



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
(Hrsg.)

Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Nationaler Gesundheitsbericht 2020

**Gesundheit in der Schweiz –
Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene**

**Gesundheit in der Schweiz –
Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene**

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.)

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Claudio Peter, Monika Diebold,
Marina Delgrande Jordan, Julia Dratva,
Ilona Kickbusch, Susanne Stronski
(Hrsg.)

Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Nationaler Gesundheitsbericht 2020

Unter Mitarbeit von

Fabienne T. Amstad
Nicole Bachmann
Thomas Ballmer
Eva Bergsträsser
Marina Delgrande Jordan
Sabine Dobler
Julia Dratva
Lucile Ducarroz
Marianne Frech

Brigitte Gantschnig
Susanne Grylka-Bäschlin
Jolanda Jäggi
Sibylle Juvalta
Kilian Künzi
Agnes Leu
Lena Liechti
Thierry Mathieu
Ursula Meidert
Stefan Meyer
Sirikka Mullis

Luca Notari
Valentine Schmidhauser
Daniela Schuler
Alexandre Tuch
Thomas Volken
Gregor Waller
Hannah Wepf
Karin Zimmermann
Andrea Zumbrunn
Annina Zysset



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine von Bund und Kantonen getragene Institution. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln. Weitere Informationen sind zu finden unter www.obsan.ch.

Geleitwort



Bundesrat Alain Berset
Vorsteher Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)

Regierungsrat Lukas Engelberger
Präsident Schweizerische Konferenz
der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

«Ein Land sollte danach beurteilt werden, wie gut es sich um seine Kinder kümmert – um ihre Gesundheit und Sicherheit, ihre materielle Sicherheit, ihre Bildung und Sozialisierung sowie um ihr Gefühl, geliebt, geschätzt und in der Familie und Gesellschaft aufgenommen zu sein.» (UNICEF 2007, S. 1; Eigenübersetzung BFS)¹

Kindern von Geburt an Bedingungen zu bieten, dass sie gesund und sicher aufwachsen, ihr Potenzial entfalten, angehört und ernst genommen werden, ist ein gesellschaftliches Ziel, zu dem sich die Schweiz verpflichtet hat. 1997 ratifizierte sie die UN-Konvention über die Rechte des Kindes, deren Artikel 24 das «Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit» postuliert.

Diese Aufgabe ist nicht zu unterschätzen. Es sind viele Faktoren, die zu einer gelungenen Entwicklung und einem gesunden Leben in der Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter beitragen. So wirken die Lebensverhältnisse der Eltern bereits vor der Geburt auf ihre Kinder ein. Kinder in armutsbetroffenen oder bildungsfernen Familien wachsen mit geringeren Gesundheitschancen als andere auf. Dies kann sich auf ihr gesamtes Leben auswirken. Auch eine chronische Erkrankung eines Elternteils oder des Kindes selbst sind einschneidende Erfahrungen, die ihr Leben prägen können.

Besonders wichtig ist, Kinder mit geringeren gesundheitlichen Chancen und ihre Familien zu unterstützen. Eine Herausforderung ist, sie überhaupt zu erreichen, umso mehr, wenn soziokulturelle oder sprachliche Barrieren bestehen. Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme werden deshalb oft in Zusammenarbeit mit Schulen umgesetzt. Gerade bei Kindern und Jugendlichen sollen und müssen das Gesundheitswesen, das Bildungswesen und das Sozialwesen eng vernetzt sein.

Bund und Kantone setzen sich in allen drei Bereichen für die frühe Förderung ein, um die Chancen für einen guten Start ins Leben für alle Kinder zu erhöhen. Mit der Nationalen Strategie zur Prävention nicht übertragbarer Krankheiten des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik sollen explizit auch die Zielgruppen der Kinder und Jugendlichen erreicht werden. In den kantonalen Aktionsprogrammen zu Ernährung, Bewegung und psychischer Gesundheit stehen auch Kinder und Jugendliche im Fokus.

Der nationale Gesundheitsbericht zur Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigt einen Überblick über das vorhandene und das fehlende Wissen zur Gesundheit der jüngsten Generationen. Im Sinne von «Children's Health in All Policies» bietet der Bericht für Personen im Gesundheitswesen wie auch in weiteren Politik- und Gesellschaftsbereichen Grundlagen für Entscheidungen.

¹ UNICEF, Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries, Innocenti Report Card 7, 2007 UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc7_eng.pdf

Geleitwort	4
Inhaltsverzeichnis	6
Vorwort	10
Einleitung	14
Zusammenfassung	18
Methoden	19
Einzelne Kapitel	20
Verhältnisse	20
Gesundheitszustand	21
Gesundheitsverhalten und digitale Medien	22
Gesundheitssystem	23
Diskussion – Handlungsempfehlungen	24
01 Demografie	28
1.1 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in der Schweiz: Zahlen und Fakten zur Demografie	30
1.2 Literaturverzeichnis	33
02 Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen	34
2.1 Einleitung	36
2.2 Lebensfelder – Ressourcen und Belastungen	37
2.3 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen	54
2.4 Fazit	59
2.5 Literaturverzeichnis	61
03 Young Carers	64
3.1 Einleitung	66
3.2 Bedeutung	66
3.3 Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe von Young Carers	68
3.4 Massnahmen und Strategien	69
3.5 Fazit	71
3.6 Literaturverzeichnis	72

04	Körperliche Gesundheit und Entwicklung	76
4.1	Einleitung	78
4.2	Allgemeiner Gesundheitszustand	79
4.3	Entwicklung	80
4.4	Übertragbare Krankheiten	89
4.5	Sexuell übertragbare Infektionen	95
4.6	Schmerzen	96
4.7	Zahngesundheit	98
4.8	Unfälle und Verletzungen	99
4.9	Fazit und Ausblick	101
4.10	Literaturverzeichnis	104
05	Psychische Gesundheit	108
5.1	Einleitung	110
5.2	Prävalenz psychischer Gesundheit und Krankheit	113
5.3	Suizidversuche und Suizide	127
5.4	Fazit	130
5.5	Literaturverzeichnis	133
06	Chronische Krankheiten und Behinderungen	136
6.1	Einführung	138
6.2	Stoffwechselerkrankungen	140
6.3	Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit)	143
6.4	Herz-Kreislauf-Erkrankungen	144
6.5	Asthma, atopische Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen	146
6.6	Neurologische Erkrankungen	152
6.7	Angeborene Erkrankungen und Behinderungen	154
6.8	Krebserkrankungen	159
6.9	Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburt und die gesundheitlichen Folgen für Kinder	160
6.10	Gesundheitsversorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen	164
6.11	Fazit	165
6.12	Literaturverzeichnis	168

07	Gesundheitsverhalten	176
7.1	Bedeutung des Gesundheitsverhaltens	178
7.2	Ziele und Methodik	178
7.3	Ernährung	179
7.4	Körperliche (In-)Aktivität	185
7.5	Schlaf	188
7.6	Konsum von psychoaktiven Substanzen	191
7.7	Sexualität	199
7.8	Gesundheitskompetenz	203
7.9	Schutzverhalten	204
7.10	Fazit	205
7.11	Literaturverzeichnis	206
08	Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit	210
8.1	Einleitung	212
8.2	Das Mediennutzungsverhalten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz	212
8.3	Digitale Medienkonsum und Krebserkrankungen	217
8.4	Bewegungsmangel, Übergewicht und muskuloskeletale Probleme	219
8.5	Augenprobleme und Kopfschmerzen	221
8.6	Schlaf	223
8.7	Stress und Erholung	225
8.8	Einsamkeit und Depressionssymptome	226
8.9	Exzessives Onlineverhalten («Onlinesucht»)	227
8.10	Sexting und Cybermobbing	228
8.11	Aggressivität und Gewalt	230
8.12	Kognitive, emotionale und soziale Entwicklung	230
8.13	Positive Aspekte der digitalen Mediennutzung	232
8.14	Fazit	234
8.15	Literaturverzeichnis	237
09	Gesundheitsförderung und Prävention	244
9.1	Gesundheitsförderung und Prävention – Begriffsklärung	246
9.2	Nationale Strategien, Akteure und Programmgrundsätze	249
9.3	Psychische Gesundheit	251
9.4	Ernährung und Bewegung	259
9.5	Sucht	265
9.6	Sexuelle Gesundheit	270
9.7	Ausblick	274
9.8	Literaturverzeichnis	277

10	Gesundheitsversorgung	280
10.1	Akteure, Strukturen und Angebote	282
10.2	Leistungen und Inanspruchnahme	293
10.3	Kosten	310
10.4	Fazit	313
10.5	Literaturverzeichnis	315
11	Palliative Care	318
11.1	Neugeborene, Kinder und Jugendliche mit lebenslimitierenden Krankheiten in der Schweiz	320
11.2	Pädiatrische Palliative Care – Definition, Ziele und Grundsätze	321
11.3	Wie und wo Kinder in der Schweiz sterben	322
11.4	Aktuelle Umsetzung Pädiatrischer Palliative Care in der Schweiz	323
11.5	Gesundheitspolitische Verankerung der Pädiatrischen Palliative Care in der Schweiz	325
11.6	Fazit und Ausblick	326
11.7	Literaturverzeichnis	327
12	Diskussion und Ausblick	328
12.1	Gute Gesundheit der grossen Mehrheit	329
12.2	Ungleiche Gesundheitschancen als Querschnittsthema	330
12.3	Datenlücken zu Gesundheitszustand und -versorgung	331
12.4	Kindergerechte Gesundheitspolitik und -versorgung in Entwicklung	332
12.5	Soziale und physische Umwelt – zukünftige Herausforderungen	333
12.6	Handlungsempfehlungen	334
12.7	Fazit	338
12.8	Literaturverzeichnis	339
	Abkürzungsverzeichnis	340

Vorwort



Laut Bundesverfassung haben Kinder und Jugendliche das Grundrecht auf besonderen Schutz ihrer Unversehrtheit und auf Förderung ihrer Entwicklung. Aber wie «unversehrt» sind die Kinder und Jugendlichen in der Schweiz tatsächlich? Wie gesund sind sie und wie gut entwickeln sie sich? Leistet das Gesundheitssystem den notwendigen Beitrag für die bestmögliche Entwicklung gesunder und kranker Kinder und Jugendlicher? Wenn Fakten gesammelt und zu einem Bild zusammengefügt werden, wird eine Einschätzung möglich. Genau das ist die Aufgabe des nationalen Gesundheitsberichts 2020.

Der vorliegende nationale Gesundheitsbericht ist der vierte in der Schweiz. Der Bericht 2020 setzt den Schwerpunkt auf die Gesundheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Der vorliegende Schwerpunkt-Bericht ist online zu finden auf einer eigenen Webseite www.gesundheitsbericht.ch. Wer an vertieften Informationen interessiert ist, findet als Ergänzung Berichte zu den durchgeführten Hintergrundstudien unter www.obsan.admin.ch.

Die Arbeit am nationalen Gesundheitsbericht startete mit dem Ziel, einen umfassenden Überblick über die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu gewinnen. Doch man kommt nicht umhin festzustellen, dass sich die Schweiz in Bezug auf die Datenlage in diesem Bereich selbst in den Kinderschuhen befindet. Es gibt zahlreiche Datenlücken, und oft müssen einzelne Daten puzzleartig zusammengesetzt werden, sodass wenigstens ansatzweise eine Gesamtaussage möglich ist. Es ist wichtig, dies bei der Lektüre vor Augen zu haben.

Der Bericht zieht Bilanz zur Gesundheit einer der gesündesten Gruppen der Bevölkerung. Ist dieser Fokus berechtigt? Er ist es, und das aus mehreren Gründen. Änderungen von Rahmenbedingungen oder direkte Interventionen während der Schwangerschaft oder in der Kindheit können sich auf die Gesundheit bis ins hohe Alter auswirken. Im Jugendalter finden tiefgreifende Entwicklungen statt, auf körperlicher Ebene, im Bereich des Denkens und im Psychosozialen. Es ist eine Phase erhöhter Vulnerabilität. Da sich in diesem Alter Lebensstil und Risikoverhalten etablieren, kann eine gesundheitsfördernde Aktivität einen bedeutenden Gewinn für die Gesundheit im Erwachsenenalter bringen. Inzwischen gehen Entwicklungsbiologen davon aus, dass solche Gewinne auch einen Einfluss auf die nächste und wahrscheinlich die übernächste Generation haben. Dies alles motiviert, den Fokus auf die jüngsten Generationen zu richten.

Wie jeder nationale Bericht ist auch der vorliegende das Werk vieler Beteiligter. Wir danken an erster Stelle allen Autorinnen und Autoren für ihre wertvollen Beiträge. Diese Expertinnen und Experten haben in aufwändiger Arbeit einzelne Puzzlesteine aufgespürt und sie zu Aussagen zusammengefügt. Ihre Namen finden sich bei den entsprechenden Kapiteln.

Es ist uns aber auch ein Anliegen, allen unsichtbaren Helferinnen und Helfern zu danken, die mit Übersetzung, Lektorat, Layout, Entwicklung der Webseite, Datenanalysen, Feedback und anderem zum gelungenen Projekt beigetragen haben.

Die Herausgeber

Claudio Peter

Projektleitung «Nationaler Gesundheitsbericht 2020» und Bereichsleitung «Psychische Gesundheit, Krankheit und Behinderung» am Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Monika Diebold

Leiterin Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Marina Delgrande Jordan

Projektleiterin in der Abteilung Forschung, Sucht Schweiz

Julia Dratva

Abteilungsleiterin der Forschungsstelle Gesundheitswissenschaften an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW), Privatdozentin der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

Ilona Kickbusch

Stiftungsrätin der Stiftung Careum, Gründerin und ehemalige Direktorin des Global Health Centre am Graduate Institute of International and Development Studies (IHEID), Genf

Susanne Stronski

Fachärztin für Kinder und Jugendliche, Unabhängige Beraterin Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, sowie Schulgesundheit

Einleitung



Ein Bild der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz, der Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen zu zeichnen – das ist das Ziel des vorliegenden Nationalen Gesundheitsberichts 2020. Der Gesundheitsbericht 2020 versteht sich als ein Gefäss, in dem das erste Mal auf nationaler Ebene das Thema «Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen» umfassender dargestellt ist. Mit diesem Bericht sollen politisch Verantwortliche Grundlagen für die Planung effizienter und wirksamer Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung erhalten. Daneben soll ein breiter Adressatenkreis angesprochen werden.

Um dieses Anliegen zu erreichen, wurden verschiedene Autorenteam beauftragt, die bis Mitte 2019 verfügbaren empirischen Studien, Berichte und Datenquellen zusammenzugetragen. Der Auftrag verlangte, die Literatur ab dem Jahr 2000 aufzuarbeiten, in erster Linie national repräsentative Daten. Bei fehlenden nationalen Daten wurden nach Bedarf lokale Daten beigezogen, um bestimmte Punkte zu illustrieren. Ein Expertengremium mit breitem Fach- und Praxiswissen (Marina Delgrande Jordan, Julia Dratva, Ilona Kickbusch und Susanne Stronski) unterstützte das Obsan bei der Erstellung des Berichts, angefangen bei der Auswahl der Kapitel und teilweise der Autorinnen und Autoren bis zur Review der eingegangenen Manuskripte. Das Kapitel *Diskussion und Ausblick* wurde auf Grundlage eines gemeinsamen Workshops geschrieben. Sowohl bei den Reviews der Kapitelmanuskripte als auch beim Diskussions-Workshop wurden weitere externe Expertinnen und Experten beigezogen.

Strategien zur Gesundheit der Kinder und Jugendlichen wurden von der WHO Europa 2005 und 2015 publiziert. In der Schweiz werden Kinder und Jugendliche als spezifische Zielgruppe in den beiden Gesamtstrategien des Bundes zur Gesundheit («Gesundheit2020» bzw. «Gesundheit2030») adressiert. «Gesundheit2030» will «...eine Nutzung bisher nicht ausgeschöpfter Potenziale in der Schwangerschaft, der Frühkindphase, im Kindergarten, in der Schule und im Übergang zum Beruf» erreichen. Explizit werden zudem die sozioökonomischen Gruppen und die psychischen Krankheiten erwähnt. Die Gesamtstrategie wird ergänzt durch Strategien und Programme mit Bezug zur Kinder- und Jugendgesundheit sowohl im Gesundheitsbereich (unter anderem NCD-Strategie, Strategie Sucht) als auch in sozialpolitischen Handlungsfeldern (Kinder- und Jugendschutz, Gewaltprävention, Armutsbekämpfung, Integration). Im politikübergreifenden Sinn ist neben der Bundesverfassung insbesondere die Strategie des Bundesrates für eine schweizerische Kinder- und Jugendpolitik aus dem Jahr 2008 Grundstein für den bundespolitischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen. Im Jahr 2013 kamen als wichtige Ergänzungen das Kinder- und Jugendförderungsgesetz sowie das Kindes- und Erwachsenenschutzgesetz hinzu (vgl. Kapitel Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen).

Viele Faktoren tragen zu einer guten Gesundheit bei. Mit welchen sozioökonomischen Verhältnissen, Bildungsmöglichkeiten und Umweltbedingungen ein Kind konfrontiert wird, spielt in Bezug auf seine Gesundheit eine essenzielle Rolle. Welche Verhaltensweisen ein junger Mensch erlernt, ist davon abhängig und beeinflusst die Gesundheit erheblich. Gesundheitspolitik ist eine sektorenübergreifende Aufgabe («health in all policies»).

Eine der Herausforderungen der vorliegenden Publikation war die Frage, welche Lebensspanne beschrieben werden sollte. Die Phase der Schwangerschaft hat einen grossen Einfluss auf die Gesundheit des Kindes im Lebensverlauf; so war es unbestritten, sie zu integrieren. Aus mehreren Gründen wurde die obere Altersgrenze bei 25 Jahren angesetzt: Viele junge Menschen schliessen ihre Ausbildung zwischen 20 und 30 Jahren ab, und die Integration in den Arbeitsprozess – einem Eintrittspunkt in das Erwachsenenleben – findet häufig erst in der dritten Lebensdekade statt. Übergänge stellen Phasen einer erhöhten Vulnerabilität für die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten dar, was die Integration dieser Altersgruppe in den Bericht rechtfertigt. Ganz allgemein werden Kinder im psychosozialen Sinn später erwachsen als früher. Auch hat die neurowissenschaftliche Forschung festgestellt, dass sich das Gehirn noch über das Alter von 20 Jahren hinaus in einem Reifungsprozess befindet. Um die obere Altersgrenze des Berichts definitiv festzulegen, wurde schliesslich auch die Datenverfügbarkeit berücksichtigt.

Bei der Erstellung des vorliegenden Berichts war es ein Anliegen, die breite Thematik der «Gesundheit» umfassend darzustellen. Dieser Ansatz der «Breite» verhindert aus Platzgründen an einigen Stellen, bestimmte Analysen oder Themengebiete zu vertiefen. Der Bericht gliedert sich in insgesamt zwölf Fachkapitel: Kapitel 1 und 2 informieren über Demografie und Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen für die Gesundheit. In diesem Kapitel werden insbesondere auch Fragen der Chancengleichheit beleuchtet. Die Thematik vertieft das Kurzkapitel 3 mit dem spezifischen Augenmerk auf «Young Carers», das sind Kinder und Jugendliche, die Familienmitglieder betreuen. Kapitel 4, 5 und 6 befassen sich mit der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie den chronischen Krankheiten und Behinderungen. Kapitel 7 fokussiert auf das Gesundheitsverhalten. Welchen Einfluss der digitale Medienkonsum auf die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben kann, wird in Kapitel 8 beschrieben. In Kapitel 9 findet sich eine Darstellung des Bereichs Gesundheitsförderung und Prävention. Es folgt Kapitel 10 mit der Beschreibung der Gesundheitsversorgung im engeren Sinne, jedoch inklusive Früherkennung und Frühintervention. Im Kurzkapitel 11 wird ergänzend «Palliative Care», das heisst Pflege und Betreuung bei lebenslimitiert erkrankten Kindern und Jugendlichen vorgestellt. Den Abschluss machen Diskussion und Ausblick im Kapitel 12, die anregen sollen, die Erkenntnisse in den verschiedensten Politik- und Fachbereichen umzusetzen. Jedes Kapitel beginnt mit den Kernaussagen des nachfolgenden Kapitelinhalts. Anschliessend folgen vertiefende Erklärungen.

Zusammenfassung



Die Gesundheitsberichterstattung in der Schweiz hat in den letzten Jahrzehnten Fahrt aufgenommen. Nach 1992 und 2008 kam 2015 der dritte Nationale Gesundheitsbericht heraus, und mit dem Bericht 2020 werden zum vierten Mal Zahlen und Fakten zur Gesundheit der Schweizer Bevölkerung präsentiert. Der aktuelle Fokus liegt auf der Gesundheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die obere Altersgrenze wurde bei 25 Jahren angesetzt.

Der Begriff Gesundheit ist breit und entsprechend umfasst der Bericht sowohl Aspekte des Wohlergehens als auch der Krankheit. Dank dem Blick in beide Richtungen soll eine ausgewogene Berichterstattung gewährleistet werden. Thematisiert werden neben der physischen und psychischen Gesundheit die Verhältnisse und ebenso die Verhaltensweisen, die die Gesundheit begünstigen oder beeinträchtigen. Weiter gehören zum Gesundheitsbericht auch Kapitel, die die Antwort unseres Gesundheitssystems in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung beschreiben.

Methoden

Für diesen Bericht wurden verschiedene Autorentams damit beauftragt, vorhandenes Wissen zu den Themen der Kapitel zusammenzutragen. Der Auftrag verlangte, die Literatur über die letzten knapp 20 Jahre, d. h. ab dem Jahr 2000 bis Mitte 2019, aufzuarbeiten. Ergebnisse aus der Schweiz und relevante Studien aus dem umliegenden Ausland sollten enthalten sein. Des Weiteren galt es, national repräsentative Datenquellen der Schweiz aufzubereiten. Bei fehlenden nationalen Daten wurden unabhängig von einer systematischen Recherche nach Bedarf lokale Daten beigezogen, um bestimmte Punkte zu illustrieren. Es stellte sich dabei heraus, dass die Datenlage oft mager war. Vor allem zur Gesundheit der Kinder unter zehn Jahren existieren oft keine national repräsentativen Datenquellen. Dies bedeutet, dass der Bericht viele Lücken sichtbar macht. Durch ihre Benennung soll die zukünftige Forschung angeregt werden.

Ein Expertengremium mit breitem Fach- und Praxiswissen (Marina Delgrande Jordan, Julia Dratva, Ilona Kickbusch und Susanne Stronski) unterstützte das Obsan bei der Erstellung des Berichts, angefangen bei der Auswahl der Kapitel und teilweise der Autorinnen und Autoren bis zur Review der eingegangenen Manuskripte. Das Kapitel *Diskussion und Ausblick* wurde auf Grundlage eines gemeinsamen Workshops geschrieben. Sowohl bei den Reviews der Kapitelmanuskripte als auch beim Diskussions-Workshop wurden weitere externe Expertinnen und Experten beigezogen.

Einzelne Kapitel

Die folgenden Fachkapitel sind im Bericht enthalten:

- 01 Demografie
- 02 Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen
- 03 Young Carers
- 04 Körperliche Gesundheit und Entwicklung
- 05 Psychische Gesundheit
- 06 Chronische Krankheiten und Behinderungen
- 07 Gesundheitsverhalten
- 08 Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit
- 09 Gesundheitsförderung und Prävention
- 10 Gesundheitsversorgung
- 11 Palliative Care
- 12 Diskussion und Ausblick

Verhältnisse

In den ersten drei Kapiteln *Demografie, Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen* und *Young Carers* wird der Bogen über die Verhältnisse und Bedingungen aufgespannt, die die Gesundheit hauptsächlich beeinflussen, und Entwicklungen werden aufgezeigt.

Der erste Befund betrifft die starke Veränderung der Familienstrukturen. Sie sind über die letzten Jahrzehnte vielfältiger geworden. Es gibt doppelt so viele Einelternfamilien wie 1970, Patchworkfamilien haben ebenfalls zugenommen. Deutlich abgenommen hat die Zahl der Geschwister, mit denen ein Kind aufwächst.

Die Kinder fühlen sie heute durch ihre Familien im Allgemeinen gut unterstützt. Jedoch sind Armut, Krankheit der Eltern oder Migrationshintergrund der Familie bezogen auf die Gesundheitschancen kritische Punkte, die der Aufmerksamkeit bedürfen. Dies gilt umso mehr, da Gesundheitschancen über die Generationen weitergegeben werden, zum Beispiel über soziale Ressourcen oder Bildungsniveau.

Erfahrungen von Gewalt durch die Eltern wurden bei 10% der männlichen und 18% der weiblichen Jugendlichen im Alter von 15 bis 16 Jahren festgestellt (bezogen auf ein Jahr). Mobbing durch Gleichaltrige kennen 7% der Mädchen und 6% der Jungen im Alter von 11 bis 15 Jahren.

Eine ganz andere spezielle Belastung weisen Kinder und Jugendliche auf, die kranke Personen in der Familie betreuen und pflegen («Young Carers»). Die Aufgabe kann ihre soziale Teilhabe verhindern. Ihre Situation wahrzunehmen und sie zu unterstützen, kann für ihre weitere Entwicklung und ihre Gesundheit sehr wichtig sein.

Gesundheitszustand

Die drei Kapitel *Körperliche Gesundheit und Entwicklung*, *Psychische Gesundheit* und *Chronische Krankheiten und Behinderungen* widmen sich der Frage des Gesundheitszustands der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz. Hier bestehen viele Datenlücken: Zum Beispiel werden in der Schweiz nicht alle empfohlenen Indikatoren der europäischen Geburtsstatistik erhoben, oder Daten zu vielen Entwicklungsschritten sind lückenhaft beziehungsweise nicht auf nationaler Ebene vorhanden.

Folgende Aussagen können indes gemacht werden: Motorische Fähigkeiten der Primarschulkinder sind gemäss Untersuchungen in Zürich und Winterthur über die letzten Jahre stabil geblieben. Übergewicht (mittels Body-Mass-Index gemessen) ist bei jüngeren Kindern leicht zurückgegangen. Deutlich zurückgegangen sind Verkehrsunfälle, dennoch sterben schweizweit jährlich circa 100 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene pro Million Einwohnerinnen und Einwohner an einem Unfall.

Bei der Beurteilung einer Zunahme der Kurzsichtigkeit muss sich die Schweiz auf internationale Untersuchungen verlassen. Auch chronische Schmerzen werden als relevantes Public-Health-Problem beschrieben, bei dem im Inland die Daten eher lückenhaft sind. Jedoch zeigen Befragungsergebnisse (Studie Health Behaviour in School-aged Children HBSC, Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB) hohe Prävalenzen.

Die subjektive Einschätzung der Kinder und Jugendlichen ihres Gesundheitszustandes ist erfreulich positiv, jedoch mit relevanten Unterschieden nach Alter, Geschlecht und nach Sozialstatus der Eltern. Die überwiegende Mehrheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gibt auch ein hohes Mass an Wohlbefinden und Lebensqualität an.

Die Suizidrate bei den 11- bis 25-Jährigen hat sich über die letzten 30 Jahre mehr als halbiert. Andererseits hat seit 2002 der Anteil der 11- bis 15-Jährigen mit multiplen psychoaffektiven Beschwerden (Traurigkeit, schlechte Laune, Nervosität, Müdigkeit, Ängstlichkeit, Verärgerung und Einschlafschwierigkeiten) zugenommen, vor allem stiegen Müdigkeit und Einschlafschwierigkeiten an. In den letzten 15 Jahren haben ausserdem Depressionssymptome bei jungen Erwachsenen zugenommen. Ausgewiesen wurden auch positive Faktoren in Bezug auf die Gesundheit: So ist eine hohe Kontrollüberzeugung bei rund einem Drittel, eine hohe bis sehr hohe Selbstwirksamkeit (Gefühle, selber das Leben zu bestimmen und bewältigen zu können) bei zwei Dritteln der jungen Erwachsenen zwischen 16 und 25 Jahren vorhanden.

Schätzungsweise ein Fünftel der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen weist entweder ein chronisches Gesundheitsrisiko wie Übergewicht auf oder lebt mit einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung. Die Datenlage zu chronischen Erkrankungen und Behinderungen ist sehr heterogen hinsichtlich der Güte, der Repräsentativität und dem Auflösungsgrad. Relativ häufige chronische Erkrankungen (>5%) sind atopische Rhinitis (Heuschnupfen), Asthma oder Neurodermitis. Auch kardiovaskuläre Risiken, z. B. Hypertonie oder Adipositas, finden sich schon bei Kindern und Jugendlichen (1–5%).

Dank Registerdaten können einige Erkrankungen oder Behinderungen genau beziffert werden: Zum Beispiel kommen 800 von 100 000 Kindern mit angeborenen Herzfehlern auf die Welt.

Gesundheitsverhalten und digitale Medien

Die Themen der Kapitel *Gesundheitsverhalten* und *Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit* sind Grundlage für viele Interventionen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Wiederum muss festgestellt werden, dass die Daten bezüglich der jüngsten Kinder spärlich sind. Zum Bereich der digitalen Medien wurde im Rahmen des Berichts eigens eine Studie in Auftrag gegeben, um Aussagen über einen potenziellen Zusammenhang zwischen der Gesundheit und der Nutzung digitaler Medien für die jüngste Altersgruppe machen zu können (siehe Obsan-Bericht 03/2020 von Bernath, Waller & Meidert).

Zu Fragen der Ernährung kann beobachtet werden: Die Stillpraxis in der Schweiz entspricht grösstenteils den WHO-Empfehlungen. Hingegen wird die Schweizer Empfehlung, mindestens fünf Portionen Früchte und Gemüse täglich zu essen, nur von einer Minderheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfüllt. Den Empfehlungen bezüglich Bewegung genügen die 6- bis 10-Jährigen überwiegend, die 11- bis 16-Jährigen häufig nicht. Junge Erwachsene geben meistens an, körperlich aktiv zu sein – verlässliche Zahlen liegen aber keine vor.

Die Schlafzeit vor einem Schultag liegt bei den 14- bis 15-Jährigen bei etwa acht Stunden. Jugendliche und junge Erwachsene geben jedoch oft Schlafstörungen an. Das Jugendalter kennt grosse körperliche und psychosoziale Veränderungen. Es ist vor allem dieses Alter, in dem allenfalls angefangen wird, mit psychoaktiven Substanzen zu experimentieren (Alkohol, Tabak, andere). In den letzten Jahren ist bei Jugendlichen der Trend, psychoaktive Substanzen zu gebrauchen, zum Teil abnehmend: So geht seit 2002 der Anteil der Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren, die mindestens einmal wöchentlich Zigaretten rauchen, wie auch der Anteil derjenigen, die einmal wöchentlich Alkohol trinken, tendenziell zurück.

Erwartungsgemäss ist auch die Art der Nutzung digitaler Medien altersabhängig: Beginnt sie mit Fernsehen und Hörspielen im Vorschulalter, so beobachtet man vorwiegend Internet- und eigene Smartphone-Nutzung spätestens ab der Oberstufe. Digitale Medien können bestimmte gesundheitliche Auswirkungen haben, jedoch sind viele wissenschaftliche Ergebnisse nicht eindeutig und mit Zurückhaltung zu interpretieren. Beim Gebrauch von digitalen Medien sind Bewegungsmangel und Übergewicht, muskuloskeletale Beschwerden, kurzfristige Augenprobleme und Schlafstörungen möglich.

In Bezug auf Stress und Entwicklung wurden positive und negative Effekte beobachtet. Exzessive Mediennutzung scheint mit Einsamkeit und Depression einherzugehen, dabei spielen auch Cyberbullying-Attacken eine Rolle. Gewaltdarstellungen in den digitalen Medien können zu Aggression beitragen, jedoch ist es unklar, ob diese Aggression zu realer Gewalt führt. Weitere Untersuchungen zum Einfluss digitaler Medien auf die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen könnten in Zukunft in diesen wichtigen Aspekten Klarheit bringen.

Gesundheitssystem

Die Kapitel *Gesundheitsförderung und Prävention*, *Gesundheitsversorgung* und *Palliative Care* beschreiben die heutige Landschaft des Gesundheitssystems der Schweiz. Das Kapitel zur Gesundheitsförderung betont das grosse Potenzial, das im Kinder- und Jugendalter besteht, um gesundheitsförderliches Verhalten sowie Konsum- und Risikokompetenz zu lernen. Daneben geht das Kapitel auf strukturelle Massnahmen, auf Policy- und Vernetzungsaktivitäten ein. So verpflichten sich viele Kantone in den Programmen zu Ernährung und Bewegung unter anderem zum Ziel, dass der öffentliche Raum und das Umfeld der Kinder und Jugendlichen ausreichende Bewegungsmöglichkeiten bieten sollen. Im Bereich psychische Gesundheit solle der Fokus von Interventionen oftmals auf Lebensphasen-Übergänge gerichtet werden, was vermehrte Koordination erfordert.

Im Jahr 2019 setzen 21 Kantone in der Schweiz Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit um, 22 Kantone Programme zu Ernährung und Bewegung. Viele Kantone führen auch Programme zur Alkohol-, Tabak- und Suchtprävention durch. Es gibt insgesamt eine grosse Zahl unterschiedlichster Projekte im Bereich Gesundheitsförderung, auch zu Fragen des Substanzkonsums und zur sexuellen Gesundheit. Kooperation und Vernetzung mit dem Bildungs- und Sozialwesen sind erforderlich, um möglichst viele Kinder, Jugendliche und Familien in möglichst allen Settings zu erreichen.

Das Kapitel *Gesundheitsversorgung* beschreibt neben kurativen Behandlungen auch Angebote der Vorsorge und Prävention sowie Massnahmen zur Förderung einer gesunden Entwicklung. Zur Inanspruchnahme von Angeboten im Bereich Prävention liegen mit Ausnahme der Impfquoten kaum Daten vor; gesamtschweizerische Zahlen zu Schwangerschaftskontrollen oder pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen fehlen. In der Kinderheilkunde hat die Versorgungsdichte (Ärztinnen und Ärzte pro 100 000 Kinder und Jugendliche) in den letzten 10 Jahren stetig zugenommen, Genügend Angebote bereitzustellen erweist sich dennoch als Herausforderung in der pädiatrischen Grundversorgung, in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und bei den Übergängen in die Erwachsenenmedizin. Der Bedarf an ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen ist in den ersten Lebensjahren vergleichsweise hoch (Versorgung von Neugeborenen, Notfälle, Vorsorgeuntersuchungen). Zugangs- und Versorgungsprobleme

wurden vor allem bei Müttern mit Kindern mit Migrationshintergrund und bei sozial benachteiligten Gruppen festgestellt. Insgesamt ist die Datenlage zu Strukturen und Versorgung oft ungenügend.

Bezüglich der Kosten der Versorgung ist ein Anstieg in den letzten 25 Jahren zu verzeichnen. Er ist aber geringer ausgefallen als der Anstieg bei der Gesamtbevölkerung. Die Altersgruppe bis 25 Jahre macht 27% der Bevölkerung aus; der Anteil ihrer Kosten an den totalen Gesundheitskosten liegt demgegenüber bei gut 12%.

Der Bereich Palliative Care wurde im Bericht speziell in einem kurzen Kapitel hervorgehoben. Es sind schätzungsweise 5000 Kinder und Jugendliche pro Jahr, die einen palliativen Betreuungsbedarf haben. Wahrscheinlich werden weniger als 10% von ihnen spezialisiert betreut. Bisher fehlt in den Aus- und Weiterbildungsangeboten für Palliative Care eine spezifische Ausrichtung auf Kinder, also auf Pädiatrische Palliative Care.

Diskussion – Handlungsempfehlungen

Der Bericht empfiehlt in sechs Bereichen Verbesserungen (siehe Kapitel Diskussion und Ausblick). Diese wurden zusammen mit dem Expertengremium auf Grundlage eines gemeinsamen Workshops, in welchem die Ergebnisse sämtlicher Kapitel diskutiert wurden, erarbeitet:

1. Evidenz generieren – Datengrundlagen schaffen

- Epidemiologische Daten (Risikofaktoren, Gesundheitsdaten) für Kinder bis zum zehnten Altersjahr schweizweit einheitlich und in regelmässigen Abständen sammeln;
- Forschende wo notwendig und sinnvoll weiterhin unterstützen, Forschungsarbeiten in Zusammenarbeit mit dem europäischen Ausland zu unternehmen und insbesondere auch den bestehenden europäischen Registern beizutreten;
- Datenlücken auch mittels einmaliger Studien füllen, wenn sie für die Steuerung der Angebote für die Gesundheitsversorgung des Kinder- und Jugendalters wichtig sind;
- Die Wirkungsevaluation von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten und Massnahmen der Gesundheitsversorgung einfordern und unterstützen.

2. Sich an der Zukunft orientieren

- Ein Gremium («Kinder-Zukunftsforstende») beauftragen, in regelmässigen Abständen Bericht zu erstatten zu neuen Trends zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen, zu zukünftigen Herausforderungen und zur Einschätzung der Chancen und Risiken;
- Es ist sinnvoll, dass diese Berichte einen multisektoralen Ansatz anwenden, wodurch auch gesundheitsrelevante Handlungsempfehlungen für nicht-medizinische Politikbereiche gegeben werden können.

3. Chancengleichheit leben – Leave no one behind

- Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bei der Erarbeitung neuer Prozesse und Strukturen im Gesundheitsbereich mitbestimmen lassen (Partizipation);
- Frühförderungsangebote schweizweit weiter ausbauen und vernetzen;
- Den Zugang benachteiligter Gruppen, zum Beispiel Mütter und Kinder mit Migrationshintergrund oder mehrfach Benachteiligte, zum Gesundheitssystem fördern;
- Sicherstellen, dass alle, auch benachteiligte Gruppen, in einer gesundheitsförderlichen Umgebung aufwachsen;
- Beim Thema Chancengleichheit den Blick für weitere Ungleichheiten über Gender, Migration und sozioökonomische Unterschiede hinaus öffnen.

4. Auf psychische Gesundheit achten

- Das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen genauer untersuchen;
- Gesundheits- und Lebenskompetenzen sowie Medien- und Risikokompetenzen bereits bei Kindern, aber auch bei Eltern fördern.

5. Gesundheitsversorgung sicherstellen und System koordinieren

- Pädiatrische und jugendmedizinische Grundversorgung sowie psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sicherstellen;
- Regelmässiger Austausch von Personen aus dem Gesundheitswesen, insbesondere aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, mit anderen Politikbereichen zum Thema Kinder- und Jugendgesundheit;

- Den multisektoriellen Ansatz, die salutogene sowie systemische Sichtweise und die Chancengleichheit im Bereich der Förderung der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen weiterhin stärken;
- Patientenpfade von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen verfolgen, Schwachpunkte in der Koordination erkennen und eliminieren;
- Übergangsphasen Kinder – Jugendliche – junge Erwachsene bei der Planung und Ausführung von Gesundheitsleistungen bewusst fokussieren und die Zuständigkeiten flexibel gestalten.

6. Regulativ handeln, wo nötig

- Die Umsetzung der offenen Punkte der Kinderrechte vorantreiben;
- (Neue) Verhältnisse und Verhaltensweisen, durch die die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gefährdet werden könnten, aufmerksam verfolgen. Gegebenenfalls regulatorisch entgegenwirken;
- Eine engere Zusammenarbeit des Gesundheitssektors mit der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen etablieren, um den Informationsaustausch im ausserparlamentarischen Bereich zu diesen Themen zu gewährleisten.

01 Demografie



Stefan Meyer
Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB)

Kernaussagen

- Im Jahr 2017 kamen in der Schweiz 87 381 Kinder zur Welt. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Schweizer Gesamtbevölkerung ist in den vergangenen Jahrzehnten schrittweise gesunken. Dies hat mit einer höheren Lebenserwartung und einer sinkenden Geburtenrate zu tun.
- Die Lebenserwartung bei der Geburt betrug im Jahr 2018 für Frauen 85,4 Jahre und für Männer 81,7. Die Differenz in der Lebenserwartung zwischen den beiden Geschlechtern hat sich über die vergangenen Jahrzehnte hinweg schrittweise reduziert.
- In der Altersklasse der 0- bis 25-Jährigen kamen im Jahr 2017 674 Personen ums Leben. Etwas mehr als 4 von 10 Todesfällen in dieser Altersklasse sind der Säuglingssterblichkeit geschuldet.

1.1 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in der Schweiz: Zahlen und Fakten zur Demografie

Geburten und Fertilität

Im Jahr 2017 kamen in der Schweiz 87 381 Kinder zur Welt. Mit 51,4% waren dabei etwas mehr als die Hälfte der Neugeborenen männlichen Geschlechts. Die Geburtenziffer, definiert als die Anzahl Geburten je Frau im gebärfähigen Alter (15–49 Jahre), betrug im selben Jahr 1,52. Zwischen den 1960er Jahren und den 2000er Jahren war die Zahl der Geburten je Frau stets rückläufig, seither hat sie sich stabilisiert. Wenn man von der Migration absieht, wäre eine Geburtenziffer von rund 2,1 Kindern nötig, um die Elterngeneration zu ersetzen (BFS, 2018). Dieser Schwellenwert wurde seit den frühen 1970er Jahren nicht mehr erreicht.

Das Durchschnittsalter der Mutter hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stetig erhöht und liegt heute bei 32,1 Jahren (Jahr 2000: 30,5 Jahre). 70,5% der Mütter waren bei der Geburt im Jahr 2017 30 Jahre und älter. 32,2% resp. 4,2% der Frauen waren sogar älter als 34 Jahre bzw. 40 Jahre. Beim ersten Kind sind 61,9% der Frauen 30 Jahre oder älter. Informationen zum Alter der Väter lagen lange Zeit nur für eheliche Geburten vor. Die neuesten Zahlen mit Berücksichtigung unverheirateter Männer zeigen jedoch, dass bei einer überwiegenden Mehrheit der Lebendgeburten die Väter zwischen 30 und 39 Jahre alt sind. Jeder fünfte Vater ist bei der Geburt 40 Jahre oder älter. Bei 2371 Geburten konnte das Alter des Vaters nicht ermittelt werden.

Lebenserwartung und Mortalität

Die Lebenserwartung bei der Geburt betrug im Jahr 2018 für Frauen 85,4 Jahre und für Männer 81,7. Der stetige Anstieg bei beiden Geschlechtern ist in Tabelle T.1.1 deutlich zu erkennen. Das Bundesamt für Statistik (BFS) rechnet damit, dass die Frauen in der Schweiz im Jahr 2020 eine Lebenserwartung von 86 Jahren erreichen werden. Die Differenz in der Lebenserwartung zwischen den beiden Geschlechtern hat sich über die vergangenen drei Jahrzehnte hinweg schrittweise reduziert: Im Jahr 1991 wurden Frauen im Durchschnitt noch 7,1 Jahre älter als Männer. Diese Diskrepanz in der Lebenszeit lag 2018 noch bei 3,7 Jahren und somit auf dem Stand von 1938. Ein wesentlicher Grund für diese Annäherung liegt in der Angleichung der Lebensstile zwischen den Geschlechtern.

Lebenserwartung bei Geburt in Jahren, nach Geschlecht und Jahr**T 1.1**

Jahr	Frauen	Männer	Differenz Frauen/Männer
1938	65,6	62,0	+3,7
1958	73,9	68,5	+5,4
1978	78,7	71,9	+6,8
1998	82,5	76,3	+6,2
2008	84,4	79,7	+4,7
2018	85,4	81,7	+3,7

Quellen: BFS – BEVNAT, ESPOP, STATPOP

© Obsan 2020

Todesfälle und Todesursachen

Im Jahr 2000 gingen in der Schweiz aufgrund der 1050 Todesfälle von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen 66 225 potenzielle Lebensjahre verloren. Im Jahr 2017 kamen 674 Personen in dieser Altersklasse ums Leben. Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen, zeigen sich nennenswerte Unterschiede im Rückgang der Todesfälle. Am deutlichsten war die relative Abnahme seit 2000 bei der Altersklasse der 11- bis 15-Jährigen (–59,7%), gefolgt von den Klassen 21–25 Jahre (–45,3%) und 16–20 Jahre (–44,8%). Weniger stark hat sich die Situation bei den Säuglingen verändert (–15%). Über alle Personen bis zum Alter von 25 Jahren hinweg betrachtet, lässt sich sagen, dass heute etwas mehr als 4 von 10 Todesfällen der Säuglingssterblichkeit geschuldet sind (42,4%). Im Jahr 2000 waren es noch weniger als ein Drittel (31,2%).

Nebst den perinatalen Todesfällen überwiegen in den ersten beiden Lebensjahren angeborene Krankheiten als Todesursache (das heisst Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien). Die äusserst seltenen Todesfälle im Alter zwischen 2 und 15 Jahren sind zahlreichen Ursachen zuzuschreiben (z. B. Unfälle, Nervenkrankheiten, Tumore). Bei den Jugendlichen ab 16 Jahren und den jungen Erwachsenen sind es in erster Linie Unfälle und Suizide, welche als Todesursachen registriert werden (BFS, 2019).

Entwicklung der demografischen Struktur

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Schweizer Gesamtbevölkerung ist in den vergangenen Jahrzehnten schrittweise gesunken. Einerseits hat die sinkende Geburtenrate ihren Teil dazu beigetragen. Andererseits hat dies damit zu tun, dass sich die Lebenserwartung erhöht hat, und zwar ziemlich regelmässig, so dass sich mehr und mehr Personen in höheren Altersklassen befinden.

Bevölkerungsstruktur und Jugendquotient

In der Schweiz lebten im Jahr 2017 2,3 Millionen Menschen im Alter von bis zu 26 Jahren. Davon waren 1,5 Millionen Personen minderjährig (unter 18 Jahren). Der Anteil der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen entspricht damit rund 27% der ständigen Wohnbevölkerung der Schweiz. Wie in Tabelle T 1.2 zu sehen ist, sind heute nur noch 20 von 100 Personen jünger als 20 Jahre. Demgegenüber hat sich der Anteil der Personen im Rentenalter von 13,9% auf 18,3% erhöht.

Der sogenannte Jugendquotient, ein wichtiger Bevölkerungsindikator, hat sich in derselben Zeit also deutlich reduziert. Um die Jahrtausendwende fielen noch 37,6% unter 20-Jährige auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (20- bis 64-Jährige). Innerhalb von 17 Jahren ist diese Quote auf 32,5% gesunken.

Indikatoren der Bevölkerungsstruktur, Schweiz, am Ende des Jahres T 1.2

Jahr	Anteil unter 20-Jährige	Anteil 20- bis 64-Jährige	Anteil 65-Jährige und älter	Jugendquotient
1980	27,5%	58,6%	13,9%	47,0%
2000	23,1%	61,5%	15,4%	37,6%
2017	20,0%	61,7%	18,3%	32,5%

Quelle: BFS – STATPOP

© Obsan 2020

Da sich die Geburtenrate inzwischen stabilisiert hat, gleichzeitig aber auch der Anstieg bei der Lebenserwartung rückläufig ist, ist anzunehmen, dass in den kommenden Jahren eine Verlangsamung der demografischen Alterung einsetzen wird. Zudem hat die Migrationsbewegung in zweierlei Hinsicht einen verjüngenden Effekt auf die Bevölkerung der Schweiz: Einerseits sind die Personen, die in die Schweiz einwandern, im Durchschnitt jünger als die ständige hiesige Wohnbevölkerung. Andererseits weisen ausländische Frauen (1,87) eine etwas höhere Geburtenrate auf als Schweizer Frauen (1,40).

1.2 Literaturverzeichnis

BFS (2018). *Geburtenhäufigkeit: Situation 2016 und Tendenzen*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

BFS (2019). *Todesursachenstatistik 2017*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

02 Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmen- bedingungen



Nicole Bachmann, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW
Stefan Meyer, Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB)
Andrea Zumbrunn, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW

Kernaussagen

- Die Struktur der Kernfamilie, dem ersten sozialen Umfeld der Kinder, verändert sich: Die Anzahl der Einelternfamilien hat sich seit 1970 verdoppelt, auch die Patchworkfamilien nehmen zu. Deutlich abgenommen hat die Anzahl der Geschwister, mit denen ein Kind aufwächst: Heute leben 41% der Kinder ohne ein Geschwister, 42% mit nur einem Geschwister in einem Haushalt.
- Ein Grossteil der knapp 1,5 Millionen in der Schweiz wohnhaften Kinder und Jugendlichen wächst in einem unterstützenden und ressourcenreichen familiären Klima auf. Rund 90% der Kinder und Jugendlichen fühlen sich von ihrer Familie gut unterstützt.
- Rund 70 000 Kinder und Jugendliche in der Schweiz waren 2014 von absoluter Armut betroffen. Sie sehen sich oft vor kumulierte Problemlagen gestellt. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen, welche in belastenden familiären Situationen aufwachsen, ist aber deutlich höher. So leiden beispielsweise rund 8% der Eltern unter mittleren bis schweren Depressionssymptomen.
- Kinder von Eltern mit Migrationshintergrund verfügen wie diese selbst über geringere soziale Ressourcen. Sie vermissen häufiger eine Vertrauensperson in ihrem Freundeskreis, weisen nur ein kleines Unterstützungsnetz auf und sind auch seltener in Freizeitvereinen aktiv.
- 10% der männlichen und 18% der weiblichen Jugendlichen (15–16 Jahre) erlebten in den vorhergehenden zwölf Monaten Gewalt durch ihre Eltern. 7% der 11- bis 15-jährigen Mädchen und 6% der Jungen gaben an, Mobbing durch Gleichaltrige erfahren zu haben, das heisst mehrmals im Monat bis zu mehrmals die Woche verletzenden Äusserungen oder Handlungen ausgesetzt gewesen zu sein.
- Die Gesundheitschancen in der Schweiz werden von einer Generation zur nächsten weitergegeben. Dies zeigt sich unter anderem bei den sozialen Ressourcen, am deutlichsten aber bei den Bildungschancen: 32% der Kinder, deren Eltern keine nachobligatorische Schulbildung aufweisen, erreichen ebenfalls nur diesen Bildungsabschluss. Bei Kindern von Eltern mit Hochschulabschluss beträgt dieser Anteil 2%.
- Die Ziele der UN-Konvention der Kinderrechte sind gemäss Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten in der Schweiz weitgehend anerkannt. Was die Körperstrafe als Erziehungsmittel betrifft, wird das Recht auf Schutz vor Gewalt aber nicht umfassend anerkannt. Die Umsetzung der Kinderrechte wird in Bezug auf die Chancengleichheit und das Recht auf Mitbestimmung eher kritisch beurteilt.

2.1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die in der Schweiz vorliegenden wissenschaftlich gestützten Informationen zu den Ressourcen und Belastungen der Lebenswelten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen vorgestellt. Dabei werden soziale, ökologische und ökonomische Aspekte berücksichtigt und im Hinblick auf Fragen der Chancengleichheit diskutiert. Die Zusammenstellung von zentralen Daten und Studienergebnissen aus der Schweiz wird ergänzt durch eine Befragung von Expertinnen und Experten aus der Kinder- und Jugendpolitik. Weiterführende Informationen finden sich in aktuellen gesamtschweizerischen Übersichtspublikationen, insbesondere dem Familienbericht (BFS, 2017a), dem Bildungsbericht (SKBF, 2018) und dem Sozialbericht (BFS, 2019a).

Die soziale und ökologische Umwelt sowie die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta im Jahr 1986 anerkannte Elemente der Gesundheitsförderung. Diesem Ansatz entsprechend sind Interventionen darauf ausgerichtet, ebendiese Bedingungsfaktoren zu verändern und über diesen Weg die Gesundheit der Bevölkerung positiv zu beeinflussen. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang das von der Schweiz Anfang 1997 ratifizierte UN-Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Darin wird festgehalten, dass jedes Kind das Recht auf freie Meinungsäusserung, ein Recht auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit, ein Recht auf Bildung sowie ein Recht auf Ruhe, Freizeit und Spiel hat. Weiter sollen Kinder vor allen Formen von Gewalt geschützt werden.¹

Die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ist einem stetigen Wandel unterworfen. Im Mutterleib und unmittelbar nach der Geburt stehen die starken und engen Bindungen innerhalb der Kernfamilie – zwischen dem Kind, der Mutter und den nächsten Bezugspersonen – im Vordergrund. In der Kleinkindphase kommen Schritt für Schritt erste Bezugspersonen ausserhalb der Kernfamilie zum sozialen Netz hinzu. Mit dem Eintritt in den Kindergarten und die Schule wird die soziale Interaktion mit Gleichaltrigen und Lehrpersonen zunehmend wichtig. Das soziale Spektrum erweitert sich auf diese Weise immer mehr; von der Kernfamilie zur Kindertagesstätte über Schule, Beruf und Freizeitaktivitäten erhöht sich die Anzahl der Lebensfelder stetig. Damit verknüpft ist das soziale Netz, das sich mit der Zeit ausweitet – und je nach Umfeld auch wieder an Bedeutung verlieren kann. Als Konstante über die Lebenszeit kann aber beobachtet werden, dass gute soziale Beziehungen zu nahestehenden Personen, zu Freunden und Nachbarn zu den zentralen Bedingungen für eine gute Gesundheit zählen (Bachmann, 2014). In der folgenden Grafik sind die für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene wichtigen Lebensfelder und Rahmenbedingungen dargestellt.

¹ <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialpolitische-themen/kinder-und-jugendfragen/kinderrechte.html>

Lebensfelder und Rahmenbedingungen der Gesundheit von jungen Menschen G2.1



In Anlehnung an Dahlgren & Whitehead (1991)

© Obsan 2020

Für die Entwicklung und den Erhalt der Gesundheit über die gesamte Lebensspanne ist aber nicht nur von Bedeutung, welchen Einfluss die Lebenswelten auf die Kinder und späteren Erwachsenen haben (dargestellt durch die Pfeilrichtung von aussen nach innen). Ebenfalls wichtig ist, welche Gestaltungsmöglichkeit die betroffenen Personen in Bezug auf ihre Lebenswelt haben und in welchem Ausmass sie diese auch wahrnehmen (Pfeilrichtung von innen nach aussen). Für eine gesunde Entwicklung ist es entscheidend, dass Kinder die Erfahrung machen, die eigene Welt mitgestalten sowie am gesellschaftlichen Leben partizipieren zu können (Rieker, Mörgen, Schnitzer, & Stroezel, 2016).

2.2 Lebensfelder – Ressourcen und Belastungen

Jedes der in Grafik G2.1 erwähnten Lebensfelder (wie z. B. Kernfamilie oder Schule) birgt in sich Ressourcen und Chancen, aber auch Belastungen und Risiken. Besondere Herausforderungen stellen sich jeweils beim Übergang von einem Lebensfeld in das nächste, so kann z. B. der Eintritt in die Schule für Kinder zu einer kritischen Phase werden.

Die Kernfamilie

Der Mutterleib ist die «erste Umwelt» eines Menschen. Eingehend belegt sind die meist irreversiblen und schwerwiegenden Wirkungen von Suchtmitteln oder bestimmten Medikamenten auf den Fötus (Dratva, Stronski, & Chiolo, 2017; Singer et al., 2018). Als besonders kritische Periode und entscheidend für die Entwicklung und die Gesundheitschancen hat sich neben der Schwangerschaft auch die frühe Kindheit erwiesen. In dieser bildet sich die Bindung respektive die Beziehung zu nahen Bezugspersonen

heraus. Sich durch seine Eltern und die gesamte Familie verstanden und unterstützt zu fühlen, bleibt bis ins Jugendalter von grosser Bedeutung für das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit und geht einher mit geringerem Konsum von psychoaktiven Substanzen (Delgrande Jordan, Eichenberger, Kretschmann, & Schneider, 2019).

Es gibt eine Reihe von Faktoren, welche die Bedingungen innerhalb der Familie nachweislich belasten können. Dazu gehören insbesondere eine chronische Belastung der Familie durch Armut und prekäre Erwerbssituation, chronische psychische Erkrankung oder Suchterkrankung der Eltern, soziale Isolation sowie häusliche Gewalt.

In der Schweiz wachsen die meisten Kinder und Jugendlichen in einem ressourcenreichen familiären Klima auf. Rund 90% der Kinder und Jugendlichen fühlen sich von ihrer Familie gut unterstützt.

Struktur der Kernfamilie heute

Wie sieht die Struktur der heutigen Kernfamilie aus, und wie hat sich diese in den letzten Jahrzehnten verändert? Leben in einem Haushalt Eltern mit ausschliesslich gemeinsamen Kindern, spricht man von Erstfamilien. Leben im Haushalt Eltern mit mindestens einem Kind, das nicht gemeinsam ist, dann handelt es sich um eine sogenannte Fortsetzungsfamilie («Patchworkfamilie»). In der Schweiz lebt nach wie vor die grosse Mehrheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 25 Jahren in einem Haushalt in einer Erstfamilie mit beiden Eltern (80%), gut 14% mit alleinlebenden Elternteilen (12,1% Mütter, 2,3% Väter) und knapp 6% in Fortsetzungsfamilien mit verheirateten oder unverheirateten Elternteilen. Betrachtet man die Entwicklung der letzten vierzig Jahre,

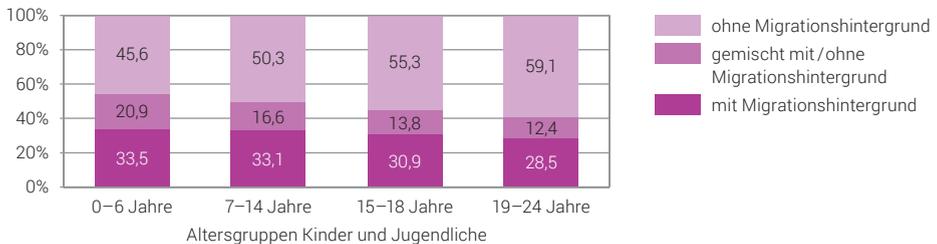
Exkurs: Kinder, die ausserhalb ihrer Familie aufwachsen

Zur Häufigkeit von Fremdplatzierungen liegen bisher keine gesamtschweizerischen Informationen vor. Für das Jahr 2016 wird geschätzt, dass in der Schweiz ungefähr 1% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 18 Jahren fremdplatziert waren. Das entspricht 18 900 Kindern und Jugendlichen. Rund drei Viertel der betroffenen Kinder und Jugendlichen lebten in Kinder- und Jugendheimen und rund ein Viertel in Pflegefamilien. Aus der Literatur geht hervor, dass die Lebensbedingungen der Herkunftsfamilien oftmals durch Armut, elterliches Suchtverhalten oder psychische Schwierigkeiten und Gewalterfahrungen geprägt sind. Erhebungen bei Schweizer Heimjugendlichen belegen hohe Prävalenzraten an psychischen und Verhaltensauffälligkeiten (Averdijk, Ribeaud, & Eisner, 2018).

zeigt sich, dass die Anzahl der Paarhaushalte mit Kindern relativ stabil geblieben ist, während sich die Einelternhaushalte mehr als verdoppelt haben. Eine weitere wichtige Veränderung in der Struktur der Kernfamilie betrifft die Existenz von Geschwistern. Verglichen mit 1970 wachsen heute deutlich weniger Kinder mit zwei und mehr Geschwistern auf: Die Haushalte mit drei und mehr Kindern haben von 27,1% im Jahr 1970 auf 16,8% (Jahre 2012/2014) abgenommen (BFS, 2017a). Etwa gleich viele Kinder leben zur Zeit der Erhebung als Einzelkinder in einem Haushalt (41,2%) wie mit nur einem Geschwister (42,1%). Die Mehrheit der in der Schweiz wohnenden Kinder bis sechs Jahre lebt in einer Familie mit Migrationshintergrund² (54,4%). Dabei weisen bei 33,5% beide Elternteile Migrationserfahrung auf, bei 20,9% eines der beiden Elternteile (vgl. Grafik G.2.2).

Anteil der Bevölkerung unter 25 Jahren, nach Migrationshintergrund der Eltern G.2.2

Anteil in Prozent



Quelle: BFS – Strukturerhebung, 2011–2013

© Obsan 2020

Soziale Ressourcen innerhalb der Kernfamilie

Auf die Bevölkerung bezogene Informationen zu den *Bindungen*, verstanden als enge emotionale Beziehungen, die Kleinkinder zu ihren Müttern oder anderen nahen Bezugspersonen haben, liegen keine vor. Bisher existieren lediglich Studien, die an kleineren Stichproben untersucht haben, welche Faktoren die Entwicklung von sicheren Bindungen fördern oder hemmen. So untersuchte eine neue Schweizer Studie den Einfluss von sozialer Isolation und prekärer Lebenslage auf die Ausbildung einer sicheren Bindung zwischen Mutter und Kind. Der Autor kommt zum Schluss, dass diese belastenden Faktoren die Bindung beeinträchtigen können, da der damit verbundene chronische Stress die für den Bindungsaufbau notwendige Feinfühligkeit der Mutter mindert (Neuhauser, 2018).

² Gemäss Definition des BFS haben folgende Personengruppen einen Migrationshintergrund: Personen mit ausländischer Nationalität, eingebürgerte Schweizer/innen (mit Ausnahme der in der Schweiz Geborenen mit Eltern, die beide in der Schweiz geboren wurden) sowie gebürtige Schweizer/innen mit Eltern, die beide im Ausland geboren wurden.

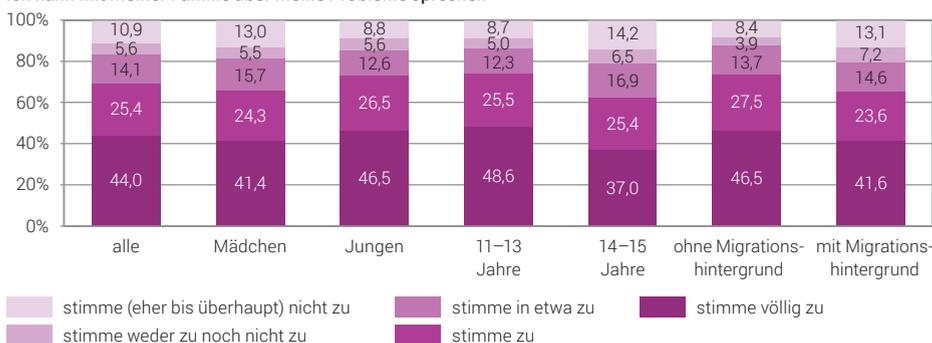
Für die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahren und der jungen Erwachsenen liegen repräsentative Befragungen zu ihrer *Beziehung zu den Eltern* vor (z. B. HBSC³, COCON⁴, TREE⁵). Für die jüngere Altersgruppe ergibt sich insgesamt ein positives Bild: Eine grosse Mehrheit der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen gab in der HBSC-Erhebung des Jahres 2018 an, ihre Familie sei bemüht, ihnen zu helfen (84%), und auch bereit, sie in der Entscheidungsfindung zu unterstützen (92%). Die Mehrheit der Jugendlichen hat auch das Gefühl, die nötige emotionale Unterstützung zu erhalten (89%) und mit der Familie über Probleme sprechen zu können (84%; vgl. Grafik G2.3).

Das so gemessene Ausmass der Unterstützung durch die Familie hat sich in den vergangenen vier Jahren nicht verändert (Delgrande Jordan et al., 2019). Mädchen fühlen sich insgesamt etwas weniger gut durch die Familie unterstützt als Jungen, die älteren Jugendlichen (14–15 Jahre) weniger gut als die 11- bis 13-Jährigen. In dieser Altersphase schätzen beide Geschlechter die Mutter als wichtigere Bezugsperson ein: 78% der Mädchen und 82% der Jungen sagen, dass sie mit der Mutter über Dinge sprechen können, die sie wirklich beschäftigen. Väter nehmen diese Funktion für 53% der Mädchen und 70% der Jungen ein. Jugendliche aus Familien mit Migrationshintergrund (hier definiert als mindestens einem Elternteil, der nicht in der Schweiz geboren ist) fühlen sich durchwegs etwas schlechter unterstützt durch ihre Familien als Jugendliche aus Familien ohne Migrationshintergrund. Sie geben auch viel öfter an, dass ihre Eltern nicht wissen, was sie in ihrer Freizeit unternehmen (33% gegenüber 22%), wer ihre Freunde sind

Ausmass der wahrgenommenen Unterstützung durch die Familie bei 11- bis 15-Jährigen, 2018

G2.3

Ich kann mit meiner Familie über meine Probleme sprechen



Quelle: HBSC, 2018

© Obsan 2020

³ Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC), siehe <https://www.hbsc.ch/>

⁴ «Schweizerischer Kinder- und Jugendsurvey COCON», siehe <https://www.jacobscenter.uzh.ch/de/research/cocon.html>

⁵ Studie «Transitionen von der Erstausbildung ins Erwerbsleben» (TREE), siehe https://www.tree.unibe.ch/index_ger.html

(31% gegenüber 18%), wo sie nach der Schule sind (20% gegenüber 12%) und wohin sie am Abend gehen (24% gegenüber 17%).

Wie die Ergebnisse der TREE-Studie zeigen, pflegen auch mehr als 80% der jungen Erwachsenen im Alter von 26 Jahren zu mindestens einem Elternteil eine enge und vertrauensvolle Beziehung (Bertogg & Szydlík, 2016).

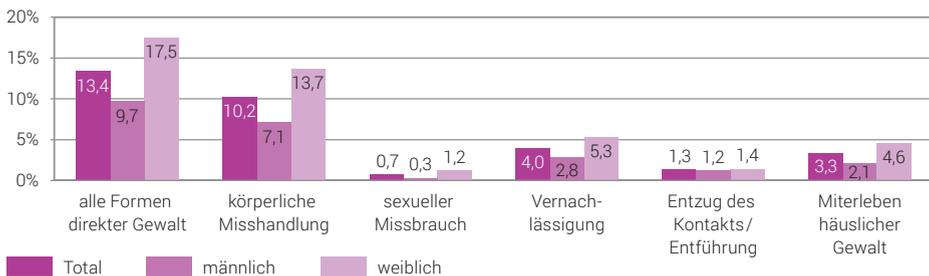
Häusliche Gewalt

Kinder und Jugendliche, die im familiären Kontext Gewalt erleiden, sind aufgrund ihrer Abhängigkeit in einer besonders vulnerablen Lage. Insbesondere bei längerem Andauern und bei einer Kombination von verschiedenen Gewaltformen kann Kindesmisshandlung zu schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen und Entwicklungsstörungen führen (Lätsch, Nett, & Humbelin, 2017). In der Schweiz sind Daten zur Prävalenz von direkten und indirekten Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen bisher nur lückenhaft vorhanden. Die bisher einzige, lediglich einmalig durchgeführte repräsentative Befragung von möglichen Opfern elterlicher Gewalt in der Schweiz beschränkt sich auf 15- bis 16-jährige Schülerinnen und Schüler. Rund 13% von ihnen gaben an, in den vergangenen 12 Monaten von direkter Gewalt durch ihre Eltern betroffen gewesen zu sein (vgl. Grafik G 2.4).⁶ Am häufigsten genannt wurde körperliche Gewalt. Bei allen Gewaltformen waren Mädchen häufiger betroffen als Jungen (Lätsch & Stauffer, 2016).

Häufigkeit und Formen erlebter Gewalt durch die Eltern bei 15- und 16-Jährigen in den letzten 12 Monaten

G 2.4

Anteil Betroffene in Prozent



N = 6794

Quelle: Lätsch & Stauffer, 2016

© Obsan 2020

⁶ In dieser Studie wurden folgende Formen als direkte Gewalt erfasst: körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung und Entzug des Kontakts oder Entführung durch einen Elternteil. Nicht berücksichtigt sind psychische Gewalt. Indirektes Erleben von Gewalt wurde separat erfasst.

Die folgenden weiteren Zahlen zu Gewalt in der Familie basieren auf Daten zu Fällen von Kindesmisshandlung, die von Kinderschutzorganisationen, Kinderkliniken oder der Polizei erkannt und registriert werden. Es ist bei diesen Quellen aber von einer erheblichen Dunkelziffer auszugehen, da Kindesmisshandlung und häusliche Gewalt sehr oft unerkannt bleiben.

- Gemäss einer Erhebung bei 20 der 26 in der Schweiz tätigen Kinderkliniken wurden 2015 insgesamt 1388 Fälle von Kindesmisshandlung beobachtet, wobei psychische (31%), gefolgt von körperlicher Misshandlung (28%) am häufigsten vorkamen, gefolgt von Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch (beide 20%). Kinder unter einem Jahr machten 18% und Kinder unter 2 Jahren knapp ein Viertel aus (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, 2016).
- Jährlich werden in der Schweiz bei Organisationen, die sich in irgendeiner Form mit Kinderschutz befassen, rund 3890 Fälle von sexueller Misshandlung erfasst. Das entspricht 0,3% aller Kinder unter 18 Jahren. Mädchen sind deutlich häufiger und in schwerwiegenderem Ausmass von dieser Gewaltform betroffen (Maier, Mohler-Kuo, Landolt, Schnyder, & Jud, 2013).
- Eine im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV im Jahr 2017 durchgeführte repräsentative Befragung von Eltern kam zum Schluss, dass rund die Hälfte noch immer Körperstrafen einsetzt, wenn auch selten. Rund jeder vierte Elternteil wendet regelmässig psychische Gewalt an, indem dem Kind mit Worten weh getan wird, mit Schlägen oder mit Liebesentzug gedroht wird (Schöbi et al., 2017).

Das soziale Netz der Kernfamilie

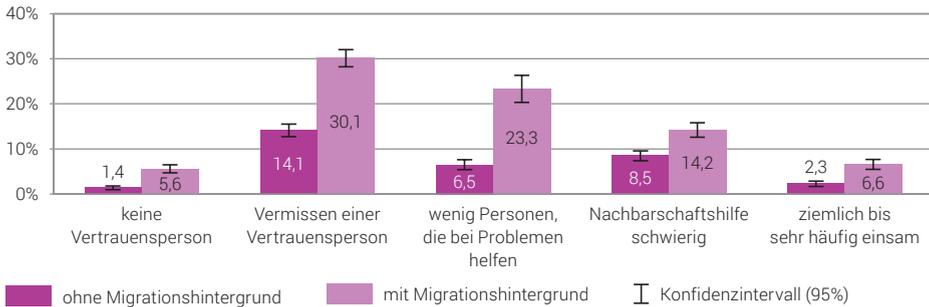
Die Kernfamilie befindet sich nicht in einem sozialen Vakuum. Für das Wohlbefinden der Familie, aber auch für ihre Fähigkeit, schwierige Situationen zu meistern, ist es von zentraler Bedeutung, wie ihr soziales Umfeld gestaltet ist. Einer der wichtigsten Indikatoren ist hier die erlebte Einsamkeit. 67% der Eltern in der Schweiz fühlen sich nie einsam, 28% lediglich manchmal (Schweizerische Gesundheitsbefragung, SGB, 2017). Das bedeutet, dass die grosse Mehrheit über gute soziale Ressourcen verfügt. Darauf weist auch die Antwort auf die Frage hin, wie leicht es ist, Nachbarschaftshilfe zu erhalten: Für 66% der Eltern ist dies einfach, für 23% möglich und lediglich für 11% schwierig.

Bei Eltern mit höchstens obligatorischer Schulbildung beträgt der Anteil, der sich nie einsam fühlt, 52%, bei Eltern mit Abschluss auf Sekundarstufe II 66%, bei Eltern mit Abschluss auf Tertiärstufe 71%. Eltern mit Migrationshintergrund verfügen in der Schweiz über deutlich schlechtere soziale Ressourcen als Eltern ohne Migrationshintergrund (vgl. dazu Grafik G.2.5). Dieser Unterschied zeigt sich unabhängig vom sozialen Status in Form von Bildungsabschluss der Eltern und ihrer Arbeitsmarktintegration (Bachmann, 2014).

Indikatoren mangelnder sozialer Ressourcen bei Eltern mit Kindern bis 25 Jahren, nach Migrationshintergrund, 2017

G 2.5

Anteil Eltern in Prozent



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Wer unter einem besonders belastenden Alltag leidet, dem fehlt es oft an Zeit und Energie, um seine sozialen Kontakte zu pflegen. So ziehen sich beispielsweise Eltern, die unter finanziell prekären Lebensbedingungen leiden, Erwerbs- und Familienarbeit nicht vereinbaren können oder die ein schwer krankes oder sterbendes Kind pflegen müssen, von ihrem sozialen Netz zurück und leiden gleichzeitig unter dieser Isolierung und der mangelnden Unterstützung (Hennig, Ebach, Stuth, & Haegglund, 2012; Inglin, Hornung, & Bergstraesser, 2011; Struffolino, Bernardi, & Voorpostel, 2016). Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (z. B. Anstellungsbedingungen, Zugänglichkeit von Kindertagesstätten, Ausgestaltung der Sozialhilfe) haben einen Einfluss auf das Ausmass dieser Problematik und können die soziale Teilhabe von Familien hemmen oder fördern.

Familien in vulnerabler Lage

Bei Familien in vulnerabler Lage liegen oft *mehrfache Belastungsaspekte* vor, welche sich gegenseitig negativ beeinflussen und damit die Folgen verstärken. Zu diesen mehrfachen Belastungen gehören neben der finanziellen Knappheit und den damit verbundenen Sorgen insbesondere Arbeitslosigkeit oder unsichere Anstellungsbedingungen, Abhängigkeit von der Sozialhilfe und damit verbundene Schamgefühle, soziale Isolation, chronischer Stress und Krankheiten der Eltern sowie belastende Wohnsituationen (Amacker, Funke, & Wenger, 2015; Guggisberg, Häni, & Berger, 2016; Struffolino et al., 2016; Zürcher et al., 2016). Entsprechend haben diese mehrfachen Problemlagen auch vielfältige Auswirkungen auf die Entwicklungs- und Verwirklichungschancen, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen in diesen Familien.

Armutsbetroffene Familien

Im Jahr 2014 lebten in der Schweiz insgesamt 234 000 Kinder und Jugendliche in armutsgefährdeten Haushalten. Davon waren knapp 73 000 von der sogenannten absoluten Armut betroffen (Guggisberg et al., 2016). Die Quote der absoluten Armut bezieht sich auf die Höhe des Haushaltseinkommens entsprechend den Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS)⁷. Personen, die so definiert als arm gelten, verfügen nicht über die finanziellen Mittel, um am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Bezogen auf die ständige Wohnbevölkerung der Schweiz unter 18 Jahren waren im Jahr 2014 5% der Kinder und Jugendlichen arm. Kinder und Jugendliche in Einelternhaushalten leben besonders häufig in prekären Verhältnissen: 15% von ihnen sind armutsbetroffen. Weitere Risikofaktoren für Kinderarmut in der Schweiz sind: hohe Kinderzahl (Familie mit drei und mehr Kindern), Migrationshintergrund, Eltern ohne nachobligatorische Ausbildung und ohne Erwerbstätigkeit (Guggisberg et al., 2016).

Exkurs: Einelternfamilien

Einelternfamilien sind oft in einer besonders kritischen Lebenslage. Vor allem alleinerziehende Frauen sind überdurchschnittlich oft von Armut betroffen, obwohl sie in der Mehrheit erwerbstätig sind. Dies liegt u.a. daran, dass sie aufgrund der familiären Verpflichtungen meist nur Teilzeit erwerbstätig sein können und oft unter besonders prekären Anstellungsbedingungen (im Stundenlohn, auf Abruf usw.) leiden (Struffolino et al., 2016). Verschiedene Studien weisen auf die besonders hohe Belastung, chronischen Stress und Erschöpfung sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen von alleinerziehenden Müttern in der Schweiz hin. Alleinerziehende haben ein höheres Risiko, von Isolation betroffen zu sein als die übrige Bevölkerung. Im Vergleich zu Eltern, die mit ihrem Partner zusammenleben, berichten Alleinerziehende signifikant häufiger von Gefühlen der Einsamkeit und haben häufiger ein eingeschränktes soziales Netzwerk (Gazareth & Modetta 2006; Bachmann, 2014).

Armut bringt mehrfache Belastungsaspekte in verschiedenen Lebensbereichen mit sich. Einer der wichtigsten ist dabei das Wohnen. Kinder in armutsgefährdeten Familien wohnen signifikant häufiger in überbelegten, zu dunklen, zu feuchten Wohnungen, die Lärm und Verkehr ausgesetzt sind und deren Umgebung durch Verschmutzung oder Abfall belastet ist (Guggisberg et al., 2016). Die betroffenen Kinder und Jugendlichen nehmen das Wohnen als ein primäres Problem ihrer Lebenslage wahr (Zürcher et al., 2016).

⁷ Um den Grenzwert zu berechnen, berücksichtigt die Richtlinie der SKOS einen Pauschalbetrag für den Lebensunterhalt, die individuellen Wohnkosten sowie monatlich 100 Franken pro Person ab 16 Jahren für weitere Auslagen.

Armutsbetroffene Familien müssen im Alltag am häufigsten auf regelmässige kostenpflichtige Freizeitbeschäftigungen und auf Ferienreisen verzichten. Viele Eltern in prekärer finanzieller Lage verzichten auf die Erfüllung eigener Bedürfnisse, um ihren Kindern das bieten zu können, was in ihrem sozialen Umfeld als normal betrachtet wird (Guggisberg et al., 2016). Soziale und finanzielle Ressourcen der Eltern zeigen einen Zusammenhang mit der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung von der frühen Kindheit (Neuhauser, 2018) bis ins Jugend- und frühen Erwachsenenalter (Bayard, Malti, & Buchmann, 2014; Bertogg & Szydlik, 2016).

Wie stark sich familiäre Armut auf die Kinder und Jugendlichen auswirkt, hängt unter anderem davon ab, wie gut es den Eltern oder dem alleinerziehenden Elternteil gelingt, mit der Belastungssituation umzugehen. Diese Fähigkeit zur Bewältigung der schwierigen alltäglichen Anforderungen hat wiederum stark mit der eigenen Ressourcenlage und den Kontextbedingungen zu tun (z. B. Familienfreundlichkeit des Arbeitgebers oder geografische Nähe von Wohnung, Arbeit und Kindertagesstätte).

Eltern mit psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet und machen einen grossen Teil der heutigen Krankheitslast aus (Schuler, Tuch, Buscher, & Camenzind, 2016). Ist ein Elternteil davon betroffen, bedeutet dies meist eine aussergewöhnlich starke Belastung für die gesamte Familie. Neben einer Beeinträchtigung der innerfamiliären Beziehungen führen psychische Erkrankungen oft zum sozialen Rückzug und schwächen die sozialen Ressourcen aller Familienmitglieder. Es liegen bisher nur wenig Informationen darüber vor, wie viele Kinder und Jugendliche in der Schweiz von diesem Problem betroffen sind.

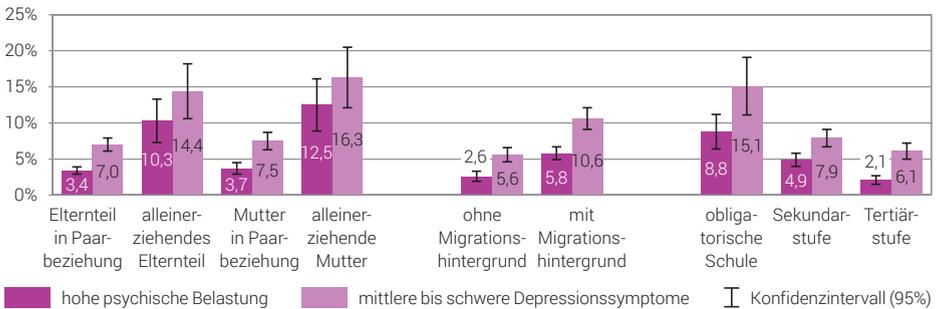
Psychische Erkrankungen sind weit verbreitet. Ist ein Elternteil davon betroffen, bedeutet dies meist eine aussergewöhnlich starke Belastung für die gesamte Familie.

Eine Studie, die betroffene Erwachsene und Kinder mit Kontakt zum Versorgungssystem der Region Winterthur erfasste, zeigt auf, dass viele der Kinder von psychisch erkrankten Eltern in einem mehrfach belasteten familiären Umfeld leben (Gurny, Cassée, Gavez, Los, & Albermann, 2007) und dass ihr Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln, um den Faktor 3 bis 7 erhöht ist (Albermann & Müller, 2016). Zur psychischen Erkrankung kommen weitere innerfamiliäre Probleme hinzu wie mangelnde Erziehungskompetenz, Paarkonflikte, Gewalt und Vernachlässigung. 31% der in der Winterthurer Studie erfassten Kinder und Jugendlichen leben bei alleinerziehenden Eltern, 26% bei beiden Eltern, 25% im Heim und die restlichen 18% in anderen Wohnsituationen (Albermann & Müller, 2016).

Mit den Daten der SGB des Jahres 2017 lässt sich schätzen, wie verbreitet psychische Belastungen bei Müttern und Vätern in der Schweiz (n=6877) sind.⁸ Insgesamt gaben 4% der befragten Eltern an, unter starker psychischer Belastung und 8% unter mittleren bis schweren Depressionssymptomen zu leiden. Beide Indikatoren weisen auch aus klinischer Sicht auf deutliche Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit hin (vgl. dazu Schuler et al., 2016). Es zeigen sich deutliche Unterschiede nach sozialem Status und Lebenslage der Eltern: So leiden alleinerziehende Mütter doppelt so häufig unter Depressionssymptomen verglichen mit Müttern in Paarbeziehungen. Auch Eltern mit lediglich obligatorischer Schulbildung weisen dreimal häufiger Depressionssymptome auf als Eltern mit Abschluss auf Tertiärstufe (Grafik G 2.6).

Verbreitung von mittleren bis schweren Depressionssymptomen und hoher psychischer Belastung bei Eltern von Kindern unter 25 Jahren, 2017 G 2.6

Anteil in Prozent



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Auch die Folgen einer *Alkoholabhängigkeit* der Eltern sind für Kinder vielfältig, teilweise schwerwiegend und können sich durch die gesamte Lebensphase ziehen (World Health Organization, 2018). Ihre Lebensbedingungen charakterisieren sich häufig durch eine unsichere und ungeordnete Familienatmosphäre, unberechenbare Handlungsweisen und Kritik- und Konfliktvermeidung. Aus dem schwankenden Erziehungsstil resultiert oft eine unbeständige und unzuverlässige Eltern-Kind-Beziehung, was die psychische Gesundheit der Kinder und die Entwicklung ihrer sozialen Ressourcen beeinträchtigen kann und auch das Risiko für problematischen Substanzkonsum im Jugendalter erhöht (Bayer-Oglesby, Nieuwenboom, Frey, & Schmid, 2015; Böhnki, 2014).

⁸ Es ist allerdings zu vermuten, dass Eltern mit besonders starker psychischer Belastung nicht an einer Befragung teilnehmen und deshalb die Prävalenzraten eher unterschätzt werden.

Es existieren bis heute keine gesicherten Kennzahlen zur Verbreitung von Alkoholabhängigkeit bei Schweizer Eltern und der Anzahl der davon mitbetroffenen Kinder und Jugendlichen. Mit den Daten der SGB lässt sich aber die Häufigkeit eines hoch riskanten Alkoholkonsums bei Eltern schätzen, was dem durchschnittlichen täglichen Alkoholkonsum von mindestens 40g reinen Alkohols (ca. 4 Gläser Wein) pro Tag für Frauen und 60g reinen Alkohols (ca. 6 Gläser Wein) pro Tag für Männer entspricht.⁹ 0,9% der Eltern weisen ein solches Konsummuster auf, was hochgerechnet auf die Schweiz zwischen 12 000 und 23 000 Elternteilen ausmacht. Bezogen auf die Altersgruppe der 0–4-jährigen Kinder kamen Dratva, Grylka-Bäsclin, Volken und Zysset (2019) auf einen Anteil von knapp 2% betroffener Kinder im Vorschulalter. Der hohe Konsum ist nicht nur ein gesundheitliches Risiko für den Elternteil (inklusive des Risikos, eine Alkoholabhängigkeit zu entwickeln), sondern er hat potenziell negative Folgen für die betroffenen Kinder (u. a. Modelllernen im Umgang mit Suchtmitteln).

Soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen

Spätestens mit dem Eintritt in den Kindergarten kommen Schritt für Schritt Bezugspersonen ausserhalb der Kernfamilie zum sozialen Netz der Kinder und Jugendlichen hinzu. Gleichaltrige sind aufgrund ähnlicher Interessen und Bedürfnisse wichtige Spiel- und Gesprächspartnerinnen und -partner, von welchen sich Kinder oft besser verstanden fühlen als von Erwachsenen. Freundschaften zu leben und sich von Gleichaltrigen unterstützt zu fühlen, wirkt sich denn auch positiv auf das psychische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen aus (Inchley et al., 2016). Zu den Beziehungsnetzen von Kindern unter elf Jahren liegen keine Schweizer Daten vor.

Freundeskreis der Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Bei Jugendlichen zeigt sich aus der HBSC-Erhebung (2018), dass die grosse Mehrheit auf soziale Ressourcen aus dem Freundeskreis zählen kann. Rund 81% der Jungen und 90% der Mädchen im Alter von 11 bis 15 Jahren haben Kolleginnen und Kollegen, mit welchen sie über Probleme sprechen können, und ähnlich viele können sich auf Kolleginnen und Kollegen verlassen, wenn etwas schiefläuft (86 resp. 91%). Jugendliche mit Migrationshintergrund fühlen sich insgesamt etwas weniger von Gleichaltrigen unterstützt, u.a. berichten sie seltener über Vertrauensbeziehungen (83%) als Jugendliche ohne Migrationshintergrund¹⁰ (88%).

⁹ Diese Werte erlauben ohne zusätzliche Informationen keine diagnostischen Rückschlüsse auf Alkoholabhängigkeiten, sondern weisen auf eine langfristige, negative Auswirkung auf die Gesundheit der betroffenen Person hin.

¹⁰ Hier definiert als mindestens ein Elternteil, der nicht in der Schweiz geboren ist.

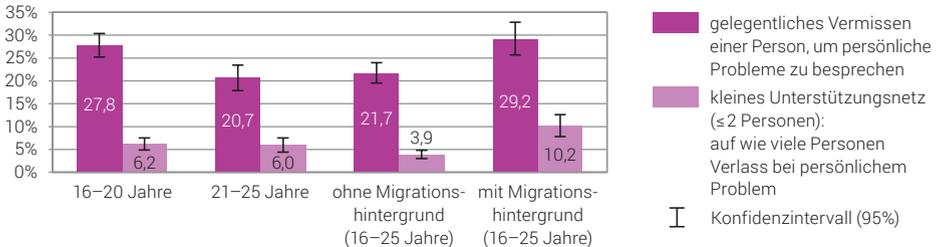
Die grosse Mehrheit der 16- bis 25-Jährigen verfügt über unterstützende Sozialbeziehungen. Jedoch fühlen sich 4,2% ziemlich häufig bis sehr häufig einsam.

Auch die grosse Mehrheit der 16- bis 25-Jährigen verfügt gemäss den Angaben aus der SGB 2017 über unterstützende Sozialbeziehungen. Dies hat sich in den vergangenen zehn Jahren nicht verändert (SGB 2007, 2012). Insbesondere junge Erwachsene ab 21 Jahren berichten von unterstützenden Sozialbeziehungen, was möglicherweise mit Paarbeziehungen zu tun hat, die in dieser Altersgruppe schon verbreitet vorhanden sind. Bei den 16- bis 20-Jährigen ist der Anteil derer, welcher manchmal eine Person vermisst, mit welcher jederzeit persönliche Probleme besprochen werden können, höher (siehe Grafik G2.7). Diese Altersgruppe berichtet aber nicht häufiger von Einsamkeitsgefühlen als junge Erwachsene ab 21 Jahren. Insgesamt fühlen sich 4,2% der 16- bis 25-Jährigen ziemlich häufig bis sehr häufig einsam. Wie bei den 11- bis 15-Jährigen haben auch in dieser Altersgruppe Jugendliche und junge Erwachsene, die in einer Familie mit Migrationshintergrund aufwachsen, ein höheres Risiko für mangelnde soziale Ressourcen und kleine Unterstützungsnetze.

Vermissten von Vertrauenspersonen und Grösse der Unterstützungsnetze der 16- bis 25-Jährigen, 2017

G2.7

Anteil in Prozent



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen in Schule und Freizeit

Viele der sozialen Kontakte zu Gleichaltrigen finden bei Kindern und Jugendlichen in der Schule statt. Einschätzungen zum Schul- oder Klassenklima liefern Hinweise zum Umgang unter Kindern und Jugendlichen im Schulhaus. Gemäss den HBSC-Daten (2018) beschreibt die grosse Mehrheit der 11- bis 15-Jährigen die Bedingungen an ihrer Schule in einer Weise, welche auf ein akzeptierendes und positives Klassenklima schliessen lassen. 76% stimmen der Aussage zu, dass Schülerinnen und Schüler in ihrer Klasse gerne zusammen sind, und rund 80% bejahen, dass die meisten in der Klasse nett und hilfsbereit sind. Dieser Anteil sinkt leicht mit zunehmendem Alter der Kinder. Die Haltung der befragten Jugendlichen gegenüber der Schule ist generell positiv: 76% geben an, die Schule (einigermassen) zu mögen. Verglichen mit 2014 ist dieser Anteil leicht angestiegen, damals betrug er 68%.

Exkurs: Lehrpersonen als wichtige Bezugspersonen

Neben den Eltern können weitere Erwachsene, insbesondere Lehrpersonen, zu wichtigen Unterstützungspersonen von Kindern und Jugendlichen werden (Obsuth et al., 2017). Aus der HBSC-Studie (2018) ist bekannt, dass der Anteil Schülerinnen und Schüler mit Vertrauensbeziehung zu Lehrpersonen in der Jugendphase abnimmt. Während der Grossteil der 11- bis 13-Jährigen (rund 70%) der Aussage zustimmt, viel Vertrauen in ihre Lehrkräfte zu haben, trifft dies bei den 14- bis 15-Jährigen noch auf rund 57% der Jungen und 52% der Mädchen zu. Damit besitzt ein bedeutender Teil der Jugendlichen über keine Vertrauensbeziehungen zu ihren Lehrkräften, wobei deren Bedeutung in der Jugendphase vermutlich aber auch abnimmt.

Dass soziale Kontakte unter Kindern und Jugendlichen auch von Konflikten und Gewalt geprägt sind, zeigt sich in den Angaben zu Mobbing. Unter Mobbing werden wiederholte verletzendende Äusserungen oder Handlungen sowie sozialer Ausschluss verstanden¹¹. Gemäss aktuellen Zahlen der HBSC (2018) geben 6,9% der 11- bis 15-jährigen Mädchen und 5,8% der Jungen an, mehrmals im Monat bis zu mehrmals die Woche Mobbing zu erleben (siehe Grafik G.2.8). Jugendliche mit Migrationshintergrund¹² sind dabei etwas häufiger von Mobbing betroffen als Jugendliche mit Schweizer Herkunft (7,3 vs. 5,1%). Seltener berichten Kinder und Jugendliche dieser Altersgruppe davon, Gleichaltrige regelmässig

¹¹ Die Häufigkeit von Cybermobbing wird im Kapitel *Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit* abgehandelt.

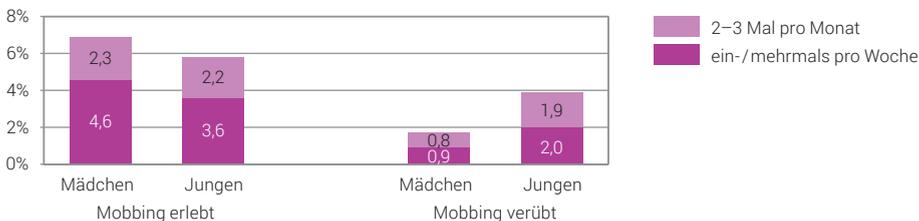
¹² Mindestens ein Elternteil ist nicht in der Schweiz geboren.

zu mobben. Es sind dies gut doppelt so häufig Jungen wie Mädchen. Über die Qualität der sozialen Beziehungen der 16- bis 25-Jährigen in der Schule oder am Arbeitsplatz liegen für die Schweiz keine repräsentativen Daten vor.

Häufigkeit von Mobbing in den letzten Monaten bei 11- bis 15-jährigen Jugendlichen, 2018

G2.8

Anteil in Prozent



Quelle: HBSC, 2018

© Obsan 2020

Freizeitaktivitäten von Kindern und Jugendlichen

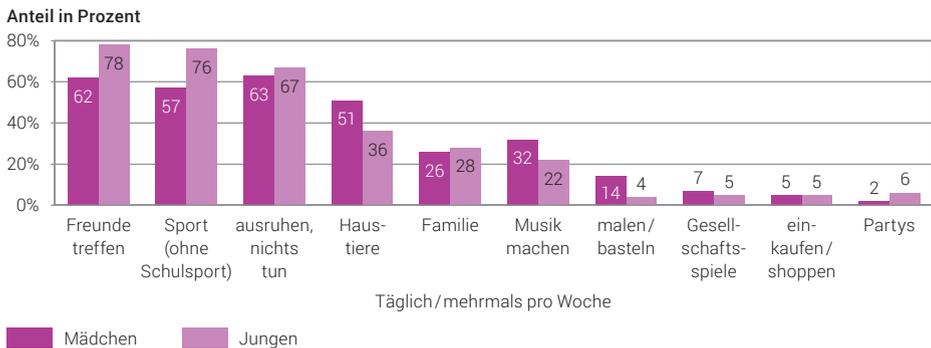
Mit der fortschreitenden Unabhängigkeit der Kinder von ihrer Kernfamilie wachsen ihre Möglichkeiten, die freie Zeit selbst und individuell zu gestalten. Wie gross diese Möglichkeiten sind, hängt davon ab, welche Handlungsspielräume Eltern ihren Kindern gewähren (können). Auch die Ausgestaltung des Wohnumfelds und die vorhandenen Angebote haben einen Einfluss auf die Handlungsspielräume und das Freizeitverhalten. Wichtig ist ein Wohnumfeld, das Kindern und Jugendlichen Bewegung und Begegnung in der Freizeit ermöglicht. Aus Expertensicht besonders entwicklungsfördernd sind für Kinder und Jugendliche nicht-strukturierte Freizeit und selbstbestimmte Räume

Gemäss Studienergebnissen (Genner et al., 2017) sind Spielen, Sport treiben und sich mit Freundinnen und Freunden treffen die von 6- bis 13-jährigen Kindern am häufigsten genannten Freizeitaktivitäten. Zwischen 80% und 95% der befragten Kinder üben diese mindestens einmal pro Woche aus. Es zeigen sich Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Mädchen zeichnen, basteln und musizieren signifikant häufiger, während Jungen häufiger regelmässig Sport treiben (Genner et al., 2017). Während das Spielen in der Jugendphase an Bedeutung verliert, zählen Freunde treffen und Sport treiben weiterhin zu den häufigsten nicht-medialen Freizeitaktivitäten (vgl. Grafik G2.9). Hinzu kommen an dritter Stelle das Ausruhen und Nichts-tun. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bleiben bestehen (Suter et al., 2018). Vielfach wird befürchtet, dass Kinder und Jugendliche aufgrund des breiten digitalen Medienangebots ihre Freizeit seltener mit «offline»-Aktivitäten verbringen. Dies lässt sich für den Zeitraum von 2010 bis 2018 bei Jugendlichen

so nicht bestätigen, da die Häufigkeit der meisten genannten Freizeitaktivitäten konstant bleibt. Zwar ist der Anteil Jugendlicher, welcher mehrmals die Woche Freunde trifft, von 81 auf 70% gesunken, dafür verbringt aber ein grösserer Teil der Jugendlichen mehrmals die Woche Zeit mit ihrer Familie (16 auf 27%). Im Kapitel *Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit* wird die Nutzung neuer Medien durch Kinder und Jugendliche ausführlich beschrieben.

Häufigkeit der Freizeitaktivitäten von 12- bis 19-Jährigen (ohne Berücksichtigung des Medienkonsums), 2018

G 2.9



Quelle: JAMES-Studie, Suter et al. (2018)

© Obsan 2020

Institutionelle Freizeitaktivitäten können Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bei der gesellschaftlichen Integration unterstützen, da sie ihnen ausserschulische persönliche Kontakte mit Schweizer Gleichaltrigen ermöglichen (Makarova & Herzog, 2014). Bezogen auf die Mitgliedschaft in Sportvereinen zeigt sich ein ausgeprägter Geschlechterunterschied. Während von den 10- bis 14-jährigen Jungen mit ausländischer Herkunft in etwa gleich viele Mitglied in einem Sportverein sind wie Jungen mit Schweizer Herkunft (63 vs. 70%), sind es ausländische Mädchen deutlich seltener (37 vs. 53%). Diese Unterschiede bleiben bei den 15- bis 19-Jährigen bestehen (Lamprecht, Fischer, Wiegand, & Stamm, 2015). Generell gaben im Jahr 2017 deutlich mehr Jugendliche und junge Erwachsene mit Migrationshintergrund an, nie an einem Vereinsanlass teilzunehmen (rund 41 vs. 26%). Dies steht auch im Zusammenhang mit dem schlechteren Zugang zu Freizeitangeboten von sozial benachteiligten Familien. Ein geringer sozioökonomischer Status der Familien verringert die Chancen von Kindern auf kostspielige Freizeitaktivitäten. Das zeigt sich bezogen auf Vereinsmitgliedschaften (World Vision Deutschland e. V., Neumann, Andresen, & Kantar Public, 2018), Bewegungsangebote (Bringolf-Isler et al., 2018; Lamprecht et al., 2015) oder beim Halten von Tieren (Genner et al., 2017; Suter et al., 2018).

Wohnumgebung und Mobilität

Die Art und Weise der Freizeitgestaltung von Kindern und Jugendlichen ist abhängig von der Ausstattung der Wohnumgebung. Sind in der näheren Umgebung Grünflächen und Spielkameraden vorhanden und ist der Strassenverkehr gering, wirkt sich dies positiv auf das Spielverhalten der Kinder im Freien aus. Auch die Möglichkeit zur Mitbestimmung in der Gestaltung von Freiräumen hat einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die Ausbildung von Aspekten der Resilienz bei Kindern und Jugendlichen (Rieker et al., 2016).

In der Studie von Bochsler et al. (2015) wurde die Angemessenheit der Wohnversorgung in der Schweiz mit Hilfe der *Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen* (SILC) untersucht. Anhand der Wohnkosten, der Wohnungsgrösse, der Wohnungsqualität sowie der Wohnlage wurde ein Gesamtindex gebildet, welcher bei Unterschreitung eines Schwellenwertes auf eine ungenügende Wohnversorgung hinweist. Im Jahr 2012 traf dies auf rund 15% der Familien mit Eltern in Partnerschaft zu, Alleinerziehende betraf es mehr als doppelt so häufig (rund 37%). Rund 8% der Familien lebten in einer Wohnumgebung, welche nur eingeschränkten Zugang zu elementaren Dienstleistungen (d. h. Lebensmittel-läden, medizinische Versorgung, Kitas, Spielplätze, öffentlicher Verkehr) bietet, in welcher sich der Schulweg der Kinder als schwierig gestaltet beziehungsweise welche durch Vandalismus und Verbrechen geprägt ist. Unabhängig von der Familiensituation übte die finanzielle Situation des Haushalts einen sehr starken Einfluss auf die Angemessenheit der Wohnversorgung aus: So waren 83,5% der armutsbetroffenen Haushalte und 57,1% der Haushalte von Menschen in prekären Lebenslagen nicht angemessen wohnversorgt. Ebenfalls häufiger betroffen waren Menschen ausländischer Herkunft, Menschen mit niedrigem Bildungsstatus und Menschen in dicht besiedelten Gebieten (Bochsler et al., 2015).

In der Stadt aufzuwachsen, erweist sich in der Schweiz nicht als nachteilig auf das Bewegungsverhalten. So bewegen sich gemäss den Ergebnissen der *SOPHYA-Studie* Kinder und Jugendliche, welche auf dem Land oder in der Stadt aufwachsen, in etwa gleich häufig (Bringolf-Isler et al., 2018). Insbesondere innerhalb sogenannter Begegnungszonen finden Kinder aufgrund des geringen Verkehrsaufkommens und der häufigeren Begrünung Platz zum Spielen (Sauter, 2008; Sauter & Huettenmoser, 2008).

Neben Spiel und Sport werden im Zusammenhang mit Bewegung die Schul- und Freizeitwege untersucht. Gemäss den Ergebnissen des *Mikrozensus Verkehr und Mobilität* ist es im Zeitraum von 1994 bis 2010 zu einem eigentlichen Paradigmenwechsel bei der Verkehrsmittelwahl der Kinder und Jugendlichen gekommen. Veränderungen im Schulsystem, so die Zentralisierung von Schulstandorten oder die Einführung von Tagesstrukturen, führen dazu, dass Schülerinnen und Schüler zwar längere Schulwege zurücklegen müssen, die Anzahl Schulwege pro Tag aber rückläufig ist. Im Jahr 2010 legten noch rund 75% der Kindern im Alter von 6 bis 12 Jahren ihren Schulweg zu Fuss oder mit dem Velo zurück, dieser Anteil ist aber rückläufig (Sauter, 2014). Vermehrt wird der öffentliche Verkehr benutzt oder die Kinder werden von ihren Eltern gefahren.

Schadstoffe, Lärm und Tabakrauch

In urbanen Räumen sind die Belastungen durch Luftschadstoffe und Lärm aufgrund des höheren Verkehrsaufkommens in der Regel höher als in ländlichen Gebieten (BAFU, 2018). Die Schadstoffimmissionen durch Feinstaub und Stickstoffdioxid haben sich zwar seit den 1990er-Jahren auch an verkehrsbelasteten Standorten markant reduziert, mit $38,6 \mu\text{g}/\text{m}^3$ im Jahr 2017 lagen die Jahresmittelwerte beim Stickstoffdioxid in städtischen, verkehrsbelasteten Standorten jedoch noch immer oberhalb des Grenzwerts (BAFU, 2018). Bei der Omnibus-Befragung 2015 gaben 9,3% der befragten Personen im Alter von 15–24 Jahren an, dass sie die Luftverschmutzung rund ums Haus als «sehr» oder «eher» störend empfinden (BFS, 2016). 15,8% dieser Altersgruppe stören sich zudem am Verkehrslärm zuhause.

Im Jahr 2015 waren 5,4% der schweizerischen Bevölkerung ab 15 Jahren durchschnittlich mindestens eine Stunde pro Tag Tabakrauch ausgesetzt (Kuendig, Notari, & Gmel, 2016). Jugendliche bis 19 Jahre und junge Erwachsene bis 24 Jahre sind dabei wesentlich öfter (17,1% beziehungsweise 17,9%) mit dem schädlichen Passivrauch konfrontiert als die übrige Bevölkerung. Im Rahmen des Schweizerischen Suchtmonitorings 2011 gaben von den 20- bis 24-Jährigen 7,1%, von den 25- bis 34-Jährigen 4,6% und von den 35- bis 44-Jährigen 3,2% an, dass sie Kinder oder Jugendliche in ihrer Wohnung manchmal dem Passivrauch aussetzen. Die Innenraumluft kann auch weitere Belastungen aufweisen, z. B. aufgrund der natürlichen Radonbelastung, es ist jedoch unklar, wie stark Kinder in der Schweiz davon betroffen sind.

Neben Gefährdungen aus der Luft kann die Gesundheit von Kindern – insbesondere von ungeborenen und kleinen Kindern – durch Verunreinigungen im Wasser und Boden beeinträchtigt werden, bspw. durch Rückstände von Pflanzenschutzmitteln oder Quecksilber und Blei als Altlasten von Industrie und Verkehr. Es ist nicht bekannt, in welchem Ausmass Kinder und Jugendliche in der Schweiz davon betroffen sind. Teilweise liegen regionale Daten vor; So besteht bspw. an vielen Orten in der Stadt Freiburg für spielende Kleinkinder ein potenzielles Gesundheitsrisiko durch Blei (BAFU/BAG 2019). Weiteren Aufschluss zu diesen Fragen erhofft man sich zukünftig von den Ergebnissen der Schweizer Gesundheitsstudie des BAG, in welcher die Exposition von Umweltbelastungen und die körperliche Gesundheit der Studienteilnehmenden detailliert gemessen werden (<https://www.schweizer-gesundheitsstudie.ch/>).

2.3 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Nachfolgende Teilkapitel gehen auf die Lebensfelder ein, welche für die Chancen der Jugendlichen ausschlaggebend sind. Insbesondere werden Erkenntnisse zur Chancengleichheit in Bildung besprochen sowie die Herausforderungen an den verschiedenen Übergängen des dualen Bildungssystems. In einem abschliessenden Teil folgt eine kritische Auseinandersetzung mit den Errungenschaften der Schweiz im Hinblick auf die Kinderrechte und die Kinderfreundlichkeit der Gesellschaft.

Chancen auf eine gute Ausbildung

In der Schweiz wurde in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten viel geforscht zu Themen der Berufsbildung und den Übergängen zwischen den Schulstufen und dem Berufsleben («Transition»). Zahlreiche Faktoren entscheiden, welchen Schul- und Berufsweg eine Person wählt und wie erfolgreich sie dabei ist. Nebst dem Geschlecht, der ethnischen Herkunft, dem sozialen Hintergrund und der schulischen Leistung können der Bildungsstand der Eltern, die Sprachregion sowie der Urbanisierungsgrad den weiteren Bildungsweg und den Ausbildungserfolg mitbeeinflussen (Meyer, 2018).

Forschungslücken bestehen dennoch weiterhin, so beispielsweise für den Zusammenhang von Migration und dem Bildungserfolg. Dass rund ein Drittel der 15- bis 17-Jährigen in der Schweiz einen Migrationshintergrund in der ersten oder zweiten Generation aufweist, verleiht dem Thema ein besonderes Gewicht (BFS, 2017b). Der Bildungsbericht 2018 untermauert den Forschungsbedarf in diesem Bereich und weist gleichzeitig auf die fehlende Datengrundlage hin (SKBF, 2018).

Bildungsreproduktion

Ob ein Kind den Übertritt in die Sekundarstufe I erfolgreich meistert, hängt gemäss Neuenschwander (2009) unter anderem von der Schichtzugehörigkeit der Familie und der Erwartungshaltung der Eltern ab. Dieser Zusammenhang wird auch als ausschlaggebender Faktor angesehen, dass Kinder aus Migrantenfamilien im Durchschnitt reduzierte Bildungschancen aufweisen (Schnell & Fibbi, 2016). Auf der Sekundarstufe I zeigen sich ausserdem deutliche Bildungsdisparitäten zwischen den Geschlechtern; der Anteil der Mädchen beim Schultyp mit erweiterten Anforderungen ist überdurchschnittlich hoch (Glauser, 2015). Dass die Mädchen auf dieser Stufe bessere Leistungen vollbringen als Jungen, ist ihrer ausgeprägten Leistungsbereitschaft geschuldet (Neugebauer, Helbig, & Landmann, 2011).

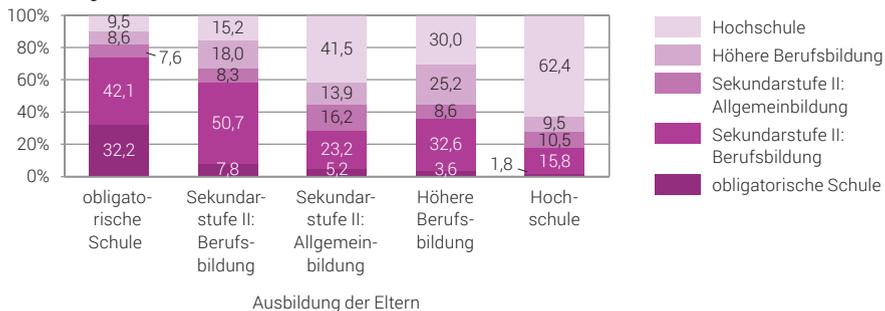
In der Schweiz wählen etwas mehr als 6 von 10 Jugendlichen nach der obligatorischen Schulzeit den Weg in die Berufslehre (BFS, 2018a). Dabei scheint die Ausbildung der Eltern entscheidend dafür zu sein, wie die Jugendlichen das duale Bildungssystem nutzen: Der Bildungsgrad wird oft reproduziert. Jugendliche von Eltern mit einer Berufslehre werden in rund der Hälfte der Fälle ebenfalls einen Abschluss der beruflichen Grundbildung anstreben (Becker & Glauser, 2018). Ein analoges Bild ergibt sich bei Eltern mit einer Ausbildung auf der Tertiärstufe: 62,5% der Kinder von Akademikerinnen und Akademikern verfügen ebenfalls über einen Hochschulabschluss (vgl. Grafik G2.10).

Verantwortlich für die deutlich *ausgeprägte Bildungsreproduktion* ist nicht die Ausbildung der Eltern an sich, sondern gemäss Becker und Glauser (2018) der damit verknüpfte sozioökonomische Status respektive die Klassenlage der Eltern. Eine zweite Erklärung führt aus, dass die Eltern jenen Bildungsweg viel besser kennen, den sie selbst eingeschlagen haben, und die Vertrautheit zu den übrigen Bildungswegen fehlt.

Bildungsstand der Kinder, nach höchster abgeschlossener Ausbildung der Eltern, 2016

G2.10

Ausbildung der Kinder



Quelle: BFS – Mikrozensus Aus- und Weiterbildung (MZB), 2016

© Obsan 2020

Chancen auf eine gelingende berufliche Integration und einen gelingenden Lebensentwurf

Der Eintritt ins Erwerbsleben nach der Ausbildung ist die zweite entscheidende Phase für die künftige berufliche Entwicklung der jungen Menschen. Neuere Erkenntnisse auf diesem Gebiet zeigen, dass sich die Dauer des Übergangs ins Berufsleben im Durchschnitt verlängert hat. 18 Monate nach Abschluss der Sekundarstufe II ist der Arbeitsmarkteintritt für viele Jugendliche noch nicht vollzogen (Bachmann Hunziger et al., 2014). Unter allen Personen, die im Jahr 2013 ihren Abschluss der Sekundarstufe II gemacht

haben, waren sechs Monate später 18% weder erwerbstätig noch in einer Ausbildung. Nach 18 Monaten waren es noch 11% der rund 87 000 Absolventinnen und Absolventen (BFS, 2019b). Gemäss BFS (2018b) hat der Bildungsstand der Eltern einen (wenn auch schwachen) Einfluss darauf, ob die Person 18 Monate nach Abschluss als «erwerbslos» gemeldet ist. Demgegenüber reduziert sich beziehungsweise verschwindet der Effekt des Migrationshintergrunds, wenn bei der Analyse die soziodemografischen Merkmale und die Abschlussart berücksichtigt werden (BFS, 2018b).

Die Beschäftigungssituation nach Bildungsabschluss zeigt sich vor allem für die Personen mit einem eidgenössischen Berufsattest (EBA) nach einer zweijährigen Grundausbildung als schwierig. Besonders negativ präsentiert sich die Situation im EBA-Berufsfeld «Persönliche Dienstleistungen». Hierzu zählen das Gastgewerbe, Reisebüros und Coiffeurläden, in denen die Weiterbeschäftigungsrate im Lehrbetrieb tief ist. Fast ein Viertel der Absolventen sind 42 Monate nach dem Abschluss ohne Erwerb. Die geringste Chance, innerhalb von sechs Monaten nach dem Lehrabschluss eine Arbeitsstelle zu finden, haben Büroassistenten und Küchenangestellte (econcept & LINK Institut, 2016).

Exkurs: Trend zu Eignungstests und Brückenangeboten

An der Schnittstelle zwischen der obligatorischen Schulzeit und der beruflichen Grundbildung zeigen sich in der Schweiz gewisse Koordinationsprobleme (Moser, 2004). Die während der Schulzeit erworbenen Fähigkeiten reichen für das anschliessende System oft nicht aus – oder sie sind für künftige Arbeitgeber zu wenig ersichtlich. Unternehmen führen deshalb vermehrt Eignungstests durch.

Bei den Jugendlichen gewinnen Brückenangebote an Beliebtheit. Untersuchungen kommen zum Schluss, dass in der Schweiz auch schwächeren Jugendlichen eine Ausbildungschance geboten wird und Brückenangebote tatsächlich oft als Brücke dienen und keine Sackgasse schaffen (Buchholz et al., 2012).

Mit dem Erwachsenwerden rückt für viele die Entscheidung über die Gründung einer eigenen Familie in den Vordergrund. Bei der Entscheidung, selbst Kinder zu haben, zeigt sich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als ein wichtiger Faktor. Rund die Hälfte der (noch) kinderlosen Personen rechnet damit, dass die Geburt eines Kindes die Berufsaussichten negativ beeinflussen wird (BFS, 2017a). Flexible Arbeitsbedingungen, Angebote zur familienergänzenden Kinderbetreuung und ein stabiles soziales Netz erleichtern Eltern die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie. Einelternfamilien, Beschäftigte in gewissen Branchen sowie Familien mit tiefem Einkommen verfügen in der Regel über geringere Möglichkeiten zur Nutzung solcher Ressourcen.

Chancen auf rechtliche Gleichstellung und gesellschaftliche Partizipation

Die Gesellschaft als Ganzes leistet durch ihr privates und politisches Handeln einen entscheidenden Beitrag an die Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder und Jugendlichen. Die Unterzeichnung des UN-Übereinkommens über die Rechte des Kindes (1997), die Strategie für eine schweizerische Kinder- und Jugendpolitik (2008), die Einführung des Kinder- und Jugendförderungsgesetzes KJFG (2013) sowie die Schaffung eines Kindes- und Erwachsenenschutzgesetzes (2013) sind wesentliche politische Meilensteine der Schweiz. Die ihnen folgenden Massnahmen, Projekte und Initiativen zielen darauf ab, die Rechte der Kinder und Jugendlichen zu fördern und ihnen Entfaltungsmöglichkeiten in allen Lebensbereichen zu gewähren.

Um zu erfahren, wie sich die Schweiz bei der Umsetzung einer aktiven Kinder- und Jugendpolitik präsentiert, wurden Gespräche mit Fachpersonen zu den Rechten von Kindern und Jugendlichen und der Kinderfreundlichkeit der Schweiz geführt. Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf einer Befragung von neun Expertinnen und Experten aus den Bereichen Wissenschaft, Nichtregierungsorganisationen und Verwaltung.¹³

Laut der Mehrheit der Befragten befindet sich die Schweiz auf einem guten Weg, Kinder und Jugendliche als vollwertige Rechtspersönlichkeiten anzuerkennen. Die öffentliche Diskussion um die Rechte der Kinder habe in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Mehrfach wird allerdings auf das fehlende Verbot der körperlichen Bestrafung von Kindern hingewiesen. Ebenfalls bemängelt wird von verschiedener Seite die Umsetzung der Kinderrechte. So wird auf die unvollständige Umsetzung des Anhörungsrechts der Kinder hingewiesen, beispielsweise im medizinischen Kontext, bei einer familienexternen Platzierung und im Migrationsbereich. Zudem existiert in der Schweiz bislang keine Ombudsstelle für Kinderrechte, die den Betroffenen den Zugang zu Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten verschaffen könnte. Grössere Anstrengungen zur Umsetzung der Kinderrechte fordern einige der Befragten im Bereich der Chancengleichheit. Kritisiert wurde hier, dass der Zugang zur Frühförderung regional stark variiert.

Laut der Mehrheit der befragten Fachpersonen befindet sich die Schweiz auf einem guten Weg, Kinder und Jugendliche als vollwertige Rechtspersönlichkeiten anzuerkennen. Das fehlende Verbot der körperlichen Bestrafung von Kindern sowie die Umsetzung der Kinderrechte wird von verschiedener Seite bemängelt.

¹³ Hierzu wurden im November 2018 leitfadengestützte telefonische Interviews durchgeführt. Die Befragung beruhte auf einer methodischen Mischung aus offenen und geschlossenen Fragen und gliederte sich in zwei Teile. Für eine ausführlichere Darstellung dieser Ergebnisse siehe Obsan Bericht 01/2020 von Zumbrunn et al.

Auf Ebene des Bundes sind gemäss den Befragten in den vergangenen 20 Jahren zahlreiche Massnahmen ergriffen worden, um die Gesellschaft kinderfreundlicher zu machen und die Partizipation zu fördern. Eine kinderfreundliche Gesellschaft bietet Kindern Schutz, Entfaltungsmöglichkeiten, Zugang zur formellen Bildung und «informellen Lernsettings». Zudem beteiligt sie Kinder und Jugendliche bei Entscheidungen, die sie unmittelbar und in Zukunft betreffen. Das Kinder- und Jugendförderungsgesetzes KJFG wird

Exkurs: UNICEF-Initiative «Kinderfreundliche Gemeinde»

Die Initiative möchte dazu beitragen, die Kinderrechtskonvention auf der kommunalen Ebene umzusetzen. In der Schweiz wurde sie im Jahr 2004 aufgegriffen. Gemeinden können sich aktiv für die Auszeichnung bewerben. Die Initiative versteht sich als ein ganzheitlicher Ansatz, der bei den verschiedenen Lebenswelten der Kinder ansetzt. Gemeinden, die sich für eine Bewerbung entscheiden, laden Kinder und Jugendliche zu einer Zukunftswerkstatt ein und verpflichten sich gleichzeitig zur Ausarbeitung eines Aktionsplans. Zurzeit tragen 38 Gemeinden das Label «kinderfreundliche Gemeinde», darunter grosse Städte (Basel, Genf) und grössere Agglomerationsgemeinden (Reinach/BL, Grenchen/SO), aber auch kleinere, eher ländlich geprägte Gemeinden (Blauen/BL, Menznau/LU, Zetzwil/AG).

von den Befragten als wichtiges Förderinstrument des Bundes für die ausserschulische Arbeit mit Kindern erwähnt. Damit unterstützt der Bund zeitlich begrenzte Modellvorhaben und Partizipationsprojekte, Aktivitäten von privaten Organisationen, die Aus- und Weiterbildung von sozial engagierten Jugendlichen sowie kantonale Programme für die Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendpolitik. Als wichtige Akteure für die Förderung der Kinder und Jugendlichen erwähnen mehrere Befragte die zahlreichen Nichtregierungsorganisationen, welche sich stärker an den Bedürfnissen der Kinder orientieren können. Diese stossen regelmässig Initiativen an, welche später von der öffentlichen Hand mitfinanziert werden, wie z. B. bei der Offenen Jugendarbeit Zürich oder dem Kinderbüro Basel.

Eine deutliche Mehrheit der befragten Personen bescheinigt der Schweiz im internationalen Vergleich in Bezug auf Kinderfreundlichkeit Nachholbedarf, aber mit grossen Unterschieden zwischen den Regionen und Gemeinden. Die soziale Einbindung der Kinder gehe zwar viel weiter als noch vor einigen Jahrzehnten. Dennoch sei die Mitwirkung auf der gesellschaftlichen Ebene heute noch nicht dort angekommen, wo sie im familiären Umfeld (und zum Teil in der Schule) gelebt wird. Entwicklungsbedarf sehen die Befragten auch im Bildungssystem, welches aufgrund des Leistungsdrucks und der Selektionsorientierung nicht als kinderfreundlich gelten könne. Mittels systematischer Frühförderung, einer «gelebten Integration» und mit einer stärkeren Partizipation der

Schülerinnen und Schüler an den Entscheidungsprozessen (z. B. in Form eines Klassenrats) könne der Schulbereich kinderfreundlicher gestaltet werden. Entwicklungsbedarf wird von den Befragten auch im ausserschulischen Bereich gesehen. Konkret fehlten den Kindern genügend Freiräume, wo sie sich ungestört aufhalten und autonom bewegen können. Auch nehme die frei verfügbare Zeit, die sich zwischen den strukturierten Blöcken wie Unterricht, Hausaufgaben und den fix geplanten Freizeitaktivitäten ergibt, tendenziell ab. Da unstrukturierte Zeit einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der Steuerung des Denkens und Handelns von Kindern leisten kann (Barker et al., 2014), ist dieser Trend problematisch.

2.4 Fazit

Mit den Informationen, die bis heute über Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in der Schweiz vorliegen, kann nur ein Teil der in diesem Kapitel aufgeworfenen Fragen beantwortet werden; so liegen nur wenige relevante Informationen vor zum Umfeld von Kindern bis 10 Jahren. Viele Erhebungen gehen nicht standardmässig auf die familiäre Einbindung der Befragten ein, so dass beispielsweise zu wenig über die soziale Lage oder die Wohnsituation von Familien mit Kleinkindern bekannt ist. Ebenfalls vernachlässigen Erhebungen, die spezifisch zur Lage der Migrationsbevölkerung durchgeführt werden, den familiären Blickwinkel und die Situation der Kinder.

Der heutige Stand der Forschung zeigt, dass der Grossteil der rund 2,3 Millionen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz in einem unterstützenden und ressourcenreichen Umfeld aufwächst. Deutlich wird auch, dass die Chancen für eine gute Entwicklung und Gesundheit von Lebensbeginn an sehr verschieden sind und in hohem Mass von den Ressourcen und Belastungen sowie dem sozioökonomischen Status ihrer Familien geprägt sind (vgl. dazu auch Obsan Bericht 01/2020 von Zumbrunn et al.). Die Gesundheitsförderung im Kindesalter darf sich deshalb nicht nur auf die individuelle Gesundheit beziehen, sondern muss auch die Stärkung der Ressourcen in der Familie und in den Lebenswelten der Kinder zum Ziel haben (Richter-Kornweitz, 2015). Aus der Erforschung der lebenslangen Entwicklung der Gesundheit ist bekannt, dass sogenannte kritische Perioden existieren (z. B. frühe Kindheit), in der besonders viele «gesundheitliche Weichen» gestellt werden. Ausserdem zeigt sich, dass die Kumulation von Risiken über die Lebenszeit von grosser Bedeutung ist (Azria, 2015; Dragano & Siegrist, 2009).

Mit Blick auf die demografische Entwicklung kommt der Stärkung der sozialen und ökonomischen Ressourcen von jungen Menschen eine herausragende Stellung zu. Obwohl sich die Geburtenrate in den letzten Jahren stabilisiert hat, wird sich die Alterung der Bevölkerung aufgrund der «Babyboomer»-Generation noch während einiger Jahre fortsetzen. Bis 2035 dürfte sich der Anteil der Personen im Alter von 65 Jahren und mehr von heute 18% auf 25% erhöhen. Ohne Anpassungen am Sozialversicherungssystem

steigt die Belastung der jungen Generation stetig an. Sie muss einen immer grösser werdenden Teil des von ihr erwirtschafteten Einkommens für die Erfüllung des Generationenvertrags aufwenden.

Die Ziele der UN-Konvention der Kinderrechte sind gemäss Einschätzung befragter Expertinnen und Experten bei den verantwortlichen Organisationen der Schweiz weitgehend anerkannt und werden in vielen Lebensfeldern zunehmend umgesetzt. Die Expertinnen und Experten sehen aber folgende Punkte als kritisch an:

- Eine ausgeprägte *Ungleichheit in den Bildungs- und Gesundheitschancen* der Kinder. Diese sind abhängig vom Status der Eltern, womit das Recht auf bestmögliche Gesundheit tangiert wird.
- Der regional unterschiedliche Ausbau der *Frühförderung*. Dieses Mittel zur Verbesserung der Chancengleichheit wird in vielen Kantonen und Gemeinden noch wenig stark genutzt.
- Der in der Schweiz ungenügende Schutz vor Gewalt im Zusammenhang mit der *Körperstrafe* als Erziehungsmittel.
- Das Schwinden der für die Entwicklung wertvollen *unstrukturierten Freizeit*, was das ebenfalls in der UN-Konvention festgehaltene Recht des Kindes auf Ruhe und Erholung tangiert.
- Ein im Vergleich mit anderen europäischen Ländern feststellbarer Nachholbedarf im Bereich der *Mitbestimmung* der Kinder und Jugendlichen.

2.5 Literaturverzeichnis

- Albermann, K., & Müller, B. (2016). Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern. *Pädiatrie – Schwerpunktausgabe zum Jahreskongress der SGPP und SGKJPP zum Thema Psychische Gesundheit aus der Generationenperspektive*, 16(3), 4–8.
- Amacker, M., Funke, S., & Wenger, N. (2015). *Alleinerziehende und Armut in der Schweiz*. Eine Studie im Auftrag der Caritas Schweiz. Bern: Universität Bern.
- Azria, E. (2015). *Inégalités sociales en santé périnatale*. *Archives de Pédiatrie*, 22, 1078–1085.
- Bachmann Hunziker, K., Leuenberger Zanetta, S., Mouad, R., Rastoldo, F., & Charmillot, G. (2014). Que font les jeunes 18 mois après l'obtention de leur diplôme de niveau secondaire II? Etat des lieux dans les cantons de Vaud et de Genève. Genève, Lausanne: SRED, URSP.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Obsan-Dossier 27. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- BAFU (2018). *Luftqualität 2017. Messresultate des Nationalen Beobachtungsnetzes für Luftfremdstoffe (NABEL)* (Nr. 1825). https://www.bafu.admin.ch/dam/bafu/de/dokumente/luft/uz-umwelt-zustand/nabel_luftbelastung2017.pdf.download.pdf/de_BAFU_UZ_1825_NABEL-Bericht.pdf (Zugriff am 15.04.2020).
- BAFU/BAG (2019). *Umwelt und Gesundheit in der Schweiz. Eine facettenreiche Beziehung*. Umwelt-Zustand Nr. 1908. Bern: Bundesamt für Umwelt und Bundesamt für Gesundheit.
- Barker, J. E., Semenov, A. D., Michaelson, L., Provan, L. S., Snyder, H. R., & Munakata, Y. (2014). Less-structured time in children's daily lives predicts self-directed executive functioning. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–16.
- Bayard, S., Malti, T., & Buchmann, M. (2014). Prosoziales Verhalten in Kindheit und Adoleszenz: Die Rolle von inner- und ausserfamiliären Beziehungen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 46(3), 145–154.
- Bayer-Oglesby, L., Nieuwenboom, W., Frey, P., & Schmid, H. (2015). *Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren: Einschätzungen und Vorgehensweisen von medizinischen Fachpersonen*. Olten: Hochschule für Soziale Arbeit, FHNW.
- Becker, R., & Glauser, D. (2018). Berufsausbildung, Berufsmaturität oder Mittelschule? Soziale Selektivität beim Übergang in die Sekundarstufe II in der Deutschschweiz. *Swiss Journal of Sociology*, 44(1), 9–33.
- Bertogg, A., & Szydlik, M. (2016). The Closeness of Young Adults' Relationships with Their Parents. *Schweizerische Zeitschrift Für Soziologie*, 42(1).
- BFS (2016). *Omnibus-Erhebung 2015: Umweltqualität und Umweltverhalten. Wahrnehmung der Umwelt und Verhalten der Bevölkerung meist im Einklang*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2017a). *Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2017* (Nr. 1010–1700). Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2017b). *Schweizerische Arbeitskräfteerhebung (SAKE) 2017*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2018a). *Statistik der Lernenden (SDL) 2017/18*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2018b). *Übergänge nach Abschluss der Sekundarstufe II und Integration in den Arbeitsmarkt – Längsschnittanalysen im Bildungsbereich. Ausgabe 2018*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2019a). *Statistischer Sozialbericht 2019* (Nr. 1200–1900). Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2019b). *Übergänge nach Abschluss der Sekundarstufe II und Integration in den Arbeitsmarkt. Aktualisierung 2019*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.gnpdetail.2019-0018.html> (Zugriff am 15.04.2020).
- Bochsler, Y., Ehrler, F., Fritschi, T., Gasser, N., Kehrli, C., Knöpfel, C., & Salzgeber, R. (2015). *Wohnversorgung in der Schweiz. Bestandsaufnahme über Haushalte von Menschen in Armut und in prekären Lebenslagen*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Böhnki, B. (2014). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien und deren Entwicklungsmöglichkeiten bis zum Erwachsenenalter: Vergleich bestehender Studien*. Hamburg: Diplomica Verlag.
- Bringolf-Isler, B., de Hoogh, K., Schindler, C., Kayser, B., Suggs, L. S., Dössegger, A., Probst-Hensch, N., & the SOPHYA Study Group. (2018). Sedentary Behaviour in Swiss Children and Adolescents: Disentangling Associations with the Perceived and Objectively Measured Environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 918.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *Background document to WHO – Strategy paper for Europe* (Nr. 2007:14). https://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html (Zugriff am 15.04.2020).

- Delgrande Jordan, M., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., & Schneider, E. (2019). *Eine explorative Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Konsum psychoaktiver Substanzen und Merkmalen 11- bis 15-jähriger Jugendlicher in der Schweiz – Ergebnisse der Studie «Health Behaviour in School-aged Children» HBSC 2018*. Forschungsbericht Nr. 105. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Dragano, N., & Siegrist, J. (2009). Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In Richter, M., & Hurrelmann, K. (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 181–194). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dratva, J., Grylka-Bäsclin, S., Volken, T., & Zysset, A. (2019). *Wissenschaftliche Übersichtsarbeit frühe Kindheit (0–4j.) in der Schweiz: Gesundheit und Prävention* (Studie im Auftrag des BAG). Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Dratva, J., Stronski, S., & Chiolerio, A. (2017). Towards a national child and adolescent health strategy in Switzerland: strengthening surveillance to improve prevention and care. *International Journal of Public Health*, 63, 159–161.
- econcept, & LINK Institut. (2016). *Evaluation EBA II – Evaluation der Arbeitsmarktsituation und Weiterbildungsperspektive von Absolventen und Absolventinnen mit eidgenössischem Berufsattest (EBA)*. Bern: Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation.
- Genner, S., Suter, L., Waller, G., Schoch, P., Willemse, I., & Süss, D. (2017). *MIKE – Medien, Interaktion, Kinder, Eltern. Ergebnisbericht zur MIKE-Studie 2017*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Glauser, D. (2015). *Berufsausbildung oder Allgemeinbildung: soziale Ungleichheiten beim Übergang in die Sekundarstufe II in der Schweiz*. Wiesbaden: Springer VS.
- Guggisberg, M., Häni, S., & Berger, L. (2016). *Armut und materielle Entbehrung von Kindern: Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) 2014*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B., & Alberman, K. (2007). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie*. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit.
- Hennig, M., Ebach, M., Stuth, S., & Haeggli, A. E. (2012). Frauen zwischen Beruf und Familie – ein europäischer Vergleich. Analysen zu den Einflussfaktoren auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. *Soziale Welt, Sonderband, 19*, 291–319.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A. Y., Molcho, M., Weber, M. W., Barnekow, V., & World Health Organization (2016). *Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: international report from the 2013/2014 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Inglis, S., Hornung, R., & Bergstraesser, E. (2011). Palliative care for children and adolescents in Switzerland: a needs analysis across three diagnostic groups. *European Journal of Pediatrics*, 170(8), 1031–1038.
- Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, G. (2016). *Le tabagisme passif en Suisse en 2015 – Analyse des données du Monitoring suisse des addictions*. https://www.suchtmmonitoring.ch/docs/library/kuendig_mb9seboynzfj.pdf (Zugriff am 15.04.2020).
- Lamprecht, M., Fischer, A., Wiegand, D., & Stamm, H. P. (2015). *Sport Schweiz 2014, Kinder- und Jugendbericht*. Magglingen: Bundesamt für Sport.
- Latsch, D. C., Nett, J. C., & Humbelin, O. (2017). Poly-Victimization and Its Relationship With Emotional and Social Adjustment in Adolescence: Evidence From a National Survey in Switzerland. *Psychology of Violence*, 7(1), 1–11.
- Lätsch, D., & Stauffer, M. (2016). Gewalterleben, psychosoziale Beeinträchtigung und professionelle Versorgung gewaltbetroffener Jugendlicher in der Schweiz. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 1, 71.
- Maier, T., Mohler-Kuo, M., Landolt, M. A., Schnyder, U., & Jud, A. (2013). The tip of the iceberg. Incidence of disclosed cases of child sexual abuse in Switzerland: Results from a nationwide agency survey. *International Journal of Public Health*, 58(6), 875–883.
- Makarova, E., & Herzog, W. (2014). Sport as a means of immigrant youth integration: an empirical study of sports, intercultural relations, and immigrant youth integration in Switzerland. *Sportwissenschaft*, 44(1), 1–9.
- Meyer, T. (2018). *Wie das Schweizer Bildungssystem Bildungs- und Lebenschancen strukturiert: empirische Befunde aus der Längsschnittstudie TREE* (Dissertation Universität Basel). <https://doi.org/info.doi/10.5451/unibas-006799348> (Zugriff am 15.04.2020).
- Neuenschwander, M. P. (2009). Selektionsprozesse beim Übergang in die Sekundarstufe I und II. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 12(2), 216–232.
- Neugebauer, M., Helbig, M., & Landmann, A. (2011). Unmasking the Myth of the Same-Sex Teacher Advantage. *European Sociological Review*, 27(5), 669–689.

- Neuhauser, A. (2018). Predictors of maternal sensitivity in at-risk families. *Early Child Development and Care*, 188(2), 126–142.
- Richter-Kornweitz, A. (2015). *Gesundheitsförderung im Kindesalter*. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-im-kindesalter/> (Zugriff am 15.04.2020).
- Rieker, P., Mörgen, R., Schnitzer, A., & Stroezel, H. (2016). Zusammenfassung und Diskussion. In Rieker, P., Mörgen, R., Schnitzer, A., & Stroezel, H. (Hrsg.), *Partizipation von Kindern und Jugendlichen* (S. 187–198). Wiesbaden: Springer VS.
- Sauter, D. (2008). *Mobilität von Kindern und Jugendlichen: Fakten und Trends aus den Mikrozensen zum Verkehrsverhalten 1994, 2000 und 2005. Materialien Langsamverkehr Nr. 115*. Bern: Bundesamt für Strassen.
- Sauter, D. (2014). *Mobilität von Kindern und Jugendlichen. Entwicklungen von 1994 bis 2010 Analyse basierend auf den Mikrozensen «Mobilität und Verkehr»*. Bern: Bundesamt für Strassen.
- Sauter, D., & Huettnermoser, M. (2008). Liveable streets and social inclusion. *Urban Design International*, 13(2), 67–79.
- Schnell, P., & Fibbi, R. (2016). Getting Ahead: Educational and Occupational Trajectories of the 'New' Second-Generation in Switzerland. *Journal of International Migration and Integration*, 17(4), 1085–1107.
- Schöbi, D., Kurz, S., Schoebi, B., Kilde, G., Messerli, N., & Leuenberger, B. (2017). *Bestrafungsverhalten von Eltern in der Schweiz. Physische und psychische Gewalt in Erziehung und Partnerschaft in der Schweiz: Momentanerhebung und Trendanalyse*. Freiburg (CH): Universität Freiburg, Institut für Familienforschung und -beratung.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit der Schweiz – Monitoring 2016*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (2016). *Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken. Gleichbleibend hohe Anzahl von Fällen von Kindsmisshandlung an schweizerischen Kinderkliniken*. http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/nationale_kinderschutzstatistik_2015_d_neu.pdf (Zugriff am 15.04.2020).
- Singer, L. T., Min, M. O., Minnes, S., Short, E., Lewis, B., Lang, A., & Wu, M. (2018). Prenatal and concurrent cocaine, alcohol, marijuana, and tobacco effects on adolescent cognition and attention. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 37–44.
- SKBF (2018). *Bildungsbericht Schweiz 2018*. <https://www.skbf-csre.ch/> (Zugriff am 15.04.2020).
- Struffolino, E., Bernardi, L., & Voorpostel, M. (2016). Self-reported Health among Lone Mothers in Switzerland: Do Employment and Education Matter? *Population-E*, 71(2), 187–214.
- Suter, L., Waller, G., Bernath, J., Külling, C., Willemsse, I., & Süss, D. (2018). *JAMES-Jugend, Aktivitäten, Medien-Erhebung Schweiz. Ergebnisbericht 2018*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- WHO (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ (Zugriff am 15.04.2020).
- World Vision Deutschland e. V., Neumann, S., Andresen, S., & Kantar Public (2018). *Kinder in Deutschland 2018. 4. World Vision Kinderstudie*. <https://www.worldvision.de/sites/worldvision.de/files/pdf/World-Vision-Zusammenfassung-vierte-Kinderstudie.pdf> (Zugriff am 15.04.2020).
- Zumbrunn, A., Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N., Meyer, S., Merki, M., & Robin, D. (2020). Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen als Gesundheitsdeterminanten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz – Literaturrecherche und Expertenbefragung (Obsan Bericht 01/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Zürcher, P., Frischknecht, S., Drack, M., Kaufmann, B., Scheuermann, A., & Hauri, R. (2016). *Lebenssituation von Kindern in der Sozialhilfe: eine Betrachtung aus interdisziplinärer Perspektive*. Forschungsbericht Nr. 15. Bern: Berner Fachhochschule.

03 Young Carers



Agnes Leu, Hannah Wepf & Marianne Frech
Careum Hochschule Gesundheit

Kernaussagen

- Die Situation von Young Carers findet öffentlich noch wenig Beachtung. Selbst Fachpersonen aus dem Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich sind noch zu wenig sensibilisiert dafür, wie betroffene junge Menschen, die in ihrem Umfeld Betreuungsaufgaben übernehmen, unterstützt werden können, damit sie Schule und Berufsstart meistern.
- Young Carers haben tendenziell häufiger körperliche und psychosoziale Probleme. Sie sind in der Schule und der Ausbildung herausgefordert und im Sozialleben und im persönlichen Freizeitverhalten eingeschränkt.
- Dies verringert die Chancengleichheit für Young Carers, kann ihre soziale Teilhabe verhindern und sich negativ auf ihre lebenslange Entwicklung auswirken.
- Young Carers übernehmen ihre Rolle meist nicht bewusst, sondern nehmen ihre Betreuungsaufgaben als etwas Alltägliches und «Normales» wahr.
- Neben den negativen Auswirkungen kann die Übernahme der Unterstützungsrolle auch positive Auswirkungen haben: Viele der Young Carers empfinden ihre Aufgaben als bereichernd. Ihre Rolle bietet ihnen die Möglichkeit, ihre praktischen und sozialen Kompetenzen zu entwickeln.
- Für die Altersgruppe von 10–15 Jahren wissen wir heute auch für die Schweiz, wie viele Young Carers es gibt, welche Aufgaben sie übernehmen und mit welcher Intensität. Datenlücken bestehen bezüglich des Einflusses der Rolle auf die persönliche Entwicklung, die Chancengleichheit in Schule und Ausbildung sowie auf die beruflichen Perspektiven.

3.1 Einleitung

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die Angehörige betreuen, werden im internationalen Kontext Young Carers genannt. Sie übernehmen sehr früh eine Betreuungsrolle und kümmern sich oftmals mit wenig oder ohne Unterstützung um erkrankte, verunfallte, beeinträchtigte oder gebrechliche Nächste – und müssen gleichzeitig Schule oder Ausbildung meistern. Vor diesem Hintergrund erfordert ihre Situation besondere Aufmerksamkeit.

Im Folgenden wird die Situation der Young Carers aufgezeigt und mit aktuellen Zahlen konkreter abgebildet. Der Beitrag zeigt insbesondere den nationalen Forschungsstand auf und zieht zentrale Ergebnisse oder Entwicklungen aus anderen europäischen Ländern als Vergleichsgrössen bei.

3.2 Bedeutung

Wer sind Young Carers?

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, die regelmässig und massgeblich Verantwortung für die Betreuung und Pflege einer nahestehenden Person übernehmen, werden international als Young Carers bezeichnet.¹

Young Carers sind ein globales Phänomen. In Grossbritannien wird ihre Situation bereits seit Anfang der 90er-Jahre erforscht, für viele andere Länder liegen noch keine verlässlichen Zahlen vor (Leu & Becker, 2017a, 2017b). In Ländern, in denen bereits Studien durchgeführt wurden, liegt der Anteil von Young Carers bei zwei bis acht Prozent. Bei den betreuenden jungen Erwachsenen liegt der Wert höher, teilweise bis zu knapp 30% (eine Übersicht bieten: Leu & Becker, 2019).

Die Ergebnisse der ersten repräsentativen Erhebung für die Schweiz aus dem Jahr 2017 zeigten, dass 7,9% der befragten 3991 Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren Betreuungs- und/oder Pflegeaufgaben übernehmen. Hochgerechnet auf die schweizerische Bevölkerung entspricht dies rund 38 400 Menschen in dieser Altersgruppe (Leu et al., 2019). In Deutschland ergab eine Befragung von 1005 Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren (Lux & Eggert, 2017) eine Häufigkeit von 5,1% Young Carers, in Österreich bei 7403 Kindern und Jugendlichen zwischen 5 und 18 Jahren 4,5% (Cupal et al., 2014). Mädchen übernehmen tendenziell häufiger eine Unterstützungsrolle als Jungen (Leu et al., 2019; Nagl-Cupal et al., 2014; Sempik & Becker, 2013), und dies zunehmend mit steigendem Alter (Otto et al., 2019; Cass et al., 2011; Dearden & Becker, 2004).

¹ In Nordamerika wird davon abweichend von «Young Caregivers», in den skandinavischen Ländern von «Children as Next of Kin» gesprochen. Der Fachbegriff "Young Adult Carers" beschreibt junge Erwachsene im Alter von 19 bis 25 Jahren mit einer Pflege- oder Betreuungsrolle (Becker & Becker, 2008).

Welche Aufgaben übernehmen sie und für wen?

Die Aufgaben, welche Young Carers übernehmen, sind unterschiedlich und richten sich nach Art und Verlauf der Erkrankung oder Beeinträchtigung und danach, ob weitere Personen ebenfalls Unterstützung leisten können (Leu et al., 2018b). Young Carers leisten in der Schweiz häufig emotionale, betreuende und pflegerische Unterstützung sowie Hilfe im Haushalt. So sind sie z. B. für die Kommunikation mit Fachpersonen zuständig (Leu et al., 2018b).

Die betreute Person ist oftmals ein Elternteil, kann aber auch ein Geschwister, ein Grosselternteil oder eine andere nahestehende Person mit einer körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigung sein (Frech et al., 2019; Leu et al., 2019; Lloyd, 2013; Nagl-Cupal et al., 2014).

Young Carers leisten in der Schweiz häufig emotionale, betreuende und pflegerische Unterstützung sowie Hilfe im Haushalt.

Gründe und Umfang der Unterstützungsrolle

In der Literatur finden sich unterschiedliche Erklärungen dafür, weshalb Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene eine Unterstützungsrolle übernehmen (Leu & Becker, 2019). Meist geschieht das nicht freiwillig, sondern aus der Not heraus, weil Alternativen fehlen (Becker et al., 1998). Es mangelt z. B. an erwachsenen Personen aus dem Familien- und Freundeskreis, welche die Aufgabe übernehmen könnten, es fehlen passende, zugängliche und finanzierbare Pflegearrangements oder es sprechen persönliche und familiäre Gründe für diese Lösung (Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2004; Fives et al., 2013; Hunt et al., 2005). Forschungsergebnisse aus der Schweiz verdeutlichen, dass die Übernahme der Unterstützungsrolle in vielen Fällen graduell verläuft und von den Young Carers selbst nicht bewusst, sondern als «normaler» Prozess wahrgenommen wird (Leu et al., 2018).

Die von den Young Carers geleistete Unterstützung ist oft sehr umfangreich. In einer Studie aus Österreich zeigte sich, dass knapp 14% der befragten Young Carers fünf oder mehr Stunden täglich unterstützend tätig sind (Nagl-Cupal et al., 2014). Leu et al. (2019) zeigen, dass 22% der Young Carers in der Schweiz ein hohes und 17% ein sehr hohes Mass an Pflege und Betreuung leisten. Weiter gab mehr als die Hälfte der Young Carers an, mehrere Personen gleichzeitig zu unterstützen. Dies legt nahe, dass die jungen Betroffenen mit ihrer Unterstützung oftmals das gesamte Familiensystem entlasten.

3.3 Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe von Young Carers

Einfluss der Unterstützungsrolle auf die Gesundheit und Lebenssituation von Young Carers

In der Schweiz liegen Daten zur Lebensqualität der Young Carers vor. Sie zeigen, dass ihr Wohlbefinden im Vergleich mit Kindern und Jugendlichen ohne Betreuungs- und Pflegeaufgaben leicht geringer ausfällt (Leu et al., 2019). Eine bedeutende Anzahl von vorwiegend qualitativen Studien zeigt, dass die Unterstützungsaufgaben und die damit verbundene Verantwortung für Young Carers in vielen Fällen mit negativen Erfahrungen verbunden sind, sei dies emotional (z. B. Trauer, Angst, Schuld oder Scham [Bjorgvinsdottir & Halldorsdottir, 2014; Leu et al., 2018b]), sozial (z. B. Isolation, Mobbing [Barry, 2011]), körperlich (z. B. Müdigkeit, Rückenschmerzen [Becker & Sempik, 2018]) oder ausbildungsbezogen (z. B. Schulabsentismus, Ausbildungsabbrüche und Teilzeitbeschäftigung [Becker & Sempik, 2018; Kaiser & Schulze, 2014; Moore et al., 2009]). Bei der Altersgruppe der jungen Erwachsenen wurden deutlich erhöhte Anzeichen für Depression und Angststörungen nachgewiesen (Greene et al., 2016). Dies verringert die Chancengleichheit für Young Carers und kann sich negativ auf die lebenslange Entwicklung auswirken.

Eine rein defizit- und risikoorientierte Sicht auf die Situation von Young Carers führt jedoch aus Autorinnensicht dazu, die Fähigkeiten und Kompetenzen der jungen Menschen sowie deren Umfeld zu unterschätzen. In den vergangenen Jahren wurde immer häufiger auch positive Aspekte der Unterstützungsrolle beschrieben und erforscht, nämlich persönliche Reife und die Entwicklung eines Verantwortungssinnes, praktische und soziale Fähigkeiten und Kompetenzen, Stolz und ein positiver Selbstwert (z. B. Banks et al., 2001; Cass et al., 2009; Cassidy et al., 2014; Heyman & Heyman, 2013; Joseph et al., 2009; Robson et al., 2006). Sie zeigen das Potenzial dieser jungen Menschen, mit schwierigen familiären Situationen umzugehen.

Die Unterstützungsaufgaben und die damit verbundene Verantwortung kann die Chancengleichheit der Young Carers verringern und sich negativ auf die lebenslange Entwicklung auswirken.

Damit die Bedingungen zur Stärkung der Resilienz von Young Carers genauer verstanden werden können, braucht es weitere Forschungsarbeiten (Joseph, Sempik, Leu & Becker, 2019). Es muss von einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren (u. a. Alter, Unterstützungsaufgaben und -verantwortung, Bewältigungsstrategien), mit betreuter Person (u. a. Unterstützungsbedarf, Beziehung, Inanspruchnahme professioneller

Unterstützung), Familie (u. a. Ein-/Zwei-Eltern-Haushalt, Anzahl Geschwister) und dem weiteren Umfeld (u. a. Unterstützung und Verständnis) ausgegangen werden. Je nach Konstellation dieser Faktoren werden positive oder negative Auswirkungen überwiegen.

Bedürfnisse von Young Carers nach Unterstützung

Young Carers gehören als Kinder zu einer besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe. Im Weiteren haben sie aufgrund ihrer Unterstützungsrolle zusätzliche Bedürfnisse. Sie übernehmen eine Rolle, die üblicherweise Erwachsene beziehungsweise Fachpersonen in den unterschiedlichsten Settings wie beispielsweise in Pflegeheimen, Spitälern oder zu Hause haben. Weil sie selten über ihre Situation sprechen und sie ihre Unterstützungsrolle als etwas Selbstverständliches ansehen (Leu, Frech & Jung, 2018), ist bis heute wenig bekannt über ihre Bedürfnisse. Im Rahmen einer schweizweiten repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit wurden erstmalig 2425 betreuende Angehörige über die Lebensspanne (9–96 Jahre) zu ihren Bedürfnissen nach Unterstützung und Entlastung befragt. In der Altersgruppe der unter 16-Jährigen (n=389) wurde der Reihe nach genannt: das Bedürfnis nach Hilfe für den Notfall, Informationen und Tipps für den Umgang in Notfällen sowie zur Betreuung, Ermöglichung von Hobbies, nach der eigenen Meinung gefragt zu werden (Otto et al., 2019). Die betreuenden jungen Erwachsenen (16–25 Jahre) nannten als erste Priorität ebenfalls Hilfe bei einem Notfall, gefolgt von Hilfe für die Familie und andere Personen, Geld/Versicherungen, Gesprächen mit Fachpersonen sowie Austausch mit Personen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden (Otto et al., 2019).

3.4 Massnahmen und Strategien

Unterstützung von Young Carers im Schweizer Gesundheits- und Sozialsystem

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, Young Carers zu unterstützen: entweder direkt über Unterstützungsangebote wie Informationen, praktische Alltagshilfen und Beratungen oder indirekt über Leistungen an die unterstützte Person bzw. das gesamte Familiensystem (Leu et al., 2018a; Lux & Eggert, 2017; Clay, et al., 2016, Kavanaugh et al., 2015; Ali et al., 2013). Young Carers in der Schweiz äussern den Wunsch nach mehr Akzeptanz durch Fachpersonen (Leu et al., 2018b). Gemäss Cassidy et al. (2014) wirken sich Wertschätzung und Anerkennung für die geleistete Unterstützung stressmindernd auf Young Carers aus.

Damit Young Carers wahrgenommen werden, muss die Öffentlichkeit sensibilisiert werden. Nur so lassen sich erfolgreich Hilfs- und Unterstützungsmassnahmen anstossen (Leu et al., 2018a; Leu & Becker, 2017a, 2017b; Szafran et al., 2016).

Nationale Strategien und Unterstützungsangebote

Neben der Umsetzung des Aktionsplans «Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige» (Schweizerischer Bundesrat, 2014) lancierte der Bund, 2016 das Förderprogramm «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020» im Rahmen der Fachkräfteinitiative. Ziel des Programms ist es innerhalb von vier Jahren praxisnahe Grundlagen für die Weiterentwicklung von Entlastungsangeboten zu erarbeiten. Sowohl bei den Forschungsmandaten² als auch bei den Dokumentationen von Modellen guter Praxis sind Kinder und Jugendliche sowie junge Erwachsene eine angemessen berücksichtigte Altersgruppe von betreuenden Angehörigen.³

Die bestehenden Angebote für betreuende Angehörige sind aber mehrheitlich auf Erwachsene im Erwerbsalter oder nach der Pensionierung ausgerichtet. Das BAG offeriert seit 2017 die Möglichkeit, mittels einer Suchmaske überregional nach Projekten, Angeboten und Massnahmen mit Vorbildcharakter zur Unterstützung von betreuenden Angehörigen zu suchen. Angebote für Kinder und Jugendliche können am besten über den Interventionsbereich (z. B. Schule) gesucht werden. Eine Sortierung nach Alter der betreuenden Angehörigen ist jedoch nicht möglich.

Hinweise auf die aktuelle Unterstützungspraxis liefern die Ergebnisse eines SNF-Forschungsprojekts⁴, bei dem Fachpersonen aus den Bereichen Schule, Gesundheit und Soziales schweizweit danach befragt wurden, an welche Organisationen sie Young Carers in ihrer beruflichen Tätigkeit vermitteln können. Die von den Fachpersonen genannten Organisationen (z. B. Dienste für Kinder, Jugendliche und Familien) waren solche, deren Unterstützungsangebote nicht spezifisch auf die Situation der Young Carers ausgerichtet sind. Solche Angebote gibt es in der Schweiz noch kaum.

In Deutschland, Österreich und Italien lassen sich bereits Unterstützungsangebote spezifisch für diese Zielgruppe finden. So können sich Betroffene auf der Website von *Young Carers Deutschland*⁵, *Superhands*⁶ und *Giovani Caregiver*⁷ informieren und gelangen so zu Unterstützungsangeboten, beispielsweise in Form von Beratung und Begleitung (Patenschaft). In Grossbritannien stehen Young Carers und ihren Familien eine Vielzahl

² www.bag.admin.ch/betreuende-angehoerige → Programmteil 1: Wissensgrundlagen

³ www.bag.admin.ch/betreuende-angehoerige → Suche Modelle guter Praxis

⁴ Young Carers in Switzerland (SNF Money Follows Researcher 10001AM_160355/1)

⁵ www.youngcarers.de (Zugriff am 27.3.2019); www.echt-unersetzlich.de (Zugriff am 27.3.2019)

⁶ www.superhands.at (Zugriff am 27.3.2019)

⁷ www.giovanicaregiver.it (Zugriff am 27.3.2019)

von spezifischen Unterstützungsangeboten zur Verfügung. Ist eine Person von einer Krankheit, einem Unfall oder einer Beeinträchtigung betroffen, wird durch ein Assessment systematisch erhoben, welche Personen Unterstützung leisten. Diese Identifizierung ermöglicht es, dass Unterstützungsangebote durch Fachpersonen entweder direkt für die erkrankte Person (als Entlastung für die betreuenden Angehörigen) oder für Young Carers selbst angeboten werden können. Zudem existieren über 350 Young-Carers-Projekte im ganzen Land, wo sich Betroffene mit Peers und Fachpersonen austauschen und an Freizeitaktivitäten, Schulungen oder Coachings teilnehmen können. Zusätzlich existieren viele Angebote im schulischen Bereich⁸, die sich sowohl an Young Carers als auch an Fachpersonen richten. So stehen Fachpersonen beispielsweise eine Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Unterstützung von Young Carers in der Schule zur Verfügung sowie Aufklärungsmaterial wie Webinare, Videos und Fallstudien. Zusätzlich werden auf die Schulen zugeschnittene Schulprogramme angeboten, ebenso Young Carers Awards.

3.5 Fazit

In der Schweiz gibt es zum Schutz von Young Carers und ihren Familien keine spezifischen rechtlichen Rahmenbedingungen. Der internationale Vergleich macht deutlich, dass die Schweiz diesbezüglich keine Ausnahme ist (Leu & Becker, 2017a, 2017b). Grossbritannien ist das einzige europäische Land, das konkrete rechtliche Rahmenbedingungen für Young Carers kennt und zumindest teilweise auch umsetzt. In der Schweiz sowie in den meisten anderen europäischen Ländern beruht der Schutz von Young Carers auf Rechtsgrundlagen, die nicht Young-Carers-spezifisch sind, wie beispielsweise Gesundheits-, Bildungs- und Kinderschutzgesetzgebung sowie Sozialversicherungsrecht (Leu et al., 2020).

Im Unterschied zu den meisten anderen europäischen Ländern hat die Schweiz bis heute keine Angehörigenorganisation auf Bundesebene (z.B. Carers Switzerland), die sich schweizweit und international für die Anliegen von betreuenden Angehörigen (aller Altersgruppen) einsetzt und deren Interessen vertritt. Es gibt jedoch verschiedene Interessensgemeinschaften wie beispielsweise Pro Aidants oder die Interessengemeinschaft Angehörigenbetreuung, welche betreuenden und pflegenden Angehörigen in der Schweiz ein Gesicht und eine Stimme geben. Internationale Erfahrungen zeigen, dass eine landesweit tätige Interessenvertretung eine zentrale Rolle dabei spielt, Young Carers zu identifizieren und die Öffentlichkeit für ihre Situation zu sensibilisieren (Becker & Leu, 2017a, 2017b). Hier wären Initiativen zu begrüssen, welche die Position von Young Carers in der Schweiz stärken, wie beispielsweise ein nationaler Young Carer Awareness Day oder ein Young Carers Festival analog zu Grossbritannien.

⁸ www.carers.org/young-carers-schools (Zugriff am 27.3.2019); <https://professionals.carers.org/stepbystep> (Zugriff am 27.3.2019).

3.6 Literaturverzeichnis

- Aldridge, J., & Becker, S. (1993). *Children who care: Inside the world of young carers*. Dept. of Social Sciences, Loughborough University, in association with Nottinghamshire Association of Voluntary Organisations.
- Ali, L., Ahlström, B. H., Krevers, B., Sjöström, N., & Skärsäter, I. (2013). Support for young informal carers of persons with mental illness: a mixed-method study. *Issues in Mental Health Nursing, 34*(8), 611–618. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.791736>
- Banks, P., Cogan, N., Deeley, S., Hill, M., Riddell, S., & Tisdall, K. (2001). Seeing the invisible children and young people affected by disability. *Disability & Society, 16*(6), 797–814. <https://doi.org/10.1080/09687590120083967>
- Barry, M. (2011). 'I realised that I wasn't alone': The views and experiences of young carers from a social capital perspective. *Journal of Youth Studies, 14*(5), 523–539. <https://doi.org/10.1080/13676261.2010.551112>
- Becker, S. (2007). Global Perspectives on Children's Unpaid Caregiving in the Family: Research and Policy on 'Young Carers' in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan Africa. *Global Social Policy, 7*(1), 23–50. <https://doi.org/10.1177/1468018107073892>
- Becker, S., Aldridge, J., & Dearden, C. (1998). *Young Carers and their Families*. Oxford: Blackwell Science.
- Becker, F. & Becker, S. (2008). *Young adult carers in the UK: Experiences, needs and services for carers aged 16–24*. The Princess Royal Trust for Carers, London. ISBN 9780853582519
- Becker, S., & Sempik, J. (2018). Young Adult Carers: The Impact of Caring on Health and Education. *Children & Society (early view)* <https://doi.org/10.1111/chso.12310>
- Bjorgvinsdottir, K., & Halldorsdottir, S. (2014). Silent, invisible and unacknowledged: experiences of young caregivers of single parents diagnosed with multiple sclerosis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28*(1), 38–48. <https://doi.org/10.1111/scs.12030>
- Cass, B., Brennan, D., Thomson, C., Hill, T., Purcal, C., Hamilton, M., & Adamson, E. (2011). *Young carers: Social policy impacts of the caring responsibilities of children and young adults*. Sydney, Australia: Social Policy Research Centre.
- Cass, B., Smyth, C., Hill, T., Blaxland, M., & Hamilton, M. (2009). *Young carers in Australia: Understanding the advantages and disadvantages of their care giving* (FaHCSIA Social Policy Research Paper No. 38).
- Cassidy, T., Giles, M., & McLaughlin, M. (2014). Benefit finding and resilience in child caregivers. *British Journal of Health Psychology, 19*(3), 606–618. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12059>
- Cheesbrough, S., Harding, C., Webster, H., Taylor, L., & Aldridge, J. (2017). The lives of young carers in England: Omnibus survey report: Research report. London. Retrieved from TNS BMRB; Young Carers Research Group, Loughborough University website: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/582575/Lives_of_young_carers_in_England_Omnibu_research_report.pdf
- Clay, D., Connors, C., Day, N., Gkiza, M., & Aldridge, J. (2016). The lives of young carers in England: Qualitative report to DfE. London. Retrieved from TNS BMRB; Young Carers Research Group, Loughborough University website: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/498115/DFE-RR499_The_lives_of_young_carers_in_England.pdf
- Cohen, D., Greene, J. A., Toyinbo, P. A., & Siskowski, C. T. (2012). Impact of family caregiving by youth on their psychological well-being: a latent trait analysis. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 39*(3), 245–256. <https://doi.org/10.1007/s11414-011-9264-9>
- Dearden, C., & Becker, S. (2004). *Young carers in the UK: The 2004 report*. London: Carers UK.
- Frech, M., Nagl-Cupal, M., Leu, A., Schulze, G. C., Spittel, A.-M., & Kaiser, S. (2019). Wer sind Young Carers? Analyse der Begriffsverwendung im deutschsprachigen Raum und Entwicklung einer Definition. *International Journal of Health Professions, 6*(1), 19–31. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2019-0004>
- Greene, J., Cohen, D., Siskowski, C., & Toyinbo, P. (2016). The Relationship Between Family Caregiving and the Mental Health of Emerging Young Adult Caregivers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 44*(4), 551–563. <https://doi.org/10.1007/s11414-016-9526-7>
- Hamilton, M. G., & Adamson, E. (2013). Bounded agency in young carers' lifecourse-stage domains and transitions. *Journal of Youth Studies, 16*(1), 101–117. <https://doi.org/10.1080/13676261.2012.710743>
- Heyman, A., & Heyman, B. (2013). 'The sooner you can change their life course the better': The time-framing of risks in relationship to being a young carer. *Health, Risk & Society, 15*(6-07), 561–579. <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.830080>

- Ireland, M. J., & Pakenham, K. I. (2010). The nature of youth care tasks in families experiencing chronic illness/disability: development of the Youth Activities of Caregiving Scale (YACS). *Psychology & Health, 25*(6), 713–731. <https://doi.org/10.1080/08870440902893724>
- Joseph, S., Becker, F., & Becker, S. (2012). *Manual for Measures of Caring Activities and Outcomes for Children and Young People*. London.
- Joseph, S., Becker, S., Becker, F., & Regel, S. (2009). Assessment of caring and its effects in young people: development of the Multidimensional Assessment of Caring Activities Checklist (MACA-YC18) and the Positive and Negative Outcomes of Caring Questionnaire (PANOC-YC20) for young carers. *Child: Care, Health and Development, 35*(4), 510–520. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00959.x>
- Joseph, S., Sempik, J., Leu, A., & Becker, S. (2019). Young Carers Research, Practice and Policy: An Overview and Critical Perspective on Possible Future Directions. *Adolescent Research Review, 38*(1), 155. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00119-9>
- Kaiser, S., & Schulze, G. C. (2014). Pfliegerische Tätigkeiten in der Familie – eine mögliche Ursache für Schulabsentismus bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Heilpädagogik, 65*(9), 332–346.
- Kavanaugh, M. S., Noh, H., & Studer, L. (2015). It'd be nice if someone asked me how I was doing. Like, 'cause I will have an answer: Exploring support needs of young carers of a parent with Huntington's disease. *Vulnerable Children and Youth Studies, 10*(1), 12–25. <https://doi.org/10.1080/17450128.2014.980370>
- Lakman, Y., & Chalmers, H. (2019). Psychosocial comparison of carers and noncarers. *Child & Youth Services, 5*(4), 1–20. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2018.1553614>
- Leu, A., & Becker, S. (2017a). A cross-national and comparative classification of in-country awareness and policy responses to 'young carers'. *Journal of Youth Studies, 20*(6), 750–762. <https://doi.org/10.1080/13676261.2016.1260698>
- Leu, A., & Becker, S. (2017b). Länderspezifisches Bewusstsein zur Situation von Young Carers: eine globale Betrachtung. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *ZQP-Report: Junge Pflegenden* (S. 31–35). Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Leu, A., & Becker, S. (2019). Young Carers. In H. Montgomery (Ed.), *Oxford Bibliographies in Childhood Studies*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/OBO/9780199791231-0120>
- Leu, A., & Frech, M. (2015). Verborgene Kinder sichtbar machen. *Pflegerecht, 4*(4), 229–233.
- Leu, A., Frech, M., & Jung, C. (2018a). «You don't look for it» – A study of Swiss professionals' awareness of young carers and their support needs. *Health & Social Care in the Community, 26*(4), e560–e570. <https://doi.org/10.1111/hsc.12574>
- Leu, A., Frech, M., & Jung, C. (2018b). Young carers and young adult carers in Switzerland: Caring roles, ways into care and the meaning of communication. *Health & Social Care in the Community, 26*(6), 925–934. <https://doi.org/10.1111/hsc.12622>
- Leu, A., Frech, M., Wepf, H., Sempik, J., Joseph, S., Helbling, L., ... Jung, C. (2019). Counting young carers in Switzerland – A study of prevalence. *Children & Society, 33*(1), 53–67. <https://doi.org/10.1111/chso.12296>
- Leu, A., Guggiari, E., Phelps, D., Magnusson, L., Hlebec, V., Santini, S., ... Hanson, E. (2020). Transnational Analysis of Legislation, Policy and Service Frameworks for Adolescent Young Carers in Europe. *Journal of Youth Studies* (under review).
- Lloyd, K. (2013). Happiness and well-being of young carers: extent, nature and correlates of caring among 10 and 11 year old school children. *Journal of Happiness Studies, 14*(1), 67–80. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9316-0>
- Lux, K., & Eggert, S. (2017). ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie. In Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *ZQP-Report: Junge Pflegenden* (S. 14–25). Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Metzing, S. (2007). *Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege* (1. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Moore, T., McArthur, M., & Morrow, R. (2009). Attendance, achievement and participation: Young carers' experiences of school in Australia. *Australian Journal of Education, 53*(1), 5–18.
- Nagl-Cupal, M., Daniel, M., Koller, M. M., & Mayer, H. (2014). Prevalence and effects of caregiving on children. *Journal of Advanced Nursing, 70*(10), 2314–2325. <https://doi.org/10.1111/jan.12388>
- Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C., & Golder, L. (2019). *Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung. Schlussbericht des Forschungsmandats G01a des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Bern.

- Robson, E., Ansell, N., Huber, U. S., Gould, W. T. S., & van Blerk, L. (2006). Young caregivers in the context of the HIV/AIDS pandemic in sub-Saharan Africa. *Population, Space and Place, 12*(2), 93–111. <https://doi.org/10.1002/psp.392>
- Schweizerischer Bundesrat (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige: Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz*. Bericht des Bundesrates. Bern.
- Sempik, J., & Becker, S. (2013). *Young Adult Carers at School: Experiences and Perceptions of Caring and Education*. Carers Trust: London.
- Szafran, O., Torti, J., Waugh, E., & Duerksen, K. (2016). Former young carers reflect on their caregiving experience. *Canadian Journal of Family and Youth, 8*(1), 129–151.
- Wepf, H., Kaspar, H., Otto, U., Bischofberger, I., & Leu, A. (2017). Betreuende und pflegende Angehörige – Präzisierung und Öffnung eines schwierigen Begriffs. *Pflegerecht, 6*(3), 140–146.



04 Körperliche Gesundheit und Entwicklung



Julia Dratva & Annina Zysset
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

Kernaussagen

- Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist erfreulich hoch. Es zeigen sich jedoch relevante Unterschiede in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Sozialstatus der Eltern.
- Es bestehen bei der körperlichen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter sozioökonomische Unterschiede, zum Beispiel bei der subjektiven Gesundheitswahrnehmung und der Karieshäufigkeit.
- Die Entwicklung in Schwangerschaft und ab der Geburt wird in gynäkologischen und pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen und schulärztlichen Screenings erhoben. Im Kindesalter liegt der Fokus der Untersuchungen auf Grösse und Gewicht sowie auf kognitiven, sozialen und motorischen Fähigkeiten.
- Für viele Entwicklungsschritte und -indikatoren sind nationale Daten lückenhaft und nicht zugänglich, und teils liegen auch keine aktuellen Normdaten aus der Schweiz vor.
- Erfreulicherweise zeigen kantonale Bestandsaufnahmen seit Jahren unverändert gute motorische Fähigkeiten von Primarschulkindern.
- Knapp 10% der 4- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schüler erhielten 2017 logopädische Behandlungen. Der Fachverband geht von einer Unterschätzung der Prävalenz aus.
- Pro Million Einwohnerinnen und Einwohner sterben jährlich circa 100 Kinder und Jugendliche durch Unfälle. Die Zahl der Verletzten ist um ein Vielfaches höher.
- Unzureichende Durchimpfung oder abnehmende Immunität führen zu sporadischen Infektionen und wiederkehrenden Ausbrüchen impf-verhütbarer Infektionserkrankungen.
- HIV-Neuansteckungen sind bei 20–24-jährigen Erwachsenen in den letzten zehn Jahren um die Hälfte zurückgegangen. Steigende Fallzahlen liegen für andere sexuell übertragbare Infektionen vor, was jedoch durch die Zunahme von Tests zu erklären ist.
- International geht man von einer deutlichen Zunahme von Kurzsichtigkeit aus. Mangels national repräsentativer Daten kann dieser Trend für die Schweiz nicht beurteilt werden.
- Schmerzen sind gemäss internationalen Daten ein relevantes Public-Health-Problem. Für die Schweiz sind Daten zu akuten und chronischen Schmerzen eher lückenhaft. Jedoch zeigen Befragungsergebnisse (Studie Health Behaviour in School-aged Children, Schweizerische Gesundheitsbefragung) hohe Prävalenzen.

4.1 Einleitung

Die WHO definiert Gesundheit als einen «Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen» (WHO, 1946). Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der körperlichen Gesundheit als ein Aspekt des allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz. Der allgemeine Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen wird einerseits an der Abwesenheit von gesundheitlichen, eventuell chronischen Einschränkungen und andererseits an einer altersgemässen Entwicklung gemessen.

Beides ist hochkorreliert: Ein guter allgemeiner Gesundheitszustand ist eine wichtige Ressource, um die Entwicklungsaufgaben im Kindes- und Jugendalter erfolgreich zu bewältigen, und die Bewältigung dieser Aufgaben erhöht die Chancen, gesund zu bleiben. Entsprechend werden in diesem Kapitel auch Daten zur Entwicklung und zum Wachstum von Kindern und Jugendlichen vorgestellt sowie die Häufigkeit einer Auswahl an akuter Erkrankungen, Infektionskrankheiten und Unfälle im Kindes-, Jugend und jungen Erwachsenenalter in der Abgrenzung zu chronischen Erkrankungen und Behinderung (siehe Kapitel Chronische Krankheiten und Behinderungen) dargestellt. Angaben zur Mortalität finden sich im Kapitel *Demographie*.

Die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wird in der Praxis anhand von Entwicklungsmeilensteinen, Gesundheitsindikatoren und Normdaten beurteilt, die im Rahmen von Vorsorge- oder Screening-Untersuchungen erhoben werden. Neben objektiven Parametern ist auch die subjektive Wahrnehmung der Gesundheit der Kinder ein wichtiger Gesundheitsindikator.

Kinder machen insbesondere in den ersten Lebensjahren eine Vielzahl von Erkrankungen durch. Laut der *Swiss Infant Feeding Study* (Gross et al., 2014) hatten 83% aller Kinder im ersten Lebensjahr bereits einmal eine akute, das heisst eine vorübergehende Erkrankung erlitten. Die häufigsten Erkrankungen, die genannt wurden, waren Erkältungen (69%), Fieber (50%), Koliken (21%) und Atemwegserkrankungen sowie Magen-Darm-Infekte (je 15%). Mit zunehmendem Alter nehmen Häufigkeit und Anzahl von Infektionskrankheiten ab, obwohl einige der Infektionskrankheiten einen späteren Altersgipfel haben. Die Infektion mit dem Epstein-Barr-Virus tritt in der Regel zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr auf.

Akute Erkrankungen sind nur teilweise zu vermeiden und heilen in aller Regel ohne chronische Folgen aus. Es gibt dennoch Situationen, in denen nur eine rechtzeitige und adäquate Behandlung schwerwiegende Verläufe verhindern kann. Daher ist die Prävention akuter Krankheiten wenn möglich individuell und auf Bevölkerungsebene umzusetzen. So informiert z. B. die Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) Eltern mit der «bfu Kinderpost»¹ über Vorsichtsmassnahmen, um Unfälle zu vermeiden

¹ <https://www.bfu.ch/de/die-bfu/kommunikation/kinderpost>

(siehe Kapitel Gesundheitsförderung und Prävention). Da ein altersgerechtes Spiel- und Bewegungsverhalten sowie zunehmende Selbstständigkeit wichtig sind für eine gesunde Entwicklung, spielt bei der Unfallvermeidung und bei anderen Risiken die Verhältnisprävention eine grosse Rolle, die Eltern nur bedingt beeinflussen können.

4.2 Allgemeiner Gesundheitszustand

Die allermeisten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen stufen ihre eigene Gesundheit als gut bis ausgezeichnet ein. Gemäss der HBSC-Studie (Health Behavior in School-aged children) stufen innerhalb der Altersstufe von 11–15 Jahren jüngere Kinder ihre Gesundheit tendenziell besser ein (siehe Grafik G 4.1) als ältere Kinder. Im Alter von 15 Jahren nehmen 14% ihre Gesundheit als «einigermassen gut» und 2% als «schlecht» wahr. Diese Anteile haben sich in den letzten vier Jahren nur leicht verändert (HBSC, Grafik G 4.1). Gemäss HBSC-Studie nehmen Mädchen ihren Gesundheitszustand als schlechter wahr als Jungen; so haben 2018 nur 86% der Teilnehmerinnen der Studie, aber 91% der Teilnehmer ihren Gesundheitszustand als gut oder ausgezeichnet eingestuft. Eine europäische Studie zu gesundheitsbezogener Lebensqualität, die auch Schweizer Kinder einschloss, zeigte diese Altersabhängigkeit und Genderdifferenzen in der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit bei den 11–15-Jährigen ebenfalls (Bisegger et al., 2005). Der Gender-Unterschied wird ab 14 Jahren bei Jugendlichen auch durch die deutsche KiGGS-Studie bestätigt.

Laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) nehmen Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 16 und 25 Jahren ihre Gesundheit in rund 95% als gut oder sehr gut wahr. Nur etwa 4% beurteilten ihren Gesundheitszustand als «mittelmässig» und knapp 1% als «schlecht» (SGB 2017; siehe Kapitel Psychische Gesundheit). Jugendliche und junge Erwachsene mit Migrationshintergrund oder tiefem Sozialstatus schätzen den allgemeinen Gesundheitszustand tiefer ein als andere (Poethko-Müller et al., 2018). Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2017 attestieren auch die allermeisten Eltern (97%) ihren Kindern einen (sehr) guten Gesundheitszustand. 3,3% der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer lebten mit einem 0–14-jährigen Kind mit schlechtem bis sehr schlechtem Gesundheitszustand im gleichen Haushalt.

Subjektiver Gesundheitszustand von 11- bis 15-Jährigen in der Schweiz¹

G4.1



¹ Antwort auf die Frage: «Wie würdest Du Deinen Gesundheitszustand beschreiben?»

Quelle: HBSC 2014, 2018

© Obsan 2020

Wenngleich die Einschätzungen der Gesundheit von Kindern durch sie selbst und ihre Eltern häufig in die gleiche Richtung gehen, weist die Literatur dennoch auch auf unterschiedliche Einschätzungen hin (Gothwal, Bharani & Mandal, 2018; Pardo-Guijarro et al., 2015; Qadeer & Ferro, 2018). So bewerten beispielsweise deutsche Eltern die Gesundheit ihrer Töchter im Alter bis zu zehn Jahren höher ein als die ihrer Söhne, obwohl die Selbsteinschätzungen der Kinder auf eine gegenteilige Tendenz hinweisen (Poethko-Müller et al., 2018). Es scheint daher unabdingbar, Kinder und Jugendliche selber ihr Wohlbefinden und ihren Gesundheitszustand einschätzen zu lassen, um valide Daten zu erhalten.

Die subjektive Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist abhängig von ihrem Alter und Geschlecht sowie vom Sozialstatus der Eltern. Die Einschätzung der Eltern weicht häufig von den Selbsteinschätzungen ihrer Kinder ab.

4.3 Entwicklung

Unter Entwicklungsmeilensteinen versteht man Zeitpunkte, zu welchen bestimmte Entwicklungsschritte bei Kindern das erste Mal auftreten, z. B. auf den Rücken drehen, frei sitzen und aufstehen. Solche Meilensteine wurden für Motorik, aber auch für Sprache und Kognition («Denken») formuliert. Die Abweichung von der Norm kann ein Indikator sein für eine Störung und dient somit als Hinweis, das Kind genauer untersuchen zu lassen. Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) hat eine Checkliste für

Vorsorgeuntersuchungen verfasst mit altersspezifischen Empfehlungen ab dem Alter von einer Woche bis 14 Jahre, um Gesundheits- und Verhaltensstörungen frühzeitig zu erfassen und, falls erforderlich, Behandlungen oder Unterstützungen einzuleiten (SGP, 2011). Doch bereits während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett werden wichtige Grundsteine für die spätere kindliche Gesundheit und Entwicklung gelegt. Daher ist die Dokumentation von relevanten Daten aus dieser Periode ebenso wichtig. Die Schweiz erhebt die gemäss Euro-Peristat obligaten Indikatoren (Euro-Peristat, 2013). Sie berichten unter anderem über Geburtsmodus (siehe Kapitel Chronische Krankheiten und Behinderungen), Geburtsgrösse und -gewicht und Alter der Mutter. Einige der empfohlenen Indikatoren hingegen, wie Rauchen in der Schwangerschaft oder Schwangerschaftsgewicht, werden nicht erhoben (Spaeth et al., 2018).

Pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen sind wichtig um abweichende Entwicklungen frühzeitig zu entdecken und, falls angebracht, Unterstützungen oder Therapien einzuleiten.

Bis zum Alter von sechs Jahren sind zwölf Vorsorgeuntersuchungen vorgesehen, die von der Krankenkasse übernommen werden, damit von Geburt an die Entwicklung des Kindes verfolgt und Präventionsmassnahmen ergriffen werden können (siehe Kapitel Gesundheitsversorgung). Gemäss *Swiss Infant Feeding Study* (SWIFS) nahmen 93,3% der Mütter die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr wahr, nur 4% besuchten die Vorsorgeuntersuchungen nicht oder nur teilweise (Gross et al., 2014). Vorsorgeuntersuchungen der 3–4-Jährigen nahmen laut dem Kindergesundheitsbericht der Stadt Bern 2014 noch rund 60% der Eltern wahr (Tschumper et al., 2014). Die KiGGs-Studie aus Deutschland berichtet, dass Kinder aus Familien mit niedrigerem sozialen Status die Vorsorgeuntersuchungen weniger häufig besuchten als Kinder aus Familien mit hohem sozialen Status (Robert Koch-Institut, 2015).

Standardisiert erhobene Daten aus pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen haben das Potenzial, sowohl Daten zur Generierung von Normwerten zu stellen, als auch epidemiologische Angaben zur Häufigkeit abweichender Entwicklungen bei den Kindern zur Verfügung zu stellen. In der Schweiz liegen solche Daten nicht vor – respektive nicht so, dass daraus eine schweizerische Statistik generiert werden könnte.

In Deutschland liefert die deutsche KiGGs-Kohorte seit 2006 epidemiologische Daten zur Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Daten führten auch zu verschiedenen Normtabellen für Deutschland (Neuhauser et al., 2013). In Italien wurden ebenfalls Daten zur Gesundheit von Kindern zusammengetragen und im Bericht *Libro bianco sulla salute dei bambini, 2011* veröffentlicht, und zwar sowohl separat für die Regionen als auch für Italien als Ganzes (Ricciardi, 2011). Im Gegensatz

dazu liegen für die Schweiz solche repräsentativen und aktuellen Daten zur Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht vor. Die Daten der Zürcher Longitudinalstudien (1953–1974), die auf die körperliche Entwicklung fokussierten, sind inzwischen veraltet (KISPI; Remo Largo). Neuere Daten liefert die *Swiss Preschoolers' Health Study SPLASHY* (Messerli-Burgy et al., 2016) für 2–6-jährige Kinder, und zwar zu einzelnen Entwicklungsbereichen wie Motorik, Kognition und psychosozialen Faktoren. In verschiedenen anderen Forschungsprojekten werden zwar ebenfalls Entwicklungsdaten erhoben, aber diese wissenschaftlichen Publikationen lassen nur beschränkt einen Rückschluss auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz zu. Sie verfolgen andere Fragestellungen, sind auf bestimmte Altersgruppen beschränkt oder die Daten sind nicht repräsentativ.

Die Entwicklung von Kindern wird in der Schweiz regelmässig untersucht, jedoch werden die Daten nicht in einer Weise erhoben, die eine schweizweite Auswertung oder einen Vergleich der Daten ermöglicht.

Motorische Entwicklung

Motorische Fähigkeiten sind zentral für die kindliche Entwicklung. In den frühen Kindesjahren entwickeln sich die motorischen Fähigkeiten kontinuierlich, was Kindern erlaubt, immer mehr von ihrer Umwelt zu erkunden und selbständiger zu werden. Dies ermöglicht soziale Partizipation (z. B. spielen mit andern Kindern und ausführen von alltäglichen Aufgaben) und wirkt sich positiv auf gesundheitsrelevante Faktoren wie Bewegung und Körpergewicht (Bar-Haim & Bart, 2006; Barnett et al., 2009) und auf das Selbstwertgefühl aus (Sylvestre et al., 2013). Um abweichende Entwicklungen erkennen zu können, ist eine frühe Erfassung von motorischen Fähigkeiten wichtig.

Motorische Fähigkeiten sind zentral für eine gesunde Entwicklung. Sie ermöglichen soziale Partizipation und wirken sich positiv auf gesundheitsrelevante Faktoren wie Bewegung und Körpergewicht aus.

In Winterthur und Zürich werden seit 2005 motorische Fähigkeiten von Kindern erfasst. Die Daten zeigen, dass die Variabilität innerhalb der Altersgruppen gross ist (Joss, 2018, 2019). In den Berichten 2019 wurde die Entwicklung über die letzten 14 Jahre analysiert. Dabei stellte sich heraus, dass die Leistungen der Knaben und Mädchen weitgehend stabil geblieben sind und sich parallel entwickelt haben (Joss, 2019).

Unterschiede innerhalb der Schweiz wurden bisher wenig erforscht. Kühnis et al. (2018) verglichen motorische Fähigkeiten von Kindergartenkindern aus der Stadt Zürich mit Kindern aus dem Kanton Uri und beobachteten im Stadt-Landvergleich, dass die Kinder aus dem eher ländlichen Uri in allen Testaufgaben besser abschnitten. Unabhängig vom Wohnort aber schnitten Kinder, die einen Purzelbaum-Kindergarten besuchten, besser ab als Kinder in normalen Kindergärten (Kühnis et al., 2018). Kindergärten mit dem Label Purzelbaum weisen eine besonders bewegungsfördernde Lernumgebung auf (siehe Kapitel Gesundheitsförderung und Prävention).

Kognitive Entwicklung

Kognitive Fähigkeiten sind ebenfalls eine wichtige Grundlage für eine gesunde Entwicklung, denn sie ermöglichen die mentale Verarbeitung von Informationen, die Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Speicherung, Erinnerung und Einleitung von Handlungen beinhalten. Daher sind kognitive Fähigkeiten während der Entwicklung entscheidend für das Erlernen sowohl von Wissen und Kompetenzen als auch von Regeln und Konzepten sozialer Interaktionen. Da es sich um mentale Vorgänge handelt, können kognitive Fähigkeiten im Gegensatz zur Motorik nicht direkt gemessen werden. Sie werden durch beobachtbares Verhalten erschlossen, zum Beispiel durch die Zeit, die ein Neugeborenes damit verbringt, einen neuen Stimulus zu beobachten, oder die Anzahl der Wörter, an die sich ein Kind erinnern kann (Bjorklund, 2005).

In der *Swiss Preschoolers' Health Study – SPLASHY* wurden die kognitiven Fähigkeiten von 3–5-jährigen Kindern aus Kindertagesstätten in der West- und Deutschschweiz anhand von Aufgaben zu visueller Wahrnehmung (Kärtchen von unterschiedlich grossen Stiften der Grösse nach ordnen), selektiver Aufmerksamkeit (Kärtchen nach einem

Kognitiver Leistungszuwachs: kognitive Leistungen von 3–5-jährigen Kindern in zwei aufeinanderfolgenden Jahren T4.1

Kognitive Aufgaben	2014		2015	
	MW (SD)	Range	MW (SD)	Range
Visuelle Wahrnehmung	17,6 (6,7)	5–36	24,0 (6,6)	6–40
Selektive Aufmerksamkeit	28,4 (10,8)	1–67	39,2 (12,1)	3–72
Arbeitsgedächtnis	3,8 (2,2)	0–9	5,3 (2,3)	1–10
Bildliches Denken	2,5 (2,3)	0–12	4,7 (3,1)	0–12

Anmerkung: MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Range=Wertebereich. Es werden die Anzahl erreichter Punkte pro Aufgabe berichtet.

Quelle: Zysset et al. (eingereicht), Daten der Swiss Preschoolers' Health Study SPLASHY

© Obsan 2020

bestimmten Stimulus sortieren, unter Zeitruck), Arbeitsgedächtnis (geometrische Formen aus einer Auswahl an ähnlichen Formen erinnern) und bildlichem Denken (geometrische Figuren sollen mit drei- und viereckigen Klötzchen nachgelegt werden) und der Leistungszuwachs nach einem Jahr gemessen. Die Ergebnisse sind in Tabelle T4.1 dargestellt.

Die Studie belegt eine grosse Variabilität innerhalb der Altersgruppen hinsichtlich der Entwicklung, was deutlich macht, wie wichtig populationsbasierte Normdaten sind, um Diagnosen zu stellen. Ebenso braucht es standardisierte Erhebungen.

Im Schulalter haben kognitive Fähigkeiten einen wichtigen Stellenwert, da sie einen positiven Zusammenhang mit schulischen Leistungen aufweisen (Deary et al., 2007). Das *Libro bianco sulla salute dei bambini*, 2011, der Italienische Kindergesundheitsbericht, führt die Zahl an Kindern mit Behinderung in normalen Schulen auf (2,5% in der Grundschule, 3,3% in der Sekundarschule im Schuljahr 2008/09) und unterteilt sie nach den verschiedenen Behinderungen (Tabelle T4.2) (Istat, 2011; Ricciardi, 2011). Die kognitiven Beeinträchtigungen waren die häufigste Form von Behinderung der Schülerinnen und Schüler mit Behinderung (in der Grundstufe 71,5%, in der Sekundarstufe 76,9%).

Laut dem *Libro Bianco* ist diese Art der Behinderung aus schulischer Sicht auch die grösste Herausforderung. Vergleichende Daten zu Kindern mit kognitiven Beeinträchtigungen in der obligatorischen Schule liegen für die Schweiz nicht vor. Daten des Registers über frühe sonderpädagogische Massnahmen im Kanton Zürich werden entsprechende Informationen liefern können (Projektgruppe Zürcher Abklärungsverfahren zum sonderpädagogischen Bedarf im Vor- und Nachschulbereich, 2019).

Prozentanteil der verschiedenen Formen der Behinderung an der Gesamtheit der Beeinträchtigungen bei Schüler/innen in Grund- und Sekundarschulen in Italien im Schuljahr 2008/2009

T4.2

	Visus	Audio	Motorik	Intelligenz	Andere*
Grundschule	1,8	3,2	6,7	71,5	16,9
Sekundarschule	1,3	2,9	4,8	76,9	14,1

* Dazu gehörten bspw. Lernstörungen oder psychische Störungen.

Quelle: Libro Bianco 2011 – Rapporto Osservasalute (2010)

© Obsan 2020

Sprachentwicklung

Offizielle nationale Daten zu Sprachstörungen oder Logopädie-Verordnungen liegen für die Schweiz keine vor. Die im Rahmen einer Pilotstudie erhobenen Daten aus sechs Kantonen des Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverbands (DLV) zeigen, dass durchschnittlich 9,4% der 4–16-jährigen Schülerinnen und Schüler (Kindergarten, Primarschule und Oberstufe) Logopädie in Anspruch nahmen, wobei grosse kantonale Unterschiede festgestellt wurden, von 5,1% bis 20,6%. In dieser Pilotstudie mit 16 685 Kindern, die in logopädischer Behandlung waren, konnten erste Prävalenzzahlen für Störungsbilder in der Deutschschweiz berechnet werden (siehe Tabelle T4.3).

Da die Schülerinnen und Schüler auf der Warteliste für Logopädie nicht miteingeschlossen wurden, liegen die wahren Prävalenzen womöglich höher (DLV, 2019). Für die französisch- und italienischsprachige Schweiz konnten keine publizierten Daten gefunden werden.

Prävalenzschätzungen von Sprach- und Lernstörungen bei 4- bis 16-jährigen Schüler/innen in der Deutschschweiz

T4.3

Störungsbild	Prävalenz %
Artikulationsstörungen	3,1
Myofunktionelle Störung	1,6
Sprachentwicklungsstörung	4,4
Lese-Rechtschreibstörung	2,2
Stimm-/Stimmklangstörung	0,3
Redeflussstörung	0,6
Rechenstörung	0,1
Andere	1,1

Quelle: Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband DLV (2019)

© Obsan 2020

Sozio-emotionale Entwicklung

Indikatoren für die sozio-emotionale Entwicklung lassen sich bereits ab Geburt beobachten, z. B. wie schnell sich der Säugling beruhigen lässt, wie die Bindung zu primären Bezugspersonen (Mutter/Vater) ist, ob das Baby zufrieden wirkt und lächelt. In den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen wird empfohlen, diese Indikatoren für die sozio-emotionale Entwicklung zu beobachten (SGP, 2011). Ein wichtiger Indikator, der sich im Verlauf des ersten Lebensjahres entwickelt, ist die Fähigkeit des Kleinkindes

zur Selbstregulation. Diese Fähigkeit, sich selbst kontrollieren und auch mit negativen Situationen umgehen zu können, stellt bis ins Erwachsenenalter einen wichtigen Faktor für die psychische Gesundheit dar.

Schweizerische Monitor- oder Registerdaten zur sozio-emotionalen Entwicklung liegen keine vor. So ist nicht bekannt, wie viele Kinder eine auffällige oder problematische sozio-emotionale Entwicklung aufweisen. Einzelne Aspekte wie emotionale Probleme, Probleme mit Gleichaltrigen und Verhaltensauffälligkeiten wurden im Rahmen der *Swiss Preschoolers' Health Study – SPLASHY* für Kitakinder (2–6-Jährige) erhoben anhand des Strengths and Difficulties Questionnaire (siehe auch Kapitel Psychische Gesundheit). Die Häufigkeiten sind in Tabelle T4.4 dargestellt (Stülb et al., 2018).

Häufigkeiten klinisch relevanter Verhaltensprobleme bei 2- bis 6-jährigen Kindern

T4.4

Skala ¹	2014 (N=511)	2015 (N=334)
Emotionale Probleme	22 (4,3%)	30 (8,9%)
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	39 (7,6%)	25 (7,2%)
Hyperaktivität/Aufmerksamkeitsprobleme	27 (5,3%)	21 (6,2%)
Probleme mit Gleichaltrigen	42 (8,2%)	25 (7,4%)

¹ Skalen aus dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Quelle: Stülb et al. (2018), Daten der Swiss Preschoolers' Health Study SPLASHY

© Obsan 2020

Daten für ältere Kinder und Jugendliche wurden im Forschungsprojekt z-proso (Das Zürcher Projekt zur sozialen Entwicklung von der Kindheit ins Erwachsenenalter) erhoben. Dieses hat die soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen untersucht, mit einem Fokus auf aggressivem und delinquentem Verhalten, das aber auch prosoziale Verhaltensweisen beinhaltet (Eisner & Ribeaud; UZH). Z-proso fand beispielsweise, dass die Häufigkeit von aggressivem Verhalten bei 7-jährigen Knaben um ein Vielfaches höher ist als bei gleichaltrigen Mädchen. Der Unterschied nimmt mit zunehmendem Alter ab. Bei 15-Jährigen ist die Häufigkeit von aggressivem Verhalten bei Knaben nur leicht höher als bei Mädchen (z-proso Team, 2015). Erneut ist der Erkenntnisgewinn aus diesen Studien zwar gross und relevant, repräsentative Daten zur sozio-emotionalen Entwicklung ergeben sie jedoch nicht.

Sensorische Entwicklung

Seh- und Hörfähigkeiten sind in der Entwicklung sowie im Schulalltag zentral. Die Testung der Seh- und Hörfähigkeiten ist Bestandteil der schulärztlichen Untersuchung (Dratva & Späth, 2017), jedoch sind national keine repräsentativen Daten vorhanden. Im Berner Jugendgesundheitsbericht 2016 wurde berichtet, dass in den drei vorhergehenden Schuljahren 25% der Mädchen und 16% der Knaben eine Brille oder Kontaktlinsen trugen. Bei 9% der Jugendlichen wurde eine ungenügende Sehschärfe festgestellt (Tschumper, 2016). Weiter wurden von 2004 bis 2015 Daten aus Bern zu ungenügender Sehschärfe verglichen. Diese Analyse zeigte, dass konstant mehr Mädchen als Jungen eine ungenügende Sehschärfe hatten und/oder eine Brille/Kontaktlinsen trugen (Unterschied von 8–12%), was in diesem Alter überwiegend einer Kurzsichtigkeit entspricht (Myopie; siehe Kapitel Chronische Krankheit und Behinderungen). Für die Primarschule und die Kindergartenstufe liegen Daten zur Sehschärfe vor (Tschumper et al., 2014) (Tabelle T4.5).

Kinder mit ungenügender Sehschärfe in Bern, Schuljahr 2012/13

T4.5

	2. Kindergartenjahr (N=817)	4. Klasse (N=727)
Mädchen	5,8 %	6,0 %
Knaben	5,7 %	4,7 %

Quelle: Kindergesundheitsbericht Stadt Bern (2014)

© Obsan 2020

Eine Zunahme von ungenügender Sehschärfe bei Kindern, wie sie in diversen Medien und internationaler Literatur (z. B. Dolgin, 2015; SRF, 2018; Tages Anzeiger, 2018) berichtet wurde (Tschumper, 2016), zeigten die schulärztlichen Daten von 2005 und 2009 nicht. Auch die italienischen Schülerdaten weisen Seh- und Hörbeeinträchtigungen aus (Ricciardi, 2011). Im Vergleich zu den Berner Daten weisen die italienischen Grundschülerinnen und -schüler weniger häufig Sehprobleme auf (5–6% versus 2%).

Zur Hörfähigkeit wurde im Jugendgesundheitsbericht Bern 2016 festgestellt, dass zwischen 0–1,2% der Jugendlichen in den letzten Schuljahren mehr als 30 Dezibel (dB) Hörverluste aufzeigten. Bei 3% der Jugendlichen im Schuljahr 2015/16 wurden kleinere Hörverluste in den hohen Frequenzen (2000 Hz, 4000 Hz, 6000 Hz) festgestellt, was ein Hinweis auf Lärmschädigung sein könnte (Tschumper, 2016). Vergleichend dazu wiederum Ergebnisse des Moduls Kinder-Umwelt-Survey aus KiGGs (Deutschland). Bei den Kindern im Alter von 8 bis 14 Jahren, etwas jünger als die Berner Jugendlichen, wurde bei 2,4% der Kinder ein Hörverlust von mehr als 30 Dezibel festgestellt. Bei den hohen Frequenzen hatten 10,6% der Kinder an Hörverlusten von 20 dB und 2,1% an einem

Hörverlust von 30 dB (Robert Koch-Institut, 2008) gelitten. Eine holländische Studie fand ergab bei 7,8% der 9–11-jährigen Kinder einen Hörverlust von mindestens 16 dB in einem oder beiden Ohren (le Clercq et al., 2017).

Sonderpädagogische Massnahmen

Die Anzahl von verordneten sonderpädagogischen Unterstützungen ist ein Indikator für die Anzahl der Kinder mit Entwicklungsstörungen. Im Kanton Zürich wird zurzeit ein Register über frühe sonderpädagogische Massnahmen erstellt (heilpädagogische Früherziehungsmassnahmen, Audiopädagogik, Low-Vision-Therapie und Logopädie). Vorläufige Daten zeigen, dass zwischen 2015 und 2018 über 2000 Kinder pro Jahr für solche Massnahmen im Früh- und Nachschulbereich angemeldet wurden. Das entspricht je nach Bezugsgruppe ca. 1,5–2% der Kinder im Vorschulalter. Die Mehrheit der angemeldeten Kinder waren Knaben (68%), das Alter bei Erstanmeldung lag für die heilpädagogische Früherziehung im Durchschnitt bei 34,4 Monaten, für die Logopädie bei 37 Monaten, für die andern Therapien dazwischen (Projektgruppe Zürcher Abklärungsverfahren zum sonderpädagogischen Bedarf im Vor- und Nachschulbereich, 2019).

Grösse und Gewicht

Zu Grösse und Gewicht bestehen mehrere Datenquellen in der Schweiz. Bereits bei Geburt werden diese Masse festgehalten und sind in Statistiken des Bundesamts für Statistik veröffentlicht (Tabelle T4.6). Das Gewicht der erfassten lebend geborenen Kinder in der Schweiz kann bis 1979 zurückverfolgt werden: Jeweils 93–94% der Kinder waren bei Geburt normalgewichtig (zwischen 2500 und 4499 Gramm). Der Anteil der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht ist seit 1979 angestiegen (BFS, 2018), was auch mit der ebenfalls gestiegenen Überlebenschancen von Frühgeburten zusammenhängt. Von den 2017 Neugeborenen waren 2,2% unter 2000 Gramm, 1% unter 1500 und 0,5% unter 1000 Gramm. Im Vergleich dazu wogen 1979 1,5% der Neugeborenen unter 2000 Gramm, 0,5% unter 1500 und 0,1% unter 1000 Gramm. Schwangerschaftsdauer (Gestationsalter) wird erst seit 2000 in der Geburtsstatistik erfasst. Seit 2007 haben sich weder das Geburtsgewicht noch das Gestationsalter massgeblich verändert, jedoch wurde eine Zunahme an Zwillings- und Mehrlingsgeburten beobachtet, die tendenziell ein geringeres Geburtsgewicht aufweisen (BFS, 2018). Anders sieht es bei älteren Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus, bei denen insbesondere in den frühen 2000er Jahren zunehmende Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas dokumentiert wurden (Kapitel Chronische Krankheiten und Behinderungen).

Gewicht der Lebendgeburten in der Schweiz, in Prozent**T4.6**

Gewicht	1979	2000	2017
weniger als 500g	–	0,1	0,1
500–999g	0,1	0,3	0,4
1 000–1 499g	0,4	0,5	0,5
1 500–1 999g	1,0	1,1	1,2
2 000–2 499g	3,7	3,9	4,2
2 500–4 499g	94,1	92,9	92,9
4 500g und mehr	0,8	1,1	0,7

Quelle: BFS (2018) Lebendgeburten nach Gewicht seit 1979 (adaptiert)

© Obsan 2020

4.4 Übertragbare Krankheiten

Übertragbare Krankheiten sind Krankheiten, die hauptsächlich durch Bakterien oder Viren verursacht werden und oft von Mensch zu Mensch übertragbar sind. Einige dieser Krankheiten typischerweise in bestimmten Lebensphasen auf. So gibt es eine Reihe von Infektionskrankheiten, die wegen ihrer hohen Infektiosität und lebenslangen Immunität typisch für das Kindesalter sind, sogenannte Kinderkrankheiten. Der Terminus «Kinderkrankheiten» soll nicht den Eindruck erwecken, diese Infektionen seien ungefährlich, im Gegenteil. Für einige Krankheiten gelten Impfempfehlungen, da sie mit einer erhöhten Mortalität oder chronischen Gesundheitsschäden der betroffenen Kinder als auch mit einer Gefahr für Schwangere oder Immunsupprimierte, das heisst Kinder, deren Immunsystem geschwächt ist, einhergehen.

Klassische infektiöse Kinderkrankheiten

Zu den klassischen infektiösen Kinderkrankheiten gehören: Poliomyelitis (Kinderlähmung), Pertussis (Keuchhusten), Mumps, Masern, Röteln und Varizellen (Windpocken). Die genannten infektiösen Kinderkrankheiten sind durch Impfungen vermeidbar (siehe Impfempfehlungen Kapitel Gesundheitsförderung & Prävention) und diese werden vom Bundesamt für Gesundheit empfohlen und von den Krankenkassen übernommen (Durchimpfungsraten, siehe Kapitel Gesundheitsversorgung). Eine Ausnahme sind Windpocken, die im Kindesalter «natürlich» durchgemacht werden können. Erst im Alter von 11 bis 15 Jahren wird eine Impfung empfohlen, da späte Infektionen mit erhöhten Risiken einhergehen. Die Windpockenimpfung wird im Kindesalter zurzeit nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet (BAG, 2019a). Weiter wird die Impfung gegen

Haemophilus influenzae Typ b empfohlen, ein Erreger, der zu für Kleinkinder gefährlichen Kehlkopfentzündung und Hirnhautentzündung führen kann. Masern, Röteln, Poliomyelitis (Kinderlähmung) und Haemophilus influenzae sind aufgrund ihres Risikos für das Umfeld meldepflichtig (BAG, 2019b). Statistiken zu den gemeldeten Fällen werden auf Webseiten des BAGs veröffentlicht (BAG, 2019c). Die Anzahl gemeldeter Masernfälle hat seit 2009 stark abgenommen, wengleich immer wieder meist regionale Epidemien auftreten. Die Anzahl Fälle pro Jahr ist sehr variabel. Mit 678 gemeldeten Fällen wies das Jahr 2011 die höchste Anzahl der vergangenen zehn Jahre auf (Tabelle T4.7). Im Vergleich zu 2018 wurden 2019 wieder vermehrt Fälle gemeldet – allein 203 im ersten Halbjahr (Stand 18.06.2019).

«Kinderkrankheiten» sind nicht ungefährlich. Aufgrund ihres Risikos für das Kind und die Umwelt gelten für einige Impfempfehlungen, und die Diagnosen sind meldepflichtig.

Anzahl gemeldeter Fälle von Masern in der Schweiz, nach Alter, 2009–2018 T4.7

Alter (Jahre)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
0–95+	1 112	64	678	65	176	22	36	65	105	48
0	25	1	16	1	1	0	3	1	5	2
1–4	119	9	52	6	16	0	3	0	7	5
5–9	227	8	82	4	37	2	3	1	13	4
10–14	245	10	128	11	44	3	0	9	16	4
15–19	237	10	149	14	39	8	9	15	14	5
20–24	105	5	84	5	11	4	2	25	14	10

Quelle: BAG (2018a)

© Obsan 2020

Röteln wurde seit 2009 nur vereinzelt gemeldet, Fälle von Poliomyelitis gar keine mehr; Europa gilt seit 2002 als frei von Poliomyelitis (BAG, 2019d). Die Häufigkeit von gemeldeten Haemophilus-influenzae-Fällen blieb konstant und nur ein kleiner Anteil davon betraf Kinder; bis zum Alter von 24 Jahren werden jährlich weniger als 20 Fälle verzeichnet.

Keuchhusten (Pertussis) wird seit 1991 im Sentinella-Meldesystem erfasst. Von 1991 bis 2006 wurden 4992 Fälle gemeldet. Der Grossteil der Fälle fiel in die Altersgruppe der 5–9-Jährigen (46,2%) und circa je ein Viertel waren 1 bis 4 Jahre (25,1%) respektive über 20 Jahre (21,7%) alt, weitere 7% waren unter 1 Jahr alt (Wymann et al., 2011). In Tabelle T4.8 werden die Daten von 2000 bis 2006 dargestellt. 2006 lag die Melderate für

die gesamte Bevölkerung der Schweiz so tief wie noch nie, was auf eine zunehmende Durchimpfungsrate hinweist (BAG, 2018b; siehe auch Kapitel Gesundheitsversorgung). 2014 wurden 283 klinische Fälle gemeldet (BAG, 2016); 33 davon wurden hospitalisiert, 2015 ähnlich viele (INFOVAC, 2019). Seitdem sind die Zahlen erneut steigend: Im Jahr 2016 wurden deutlich mehr wegen der Diagnose Keuchhusten hospitalisiert, nämlich 446 Kinder.

Anzahl gemeldeter Fälle von Keuchhusten in der Schweiz, nach Alter, 2000–2006 sowie 2014

T4.8

Alter (Jahre)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2014 ¹
Total gemeldete Fälle*	342	235	207	172	151	156	117	283
<1	32	12	23	13	16	11	11	17
1–4	85	52	42	35	33	41	22	48
5–19	162	106	97	65	64	66	48	68
≥20	62	65	45	59	38	38	36	150

* Summe der Fälle über alle Altersgruppen

Quellen: Wymann et al. (2011); ¹ BAG (2016)

© Obsan 2020

Die Sentinella-Daten belegen, dass die Fälle im Jahr 2014 vermehrt die über 20-Jährigen betreffen, was auf eine abnehmende Immunität im Verlauf der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters hinweist. Deswegen sind seit 2016 Auffrischimpfungen im Jugend- und Erwachsenenalter empfohlen (BAG, 2016, 2019c).

Atemwegsinfektionen

Typisch im Kleinkindalter sind Erkrankungen der Atemwege. Es sind dies die häufigsten Erkrankungen. Das ist einerseits darauf zurückzuführen, dass Kinder erstmals mit Erregern konfrontiert werden und die spezifische Immunität noch ausbilden müssen, und andererseits, dass die Atemwege anatomisch noch eng und klein sind, was Entzündungen begünstigt. Betroffen von Infektionen sind sowohl die oberen Atemwege, Rachen und Nasennebenhöhlen sowie die tiefen Atemwege, also die grossen und kleinen Bronchien, ebenso das Lungengewebe. Auch Mittelohrentzündungen hängen mit Infektionen der oberen Atemwege im Rachenraum zusammen.

Schätzungen zufolge erlebt jedes Kind in seinem jungen Leben multiple Atemwegsinfektionen, von denen die allermeisten unkompliziert sind. Eine geringe Zahl an Kindern bedarf ambulanter Behandlung, Medikation oder muss hospitalisiert werden. Bei gesunden Kindern nehmen Atemwegsinfektionen mit zunehmendem Alter ab. Risikofaktoren für Atemwegserkrankungen stellen sowohl Umweltfaktoren, Luftqualität und Tabak-Exposition (La Grutta et al., 2013; Vanker, Gie & Zar, 2017) als auch individuelle Prädispositionen dar. Die wissenschaftliche Evidenz aus Kohortenstudien deutet daraufhin, dass frühe schwerwiegende Infektionen der Atemwege mit höherem Risiko späterer respiratorischer Erkrankungen einhergehen (Martinez, 2016).

Für die Schweiz liegen insgesamt wenig epidemiologische Daten zu Atemwegserkrankungen oder Mittelohrentzündungen im Kindes- und Jugendalter vor. In Anlehnung an ausländische Studien und medizinische Lehrbücher ist davon auszugehen, dass die häufigste Atemwegserkrankung der ersten Lebensjahre die akute Bronchiolitis ist, die überwiegend viraler Ursache ist (RS-Virus) (Barben et al., 2008). Nur ein geringer Prozentsatz der betroffenen Kinder – 1–2% – benötigt eine Hospitalisation (Barben et al., 2008; Trefny et al., 2000). Bronchitiden treten meist im Schulalter auf und sind häufiger bakterieller Ursache. Die deutsche KiGGS-Studie ergab eine Lebenszeitprävalenz von 13,3% obstruktiver Bronchitiden.

Pneumonien (Lungenentzündung) sind im Kindesalter ebenfalls relativ häufig (Kamtsiuris et al., 2007). In der Schweiz wurden 2017 1361 Kinder im Alter von 1–14 Jahren wegen einer Pneumonie hospitalisiert (BFS, 2017). Eine internationale Studie hat die Inzidenz und den «burden of disease» (Krankheitslast) für verschiedene WHO-Regionen errechnet. Demnach ist in der Schweiz von 3 bis 5 akuten Mittelohrentzündungen auf 100 Kinder auszugehen (Monasta et al., 2012). Die KiGGS-Studie aus Deutschland publiziert eine Lebenszeitprävalenz (Häufigkeit bezogen auch die bisher gelebte Lebenszeit) für Mittelohrentzündung von 38% (95%-KI: 35–40%) bei 1- bis 3-Jährigen und 57% bei 4- bis 6-Jährigen (55–59%); die überwiegende Mehrheit erhielt Antibiotika (Kamtsiuris et al., 2007).

Zeckenübertragene Krankheiten

Die beiden häufigsten von Zecken übertragenen Erkrankungen sind die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und die Borreliose. Ebenfalls meldepflichtig ist die weit seltenere aber zunehmende Tularemie, eine bakterielle Erkrankung, die auch als «Hasenpest» bekannt ist. Zecken sind auch Träger anderer, seltenerer Erkrankungen, die auf Grund ihrer Seltenheit oder geringeren Ernsthaftigkeit in der Schweiz nicht überwacht werden.

Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)

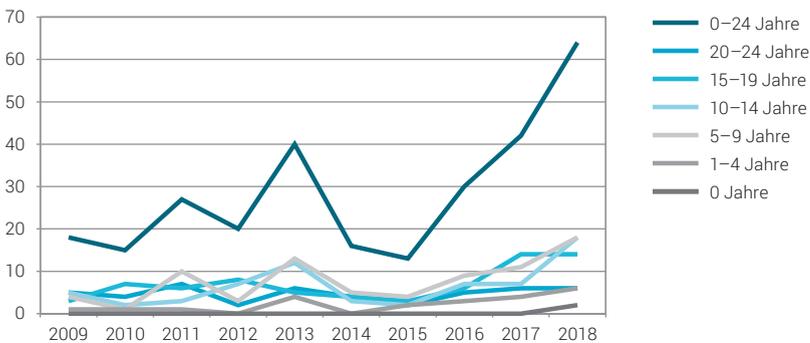
Die FSME ist eine durch Zecken übertragene Meningoenzephalitis (Meningo=Hirnhaut; Enzephalitis=Gehirnentzündung). Der Erreger ist das FSME-Virus. In den meisten Regionen der Schweiz sind infizierte Zecken endemisch. Die Übertragung erfolgt durch einen Stich einer befallenen Zecke. Seit 1988 sind FSME-Fälle zunehmend und meldepflichtig (siehe Grafik G.4.2). Ursächlich sind veränderte klimatische Bedingungen (Klimaerwärmung) und das Freizeitverhalten der Bevölkerung im Freien. Im Jahr 2010 ergab eine nationale Studie, dass je nach Region 0,17–1,89% der Zecken mit FSME befallen waren, im Mittel entsprach das einem Befall von 0,44% der Zecken in der Schweiz (Gaumann et al., 2010). Aktuell wird von einer Verdoppelung auf 1% ausgegangen (www.inovac.ch). Die Infektion kennt zwei Altersgipfel: Kinder im Alter von 6–14 Jahren und 60–69-Jährige (Schuler et al., 2014). Kinder unter 6 werden selten infiziert.

Die Zahl der FSME-Fälle in der Schweiz ist steigend. Dies wird unter anderem auf die klimabedingte Ausweitung der Risikogebiete und das veränderte Freizeitverhalten der Bevölkerung zurückgeführt.

Die Impfung gegen FSME wird für alle Personen empfohlen (im Allgemeinen ab 6 Jahren), die in Risikogebieten wohnen oder sich dort zeitweise aufhalten und die ein Expositionsrisiko haben (Aufenthalt in Zeckenbiotopen). Sie wird in drei Dosen verabreicht und von der Grundversicherung übernommen (www.inovac.ch). Der Anteil geimpfter 8-Jähriger blieb in der Erhebungsperiode 2014–2016 praktisch unverändert: Er betrug

FSME-Fälle in der Schweiz bei 0- bis 24-Jährigen, 2009–2018

G 4.2



Quelle: www.bag.admin.ch

© Obsan 2020

gesamtschweizerisch 26% und 38% in Risikogebieten (drei Dosen). Bei den 16-Jährigen hat die FSME-Impfquote gegenüber früheren Jahren zugenommen, gesamtschweizerisch liegt sie bei 39%, in den Risikogebieten bei 45% (BAG, 2018b).

Lyme-Borreliose

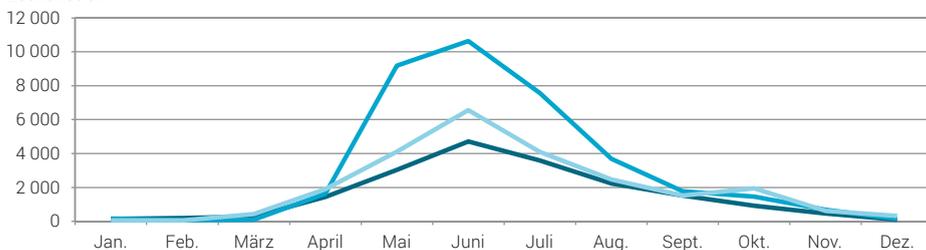
Erreger der Lyme-Borreliose oder Lyme-Krankheit ist das Bakterium *Borrelia burgdorferi*. In der Schweiz sind rund 5–30% (stellenweise bis 50%) der Zecken mit *Borrelia burgdorferi* infiziert. Das Bundesamt für Gesundheit geht davon aus, dass in der Schweiz jährlich 10 bis 1000 Personen an einer Borreliose erkranken (www.bag.admin.ch). Lyme-Borreliose kann bei früher Erkennung antibiotisch erfolgreich behandelt werden, die chronische Form wird häufig erst spät diagnostiziert und geht mit erheblicher Krankheitslast einher.

Arztbesuche aufgrund eines Zeckenstichs und akute Borreliose werden vom Senti-nella-Meldesystem erfasst (Grafik G 4.3). Eine altersdifferenzierte Auswertung der Senti-nella-Daten ist nicht veröffentlicht. Im Jahr 2017 wurden 158 Personen wegen Lyme-Erkrankung hospitalisiert, davon 27 Kinder im Alter 0–14 Jahren (BAG, 2018c, 2019c).

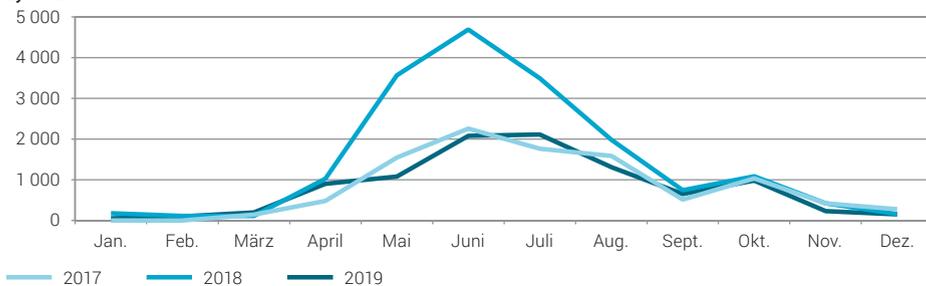
Hochrechnung der Anzahl Arztbesuche wegen Zeckenstich und Lyme-Borreliose pro Monat 2017, 2018 und 2019

G 4.3

Zeckenstich



Lyme-Borreliose

Quelle: www.bag.admin.ch

© Obsan 2020

Bei den hospitalisierten Fällen handelt es sich mit grösster Wahrscheinlichkeit um chronische Lyme-Erkrankungen. Die tatsächliche Prävalenz der chronischen Borreliose ist nicht bekannt und liegt sicher höher.

4.5 Sexuell übertragbare Infektionen

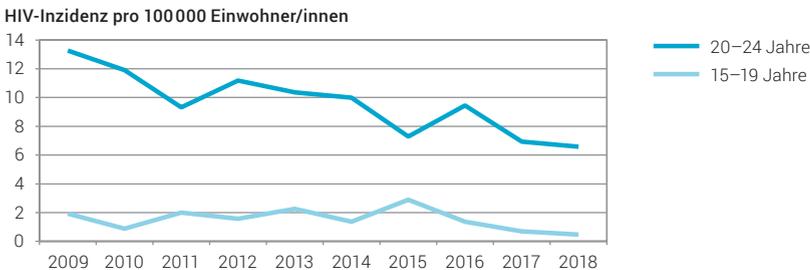
Sobald Jugendliche und junge Erwachsene sexuell aktiv sind, besteht das Risiko, dass sie sich mit sexuell übertragbaren Infektionen anstecken (Sexually Transmitted Infections STI; siehe auch Kapitel Gesundheitsverhalten). Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien und Infektion mit dem Human Immunodeficiency Virus (HIV) sind meldepflichtige Infektionen. Alle Infektionen sollten raschestmöglich erkannt und behandelt werden, um Gesundheitsfolgen für das Individuum und das Risiko der Ansteckung anderer zu verringern.

Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien sind Infektionen, die zwar heilbar sind, aber dennoch mit schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit einhergehen können. Nicht heilbar hingegen, aber behandelbar, ist eine Infektion mit HIV, die unbehandelt zur Krankheit AIDS führt. Dank medikamentösen Therapiemöglichkeiten lässt sich nach einer Infektion die Menge der HI-Viren im Körper unter Kontrolle halten. Bei medizinisch bestätigtem Behandlungserfolg ist eine HIV-Infektion nicht ansteckend (BAG, 2019e).

In der Schweiz wird HIV weitaus am häufigsten durch ungeschützten Geschlechtsverkehr übertragen. Selten wird es bei intravenösem Drogenkonsum durch Austausch und Verwendung infizierter Spritzen oder Nadeln oder bei der Geburt oder beim Stillen von der infizierten Mutter auf das Kind übertragen. Für alle diese Risiken gibt es wirksame Prävention: Safer Sex, Spritzenabgabe-Programme, Testen von Schwangeren und Massnahmen zum Schutz des Kindes bei positivem Resultat (BAG, 2019f).

HIV-Inzidenz bei 15- bis 24-Jährigen in der Schweiz, 2009–2018

G 4.4



Quelle: www.bag.admin.ch

© Obsan 2020

Gemeldete HIV-Ansteckungen sind bei 20–24-jährigen Erwachsenen in den letzten zehn Jahren um die Hälfte zurückgegangen (Grafik G 4.4). Infektionen vor dem 19. Lebensjahr sind in der Schweiz insgesamt sehr selten. HIV- (wie auch Syphilis-)Infektionen kommen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter 25 Jahren fast ausschliesslich bei Männern vor, die Sex mit Männern haben.

Während die Anzahl gemeldete Chlamydien-Infektionen in den letzten vier Jahren stabil geblieben ist, sind die gemeldeten Fälle an Gonorrhoe-Diagnosen in den letzten Jahren unverändert angestiegen, auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Anzahl Neuinfektionen (Inzidenz) der Gonorrhoe betrug im Jahr 2018 bei Frauen 11 und bei Männern 61 pro 100 000 Einwohner/innen. Bei Chlamydien lag die Inzidenz von Frauen bei 163 und von Männern bei 94 pro 100 000 Einwohner/innen. 15–24-jährige Frauen waren über die letzten fünf Jahre gerechnet die am häufigsten betroffene Altersgruppe, mit einem Altersmedian (dem Alter, bei dem je 50% der Personen unter beziehungsweise über dem Wert liegen) für Chlamydien-Diagnosen von 24 Jahren, für Gonorrhoe von 26 Jahren. Der Altersmedian von Männern liegt für beide Infektionen circa 4 bis 6 Jahre höher. Der Anstieg der Zahlen wird neben einer eventuell realen Erhöhung der Inzidenz in der Bevölkerung massgeblich auf die Zunahme von Tests und besseren Testverfahren zurückgeführt (BAG, 2019f). Das Bundesamt für Gesundheit publiziert jährlich einen epidemiologischen Bericht zu den obligatorisch gemeldeten Fallzahlen.

4.6 Schmerzen

Akute Schmerzen sind ein häufiges Phänomen und treten sowohl im Rahmen von akuten und chronischen Erkrankungen als auch aufgrund von Unfällen oder Verletzungen auf. Zu akuten Schmerzen als – häufiges – Begleitsymptom gibt es keine Daten für die Schweiz. Sie werden sowohl ohne als auch mit ärztlicher Verschreibung behandelt. Eine Grosszahl an Schmerzmitteln ist ohne ärztliches Rezept erhältlich.

Internationale Daten weisen auf hohe Prävalenz chronischer Schmerzen im Kindes- und Jugendalter. Für die Schweiz liegen relativ wenig Daten vor.

Für die Schweiz liegen insgesamt wenig Daten zur Häufigkeit von Schmerzen oder Proxy-Information zum Schmerzmittelkonsum von Kindern und Jugendlichen vor. Die SWIFS-Studie hat Mütter von Säuglingen nach Medikamenteneinnahme gefragt. Ein Fünftel aller Mütter (22%) gab an, dass ihr Kind in den letzten 24 Stunden ein Medikament eingenommen hatte (Gross et al., 2014). 6% hatten Schmerz- oder Fieberzäpfchen erhalten. Die Befragung der Kinder und Jugendlichen in der deutschen KiGGS-Kohorte

ergab, dass 5,6% der Kinder und Jugendlichen in den letzten sieben Tagen vor der Befragung Schmerzmittel angewendet hatten. Mädchen und Kinder von Migrationsfamilien nahmen deutlich häufiger Schmerzmittel ein (Knopf et al., 2010).

In Abgrenzung zum akuten wird der chronische Schmerz definiert als eine andauernde oder wiederkehrende Manifestation von mindestens drei Monaten Dauer. Ursächlich können verschiedene Erkrankungen sein, häufig kann aber auch keine Ursache diagnostiziert werden. Gemäss internationaler Literatur sind im Kindes- und Jugendalter Bauchweh, Kopfschmerzen oder Schmerzen der Gliedmassen am häufigsten (King et al., 2011). Chronische Schmerzen sind mit psychologischen, physischen und sozialen Sorgen der betroffenen Kinder und ihrer Familien verbunden (Eccleston, Jordan & Crombez, 2006; Palermo, Valrie & Karlson, 2014) und belasten zudem das Gesundheitssystem massiv (Groenewald et al., 2014). Sie können mit einem signifikanten Verlust an Lebensqualität einhergehen und zu einer eingeschränkten Teilhabe am sozialen Leben und am Schulbesuch führen (Huguet & Miro, 2008; King et al., 2011). Auswirkungen auf die Familie sind daher nicht selten und reichen von finanziellen bis zu gesundheitlichen Konsequenzen. Kinder und Jugendliche mit chronischen Schmerzen werden in der Regel vom Kinder- oder Hausarzt, von Fachärztinnen und -ärzten und in spezialisierten Schmerz-Polikliniken betreut. Die Behandlung erfolgt bestmöglich multidisziplinär und interprofessionell, um den verschiedenen Facetten und Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen mit chronischer Schmerzerkrankung und ihren Familien gerecht zu werden.

Sechsmonatsprävalenz von Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen bei 11- bis 15-Jährigen in der Schweiz

G 4.5



Quelle: HBSC 2014, 2018

© Obsan 2020

Die unterschiedlichen Ursachen, Ausprägungen und Erhebungsmethoden von akuten und chronischen Schmerzen führen zu sehr unterschiedlichen Prävalenzschätzungen von 6–30% in der internationalen Literatur (King et al., 2011; Perquin et al., 2000; Stanford et al., 2008). Für die Schweiz liegen nur wenige epidemiologische Daten vor. In der SGB 2017 wurde die Altersgruppe der 15–25-Jährigen nach verschiedenen Schmerzen in den letzten vier Wochen gefragt. Am häufigsten berichteten die Jugendlichen und jungen Erwachsenen über Kopfschmerzen; 6–8% hatten starke Schmerzen. Starke Rücken-, Bauch-, Schulter- oder Nackenschmerzen hatten jeweils 3–5% der Jugendlichen, mit einer grösseren Häufigkeit bei Frauen als Männern. Die aktuellen HBSC-Daten aus 2018 bestätigen für die 11–15-jährigen Jugendlichen, dass sie häufig an unspezifischen Schmerzen leiden (siehe Grafik G 4.5). Wie auch in der internationalen Literatur beschrieben, liegt eine Genderdifferenz vor: Mädchen berichten doppelt so häufig von täglichen oder mehrmals wöchentlichen Kopfschmerzen (KS), nämlich 18,2% gegenüber 8,9% der Jungen; auch Bauchschmerzen geben die Mädchen häufiger an mit 13,7% gegenüber 10,8%, Rückenschmerzen sogar dreimal häufiger mit 15,1% gegenüber 5,4%. Jugendliche, deren Mutter und/oder Vater im Ausland geboren sind, berichten häufiger Schmerzen zu haben (HBSC 2018). Welche Faktoren ursächlich für diese Unterschiede sind, lässt sich anhand dieser Gruppenvergleiche nicht sagen.

Eine kürzlich durchgeführte Befragung der Pädikerinnen und Pädiker in der Schweiz ergab, dass circa 3,5% der im Verlauf der vorangegangenen sieben Tage behandelten Kinder und Jugendlichen chronische Schmerzen hatten (Carlander et al., 2019). Eine Extrapolation auf alle Praxen oder Kinder in der Schweiz ist aber nicht zulässig.

4.7 Zahngesundheit

Karies ist eine der häufigsten Erkrankungen im Kindesalter. Die Kariesprävention in den letzten 30 Jahren war erfolgreich, es liegen aber bei der Karieshäufigkeit im Kindes- und Jugendalter grosse sozioökonomische Unterschiede vor.

Die Zahngesundheit hat in der Schweiz traditionell einen hohen Stellenwert. In Folge der gesamtschweizerischen Einführung der Zahnprävention im Kindesalter in den 1960er-Jahren nahm die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen bis 2000 deutlich zu (siehe Kapitel Gesundheitsförderung und Prävention). Lag der durchschnittliche DMFT-Wert bei den 14-Jährigen 1964 noch bei 12,5, war es 2009 noch 1,31, was einer Reduktion von 90% entspricht (Steiner et al., 2010). Der DMFT-Wert gibt an, wie viele Zähne entweder kariös sind («decayed»), aufgrund von Karies fehlen («missing») oder bereits eine Füllung haben («filled»). Ein Wert unter 1,2 wird als sehr gut betrachtet.

Die klassische Zahnprävention beinhaltet über Mütter- und Väterberaterinnen die frühe Sensibilisierung der Eltern kleiner Kinder oder Vergabe von Kinderzahnbürsten, die Benutzung von fluoridhaltiger Zahnpasta sowie Kindergarten- und Schulbesuche zur Förderung der Zahnhygiene. Die Schulbesuche werden in den allermeisten Gemeinden nach wie vor durchgeführt (Menghini, 2009).

Wenngleich sich ein tiefer DMFT-Wert gehalten hat, wurde ebenso wie in anderen europäischen Ländern eine Zunahme von Karies im Milchgebiss und im bleibenden Gebiss von Kindern beobachtet (Calvet et al., 2013; Krause et al., 2018). So hatten im Kanton Zürich 13% der Zweijährigen (Daten der Stadt Zürich, 2003), 45% der Fünfjährigen (Daten aus Winterthur 2001) und 36–50% der Siebenjährigen (Gemeinden und Stadt Zürich 2005, 2006) ein kariöses Gebiss, in Basel-Land wiesen 2011 60% der 15–16-Jährigen Karies auf (Menghini & Steiner, 2017; Waltimo, 2012). Ähnlich liegt bei 11,4% der deutschen Dreijährigen ein Behandlungsbedarf vor und 2,3% hatten ein saniertes Gebiss (Krause et al., 2018). In Frankreich zeigten 2006 56% der 12-Jährigen keine Karies (Calvet et al., 2013). Niedrigerer Sozialstatus und Migrationshintergrund wurden sowohl im Ausland als auch in der Schweiz als Risikofaktoren identifiziert; Risikofaktoren bilden z. B. zuckerhaltige Ernährung oder Dauer-Schöppeln (Kraljevic, Filippi & Filippi, 2017).

Karies ist somit eine der häufigsten Erkrankungen im Kindesalter. Die orale Gesundheit ist nicht nur für ein lebenslanges gesundes Gebiss relevant, sondern beeinträchtigt allgemein die Gesundheit in der Kindheit (Sheiham, 2006) und wird in Zusammenhang mit der Entwicklung chronischer Erkrankungen im Lebensverlauf gebracht (Cotti et al., 2011).

4.8 Unfälle und Verletzungen

Insgesamt ist die Zahl der Unfälle von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich zurückgegangen (Beratungsstelle für Unfallverhütung, 2018a). Unfälle stellen dennoch eine der häufigsten Todesursachen im Kindes- und Jugendalter dar, so versterben z. B. bis zum Alter von 14 Jahren ebenso viele Kinder aufgrund eines Unfallgeschehens wie an Krebserkrankungen (Beratungsstelle für Unfallverhütung, 2018b). Es liegen verschiedene Quellen zu Unfällen vor. Sowohl die bfu oder die Daten des Bundesamts für Strassen (ASTRA) können herangezogen werden (Tabelle T4.9). Die publizierten Daten stellen jedoch Unterschätzungen der eigentlichen Unfallhäufigkeit dar, zumindest für die Unfälle, die «nur» mit Verletzungen einhergehen, da diese nicht immer gemeldet werden (Beratungsstelle für Unfallverhütung, 2018b).

Anzahl verletzte und verstorbene Kinder und Jugendliche, 2015

T4.9

Alter (Jahre)	Strassenverkehr	Sport	Haus und Freizeit	Total
Anzahl Verletzte/10 000 Einwohner				
0–16	56	882	1 026	1 964
17–25	133	926	549	1 608
Anzahl Verstorbene/1 Million Einwohner				
0–16	8	4	10	22
17–25	41	14	23	78

Quellen: Beratungsstelle für Unfallverhütung (2018b)

© Obsan 2020

Die Anzahl Unfälle nimmt mit zunehmendem Alter deutlich zu (Beratungsstelle für Unfallverhütung, 2018b). Im Strassenverkehr sind Kinder sowohl als aktive als auch als passive Verkehrsteilnehmer gefährdet. Im Jahr 2017 wurden mehr 0–14-jährige Kinder als Fussgängerinnen und Fussgänger (N=480), als Fahrradfahrende (N=357) oder Fahrzeuginsassinnen und -insassen (N=335) verletzt (Beratungsstelle für Unfallverhütung, 2018b). Sobald Jugendliche ab 15 Jahren selber motorisiert am Verkehr teilnehmen, erhöhen sich die Unfallzahlen insgesamt deutlich, parallel nehmen auch die Unfälle der männlichen im Vergleich zu weiblichen Verkehrsteilnehmenden zu (Beratungsstelle für Unfallverhütung, 2018b). Für Strassenverkehrsunfälle liegt bis zum Alter 16 Jahren kein Geschlechtsunterschied vor. Die europäische Berichterstattung weist eine besonders hohe Letalität der unter 10-Jährigen aus. 50% der verkehrsbedingten Todesfälle fallen in diese Altersgruppe (European Transport Safety Council, 2019).

Es versterben jährlich ca. 100 Kinder und Jugendliche pro Million Einwohnerinnen und Einwohner durch Unfälle in der Schweiz. Die Zahl der Verletzten ist um ein Vielfaches höher und geht zum grossen Teil auf Sport-, Haus- und Freizeitunfälle zurück.

Die Zahl der durch Haus- und Freizeitunfälle im Kindes- und Jugendalter Verletzten und Verstorbenen weist auf einen Präventionsbedarf hin (siehe Kapitel Gesundheitsförderung und Prävention). In der Altersgruppe 0–16 Jahre sind die Zahlen der Sport- und Haus- und Freizeitunfälle für die Jungen höher als für die Mädchen. Im frühen Kindesalter ereignen sich Unfälle vor allem im häuslichen Bereich. Mit zunehmender Mobilität und höherem Alter gewinnen andere Orte an Bedeutung, an denen Kinder sich aufhalten. So ertranken in der Schweiz in den Jahren 2008–2017 im Mittel 38 Kinder bis 14 Jahre

und 79 Jugendliche (15–24 Jahre). Die genauen Ursachen der Haus- und Freizeitunfälle von Kindern, die mit Verletzungen einhergehen, sind nicht systematisch publiziert. Verletzungen, die aufgrund von Kontakten mit Giftstoffen verzeichnet sind, betreffen am häufigsten Kinder unter fünf Jahren (Tox Info Suisse, 2018, 45,4%). Erfreulicherweise sind bei den Fällen der Kinder bis 16 Jahren nur in 1,1% schwere und in 8,8% mittlere Symptome zu berichten. Die Zahl der Anfragen bei Tox Info Suisse hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen, was auch mit dem Bekanntheitsgrad der Tox Info Suisse zu tun haben kann. Allgemein geht man weiterhin von einer hohen Dunkelziffer aus (Dratva & Späth, 2017). Die SWIFS+-Studie hat eine Lebenszeitprävalenz an Unfällen von 10% in einer Kinderpopulation von 0 bis 2 Jahren ermittelt, wobei circa die Hälfte Bagatellunfälle waren, die andere Hälfte mit ernsteren Verletzungen einhergingen (Dratva, Späth & Zemp, 2015).

Im Vergleich zu europäischen Ländern liegt die generelle Unfallhäufigkeit in der Schweiz im ersten Drittel, bei tödlich verlaufenden Verkehrsunfällen im mittleren Drittel (European Transport Safety Council, 2019).

4.9 Fazit und Ausblick

Erfreulicherweise ist der Grossteil der Kinder in der Schweiz bei Geburt gesund und entwickelt sich sowohl körperlich als auch geistig und sozial erwartungsgemäss. Nichtsdestotrotz werden Kinder akut krank oder erleiden Unfälle, auch geht es nicht allen Kindern in der Schweiz gleichermassen gut.

Akute Erkrankungen im Kindesalter, vor allem Infektionen und Unfälle, heilen in aller Regel aus und verursachen keine bleibenden gesundheitlichen Folgen. Dennoch: Es verstarben im Jahr 2018 24 Kinder, von 0 bis 14 Jahren, an Unfällen, ebenso viele wie an Krebserkrankungen (Beratungsstelle für Unfallverhütung, 2018b, p.9), und auch an Infektionserkrankungen versterben jedes Jahr circa fünf Kinder (BFS, 2013–2016). Unfallprävention und hohe Durchimpfungsraten sind daher von hoher Public-Health-Relevanz. Einige Erkrankungen oder Gesundheitsrisiken, wie zum Beispiel Karies oder chronische Schmerzen folgen sozialökonomischen Mustern. Karies ist vermeidbar und behandelbar. Dennoch ist Karies eine der häufigsten Erkrankungen im Kindesalter und weist sozioökonomischen Unterschiede auf. Ähnliche Hinweise gibt es bezüglich chronischer Schmerzen im Kindes- und Jugendalter. Obgleich für die Schweiz kaum verlässliche Daten vorliegen, weisen sowohl die HBSC-Studie, und die SGB ebenso wie internationale Daten auf eine hohe Prävalenz und auf sozioökonomische Unterschiede hin. Schmerzen gehen mit einem hohen Risiko der Chronifizierung (Harreby et al., 1999; Walker et al., 2010) einher und generieren hohe Gesundheitskosten (Tumin et al., 2018). Im Blick zu behalten sind die steigenden Zahlen einiger sexuell übertragbarer Krankheiten, auch wenn die gestiegene Prävalenz möglicherweise Folge vermehrter Testungen sind.

Einige dieser Erkrankungen werden bei unter 26-Jährigen besonders häufig diagnostiziert, so 50% der Chlamydien- und Gonorrhoe-Infektionen. Wenngleich weniger HIV-Fälle registriert werden, gehen diese Infektionen aufgrund ihrer lebenslangen Konsequenz mit einer hohen Krankheitslast einher und Präventionsmassnahmen sind weiterhin wichtig.

Pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen, die Betreuung durch Hebammen und Mütter- und Väterberatungen in der frühen Kindheit und die Schulärztlichen Screenings im Schulalter spielen für die Sicherung einer gesunden Entwicklung der Kinder und Jugendlichen eine zentrale Rolle. Hierbei geht es nicht nur um objektive Parameter wie Grösse und Gewicht, Visus- oder muskuloskelettale Beurteilung, sondern auch um die subjektive Gesundheit.

Für einige relevante Erkrankungen oder Entwicklungen können aufgrund fehlender Daten respektive fehlender standardisierter Erhebung und Dokumentation für die Schweiz keine eindeutigen Aussagen gemacht werden. Zum Beispiel kann die international beobachtete Zunahme der Kurzsichtigkeit im Kindesalter für die Schweiz nicht mit Sicherheit beurteilt werden. Die zunehmende Digitalisierung der Versorger und der Gesundheitsdaten könnten in Zukunft Abhilfe schaffen.

Kantonale Bestandsaufnahmen zur Motorik weisen seit Jahren unveränderte motorische Fähigkeiten von Primarschulkindern aus. Solche positiven Botschaften können nur aufgrund regelmässiger Erhebungen und Auswertungen der Daten gemacht werden. Kognitive Fähigkeiten und Sprachentwicklung werden mittels der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen vor allem im Schulsystem beurteilt. Ausser den Meldungen an die Invalidenversicherung im Falle von angeborenen Behinderungen liegen auf nationaler Ebene keine ärztlich erhobenen Daten vor. Ein neues Register für frühe sonderpädagogische Massnahmen erfasst im Kanton Zürich nun erstmals alle Schulkinder, für welche die Abklärung einer Entwicklungsstörung empfohlen wird. Genaue Zahlen sind auch hinsichtlich der zunehmenden Integration von Kindern mit Behinderung in die obligatorischen Schulen wichtig.

Objektiven Gesundheitsdaten sind subjektive Einschätzungen des allgemeinen Gesundheitszustands gegenüberzustellen. Diese sind erfreulich hoch. Der Anteil der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Sozialstatus der Eltern berichten, sich nicht gesund und wohl zu fühlen, darf aber nicht vernachlässigt werden. Zudem werden zu selten Kinder und Jugendliche selbst gefragt, wie es ihnen geht und welche Gesundheitsprobleme sie haben. Die Sicherstellung einer gesunden Entwicklung und der Erhalt der Gesundheit sowie die Prävention und frühzeitige Erkennung von potenziell risikoreichen Erkrankungen bedarf Fachpersonen und Infrastruktur (siehe Kapitel Gesundheitsversorgung), aber auch eine hohe Gesundheitskompetenz von Eltern, Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (siehe Kapitel Gesundheitsverhalten). Für ein Monitoring und die Beurteilung der gesunden Entwicklung und Gesundheit der Schweizer Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf nationaler Ebene benötigt die Schweiz nationale Daten. Für viele Gesundheitsdeterminanten

oder Krankheiten, Entwicklungsschritte und -indikatoren und deren Bedeutung im Lebensverlauf liegen für die Altersgruppe 0–25 Jahren aktuell keine nationalen oder longitudinalen Daten und teilweise auch keine Normdaten aus der Schweiz vor.

4.10 Literaturverzeichnis

- BAG Windpocken & Gürtelrose. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/windpocken.html> (Zugriff am 04.10.2019)
- BAG (2016). Keuchhusten/Pertussis Sentinella-Meldungen Juni 1991 bis August 2015 *Bulletin 8*: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2018a). Zahlen zu Infektionskrankheiten. Masern. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten.html> (Zugriff am 21.06.2019)
- BAG (2018b). Durchimpfung von 2-, 8- und 16-jährigen Kindern in der Schweiz, 2014–2016 *BAG-Bulletin 24*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2018c). Patient/innen, Hospitalisierungen. Verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.html> (Zugriff am 25.06.2019)
- BAG (2019a). Schweizerischer Impfplan. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html> (Zugriff am 12.11.2019)
- BAG (2019b). Meldepflichtige übertragbare Krankheiten und Erreger. Leitfaden zur Meldepflicht. Verfügbar unter www.bundespublikationen.admin.ch (Zugriff am 20.06.2019)
- BAG (2019c). Zahlen zu Infektionskrankheiten. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten.html> (Zugriff am 21.06.2019)
- BAG (2019d). Poliomyelitis/Kinderlähmung. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/polio.html> (Zugriff am 21.06.2019)
- BAG (2019e). Human Immunodeficiency Virus (HIV). Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/hiv.html> (Zugriff am 15.10.2019)
- BAG (2019f). *BAG-Bulletin 41/2019*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bar-Haim, Y., & Bart, O. (2006). Motor Function and Social Participation in Kindergarten Children. *Social Development, 15*(2), 296–310. doi:10.1046/j.1467-9507.2006.00342.x
- Barben, J., Kuehni, C. E., Trachsel, D., & Hammer, J. (2008). Therapie der akuten Bronchiolitis – wie effektiv sind die neuen guidelines? *Paediatrica, 19*.
- Barnett, L. M., van Beurden, E., Morgan, P. J., Brooks, L. O., & Beard, J. R. (2009). Childhood motor skill proficiency as a predictor of adolescent physical activity. *Journal of Adolescent Health, 44*(3), 252–259. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.07.004
- Beratungsstelle für Unfallverhütung (2018a). SINUS-Report 2018: *Sicherheitsniveau und Unfallgeschehen im Strassenverkehr 2017*. Bern: bfu.
- Beratungsstelle für Unfallverhütung (2018b). STATUS 2018: *Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz. Strassenverkehr, Sport, Haus und Freizeit*. Bern: bfu.
- BFS (2013–2016). Anzahl Todesfälle nach Todesursachen in der Schweiz, Kinder 0 bis 14 Jahre, nach Geschlecht. *Todesursachenregister*. Verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen.html> (Zugriff am 04.10.2019)
- BFS (2017). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2017*. Verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/erhebungen/ms.html>
- BFS (2018). *Gesundheit der Neugeborenen*. Verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitswesen/gesundheitszustand/gesundheits-neugeborenen.html> (Zugriff am 26.04.2019)
- Bisegger, C., Cloetta, B., von Bisegger, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U., & European Kidscreen Group (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Sozial- und Präventivmedizin, 50*(5), 281–291. doi:10.1007/s00038-005-4094-2
- Bjorklund, D. F. (2005). An Introduction to Cognitive Development. *Children's Thinking: Cognitive Development and Individual Differences* (pp. pp. 2–25). USA, Belmont: Thomson Learning: Wadsworth.
- Calvet, L., Moisy, M., Chardon, O., Gonzalez, L., & Guignong, N. (2013). Santé bucco-dentaire des enfants: des inégalités dès le plus jeune âge. *Études et résultats, n 847*.
- Carlander, M., Koechlin, H., Cosima Locher, C., Wörner, A., & Dratva, J. (2019). *Chronic pain concepts and provision in Swiss pediatricians: prevalence and experiences*. Paper presented at the International Symposium on Pediatric Pain (ISPP), Basel.
- Cotti, E., Dessì, C., Piras, A., & Mercurio, G. (2011). Can a chronic dental infection be considered a cause of cardiovascular disease? A review of the literature. *International Journal of Cardiology, 148*(1), 4–10. doi:10.1016/j.ijcard.2010.08.011

- Deary, I. J., Strand, S., Smith, P., & Fernandes, C. (2007). Intelligence and educational achievement. *Intelligence*, 35(1), 13–21. doi:10.1016/j.intell.2006.02.001
- DLV (2019). *Ergebnisse des Pilotversuches zur logopädischen Versorgungslage im Schulbereich*. Zürich: Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband.
- Dolgin, E. (2015). The myopia boom. Short-sightedness is reaching epidemic proportions. Some scientists think they have found a reason why. *Nature*, 519, 276–278. doi:10.1038/519276a
- Dratva, J., Späeth, A., & Zemp, E. (2015). *Erste Ergebnisse der Swiss Infant Feeding Study plus (SWIFS+)* funded by SANA Foundation (report), data on request online/https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/forschung/gesundheitswissenschaftlichen/#c14343. Verfügbar unter https://www.zhaw.ch/de/gesundheit/institute-zentren/igw/forschung/kinder-und-jugend-public-health-cah/
- Dratva, J., & Späth, A. (2017). «*Erarbeitung Erhebungsmethoden für Datenlücken der Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz*». Verfügbar unter Bern: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-kinder-jugendgesundheit/schlussbericht-erhebungsmethoden-daten%C3%BCcken-kjg.pdf.download.pdf/Schlussbericht_Erhebungsmethoden_final_DFI_20April2017.pdf.
- Eccleston, C., Jordan, A. L., & Crombez, G. (2006). The impact of chronic pain on adolescents: a review of previously used measures. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(7), 684–697. doi:10.1093/jpepsy/jsj061
- Eisner, M., & Ribeaud, D. Das Zürcher Projekt zur sozialen Entwicklung von der Kindheit ins Erwachsenenalter. Verfügbar unter https://www.jacobscenter.uzh.ch/dam/jcr:657b855c-28ac-4d23-80e8-47648c183aab/z-proso15y-de.pdf (Zugriff am 18.03.2019)
- European Transport Safety Council (2019). *The status of traffic safety and mobility education in Europe*. Brussels: ETSC.
- Euro-Peristat (2013). *European Perinatal Health Report, Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010*. Verfügbar unter http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html
- Gaumann, R., Muhlemann, K., Strasser, M., & Beuret, C. M. (2010). High-throughput procedure for tick surveys of tick-borne encephalitis virus and its application in a national surveillance study in Switzerland. *Applied and Environmental Microbiology*, 76(13), 4241–4249. doi:10.1128/AEM.00391-10
- Gothwal, V. K., Bharani, S., & Mandal, A. K. (2018). Parent-Child Agreement on Health-Related Quality of Life in Congenital Glaucoma. *Translational Vision Science & Technology*, 7(4), 13. doi:10.1167/tvst.7.4.15
- Groenewald, C. B., Essner, B. S., Wright, D., Fesinmeyer, M. D., & Palermo, T. M. (2014). The economic costs of chronic pain among a cohort of treatment-seeking adolescents in the United States. *The Journal of Pain*, 15(9), 925–933. doi:10.1016/j.jpain.2014.06.002
- Gross, K., Späth, A., Dratva, J., & Zemp Stutz, E. (2014). *SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr*. Basel/Bern: Swiss TPH/BAG
- Harreby, M., Nygaard, B., Jessen, T., Larsen, E., Storr-Paulsen, A., Lindahl, A., ... Laegaard, E. (1999). Risk factors for low back pain in a cohort of 1389 Danish school children: an epidemiologic study. *European Spine Journal*, 8(6), 444–450.
- Hof, S., & Wolter, S. C. (2014). *Ausmass und Wirkung bezahlter Nachhilfe in der Schweiz. SKBF Staff Paper 14*: Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung.
- Huguet, A., & Miro, J. (2008). The severity of chronic pediatric pain: an epidemiological study. *The Journal of Pain*, 9(3), 226–236. doi:10.1016/j.jpain.2007.10.015
- INFOVAC (2019). *Keuchhusten (Pertussis)*. Verfügbar unter https://www.infovac.ch/de/impfung/nach-krankheiten-geordnet/keuchhusten-pertussis (Zugriff am 26.06.2019)
- Istat (2011). *L'integrazione degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado, statali e non statali. Anni scolastici 2008/2009 e 2009/2010*. Roma: Istituto nazionale di statistica
- Joss, F. (2018). *Sportmotorische Bestandesaufnahme 2018. Motorische Fähigkeiten der Erstklässler der Stadt Winterthur*. Zürich: Sportamt Winterthur.
- Joss, F. (2019). *Sportmotorische Bestandesaufnahme 2018. Motorische Fähigkeiten der Erstklässler der Stadt Zürich*. Zürich: Sportamt Zürich.
- Kamtsiuris, P., Atzpodien, K., Ellert, U., Schlack, R., & Schlaud, M. (2007). Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5), 686–700. doi:10.1007/s00103-007-0230-x
- King, S., Chambers, C. T., Huguet, A., MacNevin, R. C., McGrath, P. J., Parker, L., & MacDonald, A. J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*, 152(12), 2729–2738. doi:10.1016/j.pain.2011.07.016

- KISPI. Zürcher Longitudinalstudien. Verfügbar unter <https://www.kispi.uzh.ch/fzk/de/abteilungen/uebersicht/entwicklungspaediatrie/Seiten/normale-entwicklung.aspx> (Zugriff am 30.09.2019)
- Knopf, H., Du, Y., Zhuang, W., & Ellert, U. (2010). Schmerzmittel bei Kindern mit Schmerzen – Ergebnisse des Kinder und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Das Gesundheitswesen*, *72* (08/09). doi:10.1055/s-0030-1266568
- Kraljevic, I., Filippi, C., & Filippi, A. (2017). Risikoindikatoren der ECC bei Kindern mit hohem Behandlungsbedarf *SWISS DENTAL JOURNAL SSO*, *127*, 405–410.
- Krause, L., Kuntz, B., LSchenk, L., & Knopf, H. (2018). Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, *3*(4), 3–21. DOI 10.17886/RKIGBE2018089
- Kühnis, J., Ferrari, I., Fahrni, D., & Herrmann, C. (2018). Motorische Basiskompetenzen von 4- bis 6-Jährigen in der Schweiz – Eine vergleichende Untersuchung in Regel- und Bewegungskindergärten. *Swiss Sports & Exercise Medicine*, 1–6.
- La Grutta, S., Indinnimeo, L., di Coste, A., Ferrante, G., Landi, M., Pelosi, U., & Rusconi, F. (2013). Environmental risk factors and lung diseases in children: From guidelines to health effects. *Early Human Development*, *89*, S59–S62. doi:<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.07.025>
- le Clercq, C. M. P., van Ingen, G., Ruytjens, L., Goedegebure, A., Moll, H. A., Raat, H., ... van der Schroeff, M. P. (2017). Prevalence of Hearing Loss Among Children 9 to 11 Years Old: The Generation R Study. *JAMA Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, *143*(9), 928–934. doi:10.1001/jamaoto.2017.1068
- Martinez, F. D. (2016). Early-Life Origins of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *The New England Journal of Medicine*, *375*(9), 871–878. doi:10.1056/NEJMr1603287
- Menghini, G. (2009). Orale Gesundheit verschiedener Altersgruppen in der Schweiz. *ZahnarztPraxis*. doi:http://www.szpi.ch/fileadmin/media/pdf/orale_gesundheit/Zahnarztpraxis_09.pdf
- Menghini, G., & Steiner, M. (2017). *Orale Gesundheit in der Schweiz – Stand 2006. Monitoring*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Messerli-Burgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Stulb, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., ... Puder, J. J. (2016). The Swiss Preschoolers' health study (SPLASHY): objectives and design of a prospective multi-site cohort study assessing psychological and physiological health in young children. *BMC Pediatrics*, *16*, 85. doi:10.1186/s12887-016-0617-7
- Monasta, L., Ronfani, L., Marchetti, F., Montico, M., Vecchi Brumatti, L., Bavcar, A., ... Tamburlini, G. (2012). Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates. *PLoS One*, *7*(4), e36226. doi:10.1371/journal.pone.0036226
- Neuhausser, H. K., Schienkewitz, A., Schaffrath Rosario, A., Dortschy, R., & Kurth, B. M. (2013). *Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Palermo, T. M., Valrie, C. R., & Karlson, C. W. (2014). Family and parent influences on pediatric chronic pain: a developmental perspective. *American Psychologist*, *69*(2), 142–152. doi:10.1037/a0035216
- Pardo-Guijarro, M. J., Martínez-Andrés, M., Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Sánchez-López, M., & Martínez-Vizcaíno, V. (2015). Self-Reports Versus Parental Perceptions of Health-Related Quality of Life Among Deaf Children and Adolescents. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *20*(3), 275–282. doi:10.1093/deafed/env018
- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Hunfeld, J. A., van Suijlekom-Smit, L. W., Passchier, J., & van der Wouden, J. C. (2000). Chronic pain among children and adolescents: physician consultation and medication use. *The Clinical Journal of Pain*, *16*(3), 229–235.
- Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T., & Neuhausser, H. (2018). *Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends* (Vol. 3) Berlin: Robert Koch-Institut.
- Projektgruppe Zürcher Abklärungsverfahren zum sonderpädagogischen Bedarf im Vor- und Nachschulbereich (2019). [Präliminäre Daten des Zürcher Abklärungsverfahrens zum sonderpädagogischen Bedarf im Vor- und Nachschulbereich]. Personal communication, Juni 2019, Michael von Rhein.
- Qadeer, R. A., & Ferro, M. A. (2018). Child–parent agreement on health-related quality of life in children with newly diagnosed chronic health conditions: a longitudinal study. *International Journal of Adolescence and Youth*, *23*(1), 99–108. doi:10.1080/02673843.2017.1297242
- Rapporto Osservasalute. (2010). *Indagine sull'inserimento degli alunni con disabilità nelle scuole primarie e secondarie di I grado, statali e non statali. Anno scolastico 2008/2009*. Verfügbar unter <https://www.istat.it/it/archivio/60454>
- Remo Largo. *Zürcher Longitudinalstudien*. Verfügbar unter <https://www.remo-largo.ch/studien.html> (Zugriff am 30.09.2019)
- Ricciardi, W. (2011). *Libro bianco 2011 – La salute dei bambini*. Verfügbar unter Italy: <https://www.osservatoriosullasalute.it/altri-report>

- Robert Koch-Institut (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2015). *Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schuler, M., Zimmermann, H., Altpeter, E., & Heininger, U. (2014). Epidemiology of tick-borne encephalitis in Switzerland, 2005 to 2011. *Eurosurveillance*, *19*(13), 20756. doi:10.2807/1560-7917.ES2014.19.13.20756
- Schweizerische Gesellschaft für die Pädiatrie (2011). *Checklisten für die Vorsorgeuntersuchungen nach den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für die Pädiatrie*. Fribourg: SGP.
- Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, *201*(10), 625–626. doi:10.1038/sj.bdj.4814259
- Spaeth, A., Zemp, E., Merten, S., & Dratva, J. (2018). Baby-Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, *14*(1). doi:10.1111/mcn.12497
- SRF (2018). Warum wir immer schlechter sehen – und was man dagegen tun kann. Verfügbar unter <https://www.srf.ch/kultur/wissen/zunehmende-kurzsichtigkeit-warum-wir-immer-schlechter-sehen-und-was-man-dagegen-tun-kann> (Zugriff am 19.06.2019)
- Stanford, E. A., Chambers, C. T., Biesanz, J. C., & Chen, E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: a population-based approach. *Pain*, *138*(1), 11–21. doi:10.1016/j.pain.2007.10.032
- Steiner, M., Menghini, G., Marthaler, T. M., & Imfeld, T. (2010). Kariesverlauf über 45 Jahre bei Zürcher Schülern. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin SMZ*, *120*(12), 1095–1104. doi:<https://doi.org/10.5167/uzh-39879>
- Stülb, K., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., ... Munsch, S. (2018). Prevalence and Predictors of Behavioral Problems in Healthy Swiss Preschool Children Over a One Year Period. *Child Psychiatry & Human Development*, 1–10. doi:10.1007/s10578-018-0849-x
- Sylvestre, A., Nadeau, L., Charron, L., Larose, N., & Lepage, C. (2013). Social participation by children with developmental coordination disorder compared to their peers. *Disability and Rehabilitation*, *35*(21), 1814–1820. doi:10.3109/09638288.2012.756943
- Tages Anzeiger (2018). Generation kurzsichtig. Verfügbar unter <https://www.tagesanzeiger.ch/sonntagszeitung/generation-kurzichtig/story/31739646> (Zugriff am 19.06.2019)
- Tox Info Suisse (2018). Jahresbericht 2018.
- Trefny, P., Stricker, T., Baerlocher, C., & Sennhauser, F. H. (2000). Family history of atopy and clinical course of RSV infection in ambulatory and hospitalized infants. *Pediatric Pulmonology*, *30*(4), 302–306.
- Tschumper, A. (2016). *Jugendgesundheitsbericht*. Bern: Direktion für Bildung, Soziales und Sport.
- Tschumper, A., Jakob, R., Weber, T., & Strübing, W. (2014). *Kindergesundheitsbericht Stadt Bern. Die Gesundheit aus Sicht der schulärztlichen, schulsozialen und schulzahnärztlichen Praxis*. Bern: Direktion für Bildung, Soziales und Sport.
- Tumin, D., Drees, D., Miller, R., Wrona, S., Hayes, D., Jr., Tobias, J. D., & Bhalla, T. (2018). Health Care Utilization and Costs Associated With Pediatric Chronic Pain. *The Journal of Pain*, *19*(9), 973–982. doi:10.1016/j.jpain.2018.03.012
- UZH. Forschungsinfrastruktur z-proso. Die lebensgeschichtliche Entwicklung des Sozialverhaltens. Verfügbar unter <https://www.jacobscenter.uzh.ch/de/research/zproso.html>
- Vanker, A., Gie, R. P., & Zar, H. J. (2017). The association between environmental tobacco smoke exposure and childhood respiratory disease: a review. *Expert Review of Respiratory Medicine*, *11*(8), 661–673. doi:10.1080/17476348.2017.1338949
- Walker, L. S., Dengler-Cris, C. M., Rippel, S., & Bruehl, S. (2010). Functional abdominal pain in childhood and adolescence increases risk for chronic pain in adulthood. *Pain*, *150*(3), 568–572. doi:10.1016/j.pain.2010.06.018
- Waltimo, T. (2012). *Zahnärztliche Schüleruntersuchung 2012 im Kanton Basel-Landschaft. Schlussbericht 2012*. Basel: Universität Basel.
- WHO (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (S.I)*. New York.
- Wymann, M. N., Richard, J.-L., Vidondo, B., & Heininger, U. (2011). Prospective pertussis surveillance in Switzerland, 1991–2006. *Vaccine*, *29*(11), 2058–2065. doi:<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.01.017>
- z-proso Team (2015). *Ausbildung, Freizeit, Liebesbeziehungen und Problemverhalten bei 17-Jährigen. Ausgewählte Ergebnisse der 7. Befragung im Rahmen des Zürcher Projekts zur sozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (z-proso)*. Zürich: Professur für Soziologie, ETH Zürich.
- Zysset, A. E., Kakebeeke, T. H., Messerli-Bürgy, N., Meyer, A. H., Stülb, K., Leeger-Aschmann, C. S., ... Jenni, O. G. *Stability and prediction of motor performance and cognitive functioning in preschoolers: a latent variable approach. Infant and Child Development*. Manuscript submitted for publication.

05 Psychische Gesundheit



Alexandre Tuch & Daniela Schuler
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Kernaussagen

- Eine überwiegende Mehrheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz zeigen gemäss Befragungen ein hohes Mass an Wohlbefinden. Dies gilt sowohl für die Einschätzung der allgemeinen Gesundheit wie auch der Lebensqualität.
- Rund ein Drittel der 16- bis 25-Jährigen verfügt über ein hohes Mass an Kontrollüberzeugung (das Gefühl, das eigene Leben selber bestimmen zu können) und rund zwei Drittel über ein eher hohes bis hohes Mass an Selbstwirksamkeit (Einschätzung eigener Kompetenzen, Handlungen erfolgreich ausführen zu können). Im Vergleich zur schweizerischen Gesamtbevölkerung haben die 16- bis 25-Jährigen tiefere Werte.
- Insgesamt existieren nur wenig Daten zu den verschiedenen Facetten von Wohlbefinden, wie z. B. Lebenszufriedenheit, persönliches Wachstum oder Autonomie.
- Die Einschätzung der Situation bezüglich psychischen Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz gestaltet sich schwierig. Neuere Angaben zu spezifischen Störungen fehlen gänzlich, und die Aussagekraft der Angaben zu psychischen Auffälligkeiten variiert stark nach Altersgruppe.
- Verlässliche epidemiologische Zahlen zur psychischen Gesundheit bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wären eine wichtige Grundlage für eine datengestützte Planung der Prävention und Gesundheitsversorgung. Gegenwärtig existiert diesbezüglich nur eine mangelhafte Datengrundlage.
- Der Anteil der 16- bis 25-Jährigen, die mittlere bis starke Depressionssymptome kennen, nahm zwischen 2012 und 2017 von 10,4% auf 13,5% zu.
- Im Vergleich zur Schweizer Gesamtbevölkerung berichteten Jugendliche und junge Erwachsene (16- bis 25-Jährige) 2017 deutlich häufiger von mittleren bis starken Depressionssymptomen (13,5% vs. 8,6%), bejahten aber die Frage nach einer Depression in den letzten 12 Monaten deutlich seltener (3,6% vs. 6,6%).
- Der Anteil der 11- bis 15-Jährigen mit multiplen psychoaffektiven Beschwerden (Traurigkeit, schlechte Laune, Nervosität, Müdigkeit, Ängstlichkeit, Verärgerung und Einschlafschwierigkeiten) hat zwischen 2002 und 2018 zugenommen. Insbesondere sind Müdigkeit und Einschlafschwierigkeiten angestiegen.
- In der Schweiz hat sich die Suizidrate bei den 11- bis 25-Jährigen in den letzten 30 Jahren mehr als halbiert. 2017 haben sich 87 Kinder und Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene das Leben genommen.

5.1 Einleitung

Das Kapitel gibt einen Überblick über die Epidemiologie psychischer Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Psychische Gesundheit – im Sinne von Wohlbefinden und Lebensqualität – und Prävalenzen (Häufigkeiten) verschiedener psychischer Erkrankungen sowie psychischer Auffälligkeiten werden dargestellt. Hierzu werden die wichtigsten empirischen Studien, welche Zahlen zur schweizweiten Situation liefern, aufgearbeitet und die aktuellsten nationalen Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB 2017) und der Schweizer Schülerinnen- und Schülerbefragung zum Gesundheitsverhalten (Health Behaviour in School-aged Children; HBSC 2018) analysiert. Zudem werden Zahlen zu Suizid als Todesursache präsentiert. Die psychiatrische/psychologische Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche wird an anderer Stelle beschrieben (vgl. Kapitel Gesundheitsversorgung).

Psychische Gesundheit und Krankheit

Definition und Bedeutung

Psychische Gesundheit ist ein bedeutender Aspekt des Wohls von Kindern und Jugendlichen, und sie hängt eng mit der körperlichen Gesundheit zusammen. Gemäss Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist psychische Gesundheit:

«Ein Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.» (WHO, 2004, S. 12).

Wohlbefinden umfasst gemäss Keyes (2002) drei Bereiche: (1) Subjektives/emotionales Wohlbefinden bezieht sich auf positive Gefühle und Lebenszufriedenheit; (2) Psychologisches Wohlbefinden fokussiert auf persönliches Wachstum, Autonomie, Funktionsfähigkeit im Alltag; (3) Soziales Wohlbefinden umfasst das optimale Funktionieren in der Gesellschaft und in Gruppen (z. B. soziale Akzeptanz, Integration, Gesellschaft als stimmig und sinnvoll wahrnehmen). Psychisch gesunde Personen blühen auf, haben eine hohe Lebenszufriedenheit, erleben positive Emotionen und funktionieren psychisch und sozial gut.

Im Gegensatz dazu stehen psychische Erkrankungen – in der klinischen Psychologie oftmals als psychische Störungen bezeichnet. Sie beeinträchtigen die Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens und schränken einen Menschen in seinem Alltag ein. Sie können sich auf emotionaler, kognitiver, interpersonaler und körperlicher

Ebene sowie auf sein Verhalten auswirken und gehen einher mit akutem Leiden oder einem deutlich erhöhten Risiko, Schmerz und Verlust an Freiheit oder Lebensqualität zu erleiden (Bastine, 1998; Sass et al., 1996).

Für die Beurteilung von psychischer Krankheit bei Kindern und Jugendlichen muss zwingend berücksichtigt werden, dass diese sich in einer Phase der Entwicklung befinden. In keiner anderen Lebensphase finden derart viele und schnelle Veränderungen hinsichtlich körperlicher Reife sowie geistiger und emotionaler Entwicklung statt wie im Kindes- und Jugendalter. In diesem Alter können deshalb einerseits andere psychische Erkrankungen im Mittelpunkt stehen als bei Erwachsenen, andererseits können die Auffälligkeiten entwicklungsbedingt sein und damit nicht Ausdruck einer psychischen Störung.

«Eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen liegt vor, wenn das Verhalten und/oder Erleben bei Berücksichtigung des Entwicklungsalters abnorm ist und/oder zu einer Beeinträchtigung führt. [...] Ohne die Kenntnis normaler Entwicklungsabläufe beim Kind und Jugendlichen ist ein Verständnis psychischer Störungen in diesem Lebensabschnitt nicht möglich.» (Steinhausen, 2016, S. 23)

Gemäss internationalen Studien gehören psychische Erkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen in der Kindheit und Jugend (Hölling et al., 2014). Rund 10 bis 20% der Kinder und Jugendlichen weisen zu einem bestimmten Zeitpunkt eine psychische Erkrankung auf (z. B. Barkmann & Schulte-Markwort, 2004; Fombonne, 2002; Petermann, 2005). Mit professionellen Hilfseinrichtungen in Kontakt kommen allerdings nur 10 bis 30% der betroffenen Kinder und Jugendlichen (Fombonne, 2002; Petermann, 2005).

Die psychischen Probleme können sich auf alle Lebensbereiche der Kinder und Jugendlichen auswirken: Sie behindern im schulischen Kontext, in Beziehungen zu Familie und Freunden sowie beim Finden des eigenen Wegs ins Leben.

Zwischen den psychosozialen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter und denen im Erwachsenenalter gibt es einen engen Zusammenhang (World Health Organization, 2001). Unbehandelte psychische Erkrankungen sind in vielen Fällen bis ins Erwachsenenalter persistent; es besteht das Risiko der Chronifizierung und auch der Entwicklung von Komorbiditäten (z. B. McGue et al., 2006; Reef et al., 2009; Kessler et al., 2012). Der Grossteil der psychischen Erkrankungen beginnt bereits im Kindes- und Jugendalter beziehungsweise im frühen Erwachsenenalter. Rund die Hälfte der Fälle manifestiert sich bis zum Alter von 14 Jahren, drei Viertel der Fälle bis zum Alter von 24 Jahren (Kessler, 2005). Zudem erhöhen psychische Probleme das Risiko für Suizid (vgl. Abschnitt 5.3 Suizidversuche und Suizide). Gemäss Schätzungen der WHO steht ein wesentlicher Anteil aller Suizide in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen (Krug et al., 2002), insbesondere mit Depressionen (Wolfersdorf, 2008).

Neben dem Leid für die Direktbetroffenen führen psychische Erkrankungen meist zu einer starken Belastung der Angehörigen und haben auch auf gesellschaftlicher Ebene Auswirkungen, nicht zuletzt finanzieller Art. Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern sowie psychische Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und angemessen zu behandeln, erscheint aus den erwähnten Gründen besonders wichtig – nicht nur um aktuelle, sondern auch um langfristige Beeinträchtigungen zu verringern.

Messbarkeit

In epidemiologischen Studien wird der psychische Gesundheitszustand meistens anhand von An- und Abwesenheit von Krankheit oder Auffälligkeiten beschrieben. Methodisch gibt es unterschiedliche Erfassungstiefen. Sollen Aussagen auf Basis diagnostizierter psychischer Erkrankungen möglich sein, braucht es persönliche Interviews mit den Befragten, durchgeführt von Fachpersonen. Aufgrund mangelnder Ressourcen wird in epidemiologischen Studien allerdings meistens darauf verzichtet und es werden stattdessen Screening-Instrumente verwendet, z. B. Fragebögen und Skalen, welche die Befragten ausfüllen. Mit dieser Methode lassen sich zwar Hinweise auf das Vorhandensein psychischer Erkrankungen feststellen; da aber der persönliche Eindruck durch eine Fachperson fehlt, lässt sie keine fundierten diagnostischen Aussagen zu. Es ist daher in diesem Zusammenhang häufig von psychischen Auffälligkeiten und nicht von (diagnostizierten) psychischen Erkrankungen die Rede. Will man einzig einen oberflächlichen Eindruck vom psychischen Gesundheitszustand der Befragten erhalten, werden einzelne allgemeine Fragen eingesetzt. Die Interpretation der Antworten (z. B. 80% geben an, bei guter psychischer Gesundheit zu sein) bleibt aber oftmals schwierig, da keine Normwerte existieren, die zwischen krank und nicht-krank unterscheiden.

Beim Erfassen des psychischen Gesundheitszustands von Kindern kommen folgende Probleme erschwerend dazu: (1) Es stehen andere psychische Erkrankungen im Fokus als bei Erwachsenen. Somit können nicht einfach die diagnostischen Interviewmanuale oder Screenings, die bei Erwachsenen standardmässig zum Einsatz kommen, verwendet werden. (2) Für Kinder ist es teilweise schwierig, Fragen zur psychischen Gesundheit zu verstehen und sich selbst einzuschätzen. Laut Riley (2004) sind allerdings bereits Kinder ab 8 Jahren fähig, valide über ihre psychische Befindlichkeit Auskunft zu geben. Kinder unter 10 Jahren werden aber selten direkt befragt, sondern ihre Bezugspersonen werden um eine Einschätzung gebeten. Findet aber eine direkte Befragung statt, braucht es auf das jeweilige Entwicklungsalter abgestimmte Erhebungsinstrumente. Ausserdem sollte für eine Diagnosestellung neben den Kindern selbst eine weitere Informationsquelle berücksichtigt werden (z. B. Eltern, andere Bezugs-, Betreuungspersonen, Lehrpersonen), da sonst mit einem unvollständigen oder verzerrten Verständnis der Kinder gerechnet werden muss (Van der Ende und Verhulst, 2005).

5.2 Prävalenz psychischer Gesundheit und Krankheit

Im Folgenden werden Prävalenz-Zahlen zuerst zu Wohlbefinden präsentiert, anschliessend zu psychischen Erkrankungen und danach zu Auffälligkeiten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz. Dabei werden hauptsächlich für die Schweiz repräsentative Daten berücksichtigt.

Die Begriffe «psychische Störung» und «psychische Erkrankung» werden in diesem Kapitel als Synonyme verwendet und ausschliesslich im Zusammenhang mit Erhebungen und Studien, welche auf valide diagnostische Instrumente zurückgreifen. «Psychische Auffälligkeiten» hingegen beziehen sich auf Ergebnisse, die auf der Verwendung von Screening-Instrumenten (z. B. in Form von Fragebögen und Skalen) basieren und keinen diagnostischen Anspruch haben.

Nachfolgend werden vorwiegend Punktprävalenzen aufgeführt, das heisst, die Antworten beziehen sich auf den Zeitpunkt der Befragung. Wird hingegen der Zeitraum der letzten 12 Monate berücksichtigt, handelt es sich um eine 12-Monatsprävalenz. Die beiden Werte können nicht direkt miteinander verglichen werden.

Wohlbefinden

0- bis 10-jährige Kinder

Wohlbefinden oder Lebensqualität werden bei den 0- bis 10-jährigen Kindern in der Schweiz nicht regelmässig repräsentativ erhoben. Auch in kantonalen Schulgesundheitsbefragungen wird der Fokus typischerweise auf Auffälligkeiten und Erkrankungen und nicht auf Wohlbefinden gelegt.

Als Annäherung kann die Einschätzung der allgemeinen Gesundheit der Kinder dienen, da diese neben der körperlichen Gesundheit auch Aspekte des psychischen und sozialen Wohlbefindens sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität umfasst (Erhart et al. 2009). In der SGB 2017 haben Eltern bei gut 98% der 0- bis 10-jährigen Kinder den allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut eingeschätzt. Zum Vergleich: In der zweiten Welle der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) (2014–2017) traf das auf rund 96–97% der 3- bis 10-Jährigen zu (Poethko-Müller et al., 2018).

11- bis 15-jährige Kinder und Jugendliche

Für die Altersgruppe der 11- bis 15-Jährigen liefert die HBSC-Studie für die Schweiz repräsentative Angaben. Gute psychische Gesundheit und Wohlbefinden werden in dieser Befragung mit zwei Indikatoren approximativ abgebildet.

Zum einen wird der subjektive Gesundheitszustand als Indikator verwendet (siehe Kapitel Körperliche Gesundheit und Entwicklung). Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass für Kinder und Jugendliche schlechte Gesundheit weniger eine Krankheit im engeren Sinne bedeutet, sondern eher eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens. Bei schlechter Gesundheit zu sein meint bei ihnen daher vor allem, emotional und zwischenmenschlich verunsichert zu sein (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Die meisten befragten 11- bis 15-Jährigen schätzten ihre Gesundheit 2018 als gut oder sogar ausgezeichnet ein (88,5%). Jungen taten dies etwas häufiger als Mädchen (vgl. Tabelle T 5.1). Im Vergleich zu der letzten HBSC-Befragung 2014 ist der Anteil Kinder mit guter bis ausgezeichneter Gesundheit etwas zurückgegangen, sowohl bei den Jungen (2018: 90,8% vs. 2014: 92,7%) als auch bei den Mädchen (86,1% vs. 90,0%). Im Vergleich zu den meisten anderen Ländern sind die Schweizer Werte 2014 überdurchschnittlich hoch – vergleichbar mit Italien und leicht höher als in Frankreich und Deutschland (vgl. Inchley et al., 2016, S. 72–73). Internationale Zahlen für 2018 lagen zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Berichts noch keine vor.

*Eine Mehrheit der 11- bis 15-Jährigen schätzen ihre Gesundheit und ihre Lebensqualität als gut oder sehr gut ein.
Die Werte der Jungen liegen etwas höher als bei den Mädchen.*

Als zweiter Indikator für das Wohlbefinden wird das Ausmass der Lebenszufriedenheit herangezogen. Lebenszufriedenheit bewerten die Schülerinnen und Schüler als Wert zwischen 0 («das schlechteste für dich erdenkliche Leben») und 10 («das beste für dich erdenkliche Leben»). Werte ab 6 gelten als gute Lebensqualität (Delgrande Jordan & Eichenberger, 2016). Gemäss der HBSC-Befragung 2018 schätzten 87,2% der befragten Jugendlichen ihre Lebensqualität als mindestens gut (Werte 6–10) und 61,5% als mindestens sehr gut (Werte 8–10) ein. Insgesamt ist der Anteil mit guter bis sehr guter Lebensqualität bei den Jungen etwas höher als bei den Mädchen (vgl. Tabelle T 5.1). Schüler mit Migrationshintergrund – d.h. mindestens ein Elternteil wurde im Ausland geboren – berichten weniger häufig über eine gute bis sehr gute Lebensqualität als Schüler deren beide Elternteile in der Schweiz geboren sind (83,9% vs. 91,2%).

Im Ländervergleich der 11-, 13- und 15-Jährigen liegen die Schweizer Werte aus dem Jahr 2014 jeweils über dem Durchschnitt der insgesamt 42 teilnehmenden Ländern. Die Lebenszufriedenheit der Schülerinnen und Schüler in der Schweiz ist ähnlich hoch wie in Österreich, aber etwas höher als in Italien, Frankreich und Deutschland (vgl. Inchley et al., 2016, S. 76–77). Für 2018 lagen zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Berichts noch keine internationalen Zahlen vor.

16- bis 25-jährige Jugendliche und junge Erwachsene

Gemäss SGB 2017 bezeichnet die grosse Mehrheit (ca. 95%) der 16- bis 25-Jährigen ihre generelle Gesundheit und ihre Lebensqualität als gut oder sogar sehr gut. Das sind mehr als in der Gesamtschweizer Bevölkerung (ab 15 Jahren). Die Hälfte der jungen Männer (49,7%) haben ein hohes Mass an Energie und Vitalität, bei den Frauen ist es nur ein Drittel (33,3%). Die jungen Frauen berichten auch im Vergleich zur gesamten weiblichen Bevölkerung (43,6%) seltener von einem hohen Energie- und Vitalitätsniveau (vgl. Tabelle T5.1).

Im Vergleich zur schweizerischen Gesamtbevölkerung haben die 16- bis 25-Jährigen weniger häufig das Gefühl, das Leben selber bestimmen zu können (Kontrollüberzeugung; 29,8% vs. 37,4%), und verfügen über ein geringeres Mass an Selbstwirksamkeit (Einschätzung eigener Kompetenzen, Handlungen erfolgreich ausführen zu können; 65,7% vs. 71,8%). Wie in Tabelle T5.1 ersichtlich, gibt es diesbezüglich keinen Unterschied zwischen den jungen Frauen und Männern.

Wohlbefinden, nach Alter und Geschlecht, 2017/2018

T5.1

Indikator	Anteil in % (95%-KI)					
	0–10 Jahre		11–15 Jahre		16–25 Jahre	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Männer	Frauen
Gesundheitszustand (gut bis sehr gut/ausgezeichnet)	98,2 (±0,6) ^a	98,8 (±0,3) ^a	97,0 (±1,1) ^a 90,8 (±0,8) ^b	97,5 (±1,1) ^a 86,1 (±1,0) ^b	95,6 (±1,2) ^c	94,2 (±1,5) ^c
Lebensqualität ^c oder -zufriedenheit ^b (gut bis sehr gut)	–	–	90,7 (±0,9) ^b	83,6 (±1,1) ^b	94,6 (±1,4) ^c	94,6 (±1,4) ^c
Energie & Vitalität (hoch)	–	–	–	–	49,7 (±3,5) ^c	33,3 (±3,1) ^c
Kontrollüberzeugung (hoch)	–	–	–	–	30,6 (±3,2) ^c	28,8 (±3,0) ^c
Selbstwirksamkeit (eher hoch bis hoch)	–	–	–	–	69,1(±3,2) ^c	62,1 (±3,2) ^c

Die Angaben zu den unterschiedlichen Altersgruppen sind nicht direkt vergleichbar, da sie aus unterschiedlichen Erhebungen stammen:

^a Elternbefragung, SGB 2017

^b Selbsteinschätzungen, HBSC 2018

^c Selbsteinschätzungen, SGB 2017

(95%-KI) = 95%-Konfidenzintervall

Quellen: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017; Sucht Schweiz – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2018

© Obsan 2020

Fazit Wohlbefinden

Die überwiegende Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in der Schweiz weist ein hohes Mass an Wohlbefinden auf. Dies zeigen sowohl die Einschätzungen zur allgemeinen Gesundheit wie diejenigen zu Lebensqualität und -zufriedenheit. Insgesamt ist gemäss SGB 2017 der Anteil Personen in der Schweiz mit guter oder sehr guter Gesundheit beziehungsweise Lebensqualität hoch; je nach Altersgruppe und Geschlecht liegt er zwischen 94% und 98%. Diese Werte liegen in einem ähnlichen Bereich wie die Zahlen zum Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (vgl. Poethko-Müller et al., 2018; Ellert et al., 2014).

Die Werte der HBSC 2018 liegen etwas tiefer, zwischen 84% und 91%. Die Vergleichbarkeit von SGB 2017 und HBSC 2018 ist jedoch eingeschränkt, da sich diese in der Befragungsart (Fremd- vs. Selbsteinschätzung) und in den Fragen zur Erfassung von Wohlbefinden beziehungsweise Gesundheitszustand unterscheiden.

Vergleicht man die HBSC-Werte der Erhebung 2014 mit jenen der anderen teilnehmenden Länder, liegen die Schweizer Zahlen über dem internationalen Durchschnitt. Insgesamt lassen die Daten aber nur eine relativ oberflächliche Beurteilung des Wohlbefindens zu. Spezifischere Daten zu den verschiedenen Facetten von Wohlbefinden, wie z. B. Lebenszufriedenheit, persönliches Wachstum oder Autonomie, existieren kaum.

Psychische Erkrankungen

Erkrankungsalter

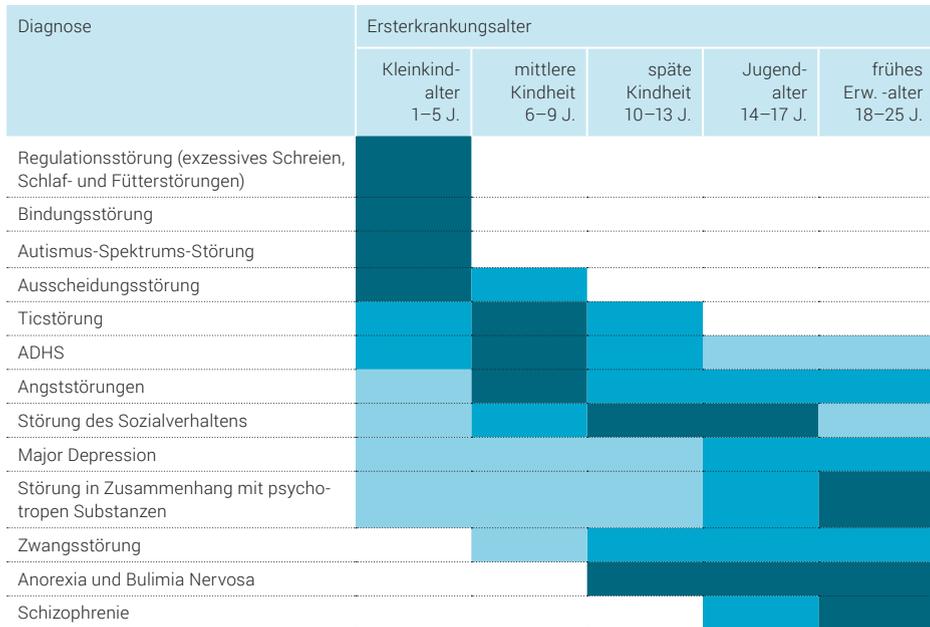
Psychische Störungen sind schon im Kindes-, Jugend- und frühen Erwachsenenalter verbreitet. Abhängig vom Entwicklungsalter stehen unterschiedliche Störungsbilder im Vordergrund. Dies wird deutlich, wenn man das Ersterkrankungsalter der einzelnen Störungen betrachtet, d.h. das Alter, in dem die Erkrankung bei den Betroffenen zum ersten Mal auftritt.

In Tabelle T 5.2 ist eine Auswahl der gängigsten psychischen Erkrankungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter mit Ersterkrankungsrate nach Altersspanne aufgeführt (Warnke & Lehmkühl, 2011). So zeigt sich z. B., dass bis zu 10% der Angststörungen bereits im Kleinkindalter (1–5 Jahre) erstmalig auftreten und sich der Peak der Ersterkrankungen in der mittleren Kindheit (6–9 Jahre) befindet. Rund vier Fünftel aller Angststörungen treten zum ersten Mal in den ersten 25 Lebensjahren auf (Kessler et al., 2005).

Das Ersterkrankungsalter unterscheidet sich je nach Art der psychischen Erkrankung. So treten beispielsweise Regulationsstörungen (exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen) primär in der frühen Kindheit auf, während Erkrankungen wie Angststörungen

Ersterkrankungsalter psychischer Erkrankungen (Auswahl), basierend auf Prävalenzdaten internationaler Studien

T 5.2



Anmerkung: Die Angaben zum Ersterkrankungsalter stammen aus Kessler et al. (2005), Steinhausen (2016), Lauronen et al. (2007), Hudson et al. (2007), Klonsky et al. (2011), AWMF (2015) und DSM-5 (APA, 2015). Es handelt sich teils um empirische epidemiologische Befunde, teils um Erfahrungswerte aus der Praxis. Die Zusammenstellung dient dem schematischen Überblick zum Ersterkrankungsalter und vermittelt keine präzisen epidemiologischen Zahlen.

sehr gering (<1%)
 gering (1–10%)
 mittel (10–24%)
 hoch (über 24%)

© Obsan 2020

und ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen, d.h. Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwächen, impulsive Verhaltensweisen, ausgeprägte Unruhe) hauptsächlich in der mittleren bzw. späteren Kindheit erstmalig auftreten. Affektive Störungen (z.B. Depression) und substanzbedingte Störungen manifestieren sich hingegen vorwiegend im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter.

Im Kindesalter (bis 13 Jahre) werden gemäss internationalen Studien am häufigsten externalisierende Störungen – wie ADHS, Störungen des Sozialverhaltens/Oppositionelles Trotzverhalten – und Angststörungen festgestellt (vgl. Lauth & Mackowiak, 2004; Rüesch & Maeder, 2010). Im Jugendalter treten vermehrt depressive Störungen auf, und Essstörungen sowie Störungen durch Substanzkonsum nehmen zu (vgl. z.B. Ford et al., 2003; Lauth & Mackowiak, 2004; Buka et al., 2002).

Prävalenz psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz

Für viele der in Tabelle T5.2 aufgeführten Störungen liegen für die Schweiz keine repräsentativen Daten vor, insbesondere nicht zu Störungen im Kleinkindalter. Zur Prävalenz psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen gibt es für die Schweiz nur eine repräsentative Studie, die *Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology*, (ZESCAP, z.B. Steinhausen et al., 1998). Diese Studie untersuchte 1994 eine für den Kanton Zürich repräsentative Stichprobe von 6- bis 17-jährigen Schülerinnen und Schülern; sie wurde 1997, 2001, 2005 mit drei weiteren Erhebungen fortgeführt (*Zurich Adolescent Psychology and Psychopathology Study*; ZAPPS, z.B. Steinhausen & Winkler Metzke, 2007). Die folgenden Zahlen beruhen auf den Ergebnissen der ZESCAP und der ersten Folgerhebung von 1997. Die darauffolgenden Stichproben waren nicht mehr repräsentativ.

1994 wurden mittels Eltern-Interviews bei 22,5% der 6- bis 17-Jährigen psychische Störungen diagnostiziert (6-Monatsprävalenz; Steinhausen et al., 1998). Am häufigsten waren Angststörungen (11,4%), gefolgt von Ticstörungen (6,0%), ADHS (5,3%) und oppositionellem Trotzverhalten (2,1%). Affektive Störungen (0,7%) und Substanzstörungen (0,3%) wurden weniger häufig diagnostiziert.

Die Gesamtprävalenz war bei den 6- bis 9-jährigen (31,3%) und den 10- bis 13-jährigen Kindern (25,4%) höher als bei den 14- bis 17-jährigen Jugendlichen (12,8%). Auch in anderen Studien konnte festgestellt werden, dass die Gesamtprävalenz in der Jugendzeit eher etwas zurückging (z.B. Costello et al., 2003), wobei das stark davon abhängt welche Störungsgruppen untersucht werden (vgl. Costello et al., 2011; Steinhausen & Winkler Metzke, 2003): ADHS und oppositionelles Trotzverhalten nehmen mit dem Übergang vom Kindes- ins Jugendalter ab, während Depressionen, Substanz- und gewisse Formen von Angststörungen zunehmen. Übereinstimmend damit waren affektive Störungen vor allem bei der ältesten Gruppe präsent (1,3% bei den 14- bis 17-jährigen vs. 0,6% bei den 10- bis 13-jährigen vs. 0% bei den 6- bis 9-jährigen).

Aktuelle und repräsentative Schweizer Daten zu störungsspezifischen Prävalenzraten existieren nicht – weder für Kinder und Jugendliche noch für junge Erwachsene.

Generell waren psychische Störungen bei Jungen (28,5%) häufiger als bei Mädchen (15,6%). Dieser Geschlechterunterschied über alle psychischen Störungen hinweg zeigt sich auch in internationalen Studien, wobei Mädchen zum Teil von bestimmten Störungsgruppen häufiger betroffen sind als Jungen (z.B. Affektive Störungen; Petersen

et al., 2006; Roberts et al., 2007; Costello et al., 2011). Mit zunehmendem Jugendalter sind Mädchen und Jungen ähnlich häufig von psychischen Störungen betroffen. Jungen zeigen allerdings vermehrt externalisierende Störungen, wie z.B. ADHS oder Störungen des Sozialverhaltens, während bei Mädchen eher internalisierende Probleme auftreten, z.B. Affektive Störungen und Angst (Costello, 2011).

Bei der zweiten Erhebung 1997 (3 Jahre später) wurden ausschliesslich Jugendliche im Alter von 14 bis 20 Jahren einbezogen. Es wurden nicht nur die Eltern mit Hilfe der deutschen Version des *Diagnostic Interview Schedule for Children* (Shaffer et al., 1993) interviewt, sondern auch die Jugendlichen selbst. Gemäss den Antworten der Eltern zeigten 8% der Jugendlichen eine nach DSM-III-R diagnostizierbare psychische Störung, gemäss den Jugendlichen selbst traf das auf 20% von ihnen zu (6-Monatsprävalenz; Steinhausen & Winkler Metzke, 2002). Eine Affektive Störung kam gemäss Einschätzung der Eltern bei 1,2% der Jugendlichen vor, basierend auf den Interviews mit den Jugendlichen waren es 5,1% (Steinhausen & Winkler Metzke, 2003). Die deutlichen Unterschiede zwischen der Einschätzung durch die Eltern (Fremdeinschätzung) und derjenigen der Kinder und Jugendlichen selbst (Selbsteinschätzung) werden in internationalen Studien bestätigt. Im Kindes- und insbesondere im Jugendalter unterschätzen die Eltern die Häufigkeit internalisierender Störungen, dagegen machen die Jugendlichen eher zu niedrige Angaben bei externalisierenden Störungen (vgl. z.B. Eschmann, Weber Häner & Steinhausen, 2007; Holmbeck et al., 2002).

Zwei jüngere Schweizer Studien untersuchten spezifische psychische Störungsgruppen in repräsentativen Erhebungen. Die OptimusStudie ermittelte die Prävalenzrate von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) anhand einer Schülerbefragung in neunten Klassen. Mit 6,2% für Mädchen und 2,4% für Jungen sind die PTSD-Prävalenzraten bei Jugendlichen in der Schweiz beträchtlich hoch (Landolt et al., 2013). Die Swiss University Study of Nutrition, eine Befragung von Schülerinnen und Schülern im Alter von 8 bis 13 Jahren in Deutsch- und Westschweizer Schulen, zeigte, dass 3% der Kinder ein restriktives Essverhalten gemäss den DSM-5 Kriterien für eine Störung mit Einschränkung oder Vermeidung der Nahrungsaufnahme aufwiesen (Kurz et al., 2015)

Fazit psychische Erkrankungen

Aktuelle und repräsentative Schweizer Daten zu störungsspezifischen Prävalenzraten existieren nicht – weder für Kinder und Jugendliche noch für junge Erwachsene. Bis heute werden die Referenzwerte der im Kanton Zürich durchgeführten *Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology* (ZESCAP) von 1994 sowie der darauf aufbauenden Längsschnittstudie *Zürcher Adoleszenten-Psychologie- und Psychopathologie-Studie* (ZAPPS) zitiert. Diese Studien zeigen, dass 31,3% der 6- bis 9-Jährigen, 25,4% der 10- bis 13-jährigen Kinder und 12,8% der 14- bis 17-Jährigen im Kanton Zürich in den

sechs Monaten vor der Befragung von irgendeiner psychischen Erkrankung betroffen waren (Steinhausen et al., 1998). Die Gesamtprävalenz betrug 22,5% (6- bis 17-Jährige). Am häufigsten wurden Angststörungen diagnostiziert (11,4%), gefolgt von Ticstörungen (6,0%), ADHS (5,3%) und oppositionellem Trotzverhalten (2,1%). Affektive Störungen (0,7%) und Substanzstörungen (0,3%) waren weniger häufig. Inwieweit diese Zahlen zum heutigen Zeitpunkt und für die gesamte Schweiz von Bedeutung sind, ist schwierig zu beurteilen. Vergleiche mit neueren internationalen Studien zeigen eine weitere Schwierigkeit: Die Prävalenzraten variieren beträchtlich. Dies hat u. a. mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten, unterschiedlich berücksichtigten Altersgruppen sowie unterschiedlich definierten Zeiträumen des Auftretens der Störung zu tun. Aktuelle Zahlen aus Österreich (2013–2015) für 10- bis 18-Jährige zeigen eine Gesamtprävalenz von 22–24%, wobei Angststörungen (10,2%), ADHS (4,0%) und Ticstörungen (2,2%) sowie depressive Störungen (2,8%) die häufigsten Diagnosen waren (Wagner et al., 2017). Die Zahlen scheinen jenen der Zürcher Studie ähnlich. Allerdings ist auch hier ein direkter Vergleich schwierig, da die beiden Studien sich bezüglich Altersgruppen (6- bis 17-Jährige vs. 10- bis 18-Jährige) und Prävalenzzeiträume (6-Monats-Prävalenzen vs. Punkt-Prävalenzen) deutlich unterscheiden.

Psychische Auffälligkeiten

0- bis 10-jährige Kinder

Gemäss der *Swiss Preschooler's Health Study (SPLASHY)* – einer Studie zur Gesundheit von Vorschulkindern in den Kantonen AG, BE, FR, VD und ZH – zeigten laut Einschätzung der Eltern rund 7% der 2- bis 6-jährigen Kinder zum Zeitpunkt der Befragung psychische Auffälligkeiten (Stülb, et al., 2018). Neben der Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten wurden auch die Häufigkeiten für einzelne Symptombereiche erfasst. Laut den Eltern zeigten 8,2% Probleme mit Gleichaltrigen, 7,6% Verhaltensauffälligkeiten, 5,3% Hyperaktivität und 4,3% emotionale Probleme (siehe Kapitel Körperliche Gesundheit und Entwicklung). Nur bei 1,8 bis 3,0% waren die Probleme auch nach 12 Monaten noch vorhanden. Diese vergleichsweise tiefe Persistenzrate steht im Widerspruch zu den Ergebnissen anderer Studien (Lavigne et al., 1998; Bufferd et al., 2012). Bufferd et al. (2012) diagnostizierten bei der Hälfte der 3-Jährigen mit einer psychischen Störung auch mit 6 Jahren eine psychische Störung. In dieser Studie wurden die Kinder mittels diagnostischer Interviews hinsichtlich spezifischer psychischer Störungen eingeschätzt. Die Unterschiede zwischen den Persistenzraten widerspiegeln möglicherweise die Schwierigkeiten, psychische Auffälligkeiten oder Störungen bei Kindern im Vorschulalter valide zu erfassen, u. a. weil die Messinstrumente der rapiden Entwicklungsdynamik Rechnung tragen müssen, die das junge Alter kennzeichnet (Egger et al., 2011; Briggs-Gowan et al., 2006).

Gemäss der Elternbefragung der SGB 2017 zeigten 7,6% der 0- bis 10-jährigen Kinder zum Zeitpunkt der Befragung psychische Auffälligkeiten, in der Tendenz mehr Jungen. Bei 5,9% liessen sich Anzeichen für Hyperaktivität erkennen, bei 2,3% Hinweise auf Verhaltensprobleme und bei 0,9% gab es Anzeichen für emotionale Probleme.¹ Diese Zahlen sind deutlich tiefer als die der deutschen *BELLA*-Studie (siehe Kasten), der gemäss 10,2% der 3- bis 6-Jährigen und 19,8% der 7- bis 10-Jährigen psychische Auffälligkeiten aufweisen (Klasen et al., 2017). Vermutlich sind die Zahlen aus der SGB 2017 zu tief, denn im Gegensatz zur *BELLA*-Studie fragte sie mit einer Auswahl von nur 3 von insgesamt 25 Fragen aus dem SDQ-Fragebogen (*Strength and Difficulties Questionnaire*; vgl. z.B. Goodman, 1997) sehr limitiert nach Auffälligkeiten. Aktuelle Zahlen der deutschen KiGGS-Welle 2 (2014–2017) besagen, dass je nach Alter und Geschlecht zwischen 13,8% und 22,2% der 3- bis 11-Jährigen psychische Auffälligkeiten aufweisen (Klipker et al., 2018).

11- bis 15-jährige Kinder und Jugendliche

Gemäss der Einschätzung der Eltern in der SGB 2017 zeigen 7,5% der 11- bis 14-Jährigen zum Zeitpunkt der Befragung psychische Auffälligkeiten; 9,3% der Jungen und 5,6% der Mädchen. Die deutsche *BELLA*-Studie, die auf der kompletten Version desselben Messinstruments basiert (SDQ), weist wiederum sehr viel häufiger psychische Auffälligkeiten aus, nämlich bei 22% der 11- bis 13-Jährigen und bei 17,3% der 14- bis 17-Jährigen (Klasen et al., 2017).

In der HBSC werden Schülerinnen und Schüler gefragt, wie oft bestimmte psychoaffektive Beschwerden in den letzten sechs Monaten bei ihnen aufgetreten sind. Zu diesen Beschwerden gehören Traurigkeit, schlechte Laune, Nervosität, Müdigkeit, Ängstlichkeit, Verärgerung und Einschlafschwierigkeiten. Grafik G5.1 zeigt, wie sich der Anteil jener 11- bis 15-Jährigen, die mindestens zwei dieser Beschwerden wiederholt beziehungsweise chronisch (d.h. mindestens mehrmals wöchentlich) erlebt haben (multiple Beschwerden), entwickelt hat. Ebenfalls ersichtlich in der Grafik ist die Entwicklung der einzelnen Beschwerden.

Der Anteil Kinder und Jugendlicher mit multiplen psychoaffektiven Beschwerden hat zwischen 2002 und 2014 von 27,4% auf 35,2% zugenommen. 2018 beträgt er 34,3% und ist damit ähnlich hoch wie 2014. Besonders zugenommen haben Müdigkeit und Einschlafschwierigkeiten (plus 13,0 beziehungsweise plus 5,5 Prozentpunkte zwischen 2002 und 2018). In der aktuellen HBSC berichten rund 27,1% der Jungen und 41,8% der Mädchen von multiplen psychoaffektiven Beschwerden. Müdigkeit und Einschlafprobleme gehören bei beiden Geschlechtern zu den am häufigsten genannten Beschwerden

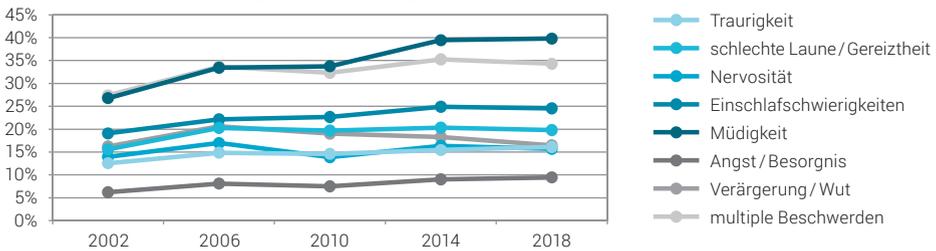
¹ Kinder, deren Eltern einen Migrationshintergrund haben, zeigen in der Tendenz etwas häufiger psychische Auffälligkeiten (8,6% vs. 7,0%). Der Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant.

(39,8% bzw. 24,6%). Bei sämtlichen Beschwerden liegt der Anteil der Mädchen über dem der Jungen. Am stärksten ausgeprägt ist der Unterschied bei Traurigkeit (23,8% vs. 8,8%), am schwächsten bei Verärgerung/Wut (18,7% vs. 14,3%). Schüler mit Migrationshintergrund (mindestens ein Elternteil im Ausland geboren) haben häufiger psychoaffektive Beschwerden: 38,3% von ihnen geben an mehrmals pro Woche an multiplen Beschwerden zu leiden. Bei Schülern ohne Migrationshintergrund (beide Elternteile in der Schweiz geboren) sind es 30,0%.

Entwicklung der wiederholten bzw. chronischen psychoaffektiven Beschwerden bei den 11- bis 15-Jährigen, 2002–2018

G5.1

Anteil Kinder und Jugendliche (in Prozent) mit Beschwerden (mehrmals wöchentlich oder täglich in den vergangenen 6 Monaten)



2002: N=9288, 2006: N=9502, 2010: N=9869, 2014: N=9632, 2018: N=10970

Quelle: Sucht Schweiz – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

© Obsan 2020

Der Anteil der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen mit multiplen psychoaffektiven Beschwerden hat seit 2002 zugenommen. 2018 gehören Müdigkeit und Einschlafprobleme bei beiden Geschlechtern zu den am häufigsten genannten Beschwerden.

Für die psychoaffektiven Beschwerden existieren keine internationalen Vergleichszahlen (der Indikator wird in dieser Form nur für die Schweiz ausgewertet). Daher wird im Folgenden auf die Zahlen zu den psychosomatischen Beschwerden der HBSC 2014 zurückgegriffen. Psychosomatische Beschwerden werden anhand der «HBSC Symptom Checklist» (HBSC SCL) erhoben, die nach der Häufigkeit von acht körperlichen und psychischen Beschwerden fragt. Betrachtet man im Ländervergleich den Anteil Schülerinnen und Schüler, die in den letzten sechs Monaten vor der Befragung mindestens mehrmals wöchentlich an zwei oder mehr Beschwerden litten, zeigt sich die Schweiz im Mittelfeld. Im Vergleich zu Deutschland und Österreich liegt in der Schweiz der Anteil Schülerinnen

und Schüler mit psychosomatischen Beschwerden etwas höher, verglichen mit Frankreich und Italien aber deutlich tiefer (vgl. Inchley et al., 2016, S. 80–81). Internationale Zahlen für 2018 lagen zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Berichts noch keine vor.

In der HBSC-Befragung 2018 gaben 4,2% der 14- bis 15-Jährigen an, dass bei ihnen eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit oder ohne Hyperaktivität (ADHS/ADS) ärztlich diagnostiziert wurde. Bei den Jungen sind die ADHS/ADS-Diagnosen signifikant häufiger als bei den Mädchen (5,9% vs. 2,6%). Die Zahlen entsprechen ungefähr den Prävalenzangaben des DSM-5 (APA, 2015), laut welchem ADHS/ADS bei rund 5% aller Kinder vorkommt.

Anhand der Angaben in der HBSC 2018 lässt sich der Anteil untergewichtiger Kinder mit gestörter Körperwahrnehmung einschätzen. Gemeint sind damit Schülerinnen und Schüler, deren BMI geringer ist als bei 95% ihrer Altersgruppe (5. Perzentil; vgl. DSM-5) und die sich trotzdem ein bisschen zu dick oder viel zu dick fühlen. Da ein «signifikant niedriges Körpergewicht» und eine «Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur» zentrale Symptome bei der Anorexia Nervosa sind (vgl. DSM-5, S. 463), kann dieser Indikator auf das Vorliegen einer Anorexie-Erkrankung hinweisen. Der Anteil 11- bis 15-Jähriger mit Anzeichen für Anorexia Nervosa liegt für die Mädchen und die Jungen unter 1%. Gemäss DSM-5 wird die 12-Monatsprävalenz für Anorexia Nervosa bei jungen Frauen auf 0,4% geschätzt (vgl. auch Nagl et al., 2016). Über die Prävalenz bei Jungen und Männern ist wenig bekannt. Es wird jedoch angenommen, dass sie deutlich tiefer liegt als bei den Mädchen und Frauen.

16- bis 25-jährige Jugendliche und junge Erwachsene

Basierend auf der SGB 2017 zeigen rund 22% der befragten 16- bis 25-Jährigen psychische Auffälligkeiten (vgl. Tabelle T5.3). So berichtet ca. jede siebte Person von mittleren bis schweren *Depressionssymptomen* innerhalb der letzten beiden Wochen vor der Befragung (13,5%) und/oder von einer mittleren bis hohen *psychischen Belastung* innerhalb der letzten 4 Wochen vor der Befragung (14,4%). Zudem bejahen 3,9% der 16- bis 25-Jährigen die Frage, in den letzten 12 Monaten an einer *Depression* gelitten zu haben. Im Vergleich zur Schweizer Gesamtbevölkerung berichten Jugendliche und junge Erwachsene deutlich häufiger von Depressionssymptomen (13,5% vs. 8,6%), bejahen aber das Vorliegen einer Depression deutlich seltener (3,6% vs. 6,6%). Keine bedeutsamen Unterschiede gibt es hingegen bei den einschränkenden chronischen (d. h. seit mindestens sechs Monaten dauernden) Gesundheitsproblemen mit psychischer Ursache: 11,2% der 16- bis 25-Jährigen und 8,2% der Gesamtbevölkerung leiden unter solchen Problemen.

Insgesamt fühlen sich weibliche Jugendliche und junge Erwachsene häufiger psychisch belastet als männliche (18,6% vs. 10,4%). Der Geschlechterunterschied ist besonders bei den 16- bis 20-Jährigen deutlich, bei welchen 20,1% der Frauen und 8,4% der Männer von psychischer Belastung berichten. Ein Unterschied nach Geschlecht lässt sich ebenfalls

bei der Frage nach einer Depression finden (Frauen: 5,2% vs. Männer: 2,7%), nicht aber bei den Depressionssymptomen (vgl. Tabelle T5.3). Jugendliche und junge Erwachsene mit Migrationshintergrund zeigen häufiger psychische Auffälligkeiten: 20,2% von ihnen berichten von einer mittleren bis hohen psychischen Belastung und 11,8% von mittleren bis schweren Depressionssymptomen. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsene ohne Migrationshintergrund liegen die entsprechenden Anteile mit 11,5% bzw. 6,7% deutlich tiefer.

Der Anteil der 16- bis 25-Jährigen mit mittleren bis starken Depressionssymptomen hat zwischen 2012 und 2017 zugenommen; er stieg von 10,4% auf 13,5%.

Im zeitlichen Vergleich zeichnet sich bei den 16- bis 25-Jährigen tendenziell ein Rückgang der psychischen Belastung ab, aber weniger deutlich als in der Gesamtschweizer Bevölkerung (ab 15 Jahren), bei der die psychische Belastung zwischen 2012 und 2017 signifikant abgenommen hat (18,0% vs. 15,1%). Eine gegenläufige Tendenz zeigt sich, wenn die Depressionssymptome betrachtet werden: Hier hat der Anteil der 16- bis 25-Jährigen mit mittleren bis starken Symptomen zwischen 2012 und 2017 zugenommen; er stieg von 10,4% auf 13,5%. Diese Entwicklung ist primär auf den signifikanten Anstieg von Depressionssymptomen bei der Gruppe der 16- bis 20-Jährigen zurückzuführen (10,4% vs. 14,7%). Bei den 21- bis 25-Jährigen gibt es eine ähnliche Tendenz, statistisch signifikant ist sie aber nicht (10,4% vs. 12,4%). Auch bei den chronischen Gesundheitsproblemen mit psychischer Ursache ist zwischen 2012 und 2017 in der Allgemeinbevölkerung eine signifikante (6,2% vs. 8,2%) und bei den Jungen eine tendenzielle Zunahme zu erkennen (9,0% vs. 11,2%).

Psychische Auffälligkeiten bei den 16- bis 25-Jährigen, 2017

T 5.3

Indikator	Anteil in % (95%-KI)		
	Männer	Frauen	Total
Mittlere bis schwere Depressionssymptome ^a	12,9 (±2,4)	14,3 (±2,2)	13,5 (±1,7)
Depression in den letzten 12 Monaten	2,7 (±1,0)	5,2 (±1,5)	3,9 (±0,9)
Mittlere bis starke psychische Belastung ^b	10,4 (±2,0)	18,6 (±2,3)	14,4 (±1,5)
Gesundheitsproblem psychischer Ursache	10,6 (±5,4)	11,8 (±4,4)	11,3 (±3,4)
Behandlung wegen psychischem Problem	3,6 (±1,2)	7,0 (±1,6)	5,3 (±1,0)
Psychisch auffällig ^c	19,0 (±2,9)	24,2 (±2,8)	21,6 (±2,0)

N_{Männer} = 1012–1358; N_{Frauen} = 1310–1482; 95%-KI = 95%-Konfidenzintervall

^a Depressionssymptome wurden anhand der 9 Fragen des Patient Health Questionnaire (PHQ-9) erfasst.

^b Psychische Belastung wurde anhand der 5 Fragen des Mental Health Inventory (MHI-5) erfasst.

^c Jugendliche und junge Erwachsene wurden als psychisch auffällig klassifiziert, wenn ihre Depressionssymptome-Werte (PHQ-9; Werte >9) oder ihre Werte zur psychischen Belastung (MHI-5; Werte <73) den definierten Normwert überstiegen bzw. unterschritten.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© Obsan 2020

5,3% der 16- bis 25-Jährigen haben sich im Jahr vor der Befragung wegen eines psychischen Problems behandeln lassen, Frauen (7,0%) deutlich häufiger als Männer (3,6%). Dieser Unterschied zeigt sich ebenfalls in der Gesamtbevölkerung (7,7% vs. 4,4%). Die grosse Mehrheit (90,4%) hat hierfür eine Fachperson (Psycholog/in, Psychotherapeut/in, Psychiater/in) aufgesucht. In der Schweizer Gesamtbevölkerung lässt sich zwischen 2002 und 2017 eine Zunahme derer erkennen, die sich aufgrund psychischer Probleme behandeln lassen (4,5% vs. 6,1%), und dies mehr als früher von einer Fachperson (63,7% vs. 85,0%). Beide Tendenzen zeigen sich auch bei den 16- bis 25-Jährigen, sind aber nicht signifikant.

Noch etwas aktuellere Daten als die SGB 2017 liefert die *Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health (S-YESMH)* – eine schweizweite repräsentative Befragung zu psychischen Auffälligkeiten (Symptome von Depression, Generalisierter Angststörung und ADHS) bei 17- bis 22-Jährigen, die zwischen Februar und August 2018 durchgeführt wurde.² Gemäss der *S-YESMH* berichteten 17,7% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer von mittleren bis schweren Symptomen einer Depression und 13,2% von Symptomen einer Generalisierten Angststörung innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Befragung. Die 6-Monatsprävalenz von ADHS-Symptomen lag bei 8,7%. Insgesamt zeigten 24,7% aller Befragten mindestens eine psychische Auffälligkeit.

Im Vergleich zur SGB 2017 weist die *S-YESMH* insbesondere bei Depressionssymptomen etwas höhere Anteile aus (17,7% vs. 13,5%). Mögliche Gründe für diesen Unterschied sind die unterschiedlichen Altersgruppen (17- bis 22-Jährige vs. 16- bis 25-Jährige) und der unterschiedlich breite Fokus der beiden Erhebungen (spezifischer Fokus auf psychische Auffälligkeiten vs. breiter Fokus auf verschiedene Gesundheitsthemen).

Eine Studie zur Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz ermittelte 2010 bei 1,7% der 15- bis 29-Jährigen eine Essstörung in den 12 Monaten vor der Befragung (Schnyder et al., 2012). Bei den Frauen waren 2,0% betroffen, bei den Männern 1,3%. Bulimia Nervosa (0,8%) war in dieser Altersklasse am häufigsten, gefolgt von Binge Eating (0,8%) und Anorexia Nervosa (0,2%). Frauen waren eineinhalbfach bis doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Fazit psychische Auffälligkeiten

Obwohl die Mehrheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein hohes Wohlbefinden aufweist, zeigen rund 7–8% der 0- bis 10-, 35% der 10- bis 15- und 22–25% der 16- bis 25-Jährigen psychische Auffälligkeiten, respektive regelmässige und andauernde psychoaffektive Beschwerden. Im Vergleich zu anderen Ländern sind insbesondere die Zahlen zu den 0- bis 10-Jährigen eher tief. Aktuelle Zahlen aus Deutschland (2014–2017) besagen, dass je nach Alter und Geschlecht rund 14–22% der 3- bis 11-Jährigen

² Siehe: https://www.ebpi.uzh.ch/en/translational_research/chronic_conditions_health/swiss_youth_epidemiological_study.html

psychische Auffälligkeiten zeigen (Klipker et al., 2018). Es ist unwahrscheinlich, dass diese Unterschiede auf länderspezifische Faktoren zurückzuführen sind. Vermutlich widerspiegeln sie eher die zu Beginn des Kapitels diskutierten methodischen Schwierigkeiten, psychische Auffälligkeiten bei Kindern valide und reliabel zu erfassen. Internationale Vergleiche für die anderen Altersgruppen sind schwierig, da in den verschiedenen Ländern trotz international koordinierten Erhebungen (z. B. HBSC) und Verwendung einheitlicher Indikatoren zur Messung der psychischen Gesundheit (z. B. MHI-5) die Daten oftmals auf unterschiedliche Art ausgewertet werden. Beispielsweise werden für die Auswertung andere Altersgruppen gebildet, für die Einteilung in psychisch «krank» und «gesund» andere Cut-Off-Werte gewählt, oder die Gruppierung von einzelnen Fragen zu Indikatoren wird unterschiedlich vorgenommen.

Die BELLA-Studie, Deutschland

Die *Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten* (BELLA) ist eine epidemiologische Kohortenstudie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland und wird als Modul des Kindes- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) vom Robert Koch-Institut durchgeführt. Es werden detaillierte Informationen zu psychischer Gesundheit, Risiko- und Schutzfaktoren sowie zur Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychologischen Therapien erhoben. Die Basiserhebung (2003–2006) umfasst eine repräsentative Stichprobe von 2863 Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren. Mittlerweile wurden vier Folgeerhebungen durchgeführt (nach 1, 2, 6, 10 Jahren). Die Teilnehmenden werden somit von der Kindheit bis zum jungen Erwachsenenalter begleitet. Bisher hat die Studie z. B. Folgendes gezeigt:

- Bei rund 22% der befragten Kinder und Jugendlichen liegen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vor. Und 10% bis 11% der Kinder und Jugendlichen zeigten zu allen vier Messzeitpunkten psychische Auffälligkeiten.
- Ein Drittel der Kinder und Jugendlichen, die bei der Basiserhebung psychische Probleme aufwiesen, waren sechs Jahre später ebenfalls psychisch auffällig.
- Über mehrere Jahre bestehende psychische Auffälligkeiten hatten eine Verminderung der Lebensqualität und der schulischen Leistungen zur Folge.
- Jedes dritte Kind (33%) mit einer akuten/wiederkehrenden psychischen Erkrankung und 64% mit einer anhaltenden psychischen Erkrankung sind in Behandlung.

Die BELLA-Studie dient im weiteren Sinne dazu, die Folgen einer beeinträchtigten psychischen Gesundheit für die körperliche Gesundheit, die psychosoziale und berufliche Entwicklung zu identifizieren, Ansatzpunkte zur Förderung der psychischen Gesundheit aufzuzeigen sowie gezielte Massnahmen zum Schutz gefährdeter Kinder und Jugendlicher zu entwickeln.

Quelle: www.bella-study.org

5.3 Suizidversuche und Suizide

Hinter jedem Suizid oder Suizidversuch steht eine persönliche Leidensgeschichte. Eine Suizidhandlung ist als Hilfeschrei zu verstehen. Die Mehrheit der Suizide und Suizidversuche im Jugendalter sind «Kurzschlusshandlungen», d.h. sie sind die Folge von impulsivem Handeln und keine freie Willensentscheidung. Sie erfolgen als spontane Reaktion auf negative Lebensereignisse (z. B. Liebeskummer, Verlust einer nahestehenden Person) oder sind Folge eines langanhaltenden, inneren Leidensdruckes (z. B. Depressionen, Einsamkeit, Gefühl ständiger Überforderung; Meister & Böckleemann, 2015). Wenn sich ein Mensch das Leben nimmt, beschäftigt die Angehörigen immer die Frage nach dem «Warum?». Sehr häufig werden sie von Schuldgefühlen geplagt und fragen sich, ob sie den Suizid nicht hätten verhindern können. Es ist wichtig zu wissen, dass ein Suizid immer die Folge von mehreren Ursachen ist und niemals die Schuld einer einzelnen Person (BAG, 2020; WHO, 2014).

Suizide

2017 sind in der Schweiz 87 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 11 und 25 Jahren durch Suizid gestorben: 23 Mädchen oder junge Frauen und 64 Jungen oder junge Männer.³ Setzt man die 87 Suizide ins Verhältnis zur entsprechenden Wohnbevölkerung, so ergibt sich für die 11- bis 25-Jährigen eine Suizidrate von 6,4 Suiziden pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner in der gleichen Altersgruppe. Als Vergleich: Bei den 26-Jährigen und Älteren beträgt die Rate 15,5.

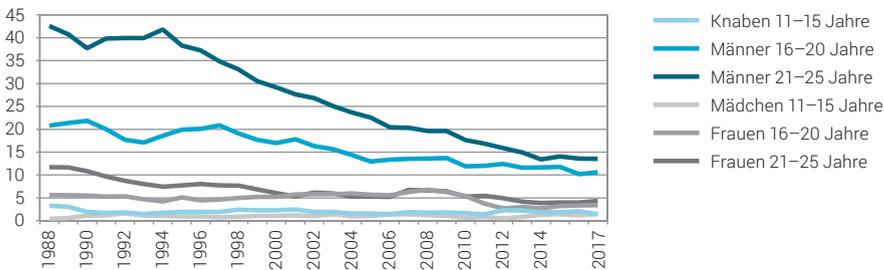
Im Verlauf der letzten 30 Jahre hat sich die Suizidrate bei den 11- bis 25-Jährigen mehr als halbiert. Bei den Mädchen und jungen Frauen betrug der Rückgang –51% und bei den Jungen und jungen Männern –62% (vgl. Grafik G5.2). Mit –67% fiel er am deutlichsten bei den 21- bis 25-Jährigen aus. Bei den 16- bis 20-Jährigen ist dieser Trend insgesamt etwas schwächer ausgeprägt (–47%); bei den männlichen im Vergleich zu den weiblichen Jugendlichen ist die Rate stärker rückläufig (–62% vs. –51%). In der jüngsten Altersgruppe (11–15 Jahre) schwankt die Suizidrate in den vergangenen 30 Jahren bei den Mädchen um 1,1 und bei den Jungen um 2,0 Suizide pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Obwohl die Suizidrate bei den 11- bis 25-Jährigen insgesamt rückläufig ist, gehören Suizide immer noch zu den häufigsten Todesursachen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (siehe Kapitel Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen).

³ Assistierte Suizide kommen bei den 11- bis 25-Jährigen kaum vor, folglich werden diese im vorliegenden Kapitel nicht berücksichtigt.

Entwicklung der Suizidrate nach Altersgruppe, 1988–2017

G5.2

Anzahl Suizide pro 100 000 Einwohner/innen



Anmerkung: Es werden gewichtete gleitende 5-Jahres-Mittelwerte der rohen Suizidraten dargestellt.

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik 2017

© Obsan 2020

Im Verlauf der letzten 30 Jahre hat sich die Suizidrate bei den 11- bis 25-Jährigen mehr als halbiert. Dennoch gehören Suizide immer noch zu den häufigsten Todesursachen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Insgesamt sterben bei den 11- bis 25-Jährigen mehr Männer als Frauen durch Suizid. 2017 war die Suizidrate bei den Jungen und jungen Männern fast drei Mal so hoch wie bei den Mädchen und jungen Frauen (9,0 vs. 3,2 Suizide pro 100 000 Einwohner bzw. Einwohnerinnen in der gleichen Altersgruppe). Auch bei den 26-Jährigen und Älteren sterben mehr Männer als Frauen durch Suizid.

Die Suizidrate steigt mit zunehmendem Alter an. Bei den 11- bis 15-Jährigen sind Suizide selten: In einem Zeitraum von 5 Jahren (2013–2017) haben 16 Jungen und 15 Mädchen Suizid begangen. Dies entspricht einem gewichteten gleitenden 5-Jahres-Mittelwert von 1,5 Suiziden pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner derselben Altersgruppe. Bei den 16- bis 20- und den 21- bis 25-Jährigen liegt die Suizidrate deutlich höher (7,1 bzw. 9,0 Suizide pro 100 000 Einwohner/innen). Auch hier ist ein Geschlechtereffekt zu beobachten. Während die Gruppen der 16- bis 20- und 21- bis 25-jährigen Frauen eine ähnliche Suizidrate aufweisen (3,4 vs. 4,3), liegt sie bei den Männern wesentlich höher und unterscheidet sich zudem deutlicher zwischen den beiden Altersgruppen (10,6 vs. 13,6).

Im Vergleich zu Deutschland liegt die Suizidrate bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz etwas höher. 2016 kam es in Deutschland bei den 10- bis 24-Jährigen zu 4,4 Suiziden pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern (eigene Berechnung basierend auf Daten von genesis.destatis.de).

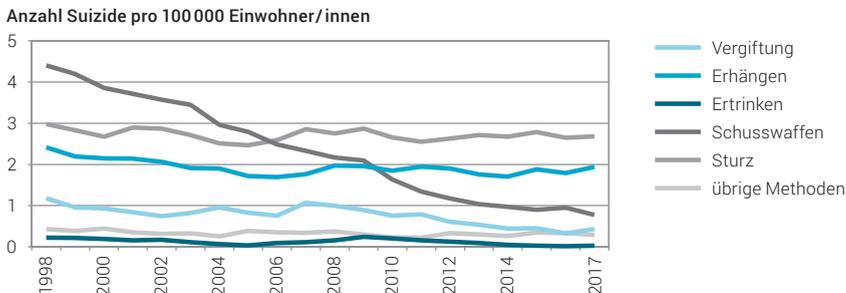
Ein Risikofaktor für einen Suizid ist ein früher erfolgter *Suizidversuch* (z. B. Franklin, 2017). 0,9% der in der SGB 2017 befragten 16- bis 25-Jährigen gaben an, in den vergangenen 12 Monaten einen Suizidversuch unternommen zu haben (ca. 900 Suizidversuche pro 100 000 Einwohner/innen). Ein Viertel der Betroffenen gibt ausserdem an, mit niemandem über den Versuch gesprochen zu haben. Die Suizidversuch-Rate der Gesamtbevölkerung (ab 15 Jahren) liegt mit ca. 500 Suizidversuchen pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner (0,5%) etwas tiefer. Dieser Unterschied ist jedoch statistisch nicht signifikant.

Vor einem Suizidversuch treten *Suizidgedanken* auf. Gemäss der SGB 2017 hatten rund 9,4% der 16- bis 25-Jährigen Suizidgedanken innerhalb der zwei Wochen vor der Befragung (ca. 9400 pro 100 000 der 16- bis 25-Jährigen), Frauen und Männer ähnlich häufig. Die Verbreitung von Suizidgedanken in der Allgemeinbevölkerung (ab 15 Jahren) liegt mit 7,8% auf ähnlichem Niveau (ca. 7800 pro 100 000 Einwohner/innen).

Suizidmethoden

Zwischen 2013 und 2017, einem Zeitraum von fünf Jahren, kam es bei den 11- bis 25-Jährigen insgesamt zu 416 Suiziden. Dabei erfolgten die meisten Suizide durch Stürze in die Tiefe (44,2%), gefolgt von Erhängen (30,3%), Schusswaffen (13,7%), Vergiftung (6,7%) und Ertrinken (0,5%); die restlichen 4,6% wurden nicht genauer kategorisiert und unter «übrige Methoden» zusammengefasst. Im Vergleich zu Frauen kommen Männer weit häufiger durch Schusswaffen zu Tode (17,6% vs. 1,9%). Dementsprechend sind die restlichen Suizidmethoden bei Frauen verhältnismässig etwas häufiger vertreten als bei Männern (z. B. Erhängen 34,0% vs. 29,1% oder Vergiftung 12,6% vs. 4,8%).

Entwicklung der Suizidmethoden bei den 11- bis 25-Jährigen, 1998–2017 G5.3



Anmerkung: Es werden gewichtete gleitende 5-Jahres-Mittelwerte der rohen Suizidraten dargestellt.

Quelle: BFS – Todesursachenstatistik 2017

© Obsan 2020

Im zeitlichen Verlauf ist vor allem beim Suizid durch Schusswaffen ein markanter Rückgang zu erkennen (vgl. Grafik G 5.3). Die Suizidrate reduzierte sich hier zwischen 1998 und 2017 von 4,94 auf 0,78 Suizide pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner. Das sind rund 6,4-mal weniger Suizide als vor 20 Jahren. Gemäss Expertenmeinungen steht dieser Rückgang primär mit einer geringeren Verfügbarkeit von Schusswaffen in der Bevölkerung in Verbindung (Habenstein et al., 2013). So ist insbesondere der Abfall der Rate ab 2003 auf die Armeereform XXI zurückzuführen (Reisch et al., 2013).

Fazit Suizidversuche und Suizid

Psychische Probleme erhöhen das Risiko für Suizid. Gemäss Schätzungen der WHO steht ein wesentlicher Anteil aller Suizide in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen (Krug et al., 2002), insbesondere mit Depressionen (Wolfersdorf, 2008). Im Verlauf der letzten 30 Jahre hat sich die Suizidrate bei den 11-bis 25-Jährigen mehr als halbiert. Sie liegt 2017 bei 6,4 Suiziden pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner derselben Altersgruppe. D.h. 2017 sind 87 Kinder und Jugendliche beziehungsweise junge Erwachsene durch Suizid gestorben. Trotzdem gehören Suizide immer noch zu den häufigsten Todesursachen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Im Vergleich zu Deutschland liegt die Suizidrate bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz etwas höher.

5.4 Fazit

Anhand der zur Verfügung stehenden Daten lassen sich nur wenige qualifizierte Aussagen zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz machen. Am eindeutigsten scheint der Befund, dass eine überwiegende Mehrheit ein hohes Mass an *Wohlbefinden* zeigt. Dies gilt sowohl für die Einschätzung der allgemeinen Gesundheit als auch der Lebensqualität. Die Daten lassen aber nur eine relativ oberflächliche Beurteilung des Wohlbefindens zu. Spezifischere Daten zu den verschiedenen Facetten von Wohlbefinden, wie z. B. Lebenszufriedenheit, persönliches Wachstum oder Autonomie, existieren kaum.

Die Einschätzung der Situation bezüglich *psychischer Störungen* und *Auffälligkeiten* gestaltet sich schwieriger. Aktuelle störungsspezifische Angaben für die Schweiz fehlen gänzlich und die Aussagekraft der Angaben zu psychischen Auffälligkeiten variiert stark nach Altersgruppe. So lässt sich beispielsweise mit relativer hoher Sicherheit aussagen, dass 2017 zum Zeitpunkt der Befragung rund 12% bis 15% der 16- bis 25-Jährigen an mittleren bis schweren Depressionssymptomen litten. Für die 0- bis 10-Jährigen und die 11- bis 15-Jährigen liegen diesbezüglich keine Informationen vor. Hingegen ist bekannt, dass 2018 rund 4% der 14- bis 15-Jährigen angaben, dass bei ihnen eine

Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit oder ohne Hyperaktivität (ADHS/ADS) ärztlich diagnostiziert wurde. Informationen über ADHS/ADS liegen für die anderen Altersgruppen gar nicht oder nur begrenzt vor. Aufgrund der Datenlage lässt sich somit nur ein sehr fragmentiertes Bild der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeichnen, so dass es derzeit nicht möglich ist, eine allgemeine Schlussfolgerung zur Situation in der Schweiz zu ziehen. Verlässliche epidemiologische Zahlen zur psychischen Gesundheit wären aber eine wichtige Grundlage für eine datengestützte Planung der Prävention und Gesundheitsversorgung. Gegenwärtig existiert diesbezüglich nur eine mangelhafte Datengrundlage.

Das Obsan hat 2017 in einer Überblicksarbeit empirische Arbeiten und Berichte, welche von 2006 bis 2016 zum Thema psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz veröffentlicht wurden, zusammengetragen lassen (vgl. von Wyl et al., 2017). Das Fazit war dasselbe wie heute: Aktuelle schweizweite Prävalenzzahlen für psychische Störungen von Kindern und Jugendlichen fehlen. Auch Angaben zu Häufigkeit und Verteilung psychischer Auffälligkeiten sind nur von einigen Kantonen beziehungsweise Städten und ausschliesslich für Kinder im Schulalter vorhanden. Über die psychische Gesundheit respektive Krankheit von Kindern im Vorschulalter ist nichts bekannt, obwohl man davon ausgeht, dass psychische Störungen im frühen Kindesalter genauso häufig sind wie später in der Entwicklung und eine frühzeitige Erkennung sich günstig auf den weiteren Verlauf auswirken könnte.

Mit Ausnahme der *Swiss Preschoolers' Health Study (SPLASHY)*, welche u.a. psychische Auffälligkeiten bei 3- bis 6-Jährigen untersuchte, und der *Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health (S-YESMH)*, welche die Prävalenz von Depressions-, Generalisierter Angststörungs- und ADHS-Symptomen anhand von Screeninginstrumenten bei den 17- bis 22-Jährigen einschätzte, hat sich die Situation nicht wesentlich verändert. Nationale repräsentative Daten zum psychischen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen sind nur wenige vorhanden. Zudem sind sie kaum störungsspezifisch. Bis heute werden die Referenzwerte der im Kanton Zürich durchgeführten *Zürich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology (ZESCAP)* von 1994 sowie der darauf aufbauenden Längsschnittstudie *Zürcher Adoleszenten-Psychologie- und Psychopathologie-Studie (ZAPPS)* zitiert.

Auch die hier präsentierten Auswertungen der aktuellen SGB- und HBSC-Daten sind nur eine rudimentäre Annäherung an wirklich valide Prävalenzzahlen⁴. Um aber fundierte Aussagen über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und deren Folgen machen zu können, braucht es regelmässige repräsentative Erhebungen, welche die psychische Gesundheit mit validen und reliablen Messinstrumenten altersgerecht erfassen.

⁴ An dieser Stelle soll angemerkt werden, dass sowohl die SGB wie auch die HBSC ein breites Themenfeld abdecken und nicht für die Erhebung von Prävalenzzahlen zur psychischen Gesundheit konzipiert wurden.

In verschiedenen Ländern werden repräsentative Längs- und Querschnittstudien zur Epidemiologie psychischer Störungen und/oder Auffälligkeiten sowie Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Gesundheitsmonitorings durchgeführt. Solche Studien helfen, Massnahmen in Prävention und Behandlung zu planen. Ein Beispiel ist die Studie *Mental Health of Children and Young People (MHCYP)* in Grossbritannien, die Kinder ab zwei Jahren miteinbezieht und auch die Inanspruchnahme erfasst. Aber auch die längsschnittlich angelegte *BELLA*-Kohortenstudie aus Deutschland ist dafür beispielhaft (vgl. Kasten bei 5.2).

5.5 Literaturverzeichnis

- APA [American Psychiatric Association] (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (2. korrigierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- AWMF (2015). *Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k)*. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Verfügbar unter www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-041.html
- Bantuelle, M., & Demeulemeester, R. (Eds.). (2008). *Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire*. Saint-Denis: Inpes.
- Barkmann, C., & Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 42, 278-287.
- Bastine, R.H.E. (1998). *Klinische Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BAG (2020). Hintergrundinformationen zu Suiziden und Suizidversuchen. Verfügbar unter www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention/suizide-und-suizidversuche.html
- BFS (2018). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Dokumentation Indizes SGB17*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Briggs-Gowan, M.J., Carter, A.S., Bosson-Heenan, J., Guyer, A.E., & Horwitz, S.M. (2006). Are infant-toddler social-emotional and behavioral problems transient? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 849–858.
- Bufferd, S.J., Dougherty, L.R., Carlson, G.A., Rose, S., & Klein, D.N. (2012). Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry* 169, 1157–1164.
- Buka, S.L., Monuteaux, M. & Earls, F. (2002). The epidemiology of child and adolescent mental disorders. In M.T. Tsuang & M. Tohen (Eds.), *Textbook in psychiatric epidemiology* (2nd ed.; pp. 629–655). New York: Wiley.
- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837–844
- Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52, 1015–1025.
- Delgrande Jordan, M., & Eichenberger, Y. (2016) Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter (oblig. Schulzeit). In: M. Blaser, & F.T. Amstad (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. Bericht 6*. Bern, Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Egger, H.L., & Emde, R.N. (2011). Developmentally sensitive diagnostic criteria for mental health disorders in early childhood: the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–IV, the Research Diagnostic Criteria – Preschool Age, and the Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood – Revised. *American Psychologist*, 66, 95–106.
- Ellert, U., Brettschneider, A. K., Ravens-Sieberer, U., & KiGGS Study Group. (2014). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 57(7), 798-806.
- Erhart, M., Wille, N., & Ravens-Sieberer, U. (2009). Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In: M. Richter, & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven (2., aktualisierte Auflage)*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Eschmann, S., Weber Häner, Y. & Steinhausen, H.-C. (2007). Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(4), 270-279.
- Fombonne, E. (2002). Case identification in an epidemiological context. In M. Rutter, & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry (4th ed)*. Oxford: Blackwell.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1203–1211.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... Nock, M. K. (2017). Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin*. 143(2), 187–232.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581–586.

- Habenstein, A., Steffen, T., Bartsch, C., Michaud, K., & Reisch, T. (2013). Chances and limits of method restriction: a detailed analysis of suicide methods in Switzerland. *Archives of suicide research, 17*(1), 75–87.
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., & KiGGS Study Group (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 57*(7), 807–819.
- Holmbeck, G.N., Li, S.T., Schurman, J.V., Friedman, D., & Coakley, R.M. (2002). Collecting and managing multisource and multimethod data in studies of pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology, 27*(1), 5–18.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope Jr, H.G., & Kessler, R.C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry, 61*(3), 348–358.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., ... Barnekow, V. (2016). *Growingup unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behavior in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey.* Health Policy for Children and Adolescents, No. 7.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593–602.
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., Costello, E.J., Georgiades, K., Green, J.G., Gruber, M. J., ... Merikangas, K.R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry, 69*(4), 372–380.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior, 43*(2), 207–222.
- Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiss, F., & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschrift Kinderheilkunde, 165*, 402–407.
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T., & Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring, 3*(3), 37–45.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine, 41*(9), 1981–1986.
- Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahlberg, L.L., & Zwi, A.B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet, 360*(9339), 1083–1088.
- Kurz, S., van Dyck, Z., Dremmel, D., Munsch, S., & Hilbert, A. (2015). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(7), 779–85.
- Landolt, M. A., Schnyder, U., Maier, T., Schönbucher, V., & Mohler-Kuo, M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: a national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress, 26*(2), 209–16.
- Lauronen, E., Miettunen, J., Veijola, J., Karhu, M., Jones, P. B., & Isohanni, M. (2007). Outcome and its predictors in schizophrenia within the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *European Psychiatry, 22*(2), 129–136.
- Lauth, G.W. & Mackowiak, K. (2004). Unterrichtsverhalten von Kindern mit Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen. *Kindheit und Entwicklung, 13*, 158–166.
- Lavigne, J.V., Arend, R., Rosenbaum, D., Binns, H.J., Christoffel, K.K., & Gibbons, R.D. (1998). Psychiatric disorders with onset in the preschool years, I: stability of diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*, 1246–1254.
- McGue, M., Iacono, W.G., & Krueger, R. (2006). The Association of Early Adolescent Problem Behavior and Adult Psychopathology: A Multivariate Behavioral Genetic Perspective. *Behavior Genetics, 36*(4), 591–602.
- Meister, B., & Böckelmann, C. (2015). *Suizid und Schule. Prävention Früherkennung Intervention.* Zürich: Bildungsdirektion Kanton Zürich & Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich.
- Nagl, M., Jacobi, C., Paul, M., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H.U. (2016). Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(8), 903–918.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. *Kindheit und Entwicklung, 14*(1), 48–57.
- Petersen, D.J., Bilenberg, N., Hoerder, K., & Gillberg, C. (2006). The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15*(2), 71–78.

- Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T., & Neuhauser, H. (2018). Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Reef, J., Diamantopoulou, S., van Meurs, I., Verhulst, F. & van der Ende, J. (2009). Child to adult continuities of psychopathology: A 24-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 230–238.
- Reisch, T., Steffen, T., Habenstein, A., & Tschacher, W. (2013). Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 "Army XXI" reform. *American Journal of Psychiatry*, 170(9), 977–984.
- Riley, A.W. (2004). Evidence that school-age children can self-report on their health. *Ambulatory Pediatrics*, 4, 371–376.
- Roberts, R.E., Roberts, C.R. & Xing, Y. (2007). Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*, 41(11), 959–967.
- Rüesch, P., & Maeder, N. (2010). *Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Systematische Review zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität von psychosozialen Interventionen, Psychotherapie und Pharmakotherapie*. Fachstelle Gesundheitswissenschaften, ZHAW. Winterthur.
- Sass, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Placentini, J., Davies, M., ... & Regier, D. (1993). The diagnostic interview schedule for children-revised version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 643–650.
- Schnyder, U., Milos, G., Mohler-Kuo, M., & Dermota, P. (2012). *Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz*. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Schlussbericht Zürich, 7. Mai 2012.
- Steinhausen, H.-C. (2016). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie*. Deutschland: Elsevier, Urban & Fischer.
- Steinhausen, H.-C., & Winkler Metzke, C. (2002). Seelische Gesundheit und psychische Probleme im Jugendalter: Verbreitung und Bedingungsfaktoren. In: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.), *Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton*. Zürich: ISPM.
- Steinhausen, H.-C., & Winkler Metzke, C. (2003). Prevalence of affective disorders in children and adolescents: findings from the Zurich Epidemiological Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(418), 20–23.
- Steinhausen, H.-C., & Winkler Metzke, C. (2007). Continuity of functional-somatic symptoms from late childhood to young adulthood in a community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(5), 508–13.
- Steinhausen, H. C., Winkler Metzke, C., Meier, M., & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 262–71.
- Stülz, K., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Zysset, A.E., Leeger-Aschmann, C.S., ... Munsch, S. (2018). Prevalence and predictors of behavioural problems in healthy Swiss preschool children over a one year period. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(3), 439–448.
- Van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2005). Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 117–126.
- von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L., & Haemmerle, P. (2017). *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016 (Obsan Dossier 62)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Wagner, G., Zeiler, M., Waldherr, K., Philipp, J., Truttmann, S., Dür, W., ... Karwautz, A. F. (2017). Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1483–1499.
- Warnke, A., & Lehmkühl, G. (2011). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (4. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Wolfersdorf, M. (2008). Depression und Suizid. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 51(4), 443-450.
- WHO (2001). *The World Health Report 2001 – Mental Health: New understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization
- WHO (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2014). *Suizidprävention: Eine globale Herausforderung*. Genf: World Health Organization.
- WHO (2018). *Suicide*. Verfügbar unter: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide

06 Chronische Krankheiten und Behinderungen



Julia Dratva, Thomas Ballmer, Brigitte Gantschnig,
Susanne Grylka-Bäschlin, Sibylle Juvalta, Thomas Volken & Annina Zysset
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

Kernaussagen

- Schätzungsweise ein Fünftel der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen weist entweder ein chronisches Gesundheitsrisiko, wie Übergewicht, auf oder lebt mit einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung. Die Gesamtprävalenz dieser chronischen Erkrankungen oder Behinderungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist nicht sicher belegt.
- Über 5% der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben eine chronische Erkrankung wie atopische Rhinitis und Neurodermitis oder Asthma, je circa 1–5% eine Adipositas, chronische Fettleber oder Hypertonie. Deutlich seltener, bei unter 0,1%, treten z.B. Krebserkrankungen, Diabetes, Epilepsie oder Zöliakie auf. 5% der Kinder im Alter von 0–14 Jahren lebt mit einer Behinderung.
- Einige chronische Erkrankungen weisen zunehmende Zahlen auf, z.B. chronisch entzündliche Darmerkrankungen, andere verzeichnen erfreulicherweise rückläufige Trends, z.B. Adipositas.
- Der gesellschaftliche Wandel hat Auswirkungen auf die Häufigkeit von chronischen Erkrankungen. So wird hinter dem Anstieg der Myopie, der international beobachtet wird, die zunehmende Verwendung digitaler Geräte und eine verminderte Tageslichtexposition vermutet.
- Eine Kaiserschnittgeburt geht mit gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind einher. Es werden in der Schweiz 33% der Kinder per Kaiserschnitt geboren, deutlich mehr als von Experten empfohlen.
- Die gesellschaftliche Zusammensetzung spielt für die Entwicklung von Krankheitshäufigkeiten in der Schweiz eine Rolle. β -Thalassämie und Sphärozytose sind Beispiele von vererbaren Erkrankungen, die häufiger bei Menschen aus dem Mittelmeerraum anzutreffen sind.
- Dank einiger etablierter medizinischer Register, repräsentativer Studien und auch des neonatalen Screening liegen für manche Erkrankungen oder Risiken qualitativ hochwertige Daten zu Häufigkeit, Verlauf und Behandlung vor. Die Datenlage zu chronischen Erkrankungen und Behinderungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz ist jedoch insgesamt unvollständig und noch selten aufgeschlüsselt nach Gesundheitsdeterminanten wie Bildungsstatus oder Sozialstatus, Nationalität oder Geschlecht.

6.1 Einführung

Chronische Erkrankungen oder Behinderungen sind für die betroffenen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, deren Familien und die Gesellschaft eine lebenslange Herausforderung. Chronische Krankheiten und Behinderungen gehen oftmals mit Komorbiditäten einher und können erhebliche negative Auswirkungen auf das psychische und körperliche Wohlbefinden und damit einen beträchtlichen Einfluss auf den Alltag haben (Barthel et al., 2018; Guh et al., 2009; Hanns et al., 2018; Secinti et al., 2017; Turkel & Pao, 2007). Je nach Krankheitsverläufen und dem Bedarf an Behandlung und Unterstützungsleistungen ist die Krankheitslast – «burden of disease» – der Altersgruppe auch für die Gesellschaft gross.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) im Jahr 2017 ergab, dass in 6,1% der befragten Haushalte mindestens ein Kind mit Behinderung im Alter von 0–14 Jahren lebte. Das BFS berechnete anhand verschiedener Statistiken, dass in der Schweiz circa 52 000 Kinder mit einer Behinderung leben. Die Zahl der 0- bis 14-jährigen Kinder mit einer starken Behinderung liegt gemäss dieser Berechnung bei circa 8000. Die Behinderungswahrscheinlichkeit nimmt mit steigendem Alter der Kinder zu, und Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen (BFS, 2019a).

Die SGB fragt nicht spezifisch nach Kindern mit chronischen Erkrankungen. Sie fragt nur nach, wie viele der Teilnehmer in einem Haushalt mit mindestens einem Kind mit einem schlechten bis sehr schlechten Gesundheitszustand leben. Gemäss der Erhebung im Jahr 2017 trifft das für 3,3% der Haushalte in der Schweiz zu. Eine repräsentative Studie mit circa 17 500 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0–18 Jahren, die für Deutschland vorliegt, ergab Prävalenzschätzungen chronischer Erkrankungen bei Mädchen im Alter von 0–2 Jahren von 7,7%, bis zu 22,5% bei Jungen im Alter von 11–13 Jahren (Neuhauser et al., 2014). Anhand der epidemiologischen Zahlen, die nachfolgend präsentiert werden, dürfte die Prävalenz chronischer Erkrankungen in der Schweiz vergleichbar sein.

Nachfolgend wird eine Auswahl chronischer Erkrankungen und Behinderungen mit ihren Indikatoren und ihrer Prävalenz in der Schweiz vorgestellt. Bei der Wahl achteten die Autorinnen und Autoren darauf, sowohl Erkrankungen unterschiedlicher Organsysteme und Ursachen zu beschreiben als auch die Heterogenität der Datenlage, versorgungs-, präventions- und policy-relevante Themen darzustellen. Neben den erwähnten Erkrankungen und Behinderungen gibt es andere, die nicht weniger wichtig sind und die nicht mit weniger Leiden oder Herausforderungen im Alltag einhergehen. Das Kapitel stellt anhand von drei Fallvignetten die vielfältigen Auswirkungen auf das Leben des Kindes und sein soziales Umfeld dar.

In den jeweiligen Unterkapiteln wurden die Themen nach der Höhe der Prävalenz angeordnet. Einen ersten Überblick bieten Tabelle T 6.1 und Tabelle T 6.2. Die Daten stammen von relevanten wissenschaftlichen Publikationen, von wissenschaftlichen Datenbanken, aber auch aus grauer Literatur; weitere Daten wurden Registern und nationalen oder

kantonalen Berichten entnommen, die seit dem Jahr 2000 verfasst worden sind. Die methodische Vorgehensweise sowie eine detailliertere Übersicht sämtlicher Ergebnisse werden im Obsan-Bericht von Dratva et al. (2020) ausführlich beschrieben.

Häufigkeit von chronischen Krankheiten, Erkrankungsrisiken und Behinderungen, ausgewählte Beispiele aus dem Kapitel

T 6.1

Erkrankungen, Erkrankungsrisiken und Behinderungen ¹	Prävalenz (Bandbreite je nach Studien und Altersgruppe)	Daten, Quelle	Altersgruppen auf die sich die Datenquellen beziehen
Prävalenz >5%			
	Prozent (%)	Land Typ	
Jodmangel (unter Schwellenwert)	36%	CH	Jod-Monitoring
Übergewicht (inkl. Adipositas)	17,3%	CH	BMI-Monitoring
	20,3% (M); 11,8% (F)	CH	SGB
Myopie	11,9–49,7%	EU	Studien ²
Allergische Rhinitis/Heuschnupfen	5,6–19,6%	CH	Studien ²
Neurodermatitis	8,0–17,2%	CH	Studie
Asthma	6,0–10,3%	CH	Studien ²
	5,0% (M); 7,3% (F)	CH	SGB
Prävalenz 1–5%			
Chronische Lebererkrankung (nicht-alkohol Fettleber)	2,4–5,7%	EU	Studien ²
Adipositas	3,5%	CH	BMI-Monitoring, SGB
	5,1% (M); 3,0% (F)	CH	SGB
Hypertonie	2,3% (M); 2,0% (F)	CH	Studie
	2,3 (M); 0,7% (F)	CH	SGB
Prävalenz ≤1%			
	Anzahl Fälle pro 100 000		
Diabetes	110–120	CH	Versicherungsdaten (CH)
	600–900	CH	SGB
Zöliakie	750	CH	Studie
Epilepsie	700	EU	Versicherungsdaten (D)
Gehörlosigkeit u. Hörbehinderung	500	INT	WHO Schätzung
Blindheit u. Sehbeeinträchtigung	300–700	CH	Studie
Krebs	260 (M), 220 (F)	CH	Register
Zerebralparese	190	CH	Studie
Prävalenz <0.1%			
Juvenile idiopathische Arthritis	80	CH	Register
Hereditäre Sphärozytose	20–50	EU	Studie
Chron. entzündl. Darmerkrank. ⁵	19–26	CH	Studien ²

¹ Reihenfolge jeweils nach dem tiefsten Prävalenzschätzer der zitierten Studien

² überwiegend regionale Studien

³ obligatorische Schulstufe

⁴ Spärpzytose ist eine angeborene Erkrankung

⁵ Crohn, Colitis ulcerosa

CH = Schweiz; D = Deutschland; EU = europäische Länder; INT = globale Datenquellen; M = männlich; F = weiblich

Häufigkeit von chronischen Krankheiten, Erkrankungsrisiken und Behinderungen bei Geburt, ausgewählte Beispiele aus dem Kapitel

T 6.2

Erkrankung oder Erkrankungsrisiko bei Geburt	Prävalenz (Bandbreite je nach Studienlage)	Daten, Quelle	Population auf die sich die Datenquellen beziehen
Prozent (%)			
Kaiserschnittgeburt	32,2%	CH BFS	Anzahl Geburten
Intrauterine Wachstumsretardierung	11,70%	CH Studien ¹	Anzahl Lebendgeburten
Frühgeburten	7% (1% 22–31 SSW)	CH BFS	Anzahl Lebendgeburten
Schwangerschaftsdiabetes	2,8–10,9%	CH Studien ¹	Anzahl Schwangerschaften
Präeklampsie	1,7–2,3%	CH Studien ¹	Anzahl Schwangerschaften
Anzahl Fälle pro 100000			
Kongenitale Herzfehler	800	CH EUROCAT-Register	Anzahl Lebendgeburten
Down Syndrom (Trisomie 21)	85–91	CH BFS/EUROCAT-Register	Anzahl Lebendgeburten
Kongenitale Hypothyreose	30	CH Neugeb. Screening	Anzahl Lebendgeburten
Zystische Fibrose	25	CH Neugeb. Screening	Anzahl Lebendgeburten
Muskeldystrophie (Duchenne)	16–19,5	EU Studien ^{1,2}	Anzahl Lebendgeburten
Spina Bifida	8,6–19,4	CH Studie/BFS/Eurocat	Anzahl Lebendgeburten
β-Thalassämie	0,4	CH EU Netzwerk	Anzahl Lebendgeburten

¹ überwiegend regionale Studien² Daten aus 1993–1995, EU Daten aus 2016 Prävalenz: 3–9%

CH = Schweiz; EU = europäische Länder; SSW = Schwangerschaftswoche

© Obsan 2020

6.2 Stoffwechselerkrankungen

Schilddrüsenhormonmangel (Kongenitale Hypothyreose)

Die kongenitale Hypothyreose, ein Schilddrüsenhormonmangel bei Geburt, ist die häufigste angeborene Stoffwechselerkrankung (American Academy of Pediatrics et al., 2006). Eine gesunde prä- und postnatale Gehirnentwicklung ist von einer angemessenen Versorgung mit Schilddrüsenhormonen abhängig. Die kongenitale Hypothyreose ist die häufigste vermeidbare Ursache mentaler Retardierung (Szinnai, 2012). Im Rahmen des neonatalen Screening, welches insgesamt 13 verschiedene Krankheiten bei Geburt untersucht, wird deshalb das TSH (Thyreoida Stimulierendes Hormon) jedes Kindes gemessen (Rastogi & LaFranchi, 2010). Es gibt Formen verminderter Schilddrüsenhormon-Produktion, die vorübergehend sind (transiente Hypothyreosen), z. B. bei Jodmangel. Häufiger aber handelt es sich um eine permanente, primäre kongenitale Hypothyreose.

Das neonatale Screening in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein weist eine Inzidenz von rund 1:3600 Neugeborenen aus (Kinderspital Zürich, 2018). Dank der frühen Diagnosestellung und Behandlung kommt es kaum noch zu gesundheitlichen Schäden. International finden sich ähnlich hohe Inzidenzen: zwischen 1:4000 und 1:2000 (American Academy of Pediatrics et al., 2006; Léger et al., 2014; Rastogi & LaFranchi, 2010).

Die kongenitale Hypothyreose ist mit einer Inzidenz von 1:3600 Neugeborenen die häufigste angeborene Stoffwechselerkrankung.

Jodmangel

Jod ist ein wichtiger Grundstoff für die Schilddrüsenhormone. Ein Mangel führt zu Störungen der Schilddrüsenfunktion. Eine Studie zu Jodmangel aus dem Jahr 2010 hatte gezeigt, dass in der Schweiz die Jodausscheidung bei etwas über einem Drittel der Kinder und fast der Hälfte der schwangeren Frauen unter dem empfohlenen Wert der WHO lag (100 µg/l für Schulkinder bzw. von 150 µg/l für schwangere Frauen) (Andersson et al., 2010). In einer neueren Studie aus dem Jahr 2015, lag der Median von Frauen im gebärfähigen Alter bei 88 µg/l (IQR: 45–171 µg/l) und der Median von Schwangeren bei 140 µg/l (IQR: 65–313 µg/l) und somit unter den jeweiligen empfohlenen Schwellenwerten der WHO. Der Median der Schulkinder hingegen lag 2015 mit 137 µg/l (95% CI (131, 143) im empfohlenen Bereich (Andersson & Herter-Aebli, 2018).

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Diabetes ist eine Erkrankung, bei der die Fähigkeit des Körpers, den Kohlenhydratstoffwechsel und den Blutzuckerwert durch das Hormon Insulin zu regulieren, gestört ist. Die Überzuckerung des Blutes hat verschiedene kurzfristige Beschwerden, aber auch langfristige gesundheitliche Schäden zur Folge.

International und auch in der Schweiz wird ein Anstieg von Diabetes Typ 1 und Typ 2 beobachtet, insbesondere bei jüngeren Kindern.

Beim Diabetes Typ 1 werden die Zellen der Bauchspeicheldrüse, die Insulin produzieren, vom Immunsystem des Körpers zerstört. Der Typ 2 ist gekennzeichnet durch eine Insulinresistenz, häufig aufgrund von Adipositas. Die Therapie des Diabetes mellitus hat

sich insbesondere für den Typ 1 in den vergangenen 10–20 Jahren enorm entwickelt und ermöglicht heutzutage den Betroffenen ein nahezu normales Leben (Prahalad et al., 2018).

Schätzungen der Krankenkasse Helsana zufolge lagen die Prävalenzen für Typ 1 und 2 in der Schweiz 2011 und 2012 bei 110–120 Erkrankten pro 100 000 Kinder, was vermuten lässt, dass es rund 2400 an Diabetes erkrankte Kinder zwischen 0 und 14 Jahren (Obsan, 2015) gab. In der national angelegten SOPHYA-Studie (2013) hatten 3 der 1500 6–16-jährigen Probanden eine Diabetes-Diagnose, was hochgerechnet auf die Schweiz 200 Kinder und Jugendliche pro 100 000 ergibt (Bringolf-Isler et al., 2016). Daten des EURODIAB-Registers, an dem die Schweiz beteiligt ist, weisen für die allermeisten europäischen Länder steigende Inzidenzraten aus, ein Trend, der auch von anderen Studien belegt ist (Karvonen et al., 1999; Schoenle et al., 2001; WHO, 2018b). In der Schweiz lag die Inzidenz von Typ 1 in der Altersgruppe der 0–15-Jährigen 1991–1993 bei 7,9 pro 100 000, 2009–2013 war sie doppelt so hoch, nämlich bei 13,3 pro 100 000 (Patterson et al., 2019). Im Jahr 2013 waren 3200 Fälle mit Diabetes Typ 1 registriert (Patterson et al., 2019). Gemäss der SGB war die Prävalenz für Diabetes bei 15–24-Jährigen in den bisherigen Erhebungen jeweils unter 1% (2017: 0,9% bei Frauen und 0,6% bei Männern). Da Diabetes weiterhin im mittleren bis späten Erwachsenenalter häufiger auftritt und eine chronische Erkrankung ist, ist in der Bevölkerung zwischen 15 und 75 Jahren die Prävalenz aktuell bei 4% (BFS, 2018a).

Zystische Fibrose (Mucoviszidose)

Zystische Fibrose (CF) ist eine der häufigsten Erberkrankungen in der Schweiz. Die angeborene Stoffwechselerkrankung, die mit einer Fehlfunktion der sekret- und schleimbildenden Drüsen einhergeht, wird vererbt, wenn beide Eltern das Gen besitzen (autosomal rezessiv). In der Schweiz geht man von 4% Genträgern aus. Bei der klassischen CF zeigen circa 10% der Kinder bereits im Neugeborenenalter erste klinisch relevante Symptome. Im Kindes- und Jugendalter erkranken die Patientinnen und Patienten vor allem an wiederkehrenden Entzündungen der Bronchien und Lunge (rezidivierende Bronchitiden und Pneumonien) oder leiden an sekundären Erkrankungen des Herzens, der Bauspeicheldrüse und Leberentzündungen. Circa 5% der aktuell lebenden CF-Patientinnen und Patienten in der Schweiz haben eine Lungentransplantation und 0,5% eine Lebertransplantation erhalten (ECFS Report 2015).

In der Schweiz kommen circa 25–37 Kinder pro 100 000 Geburten pro Jahr mit Zystischer Fibrose auf die Welt. Dank frühzeitiger Diagnose und Erfolgen in der Therapie steigen Lebenserwartung und Lebensqualität stetig.

Dank moderner Therapien ist die Überlebenswahrscheinlichkeit der Kinder deutlich gestiegen. Für Kinder, die nach dem Jahr 2000 geboren wurden, darf man von einem medianen Lebensalter von 50 Jahren ausgehen (Paediatrica 2008). Die CF ist seit 2011 im neonatalen Screening eingeschlossen. CF-Zentren melden seit 2015 ihre Daten an das «European Cystic Fibrosis Society Patient Registry». Die Anzahl Kinder, die jährlich mit der Erkrankung geboren werden, schwankt. Im Jahr 2017 waren es 25 pro 100 000 Neugeborene, im Jahr 2011 37 pro 100 000.

Von den in der Schweiz im Jahr 2015 insgesamt 966 an Zystischer Fibrose erkrankt gemeldeten Personen waren circa die Hälfte unter 18 Jahre alt war (ECFS Report 2015). Das Alter bei Diagnose lag im Median bei sechs Monaten (Durchschnitt: 2,7 Jahre), 15% aller lebenden Patientinnen und Patienten wurden bereits im Rahmen des Neugeborenen-Screening diagnostiziert (ECFS-Report 2015). Die Schweiz ist bezüglich Prävalenz der CF, der Diagnosestellung, Versorgung oder Lebenserwartung mit anderen europäischen Ländern vergleichbar (ECFS Report 2015).

6.3 Übergewicht und Adipositas (Fettleibigkeit)

Übergewicht und Adipositas sind Risikofaktoren für nicht-übertragbare Krankheiten. Da das Körpergewicht häufig bis ins Erwachsenenalter relativ stabil bleibt (Chung et al., 2018), ist diesem Risikofaktor bereits in der Kindheit grosse Beachtung zu schenken. Es zeigen sich schon früh gesundheitliche Konsequenzen der Adipositas, wie Bluthochdruck, Diabetes, Gelenkprobleme oder auch Schulabsentismus (Apovian, 2016; Chan & Chen, 2009). Eine bedeutende Rolle spielt Adipositas auch bei der Entwicklung einer nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung (Mann et al., 2018), der häufigsten chronischen Lebererkrankung bei Kindern und Jugendlichen (Anderson et al., 2015). In der Schweiz ist die Prävalenz der nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung nicht bekannt; in Europa wird von einer Prävalenz von 5,7% (Anderson et al., 2015) ausgegangen.

Seit 2010 blieb die Prävalenz für Übergewicht und Adipositas in der Schweiz stabil hoch, in der Grund- und Mittelstufe wurde hingegen ein Rückgang festgestellt.

Die neusten Daten des Body Mass Index (BMI)-Monitoring in Basel, Bern und Zürich aus dem Schuljahr 2017/2018 zeigen, dass 17,3% aller erfassten Schülerinnen und Schüler, von Kindergarten bis Oberstufe, übergewichtig oder adipös waren (Stamm et al., 2019).

Die Prävalenz der Adipositas unterscheidet sich nach Alter beziehungsweise der Schulstufe der Kinder und nimmt mit zunehmendem Alter der Kinder zu (Grafik G.6.1).

Zudem sind Kinder mit Migrationshintergrund häufiger übergewichtig (22,1% vs. 15,3% Kinder ohne Migrationshintergrund). Es zeigt sich jedoch, dass der Bildungsstatus der Eltern einen grösseren Zusammenhang mit dem Übergewicht der Kinder aufweist als die Staatsangehörigkeit (Stamm et al., 2017; Stamm et al., 2019). Die SGB-Daten aus 2017 zeigen, dass 20,3% der 15–24-jährigen Männer übergewichtig sind, 5,1% sind adipös. Bei den 15–24-jährigen Frauen sind 11,8% übergewichtig und 3,0% adipös (BFS, 2017).

Im Vergleich zu europäischen Daten ist in der Schweiz der Anteil an übergewichtigen und adipösen Kindern und Jugendlichen erfreulich tief (WHO, 2018a; Wijnhoven et al., 2014).

Anteil an übergewichtigen und adipösen Kindern, nach Schulstufe im Schuljahr 2008/09, 2011/12 und 2015/16

G6.1



Quelle: Stamm et al. (2017) (adaptiert)

© Obsan 2020

6.4 Herzkreislauferkrankungen

Primärer Bluthochdruck (Hypertonie)

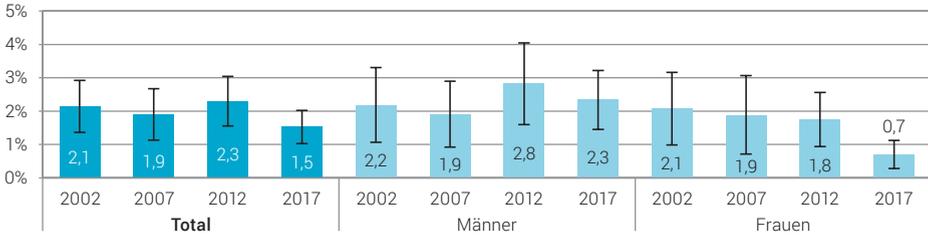
Die primäre Hypertonie ist im Erwachsenenalter eine sehr häufige Erkrankung, kommt aber bereits im Kindes- und Jugendalter vor. Schulärztliches Blutdruck-Screening wird in der Schweiz nur vereinzelt durchgeführt. Wengleich also keine gesamtschweizerischen Daten zu erhöhtem Blutdruck im Kindes- und Jugendalter vorliegen, können ungefähre Aussagen zur Prävalenz gemacht werden, indem einzelne Quellen herangezogen werden. So liegen Daten zur Prävalenz von Bluthochdruck für 11–13-Jährige für den Kanton Waadt vor: 2,3% bei Jungen und 2,0% bei Mädchen (Chiolero et al., 2007). Schulärztliche Daten aus dem Kanton Zürich weisen auf eine stabile Prävalenz hin (Adebusoye et al., 2017). Die Messmethode erlaubt allerdings nur eine Verdachtsdiagnose, und die Prävalenz wird wahrscheinlich überschätzt. Europäische Schulstudien belegen einerseits die Machbarkeit der Messung im Schulkontext und andererseits eine hohe Variabilität der

Prävalenz in Europa: 0,9% in Griechenland (6–18-Jährige, [Nika et al., 2019]), 4,9% in Polen (7–19 Jahre, [Ostrowska-Nawarycz & Nawarycz, 2007]) und 2,5% in Ungarn (Katona et al., 2011). Die Daten der SGB zeigen für 15–24-Jährige stabile Prävalenzwerte (Grafik G6.2).

Prävalenz der Hypertonie¹ bei 15- bis 24-Jährigen

G6.2

Anteil in %



▮ Konfidenzintervall (95%)

¹ Hypertonie definiert auf der Basis von Medikamenteneinnahme und Angabe diagnostizierter Hypertonie

Quelle: SGB 2002, 2007, 2012, 2017

© Obsan 2020

Angeborene Herzfehler (kongenitale Herzfehler)

Angeborene Herzfehler gehen mit einer hohen Krankheitslast einher und tragen wesentlich zur perinatalen Mortalität, das heisst zum Tod innerhalb einer Woche nach Geburt, bei (Tabelle T6.3). Das Europäische Register für angeborene Fehlbildungen (EUROCAT, <http://www.eurocat-network.eu>) hat für den Zeitraum 2008–2012 eine perinatale

Geschätzte Krankheitslast pro 100000 Personenjahre aufgrund von kongenitalen Herzfehlern, nach Altersgruppe, 2016

T6.3

Alter	DALY	YLD	YLL	Prävalenz
0–6 Tage	322 646	281	322 365	2 889
7–27 Tage	23 807	256	23 552	2 867
28–364 Tage	3 311	241	3 070	2 728
1–4 Jahre	490	200	290	2 305
<5 Jahre	2 562	208	2 354	2 394

DALY = Disability Adjusted Life Years (Erkrankung adjustierte Lebensjahre); YLD = Years Lived with Disability (mit Erkrankung gelebter Lebensjahre); YLL = Years of Life Lost (verlorene Lebensjahre)

Quelle: Zysset et al. (2019)

© Obsan 2020

Mortalitätsrate von 0,93 pro 1000 Geburten auf kongenitale Fehlbildungen zurückgeführt. Kongenitale Herzfehler sind die häufigsten kongenitalen Fehlbildungen; sie beruhen sowohl auf genetischen Ursachen (ca. 30%) als auch auf mütterlichen Virusinfektionen, chronischen Erkrankungen sowie der Einnahme bestimmter Medikamente während der Schwangerschaft (Sologashvili et al., 2017).

In der Schweiz liegt die Inzidenz angeborener Herzfehler derzeit bei circa 8 Fällen pro 1000 Lebendgeburten (Sologashvili et al., 2017) und ist vergleichbar mit europäischen Daten (EUROCAT, 2019). Ein Viertel der Fälle wird bereits pränatal diagnostiziert (Arlettaz & Bauersfeld, 2005). Die Hälfte bedarf einer Operation (Sologashvili et al., 2017). Ein Register angeborener Herzerkrankungen ist im Aufbau (<https://www.kinderherzforschung.ch/projekte>).

6.5 Asthma, atopische Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen

Asthma und Heuschnupfen (allergische Rhinitis)

Asthma, gekennzeichnet durch akute Verengung der Bronchien (Obstruktion), ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In circa 70% der Fälle manifestiert sie sich zum ersten Mal vor dem fünften Lebensjahr (Bitzer et al., 2009). Die frühen Lebensumstände, unter anderem elterliches Rauchen, Frühgeburt und Luftverschmutzung, haben einen grossen Einfluss auf die Lungengesundheit in der Kindheit und im gesamten Lebensverlauf (Bobolea et al., 2018; Dratva et al., 2016; Martinez, 2009). Allergisches Asthma gehört zusammen mit Neurodermitis und Heuschnupfen (allergischer Rhinitis) zu den sogenannten atopischen Erkrankungen. Diese hängen mit einer vererbten Neigung zu einer Überempfindlichkeitsreaktion zusammen. Während Asthma und Neurodermitis sich auswachsen beziehungsweise inaktiv werden können, nehmen andere allergische Erkrankungen im Lebensverlauf generell eher zu (Tabelle T 6.4).

Asthma gehört in der Schweiz zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

Die grösste und für die Schweiz repräsentativste bevölkerungsbasierte Erhebung im Kinder- und Jugendalter zu Asthma und atopischen Erkrankungen ist die *Swiss Study on Childhood Allergy and Respiratory Symptoms with Respect to Air Pollution, Climate and Pollen* (SCARPOL-Studie) (Braun-Fahrländer et al., 2004; Grize et al., 2006).

Jungen litten geringfügig häufiger unter Asthma als Mädchen und die Asthmahäufigkeit war deutlich höher bei Kindern, die Tabakrauch oder höherer Luftschadstoffbelastung

**Lebenszeitprävalenz von ärztlich diagnostiziertem Asthma,
Heuschnupfen und Neurodermitis, in Prozent**

T 6.4

	Asthma	Heuschnupfen	Neurodermitis
SCARPOL 2001¹	%	%	%
5–6-Jährige	7,5	15,6	17,2
13–14-Jährige	10,3	18,8	–
SOPHYA 2015²	%	%	%
6–16-Jährige	7,7	14,2	8,0

¹ Elternreport (unadjustierte Werte)² Elternreport (gewichtet nach Sprachregion)

Quellen: Braun-Fahrländer et al. (2004); Grize et al. (2006); Bringgolf et al. (2016)

© Obsan 2020

ausgesetzt waren (Grize et al., 2006). In der jüngsten repräsentativen Studie Swiss children's Objectively measured PHYSical Activity (SOPHYA), einer Studie zu Bewegungsverhalten, berichten Eltern eine Asthmaprävalenz von 7,7% in der Altersgruppe der 6–16-Jährigen (Bringgolf et al., 2016) (Tabelle T 6.4). Die SGB 2017 weist für 15- bis 24-Jährige eine Asthmaprävalenz von 6% aus, wobei Frauen mit 7,3% häufiger von Asthmadiaagnosen berichten als Männer. Allergische Diagnosen werden von 15–24-Jährigen dreimal so häufig berichtet (22%).

Fallvignette: Anna hat Asthma.

Der erste richtige Anfall trat im Frühling beim Sportunterricht auf dem Sportplatz auf, damals war sie 12 Jahre alt. Sprint – plötzlich zog sich ihre Brust zusammen, ihre Atmung pfiiff und giemte, sie bekam keine Luft mehr. Ihre Kinderärztin schickte sie zu einem Spezialarzt. Nach dem Lungenfunktionstest und den Allergietests stand die Diagnose schnell fest: allergisches Asthma. Anna ist allergisch auf Birkenpollen. Der Vater hatte als Kind auch Asthma gehabt, hat aber seit der Pubertät keine Symptome mehr. Anna inhaliert jeden Tag zweimal, das ist langweilig. Wenn sie schlecht Luft bekommt, kann sie Sprays nehmen, die ihre Atemwege öffnen. Seitdem hat sie nur noch wenige schlimme Anfälle erlebt. Im Winter, wenn alle Heizungen auf Hochtouren laufen, reagiert ihre Haut, entzündet sich und juckt. Gegen dieses allergische Hautekzem helfen spezielle Salben.

Einmal hatte sie in der Schule einen schweren Asthmaanfall. Sie musste auf die Intensivstation. Danach wollte sie nicht ins Klassenlager mitfahren. Ihr und den Eltern half es, dass die Kinderärztin sich Zeit nahm und ihnen die Gründe für den ernsthaften Anfall und die Notfallregeln nochmals erklärte. Die Klassenlehrerin

wurde vom Schularzt instruiert. Inzwischen fühlt sich Anna sicherer und macht wieder gerne mit bei Sportunterricht und Ausflügen. Ihr Kinder-Lungenarzt hatte ihr regelmässige sportliche Aktivität empfohlen und ihr vom Sportlager der Lungenliga erzählt. Mit anderen Kindern mit Asthma lernte sie, worauf sie beim Sport achten muss. Dort hörte sie auch vom Asthma-Ruderclub. Das wäre lässig, aber leider gibt es das Angebot nicht in ihrer Stadt. Je älter sie wurde, desto mehr Verantwortung hat Anna für sich und ihre Erkrankung übernommen. Das ist für die Eltern und Anna nicht immer einfach. Anna fühlt sich bei ihrer Kinderärztin immer noch wohl und möchte den Wechsel zum Erwachsenenarzt so lange wie möglich hinausschieben. Anna fragt sich, ob ihre Kinder ebenfalls Asthma bekommen werden. Auch möchte sie wissen, ob sie ein Leben lang Medikamente nehmen muss. Ihre Berufswahl macht ihr Sorgen. Ob ihr Traumberuf Laborantin mit ihrer Erkrankung vereinbar ist, wird sie mit der Berufsberatung besprechen. Viele Fragen kann ihr keiner mit Sicherheit beantworten.

Zöliakie

Die Zöliakie ist eine Darmerkrankung, bei der die Aufnahme von Gluten über Nahrungsmittel bei genetisch dazu veranlagten Personen eine Immunreaktion auslöst (Garnier-Lengliné et al., 2015). Die Diagnose der Zöliakie wird mittels Darmschleimhautbiopsie (Schleimhautprobe) bestätigt und geht unbehandelt mit erhöhter Mortalität einher (Rubio-Tapia et al., 2009). Es zeigt sich ein weites Spektrum an Symptom-Manifestationen (Keller, 2003).

Studiendaten lassen in der Schweiz eine Prävalenz von knapp 1% Kinder mit Zöliakie vermuten.

Für die symptomatische Zöliakie finden sich nur veraltete Daten aus 1982 (Van Stürum et al., 1982). Jüngere regionale Untersuchungen (Rutz et al., 2002) untersuchten bei Sekundarschülerinnen und -schülern im Kanton St. Gallen asymptomatische beziehungsweise wenig symptomatische Zöliakie und kamen auf eine Prävalenz von 750 pro 100 000 Schülern. Für die Zöliakie wird international von sehr unterschiedlichen Prävalenzraten je nach geographischer Region und Altersgruppe berichtet, unter anderem weil die Glutenexposition und genetische Dispositionen verschieden sind (Mariné et al., 2011). Dies bedeutet, dass europäische Daten nur bedingt vergleichend herangezogen werden können, um die in der Schweiz fehlenden repräsentativen und verlässlichen Prävalenzdaten zu ersetzen (Brunner & Spalinger, 2005).

Juvenile idiopathische Arthritis

Die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) ist eine chronische Gelenkerkrankung, die vor dem Alter von 16 Jahren auftritt, über mindestens sechs Wochen andauert und von unbekannter Ursache ist (Petty et al., 2004). Je nach Subtyp zeigen sich klinisch unter anderem Gelenkentzündungen, Fieber, Hautausschläge oder Schmerzen (Minden & Niewerth, 2008).

In der Schweiz haben ca. 80 auf 100 000 Kinder und Jugendliche eine juvenile idiopathische Arthritis.

In der Schweiz gibt es seit 2004 das Swiss Pediatric Rheumatology Registry. Zwischen 2004 und 2012 wurden im Register 4631 Patientinnen und Patienten erfasst. Das durchschnittliche Alter bei Krankheitsbeginn ist 7,8 Jahre. Basierend auf diesen Fällen errechnete das Register eine Prävalenz für Kinder und Jugendliche in der Schweiz von 80 pro 100 000 und eine Inzidenz von 10 pro 100 000 (Roethlisberger et al., 2015). Es zeigte sich zudem, dass die Prävalenz in der Schweiz regional unterschiedlich ist und Mädchen ein beinahe doppelt so hohes Risiko wie Jungen haben, an rheumatischer Arthritis zu erkranken. Im Vergleich zu Europa sind die Schweizer Prävalenzraten deutlich höher (Thierry et al., 2014).

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen: Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa

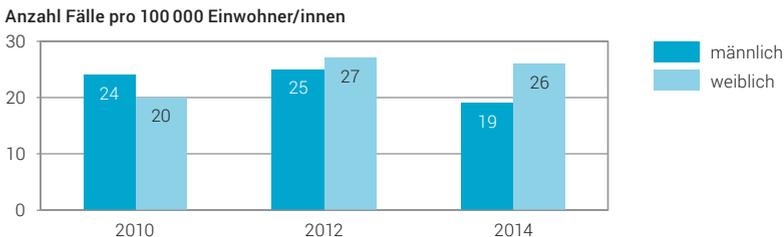
Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa sind die beiden häufigsten Subtypen von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED). Bei 25% der von einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung Betroffenen manifestiert sich die Krankheit bereits in der Kindheit oder Jugend (Benchimol et al., 2011). Verschiedene Ursachen der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen sind bekannt, z.B. immunologische Vorgänge, Umweltfaktoren und genetische Prädisposition (Juillerat et al., 2008). Von einem frühen Erkrankungsbeginn (<10 Jahren) sind bei Morbus Crohn Jungen mehr als doppelt so häufig betroffen als Mädchen (Herzog et al., 2017). Die Krankheit verschlechtert sich in der Regel im Lebensverlauf (Pittet et al., 2009). Patientinnen und Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen haben sehr häufig (78% der Fälle) mindestens eine Komorbidität (Bähler et al., 2017). Jung erkrankte Patientinnen und Patienten haben ein deutlich höheres Risiko, an Krebs zu erkranken, als Personen, bei denen chronisch-entzündliche Darmerkrankungen erst später auftreten (Olén et al., 2017).

In der Schweiz nimmt die Inzidenz chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen zu.

Insgesamt ist die Datenlage zu chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz recht gut. Basierend auf Versicherungsdaten war es möglich (Grafik G 6.3), die Prävalenz von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen bei 1–17-jährigen Kindern hochzurechnen (Bähler et al., 2017). Sie zeigen zwischen 2010 und 2014 einen Anstieg bei Mädchen und einen Rückgang bei Jungen (Bähler et al., 2017). Die Prävalenzen waren höher in der deutschsprachigen Schweiz und in urbanen Regionen. Auch ein privater Versicherungsstatus war mit einer erhöhten Prävalenz assoziiert (Bähler et al., 2017). Während die Krankenkassendaten bis 2014 eine insgesamt stabile Prävalenz verzeichnen (Grafik G6.3), weist die *Swiss inflammatory bowel diseases cohort study* (SIBDCS) steigende Zahlen aus. Diese Kohorte schliesst seit 2008 pädiatrische Fälle mit ein und bestätigt die generell steigende Inzidenz von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen im Kindes- und Jugendalter. So wurden 1980–1989 28 Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren mit Morbus Crohn registriert, 1990–1999 waren es 42 und 2000–2009 fast dreimal so viele, nämlich 110. Allerdings kann diese Zunahme mindestens teilweise auf eine erhöhte Sensibilisierung und Testung zurückgeführt werden (Braegger et al., 2011).

Prävalenz der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen bei 1- bis 17-jährigen Kindern in der Schweiz

G 6.3



Quelle: Bähler et al. (2017)

© Obsan 2020

Zeitreihenanalysen ergaben, dass die Inzidenz weltweit angestiegen ist, sich jedoch in Europa stabilisiert hat. Die Inzidenz steigt hingegen in Regionen wie Asien, Nahost und Afrika (Sýkora et al., 2018).

Fallvignette: Andreas hat Morbus Crohn.

Andreas war 12 Jahre alt, als seine Entwicklung plötzlich anders verlief als die seiner Klassenkameraden. Während die anderen Jungen der Klasse einen Wachstumsschub erlebten, wuchs er nicht weiter. Mit 13 Jahren liessen ihn seine Eltern beim Pädiater untersuchen, da er häufig über Bauchschmerzen klagte. Er hatte an Gewicht verloren und es ging ihm psychisch nicht gut. Da er mittlerweile der kleinste der Klasse war, wurde Andreas häufig gehänselt.

Der Pädiater stellte einen erhöhten Entzündungswert in Andreas' Blut fest. Aufgrund der Anamnese lag der Verdacht auf eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung nahe; der Arzt ordnete eine Untersuchung der Darmschleimhaut an. Dabei stellte sich heraus, dass mehrere Abschnitte im Darm entzündet waren: typisches Zeichen für Morbus Crohn.

Heute ist Andreas 17 Jahre alt und im Gymnasium. Seine Krankheit verläuft in Wellen. Manchmal merkt er nichts davon, dann kommt wieder ein Schub. Hat er Bauchkrämpfe, muss Andreas sehr häufig auf die Toilette, 10 bis 20 Mal, der Stuhl ist blutig. Durch den Blutverlust ist Andreas häufig müde und antriebslos. Er hat Schwierigkeiten, sich in der Schule zu konzentrieren. Der Lehrer weiss Bescheid, die Klassenkameraden nicht. Andreas schämt sich. Durch seine Krankheit kam er erst spät in die Pubertät. Andreas würde gern mit Mädchen ausgehen, ist aber zu schüchtern. Er mag sich und seinen Körper nicht. Während einer akuten Phase zieht er sich zurück und bleibt lieber allein. Seine Mutter macht sich Sorgen, da er wenig Freunde hat. Sie hat ihm vorgeschlagen, in einen Sportverein zu gehen. Der Arzt sagte ihnen, dass moderater Sport eine positive Wirkung auf die Krankheit hat.

Andreas weiss, dass man seine Krankheit nicht heilen kann. Die Behandlungsmöglichkeiten bestehen aus verschiedenen medikamentösen Therapien. Bei Andreas wirken Kortikosteroide am besten. Allerdings können diese als Nebenwirkung das Wachstum stoppen. Er hat seine Ernährung mit einer Ernährungsberaterin umgestellt und geht einmal im Monat zu einer Psychologin. Die hilft ihm, seinen Selbstwert zu erhöhen und sich selbst zu akzeptieren. Diese Schübe seiner Krankheit werden eine Herausforderung für sein Arbeits- und Familienleben bleiben. Zusätzlich hat er ein erhöhtes Risiko für Darmkrebs, weshalb er alle ein bis zwei Jahre eine Darmspiegelung zur Kontrolle machen muss.

6.6 Neurologische Erkrankungen

Epilepsie

Unter Epilepsie werden verschiedene Krankheitsbilder zusammengefasst, die das Nervensystem betreffen. Sie gehören zu den häufigsten Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (Freitag et al., 2001). Die Inzidenz der Epilepsie ist bei Kleinkindern/Kindern und bei Seniorinnen und Senioren gegenüber den anderen Altersgruppen am höchsten (Fiest et al., 2017). Die verschiedenen Anfallstypen, Übergänge von einem Typus zum anderen und die Abgrenzung zu Fieberkrämpfen machen die Prävalenzmessung der Epilepsie zu einer Herausforderung (Cowan, 2002). Es ist zudem nicht unüblich, dass Epilepsien sich im Verlauf der Kindheit «auswachsen».

Die letzte Inzidenzstudie wurde in der Schweiz in den neunziger Jahren im Kanton Genf durchgeführt (Jallon et al., 1997), wobei eine Inzidenz von 71 pro 100 000 0- bis 10-Jährige und 66,6 pro 100 000 Jugendliche festgestellt wurde. Prävalenzdaten aus Europa liegen zwischen 320 und 510 pro 100 000 Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren (Forsgren et al., 2005). Im Kinder- und Jugendbericht Deutschland aus dem Jahr 2018 (Greiner et al., 2018) wurde anhand von Versicherungsdaten aus dem Jahr 2016 über eine Periodenprävalenz (12 Monate) von 700 Fällen pro 100 000 Kinder und Jugendlichen berichtet.

Epilepsie ist eine relativ häufige Erkrankung im Kindes- und Jugendalter, jedoch fehlen in der Schweiz aktuelle Daten.

Zerebralparese

Zerebralparese (CP) ist ein Sammelbegriff für eine Gruppe von Erkrankungen der kindlichen Entwicklung, die auf einer Schädigung des Gehirns vor, während oder nach der Geburt beruhen (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, 2000). Sie betrifft die Entwicklung insbesondere der motorischen, mentalen, urogenitalen und reproduktiven Funktionen, aber auch der Sinnesfunktionen (Rosenbaum et al., 2007). CP ist eine der häufigsten kindlichen Erkrankungen, die eine körperliche Behinderung zur Folge haben.

Für die gesamte Schweiz liegen derzeit keine aktuellen Studien zur Prävalenz vor. Ein CP Register ist derzeit in Entwicklung (A. Tschertter, persönliche Kommunikation, 5. Februar 2019). Eine Untersuchung im Kanton St. Gallen im Zeitraum zwischen 1995 und 2009 bei Kindern von 0–4 Jahren zeigte eine Prävalenz von 190 von 100 000 Personen (Forni et al., 2018). In Europa beläuft sich laut einem europäischen Register für CP, dem Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE), die Prävalenz auf 222 von 100 000 Personen (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, 2000).

Fallvignette: Alma hat eine Zerebralparese.

Alma war sechs Monate alt, als ihren Eltern auffiel, dass sich ihre Entwicklung deutlich von der ihrer älteren Schwester unterschied. Ihr Kinderarzt überwies Alma an einen Neuropädiater. Dieser stellte verstärkte Reflexe, eine verminderte Kraft und Beeinträchtigungen in der aktiven Beweglichkeit fest, typische Anzeichen für eine Zerebralparese. Die häufigste Ursache ist Sauerstoffmangel kurz vor, während oder nach der Geburt. Bei Alma kam es wahrscheinlich bei der Geburt zu einer Abklemmung der Nabelschnur und einer verminderten Sauerstoffversorgung. Mittlerweile ist Alma fünf Jahre alt. Sie besucht den Kindergarten im Dorf und wird dort von einer Heilpädagogin unterstützt. Für ihre Integration in den Regelkindergarten zusammen mit den Kindern aus ihrer Nachbarschaft mussten die Eltern sich sehr einsetzen. Die zuständige Schulbehörde hatte Alma für den Kindergarten für Kinder mit Zerebralparese in der 20 Kilometer entfernten Grossstadt vorgemerkt. Alma fühlt sich im Dorf-Kindergarten aber wohl. Sie merkt, dass sie anders ist als die anderen Kinder. Zum einen, weil sie eine Schiene am Unterschenkel trägt, zum Laufen einen Rollator braucht und beim Malen und Basteln ungeschickter ist, zum anderen, weil sie immer noch Windeln braucht. Wird sie von den anderen Kindern gehänselt, macht sie das traurig. Sie hat jedoch auch viele Freunde, denn sie ist fröhlich, kommunikativ und hat viel Phantasie. Nach dem Kindergarten geht Alma zweimal in der Woche zur Ergo- oder Physiotherapie. Sie übt Alltagstätigkeiten: Anziehen, Spielen, Basteln und Laufen. Regelmässige Termine hat sie auch beim Orthopädietechniker und in der Neuropädiatrie. Medikamente braucht sie keine, nur manchmal spritzt ihr ihre Neuropädiaterin Botulinum-Toxin in den Unterschenkel, damit sich die Beinmuskulatur entspannt und sie besser gehen kann.

Almas Eltern fühlen sich von den verschiedenen Fachpersonen gut unterstützt und sehen, dass Alma Fortschritte macht. Doch wissen sie auch, dass Alma nicht geheilt werden kann. Ihre Einschränkungen werden in der Jugend und im Erwachsenenalter fortbestehen. Am meisten sorgen sich ihre Eltern um den schulischen und beruflichen Werdegang von Alma, sie soll doch selbständig für sich sorgen können. Almas Zerebralparese betrifft nicht nur sie selbst, sondern ihre ganze Familie. Die Sorge um Alma, die Einstellungen und Werte anderer Menschen und Entscheidungsträger in Bezug auf ihr Kind mit Behinderung erleben die Eltern häufig als energiezehrend. Almas Mutter leidet an Depressionen und nimmt eine monatliche Psychotherapie in Anspruch. Die ältere Tochter fühlt sich manchmal vernachlässigt. Ausserdem entstehen viele Kosten, die nur teilweise durch die Invalidenversicherung gedeckt werden. So mussten sie ihr Haus umbauen, damit sich Alma mit dem Rollator dort selbständig bewegen kann. Almas Familie ist in eine Selbsthilfegruppe für Familien mit Kindern mit Zerebralparese beigetreten. Dort finden sie Unterstützung, ihr Leben mit Behinderung zu meistern und so weit wie möglich am ganz normalen gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.

6.7 Angeborene Erkrankungen und Behinderungen

Fehlsichtigkeit, Sehbeeinträchtigung und Blindheit

Die häufigste Fehlsichtigkeit im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter ist die Kurzsichtigkeit (Myopie). In der Regel kann sie durch Tragen von Brillen oder Kontaktlinsen, operative Sehkorrektur mit Augenlaser oder Implantaten gut behandelt werden und wird deshalb nicht als Sehbeeinträchtigung registriert. Für die Schweiz liegen momentan keine aktuellen epidemiologischen Studien zur Prävalenz von Myopie vor. International schwanken die Angaben zwischen 11 und 49% im Alter von 6–29 Jahren (Logan et al., 2011; Rudnicka et al., 2010; Schuster et al., 2017; Villarreal et al., 2000; Williams et al., 2015). In der deutschen KiGGs Studie (2003–2006), welche eine Zunahme der Myopie dokumentiert, lag eine höhere Prävalenz von Myopie bei Mädchen gegenüber Jungen vor (Jungen: 2,4% bei 3–6-Jährigen, 20,5% bei 14–17-Jährigen; Mädchen: 2,1% und 29,7%). Schuster et al. (2017) konnten zeigen, dass bei 11–17-Jährigen die sportliche Aktivität einen positiven Einfluss auf das Vorliegen einer Kurzsichtigkeit hat. Kein Zusammenhang lag zwischen Myopie und sozialem Status, Migrationshintergrund, Fernseh- oder Computerkonsum vor.

Der Schweregrad einer Sehbeeinträchtigung wird nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) in fünf Stufen eingeteilt. Als hochgradig sehbehindert gelten Personen, die eine Sehschärfe von gleich oder weniger als 5%, aber mehr als 2% aufweisen. Liegt das Sehvermögen (der Visus) unter 2%, so gilt die Person als blind.

Die Prävalenz von Blindheit und Sehbeeinträchtigung liegt bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei unter einem Prozent.

Eine Studie des Schweizer Zentralvereins für das Blindenwesen aus dem Jahr 2012 schätzt, dass 4,1% der Gesamtbevölkerung, beziehungsweise 325 000 Personen, mit einer Sehbeeinträchtigung leben. Schätzungsweise 10 000 von ihnen sind blind. (Spring, 2012). Gemäss dieser Studie liegt bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Prävalenz unter einem Prozent, nämlich 0,3% bei 0–4-Jährigen und 0,7% bei 20–24-Jährigen. Eine Metaanalyse, welche die globale Prävalenz von Blindheit und Sehbeeinträchtigungen untersuchte (Bourne et al., 2017) und ihren Analysen die ICD-10 Klassifikationen zugrunde legte, legt nahe, dass die altersspezifischen Prävalenzen von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz bis zu 50% tiefer liegen als die von Spring et al. (2012) berechneten Prävalenzen.

Gehörlosigkeit und Hörbeeinträchtigungen

Gehörlosigkeit bedeutet, dass Geräusche und Töne nicht oder nur minimal wahrnehmbar sind. Klinisch relevant ist eine Gehörlosigkeit mit einem beidseitigen Hörverlusts von 40 dB oder mehr. Vierzig dB entsprechen in etwa den Grundgeräuschen in Wohngebieten. Bei betroffenen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegt damit eine mindestens mittelgradige Schwerhörigkeit vor. Seit 1999 wird in der Schweiz bei nahezu allen Neugeborenen ein Gehörtest durchgeführt (Cao-Nguyen & Guyot, 2009). Epidemiologische Studien zu Gehörlosigkeit und Hörbeeinträchtigungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind allerdings nur sehr spärlich vorhanden. Beim Schweizerischen Gehörlosenbund geht man davon aus, dass es in der Schweiz rund 10 000 vollständig gehörlose Personen gibt (SGB-FSS, 2019).

Gesamtschweizerisch liegt die Inzidenz eines beidseitigen Hörverlusts von 40 dB oder mehr bei 170 pro 100 000 Neugeborene.

Die Inzidenz eines klinisch relevanten beidseitigen Hörverlusts liegt gesamtschweizerisch bei 170 pro 100 000 Neugeborene, wobei erhebliche regionale Unterschiede bestehen (Cao-Nguyen & Guyot, 2009). Im Universitätsspital Zürich zum Beispiel errechnete man im Zeitraum 2005–2010 eine Inzidenz von 120–140 Neugeborenen mit klinisch relevantem Hörverlust pro 100 000 Geburten (Metzger et al., 2013). Hörverlust kann auch im Verlauf der Kindheit auftreten oder sich später verstärken. Ursachen sind unter anderem wiederkehrende Mittelohrentzündungen oder auch Lärmexposition (siehe Kapitel Körperliche Gesundheit und Entwicklung).

Trisomie 21 (Down-Syndrom)

Trisomie 21 ist die häufigste Chromosomenstörung und die häufigste Ursache für Intelligenzminderung beim Menschen. Die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit Trisomie 21 liegt bei etwa 50 Jahren. Bei etwa 45% der Betroffenen kommen Herzfehler vor (Gillesen-Kaesbach & Hellenbroich, 2019). Bei 38 bis 78% tritt Schwerhörigkeit auf. Es besteht auch ein höheres Risiko für andere Erkrankungen, unter anderem Diabetes, Leukämie, Schlafapnoe und juvenile rheumatoide Arthritis (Roizen & Patterson, 2003).

Das BFS (2014) registrierte in der Schweiz für den Zeitraum 2008 bis 2012 eine Prävalenz von 90,8 Fällen pro 100 000 Lebendgeburten (356 Fälle). Die Daten aus dem EUROCAT-Register für den Kanton Waadt lagen bei einer Prävalenz von 85 Fällen pro 100 000 Lebendgeburten im Zeitraum 1997 bis 2016 (EUROCAT, 2018c). Während die

Anzahl der Lebendgeburten mit Trisomie 21 nur punktuell Schwankungen zeigt, hat die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche mit Trisomie 21 von 1997 bis 2016 deutlich zugenommen (Grafik G6.4).

Für die übrigen im EUROCAT-Register vertretenen europäischen Regionen lag die Prävalenz im selben Zeitraum bei 100,5 Fällen pro 100 000 Lebendgeburten (EUROCAT, 2018d).

In der Schweiz kommen pro 100 000 Lebendgeburten etwa 90 Kinder mit Trisomie 21 zur Welt. Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche bei Diagnosestellung einer Trisomie 21 hat von 1997 bis 2016 deutlich zugenommen.

Trisomie 21/Down-Syndrom: Lebendgeburten, Totgeburten und Schwangerschaftsabbrüche im Kanton Waadt, 1997–2016

G6.4



Quelle: EUROCAT (2018c)

© Obsan 2020

Spina Bifida

Die Spina Bifida gehört zu den spinalen Dysraphien (Verschlussstörungen des Neuralrohrs im Bereich der Wirbelsäule), die im Zeitraum der dritten oder vierten Schwangerschaftswoche entstehen. Zu den Risikofaktoren für das Auftreten einer spinalen Dysraphie gehören hohes Alter der Mutter, Diabetes, Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit sowie Zink- und Folsäuremangel. Mit Spina Bifida occulta geborene Kinder sind bei der Geburt neurologisch meist unauffällig. Die Spina Bifida aperta ist in der Regel mit sensiblen und motorischen Ausfallerscheinungen, unter anderem Blasen- und Mastdarmentleerungsstörungen, verbunden (Boltshauser et al., 2019) und kann mit zusätzlichen Fehlbildungen der Wirbelsäule und des Hirns auftreten (Boltshauser et al., 2019; Mitchell et al., 2004).

Neben operativen Verfahren umfasst die Behandlung Physiotherapie und Ergotherapie, z.B. die Hilfsmittelversorgung zur Verbesserung der selbstständigen Mobilität (Boltshauer et al., 2019; Case-Smith & O'Brien, 2015).

Zahlen zur Prävalenz von Spina Bifida bestehen lediglich für die Prävalenz bei Geburt. Das BFS gibt für den Zeitraum von 2008 bis 2012 bei 392 147 Neugeborenen in der Schweiz 76 Fälle von Spina Bifida an, was einer Prävalenz von 19,4 Fällen pro 100 000 Lebendgeburten entspricht (BFS, 2014). Im Kanton Waadt, der als einziger Schweizer Kanton dem europäischen Register EUROCAT angeschlossen ist, lag die Prävalenz im Zeitraum 2007 bis 2016 mit 8,6 Fällen pro 100 000 Lebendgeburten etwas tiefer als bei den im Register vertretenen europäischen Ländern mit 16,2 Fällen pro 100 000 Lebendgeburten (EUROCAT, 2018a; EUROCAT, 2018b).

Muskeldystrophien und spinale Muskelatrophien

Muskeldystrophien und spinale Muskelatrophien gehören zur Gruppe der neuromuskulären Erkrankungen (Hübner et al., 2013).

Mit Muskeldystrophien wird eine heterogene Gruppe von Erkrankungen bezeichnet, die durch eine zunehmende Muskelschwäche gekennzeichnet sind (Hübner et al., 2013; Michaelis & Niemann, 2017). Die Ursache dafür sind Gendefekte, die zur Folge haben, dass ein Muskel-Struktur-Protein unzureichend gebildet wird. Die Diagnose wird durch Muskelbiopsie, Gen- und Bluttests gestellt. Da die Muskelschwäche fortschreitend ist, sind viele Kinder ab etwa dem neunten Lebensjahr auf den Rollstuhl angewiesen (Hübner et al., 2013; Michaelis & Niemann, 2017). Bei der häufigsten Form, der Duchenne-Muskeldystrophie, liegt die Lebenserwartung unter 30 Jahren (Yiu & Kornberg, 2015). Das Fortschreiten der Erkrankungen kann bis heute nicht wesentlich beeinflusst werden (Hübner et al., 2013), die Therapie beschränkt sich auf palliative und rehabilitative Massnahmen.

Spinale Muskelatrophien (SMA) sind eine Gruppe von Erkrankungen, die auf eine Degeneration der motorischen Vorderhornzelle zurückzuführen sind. Die schwerste Form, die SMA Typ I, führt innerhalb der ersten zwei Lebensjahre zu Atemversagen und Tod. Bei der SMA Typ II liegt die Lebenserwartung bei etwa 25 Jahren, bei der SMA Typ III hingegen entspricht sie etwa jener der Gesamtbevölkerung (Bladen et al., 2014). Seit 2017 ist in der Schweiz ein Medikament zur Behandlung von SMA zugelassen (Swissmedic, 2017).

Der Jahresbericht 2018 des Swiss Registry for Neuromuscular Disorders (Kruijshaar et al., 2019) zeigt, dass in der Schweiz derzeit 228 Personen mit einer Muskeldystrophie und 97 Personen mit einer SMA registriert sind. Auch wenn diese Zahlen nicht nach Alter aufgeschlüsselt vorliegen, kann man aufgrund der reduzierten Lebenserwartung der Betroffenen davon ausgehen, dass der Grossteil dieser Personen jünger als 25 ist.

Eine systematische Übersichtsarbeit von Studien aus Europa und Nordamerika ergab eine Prävalenz der Duchenne-Muskeldystrophie zwischen 15,9 und 19,5 pro 100 000 Lebendgeburten (Ryder et al., 2017), so dass davon auszugehen ist, dass noch nicht alle Fälle dem Schweizer Register gemeldet werden.

Angeborene Blutarmut (Anämie): β -Thalassämie (griechisch für Mittelmeeranämie) und Kugelzell-Anämie (hereditäre Sphärozytose)

Blutarmut (Anämie) kann sowohl aufgrund von Mangel von notwendigen Baustoffen wie Eisen oder Vitamin B12, entstehen, ein Nebenbefund einer chronischen Erkrankung oder auch angeboren sein. Die β -Thalassämie ist solch eine vererbte, angeborene Erkrankung, bei der die Produktion des Hämoglobins gestört ist. Während Träger einer β -Thalassämie minor häufig klinisch unauffällig sind, handelt es sich bei der β -Thalassämie major um eine schwere Blutarmut, die meist bereits im ersten Jahr mit Gedeihstörungen einhergeht. Die Erkrankung bedarf lebenslanger Bluttransfusionen und medikamentöser Prävention einer Eisenüberladung. Die hereditäre Sphärozytose ist die häufigste vererbte hämolytische Anämie in Nord- und Mitteleuropa (Eber et al., 1992; Perrotta et al., 2008). Infolge der Verminderung von Strukturproteinen ist die Zellstabilität reduziert, es kommt zu einer kugelförmigen Schwellung (Sphärozyten) der roten Blutkörper, welche in der Milz vorzeitig abgebaut werden (Michl, 2005). Wenn die Erkrankung frühzeitig erkannt und behandelt wird, können Kinder mit normaler Leistungsfähigkeit heranwachsen und eine normale Lebenserwartung haben.

β -Thalassämien sind in der Schweiz vergleichsweise selten. Sie haben aber, wie auch in anderen Ländern, infolge der Zuwanderung von Personen aus Regionen mit einer hohen β -Thalassämie-Prävalenz in den letzten Jahren zugenommen.

In der Schweiz beläuft sich die Prävalenz von β -Thalassämie auf 0,4 Fälle pro 100 000 Lebendgeburten (enerca, 2012). Die Häufigkeit von β -Thalassämie variiert sehr stark zwischen einzelnen Ländern und unterschiedlichen ethnischen Gruppen (enerca, 2012). So werden in Zypern 520 Fälle pro 100 000 Neugeborene geschätzt, in Griechenland 160 pro 100 000 Neugeborene. Aufgrund der Migration haben Fälle von β -Thalassämie in Mitteleuropa generell zugenommen (Kohne & Kleihauer, 2010; Kunz et al., 2016).

Die hereditäre Sphärozytose ist die häufigste vererbte Blutarmut in Nord- und Mitteleuropa.

Die in Nord- und Mitteleuropa häufigste vererbte Blutarmut ist die hereditäre Sphärozytose. Für die Schweiz sind keine aktuellen publizierten Studien zu ihrer Prävalenz vorhanden. Für mehrheitlich europäisch-stämmige Populationen liegen Prävalenzraten von 20–50 Personen pro 100 000 Einwohninnen und Einwohner vor (Eber et al., 1992; Michl, 2005; Morton et al., 1961; Perrotta et al., 2008).

6.8 Krebserkrankungen

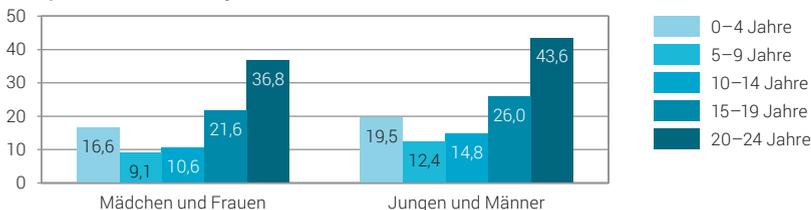
Krebs ist ein Sammelbegriff für bösartige Tumorerkrankungen. Bösartige Tumore können prinzipiell alle Gewebe und Organe befallen. Statistisch betrachtet ist Krebs eine Krankheit, die vor allem ältere Menschen betrifft. Dennoch: Bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter 25 Jahren belief sich im Jahr 2015 die Anzahl der Neuerkrankungen auf rund 470 Personen (NICER, 2019a) (Grafik G 6.5). Im Laufe der ersten 14 Lebensjahre sind rund 260 von 100 000 Jungen und 220 von 100 000 Mädchen von einer Krebserkrankung betroffen (BFS, 2016).

Leukämie und Lymphknotenkrebs sind bei unter 25-Jährigen die häufigsten Krebsdiagnosen.

Altersspezifische Inzidenzrate von allen Krebsarten, 2011–2015

G 6.5

Fälle pro 100 000 Personenjahre



Quelle: NICER 2019a (Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung)

© Obsan 2020

Zu Krebserkrankungen im Kinder- und Jugendalter liegen sehr gute Daten vor, da das Kinderkrebsregister bereits viele Jahre besteht. Am häufigsten diagnostiziert wurden in den Altersgruppen der unter 25-Jährigen Leukämie und Lymphknotenkrebs (Lymphom), bei den 0–4-Jährigen sind es 7,4 Fälle pro 100 000. Bei männlichen Jugendlichen (15–19) und jungen Männern (20–24) ist zudem die Inzidenz von Hodenkrebs mit rund 6 beziehungsweise 17 neuen Fällen pro 100 000 Personenjahre vergleichsweise hoch. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beiderlei Geschlechts gehört zudem das Hautmelanom zu den Krebserkrankungen mit den fünf höchsten Inzidenzraten. Bei den 20–24-jährigen Frauen rangiert das Hautmelanom mit rund 6 Neuerkrankungen pro 100 000 Personenjahre gar auf dem ersten Rang.

6.9 Schwangerschaftskomplikationen und Frühgeburt und die gesundheitlichen Folgen für Kinder

Die Schwangerschaft und die Geburt sind für die Gesundheit nicht nur im Kindesalter, sondern auch im weiteren Lebensverlauf von hoher Bedeutung. Die nachfolgenden Ausführungen zu Schwangerschaftskomplikationen und Geburtsendpunkten verdeutlichen dies exemplarisch.

Frühgeburt

Gemäss Weltgesundheitsorganisation WHO gelten Kinder, die vor der 37. vollendeten Schwangerschaftswoche zur Welt kommen, als Frühgeborene (WHO, 2015b). Hauptsächlichste Ursachen für eine Frühgeburt sind Infektionen, mangelnde Versorgung des Kindes über die Plazenta, Blutungen, Stress und durch das Immunsystem ausgelöste Prozesse (Goldenberg et al., 2008; Romero et al., 2014). Auch Mehrlingsschwangerschaften haben ein stark erhöhtes Risiko für frühe Geburten: 55% erfolgen vorterminal (BFS, 2019b). Die Frühgeburtlichkeit ist global betrachtet die führende Ursache für die perinatale und neonatale Mortalität und Morbidität (WHO, 2015b).

Lebendgeburten in der Schweiz von 2007 bis 2017, in Prozent

T 6.5

Kategorien Frühgeburt	2007	2010	2013	2017
extrem frühe Frühgeburten: 22–27 Wochen	0,3	0,4	0,4	0,4
sehr frühe Frühgeburten: 28–31 Wochen	0,7	0,6	0,6	0,6
Frühgeburten: 32–36 Wochen	6,3	6,1	6,2	6,0
Total	7,3	7,1	7,2	7,0

Quelle: BFS – Lebendgeburtenstatistik, 2007–2017

© Obsan 2020

In der Schweiz waren die Frühgeburtenraten in den letzten zehn Jahren leicht rückläufig (Tabelle T6.5). Sie bewegen sich im europäischen Mittelfeld (BFS, 2019b; EUROPERISTAT, 2018). Gemäss EURO-PERISTAT (2018) lag der europäische Median der Inzidenz von Frühgeburten 2015 bei 7,3% und variierte von 5,4% in Litauen bis zu 12,0% in Zypern. Das Swiss Neonatal Network (SNN, www.swissneonet.ch) ist ein nationales Register der frühgeborenen Kinder, die vor der vollendeten 32. Schwangerschaftswoche geboren werden oder ein Geburtsgewicht unter 1500 Gramm aufweisen (Rüegger et al., 2012; Schlapbach et al., 2012; SwissNeoNet, 2000). Es dokumentiert auch longitudinal das Gedeihen und die Gesundheit der Frühgeborenen. Schlapbach et al. (2012) beobachten bei diesen extrem bis sehr früh geborenen Kinder zwischen 2000 und 2008 eine Zunahme der Überlebensrate, ohne dass moderate bis schwere Behinderung angestiegen wären (Schlapbach et al., 2012).

Schwangerschaftsdiabetes

Ein Schwangerschaftsdiabetes ist eine gestörte Glukosetoleranz und eine Insulinresistenz, die zu einem erhöhten Blutzucker führt und erstmals in einer Schwangerschaft auftritt (Buckley et al., 2012; WHO, 2016b). Mütter höheren Alters mit Übergewicht und Adipositas oder diabetischer Prädisposition, aber auch mit übermässiger Gewichtszunahme in der Schwangerschaft haben ein erhöhtes Risiko, ein Schwangerschaftsdiabetes zu erleiden (Chen et al., 2015; WHO, 2016b). Er geht einher mit einem erhöhten Risiko einer Kaiserschnittgeburt, kann zu Unterzuckerung oder zu hohem Gewicht des Neugeborenen führen und erhöht für Kind und auch Mutter im weiteren Leben das Risiko eines Diabetes Typ 2 (Buckley et al., 2012; Chen et al., 2015). Eine Früherkennung und ein erfolgreiches Management mit Diät und falls notwendig mit Insulin würden zu besseren Gesundheitsergebnissen führen (Crowther et al., 2005; Landon et al., 2009).

Ein Schwangerschaftsdiabetes birgt für das Kind rund um die Geburt und ein Leben lang Risiken. Für die Schweiz liegen dazu aber keine repräsentativen Zahlen vor.

Eine Studie aus Lausanne, die prospektiv für die Jahre von 2000 bis 2002 durchgeführt worden war, ergab damals eine Inzidenz von Schwangerschaftsdiabetes von 2,8% (Buckley et al., 2012). Bei einer zufällig ausgewählten Stichprobe von 2298 Schwangeren in Genf und Basel in 2010–2012 lag die Prävalenz des Schwangerschaftsdiabetes hingegen bei 10,9% (Ryser Rüetschi et al., 2016). In Europa wurden zunehmende Inzidenzraten zwischen 0,7% und 27,6% beobachtet (Buckley et al. 2012).

Präeklampsie

Die Präeklampsie ist die häufigste medizinische Schwangerschaftskomplikation. Ihre Ursachen sind noch unzureichend geklärt, man geht von einer gestörten Entwicklung des Gefässsystems der Plazenta (Mutterkuchen) aus. Die Präeklampsie geht mit erhöhtem Blutdruck und Eiweiss im Urin, typischerweise nach der 20. Schwangerschaftswoche, einher (Bokslag et al., 2016; Ghulmiyyah & Sibai, 2012). Eine gefürchtete Komplikation der Präeklampsie wiederum ist die Eklampsie, die sich durch grosse Krampfanfälle (Grand Mal) auszeichnet (Eiland et al., 2012). Präeklampsie und Eklampsie sind mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität sowohl für die Mutter als auch das Kind verbunden (Bokslag et al., 2016; Mosimann et al., 2017). So sind weltweit 10–15% aller Todesfälle der Mütter auf eine Präeklampsie und Eklampsie zurückzuführen (Duley, 2009; Ghulmiyyah & Sibai, 2012). Für die Kinder bedeutet diese Schwangerschaftskomplikation häufig eine intrauterine Wachstumsstörung (Wachstumsretardierung) und vorzeitige Geburt. (Mosimann et al., 2017). Langfristig haben Kinder von Müttern mit Präeklampsie oder Eklampsie erhöhte Risiken für Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen und Bluthochdruck (Lawlor et al., 2012).

Die Inzidenz der Präeklampsie liegt in der Schweiz bei rund 2%. Präeklampsie führt häufig zu einer intrauterinen Wachstumsretardierung und Frühgeburtlichkeit und ist mit einer erhöhten mütterlichen und fetalen Mortalität und Morbidität verbunden.

Purde et al. (2015) veröffentlichten eine Präeklampsie-Inzidenz von 2,3% für die Schweiz (95% KI=1,6%–3,3%). In einem Expertenbrief der Kommission Qualitätssicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe wird eine Inzidenz von $\leq 2\%$ genannt (Tercanli et al., 2019). In Europa variieren die Inzidenzen der Präeklampsie zwischen 1,5% und 9,4% (Purde et al., 2015; Roberts et al., 2011). Die Schweiz liegt damit verglichen mit europäischen Ländern im unteren Bereich.

Intrauterine Wachstumsretardierung

Föten, die von einer intrauterinen Wachstumsretardierung (IUGR) betroffen sind, haben für ihr Schwangerschaftsalter ein zu tiefes Geburtsgewicht (Miller et al., 2016; Resnik, 2002). Die Hauptursache ist eine Plazenta-Insuffizienz (Kesavan & Devaskar, 2019; Song et al., 2017). Die intrauterine Wachstumsretardierung führt häufiger zu Frühgeburtlichkeit, angeborenen motorischen, sensorischen und kognitiven Defiziten und Behinderungen

sowie perinatalem Tod (Baschat, 2014; Bernstein et al., 2000; Blair & Nelson, 2015; Miller et al., 2016). Zudem haben Babys mit einem zu leichten Geburtsgewicht ein erhöhtes Risiko, im Erwachsenenalter an Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit oder Diabetes zu erkranken (Cohen et al., 2016; Salam et al., 2014; Zyzdorzcyk et al., 2017). Es scheint, dass Stillen diese Risiken senken kann (Santiago et al., 2018).

Es wurden keine gesamtschweizerischen Zahlen für die Prävalenz von IUGR gefunden. Vereinzelt stehen regionale Daten zur Verfügung. Die Universität Lausanne zählte in den Jahren 1993 und 1994 11,7% im Geburtsspital geborene Kinder mit IUGR (Chiolero et al., 2005). Bickle, Graz et al. (2015) kamen circa 10 Jahre später, 2000–2015, am Universitätsspital Lausanne auf 14,7% frühgeborene Kinder vor der 32. Schwangerschaftswoche mit IUGR. In industrialisierten Ländern sind gemäss Miller et al. (2016) je nach Definition 3–9% der Kinder von einer intrauterinen Wachstumsretardierung betroffen. In Niedrigeinkommensländern hingegen wurden sechsmal höhere Raten beobachtet.

Kaiserschnitt

Sowohl zu niedrige als auch zu hohe Kaiserschnittraten werden mit einem erhöhten Auftreten gesundheitlich nachteiliger Folgen für Mutter und Kind assoziiert (Betran et al., 2015; Sandall et al., 2018). Gemäss WHO geht eine Kaiserschnitttrate von 10–15% mit den besten Geburtsergebnissen einher (WHO, 2015a). Kinder, die per Kaiserschnitt geboren wurden, sind nicht denselben hormonellen, körperlichen, bakteriellen und medizinischen Bedingungen ausgesetzt wie Kinder, die vaginal geboren wurden (Sandall et al., 2018). Dies hat zum Beispiel ein verändertes Mikrobiom im Darm zur Folge, ein Risikofaktor für spätere vom Immunsystem beeinflusste Erkrankungen wie Allergien und Asthma sowie für Adipositas (Blustein & Liu, 2015; Keag et al., 2018; Mesquita et al., 2013; Sandall et al., 2018; Sevelsted et al., 2015; Sevelsted et al., 2016; Tollånes et al., 2008), oder geht mit einem erhöhten Risiko an Atemproblemen einher (Indraccolo et al., 2019). Viele europäische Länder verzeichneten in den letzten Jahrzehnten eine Zunahme der Kaiserschnittgeburten (EURO-PERISTAT, 2018; König et al., 2011). Soziodemographische Veränderungen wie das Alter der Mütter bei Geburt und die Anzahl der Kinder können diese Zunahme nicht vollständig erklären. Als weitere mögliche Ursachen werden eine niedrigere Schwelle für medizinisch indizierte Kaiserschnitte, die Planbarkeit eines Kaiserschnitts, vorgeburtliche Beratung und rechtliche Aspekte genannt (EURO-PERISTAT, 2018; Kolip et al., 2012; König et al., 2011).

*Ein Drittel der Kinder kommt per Kaiserschnitt zur Welt.
Eine Kaiserschnittgeburt geht mit gesundheitlichen Risiken
für Mutter und Kind einher.*

Die medizinische Statistik der Krankenhäuser erfasst seit 1998 den Geburtsmodus. Zwischen 1998 und 2007 stiegen in der Schweiz die Kaiserschnittgeburten kontinuierlich von 22,7% auf 32,2% an (BAG, 2013a). 2014 wurde ein Höchstwert (33,7%) dokumentiert, aktuell liegt die Kaiserschnitttrate wieder auf einem ähnlich hohen Niveau wie 2007, nämlich bei 32,2% (BFS, 2019c; BFS, 2018b). Auffallend sind die grossen Unterschiede zwischen den Kantonen. Im Jahr 2016 verzeichnete der Kanton Jura mit 22,1% den niedrigsten und der Kanton Zug mit 41,2% den höchsten Anteil Kaiserschnittgeburten. Im europäischen Vergleich bewegen sich die Kaiserschnitttraten in der Schweiz im oberen Bereich (EURO-PERISTAT, 2018). In Europa lag die mediane Kaiserschnitttrate 2015 bei 27,0%, wobei Island mit 16,1% den tiefsten und Zypern mit 56,9% den höchsten Anteil aufwiesen (EURO-PERISTAT, 2018).

6.10 Gesundheitsversorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen

Die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderung unterscheidet sich von der Versorgung akut erkrankter und gesunder Kinder (siehe Kapitel Gesundheitsversorgung). Drei eingestreute Fallvignetten zu Asthma, Morbus Crohn und Zerebralparese verdeutlichen die Unterschiedlichkeit und Vielschichtigkeit der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen gegenüber Kindern, die mit einem Geburtsrisiko oder einer Behinderung geboren wurden. Allen gemein ist, dass die chronische Erkrankung, das Gesundheitsrisiko oder ihre Behinderung sie lebenslang begleiten werden. Diese Tatsache allein führt zu einem spezifischen therapeutischen und präventiven Versorgungsbedarf, der weit über das eigentliche Gesundheitssystem hinausgeht. Zu verschiedenen Zeiten im Leben, von der Phase der Schwangerschaft bis ins hohe Alter, benötigen die Betroffenen besondere Angebote, die nicht nur das Individuum direkt, sondern nahezu alle Lebensbereiche, Familie und Freunde, Schule und später auch die Partnerschaft und das Arbeitsleben betreffen.

Selbstverständlich nehmen sie wie alle anderen Kinder und Jugendlichen auch die bestehende Regelversorgung und Vorsorge in Anspruch. Unabhängig von ihrer spezifischen Erkrankung oder Behinderung werden sie akut krank oder benötigen Impfschutz und andere Vorsorgemassnahmen.

Eine optimale Versorgungsstruktur, die alle Lebensbereiche mit einschliesst, und gezielte Hilfestellung können zu einem positiven Verlauf von Krankheit und Behinderung beitragen und auch schwer eingeschränkten Kindern ein «normales» gesellschaftliche Leben ermöglichen. Hierzu tragen das Gesundheitssystem und die unterschiedlichen Gesundheitsberufe, das Sozialversicherungssystem ebenso wie Gesundheitsligen und Vereinigungen von Betroffenen bei. Von Seiten der Bildungseinrichtungen sind

ebenfalls Anstrengungen und Infrastruktur erforderlich, um die Option einer Inklusion beziehungsweise Integration gemäss UN-Behindertenrechtskonvention und UN-Kinderrechtskonvention sicherzustellen.

Viele der Vereinigungen für chronische Erkrankungen oder Behinderung sind nicht ohne Grund von betroffenen Eltern gegründet worden oder aus Selbsthilfegruppen heraus entstanden. Sind Kinder gesundheitlich beeinträchtigt, kann die elterliche Verantwortung für das Kind besonders schwer zu tragen sein. Bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen und Behinderung ist daher die Situation der Eltern und Familien mitzuberücksichtigen und Hilfestellungen sind zu planen, damit sie ohne eigene gesundheitliche Gefährdung die zusätzlichen emotionalen und finanziellen Belastungen bewältigen können.

Erwachsenwerden ist für alle Jugendlichen und Eltern eine herausfordernde Transition. Für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung stellen sich hinsichtlich ihrer Selbständigkeit, Partnerschaft und ihrem beruflichen Werdegang häufig zusätzliche Fragen. Hier spielen die Pädiatrie und Adoleszentenmedizin eine grosse Rolle in der Aufgabe, die Jugendlichen zu befähigen, für ihre Krankheit selber Verantwortung zu übernehmen. Die Bildungs- und Sozialversicherungssysteme sind gefragt, Lösungen für eine berufliche und finanzielle Existenzsicherung anzubieten.

6.11 Fazit

Chronische Erkrankungen und Behinderung im Kindes- und Jugendalter sind von hoher Public-Health-Relevanz. Sie gehen mit körperlichen und psychischen Beschwerden einher, die von langer Dauer sind und weitreichende Folgen für die Kinder, ihre Familien und die Gesellschaft haben können. Genau beziffern, wie viele Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in der Schweiz eine chronische Erkrankung oder Behinderungen haben, können wir in der Schweiz aber nicht. Auf der Basis der lückenhaften Schweizer Datenlage und Daten aus Europa ist davon auszugehen, dass circa ein Fünftel der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer der vielen existierenden chronischen Erkrankungen, chronischen Risikofaktoren oder einer Behinderung leben.

Eine unkomplizierte Schwangerschaft und Geburt stellen wichtige protektive Ereignisse für chronische Erkrankungen und Behinderung dar. Die Häufigkeit und Langzeitfolgen von Schwangerschaftsproblemen und komplizierten Geburtsverläufen werden noch unzureichend dokumentiert. Ausnahmen stellen das Frühgeborenenregister dar, welches die Entwicklung der Kinder bis zum sechsten Lebensjahr erfasst, sowie EURO-PERISTAT, das die – weiterhin vergleichsweise hohe – Kaiserschnitttrate dokumentiert.

Das Auftreten einiger der aufgeführten Erkrankungen und Behinderungen könnte durch Verhältnis- und Verhaltensprävention verringert werden. Beispielsweise ist das Potenzial der Prävention beim Hautmelanom noch nicht ausgeschöpft. Anders hingegen

hat die Jod-Strategie des Bundes zu einer sehr tiefen Prävalenz von Jodmangel im Kindesalter geführt. Seit der Einführung des neonatalen Screening im Jahr 2014 werden Neugeborene mit Jodmangel identifiziert und einer frühen Behandlung zugeführt. Beispiele präventiv wirksamer Strukturen im späteren Kindesalter sind unter anderem kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen oder schulärztliche Präventionsprojekte. Das schulärztliche BMI-Monitoring dokumentiert seit 2005 den BMI der Schulkinder und konnte einen Rückgang der Prävalenz von Übergewicht bei Schulkindern belegen.

Unter den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in der Schweiz ist dennoch weiterhin Adipositas zu nennen, sowie atopische Erkrankungen wie Asthma, Neurodermitis oder Heuschupfen (siehe Tabelle T 6.1). Auch kongenitale Herzfehler, Hypertonie oder entzündliche Darmerkrankungen rangieren mit 1% beziehungsweise circa 2,5% unter den häufigeren Diagnosen.

Die Datenlage ist insgesamt heterogen. Die Güte und die Repräsentativität der epidemiologischen Daten hängen nicht unbedingt mit der Häufigkeit der jeweiligen Erkrankungen und Behinderung zusammen. So finden sich unzureichende oder veraltete Daten zu Erkrankungen und Behinderung, bei denen man von einer hohen relativen Prävalenz oder sich verändernden Häufigkeiten ausgehen muss (z. B. bei Zerebralparese, Diabetes, Epilepsie) während seltenere und stabil hohe Erkrankungen womöglich sehr gut erfasst werden. Da die Gesundheit von Bevölkerungen ein sich veränderndes und beeinflussbares Gut ist, liegt es auf der Hand, dass für eine evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung repräsentative und zeitnahe Daten vorliegen sollten.

Die Schweiz hat in den vergangenen zehn Jahren verschiedene nationale Strategien formuliert. Die Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen allgemein und insbesondere von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund oder aus belasteten Familien wird unter anderem in der Strategie «Gesundheit 2020» erwähnt. Der Massnahmenplan der NCD-Strategie führt zwar Kinder und Jugendliche als eine der Zielgruppen für Präventionsmassnahmen auf (BAG, 2016). Konkrete Massnahmen finden sich z. B. in Kantonalen Aktionsprogrammen für Kinder und Jugendliche (<https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme.html>; Modul A: Ernährung und Bewegung, Modul C: Psychische Gesundheit) oder dem BAG Konzept «Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit». Das NCD-Indikatoren Set bzw. MonAM (<https://www.obsan.admin.ch/de/altersgruppen/kinder-und-jugendliche-0-15>) bietet zur Zielüberprüfung Indikatoren für Kinder- und Jugendliche und sollte noch weiter ausgebaut werden, um die gesamte Altersspanne als auch die inter-sektoralen Zusammenhänge von Gesundheit darzustellen.

In der Strategie gegen Krebs werden kaum Massnahmen mit überprüfbaren Indikatoren genannt (BAG, 2013b; Dialog Nationale Gesundheitspolitik, 2016). Die Förderung von Registern ist Teil des nationalen Konzepts zu seltenen Krankheiten (BAG, 2015), von denen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ebenfalls betroffen sind. Zur Behebung der heterogenen Datenlage und der vielen Lücken wären weitere nationale Register wünschenswert. Es zeigt sich, dass Länder mit einer Vielzahl an medizinischen Registern

oder einer nationalen Kinder- und Jugendbefragung oder -kohorte deutlich umfassendere und aktuellere epidemiologische Zahlen ausweisen können, sodass die Krankheitslast und Versorgungsbedarf besser beurteilt werden kann.

6.12 Literaturverzeichnis

- Adebusoye, B., Probst-Hensch, N., & Dratva, J. (2017). How well does blood pressure screening in schools inform public health? *European Journal of Public Health*, 27(suppl_3).
- American Academy of Pediatrics, Rose, S. R., American Thyroid Association, Brown, R. S. & Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society (2006). Update of newborn screening and therapy for congenital hypothyroidism. *Pediatrics*, 117(6), 2290–2303.
- Anderson, E. L., Howe, L. D., Jones, H. E., Higgins, J. P. T., Lawlor, D. A., & Fraser, A. (2015). The Prevalence of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(10), e0140908.
- Andersson, M., Aeberli, I., Wüst, N., Piacenza, A. M., Bucher, T., Henschen, I., ... Zimmermann, M.B. (2010). The Swiss Iodized Salt Program Provides Adequate Iodine for School Children and Pregnant Women, but Weaning Infants Not Receiving Iodine-Containing Complementary Foods as well as Their Mothers Are Iodine Deficient. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(12), 5217–5224.
- Andersson, M., & Herter-Aeberli, I. (2018). *Jodstatus in der Schweizer Bevölkerung*. *Schweizer Ernährungsbulletin*: Seiten 63–83.
- Apovian, C. M. (2016). Obesity: Definition, Comorbidities, Causes, and Burden. *THE AMERICAN JOURNAL OF MANAGED CARE*, 22(7), 10.
- Arlettaz, R., & Bauersfeld, U. (2005). *Empfehlungen zum neonatalen Screening kongenitaler Herzfehler*, 16(5), 8.
- BAG (2013a). *Kaiserschnittgeburten in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulates Maury Pasquier* (08.3935). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/bundesratsberichte/bundesratsberichte-2006-2015.html> (Zugriff am 04.02.2019).
- BAG (2013b). *Gesundheit 2020: Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html> (Zugriff am 21.11.2019).
- BAG (2015). *Umsetzungsplanung Nationales Konzept Seltene Krankheiten*. www.bag.admin.ch
- BAG (2016). *Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024* (p. 55). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/ziele-schwerpunkte-ncd.html> (Zugriff am 21.11.2018).
- Bähler, C., Schoepfer, A. M., Vavricka, S. R., Brüngger, B., & Reich, O. (2017). Chronic comorbidities associated with inflammatory bowel disease: Prevalence and impact on healthcare costs in Switzerland. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 29(8), 916–925.
- Bähler, C., Vavricka, S. R., Schoepfer, A. M., Brüngger, B., & Reich, O. (2017). Trends in prevalence, mortality, health care utilization and health care costs of Swiss IBD patients: A claims data based study of the years 2010, 2012 and 2014. *BMC Gastroenterology*, 17(1), 138.
- Barthel, D., Ravens-Sieberer, U., Nolte, S., Thyen, U., Klein, M., Walter, O., ... Otto, C. (2018). Predictors of health-related quality of life in chronically ill children and adolescents over time. *Journal of Psychosomatic Research*, 109, 63–70.
- Baschat, A. A. (2014). Neurodevelopment after fetal growth restriction. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 36(2), 136–142.
- Benchimol, E. I., Fortinsky, K. J., Gozdyra, P., Van den Heuvel, M., Van Limbergen, J., & Griffiths, A. M. (2011). Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: A systematic review of international trends. *Inflammatory Bowel Diseases*, 17(1), 423–439.
- Bernstein, I. M., Horbar, J. D., Badger, G. J., Ohlsson, A., & Golan, A. (2000). Morbidity and mortality among very-low-birth-weight neonates with intrauterine growth restriction. The Vermont Oxford Network. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(1 Pt 1), 198–206.
- Betran, A. P., Torloni, M. R., Zhang, J., Ye, J., Mikolajczyk, R., Deneux-Tharoux, C., ... Gülmezoglu, A.M. (2015). What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive Health*, 12, 57.
- BFS (2014). *Angeborene Fehlbildungen nach Staatsangehörigkeit des Kindes, kumulierte Werte 2008–2012*. <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/280963/master> (Zugriff am 01.03.2019).
- BFS (Ed.) (2016). *Schweizerischer Krebsbericht 2015*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS), Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung (NICER), Schweizer Kinderkrebsregister (SKKR).
- BFS (2017). *SGB 2017 – Übersicht*. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.6426300.html> (Zugriff am 19.02.2019).

- BFS (2018a). Diabetes. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/diabetes.html> (Zugriff am 17.12.2018).
- BFS (2018b). Anzahl und Rate der Kaiserschnitte nach Kanton und Wohnregion 2007-2016. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.6406960.html> (Zugriff am 25.03.2018).
- BFS (2019a). Kinder und Behinderung 2017. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.assetdetail.11027355.html> (Zugriff am 16.12.2019).
- BFS (2019b). Gesundheit der Neugeborenen. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheit-neugeborenen.html> (Zugriff am 04.02.2019).
- BFS (2019c). Entbindungen und Gesundheit der Mütter im Jahr 2017—Medizinische Statistik der Krankenhäuser. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.8369420.html> (Zugriff am 17.05.2019)
- Bickle Graz, M., Tolsa, J.-F., & Fischer Fumeaux, C. J. (2015). Being Small for Gestational Age: Does it Matter for the Neurodevelopment of Premature Infants? A Cohort Study. *PLoS One*, *10*(5), e0125769.
- Bitzer, E., Walter, U., & Lingner, H. (2009). *Kindergesundheit stärken: Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung*. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg.
- Bladen, C. L., Thompson, R., Jackson, J. M., Garland, C., Wegel, C., Ambrosini, A., ... Lochmüller, H. (2014). Mapping the differences in care for 5,000 spinal muscular atrophy patients, a survey of 24 national registries in North America, Australasia and Europe. *Journal of neurology*, *261*(1), 152–163.
- Blair, E. M., & Nelson, K. B. (2015). Fetal growth restriction and risk of cerebral palsy in singletons born after at least 35 weeks' gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *212*(4), 520.e1–7.
- Blustein, J., & Liu, J. (2015). Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. *BMJ (Clinical research ed)*, *350*, h2410.
- Boholea, I., Arismendi, E., Valero, A., & Agustí, A. (2018). Early Life Origins of Asthma: A Review of Potential Effectors. *Journal of investigational allergology & clinical immunology*, *29*(3), 168–179.
- Bokslag, A., van Weissenbruch, M., Mol, B. W., & de Groot, C. J. M. (2016). Preeclampsia; short and long-term consequences for mother and neonate. *Early Human Development*, *102*, 47–50.
- Boltshauser, E., Kaindl, A. M., Ipsiroglu, O., Krägeloh-Mann, I., Rostásy, K., Schöning, M., ... Schweitzer, T. (2019). Nervensystem. In C. P. Speer, M. Gahr, & J. Dötsch (Eds.), *Pädiatrie* (pp. 179–220). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57295-5_8
- Bourne, R. R. A., Flaxman, S. R., Braithwaite, T., Cicinelli, M. V., Das, A., Jonas, J. B., ... Vision Loss Expert Group (2017). Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, *5*(9), e888–e897.
- Braegger, C. P., Ballabeni, P., Rogler, D., Vavricka, S. R., Friedt, M., Pittet, V., & Swiss IBD Cohort Study Group (2011). Epidemiology of Inflammatory Bowel Disease: Is There a Shift Towards Onset at a Younger Age? *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, *53*(2), 141.
- Braun-Fahrlander, C., Gassner, M., Grize, L., Takken-Sahli, K., Neu, U., Stricker, T., ... Air Pollution (SCARPOL) team (2004). No further increase in asthma, hay fever and atopic sensitisation in adolescents living in Switzerland. *European Respiratory Journal*, *23*(3), 407–413.
- Bringolf-Isler, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B., & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA Studie*. Basel: Swiss Tropical and Public Health Institute. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-e-und-b/sophya-schlussbericht-2013-2016.pdf.download.pdf/sophya-schlussbericht.pdf>
- Brunner, D., & Spalinger, J. (2005). Zöliakie im Kindesalter. *Paediatrica*, *16*(3), 34–37.
- Buckley, B. S., Harreiter, J., Damm, P., Corcoy, R., Chico, A., Simmons, D., ... DALI Core Investigator Group (2012). Gestational diabetes mellitus in Europe: Prevalence, current screening practice and barriers to screening. A review. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, *29*(7), 844–854.
- Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV. (2019). *Jodstatus in der Schweizer Bevölkerung. Schweizer Ernährungsbulletin* (pp. 63–82). <https://www.blv.admin.ch/blv/de/home/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/schweizer-ernaehrungsbulletin.html> (Zugriff am 28.03.2019).
- Cao-Nguyen, M.-H., & Guyot, J.-P. (2009). [Neonatal hearing screening program and school education for deaf children in Switzerland]. *Revue Medicale Suisse*, *5*(219), 1930–1932.
- Case-Smith, J., & O'Brien, J. C. (2015). *Occupational therapy for children and adolescents* (7th ed.). St. Louis, Mo: Elsevier.

- Chan, G., & Chen, C. T. (2009). Musculoskeletal effects of obesity. *Current Opinion in Pediatrics*, 21(1), 65.
- Chen, P., Wang, S., Ji, J., Ge, A., Chen, C., Zhu, Y., ... Wang, Y. (2015). Risk factors and management of gestational diabetes. *Cell Biochemistry and Biophysics*, 71(2), 689–694.
- Chiolero, A., Bovet, P., & Paccaud, F. (2005). Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland: The EDEN study. *Swiss Medical Weekly*, 135(35–36), 525–530.
- Chiolero, A., Cachat, F., Burnier, M., Paccaud, F., & Bovet, P. (2007). Prevalence of hypertension in schoolchildren based on repeated measurements and association with overweight. *Journal of Hypertension*, 25(11), 2209–17.
- Chung, S. T., Onuzurike, A. U., & Magge, S. N. (2018). Cardiometabolic risk in obese children: Cardiometabolic risk in obese children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), 166–183.
- Cohen, E., Wong, F. Y., Horne, R. S. C., & Yiallourou, S. R. (2016). Intrauterine growth restriction: Impact on cardiovascular development and function throughout infancy. *Pediatric Research*, 79(6), 821–830.
- Cowan, L. D. (2002). The epidemiology of the epilepsies in children. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8(3), 171–181.
- Crowther, C. A., Hiller, J. E., Moss, J. R., McPhee, A. J., Jeffries, W. S., Robinson, J. S., & Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnant Women (ACHOIS) Trial Group. (2005). Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2477–2486.
- Dialog Nationale Gesundheitspolitik (2016). *Nationale Strategie gegen Krebs 2014–2020*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-strategie-gegen-krebs-2014-2017.html> (Zugriff am 21.11.2018).
- Dratva, J., Zemp, E., Dharmage, S. C., Accordini, S., Burdet, L., Gislason, T., ... Svanes, C. (2016). Early Life Origins of Lung Ageing: Early Life Exposures and Lung Function Decline in Adulthood in Two European Cohorts Aged 28–73 Years. *PLOS ONE*, 11(1), e0145127.
- Dratva, J., Ballmer, T., Gantschnig, B., Grylka-Bäsclin, S., Juvalta, S., Volken, T., & Zysset, A. (2020). *Chronische Krankheiten und Behinderungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz* (Obsan Bericht 02/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Duley, L. (2009). The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Seminars in Perinatology*, 33(3), 130–137.
- Eber, S. W., Pekrun, A., Neufeldt, A., & Schröter, W. (1992). Prevalence of increased osmotic fragility of erythrocytes in German blood donors: Screening using a modified glycerol lysis test. *Annals of Hematology*, 64(2), 88–92.
- Eiland, E., Nzerue, C., & Faulkner, M. (2012). Preeclampsia 2012. *Journal of Pregnancy*, 2012, 586578.
- enerca (2012). *Report of the epidemiological results concerning rare anaemias in scientific papers*. European Network for Rare and Congenital Anaemias (enerca): https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/20081210/20081210_d14-00_en_ps.pdf (Zugriff am 8.1.2019).
- EUROCAT (2018a). Number of cases and prevalence per 10,000 births of Spina Bifida, for the following registries: Switzerland, from 2007–2016. <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables> (Zugriff am 07.08.2018).
- EUROCAT (2018b). Number of cases and prevalence per 10,000 births of Spina Bifida, for the following registries: Austria, Belgium, Croatia, France, Germany, Ireland, Italy, Malta, NL, Norway, Poland, Portugal, Spain, Switzerland, UK, from 2007–2016. <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables> (Zugriff am 07.08.2018).
- EUROCAT (2018c). Number of cases and prevalence per 10,000 births of Down Syndrome, for the following registries: Switzerland, from 2007–2016. <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables> (Zugriff am 07.08.2018).
- EUROCAT (2018d). Number of cases and prevalence per 10,000 births of Down Syndrome, for the following registries: Austria, Belgium, Croatia, France, Germany, Ireland, Italy, Malta, NL, Norway, Poland, Portugal, Spain, Switzerland, UK, from 2007–2016. <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables> (Zugriff am 07.08.2018).
- EUROCAT (2019). Number of cases and prevalence per 10,000 births of Congenital heart defects, from 2012–2016. <http://www.eurocat-network.eu/accessprevalencedata/prevalencetables> (Zugriff am 03.03.2019).
- EURO-PERISTAT (2018). European Perinatal Health Report, Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. http://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf (Zugriff am 28.11.2019).
- Fiest, K. M., Sauro, K. M., Wiebe, S., Patten, S. B., Kwon, C.-S., Dykeman, J., ... Jetté, N. (2017). Prevalence and incidence of epilepsy. *Neurology*, 88(3), 296–303.

- Forni, R., Stojicevic, V., van Son, C., Lava, S. A., Kuenzle, C., & Beretta-Piccoli, M. (2018). Epidemiology of Cerebral Palsy in Northeastern Switzerland. *Pediatric Physical Therapy*, 30(2), 155–160.
- Forsgren, L., Beghi, E., Öun, A., & Sillanpää, M. (2005). The epidemiology of epilepsy in Europe – a systematic review. *European Journal of Neurology*, 12(4), 245–253.
- Freitag, C. M., May, T. W., Pfäfflin, M., König, S., & Rating, D. (2001). Incidence of Epilepsies and Epileptic Syndromes in Children and Adolescents: A Population-Based Prospective Study in Germany. *Epilepsia*, 42(8), 979–985.
- Garnier-Lengliné, H., Cerf-Bensussan, N., & Ruemmele, F. M. (2015). Celiac disease in children. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, 39(5), 544–551.
- Ghulmiyyah, L., & Sibai, B. (2012). Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia. *Seminars in Perinatology*, 36(1), 56–59.
- Gillessen-Kaesbach, G., & Hellenbroich, Y. (2019). Humangenetik. In C. P. Speer, M. Gahr, & J. Dötsch (Eds.), *Pädiatrie* (pp. 3–22). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57295-5_1
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, 371(9606), 75–84.
- Greiner, W., Batram, M., Damm, O., Scholz, S., & Witte, J. (2018). *Kinder- und Jugendreport 2018 Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Schwerpunkt: Familiengesundheit*. (A. Storm, Ed.) Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 23). Heidelberg: Medhochzwei Verlag GmbH.
- Grize, L., Gassner, M., Wuthrich, B., Bringolf-Isler, B., Takken-Sahli, K., Sennhauser, F. H., . . . Swiss Surveillance Programme on Childhood Allergy and Respiratory symptoms with respect to Air Pollution (SCARPOL) team (2006). Trends in prevalence of asthma, allergic rhinitis and atopic dermatitis in 5–7-year old Swiss children from 1992 to 2001. *Allergy*, 61(5), 556–62.
- Guh, D. P., Zhang, W., Bansback, N., Amarsi, Z., Birmingham, C. L., & Anis, A. H. (2009). The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 9, 88.
- Hanns, L., Cordingley, L., Galloway, J., Norton, S., Carvalho, L. A., Christie, D., . . . Ioannou, Y. (2018). Depressive symptoms, pain and disability for adolescent patients with juvenile idiopathic arthritis: Results from the Childhood Arthritis Prospective Study. *Rheumatology (Oxford, England)*, 57(8), 1381–1389.
- Herzog, D., Fournier, N., Buehr, P., Rueger, V., Koller, R., Heyland, K., . . . Swiss IBD Cohort Study Group (2017). Prevalence of intestinal complications in inflammatory bowel disease: A comparison between paediatric-onset and adult-onset patients. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 29(8), 926.
- Hübner, C., Kaindl, A. M., & Schülke, M. (2013). Neuromuskuläre Erkrankungen. In C. P. Speer & M. Gahr (Eds.), *Pädiatrie* (4., pp. 267–284). Berlin: Springer.
- Indraccolo, U., Pace, M., Corona, G., Bonito, M., Indraccolo, S. R., & Di Iorio, R. (2019). Cesarean section in the absence of labor and risk of respiratory complications in newborns: A case-control study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 32(7), 1160–1166.
- Jallon, P., Goumaz, M., Haenggeli, C., & Morabia, A. (1997). Incidence of First Epileptic Seizures in the Canton of Geneva, Switzerland. *Epilepsia*, 38(5), 547–552.
- Juillerat, P., Pittet, V., Bulliard, J.-L., Guessous, I., Antonino, A. T., Mottet, C., . . . Michetti, P. (2008). Prevalence of Inflammatory Bowel Disease in the Canton of Vaud (Switzerland): A population-based cohort study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2(2), 131–141.
- Karvonen, M., Pitkäniemi, J., & Tuomilehto, J. (1999). The onset age of type 1 diabetes in Finnish children has become younger. The Finnish Childhood Diabetes Registry Group. *Diabetes Care*, 22(7), 1066–1070.
- Katona, É., Zrínyi, M., Lengyel, S., Komonyi, É., Paragh, G., Zatik, J., . . . Páll, D. (2011). The prevalence of adolescent hypertension in Hungary – The Debrecen Hypertension Study. *Blood Pressure*, 20(3), 134–139.
- Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 15(1), e1002494.
- Keller, K.-M. (2003). Klinische Symptomatik: «Zöliakie, ein Eisberg.» *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 151(7), 706–714.
- Kesavan, K., & Devaskar, S. U. (2019). Intrauterine Growth Restriction: Postnatal Monitoring and Outcomes. *Pediatric Clinics of North America*, 66(2), 403–423.
- Kinderspital Zürich. (2018). *Neugeborenen Screening – Jahresbericht 2017*. http://www.neoscreening.ch/display.cfm/id/100532/displ_type/dmssimple/pageId/80720 (Zugriff am 04.07.2018).

- Kohne, E., & Kleihauer, E. (2010). Hemoglobinopathies: A longitudinal study over four decades. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107(5), 65–71.
- Kolip, P., Nolting, H. D., & Zich, K. (2012). Faktencheck Gesundheit, Kaiserschnittgeburten – Entwicklung und regionale Verteilung. Erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. <https://faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/kaiserschnitt/ergebnis-ueberblick/> (Zugriff am 08.06.2018).
- König, C., Pehlke-Milde, J., Greuter, U., & Gügler, R. (2011). Kaiserschnittgeburten: Häufigkeiten, Gründe und Konsequenzen – Eine Literaturübersicht zuhänden des BAG, unveröffentlichter Schlussbericht.
- Krujshaar, M., Tschertter, A., Lötscher, N., Kühni, C., & Klein, A. (2019). *Swiss Registry for Neuromuscular Disorders – Annual Report for 2018*. Bern: Swiss Registry for Neuromuscular Disorders.
- Kunz, J. B., Awad, S., Happich, M., Muckenthaler, L., Lindner, M., Gramer, G., . . . Kulozik, A.E. (2016). Significant prevalence of sickle cell disease in Southwest Germany: Results from a birth cohort study indicate the necessity for newborn screening. *Annals of Hematology*, 95(3), 397–402.
- Landon, M. B., Spong, C. Y., Thom, E., Carpenter, M. W., Ramin, S. M., Casey, B., . . . Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network (2009). A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 361(14), 1339–1348.
- Lawlor, D. A., Macdonald-Wallis, C., Fraser, A., Nelson, S. M., Hingorani, A., Davey Smith, G., . . . Deanfield, J. (2012). Cardiovascular biomarkers and vascular function during childhood in the offspring of mothers with hypertensive disorders of pregnancy: Findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *European Heart Journal*, 33(3), 335–345.
- Léger, J., Olivieri, A., Donaldson, M., Torresani, T., Krude, H., van Vliet, G., . . . Congenital Hypothyroidism Consensus Conference Group (2014). European Society for Paediatric Endocrinology consensus guidelines on screening, diagnosis, and management of congenital hypothyroidism. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 99(2), 363–384.
- Logan, N. S., Shah, P., Rudnicka, A. R., Gilmartin, B., & Owen, C. G. (2011). Childhood ethnic differences in ametropia and ocular biometry: *The Aston Eye Study*. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 31(5), 550–558.
- Mann, J. P., Valenti, L., Scorletti, E., Byrne, C. D., & Nobili, V. (2018). Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Children. *Seminars in Liver Disease*, 38(1), 1–13.
- Mariné, M., Farre, C., Alsina, M., Vilar, P., Cortijo, M., Salas, A., . . . Esteve, M. (2011). The prevalence of coeliac disease is significantly higher in children compared with adults. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 33(4), 477–486.
- Martinez, F. D. (2009). The Origins of Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Early Life. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 6(3), 272–277.
- Mesquita, D. N., Barbieri, M. A., Goldani, H. A. S., Cardoso, V. C., Goldani, M. Z., Kac, G., . . . Bettiol, H. (2013). Cesarean Section Is Associated with Increased Peripheral and Central Adiposity in Young Adulthood: Cohort Study. *PloS One*, 8(6), e66827.
- Metzger, D., Pezler, T. F., & Veraguth, D. (2013). Evaluation of universal newborn hearing screening in Switzerland 2012 and follow-up data for Zurich. *Swiss Medical Weekly*, 143, w13905.
- Michaelis, R., & Niemann, G. (2017). *Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie: Grundlagen, diagnostische Strategien, Entwicklungstherapien und Entwicklungsförderungen* (5.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Michl, M. (2005). *Hämatologie*. München, Jena: Urban & Fischer.
- Miller, S. L., Huppi, P. S., & Mallard, C. (2016). The consequences of fetal growth restriction on brain structure and neurodevelopmental outcome. *The Journal of Physiology*, 594(4), 807–823.
- Minden, K., & Niewerth, M. (2008). Klinische Formen der juvenilen idiopathischen Arthritis und ihre Klassifikation. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 67(2), 100–110.
- Mitchell, L. E., Adzick, N. S., Melchionne, J., Pasquariello, P. S., Sutton, L. N., & Whitehead, A. S. (2004). Spina bifida. *The Lancet*, 364(9448), 1885–1895.
- Morton, N. E., Mackinney, A. A., Kosowor, N., Schilling, R. F., & Gray, M. P. (1961). Genetics of Spherocytosis. *Am J Human Genetics*, 14, 170–184.
- Mosimann, B., Pffnner, C., Amyliidi-Mohr, S., Risch, L., Surbek, D., & Raio, L. (2017). First trimester combined screening for preeclampsia and small for gestational age—A single centre experience and validation of the FMF screening algorithm. *Swiss Medical Weekly*, 147, w14498.
- Neuhauser, H., Poethko-Müller, C., & KiGGS Study Group. (2014). Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 57(7), 779–788.

- NICER. (2019a). *Krebsinzidenz*. Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung: <http://www.nicer.org/de/statistiken-atlas/krebsinzidenz/> (Zugriff am 10.1.2019).
- Nika, T., Stabouli, S., Kollios, K., Papadopoulou-Legbelou, K., Printza, N., Antza, C., ... Kotsis, V. (2019). Obesity and season as determinants of high blood pressure in a school-based screening study. *Journal of Human Hypertension*, 33(4), 277–285. doi: 10.1038/s41371-019-0168
- Obsan (2015). Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. *Nationaler Gesundheitsbericht*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. September 4, 2017, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infotehk/publ.Document.195686.pdf> (Zugriff am 04.09.2018).
- Olén, O., Askling, J., Sachs, M., Frumento, P., Neovius, M., Smedby, K., ... Ludvigsson, J.F. (2017). Childhood onset inflammatory bowel disease and risk of cancer: A Swedish nationwide cohort study 1964–2014. *The BMJ*, 358, j3951. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5605779/>
- Ostrowska-Nawarycz, L., & Nawarycz, T. (2007). Prevalence of excessive body weight and high blood pressure in children and adolescents in the city of Lodz. *Kardiologia Polska*, 65(9), 1079–1089.
- Patterson, C. C., Harjutsalo, V., Rosenbauer, J., Neu, A., Cinek, O., Skrivarhaug, T., ... Green, A. (2019). Trends and cyclical variation in the incidence of childhood type 1 diabetes in 26 European centres in the 25 year period 1989–2013: A multicentre prospective registration study. *Diabetologia*, 62(3), 408–417.
- Perrotta, S., Gallagher, P. G., & Mohandas, N. (2008). Hereditary spherocytosis. *The Lancet*, 372(9647), 1411–26.
- Petty, R. E., Southwood, T. R., Manners, P., Baum, J., Glass, D. N., Goldenberg, J., ... International League of Associations for Rheumatology (2004). International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: Second revision, Edmonton, 2001. *The Journal of Rheumatology*, 31(2), 390–392.
- Pittet, V., Juillerat, P., Mottet, C., Felley, C., Ballabeni, P., Burnand, B., ... Swiss IBD Cohort Study Group (2009). Cohort Profile: The Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study (SIBDCS). *International Journal of Epidemiology*, 38(4), 922–931.
- Prahalad, P., Tanenbaum, M., Hood, K., & Maahs, D. M. (2018). Diabetes technology: Improving care, improving patient-reported outcomes and preventing complications in young people with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 35(4), 419–429.
- Purde, M.-T., Baumann, M., Wiedemann, U., Nydegger, U. E., Risch, L., Surbek, D., & Risch, M. (2015). Incidence of preeclampsia in pregnant Swiss women. *Swiss Medical Weekly*, 145, w14175.
- Rastogi, M. V., & LaFranchi, S. H. (2010). Congenital hypothyroidism. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 5, 17.
- Resnik, R. (2002). Intrauterine growth restriction. *Obstetrics and Gynecology*, 99(3), 490–496.
- Roberts, C. L., Ford, J. B., Algert, C. S., Antonsen, S., Chalmers, J., Cnattingius, S., ... Weir, C.J. (2011). Population-based trends in pregnancy hypertension and pre-eclampsia: An international comparative study. *BMJ Open*, 1(1). April 24, 2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191437/>
- Roethlisberger, S., Jeanneret, C., Saurenmann, T., Cannizzaro, E., Bolt, I., Sauvain, M.-J., ... Hofer, M. (2015). Pediatric Rheumatology in Switzerland Data from the Swiss Pediatric Rheumatology Registry. *Paediatrica*, 26(2), 1.
- Roizen, N. J., & Patterson, D. (2003). Down's syndrome. *The Lancet*, 361(9365), 1281–1289.
- Romero, R., Dey, S. K., & Fisher, S. J. (2014). Preterm labor: One syndrome, many causes. *Science*, 345(6198), 760–765.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M. G., & Bax, M. (2007). The Definition and Classification of Cerebral Palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 1–44.
- Rubio-Tapia, A., Kyle, R. A., Kaplan, E. L., Johnson, D. R., Page, W., Erdtmann, F., ... Murray, J.A. (2009). Increased Prevalence and Mortality in Undiagnosed Celiac Disease. *Gastroenterology*, 137(1), 88–93.
- Rudnicka, A. R., Owen, C. G., Nightingale, C. M., Cook, D. G., & Whincup, P. H. (2010). Ethnic Differences in the Prevalence of Myopia and Ocular Biometry in 10- and 11-Year-Old Children: The Child Heart and Health Study in England (CHASE). *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 51(12), 6270–6276.
- Rüegger, C., Hegglin, M., Adams, M., Bucher, H. U., & Swiss Neonatal Network. (2012). Population based trends in mortality, morbidity and treatment for very preterm- and very low birth weight infants over 12 years. *BMC pediatrics*, 12, 17.
- Rutz, R., Ritzler, E., Fierz, W., & Herzog, D. (2002). Prevalence of asymptomatic celiac disease in adolescents of eastern Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 132(3–4), 43–47.
- Ryder, S., Leadley, R. M., Armstrong, N., Westwood, M., De Kock, S., Butt, T., ... Kleijnen, J. (2017). The burden, epidemiology, costs and treatment for Duchenne muscular dystrophy: An evidence review. *Orphanet journal of rare diseases*, 12(1), 79.

- Ryser Rüetschi, J., Jornayvaz, F. R., Rivest, R., Huhn, E. A., Irion, O., & Boulvain, M. (2016). Fasting glycaemia to simplify screening for gestational diabetes. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, *123*(13), 2219–2222.
- Salam, R. A., Das, J. K., & Bhutta, Z. A. (2014). Impact of intrauterine growth restriction on long-term health. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, *17*(3), 249–254.
- Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., . . . Temmerman, M. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, *392*(10155), 1349–1357.
- Santiago, A. C. T., Cunha, L. P. M. da, Vieira, N. S. A., Moreira, L. M. O., Oliveira, P. R. de, Lyra, P. P. R., & Alves, C. de A. D. (2018). Breastfeeding in children born small for gestational age and future nutritional and metabolic outcomes: A systematic review. *Jornal De Pediatria*, *95*(3), 264–274.
- Schlapbach, L. J., Adams, M., Proietti, E., Aebischer, M., Grunt, S., Borradori-Tolsa, C., . . . Swiss Neonatal Network & Follow-up Group (2012). Outcome at two years of age in a Swiss national cohort of extremely preterm infants born between 2000 and 2008. *BMC pediatrics*, *12*, 198.
- Schoenle, E. J., Lang-Muritano, M., Gschwend, S., Laimbacher, J., Mullis, P. E., Torresani, T., . . . Molinari, L. (2001). Epidemiology of Type I diabetes mellitus in Switzerland: Steep rise in incidence in under 5 year old children in the past decade. *Diabetologia*, *44*(3), 286–289.
- Schuster, A. K., Elflein, H. M., Pokora, R., & Urschitz, M. S. (2017). Prävalenz und Risikofaktoren der Kurzsichtigkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse der KiGGS-Studie. *Klinische Pädiatrie*, *229*(04), 234–240.
- Secinti, E., Thompson, E. J., Richards, M., & Gaysina, D. (2017). Research Review: Childhood chronic physical illness and adult emotional health – a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(7), 753–769.
- Sevelsted, A., Stokholm, J., & Bisgaard, H. (2016). Risk of Asthma from Cesarean Delivery Depends on Membrane Rupture. *The Journal of Pediatrics*, *171*, 38–42.e1–4.
- Sevelsted, A., Stokholm, J., Bønnelykke, K., & Bisgaard, H. (2015). Cesarean section and chronic immune disorders. *Pediatrics*, *135*(1), e92–98.
- SGB-FSS. (2019). *Mit den Augen hören*. Zürich: Schweizerischer Gehörlosenbund. <https://www.sgb-fss.ch/gehoerlose-in-der-schweiz/> (Zugriff am 15.1.2019).
- Sologashvili, T., Prêtre, R., Nowacka, A., Beghetti, M., & Sekarski, N. (2017). Angeborene Fehlbildungen des Herzens. *SwissMedicalForum*, *17*, 570–577.
- Song, F., Wu, W., Qian, Z., Zhang, G., & Cheng, Y. (2017). Assessment of the Placenta in Intrauterine Growth Restriction by Diffusion-Weighted Imaging and Proton Magnetic Resonance Spectroscopy. *Reproductive Sciences (Thousand Oaks, Calif.)*, *24*(4), 575–581.
- Spring, S. (2012). *Sehbehinderung und Blindheit: Entwicklung in der Schweiz. Eine Publikation zur Frage: «Wie viele sehbehinderte, blinde und hörsehbehinderte Menschen gibt es in der Schweiz?»* Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen: https://www.szb.ch/fileadmin/user_upload/szb-factsheet_sehbehinderung_und-blindheit_entwicklung_in_der_schweiz_2012.pdf (Zugriff am 14.1.2019).
- Stamm, H., Fischer, A., & Lamprecht, M. (2017). *Vergleichendes Monitoring der Gewichtsdaten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz, Analyse von Daten aus den Kantonen Basel-Stadt, Bern, Graubünden, Jura, Luzern, Obwalden, St. Gallen und Uri sowie den Städten Bern, Freiburg und Zürich*. Arbeitspapier 41. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stamm, H., Fischer, A., & Lamprecht, M. (2019). *Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Entwicklung von Übergewicht/Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2017/18 mit Fokus Wohnumfeld*. Faktenblatt 37. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stokholm, J., Thorsen, J., Chawes, B. L., Schjørring, S., Krogfelt, K. A., Bønnelykke, K., & Bisgaard, H. (2016). Cesarean section changes neonatal gut colonization. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *138*(3), 881–889.e2.
- Surveillance of Cerebral Palsy in Europe. (2000). Surveillance of Cerebral Palsy in Europe. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *42*, 816–824.
- Swissmedic (2017, September 20). *Spinraza®, Injektionslösung (Nusinersen)*. July 26, 2019, https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/authorisations/new-medicines/spinraza_injektionsloesung_nusinersen.html
- SwissNeoNet (2000, 2016). Ein früher Start ins Leben: Was bringt ein nationales Register? <http://www.pedreg.unibe.ch/de/register> (Zugriff am 04.02.2019).
- Sýkora, J., Pomahačová, R., Kreslová, M., Cvalínová, D., Štych, P., & Schwarz, J. (2018). Current global trends in the incidence of pediatric-onset inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*, *24*(25), 2741–2763.

- Szinnaï, G. (2012). Kongenitale Hypothyreose – ein Update über Diagnose, Therapie und Genetik. *Paediatrica*, 23(5).
- Tercanli, S., Surbek, D., Lapaire, O., Vial, Y., Hodel, M., Burkhardt, N., ... Mosimann, B. (2019). Risikospezifizierung Präeklampsie im 1. Trimester, Expertenbrief No 57, Kommission Qualitätssicherung. https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/57_Risikospezifizierung_Praeeklampsie.pdf (Zugriff am 24.04.2019)
- Thierry, S., Fautrel, B., Lemelle, I., & Guillemin, F. (2014). Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: A systematic review. *Joint Bone Spine*, 81(2), 112–117.
- Tollånes, M. C., Moster, D., Daltveit, A. K., & Irgens, L. M. (2008). Cesarean section and risk of severe childhood asthma: A population-based cohort study. *The Journal of Pediatrics*, 153(1), 112–116.
- Turkel, S., & Pao, M. (2007). Late Consequences of Pediatric Chronic Illness. *The Psychiatric clinics of North America*, 30(4), 819–835.
- Van Stirum, J., Baerlocher, K., Fanconi, A., Gugler, E., Tönz, O., & Shmerling, D. H. (1982). The incidence of coeliac disease in children in Switzerland. *Helvetica paediatrica acta*, 37(5), 421–430.
- Villarreal, M. G., Ohlsson, J., Abrahamsson, M., Sjöström, A., & Sjöstrand, J. (2000). Myopisation: The refractive tendency in teenagers. Prevalence of myopia among young teenagers in Sweden. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 78(2), 177–181.
- WHO (2015a). WHO Statement on Caesarean Section Rates. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1 (Zugriff am 04.02.2019).
- WHO (2015b). WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf;jsessionid=6327647BCEA3977F26E9F96A0A5B54BA?sequence=1 (Zugriff am 04.02.2019).
- WHO (2016b). Global Report on Diabetes. February 4, 2019, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf?sequence=1 (Zugriff am 04.02.2019).
- WHO (2018a). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: Overweight and obesity among 6–9-year-old children. Report of the third round of data collection 2012–2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/378865/COSI-3.pdf (Zugriff am 25.02.2019).
- WHO (2018b). What are the risks of diabetes in children? <https://www.who.int/features/qa/65/en/> (Zugriff am 18.12.2018).
- Wijnhoven, T. M., van Raaij, J. M., Spinelli, A., Starc, G., Hassapidou, M., Spiroski, I., ... Breda, J. (2014). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: Body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health*, 14(1), 806.
- Williams, K. M., Verhoeven, V. J. M., Cumberland, P., Bertelsen, G., Wolfram, C., Buitendijk, G. H. S., Hofman, A., et al. (2015). Prevalence of refractive error in Europe: The European Eye Epidemiology (E3) Consortium. *European Journal of Epidemiology*, 30(4), 305–315.
- Yiu, E. M., & Kornberg, A. J. (2015). Duchenne muscular dystrophy. *Journal of paediatrics and child health*, 51(8), 759–764.
- Zydorczyk, C., Armengaud, J. B., Peyter, A. C., Chehade, H., Cachat, F., Juvet, C., ... Simeoni, U. (2017). Endothelial dysfunction in individuals born after fetal growth restriction: Cardiovascular and renal consequences and preventive approaches. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 8(4), 448–464.
- Zysset, A., Volken, T., Grylka, S., & Dratva, J. (2019). *Wissenschaftliche Übersichtsarbeit frühe Kindheit (0-4j) in der Schweiz: Gesundheit und Prävention*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

07 Gesundheitsverhalten



Marina Delgrande Jordan, Thierry Mathieu,
Luca Notari & Valentine Schmidhauser
Sucht Schweiz

Kernaussagen

- Für Kleinkinder existieren auf nationaler Ebene kaum Daten über die gesundheitsfördernden und gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen, für grössere Kinder (6 bis 10 Jahre) sind die Daten bereits etwas weniger fragmentarisch, und bei den 11- bis 25-Jährigen decken die Daten das breiteste Spektrum an Verhaltensweisen ab.
- Das Stillverhalten entspricht weitgehend den aktuellen Empfehlungen.
- Nur eine Minderheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen befolgt die Empfehlung, pro Tag mindestens 5 Portionen Früchte und Gemüse zu essen. Mädchen und junge Frauen tun dies etwas öfter als Jungen und junge Männer.
- Die grosse Mehrheit der 6- bis 10-Jährigen hält sich an die Empfehlung, sich mindestens 60 Minuten pro Tag mit mittlerer bis hoher Intensität zu bewegen, was bei den 11- bis 16-Jährigen nicht der Fall ist. Die Jungen halten sich eher an die Empfehlung als die Mädchen.
- Die tatsächliche Schlafdauer nimmt im Verlauf der Entwicklung stark ab. Vor Schultagen halten 60% der 14- und 15-Jährigen die Empfehlung ein, 8 bis 10 Stunden pro Nacht zu schlafen. Schlaflosigkeit ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen verbreitet.
- Der Konsum von psychoaktiven Substanzen beginnt im Allgemeinen im Jugendalter und steigt dann bis zu Beginn der Zwanzigerjahre rasch an. Die Jungen und jungen Männer haben einen höheren Konsum als die Mädchen und jungen Frauen, wobei es je nach Produkt und Konsumschwelle Ausnahmen gibt.
- Bei den 14 und 15-Jährigen hatten 17,1% der Jungen und 8,9% der Mädchen bereits Geschlechtsverkehr (was als frühe sexuelle Aktivität gilt). Ab 20 Jahren ist die grosse Mehrheit der jungen Erwachsenen sexuell aktiv.
- Die Daten zur Gesundheitskompetenz junger Menschen sind lückenhaft. Man kann dennoch schätzen, dass rund die Hälfte der 15- bis 25-Jährigen ausreichende oder manchmal sogar hervorragende Kompetenzen hat, um angemessene gesundheitliche Entscheidungen zu treffen.

7.1 Bedeutung des Gesundheitsverhaltens

In der Kindheit wird das («Gesundheits-»)verhalten massgeblich von den Eltern beeinflusst. In der Adoleszenz werden die Jugendlichen nach und nach selbstständiger und beginnen, neue Verhaltensweisen auszuprobieren, von denen ein Teil bis ins Erwachsenenalter bestehen bleibt (Papalia et al., 2010).

Aus epidemiologischer Sicht werden viele Verhaltensweisen als Schutz- oder Risikofaktoren für die Gesundheit betrachtet (Lim et al., 2012), insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten (NCD) (World Health Organization [WHO], 2015). Das Gesundheitsverhalten einer Person (und ihres Umfelds) trägt ungeachtet des Alters in Wechselwirkung mit ihren Lebensbedingungen nicht nur kurzfristig zur Gesundheit bei, sondern legt auch die Grundlagen für die Gesundheit im späteren Leben (Kuh & Shlomo, 2004). Daher sind die perinatale Phase, die Kindheit und die Adoleszenz Lebensabschnitte, die für die Prävention gesundheitsschädigender Verhaltensweisen sowie zur Stärkung gesundheitsfördernder oder -schützender Verhaltensweisen von zentraler Bedeutung sind (Catalano et al., 2012; Due et al., 2011; Patton et al., 2016; Popova et al., 2017; Raphael, 2010; Raphael, 2013; Wang et al., 2018) (siehe Kapitel Gesundheitsförderung und Prävention).

7.2 Ziele und Methodik

In diesem Kapitel werden die epidemiologischen Daten und die Erhebungsdaten präsentiert, die relevant sind für eine Auswahl von Verhaltensweisen, die als förderlich oder schädlich für die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gelten. Auf die Lebensbedingungen und Ressourcen der jungen Menschen wird in einem anderen Kapitel eingegangen (Kapitel Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen). Es gilt zu erwähnen, dass hier die verschiedenen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen separat behandelt werden, obwohl sie in Wirklichkeit häufig eng miteinander verbunden sind (Spring et al., 2012).

Die in diesem Kapitel präsentierten Daten stammen aus einer Recherche zu der seit 2000 publizierten Literatur zum Gesundheitsverhalten der 0- bis 25-Jährigen in der Schweiz. Dabei handelt es sich hauptsächlich um graue Literatur, die mit Recherchen in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken ergänzt wurde. Schweizweiten Erhebungen wird der Vorzug gegeben. Wenn es keine solchen gibt, werden kantonale oder regionale Umfragen herangezogen. Da sich die Methodik dieser Erhebungen unterscheidet, ist ein direkter Vergleich der Ergebnisse nicht möglich.

Dieses Kapitel stellt insbesondere den (geschätzten) Anteil der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor, die angeben, sich den aktuellen Gesundheitsempfehlungen entsprechend zu verhalten. Dabei wird auf einen Schwellenwert abgestellt, der als

vorteilhaft für die Gesundheit betrachtet wird, wobeidarauf hingewiesen wird, dass sich diese Empfehlungen nach dem Stand der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse richten, die einem stetigen Wandel unterliegen. Deshalb haben sich die Empfehlungen in den vergangenen Jahrzehnten entwickelt und werden immer wieder diskutiert.

7.3 Ernährung

Stillen

In den ersten Lebensmonaten findet der Übergang von der intrauterinen Ernährung zu einer reinen Milchnahrung und dann zu einer abwechslungsreichen Beikost statt (Schweizerische Gesellschaft für Ernährung [SGE], 2012).

Das Stillen bietet sowohl für das Kind als auch für die Mutter gesundheitliche Vorteile (Eidgenössische Ernährungscommission, 2015). Beim Kind senkt es beispielsweise das Risiko von gastrointestinalen und respiratorischen Infektionen und später das Risiko für die Entwicklung von Adipositas sowie von Typ-1- und Typ-2-Diabetes.

Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) und jene für Ernährung *empfehlen* das ausschliessliche Stillen bis zum Altern von 4 bis 6 Monaten und anschliessend zwischen dem 5. und 7. Lebensmonat die schrittweise Einführung von Beikost (Ernährungskommission der SGP, 2011; SGE, 2012).¹

Die umfassendsten Daten zum Stillen von Säuglingen im 1. Lebensjahr stammen aus der nationalen Studie SWIFS («Swiss Infant Feeding Study») (Dratva et al., 2014). Diese Studie, die 1994, 2003 und 2014 bei Müttern von Säuglingen in den 3 grossen Sprachregionen der Schweiz durchgeführt wurde, zeigt, dass das Stillverhalten weitgehend den aktuellen Empfehlungen entspricht. Gemäss dieser Studie stillten 2014 95% der Mütter ihr Kind ab der Geburt. Somit wurde wie auch 1994 (92%) und 2003 (94%) nur ein kleiner Teil der Kinder gar nicht gestillt. Mit rund 3 Monaten wurde die Hälfte der Säuglinge immer noch ausschliesslich mit Muttermilch gestillt, und mit rund 7 Monaten wurde rund die Hälfte der Säuglinge immer noch gestillt, die meisten davon teilweise (mediane Gesamtstilldauer = 31 Wochen). Die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2017 zeigen ebenfalls eine sehr hohe Stillprävalenz, denn rund 90% der Mütter, deren jüngstes Kind zum Zeitpunkt der Befragung weniger als 5 Jahre alt war, gaben an, ihr Kind gestillt zu haben. Obschon die verwendeten Methoden

¹ Diese Empfehlungen unterscheiden sich etwas von jenen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die 6 Monate ausschliessliches Stillen und die schrittweise Einführung der Beikost ab dem 7. Lebensmonat, idealerweise neben dem Weiterführen des Stillens bis zum 2. Lebensjahr vorsehen (WHO, 2001). Die Empfehlungen der WHO richten sich in erster Linie an Länder, in denen Muttermilch wirtschaftliche und hygienische Vorteile bietet.

nicht vergleichbar sind, sei hier erwähnt, dass die Stillquote in Deutschland in den letzten 20 Jahren ebenfalls hoch war (72–97%), und im Alter von 6 Monaten noch rund die Hälfte der Säuglinge gestillt wurde (Weissenborn et al., 2016).

Das Stillverhalten entspricht weitgehend den aktuellen Empfehlungen.

Die SWIFS-Studie zeigt, dass die Eltern bei der schrittweisen Einführung von Beikost und Getränken in die Ernährung des Babys im Allgemeinen zuerst Gemüse (Kartoffeln nicht eingeschlossen), dann Früchte und Getreide wählen und mit der Einführung von Fleisch und Brot bis zum 7. Lebensmonat zuwarten. Andere Lebensmittel wie Fisch, Joghurt und Ei werden später eingeführt.

Ernährungsverhalten

Die Ernährung der 1- bis 3-jährigen Kinder kann als Übergang zwischen dem Stillen und der Familienkost betrachtet werden (Eidgenössische Ernährungskommission, 2015). Im Kleinkindalter und in der Kindheit erfolgen die Wahl der Lebensmittel und die Bestimmung des Mahlzeitenrhythmus durch die Eltern, die somit in diesem Bereich zusammen mit den anderen Bezugspersonen eine Vorbildfunktion wahrnehmen. Das Ernährungsverhalten der Jugendlichen ist nach wie vor stark geprägt von der Familie, wobei die Jugendlichen in ihrem Ernährungsverhalten zunehmend autonom werden.

Viele Forschungsarbeiten haben sich mit dem Zusammenhang zwischen Ernährungsgewohnheiten und Gesundheit befasst. Sie bestätigen einen Zusammenhang zwischen bestimmten NCD und Ernährungsfaktoren wie ungenügendem Konsum von Früchten und Gemüse oder einem zu hohen Salzkonsum (Afshin et al., 2019). Umgekehrt geht eine massvolle, abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung mit einem gesundheitlichen Nutzen einher (Eidgenössische Ernährungskommission, 2019).

In der Schweiz existieren keine publizierten repräsentativen Daten über das Ernährungsverhalten der 3- bis 10-jährigen Kinder, wie sie beispielsweise in der KiGGS-Studie in Deutschland (Krug et al., 2018) und der Studie über den Lebensmittelverzehr in Belgien (de Ridder et al., 2016) erfasst werden. Für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen zwar mehr, jedoch nur partielle Daten vor. Mit allgemeinen Bevölkerungsstudien lassen sich nämlich die komplexen und vielschichtigen Aspekte der Ernährung nicht vollständig erfassen. In den folgenden Abschnitten wird auf diejenigen Aspekte eingegangen, für die am meisten Daten vorliegen.

Zum Thema ausgewogene Ernährung hat die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung Empfehlungen für Kinder (SGE, 2017), Jugendliche (SGE, 2011a) sowie Erwachsene ab 19 Jahren (SGE, 2011b) erstellt, die deren spezifischen Bedürfnissen Rechnung tragen. Die Schweizerische Lebensmittelpyramide (im Folgenden «SLP» genannt) veranschaulicht die ideale Zusammensetzung der Ernährung.

Häufigkeit des Konsums von Lebensmitteln und Getränken

In der Tabelle T7.1 sind die Ergebnisse der SGB 2017 und der internationalen Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 zur Häufigkeit des üblichen Verzehrs einer kleinen Auswahl von Lebensmitteln und Getränken dargestellt, die drei der sechs Gruppen der SLP entsprechen: Früchte und Gemüse, eiweissreiche Lebensmittel tierischer oder pflanzlicher Herkunft, von denen einige auch reich an Kalzium (Milch, Milchprodukte), Eisen (Fleisch) oder Omega-3-Fettsäuren (Fisch) sind, sowie Lebensmittel, die nur gelegentlich konsumiert werden sollten, wie Süssigkeiten, Süssgetränke und salzige Knabberien. Für jedes Lebensmittel oder Getränk wird eine bestimmte Konsumhäufigkeit vorgeschlagen, die sich an den Empfehlungen der SLP orientiert. Ein Vergleich mit den SLP-Empfehlungen ist jedoch nicht möglich, da diese nicht die konsumierten Mengen widerspiegeln. So assen beispielsweise 2018 40,9% der 11- bis 15-jährigen Jungen und 50,8% der gleichaltrigen Mädchen jeden Tag Früchte und 41,5% bzw. 49,8% jeden Tag Gemüse. Diese Anteile entsprechen in etwa denen von 2014, während sie zwischen 2002 und 2014 tendenziell angestiegen waren.

Der tägliche Früchte- und Gemüsekonsum der 11- bis 15-Jährigen ist zwischen 2002 und 2014 angestiegen. 2018 wurde kein weiterer Anstieg verzeichnet.

Ausserdem konsumierten 87,1% der Jungen und 93,7% der Mädchen im gleichen Alter weniger als zweimal pro Woche Energy Drinks. Seit 2010 werden diese Getränke immer weniger konsumiert.

Häufigkeit des Konsums von 3 Gruppen von Lebensmitteln und Getränken (gemäss SLP) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, nach Geschlecht, Schweiz

T 7.1

	11–15 Jahre (HBSC 2018)				16–25 Jahre (SGB 2017)			
	J (%)	KI 95%	M (%)	KI 95%	J (%)	KI 95%	M (%)	KI 95%
Früchte und Gemüse								
Früchte jeden Tag	40,9	39,4–42,4	50,8	49,3–52,3	53,1 ^a	50,6–55,6	67,4 ^a	65,0–69,8
Gemüse jeden Tag	41,5	39,9–43,1	49,8	48,2–51,3	45,0 ^b	42,4–47,5	56,9 ^b	54,3–59,4
Eiweissreiche Lebensmittel								
Milch jeden Tag	54,2	52,8–55,6	43,7	42,3–45,1	–	–	–	–
Milchprodukte jeden Tag	36,1	34,8–37,4	32,1	30,8–33,4	–	–	–	–
Fleisch 2–4 Tage/Woche ^c	26,3	25,1–27,6	29,0	27,8–30,3	34,9	32,5–37,4	50,5	47,9–53,1
Fisch mindestens einmal/Woche	45,7	44,0–47,3	37,1	35,4–38,8	59,1	56,6–61,6	53,1	50,5–55,6
Mit Mass zu geniessen								
Süssigkeiten weniger als zweimal/Woche	26,4 ^d	25,1–27,7	23,5 ^d	22,1–24,9	25,9 ^e	23,7–28,1	16,3 ^e	14,5–18,3
Süssgetränke weniger als zweimal/Woche	40,5 ^f	39,0–42,1	54,2 ^f	52,6–55,8	26,3 ^g	24,2–28,6	52,3 ^g	49,7–54,9
Energiedrinks weniger als zweimal/Woche	87,1	85,9–88,1	93,7	92,8–94,4	–	–	–	–
Salzige Knabbereien weniger als zweimal/Woche	–	–	–	–	46,8	44,3–49,3	55,2	52,6–57,7

Anmerkungen: J = Jungen, M = Mädchen; die Antworten der beiden Altersgruppen können nicht direkt verglichen werden, da sie aus Studien mit unterschiedlicher Methodik stammen. KI 95% = Konfidenzintervall von 95%

^a einschliesslich Fruchtsaft

^b einschliesslich Gemüsesaft

^c Häufigkeit, die auf eine gewisse Abwechslung bei den eiweissreichen Lebensmitteln schliessen lässt.

^d Bonbons oder Schokolade

^e Süssigkeiten oder Desserts

^f Energy Drinks im Prinzip ausgeschlossen

^g Energy Drinks eingeschlossen, «Light»-Getränke ausgeschlossen

Quellen: Sucht Schweiz – HBSC 2018 (Delgrande Jordan et al., 2020); BFS – SGB 2017

© Obsan 2020

Früchte- und Gemüseportionen

Gemäss der SLP wird empfohlen, pro Tag mindestens 5 Portionen² Früchte und Gemüse, die idealerweise auf mindestens 3 Portionen Gemüse und 2 Portionen Früchte verteilt werden, zu essen. Gemäss schweizweiten Studien setzt nur eine Minderheit der jungen Menschen diese Empfehlung um, wobei dies bei den Mädchen und jungen Frauen etwas

² Eine Portion entspricht einer Handvoll (HBSC) oder ist etwa so gross wie die Hand, oder wie ein Apfel oder eine Birne (SGB). Gemäss SLP kann pro Tag eine Portion durch 2dl Gemüse- oder Fruchtsaft (ohne Zuckerzusatz) ersetzt werden.

häufiger der Fall ist als bei den Jungen und jungen Männern. Zum gleichen Schluss gelangen, unter Anwendung anderer Methoden, beispielsweise die KiGGS-Studie in Deutschland (Krug et al., 2018) und die Studie über den Lebensmittelverzehr in Belgien (de Ridder et al., 2016).

So betrug der Anteil der Kinder und Jugendlichen in der Schweiz, die pro Tag 5 Portionen Früchte und Gemüse essen, bei den 6- bis 11-Jährigen, die an der SOPHYA-Studie 2013/2014 teilnahmen, 32% (von ihren Eltern bereitgestellte Informationen). Bei den 11- bis 15-Jährigen beliefen sich diese Anteile im Rahmen der HBSC-Studie 2018³ auf 14,8% bei den Jungen und auf 20,4% bei den Mädchen, wobei die Jugendlichen, deren Eltern beide in der Schweiz geboren sind, die Empfehlung im Verhältnis häufiger befolgten (19,7%) als jene mit einem im Ausland geborenen Elternteil (15,8%). Gemäss der SGB 2017 wurde das weniger strenge Ziel, pro Tag 5 Portionen oder mehr Früchte und Gemüse an mindestens 5 Tagen pro Woche zu essen, von 18,6% der 16- bis 25-jährigen Männer und von 23,0% der gleichaltrigen Frauen erreicht. Gemäss der Nationalen Ernährungserhebung menuCH 2014–2015, die bei der 18- bis 75-jährigen Wohnbevölkerung durchgeführt wurde, konsumierten 6,3% der 18- bis 34-Jährigen mindestens 5 Portionen Früchte und Gemüse pro Tag und wiesen damit den tiefsten Anteil auf (Bochud et al., 2017).

Salz

Natriumchlorid, der wichtigste Bestandteil von Speisesalz, ist unentbehrlich für den Organismus, aber ein übermässiger Konsum stellt einen kardiovaskulären Risikofaktor dar. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt einen Konsum von höchstens 5g⁴ pro Person und Tag⁵ (WHO, 2012).

Gemäss der Studie zum Salzkonsum der Schweizer Bevölkerung, die 2010/2011 bei Personen ab 15 Jahren in neun Kantonen durchgeführt wurde⁶, hielten sich damals 21% der 15- bis 29-jährigen Frauen und 8% der gleichaltrigen Männer an die Empfehlung der WHO (Chappuis et al., 2011). Im Rahmen der SGB 2017 gaben 23,3% der Männer und 26,1% der Frauen im Alter von 16 bis 25 Jahren an, auf ihren Salzkonsum zu achten oder ihn zu reduzieren.

³ Die Frage wurde 2018 zum ersten Mal gestellt.

⁴ 1 Brötchen oder 70g Greyerzer enthalten rund 1g Salz.

⁵ Auf der Grundlage der verfügbaren Evidenz bestehen nach wie vor Unsicherheiten über die optimale Menge des täglichen Salzkonsums. Wert für Personen ab 16 Jahren; für die 2- bis 15-Jährigen gehen die Werte mit abnehmendem Energiebedarf der Kinder zurück.

⁶ Basel, Freiburg, Genf, Luzern, St. Gallen, Tessin, Waadt, Wallis und Zürich.

Spezielle Ernährungsformen

Eine Ernährung mit einer reduzierten Energiezufuhr und/oder einer geänderten Nährstoffzufuhr kann aus Gesundheitsgründen unter anderem bei Adipositas, Bluthochdruck oder Diabetes angezeigt sein. Eine spezielle Ernährung kann jedoch auch durch ethische, ökologische oder ideologische Überlegungen begründet sein.

Gemäss der SGB 2017 achtete die Mehrheit der 16- bis 25-jährigen Männer (53,7%) und der gleichaltrigen Frauen (58,7%) bei ihrer Ernährung auf etwas. Die menuCH-Erhebung (Bochud et al., 2017) zeigt etwas detaillierter, dass 2014/2015 33,9% der 18- bis 34-Jährigen eine spezielle Ernährungsform wie eine Diabetes-Diät, eine glutenfreie, laktosefreie, kalorienarme oder vegetarische Ernährung befolgten, wobei letztere am häufigsten genannt wurde (von rund 7% der 18- bis 34-Jährigen). Im Rahmen der HBSC-Studie 2018 gaben 1,1% der Jungen und 3,1% der Mädchen im Alter von 11 bis 15 Jahren an, nie Fisch oder Fleisch zu essen; bei den 16- bis 25-Jährigen betrug dieser Anteil 2,4% beziehungsweise 5,9% (SGB 2017). Eine Ernährung ohne diese beiden Eiweisslieferanten ist kennzeichnend für eine vegetarische Ernährung, von der es verschiedene Ausprägungen gibt. Dazu zählt auch die vegane Ernährung, die sämtliche Lebensmittel tierischer Herkunft ausschliesst. Für Kinder und Jugendliche wird von einer solchen Ernährung dringend abgeraten (Eidgenössische Ernährungskommission, 2018; SGE, 2011a, 2011b)

Bei den 11- bis 15-Jährigen machten 11,0% der Jungen und 14,8% der Mädchen eine Diät oder etwas anderes, um Gewicht zu verlieren (HBSC 2018). Aus der Studie geht nicht hervor, ob diese Massnahme aus medizinischen Gründen indiziert war. Im Rahmen der SGB 2017 gaben 3,4% der 16- bis 25-jährigen Männer und 7,0% der gleichaltrigen Frauen an, in den letzten 12 Monaten eine Diät eingehalten zu haben, um Gewicht zu verlieren. In der Pubertät können Sorgen im Zusammenhang mit den körperlichen Veränderungen Jugendliche zuweilen dazu veranlassen, eine strenge Diät zu befolgen, die nicht im Zusammenhang mit ihrem Körpergewicht steht (Delgrande Jordan et al., 2020), was in gewissen Fällen zur Entwicklung von Essverhaltensstörungen beitragen kann (siehe Kapitel Psychische Gesundheit). Dabei ist jedoch zu beachten, dass das Risiko zur Entwicklung solcher Störungen durch mehrere Faktoren begründet zu sein scheint, von denen nur ein Teil ernährungsbezogen ist (Stassen Berger, 2012).

7.4 Körperliche (In-)Aktivität

So wie eine gesunde und ausgewogene Ernährung ist auch ausreichende Bewegung kurz- und langfristig mit zahlreichen Vorteilen für die Gesundheit junger Menschen verbunden. Unter anderem trägt sie zum allgemeinen Wohlbefinden bei, verbessert die Knochen- und Muskelbeschaffenheit und reduziert das Risiko, später an gewissen NCD zu erkranken (INSERM, 2014b). Umgekehrt können sich Bewegungsmangel und langandauerndes Sitzen, beispielsweise vor einem Bildschirm (siehe Kapitel Digitale Medien), negativ auf die Gesundheit auswirken (Werkhausen et al., 2014).

Die WHO empfiehlt für Kinder unter 1 Jahr mindestens 30 Minuten *körperliche Aktivität* pro Tag und für die 1- bis 4-Jährigen mindestens 180 Minuten (WHO, 2019). Gemäss den *Empfehlungen* des Netzwerks Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa.ch) sollten sich Jugendliche gegen Ende des Schulalters mindestens 1 Stunde pro Tag mit mittlerer bis hoher Intensität und jüngere Kinder deutlich mehr als 1 Stunde pro Tag bewegen (hepa.ch, 2013b). Für Erwachsene im erwerbsfähigen Alter wird empfohlen, mindestens 2½ Stunden pro Woche mit mittlerer Intensität körperlich aktiv zu sein oder 1¼ Stunden mit hoher Intensität Sport zu betreiben oder körperlich aktiv zu sein (hepa.ch, 2013a).

Hingegen gibt es keine genauen Empfehlungen *für die im Sitzen oder Liegen verbrachte Zeit*, aber es scheint wichtig, sitzende Tätigkeiten den ganzen Tag über häufig zu unterbrechen (Werkhausen et al., 2014).

Niveau der körperlichen (In-)Aktivität

In der Schweiz existieren im Gegensatz zur KiGGS-Studie in Deutschland (Krug et al., 2018) und der Studie über den Lebensmittelverzehr in Belgien (Cuyppers et al., 2016) keine publizierten repräsentativen Daten für Kinder unter 6 Jahren.

In der repräsentativen nationalen SOPHYA-Studie (Swiss children's Objectively measured PHYSical Activity), die 2013/2014 bei 6- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen anhand von Standardinterviews (Antworten der Eltern oder Bezugspersonen für die 6- bis 11-Jährigen) durchgeführt wurde, wurden erstmals während sieben Tagen Beschleunigungsmesser⁷ eingesetzt (Bringolf-Isler et al., 2016). Die Studie zeigt, dass sich die grosse Mehrheit der 6- bis 10-Jährigen an die aktuelle Empfehlung hält, sich mindestens

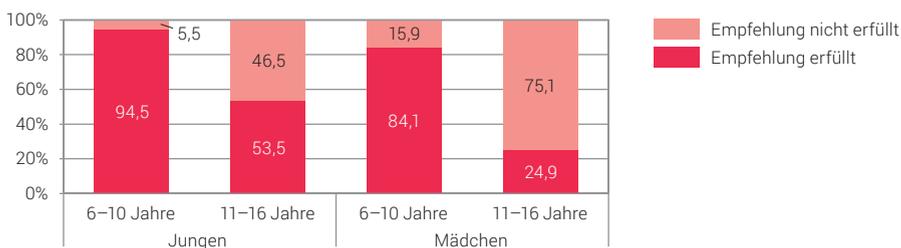
⁷ Es kann schwierig sein, sich die Bewegungsepisoden im Detail in Erinnerung zu rufen. Um eine zuverlässige Messung zu erhalten, muss daher ein Bewegungsmesser (ein oft auf der Hüfte getragenes Gerät, das die von den Bewegungen der Person verursachten Beschleunigungen und Verlangsamungen registriert) verwendet werden (Rowlands, 2007).

60 Minuten pro Tag mit mittlerer bis hoher Intensität zu bewegen (Grafik G7.1), während dies bei den 11- bis 16-Jährigen nicht der Fall ist. Die Jungen halten sich öfter an die Empfehlung als die Mädchen.⁸

Im Übrigen verbringen die 6- bis 16-Jährigen rund 90% ihrer täglichen Zeit (ausserhalb der Schlafenszeit) im Sitzen oder Liegen oder mit körperlichen Aktivitäten von geringer Intensität. Dabei ist zu beachten, dass die im Sitzen oder Liegen verbrachte Zeit über die Altersgruppen ansteigt, während diejenige, in der eine körperliche Aktivität mit mittlerer bis hoher Intensität ausgeübt wird, abnimmt.

Einhaltung der Bewegungsempfehlung bei den 6- bis 16-Jährigen, nach Geschlecht, Schweiz

G7.1



Anmerkungen: Messung mit Beschleunigungsmesser; gemäss der Empfehlung für Kinder

Quelle: SOPHYA-Studie 2013/14

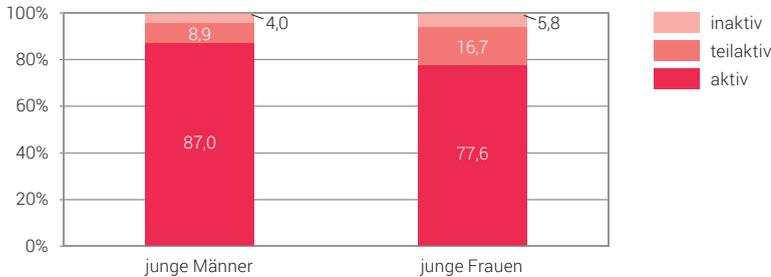
© Obsan 2020

Gemäss dem Index der körperlichen Aktivität⁹ der SGB 2017 ist der Anteil der 16- bis 25-Jährigen, die als ausreichend körperlich aktiv betrachtet werden können (nach der Empfehlung für Personen im erwerbsfähigen Alter), bei den jungen Männern ebenfalls grösser als bei den jungen Frauen (Grafik G7.2). In der gleichen Altersgruppe verbringen 19,5% der jungen Männer und 22,7% der jungen Frauen an den Wochentagen mindestens 10 Stunden im Sitzen. Demgegenüber verbringen 14,1% beziehungsweise 9,5% weniger als 3 Stunden sitzend.

⁸ Im Rahmen der HBSC-Studie 2018 wurde anhand der Frage «An wie vielen der vergangenen 7 Tage warst du mindestens für 60 Minuten körperlich aktiv? Zähle bitte die gesamte Zeit zusammen, die du pro Tag körperlich aktiv warst.» eine deutlich geringere Prävalenz erfasst. Dieses Ergebnis steht im Zusammenhang mit der Methodik der Studie (von den Schüler/innen angegebene und nicht mit einem Bewegungsmesser gemessene Werte). Gemäss dieser Studie ist der Anteil der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen, die die Empfehlung von mindestens 60 Minuten körperlicher Aktivität pro Tag befolgen, seit 2002 relativ konstant geblieben (Delgrande Jordan et al., 2020). Zudem hat die Studie 2018 keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Kindern und Jugendlichen, deren Eltern beide in der Schweiz geboren sind, und den anderen Jugendlichen ergeben.

⁹ Der Index wird gestützt auf Fragen zur Intensität und Häufigkeit der körperlichen Aktivität berechnet (selbsteingeschätzte Werte). Zur Erstellung dieses Index siehe Indikator MonAM «Bewegungsverhalten (Alter: 15+)»: <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/MonAM/bewegungsverhalten-alter-15>

Bewegungsniveau bei den 16- bis 25-Jährigen, nach Geschlecht, Schweiz, 2017 G7.2



Anmerkungen: selbsteingeschätzte Werte; gemäss Empfehlungen für Erwachsene im erwerbsfähigen Alter

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), 2017

© Obsan 2020

Bewegungsformen

Zur körperlichen Aktivität zählen nicht nur der Sportunterricht in der Schule und der in der Freizeit ausgeübte Sport, sondern auch verschiedene Aktivitäten wie schnelles Gehen, Fortbewegung mit dem Velo oder das Austoben mit Freunden.

Sportliche Aktivitäten

Die repräsentative nationale Befragung Sport Schweiz, die 2000, 2008 und 2014¹⁰ durchgeführt wurde, ist das wichtigste Erhebungsinstrument zum Thema Sport in der Schweiz. Sie beinhaltet eine Befragung bei der 15- bis 74-jährigen Wohnbevölkerung und seit 2008 zusätzlich eine Befragung bei den 10- bis 14-Jährigen. 2014 betrieben 13% der 10- bis 14-jährigen Jungen und 16% der gleichaltrigen Mädchen keinen Sport im weiten Sinn¹¹, 7% bzw. 17% waren bis zu 3 Stunden pro Woche und 80% bzw. 67% mehr als 3 Stunden pro Woche sportlich aktiv (Lamprecht, Fischer, Wiegand, et al., 2014).

Die 10- bis 19-Jährigen trieben 2014 weniger Sport als 2008.

¹⁰ Die Ergebnisse der aktuellsten Durchführung dieser Befragung werden 2020 veröffentlicht (www.baspo.ch).

¹¹ Sport im weiten Sinn: ausserhalb des obligatorischen Sportunterrichts, organisierter und sporadischer Sport sowie nicht organisierte und sporadische sportliche Aktivitäten wie Skifahren, Familienwanderungen, Fussball mit Freunden.

Die 15- bis 19-Jährigen machen im Vergleich weniger Sport: 16% der Jungen und 24% der Mädchen betrieben keinen Sport im weiten Sinn, 11% bzw. 20% waren bis zu 3 Stunden pro Woche und 73% bzw. 56% mehr als 3 Stunden pro Woche sportlich aktiv. Im Jahr 2014 bewegten sich die 10- bis 19-Jährigen weniger als 2008. Die Mädchen treiben weniger Sport als die Jungen, die ausserdem bei der Wahl der Sportarten teilweise andere Vorlieben haben (Lamprecht, Fischer & Stamm, 2014).

Zurücklegen von Wegstrecken

Viele junge Menschen bewegen sich aktiv auf dem Weg beispielsweise zur Schule oder zu ihren Freizeitbeschäftigungen. Gemäss dem Mikrozensus Mobilität und Verkehr (Bundesamt für Statistik [BFS], 2017) waren 2015 der Fuss- und Veloverkehr (einschliesslich E-Bike) die wichtigsten sind Fortbewegungsarten der 6- bis 17-Jährigen. Bei den 18- bis 24-Jährigen sinkt der Anteil des Fuss- und Veloverkehrs – aufgrund der Möglichkeit zur Erlangung des Führerausweises – zugunsten des Autoverkehrs. Aus der SGB 2017 geht hervor, dass 26,4% der jungen Männer und 23,5% der jungen Frauen im Alter von 16 bis 25 Jahren für das Zurücklegen von Wegstrecken normalerweise das Velo benützen (ohne Präzisierung, ob E-Bike oder nicht) und 42,7% beziehungsweise 47,6% zu Fuss gehen.

7.5 Schlaf

Nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen erfüllt der Schlaf zahlreiche biologische Funktionen, zum Beispieleine regenerative Funktion, die dem Gehirn ermöglicht, sich von der Tagesaktivität zu erholen, oder eine Funktion zur Konsolidierung der Gedächtnisinhalte. Er spielt auch eine wichtige Rolle im Stoffwechsel: Wenig schlafen erhöht das Risiko für Übergewicht und Diabetes Typ 2 (Haba-Rubio & Heinzer, 2016).

Die Menschen haben unabhängig von der Lebensphase nicht alle den gleichen Schlafbedarf. Zwar hat beispielsweise der Grossteil der erwachsenen Bevölkerung einen Schlafbedarf von 7 bis 8 Stunden pro Nacht, einige benötigen aber mehr Schlaf und andere weniger (Haba-Rubio & Heinzer, 2016). Es existiert auch keine genaue Definition der Anzahl Stunden, die Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene pro Nacht schlafen sollten. Hingegen wurden *Empfehlungen* in Form von altersspezifischen Bandbreiten formuliert, die als Richtwerte gelten (für Personen mit normalem Schlaf), so jene der amerikanischen National Sleep Foundation (Hirshkowitz et al., 2015): beispielsweise 14 bis 17 Stunden für 0- bis 3-monatige Säuglinge, 10 bis 13 Stunden für 3- bis 5-Jährige, 9 bis 11 Stunden für 6- bis 13-Jährige, 8 bis 10 Stunden für 14- bis 17-Jährige und 7 bis 9 Stunden für 18- bis 25-Jährige.

Schlafdauer

Eine Längsschnittstudie, die zwischen 1976 und 2001 im Kanton Zürich bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 1, 3, 6, 9, 12, 18 und 24 Monaten und dann jedes Jahr bis zum Alter von 16 Jahren durchgeführt wurde, zeigte damals klar eine deutliche Verkürzung der Gesamtschlafdauer im Verlauf der Entwicklung: Von durchschnittlich 14,2 Stunden (Standardabweichung = 1,9) im Alter von 6 Monaten ging sie auf durchschnittlich 8,1 Stunden (Standardabweichung = 0,7) im Alter von 16 Jahren zurück (Iglowstein et al., 2003).

Die hormonellen Veränderungen in der Pubertät bewirken eine physiologische Verschiebung der Schlafphasen (Haba-Rubio & Heinzer, 2016). Die Jugendlichen gehen dann vorzugsweise spät ins Bett und stehen spät auf, was mit dem frühen Schulbeginn nur schwer vereinbar ist. Verhaltensfaktoren wie Koffeinkonsum oder die Exposition gegenüber (blauem) Bildschirmlicht in den Stunden vor dem Schlafengehen können dieses Phänomen noch verstärken. Unter der Woche besteht bei den Jugendlichen häufig ein Schlafmangel, den sie am Wochenende wettzumachen versuchen, indem sie am Morgen länger schlafen. Die Ergebnisse der HBCS-Studie 2018 veranschaulichen klar den deutlichen Unterschied zwischen der Schlafdauer in den Nächten vor der Schule und in jenen vor einem freien Tag: 57,4% der 14- und 15-jährigen Jungen und 58,2% der gleichaltrigen Mädchen halten sich an die Empfehlung, vor einem Schultag zwischen 8 und 10 Stunden pro Nacht zu schlafen, was vergleichbar ist mit den Ergebnissen von 2014 (J: 59,4%; M: 57,8%). In diesen Nächten beträgt die durchschnittliche Schlafdauer 7,8 Stunden (Standardabweichung = 1,1) bei den Jungen und 7,8 Stunden (Standardabweichung = 1,0) bei den Mädchen. Wenn am nächsten Tag schulfrei ist, schaffen es 91,0% der Jungen und 94,1% der Mädchen im Alter von 14 und 15 Jahren, mindestens 8 Stunden zu schlafen; auch hier sind Ergebnisse vergleichbar mit jenen von 2014 (J: 92,8%; M: 96,0%). Die durchschnittliche Schlafdauer steigt in diesen Nächten auf 9,4 Stunden (Standardabweichung = 1,3) bei den Jungen und auf 9,6 Stunden (Standardabweichung = 1,2) bei den Mädchen an. Dabei ist zu beachten, dass die 14- und 15-jährigen Jugendlichen, deren Eltern beide in der Schweiz geboren sind, häufiger eine Schlafdauer entsprechend der Empfehlung haben als jene mit mindestens einem im Ausland geborenen Elternteil.

Eine 2011 durchgeführte repräsentative nationale Umfrage zu den Schlafgewohnheiten der 12- bis 95-jährigen Schweizer Bevölkerung ergab, dass die 16- bis 19-Jährigen vor freien Tagen im Durchschnitt eine Stunde später einschlafen als die übrige Bevölkerung und dass die Schlafdauer zwischen 12 bis 15 Jahren und 25 bis 29 Jahren stark abnimmt (Tinguely et al., 2014). Diese Studie, in der nicht die tatsächliche Schlafzeit, sondern der Schlafbedarf erfasst wurde (anhand der Frage «Wie viele Stunden Schlaf benötigen Sie, um gut ausgeruht zu sein?»), zeigt eine starke Abnahme des wahrgenommenen Schlafbedarfs bei den 12- bis 15-Jährigen (52,3% erachten es z. B. als nötig, mehr als 8 Stunden zu schlafen), den 16- bis 19-Jährigen (32,0%) und den 20- bis 29-Jährigen (13,7%).

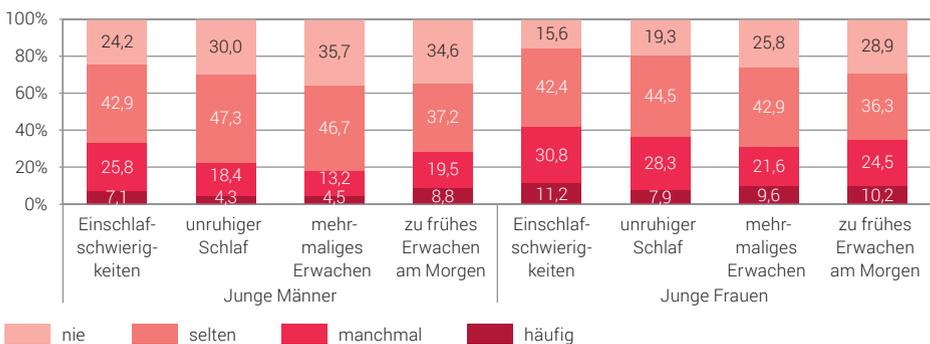
Schlaflosigkeit

In der Schweiz sind Schlafstörungen sowohl in der erwachsenen Bevölkerung (Stringhini et al., 2015) als auch bei (kleinen) Kindern und Jugendlichen (Jenni & Benz, 2007) verbreitet. Es existieren verschiedene Kategorien von Schlafstörungen (Haba-Rubio & Heinzer, 2016), deren Inzidenz je nach Alter unterschiedlich ist (Jenni & Benz, 2007). Am meisten Daten liegen in der Schweiz zur Kategorie Schlaflosigkeit vor. Schlaflosigkeit zeichnet sich bei Erwachsenen dadurch aus, dass das Einschlafen oder Durchschlafen anhaltend als schwierig oder der Schlaf dauerhaft als zu kurz oder nicht erholsam wahrgenommen wird (American Academy of Sleep Medicine, 2014).

Bei den Jugendlichen kann die Tendenz, spät ins Bett zu gehen und spät aufzustehen (wenn dies möglich ist), Auswirkungen auf die Schlafphasen und -qualität haben (Dahl & Lewin, 2002), zu einer grossen Tagesmüdigkeit führen – ein bei Jugendlichen verbreitetes Symptom (siehe Kapitel Psychische Gesundheit) – und zur Schlaflosigkeit beitragen (Haba-Rubio & Heinzer, 2016). Im Rahmen der HBSC-Studie 2018 und der SGB 2017 wurden Fragen zur Häufigkeit der Schlaflosigkeitssymptome gestellt. Bei den 11- bis 15-Jährigen gaben 36,8% der Jungen und 47,7% der Mädchen an, in den letzten sechs Monaten mindestens einmal pro Woche Mühe mit Einschlafen gehabt zu haben – dieser Anteil verzeichnete zwischen 2002 (J: 32,4%; M: 40,6%) und 2014 (J: 38,8%; M: 49,3%) tendenziell eine Zunahme, während er 2018 rückläufig zu sein scheint – und 26,4% beziehungsweise 30,5% sagten, nicht durchgeschlafen zu haben.¹²

Häufigkeit der Schlaflosigkeitssymptome bei den 16- bis 25-Jährigen, nach Geschlecht, Schweiz, 2017

G7.3



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), 2017

© Obsan 2020

¹² Die Frage wurde 2018 zum ersten Mal gestellt.

Von den vier in der SGB 2017 berücksichtigten Symptomen (Grafik G7.3) sind bei den 16- bis 25-Jährigen Einschlafschwierigkeiten das verbreitetste und mehrmaliges Erwachen während der Nacht das seltenste Problem. Zusammengefasst ergeben die Fragen zu diesen vier Symptomen einen Indikator¹³, anhand dessen sich die Schwere der Schlaflosigkeit einschätzen lässt: 16,8% der jungen Männer und 20,9% der jungen Frauen leiden an mittleren und 1,8% beziehungsweise 4,1% an schweren Schlafstörungen.

Eine repräsentative nationale Studie zum Schlafverhalten der Schweizer Bevölkerung ab 18 Jahren aus dem Jahr 2003, also vor dem Boom der mobilen Bildschirmgeräte, gibt ebenfalls Auskunft über die Prävalenz von Schlaflosigkeit bei den 18- bis 25-Jährigen (Delini-Stula et al., 2007). In dieser Altersgruppe litten, gestützt auf eine Gesamtpunktzahl für Schlaflosigkeit, die sich an den diagnostischen Kriterien nach DSM-IV orientiert, 30,1% der 18- bis 25-Jährigen an leichter, 3,0% an mittlerer und weniger als 1% an schwerer Schlaflosigkeit.

2017 litten 16,8% der jungen Männer und 20,9% der jungen Frauen zwischen 16 und 25 Jahren an mittleren und 1,8% beziehungsweise 4,1% an schweren Schlafstörungen.

7.6 Konsum von psychoaktiven Substanzen

In der Regel wird in der Adoleszenz mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen begonnen. Deshalb und aus ethischen Gründen werden bei Kindern keine Daten zu diesem Thema erhoben.¹⁴ Zu den Jugendlichen und jungen Erwachsenen stehen hingegen hinreichend Daten zur Verfügung.

In der Adoleszenz findet der Konsum im Allgemeinen sporadisch zum Experimentieren oder aus Opportunismus statt, und nur selten regelmässig. Mit der Annäherung an das Erwachsenenalter konsumieren mehr Jugendliche häufig und kombinieren verschiedene Substanzen. Die höchste Prävalenz erreicht der Konsum in der Regel im Alter von 20 bis 25 Jahren, und gesamthaft betrachtet haben die Jungen und jungen Männer einen höheren Konsum als die Mädchen und jungen Frauen, wobei es je nach Produkt und berücksichtigter Konsumschwelle Ausnahmen gibt (Degenhardt et al., 2016).

¹³ Keine oder wenige Störungen = manchmal, selten, nie Einschlafschwierigkeiten und unruhiger Schlaf und mehrmaliges Erwachen und zu frühes Erwachen am Morgen; mittlere Störungen = häufig Einschlafschwierigkeiten oder unruhiger Schlaf oder mehrmaliges Erwachen oder zu frühes Erwachen am Morgen; schwere Störungen = häufig unruhiger Schlaf und mehrmaliges Erwachen (BFS, 2015).

¹⁴ Im Rahmen der HBSC-Studie beispielsweise werden die Fragen über bestimmte Substanzen oder Konsumarten nur den älteren Schülerinnen und Schülern gestellt. Deshalb werden hier gewisse Ergebnisse nur für die 15-Jährigen präsentiert.

Jugendliche sollten überhaupt keine psychoaktiven Substanzen konsumieren, da ihr Gehirn noch nicht ausgereift und daher viel verletzlicher gegenüber neurotoxischen Wirkungen ist als jenes von Erwachsenen (INSERM, 2014a). Sowohl bei den Jugendlichen als auch den jungen Erwachsenen birgt der Konsum psychoaktiver Substanzen kurzfristige (z. B. Alkoholvergiftungen, Verletzungen, ungeschützter Geschlechtsverkehr) als auch langfristige Gesundheitsrisiken (Behinderung des Entwicklungsprozesses und der Ausbildung, Entwicklung eines Konsumstils, der ein Risiko für NCD darstellt) (Hall et al., 2016; Phan & Couteron, 2015).

Herkömmliche Zigaretten und andere Nikotinprodukte

Seit einigen Jahren sind zusätzlich zu den herkömmlichen Produkten elektronische Zigaretten (E-Zigaretten) mit oder ohne Nikotin sowie Produkte erhältlich, die den Tabak erhitzen, statt ihn zu verbrennen. Während die Gesundheitsrisiken der herkömmlichen Produkte gut dokumentiert sind (Surgeon General, 2014), sind jene der neuen Produkte noch weitgehend unbekannt (Jenssen & Walley, 2019).

Zigaretten und andere herkömmliche Tabakprodukte

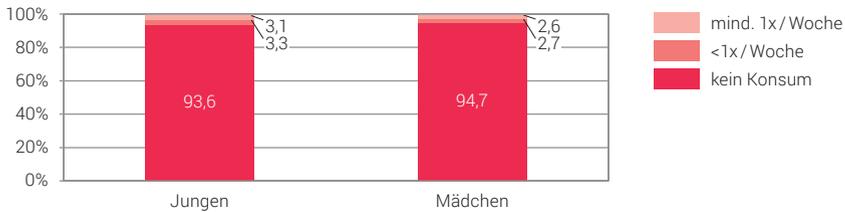
2018 rauchten 6,4% der 11- bis 15-jährigen Jungen und 5,3% der gleichaltrigen Mädchen mindestens ab und zu herkömmliche Zigaretten (Grafik G7.4), und rund 1% der Jungen und Mädchen rauchten täglich. Von den 15-jährigen täglich Konsumierenden rauchte die Hälfte höchstens 5 Zigaretten pro Tag, rund ein Drittel zwischen 6 und 10 Zigaretten und das verbleibende Viertel mehr als ein halbes Paket pro Tag.

Seit 2002 ist der Anteil der 11- bis 15-Jährigen, die mindestens einmal pro Woche herkömmliche Zigaretten rauchen, tendenziell rückläufig.

Seit 2002 (J: 9,0%; M: 9,0%) ist der Anteil der 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen, die mindestens einmal pro Woche herkömmliche Zigaretten rauchen – ein Konsumverhalten, das eine gewisse Regelmässigkeit suggeriert –, tendenziell rückläufig, mit einer besonders markanten Abnahme zwischen 2010 (J: 8,0%; M: 6,4%) und 2014 (J: 4,7%; M: 3,5%). 2018 (J: 3,1%; M: 2,5%) waren die Anteile vergleichbar mit jenen von 2014. Zudem war dieses Konsumverhalten 2018 bei den 11- bis 15-jährigen Jugendlichen mit mindestens einem im Ausland geborenen Elternteil (3,5%) verbreiteter als bei denjenigen, deren Eltern beide in der Schweiz geboren sind (2,1%).

Konsum von herkömmlichen Zigaretten bei den 11- bis 15-Jährigen, nach Geschlecht, Schweiz, 2018

G7.4



Quelle: Delgrande Jordan et al., 2019 – HBSC 2018

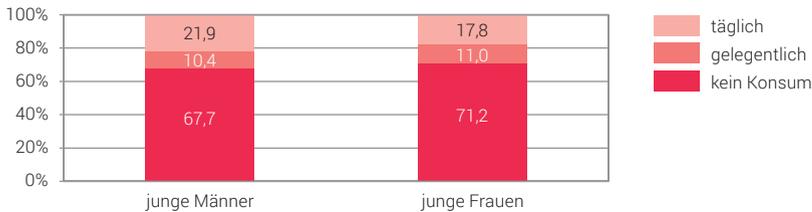
© Obsan 2020

Weiter gaben 14,2% der Jungen und 8,0% der Mädchen im Alter von 15 Jahren an, in den letzten 30 Tagen mindestens einmal eine Wasserpfeife geraucht, und 6,0% beziehungsweise rund 1%, Tabak in Form von Snus konsumiert zu haben.

2017 rauchten rund 30% der 16- bis 25-Jährigen herkömmliche Zigaretten, die meisten täglich (Grafik G7.5). Bei den täglichen Konsumierenden belief sich die Zahl der pro Tag gerauchten herkömmlichen Zigaretten durchschnittlich auf 12,4 (Standardabweichung = 6,8) bei den jungen Männern und auf 10,1 (Standardabweichung = 5,7) bei den jungen Frauen.

Konsum von herkömmlichen Zigaretten bei den 16- bis 25-Jährigen, nach Geschlecht, Schweiz, 2017

G7.5



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), 2017

© Obsan 2020

Neue Nikotinprodukte

Bei den 15-Jährigen haben 20,6% der Jungen und 12,9% der Mädchen in den letzten 30 Tagen mindestens einmal elektronische Zigaretten verwendet (Liquid mit oder ohne Nikotin), die Mehrheit von ihnen an höchstens 2 Tagen (HBSC 2018). Knapp ein Zehntel der 15-jährigen Jugendlichen gab an, in den letzten 30 Tagen sowohl herkömmliche Zigaretten als auch elektronische Zigaretten konsumiert zu haben.

Tabakprodukte zum Erhitzen («heat not burn») wurden hingegen 2018 von den 15-Jährigen kaum verwendet. Hier beträgt die 30-Tage-Prävalenz weniger als 1%.

2017 verwendeten 3,3% der 16- bis 25-jährigen Männer und 1,2% der gleichaltrigen Frauen gelegentlich oder täglich elektronische Zigaretten mit oder ohne Nikotin (SGB 2017). In dieser Altersgruppe konsumiert die grosse Mehrheit der Personen, die elektronische Zigaretten verwenden, gleichzeitig auch herkömmliche Zigaretten. Hingegen lag 2017 der Anteil der 16- bis 25-Jährigen, die (die damals ganz neuen) Tabakprodukte zum Erhitzen verwendeten («heat not burn»), bei nahezu 0%.

Alkohol

Für Kinder und Jugendliche stellt der Konsum von Alkohol grundsätzlich ein Risikoverhalten dar. Bei den (jungen) Erwachsenen sind im Zusammenhang mit den Risiken für die körperliche und psychische Gesundheit hingegen zwei Aspekte relevant: die durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge und die Konsumform, insbesondere das Rauschtrinken (Babor et al., 2010).

2018 trank rund ein Drittel der 11- bis 15-Jährigen mindestens gelegentlich Alkohol, die meisten weniger als einmal pro Woche (Tabelle T 7.2). In diesem Alter wird nur selten täglich Alkohol konsumiert; der Anteil liegt nahezu bei 0%.

Seit 2002 (J: 14,9%; M: 8,7%) ist der Anteil der 11- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen, die mindestens einmal pro Woche Alkohol trinken – ein Konsumverhalten, das eine gewisse Regelmässigkeit suggeriert – tendenziell rückläufig, mit einer besonders starken Abnahme zwischen 2010 (J: 11,9%; M: 5,9%) und 2014 (4,6% und 2,1%). 2018 (3,6% und 1,4%) waren die Anteile vergleichbar mit jenen von 2014.

2017 tranken rund 80% der 16- bis 25-Jährigen mindestens gelegentlich Alkohol (Tabelle T 7.2). Die Hälfte davon konsumierte jede Woche, aber nicht jeden Tag Alkohol, und weniger als 2% tranken täglich Alkohol.

Gemäss der nationalen CoRoLAR-Befragung des Suchtmonitorings Schweiz bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren tranken die 15- bis 24-Jährigen 2016 hauptsächlich am Wochenende Alkohol (Freitag bis Sonntag) und nur selten unter der Woche (Montag bis Donnerstag). In den älteren Altersgruppen wurde hingegen regelmässiger Alkohol konsumiert, und der Unterschied zwischen Wochenend- und Wochenkonsum fiel geringer aus (Gmel et al., 2017).

Die WHO¹⁵ legte Schwellenwerte fest mit der Einschätzung, dass ein durchschnittlicher Konsum von mehr als 40g reinem Alkohol (Ethanol) pro Tag bei den Männern und mehr als 20g bei den Frauen langfristig ein mittleres bis hohes Risiko für die Entwicklung von NCD birgt (WHO, 2000). 2017 wiesen 5,5% der 16- bis 25-jährigen Männer und 6,2% der gleichaltrigen Frauen entsprechend diesen Kriterien einen chronischen Risikokonsum auf (SGB 2017; Tabelle T 7.2). Für die 11- bis 15-Jährigen liegen keine Daten vor.

Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, nach Geschlecht, Schweiz

T 7.2

	11–15 Jahre (HBSC 2018)				16–25 Jahre (SGB 2017)			
	J (%)	KI 95%	M (%)	KI 95%	J (%)	KI 95%	M (%)	KI 95%
mindestens gelegentlicher Konsum ^a	35,9	33,9–38,0	29,0	27,0–31,0	82,6	80,6–84,5	76,5	74,3–78,7
wöchentlicher Konsum ^b	3,3	2,7–3,9	1,3	1,0–1,6	52,0	49,4–54,5	40,8	38,3–43,4
täglicher Konsum	≈0,0		≈0,0		1,9	1,3–2,7	1,6	1,0–2,4
Rauschtrinken ^h	26,7 ^{c,h}	23,3–30,4	24,1 ^{c,h}	21,0–27,5	31,8 ^d	29,4–34,1	23,9 ^e	21,8–26,2
Chronisch riskanter Konsum	–		–		5,5 ^f	4,4–6,8	6,2 ^g	5,0–7,5

Anmerkungen: J = Jungen, M = Mädchen; die Antworten der beiden Altersgruppen können nicht direkt verglichen werden, da sie aus Studien mit unterschiedlicher Methodik stammen. KI 95% = Konfidenzintervall von 95%. Standardglas eines alkoholischen Getränks = ca. 12g reiner Alkohol, beispielsweise rund 1dl Wein oder rund 3,3dl Bier.

^a Alkoholkonsum: alle Häufigkeiten (gelegentlich, wöchentlich, täglich) (HBSC: Aktueller Konsum, SGB: Konsum in den letzten 12 Monaten) ohne täglich Konsumierende

^c mindestens einmaliger Konsum in den letzten 30 Tagen von 5 Standardgläsern oder mehr eines alkoholischen Getränks bei einer Gelegenheit

^d mindestens einmal pro Monat Konsum von 5 Standardgläsern oder mehr eines alkoholischen Getränks bei einer Gelegenheit in den letzten 12 Monaten

^e mindestens einmal pro Monat Konsum von 4 Standardgläsern oder mehr eines alkoholischen Getränks bei einer Gelegenheit in den letzten 12 Monaten

^f durchschnittlicher Konsum von mehr als 40g reinem Alkohol pro Tag

^g durchschnittlicher Konsum von mehr als 20g reinem Alkohol pro Tag

^h bei den 15-Jährigen

Quellen: Delgrande Jordan et al., 2019 – HBSC 2018; BFS – SGB 2017

© Obsan 2020

¹⁵ Grenzwerte zur Messung des risikoreichen Alkoholkonsums im Rahmen von Bevölkerungsumfragen. Diese Werte sind nicht als empfohlene Obergrenze für den Konsum zu verstehen. Für Anhaltspunkte zum Alkoholkonsum bei Erwachsenen siehe EKAL (2018).

Im Gegensatz zum chronischen Alkohol-Risikokonsum ist das Rauschtrinken eine Form von risikoreichem Alkoholkonsum, die bei den jungen Menschen deutlich verbreiteter ist (Tabelle T 7.2). 2018 hat rund ein Viertel der 15-jährigen Jungen und Mädchen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens eine Episode von Rauschtrinken angegeben; die Hälfte davon mindestens zwei (HBSC 2018). Dieser Anteil ist vergleichbar mit jenem von 2014 (J: 27,3%; M: 22,8%), liegt aber unter jenem von 2010¹⁶ (J: 36,0%; M: 30,6%). Bei den 16- bis 25-Jährigen gaben 2017 31,8% der Männer und 23,9% der Frauen an, sich in den letzten 12 Monaten mindestens einmal in den Rausch getrunken zu haben (SGB 2017).

2018 wies rund ein Viertel der 15-Jährigen in den letzten 30 Tagen vor der Befragung mindestens eine Episode von Rauschtrinken auf; dieser Anteil ist vergleichbar mit jenem von 2014, liegt aber unter dem Anteil von 2010.

Die HBSC-Studie 2018 stellte in Bezug auf Alkohol fest, dass die Jugendlichen, deren Eltern beide in der Schweiz geboren sind, häufiger mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumieren (11- bis 15-Jährige) und in den letzten 30 Tagen vor der Befragung häufiger mindestens einmal Rauschtrinken praktiziert haben (14- und 15-Jährige) als jene mit mindestens einem im Ausland geborenen Elternteil. Bezüglich Tabakkonsum wurde das Gegenteil festgestellt.

Medikamente

Für Kinder und Jugendliche liegen keine und für junge Erwachsene nur sehr beschränkte repräsentative Daten vor. In der SGB 2017 gaben 16,9% der Männer und 29,2% der Frauen im Alter von 16 bis 25 Jahren an, in den letzten sieben Tagen mindestens einmal ein Medikament gegen Schmerzen oder ein Beruhigungsmittel genommen zu haben. Die anderen Medikamente¹⁷, nach denen gefragt wurde, darunter Schlafmittel und Medikamente zur Steigerung der Aufmerksamkeit oder zum Wachsein, werden von den 16- bis 25-jährigen hingegen kaum eingenommen.

¹⁶ Die Frage wurde 2010 zum ersten Mal gestellt.

¹⁷ Medikamente in der SGB 2017: Mittel gegen Bluthochdruck, Herzmedikamente, Schlafmittel, Mittel gegen Schmerzen, Beruhigungsmittel, Medikamente zur Steigerung der Aufmerksamkeit oder zum Wachsein, Medikamente gegen zu hohes Cholesterin, Medikamente gegen Depression, Mittel gegen Diabetes oder wegen Diabetes Insulin gespritzt, Mittel gegen Osteoporose.

Cannabisprodukte und andere (illegale) Substanzen

Im Rahmen von Bevölkerungsumfragen können Antworten zu illegalen Produkten aufgrund der hohen sozialen (Un-)Erwünschtheit verzerrt sein. Dazu kommt, dass Personen, die diese Produkte häufig konsumieren, tendenziell weniger an solchen Umfragen teilnehmen. Dies kann zu einer Unterschätzung der Konsumprävalenzen führen, die daher mit Vorsicht zu interpretieren sind (Del Boca & Darkes, 2003; Percy et al., 2005; Zaldivar Basurto et al., 2009). Da es sich hier um Jugendliche handelt, kann jedoch eine Übertreibung des Konsums, um sich damit zu brüsten, nicht ausgeschlossen werden.

In der Schweiz wird unterschieden zwischen *illegalem Cannabis*, der im Durchschnitt mindestens 1% THC (Tetrahydrocannabinol) enthält, und Cannabisprodukten, die hauptsächlich CBD (Cannabidiol) und weniger als 1% THC enthalten und nicht illegal sind. 2018 war der Konsum von illegalem Cannabis¹⁸ bei den 15-Jährigen verbreiteter als jener von vorwiegend CBD-haltigen Cannabisprodukten¹⁹ (Grafiken G7.6 und G7.7).

Beim Konsum von illegalem Cannabis in den letzten 30 Tagen lässt sich bei den 15-jährigen Jungen und Mädchen zwischen 2006 (J: 12,2%; M: 11,8%)²⁰ und 2018 (J: 13,5%; M: 8,7%) kaum eine Veränderung und 2018 auch kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Jugendlichen, deren Eltern beide in der Schweiz geboren sind, und jenen mit mindestens einem im Ausland geborenen Elternteil feststellen. 2017 gaben 12,4% der 16- bis 25-jährigen Männer und 5,7% der gleichaltrigen Frauen an, in den letzten 30 Tagen Cannabis (Haschisch oder Marihuana) konsumiert zu haben (SGB 2017). Gemäss der CoRoLAR-Befragung von 2016 handelte es sich beim Grossteil der Cannabiskonsumierenden um einen experimentellen oder einen unproblematischen Konsum. Zwischen 2,5% und 3,5% der 15- bis 19-Jährigen und zwischen 1,9% und 2,3% der 20- bis 24-Jährigen weisen jedoch einen problematischen Konsum auf²¹ (Marmet & Gmel, 2017). Über den Konsum von vorwiegend CBD-haltigen Produkten bei den Personen ab 16 Jahren liegen keine repräsentativen Daten vor.

Ausserdem zeigen die HBSC-Studie 2018, die SGB 2017 und CoRoLAR 2016 dass andere *illegale Substanzen* wie Kokain, Heroin, Amphetamine und Ecstasy im Vergleich zu Cannabisprodukten von den Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutlich weniger häufig konsumiert werden. Das Gleiche gilt für *anabole Steroide*, die eine Zunahme des Muskelgewebes bewirken. Hier beträgt die Lebenszeitprävalenz bei den 15-Jährigen nahezu 0% (HBSC 2018).

¹⁸ Im HBSC-Fragebogen 2018 als «Cannabis, um «high» zu werden» bezeichnet.

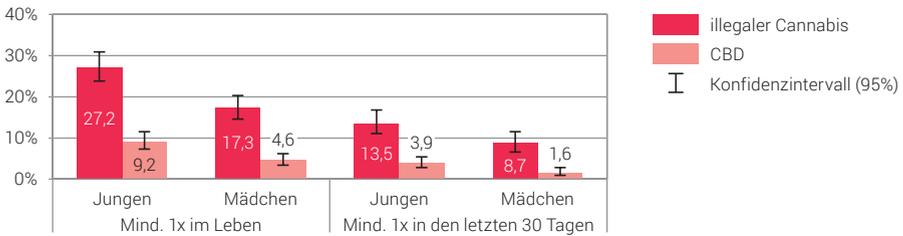
¹⁹ Im HBSC-Fragebogen 2018 als «CBD» bezeichnet; diese Frage wurde 2018 zum ersten Mal gestellt.

²⁰ Die Frage wurde 2006 zum ersten Mal gestellt.

²¹ Schätzung anhand des «Cannabis Use Disorder Identification Test» (CUDIT), ursprüngliche und überarbeitete Version; problematischer Konsum = 8 Punkte oder mehr.

Konsum von Cannabisprodukten bei den 15-Jährigen, nach Geschlecht, Schweiz, 2018

G7.6



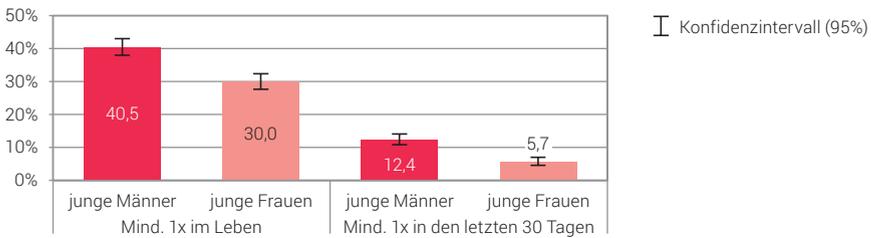
Anmerkung: Konsum von Cannabis (Haschisch/Marihuana)

Quelle: Delgrande Jordan et al., 2019 – HBSC 2018

© Obsan 2020

Konsum von Cannabisprodukten¹ bei den 16- bis 25-Jährigen, nach Geschlecht, Schweiz, 2017

G7.7



¹ Haschisch oder Marihuana

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), 2017

© Obsan 2020

7.7 Sexualität

Die sexuelle Gesundheit ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheit, und der häufig in der Adoleszenz stattfindende Übergang zu einem aktiven Sexualleben wird als ein zu diesem Lebensabschnitt gehörender Entwicklungsprozess betrachtet. Daher werden Daten zu diesem Thema erst ab der mittleren Adoleszenz erhoben. Liebesbeziehungen und Sexualität sind Themen, die die Jugendlichen besonders beschäftigen, und bei den jungen Erwachsenen kommt manchmal noch das Thema Kinderwunsch hinzu.

Die sexuelle Orientierung spielt ebenfalls eine wichtige Rolle in der Entwicklung und der Identitätsbildung der Jugendlichen. Manchmal steht sie zwar bereits bei den Jüngeren fest, doch häufig festigt sie sich in der Adoleszenz (Papalia et al., 2010). In der Schweiz definieren sich 97,4% der 16- bis 25-jährigen Männer und 97,2% der gleichaltrigen Frauen als heterosexuell, rund 1,8% bzw. weniger als 1% als homosexuell und unter 1% bzw. 2,1% als bisexuell (SGB 2017). Bei den 24- bis 26-Jährigen gaben 2017 rund 90% an, sich ausschliesslich oder sehr stark vom anderen Geschlecht angezogen zu fühlen, und etwa 3% fühlten sich von Personen des gleichen Geschlechts angezogen (Barrense-Dias et al., 2018).

Der Anteil der 14- bis 15-jährigen Jungen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, ist seit 2002 relativ stabil, während der entsprechende Anteil bei den gleichaltrigen Mädchen 2014 und 2018 tiefer war als bei früheren Erhebungen.

Die Entwicklung des mobilen Internets und des Smartphones in den vergangenen Jahren hat kostenlose pornografische Inhalte leicht zugänglich gemacht und zur Entstehung neuer Praktiken wie «Sexting» geführt (Barrese-Dias et al., 2017; siehe Kapitel Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit).

Anteil der sexuell aktiven Jugendlichen

Gemäss der HBSC-Studie 2018 beträgt der Anteil der 14- und 15-jährigen Jugendlichen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten (schon einmal mit jemandem «geschlafen» zu haben), 17,1% bei den Jungen und 8,9% bei den Mädchen. Dieser Anteil ist seit 2002 bei den Jungen relativ stabil, während er bei den Mädchen 2014 und 2018 tiefer war als bei den früheren Erhebungen.

Bei den 16- bis 25-Jährigen beläuft sich der Anteil der sexuell aktiven Personen (berücksichtigtes Kriterium: schon einmal Geschlechtsverkehr mit Eindringen gehabt zu haben) auf 76,3% bei den Männern und auf 72,2% bei den Frauen (bei den 16- bis

20-Jährigen: M: 60,5%; F: 54,2%; bei den 21- bis 25-Jährigen: M: 93,0% und F: 90,1% (SGB 2017). Somit ist die grosse Mehrheit der jungen Erwachsenen ab 20 Jahren sexuell aktiv. Die Prävalenz der sexuellen Aktivität in den letzten 12 Monaten beträgt sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen im Alter von 16 bis 25 Jahren 68,2%.

Gemäss einer Studie, die sich spezifisch mit der sexuellen Gesundheit und dem Sexualverhalten der 24- bis 26-Jährigen in der Schweiz befasste (Barrense-Dias et al., 2018), beläuft sich der Anteil der sexuell aktiven jungen Erwachsenen (berücksichtigtes Kriterium: mindestens einen Sexualpartner im Leben gehabt zu haben) auf 95,4% bei den Männern und auf 94,0% bei den Frauen. Der von den sexuell inaktiven Personen am häufigsten angegebene Grund war bei den Frauen, «nicht die richtige Person gefunden zu haben», und bei den Männern, «nicht Gelegenheit dazu gehabt zu haben».

Alter beim ersten Geschlechtsverkehr

Der Zeitpunkt des Eintritts in das Sexualleben ist je nach Person sehr unterschiedlich. Weil Jugendliche, die früh sexuell aktiv sind, wahrscheinlich weniger über Sexualität und Verhütung wissen oder weil es ihnen an Erfahrung fehlt, besteht bei ihnen ein grösseres Gesundheitsrisiko (Boislard, 2014).

In der Tabelle T 7.3 ist der Anteil der sexuell aktiven Jugendlichen dargestellt, die vor 14 Jahren (sehr frühe sexuelle Aktivität), im Alter von 14 oder 15 Jahren (frühe sexuelle Aktivität) und ab 16 Jahren (im Durchschnitt oder spät) zum ersten Mal Geschlechtsverkehr hatten. Für eine richtige Interpretation dieser Ergebnisse ist zu beachten, dass alle Prävalenzen eng mit dem Alter der Befragten verbunden sind.

Alter der sexuell aktiven Jugendlichen und jungen Erwachsenen beim ersten Geschlechtsverkehr, nach Geschlecht, Schweiz

T 7.3

	14–15 Jahre (HBSC 2018)				16–25 Jahre (SGB 2017)			
	J (%)	KI 95%	M (%)	KI 95%	J (%)	KI 95%	M (%)	KI 95%
weniger als 14 Jahre	26,2	21,3–31,9	14,5	9,9–20,5	1,9	1,2–2,8	1,8	1,2–2,8
14 oder 15 Jahre	73,8	68,1–78,7	85,5	79,5–90,1	22,5	20,1–25,0	22,1	19,7–24,7
16 Jahre oder älter	–	–	–	–	75,6	73,0–78,0	76,1	73,4–78,7

Anmerkungen: J = Jungen, M = Mädchen; die Antworten der beiden Altersgruppen können nicht direkt verglichen werden, da sie aus Studien mit unterschiedlicher Methodik stammen. KI 95% = Konfidenzintervall von 95%.

Quellen: Sucht Schweiz – HBSC 2018; BFS – SGB 2017

© Obsan 2020

Die sexuell aktiven 16- bis 25-Jährigen hatten im Durchschnitt mit 16,5 Jahren zum ersten Mal Geschlechtsverkehr, wobei der Unterschied zwischen den jungen Männern und Frauen nur einige Monate beträgt (Männer: Durchschnittsalter = 16,5, Standardabweichung = 1,7; Frauen: Durchschnittsalter = 16,7, Standardabweichung = 1,8) (SGB 2017).

Verhütungsmittel

Sexuelle Beziehungen bergen auch Risiken, vor allem, wenn sie früh oder mit wechselnden Partnern stattfinden. Am meisten Sorgen im Zusammenhang mit der Sexualität bereiten den Jugendlichen das Risiko einer unerwünschten Schwangerschaft und die Ansteckung mit einer sexuell übertragbaren Infektion (STI) wie HIV oder Papillomavirus (Papalia et al., 2010). Es ist daher unerlässlich, dass sie Zugang zu geeigneten Mitteln zur Schwangerschaftsverhütung und zum Schutz vor STI haben.

Die Tabelle T7.4 veranschaulicht die Verwendung des *Präservativs aus Latex*, dessen Wirksamkeit zum Schutz vor STI belegt ist (Robin et al., 2014), sowie die Einnahme der (*Östrogen-)Gestagen-Pille*, eine der vielen hormonellen Verhütungsmethoden, die weiblichen Jugendlichen angeboten werden (Jacot-Guillarmod & Diserens, 2019). Dabei ist zu beachten, dass in der Schweiz Verhütungsmittel verschrieben werden dürfen, ohne dass die gesetzliche Vertretung, in der Regel die Eltern, darüber in Kenntnis gesetzt wird.

Das Risiko, dass ein Präservativ reisst, ist begrenzt, aber wenn dies geschieht, kann eine Notfallverhütung («Pille danach») angewendet werden. Seit 2002 kann diese von Frauen ab 16 Jahren in Apotheken ohne ärztliche Verschreibung bezogen werden (Arnet et al., 2009).

Gemäss einer Waadtländer Studie bei 12- bis 19-jährigen weiblichen Jugendlichen, die eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht haben, um mit der Verhütung zu beginnen, wandten rund drei Viertel die verschriebene Verhütungsmethode nach einem Jahr immer noch an (Diserens et al., 2017). Diejenigen, die die Verhütung nicht mehr anwandten, gaben als Grund am häufigsten die Beendigung der Liebes- und Sexualbeziehung an. Gemäss den Autorinnen und Autoren der Studie ist dieser hohe Anteil einer der Gründe für die relativ tiefe Schwangerschaftsrate bei Jugendlichen in der Schweiz. 2018 betrug die Zahl der *Lebendgeburten* bei den 15- bis 19-Jährigen 1,7 pro 1000 Frauen dieses Alters (BFS, 2019a). Im gleichen Jahr belief sich die Rate der *Schwangerschaftsabbrüche* bei den 15- bis 19-Jährigen auf 3,3 pro 1000 Frauen dieses Alters²² (BFS, 2019b).

²² Provisorische Zahlen für 2017 der Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)

Grundsätzlich gehört die Schweiz – ungeachtet der berücksichtigten Altersgruppe – zu den europäischen Ländern mit den tiefsten Schwangerschaftsabbruchsraten, und seit der Einführung der Fristenregelung²³ im Jahr 2002 wurde keine Zunahme beobachtet (Cominetti et al., 2016).

Verhütungsmittel der sexuell aktiven Jugendlichen und jungen Erwachsenen, nach Geschlecht, Schweiz

T 7.4

	14–15 Jahre (HBSC 2018)				16–25 Jahre (SGB 2017)			
	J (%)	KI 95%	M (%)	KI 95%	J (%)	KI 95%	M (%)	KI 95%
Präservativ^a	78,4 ^a	73,4–82,5	76,9 ^a	69,3–82,6	55,9 ^b	52,4–59,2	43,6 ^b	40,2–47,2
Kombination von Verhütungsmitteln								
Präservativ ohne Pille ^b	–		57,7 ^a	50,0–65,0	–		21,7 ^b	18,9–24,7
Pille ohne Präservativ ^c			9,8 ^a	5,7–16,2	–		30,5 ^b	27,3–33,8
Pille und Präservativ ^d			18,8 ^a	13,6–25,4	–		22,0 ^b	19,1–25,0
nur ^e anderes Verhütungsmittel ^e			5,4 ^a	2,9–10,1	–		19,5 ^b	16,8–22,4
keine Verhütung			8,3 ^a	4,9–13,8	–		6,4 ^b	4,8–8,3

Anmerkungen: J = Jungen, M = Mädchen; die Antworten der beiden Altersgruppen können nicht direkt verglichen werden, da sie aus Studien mit unterschiedlicher Methodik stammen. Ein Gedankenstrich (–) bedeutet, dass die Ergebnisse aufgrund einer wahrscheinlichen Ungenauigkeit in den Antworten der Jungen/jungen Männer zur Antibabypille nicht berücksichtigt wurden. KI 95% = Konfidenzintervall von 95%

^a mit oder ohne Antibabypille, mit oder ohne anderes Verhütungsmittel

^b ohne Antibabypille, aber mit oder ohne anderes Verhütungsmittel

^c ohne Präservativ, aber mit oder ohne anderes Verhütungsmittel

^d mit oder ohne anderes Verhütungsmittel

^e ohne Präservativ und ohne Antibabypille

^f andere Verhütungsmittel in der SGB 2017: Verhütungspflaster, Verhütungsring, 3-Monatsspritze, Verhütungstäbchen, «Pille danach», Hormon- oder Kupferspirale, Diaphragma, Frauenkondom (Femidom), Sterilisation (Frau oder Mann), natürliche Empfängnisverhütung oder andere Methoden

^g Die Frage bezieht sich auf den letzten Geschlechtsverkehr.

^h Die Frage bezieht sich auf die letzten 12 Monate.

Quellen: Sucht Schweiz – HBSC 2018; BFS – SGB 2017

© Obsan 2020

²³ Gemäss den Bestimmungen des Strafgesetzbuchs gibt die Fristenlösung einer Frau die Möglichkeit, im Fall einer unerwünschten Schwangerschaft innerhalb einer bestimmten Frist zu entscheiden, ob sie die Schwangerschaft austragen will/kann.

7.8 Gesundheitskompetenz

In den vergangenen Jahren hat das Konzept «Gesundheitskompetenz» (health literacy) im Bereich der öffentlichen Gesundheit an Bedeutung gewonnen. Es herrscht jedoch keine Einigkeit darüber, was unter «Gesundheitskompetenz» zu verstehen ist. Darunter fallen verschiedene Arten von Kompetenzen – beispielsweise die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu verinnerlichen, zu interpretieren oder anzuwenden –, die nicht nur den Gesundheitsbereich, sondern auch andere Bereiche betreffen (z. B. Bildungssektor oder Wirtschaft) (Hafen, 2018; Sørensen et al., 2012). Häufig wird die Definition von Kickbusch zitiert (2006, S. 70): «Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene.»

2015 wurde bei der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren eine repräsentative nationale Erhebung zur Gesundheitskompetenz durchgeführt (Bieri et al., 2016). Es wurden verschiedene Indizes erstellt, und für einen davon wurden die Ergebnisse der Jugendlichen und jungen Erwachsenen publiziert. Es handelt sich um den Index zur Einschätzung der «generellen Gesundheitskompetenz».²⁴ Demnach haben 7% der 15- bis 25-Jährigen eine ausgezeichnete (>42–50 Punkte), 45% eine ausreichende (>33–42 Punkte), 47% eine problematische (>25–33 Punkte) und 1% eine unzureichende (0–25 Punkte) Gesundheitskompetenz. Dies entspricht einer generellen Gesundheitskompetenz in dieser Altersgruppe von durchschnittlich 34,2 Punkten (Standardabweichung 5,0). Bei den 26- bis 35-Jährigen liegt die Punktezahl etwas höher, und in beiden Altersgruppen besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Eine nationale Erhebung schätzte, dass etwa die Hälfte der 15- bis 25-Jährigen genügende, teilweise auch ausgezeichnete Gesundheitskompetenzen aufweisen.

Ein Teil der in diesem Kapitel präsentierten Studien enthielten in ihrem Fragebogen die eine oder andere Frage zur Gesundheitskompetenz der Jugendlichen, aber im Wesentlichen beschränkten sich diese auf die Kenntnisse der Präventionsprogramme und die mit gewissen Verhaltensweisen einhergehenden Risiken.

²⁴ Dieser Index basiert auf 47 Fragen zu Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (abgestufte Punkteskala von 1 bis 50 Punkten).

7.9 Schutzverhalten

Das Tragen eines Velohelms, Mundhygiene, Schutz vor Lärm und Sonneneinstrahlung sind einige Beispiele für Schutzmassnahmen, die Eltern bei ihren Kindern oder die die Jugendlichen selber anwenden können, um die Gesundheit zu erhalten. In der Schweiz existiert keine Studie, die sich ausschliesslich mit Schutzmöglichkeiten für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene befasst. Es liegen hingegen Daten zu besonderen Schutzmassnahmen vor. Diese legen nahe, dass das Schutzverhalten der Jugendlichen mit zunehmendem Alter tendenziell abnimmt.

So zeigen beispielsweise zwei auf lokaler Ebene durchgeführte Studien über die Möglichkeiten *zum Schutz vor Sonneneinstrahlung* und somit auch vor Hautkrebs, dass Sonnencreme – vor dem Aufsuchen von Schatten und dem Tragen von langärmeliger Kleidung – die am häufigsten eingesetzte Massnahme ist und deren Anwendung mit dem Alter abnimmt. Gemäss der ersten Studie, die 2010 von der Stadt Basel bei 8- bis 17-jährigen Schülerinnen und Schülern durchgeführt wurde, trugen an sonnigen Sommertagen 36,3% fast immer, 19,4% häufig, 24,9% manchmal und 18,2% nie Sonnencreme auf (Reinaw et al., 2012). Aus der zweiten Studie, die 2014 in La Chaux-de-Fonds bei 8- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern durchgeführt wurde, geht hervor, dass 69,2% vor einer Sonnenexposition im Sommer und 39,5% vor Sportaktivitäten im Winter routinemässig Sonnencreme auftrugen und 32,8% sich so häufig wie möglich im Schatten aufhielten (Ackermann et al., 2016).

Im Zusammenhang mit der *Mundhygiene*, wozu in der SGB 2017 keine Daten mehr erhoben wurden, zeigt die HBSC-Studie 2018, dass 80,9% der 11- bis 15-jährigen Jungen und 89,9% der gleichaltrigen Mädchen mehrmals täglich die Zähne putzen, wobei sich bei den Jungen zwischen 11 und 15 Jahren eine Abnahme feststellen lässt, bei den Mädchen hingegen nicht. In den früheren HBSC-Studien wurden ähnlich hohe Anteile erfasst.

Im Bereich *Lärmschutz* existieren auf lokaler Ebene Daten aus einer Studie der Stadt Zürich (Bauschatz et al., 2018). Diese zeigt, dass 2017 von den Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe II (Durchschnittsalter rund 14 Jahre), die laut Musik hören, 8% immer oder fast immer, 27% gelegentlich und 65% nie einen Gehörschutz verwendeten.

Ausserdem trugen 2017 rund drei Viertel der Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren *beim Velofahren* freiwillig einen *Helm*; bei den 15- bis 29-Jährigen taten dies weniger als ein Drittel (Beratungsstelle für Unfallverhütung, 2018).

7.10 Fazit

Es ist Teil der Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik, das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung, insbesondere im Zusammenhang mit der Einhaltung der offiziellen Empfehlungen, zu kennen. Auf nationaler Ebene existieren kaum Daten über die gesundheitsfördernden oder gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen von Kleinkindern, obwohl das, was in den ersten Lebensjahren geschieht, die Gesundheit der Kinder nicht nur kurzfristig prägt, sondern auch die Grundlagen für ihre Gesundheit im späteren Leben legt (Kuh & Shlomo, 2004). Die nationalen Daten für ältere Kinder (6 bis 10 Jahre) sind kaum weniger fragmentarisch, insofern als Daten nur für eine beschränkte Zahl von Verhaltensweisen vorliegen (z. B. Portionen Früchte und Gemüse, körperliche [In-]Aktivität, gewisse Schutzmassnahmen). Die Daten der 11- bis 25-Jährigen schliesslich bilden das grösste Spektrum an Verhaltensweisen ab. Dies ist insbesondere zurückzuführen auf die regelmässige Durchführung von schweizweiten repräsentativen Bevölkerungsumfragen, wie der generellen Studien SGB und HBSC, und von thematischen Studien wie SWIFS und Sport Schweiz, und deren Ergänzung mit punktuell durchgeführten Studien unter anderem zur Sexualität und zum Schlaf.

Anhand der verfügbaren Daten kann aufgezeigt werden, wie sich das Gesundheitsverhalten von der Kindheit bis zum frühen Erwachsenenalter verändert. Es kann jedoch kein allgemeiner Schluss bezüglich der jüngsten Entwicklung des Gesundheitsverhaltens in der Schweiz gezogen werden, da dieses je nach untersuchtem Verhalten variiert. Im vorliegenden Kapitel wurde lediglich das Gesundheitsverhalten der Jugendlichen in den letzten Jahren analysiert. Die verfügbaren Daten basieren jedoch grösstenteils auf einigen einfachen Fragen und deren Einschätzung durch die befragten Personen. Der Komplexität und Vielschichtigkeit gewisser Verhaltensweisen kann folglich nicht Rechnung getragen werden und/oder es sind nur annähernde Aussagen möglich. Damit gültige Messungen und Vergleiche mit den offiziellen Empfehlungen durchgeführt werden können, müssen für gewisse Verhaltensweisen hinreichend ausgefeilte Messinstrumente eingesetzt werden, wie dies in der SOPHYA-Studie mit dem Bewegungsmesser der Fall war. Herausforderungen im Zusammenhang mit den geeigneten Bewertungsmethoden stellen sich auch bei der Gesundheitskompetenz der jungen Menschen, da die Daten auf nationaler Ebene lückenhaft sind.

7.11 Literaturverzeichnis

- Ackermann, S., Vuadens, A., Levi, F., & Bulliard, J. L. (2016). Sun protective behaviour and sunburn prevalence in primary and secondary schoolchildren in western Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, *146*, w14370. doi: 10.4414/smww.2016.14370
- Afshin, A., Sur, P. J., Fay, K. A., Cornaby, L., Ferrara, G., Salama, J. S., ... Murray, C.J.L. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, *393* (10184), 1958–1972. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)
- American Academy of Sleep Medicine (2014). *International classification of sleep disorders* (3rd ed.): American Academy of Sleep Medicine.
- Arnet, I., Frey Tirri, B., Zemp Stutz, E., Bitzer, J., & Hersberger, K. E. (2009). Emergency hormonal contraception in Switzerland: a comparison of the user profile before and three years after deregulation. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *14* (5), 349–356. doi: 10.3109/13625180903147765
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Barrense-Dias, Y., Akre, C., Berchtold, A., Leeners, B., Morselli, D., & Suris, J.-C. (2018). *Sexual health and behavior of young people in Switzerland* (Raison de santé 291). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Barrense-Dias, Y., Suris, J.-C., & Akre, C. (2017). *La sexualité à l'ère numérique: les adolescents et le sexting* (Raisons de santé 269). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Bauschatz, A.-S., Behringer, R., Felix, A., Gander, L., Honegger, M., Obrist, M., ... Winnewisser, E. (2018). *Gesundheit und Lebensstil von Jugendlichen der Stadt Zürich: Resultate der Schülerbefragung Schuljahr 2017/18*. Zürich: Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich.
- Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) (2018). *SINUS-Report 2018: Sicherheitsniveau und Unfallgeschehen im Strassenverkehr 2017*. Bern: bfu.
- Bieri, U., Kocher, J., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M., ... Frind, A. (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015» – Schlussbericht – Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien*. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Gesundheitsstrategien.
- Bochud, M., Chatelan, A., Blanco, J.-M., & Beer-Borst, S. M. (2017). *Anthropometric characteristics and indicators of eating and physical activity behaviors in the Swiss adult population: Results from menu CH 2014/2015*.
- Boislard, M.-A. (2014). La sexualité. Dans M. Claes & L. Lannegrand-Willems (Hrsg.), *La psychologie de l'adolescence* (pp. 149–159). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bringolf-Isler, B., Probst-Hensch, N., Kayser, B., & Suggs, S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Basel: Swiss TPH.
- BFS (2015). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012 Schlafstörungen in der Bevölkerung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2017). *Verkehrsverhalten der Bevölkerung. Ergebnisse des Mikrozensus Mobilität und Verkehr 2015*. Neuchâtel. Bundesamt für Statistik.
- BFS (2019a). *Lebendgeburt nach Alter der Mutter und zusammengefasste Geburtenziffer*. Zugriff am 28.6.2019, verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.assetdetail.6046293.html>
- BFS (2019b). *Anzahl und Rate der Schwangerschaftsabbrüche bei Jugendlichen (15- bis 19-Jährige), nach Wohnkanton*. Zugriff am 28.6.2019, verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.assetdetail.5328569.html>
- Catalano, R. F., Fagan, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin, C. E., Jr., Ross, D. A., & Shek, D.T.L. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *The Lancet*, *379* (9826), 1653–1664. doi: 10.1016/s0140-6736(12)60238-4
- Chappuis, A., Bochud, M., Glatz, N., Vuistiner, P., Paccaud, F., & Burnier, M. (2011). *Swiss survey on salt intake: Main results*. Lausanne: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Service de néphrologie et Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).
- Cominetti, F., Koutaissoff, D., Locicero, S., & Spencer, B. (2016). *Interruptions de grossesse: données épidémiologiques, accessibilité et techniques*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP).
- Cuyper, K., Lebacqz, T., & Bel, S. (2016). Introduction et méthodologie. In T. Lebacqz & E. Teppers (éd.), *Enquête de consommation alimentaire 2014/2015. Rapport 3*. Brussel: WIV-ISP.

- Dahl, R. E., & Lewin, D. S. (2002). Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *The Journal of Adolescent Health, 31* (6 Suppl), 175–184.
- de Ridder, K., Lebacq, T., Ost, C., Teppers, E., & Brocatus, L. (2016). Rapport 4: La consommation alimentaire. Résumé des principaux résultats. In E. Teppers & J. Tafforeau (éd.), *Enquête de Consommation Alimentaire 2014/2015*. Brussel: WIV-ISP.
- Degenhardt, L., Stockings, E., Patton, G., Hall, W. D., & Lynskey, M. (2016). The increasing global health priority of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry, 3* (3), 251–264. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00508-8
- Del Boca, F. K., & Darkes, J. (2003). The validity of self-reports of alcohol consumption: State of the science and challenges for research. *Addiction, 98* Suppl 2, 1–12.
- Delgrande Jordan, M., Schneider, E., Eichenberger, Y., & Kretschmann, A. (2019). *La consommation de substances psychoactives des 11–15 ans en Suisse – Situation en 2018 et évolutions depuis 1986 – Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* (Rapport de recherche No 100). Lausanne: Addiction Suisse.
- Delgrande Jordan, M., Schneider, E., Eichenberger, Y., Kretschmann, A., Schmidhauser, V. & Masseroni, S. (2020). *Habitudes alimentaires, activité physique, statut pondéral et image du corps chez les élèves de 11 à 15 ans en Suisse – Résultats de l'enquête «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) 2018 et évolution au fil du temps* (Rapport de recherche No 109). Lausanne: Addiction Suisse.
- Delini-Stula, A., Bischof, R., & Holsboer-Trachsler, E. (2007). Sleep behavior of the Swiss population: Prevalence and the daytime consequences of insomnia. *Somnologie-Schlafforschung und Schlafmedizin, 11* (3), 193–201.
- Diserens, C., Quach, A., Mathevet, P., Ballabeni, P., & Jacot-Guillarmod, M. (2017). Adolescents contraception continuation in Switzerland: A prospective observational study. *Swiss Medical Weekly, 147*, w14504. doi: 10.4414/smww.2017.14504
- Dratva, J., Gross, K., Späth, A., & Zemp Stutz, E. (2014). *SWIFS – Swiss infant feeding study*. Basel: Swiss TPH.
- Due, P., Krolner, R., Rasmussen, M., Andersen, A., Trab Damsgaard, M., Graham, H., & Holstein, B.E. (2011). Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health, 39* (6 Suppl), 62–78. doi: 10.1177/1403494810395989
- Eidgenössische Ernährungskommission (2015). *Ernährung in den ersten 1000 Lebenstagen – von pränatal bis zum 3. Geburtstag. Expertenbericht der EEK*. Zürich: Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen.
- Eidgenössische Ernährungskommission (2018). *Vegan diets: review of nutritional benefits and risks. Expert report of the FCN*. Bern: Federal Food Safety and Veterinary Office.
- Eidgenössische Ernährungskommission (2019). *Neubewertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen dem Verzehr von Lebensmitteln aus bestimmten Lebensmittelgruppen und NCDs (2020)*
- Ernährungskommission der SGP (2011). *Einführung der Lebensmittel beim Säugling*. Paediatrica, 22 (4), 21.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, C. (2017). *Monitorage suisse des addictions: consommation d'alcool, de tabac et drogues illégales en Suisse en 2016*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Haba-Rubio, J., & Heinzer, R. (2016). *Je rêve de dormir*. Lausanne: Édition Favre SA.
- Hafen, M. (2018). Gesundheitskompetenz, Lebenskompetenzen und die Suchtprävention. *SuchtMagazin, 44* (4), 5–13.
- Hall, W. D., Patton, G., Stockings, E., Weier, M., Lynskey, M., Morley, K. I., & Degenhardt, L. (2016). Why young people's substance use matters for global health. *The Lancet Psychiatry, 3* (3), 265–279. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00013-4
- hepa.ch (2013a). *Activité physique et santé des adultes – Recommandations pour la Suisse*. Zugriff am 25.6.2019, verfügbar unter https://www.hepa.ch/fr/themen/ausgleichsbewegung.detail.document.html/hepa-internet/fr/documents/fr/documents-de-base/hepa_Merkblatt_Gesundheitswirksame_Bewegung_Erwachsene_FR.pdf.html
- hepa.ch (2013b). *Activité physique et santé des enfants et des adolescents – Recommandations pour la Suisse*. Zugriff am 25.6.2019, verfügbar unter https://www.hepa.ch/fr/themen/bewegung-im-alltag.detail.document.html/hepa-internet/fr/documents/fr/documents-de-base/hepa_Merkblatt_Gesundheitswirksame_Bewegung_Kinder_FR.pdf.html
- Hirshkowitz, M., Whitton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... Adams Hillard, P.J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health, 1* (1), 40–43. doi: 10.1016/j.sleh.2014.12.010
- Iglowstein, I., Jenni, O. G., Molinari, L., & Largo, R. H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics, 111*(2), 302–307. doi: 10.1542/peds.111.2.302
- INSERM (2014a). *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement*. Paris: Inserm.

INSERM (2014b). *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*. Paris: Collection Expertise collective, Inserm.

Jacot-Guillarmod, M., & Diserens, C. (2019). Kontrazeption bei adolescenten Patientinnen. *Swiss Medical Forum*, 19 (21–22), 354–360.

Jenni, O., & Benz, C. (2007). Schlafstörungen. *Pädiatrie up2date*, 2(04), 309–333. doi: 10.1055/s-2007-966893

Jenssen, B. P., & Walley, S. C. (2019). E-Cigarettes and similar devices. *Pediatrics*, 143 (2). doi: 10.1542/peds.2018-3652

Kickbusch, I. (2006). *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Kommission für Alkoholfragen (EKAL) (2018). Orientierungshilfe zum Alkoholkonsum 2018. Zugriff am 20.6.2018, verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-kommission-sucht-praevention-ncd-eksn/stellungnahmen-publikationen-ekal.html>

Krug, S., Finger, J. D., Lange, C., Richter, A., & Mensink, G. B. M. (2018). Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (2): 3–22. doi: 10.17886/RKI-GBE-2018-065

Kuh, D., & Shlomo, Y. B. (2004). *A life course approach to chronic disease epidemiology*: Oxford University Press.

Lamprecht, M., Fischer, A., & Stamm, H. (2014). *Sport Schweiz 2014 – Sportaktivität und Sportinteresse der Schweizer Bevölkerung* Magglingen: Bundesamt für Sport.

Lamprecht, M., Fischer, A., Wiegand, D., & Stamm, H. (2014). *Sport Schweiz 2014 – Kinder- und Jugendbericht*. Magglingen: Bundesamt für Sport.

Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., . . . Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burdens of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study (2010). *The Lancet*, 380 (9859): 2224–2260. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8

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

Papalia, D. E., Olds, S. W., & Felman, R. D. (éd.). (2010). *Psychologie du développement humain* (7^e éd.). Montréal: De Boeck Supérieur.

Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., . . . Viner, R.M. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and well-being. *The Lancet*, 387 (10036), 2423–2478. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00579-1

Percy, A., McAlister, S., Higgins, K., McCrystal, P., & Thornton, M. (2005). Response consistency in young adolescents drug use self-reports: A recanting rate analysis. *Addiction*, 100 (2), 189–196. doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00943.x

Phan, O., & Couteron, J.-P. (2015). *Adolescence et addictions*. In: A. Morel, J.-P. Couteron & P. Fouillard (éd.), *Aide-mémoire – Addictologie en 49 notions* (2^e éd., pp. 264–274). Paris Dunod.

Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5 (3), e290–e299. doi: 10.1016/s2214-109x(17)30021-9

Raphael, D. (2010). The health of Canada s children. Part II: Health mechanisms and pathways. *Paediatrics & Child Health*, 15 (2), 71–76.

Raphael, D. (2013). Adolescence as a gateway to adult health outcomes. *Maturitas*, 75 (2), 137–141. doi: 10.1016/j.maturitas.2013.03.013

Reinau, D., Meier, C., Gerber, N., Hofbauer, G. F., & Surber, C. (2012). Sun protective behaviour of primary and secondary school students in North-Western Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 142, w13520. doi: 10.4414/smw.2012.13520

Robin, G., Marcelli, F., & Rigot, J. M. (2014). Contraception masculine (male contraception). *Presse Medicale*, 43 (2), 205-211. doi: 10.1016/j.lpm.2013.12.004

Rowlands, A. V. (2007). Accelerometer assessment of physical activity in children: an update. *Pediatric Exercise Science*, 19 (3), 252–266.

Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE) (2011a). *Ernährung von Jugendlichen*. Zugriff am 24.6.2019, verfügbar unter http://www.sge-ssn.ch/media/merkblatt_ernaehrung_von_jugendlichen_2011_2.pdf

Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE) (2011b). *Schweizer Lebensmittelpyramide Empfehlungen zum ausgewogenen und genussvollen Essen und Trinken für Erwachsene*. Zugriff am 27.8.2015, verfügbar unter http://www.sge-ssn.ch/media/sge_pyramid_lang_D_20161.pdf

- Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE) (2012). *Ernährung des Säuglings im ersten Lebensjahr*. Bern: SGE. Verfügbar unter http://www.sge-ssn.ch/media/Merkblatt_Ernaehrung_des_Saeuglings_im_ersten_Lebensjahr-2019.pdf
- Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE) (2017). *Ernährung von Kindern*. Zugriff am 24.6.2019, verfügbar unter http://www.sge-ssn.ch/media/Merkblatt_Ernaehrung_von_Kindern-2019.pdf
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12 (1), 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Spring, B., Moller, A. C., & Coons, M. J. (2012). Multiple health behaviours: Overview and implications. *Journal of Public Health*, 34 (suppl. 1), i3-i10. doi: 10.1093/pubmed/fdr111
- Stassen Berger, K. (2012). *Psychologie du développement* (2e éd.). Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- Stringhini, S., Haba-Rubio, J., Marques-Vidal, P., Waeber, G., Preisig, M., Guessous, I., ... Heinzer, R. (2015). Association of socioeconomic status with sleep disturbances in the Swiss population-based CoLaus study. *Sleep Medicine*, 16 (4), 469-476. doi: 10.1016/j.sleep.2014.12.014
- Surgeon General. (2014). *The health consequences of smoking – 50 years of progress: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Tinguely, G., Landolt, H.-P., & Cajochen, C. (2014). Schlafgewohnheiten, Schlafqualität und Schlafmittelkonsum der Schweizer Bevölkerung: Ergebnisse aus einer neuen Umfrage bei einer repräsentativen Stichprobe. *Therapeutische Umschau*, 71 (11), 637-646.
- Wang, G., Bartell, T. R., & Wang, X. (2018). Preconception and prenatal factors and metabolic risk. In Halfon N., Forrest C., Lerner R., & Faustman E. (Hrsg.), *Handbook of Life Course Health Development* (pp. 47-59) Cham: Springer.
- Weissenborn, A., Abou-Dakn, M., Bergmann, R., Both, D., Gresens, R., Hahn, B., Hecker, A., Koletzko, B., ... Kersting, M. (2016). Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland – eine systematische Übersicht. *Gesundheitswesen*, 78, 695-707.
- Werkhausen, A., Favero, K., & Wyss, T. (2014). *Sitzender Lebensstil beeinflusst Gesundheit negativ*. Zugriff am 24.6.2019, verfügbar unter https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=+++Amelie+Werkhausen1%2C+Kathrin+Favero2+%26+Thomas+Wyss1&btnG=
- WHO (2000). *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm* (WHO/MSD/MSB/00.4): Department of Mental Health an Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster.
- WHO (2001). *Report of the expert consultation of the optimal duration of exclusive breastfeeding, Geneva, Switzerland, 28-30 March 2001*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2012). *Guideline: Sodium intake for adults and children*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2015). *NCD Global Monitoring Framework. Ensuring progress on noncommunicable diseases in countries*. Zugriff im August, 2015, verfügbar unter http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/
- WHO (2019). WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee *Guidelines on Physical Activity, Sedentary Behaviour and Sleep for Children under 5 Years of Age*. Geneva: World Health Organization.
- Zaldivar Basurto, F., Garcia Montes, J. M., Flores Cubos, P., Sanchez Santed, F., Lopez Rios, F., & Molina Moreno, A. (2009). Validity of the self-report on drug use by university students: Correspondence between self-reported use and use detected in urine. *Psicothema*, 21 (2), 213-219.

08 Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit



Gregor Waller & Ursula Meidert
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

Kernaussagen

- Die Nutzung von digitalen Medien ist stark altersabhängig. Spätestens anfangs der Oberstufe besitzen die Jugendlichen ein eigenes Smartphone.
- Ein Grossteil der nationalen und internationalen Forschung rund um gesundheitliche Aspekte der digitalen Mediennutzung fokussiert auf negative Aspekte. Potenziell positive Effekte sind untererforscht. Die entdeckten Zusammenhänge sind in der Regel schwach und weisen also nur eine geringe praktische Relevanz auf.
- Es gibt derzeit keinen eindeutig belegten Zusammenhang zwischen hochfrequenten elektromagnetischen Strahlen und der Entwicklung von Hirntumoren und auch nicht zwischen niederfrequenten elektromagnetischen Strahlen und der Entwicklung von Leukämie bei Kindern und Jugendlichen. Die Studienbefunde sind jedoch heterogen.
- Häufiger digitaler Medienkonsum, insbesondere Fernsehkonsum, geht oft mit Bewegungsmangel und Übergewicht einher. Bewegungsmangel und übermässige Beanspruchung von einzelnen Körperteilen durch repetitive Bewegungen stehen im Zusammenhang mit muskuloskelettalen Beschwerden.
- Kurzfristig kann die Bildschirmnutzung zu übermüdeten, trockenen, geröteten und tränenden Augen sowie Schwierigkeiten bei der Fokussierung führen. Zu langfristigen Auswirkungen fehlen empirische Studien.
- Blaues Bildschirmlicht vor dem Zubettgehen kann das Einschlafen verzögern. Die intensive Nutzung von Mobiltelefonen sowie eingehende Anrufe oder Nachrichten stören den Schlaf und können zu Schlafstörungen führen.
- Digitale Medien können stressinduzierend und stressreduzierend eingesetzt werden – je nach Nutzungsintensität und konsumierten Inhalten.
- Unter exzessivem Onlineverhalten wird ein breites Spektrum an Ausprägungen subsummiert. Es fehlt ein einheitliches Störungsbild. Exzessives Onlineverhalten steht in Zusammenhang mit Einsamkeit und höheren Depressionssymptomen.
- Idealisierte medial dargebotene Körperbilder können vor allem bei Mädchen, die bereits vorgängig unzufrieden mit dem eigenen Körper sind, negative Auswirkungen haben, z. B. zu Essstörungen führen.
- Digitale Medien können sowohl ein entwicklungsförderndes wie auch ein -hemmendes Potenzial entfalten. Dabei machen die Dosis und der Inhalt das Gift.
- Mediale Gewalt kann ein Risikofaktor für Aggression sein. Ob diese Aggression auch zu realer Gewalt führt, ist umstritten.

8.1 Einleitung

Die Basis dieses Kapitels bildet die Sichtung von nationalen und internationalen Studien, die den potenziellen Zusammenhang von Nutzung digitaler Medien und Gesundheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen untersuchen. Digitale Medien, auch «neue Medien» genannt, sind elektronische Medien, die mit Hilfe moderner Informations- und Kommunikationstechnologie funktionieren. Die Aufzeichnung, Verarbeitung, Darstellung und Wiedergabe der Inhalte erfolgen dabei digital. Zu den beliebtesten dieser Medien gehören das Internet, Social Media, digitale Videos und Fernsehen, aber auch E-Books und Computerspiele (Delfanti & Arvidsson, 2018). Den Gegensatz dazu bilden die analogen oder traditionellen Medien, wie Bücher, Brettspiele oder analoges Radio und Fernsehen, die auf älteren Technologien beruhen. Die Medieninhalte sind dabei oft identisch, z. B. kann eine Radiosendung analog oder digital verbreitet werden. Man spricht deshalb von «neuen Medien», weil neben der neuen Art der Verbreitung zugleich auch neue Nutzungsmöglichkeiten und Inhalte hinzugekommen sind.

Bei der Nutzung von digitalen Medien bestehen grundsätzlich zwei Gefahrenquellen für die Gesundheit: jene, welche die Geräte selbst erzeugen, wie zum Beispiel die Belastung durch elektromagnetische Strahlung, und jene, welche durch die Nutzung der Geräte entstehen, beispielsweise durch inadäquate Inhalte. Erstere können zu körperlichen Beeinträchtigungen, Erkrankungen oder Schmerzen führen. Die Evidenzlage zu diesen Themenbereichen wird in den Abschnitten 8.3 bis 8.6 dargelegt. Die Nutzung der Geräte kann zu psychosozialen Problemen und psychischen Erkrankungen führen. Der aktuelle Kenntnisstand wird in den Abschnitten 8.7 bis 8.12 behandelt. Neben Gefahren gibt es aber für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auch Chancen im Umgang mit digitalen Medien; diesen wird in Abschnitt 8.13 nachgegangen. Ein wichtiges Konzept dabei ist die Medienkompetenz, auf welche ebenfalls eingegangen wird. Die wichtigsten Erkenntnisse sowie die daraus abzuleitenden Handlungsempfehlungen zum Thema digitale Medien und Gesundheit werden in einem Fazit in Abschnitt 8.14 dargelegt.

8.2 Das Mediennutzungsverhalten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz

Das Mediennutzungsverhalten ist stark altersabhängig. Sind es für Kinder im Vorschulalter vor allem (Bilder-)Bücher, Radio/Musik, Fernsehen und Hörspiele, die eine wichtige Rolle spielen, so kommen während der Primarschule zunehmend weitere Medien hinzu. Primarschülerinnen und Primarschüler machen erste Gehversuche im Internet. Spätestens beim Übertritt in die Oberstufe erhalten die Jugendlichen ein eigenes Smartphone und haben so direkten Zugang zum Internet.

Der Medienumgang von Kindern im Vorschulalter (4 bis 6 Jahre)

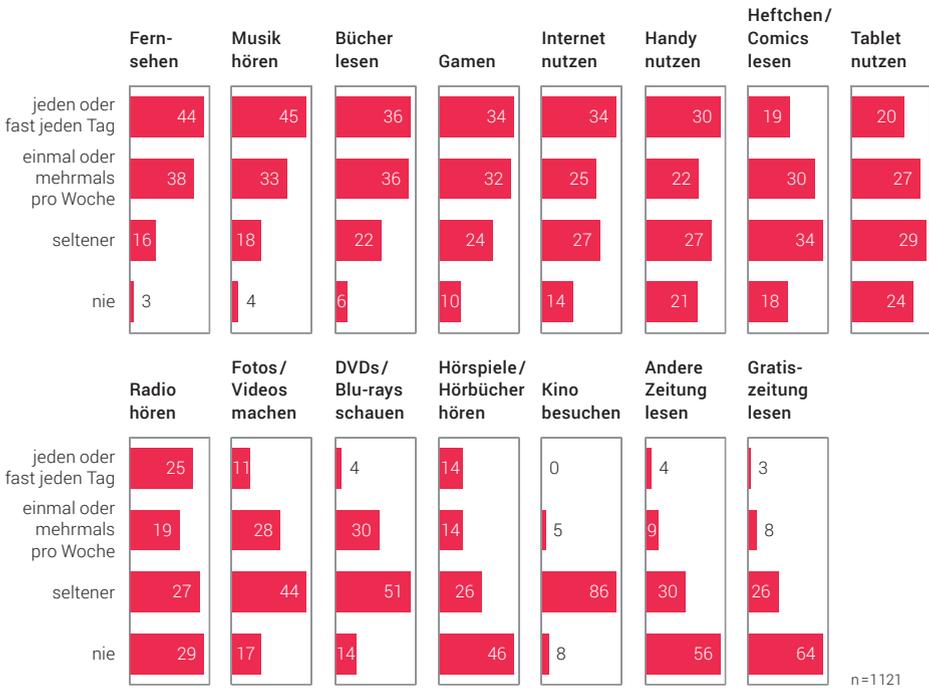
Der Medienumgang von Kleinkindern rückte in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus, wird aber immer noch wenig erforscht (Chaudron, 2015; Feierabend, Plankenhorn & Rathgeb, 2015; Könitzer, Jeker & Waller, 2017). Die meisten Studien im europäischen Raum sind qualitativer Art, Ausnahmen bilden die beiden deutschen Studien MiniKIM (Feierabend et al., 2015) und BLIKK (Buesching, Riedel & Brand, 2017) sowie eine Schweizer Studie, die von der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften durchgeführt wurde (Bernath et al., 2020). Die ZHAW-Studie (N = 879) zeigt, dass Kinder im Vorschulalter (4 bis 6 Jahre) gemäss Angaben ihrer Eltern am häufigsten klassische Medien wie (Bilder-)Bücher, Radio und Fernseher nutzen. Die durchschnittliche Bildschirmzeit (Fernseher und Videogames) beträgt pro Tag rund 56 Minuten, der Median ist 30 Minuten. Kinder aus Haushalten mit niedrigen formalen Bildungsabschlüssen sitzen länger am Bildschirm als Kinder aus Haushalten mit mittlerer oder hoher formaler Bildung. Aber auch die Einstellung der Eltern zu den elektronischen Medien ist positiver, je länger die Zeit, die ihre Kinder vor dem Bildschirm verbringen. Positiv assoziiert mit der Bildschirmzeit sind aber auch nicht-mediale Aktivitäten, wie zum Beispiel Spielen, Sport treiben oder kreativ tätig sein. Dieser kontraintuitive Befund legt den Schluss nahe, dass bei Kindern mit grossem Aktivitätsbedürfnis sich dies sowohl medial wie auch nicht-medial bemerkbar macht. Kinder im Vorschulalter sind im Schnitt 333 Minuten pro Tag (Median: 300 Minuten) mit Spielen, Sport oder kreativen Tätigkeiten beschäftigt (Bernath et al., 2020).

Der Medienumgang von Kindern im Primarschulalter (6 bis 12 Jahre)

Über den Medienumgang von Kindern im Primarschulalter lässt sich – basierend auf einer Reihe von Studien (Feierabend, Plankenhorn & Rathgeb, 2017; Genner et al., 2017; Suter, Waller, Genner, Oppliger, et al., 2015) – folgendes Bild zeichnen: Sie haben in ihren Haushalten ein breites Medienangebot zur Verfügung. Die meisten Geräte und Abonementen sind aber im Besitz ihrer Eltern und werden durch diese oft auch kontrolliert. Über ein eigenes Mobiltelefon verfügen gemäss einer repräsentativen Schweizer Studie (Genner et al., 2017) rund 50% der 6- bis 12-jährigen Kinder. Das am häufigsten genutzte Medium ist das Fernsehen: 44% nutzen es täglich oder fast täglich, 38% einmal oder mehrmals pro Woche, danach folgen Musik hören, Bücher lesen und das Spielen von Videogames. An fünfter Stelle steht die Nutzung des Internets, danach folgen Mobiltelefon, Heftchen/Comics und Tablet, und schliesslich lesen wenige der Kinder in diesem Alter und meistens nur selten Tages- und Gratiszeitungen (siehe Grafik G8.1).

Mediennutzung von Kindern im Primarschulalter in der Schweiz, 2017

G 8.1



Quelle: MIKE-Studie 2017

© Obsan 2020

Der Medienumgang von Kindern im Primarschulalter unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern. So spielen Jungen häufiger regelmässig Videogames (76% tun dies mindestens einmal pro Woche) als Mädchen (55%). Auch das Internet (65%) und Tablets (54%) nutzen Jungen häufiger regelmässig als Mädchen (Internet: 53%; Tablet 40%). Demgegenüber lesen Mädchen öfters Bücher (77%), nutzen öfters Hörbücher (33%) oder machen mehr Fotos und Videos (46%) als Jungen (Bücher: 67%; Hörbücher: 24%; Fotos und Videos: 32%).

Nach Altersgruppe betrachtet, zeigen sich während der Primarschule deutliche Veränderungen in der Art der benutzten Medien (vgl. dazu Tabelle T 8.1).

Die zum Teil markanten Veränderungen im Medienumgang hängen einerseits mit der besseren Verfügbarkeit von verschiedenen Medien zusammen, andererseits mit neu angeeigneten Kompetenzen wie Lesen und Schreiben. Gegen Ende der Primarschule besitzen rund 80% der Kinder ein eigenes Smartphone und verfügen somit ab diesem Zeitpunkt über einen eigenen – von den Eltern nicht mehr kontrollierbaren – Internetzugang.

Regelmässige Mediennutzung von Kindern in der Schweiz, nach Altersgruppen, 2017

T8.1

	6- bis 7-jährig	8- bis 9-jährig	10- bis 11-jährig	12- bis 13-jährig
Fernsehen	90%	83%	80%	75%
Bücher lesen	78%	83%	68%	55%
Hörspiele hören	35%	34%	26%	16%
Musik hören	71%	74%	80%	91%
Gamen	56%	56%	73%	82%
Internet nutzen	29%	50%	71%	87%
Handy nutzen	34%	38%	63%	77%
Fotos/Videos machen	28%	34%	43%	55%

Quelle: MIKE-Studie 2017

© Obsan 2020

Der Medienumgang von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

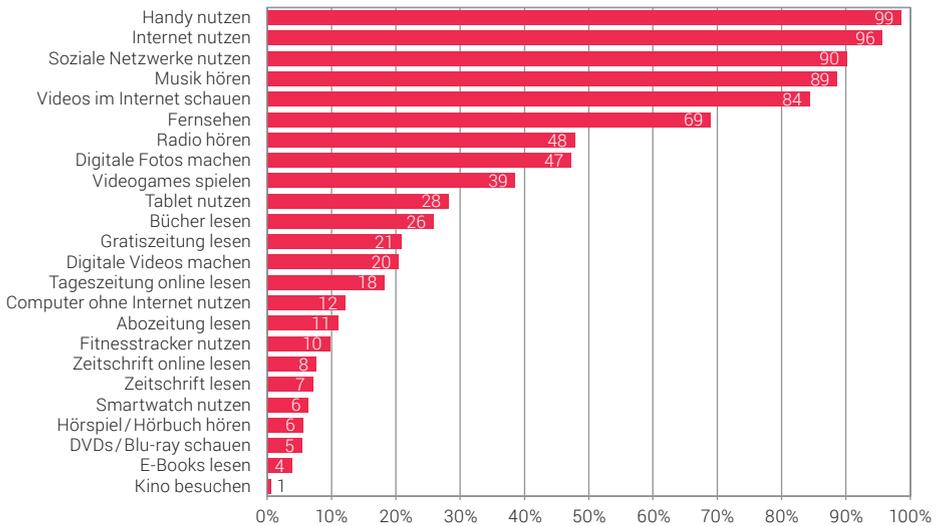
Medien bleiben wichtig, auch während den Jugendjahren (Heeg & Steiner, 2019). In dieser Zeit sind etliche Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, die durch den Medienumgang unterstützt oder behindert werden können (siehe auch Abschnitt zu Entwicklung).

Beim Übertritt in die Sekundarstufe besitzen in der Schweiz fast 100% der Jugendlichen ein eigenes Smartphone (Suter et al., 2018a; Waller, Willemse, Genner, Suter & Süss, 2016). Dementsprechend liegt dieses auch ganz vorne in der Nutzungsintensität (vgl. auch Grafik G8.2): 99% der 12 bis 18-jährigen Jugendlichen nutzen es täglich oder mehrmals pro Woche, danach folgen das Internet (96%), soziale Netzwerke (90%), Musik hören (86%), Videos im Internet schauen (86%), fernsehen (69%), fotografieren (48%), Radio hören (48%) oder Videogames spielen (38%) (Suter et al., 2018a). Die Nutzung von Mobiltelefonen, sozialen Netzwerken, Gratiszeitungen, Onlinezeitungen und -zeitschriften wie auch das Musikhören nehmen während der Adoleszenz zu. Hingegen spielen ältere Jugendliche weniger Videogames, nutzen seltener Tablets oder lesen weniger Bücher als jüngere Jugendliche. Mädchen im Jugendalter zeigen eine intensivere Nutzung von sozialen Netzwerken und lesen häufiger Bücher und E-Books als Jungen. Jungen andererseits schauen häufiger Videos im Internet, spielen öfters Videogames und nutzen Tablets sowie Smartwatches intensiver. Gemäss Selbstangaben nutzen Schweizer Jugendliche das Internet unter der Woche im Schnitt zwei Stunden und 30 Minuten und am Wochenende vier Stunden pro Tag (Suter et al., 2018a). Das ist circa eine Stunde mehr als 2014. Jugendliche mit Migrationshintergrund nutzen das Internet intensiver als Jugendliche mit Schweizer Hintergrund. Auch in der lateinischen Schweiz ist eine intensivere Internetnutzung auszumachen als in der Deutschschweiz.

Mediennutzung von Jugendlichen in der Schweiz, 2018

G8.2

Prozentangaben: täglich/mehrmals pro Woche



Quelle: JAMES-Studie 2018

© Obsan 2020

Die mit Abstand am häufigsten benutzten Internetdienste für Adoleszente sind soziale Netzwerke, Suchmaschinen und Videoportale. Diese werden sowohl zu Unterhaltungswie auch zu Informationszwecken eingesetzt. Wichtige soziale Netzwerke oder Instant Messenger sind Instagram, Snapchat und WhatsApp. Gerade WhatsApp wird von fast allen Jugendlichen intensiv auf dem Smartphone genutzt. Das eigene Erstellen von Internetinhalten, wie zum Beispiel das Hochladen von Fotos, Videos oder Textbeiträgen, ist für den grössten Teil der Heranwachsenden sekundär. Dementsprechend stellen viele Adoleszente gar nichts in Netz.

Zur Mediennutzung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 25 Jahren gibt die schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) aus dem Jahr 2017 Auskunft. In diesem Alter ist die Nutzung des Internets äusserst beliebt: Rund 97% der Befragten nutzen es täglich für private Zwecke. Dabei unterscheiden sich die Befragten in der Nutzung weder nach Geschlecht, Alter noch nach den Landesteilen, in denen sie wohnhaft sind.

Fernsehen oder Videos schauen sind ebenfalls sehr beliebt: 87,7% derselben Befragten geben an, täglich fernzusehen, 30,2% schauen weniger als eine Stunde pro Tag, 39,7% eine bis zwei Stunden und 17,8% schauen über zwei Stunden fern pro Tag. Männliche Befragte schauen mit einem Anteil von 91,9% häufiger täglich fern als weibliche mit 83,3%. Bezüglich Herkunft gibt es kaum Unterschiede bei der Zahl derer, die täglich schauen,

wohl aber in der Nutzungsdauer: Mehr als zwei Stunden täglich Fernseher oder Videos schauen 21,8% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Migrationshintergrund, während es bei jenen mit Schweizer Wurzeln 15,6% sind. Vergleicht man die Nutzungsmuster der drei Landesteile, so zeigt sich, dass in der Romandie der Anteil jener, die mehr als zwei Stunden pro Tag fern sehen oder Videos schauen, mit 22,2% am höchsten ist (gegenüber 16,3% in der Deutschschweiz und 13,5% in der italienischsprachigen Schweiz). Jedoch ist auch der Anteil jener, die seltener als täglich diese Medien nutzt mit 13,9% der Höchste im Vergleich zur Deutschschweiz mit 11,8% und der italienischsprachigen Schweiz mit 9,4%.

Video- und Computerspiele werden von den Befragten deutlich seltener genutzt als Fernsehen oder Videos: 63%, gaben an, diese seltener als jeden Tag zu nutzen. Dabei zeigen sich grosse Geschlechtsunterschiede: 58% der männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen nutzen Video- und Computerspiele täglich, im Vergleich zu 13,9% der weiblichen. Auch nutzen die jungen Männer und Jungen die Spiele länger: 11,7% spielen mehr als zwei Stunden pro Tag, bei den Mädchen und jungen Frauen sind es dagegen lediglich 1,1%.

8.3 Digitaler Medienkonsum und Krebserkrankungen

Bei der Verwendung unterschiedlicher elektronischer Geräte kommen verschiedene Übertragungstechnologien zum Einsatz: Mobilfunk, Bluetooth oder WLAN. Je nach Gerät und Verwendung sind verschiedene Körperteile hochfrequenter elektromagnetischer Strahlung ausgesetzt. Beim Telefonieren mit dem Mobiltelefon sind zum Beispiel der Kopf, das Ohr und die Hand besonders exponiert. Zudem führen die elektrischen Ströme der eingebauten Elektronik und der Batterie oder Stromquelle zu niederfrequenten elektromagnetischen Feldern, die ebenfalls in den Kopf beziehungsweise die Hand eindringen (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2019). Die Strahlung von nieder- und hochfrequenten elektromagnetischen Feldern steht in Verdacht, für Menschen krebserregend zu sein. Die Internationale Krebsagentur der Weltgesundheitsorganisation (IARC) stufte sowohl nieder- als auch hochfrequente elektromagnetische Strahlung als möglicherweise krebserregend (Gruppe 2b) ein (IARC Working Group, 2013).

Beginnt der Gebrauch von Mobiltelefonen, Tablets und Computern bereits in der Kindheit, ergibt sich eine längere lebenszeitliche Nutzungsdauer und somit eine grössere kumulierte Strahlenexposition im Vergleich zu einer später einsetzenden Verwendung. Weil sich ihr Nervensystem noch in der Entwicklung befindet, gelten Kinder zudem als besonders vulnerabel für potenzielle Gesundheitsbelastungen durch elektromagnetische Strahlung. Während das anatomische Nervensystem mit circa zwei Jahren vollständig ausgebildet ist, ist die funktionelle Entwicklung bis ins Erwachsenenalter fortschreitend und könnte durch elektromagnetische Strahlung gestört werden (European Commission, 2009).

Bei Kindern und Jugendlichen wurde insbesondere das Auftreten von Blutkrebsarten wie Leukämie und Hirntumore in Zusammenhang mit der Strahlung von elektromagnetischen Feldern untersucht. Bei Leukämie haben verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen ein erhöhtes Risiko für Kinder und Jugendliche, die niederfrequenten elektromagnetischen Strahlen ausgesetzt sind, ermittelt (European Commission & Directorate General for Health & Consumers, 2015; Kheifets et al., 2010; Schüz, 2011). Je grösser die Exposition, je grösser ist tendenziell das Risiko für eine Leukämieerkrankung (Kheifets et al., 2010). Die Resultate der Studien zeigen jedoch einen schwachen Zusammenhang.

Bezüglich Hirntumore kommen verschiedene Studien zum Schluss, dass Kinder und Jugendliche, die Mobiltelefone in normalem Ausmass nutzen, kein erhöhtes Risiko haben, einen Hirntumor zu entwickeln (Aydin et al., 2011; Kheifets et al., 2010; Schüz, 2011). Kinder und Jugendliche, welche mindestens fünf Jahre vor dem Befragungszeitpunkt mit regelmässiger Mobiltelefonnutzung begonnen haben, haben im Vergleich zu jenen ohne regelmässige Nutzung ebenfalls kein erhöhtes Risiko für einen Tumor. Auch wurden keine Zusammenhänge zwischen dem Ort des Tumors und dem Ort der grössten Strahlenbelastung gefunden (Aydin et al., 2011). Ein Zusammenhang jedoch wurde gefunden zwischen der Dauer seit Abschluss eines Mobiltelefonabonnements und dem Auftreten eines Hirntumors, jedoch nicht für die Intensität der Nutzung. Die Autoren weisen demnach darauf hin, dass elektromagnetische Strahlung bei Kindern und Jugendlichen ein höheres Risiko für Hirntumore nach sich zieht als bei Erwachsenen. Dies aufgrund des noch nicht abgeschlossenen Gehirnwachstums, der dünneren Schädelknochen und einer anderen Gewebedichte (Gandhi et al., 2012; Hardell, 2017).

Insgesamt lassen sich aufgrund der bisherigen Studien keine sicheren Aussagen machen über den Zusammenhang von Krebserkrankungen und digitaler Mediennutzung. Die Resultate sind widersprüchlich, es gibt methodologische Probleme (unter anderem die beschränkte Übertragbarkeit von Tierversuchen auf den Menschen und die Komplexität der verschiedenen möglichen Strahlenquellen) und die Studien lassen sich schlecht vergleichen. Es fehlen vor allem Studien bezüglich der Langzeitwirkung der Mobiltelefonie. Derzeit gibt es Evidenz für einen eher schwachen Zusammenhang zwischen der Strahlung von elektromagnetischen Feldern und Hirntumoren, bei Leukämie einen etwas stärkeren, aber dennoch minimalen Zusammenhang.

Die Strahlung von elektromagnetischen Feldern steht in Verdacht, für Menschen krebserregend zu sein. Aufgrund von widersprüchlichen Resultaten der Studien, ihren methodologischen Problemen, der schlechten Vergleichbarkeit, sowie fehlenden Langzeitstudien kann keine klare Aussage gemacht werden.

8.4 Bewegungsmangel, Übergewicht und muskuloskelettale Probleme

Der Konsum digitaler Medien, der mit Ausnahme von einzelnen Fitness- und Bewegungsgames oder Virtual-Reality-Spielen sitzend oder liegend erfolgt, birgt verschiedene gesundheitliche Risiken in sich, die mit Inaktivität zusammenhängen: Übergewicht und Adipositas, Herz-Kreislauferkrankungen und psychische Problemen (Tremblay et al., 2011). Der Zusammenhang zwischen Übergewicht/Adipositas mit dem Medienkonsum wurde bereits gut erforscht. Adipositas gilt als eine der bestbelegten Folgen von Bildschirm-Medienkonsum (Robinson et al., 2017). Dabei weist die Literatur auf mehrere Mechanismen hin, die den Zusammenhang zwischen Medienkonsum und Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen erklären: (1) Körperliche Aktivität wird durch Medienkonsum ersetzt, (2) es findet eine erhöhte Kalorienzufuhr durch Essen während des Medienkonsums statt, (3) konsumierte Werbung für kalorienreiche Nahrungsmittel regt zusätzlich zu deren Konsum an, und (4) ein reduzierter Schlaf verändert den Haushalt appetitregulierender Hormone und kann zu mehr Essen nach den Mahlzeiten und in der Nacht führen. Auch ein Fernseher im Schlafzimmer der Kinder und Jugendlichen ist ein Faktor, der Übergewicht und Adipositas begünstigt (Casiano, Kinley, Katz, Chartier & Sareen, 2012). Belege zeigen, dass Interventionen, welche den Medienkonsum bei Kindern und Jugendlichen reduzieren, mit einer Reduktion des Gewichts einhergehen (Hingle & Kunkel, 2012). Der Fokus vieler Studien auf das Thema Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen lässt sich unter anderem mit der starken Verbreitung in den letzten beiden Dekaden erklären. Ein Grossteil der adipösen Kinder und Jugendlichen bleibt auch im erwachsenen Alter adipös. Adipositas wiederum ist ein Risikofaktor für Bluthochdruck, Herz-Kreislauferkrankungen, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes Mellitus, Gallenblasen- und Gelenkentzündungen (siehe Kapitel Chronische Krankheiten und Behinderungen (Karaagac, 2015; Tremblay et al., 2011).

Studien zeigen, dass der Fernsehkonsum ein grösseres Risiko für Übergewicht und Adipositas darstellt als der Konsum anderer Medien. Als Erklärung dafür erwogen wurden einerseits die im Fernsehen vermittelten Inhalte, namentlich häufige Werbung für kalorienreiche Nahrungsmittel und Getränke (Robinson et al., 2017). Auch wurde ein Zusammenhang festgestellt zwischen inaktivem Verhalten und dem Essen vor dem Fernseher sowie Essen zwischen den Mahlzeiten. Bei Kindern und Jugendlichen dürften solche Faktoren das Übergewicht zusätzlich fördern. Inaktivität steht zudem in Zusammenhang mit tiefem sozioökonomischem Status, höherem Alter und höherer Autonomie der Kinder sowie einer negativen Einstellung zu physischer Aktivität (Barr-Anderson & Sisson, 2012).

In der erwähnten Studie der ZHAW zu Kindern im Vorschulalter (4–6 Jahre) wurden keine Zusammenhänge zwischen der Intensität der Bildschirmnutzung und dem körperlichen oder psychischen Wohlbefinden herausgefunden. Hingegen korrelierte eine erhöhte Bildschirmzeit mit einem höheren Body-Mass-Index (BMI), der Zusammenhang ist aber schwach (Bernath et al., 2020).

Der ursächliche Zusammenhang zwischen Adipositas und der Nutzung von Bildschirmmedien gilt als belegt. Daneben kann Medienkonsum auch mit Bewegungsmangel einhergehen. Übermässige Beanspruchung von einzelnen Körperteilen durch repetitive Bewegungen stehen auch im Zusammenhang mit muskuloskelettalen Beschwerden.

Die allermeisten Kinder und Jugendlichen verzeichnen gemäss Studien täglich mehr als zwei Stunden inaktives Verhalten in ihrer Freizeit. Dies ist auch in der Schweiz der Fall, wie Daten aus einer repräsentativen Studie zeigen: Die Jugendlichen gaben hier im Schnitt eine Internetnutzung von 2,5 Stunden an Wochentagen und 4 Stunden an Wochenenden an (Suter et al., 2018a). In der SGB von 2017 gaben 18% der 15- bis 25-Jährigen an, täglich mehr als zwei Stunden Fernsehen oder Videos zu schauen, mit Computerspielen und Videogames gaben sich 6,5% von ihnen mehr als zwei Stunden ab, für andere Computernutzung 22,5%.

Daten aus der HBSC-Studie (2019) zeigen, dass 11- bis 15-jährige Jugendliche, die normalerweise an Schultagen viel Zeit mit Fernsehen, Videos, DVDs oder anderen Inhalten zur Unterhaltung auf einem Bildschirm verbringen, deutlich weniger körperlich aktiv waren als Jugendliche, die wenig Zeit damit zubrachten: Bei denjenigen, die höchstens eine Halbestunde pro Schultag am Bildschirm verbringen, ist der Anteil, der sich täglich mindestens 60 Minuten am Tag und fünf Tage pro Woche bewegt, bei 50,7%. Im Vergleich dazu sind lediglich 33,8%, die vier oder mehr Stunden pro Tag am Bildschirm verbringen, aktiv.

Betrachtet man bei diesen Jugendlichen den aus ihren Angaben zu Gewicht und Grösse berechneten Body-Mass-Index, so zeigt sich das gleiche Muster: 6,7% der Jugendlichen mit geringer Bildschirmzeit waren übergewichtig und weniger als 1% adipös. Von den Jugendlichen mit mehr als 4 Stunden Bildschirmzeit pro Schultag hingegen waren 15,8% übergewichtig und 1,0% adipös.

Eine umfassende, systematische Review, die 232 Studien beziehungsweise 983 840 Kinder und Jugendliche zwischen 5 und 17 Jahren einschliesst, kann eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen inaktivem Verhalten und negativen Gesundheits-outcomes belegen: Mehr als zwei Stunden Fernsehkonsum pro Tag geht einher mit einer unvorteilhaften Körperkonstitution, schlechterer Fitness, tieferem Selbstwertgefühl sowie geringerem schulischen Erfolg und prosozialem Verhalten. Ebenfalls aufgezeigt werden konnte, dass mit einer Verminderung der inaktiven Zeit der BMI reduziert werden konnte. Jeder Rückgang von inaktivem Verhalten geht mit tieferen Gesundheitsrisiken für Kinder und Jugendliche einher (Tremblay et al., 2011).

Bewegung und Sport ist auch in Zusammenhang mit muskuloskelettalen Beschwerden von Bedeutung: Bewegung und Sport sorgen für körperlichen Ausgleich vom langen Sitzen. Beschwerden in Form von Schmerzen und Entzündungen treten vor allem bei übermässiger Beanspruchung von einzelnen Muskeln, Sehnen und Bändern durch

repetitive Bewegungen wie auch durch Fehlhaltungen auf (z. B. Gustafsson, Johnson, Lindegård & Hagberg, 2011; Ming, Närhi & Siivola, 2004). Bei Jugendlichen besonders betroffen sind in Zusammenhang mit Computernutzung die Schulter-Nackengegend und der Kopf (Hakala et al., 2012). Auch Rückenschmerzen treten häufig auf (Suris et al., 2014). Ein Dosis-Wirkung-Zusammenhang zwischen der Nutzungsdauer und den Symptomen wies Harris et al. (2015) für die Computernutzung und Gustafsson et al. (2017) für das Schreiben von Textnachrichten auf dem Smartphone nach. Die Einrichtung des Computerarbeitsplatzes und eine korrekte Haltung spielen eine wichtige Rolle: Wie weitere Studien zeigen, nutzen Kinder und Jugendliche oft nicht auf ihre Körpergrösse eingestellte Computerarbeitsplätze (Py Szeto et al., 2014). Ergonomische Computereinrichtungen (Jacobs et al., 2013) wie auch eine neutrale Kopfposition und das Anlehnen des Rückens und Aufstützen der Unterarme bei der Smartphonennutzung können Beschwerden verhindern oder reduzieren (Gustafsson et al., 2011). Muskuloskeletale Beschwerden scheinen zudem durch wenig Schlaf begünstigt zu werden, welcher zudem oft mit häufiger und langer Computernutzung einhergeht (siehe Abschnitt Schlaf). Diese Befunde zeigt auch eine Analyse der Daten aus der JAMES-Studie 2018 für die Schweiz: Surfdauer im Internet und Nutzungszeit des Mobiltelefons hängen mit körperlichen Beschwerden wie Kopf-, Nacken- oder Rückenschmerzen zusammen. Alle Zusammenhänge sind jedoch sehr schwach (Bernath et al., 2020).

8.5 Augenprobleme und Kopfschmerzen

Während für langfristige Auswirkungen der Nutzung von Bildschirmmedien auf die Augen keine empirischen Befunde vorliegen, gehören zu den kurzfristigen Auswirkungen verschiedene Symptome wie übermüdete, trockene, tränende, gerötete oder brennende Augen, gestörte Sehschärfe und Fokussierungsprobleme. Diese Symptome werden oft unter dem Begriff «Computer Vision Syndrom» oder «digitale Augenbelastung» zusammengefasst. Zurückgeführt werden sie auf die Beleuchtungsintensität und das Flimmern des Bildschirms und reduziertes Blinzeln der Augen (Jaiswal et al., 2019). Das direkte starke Licht von Bildschirmen kann zu einer Überanstrengung der Augen während des Lesens führen (Mork, Bruenech & Thorud, 2016). Ausserdem sieht das Auge bei einer längeren Bildschirmnutzung zu wenig in die Ferne und kann sich dadurch weniger entspannen. Jugendliche berichten bereits nach einer 30-minütigen Nutzung von solchen Symptomen (Smahel, Wright & Cernikova, 2015). Als Folge der ungünstigen Kopfposition können zudem Verspannungen in der Nacken- und Schulterpartie sowie Kopfschmerzen auftreten.

Mobile Geräte und Computer unterscheiden sich zwar durch unterschiedliche Nutzungsmuster, durch die Körperposition bei ihrer Verwendung, die Distanz zum Bildschirm und seine Grösse und Leuchtkraft; die Art der auftretenden Symptome ist aber bei allen ähnlich (Jaiswal et al., 2019). In der Regel verringern sich die Symptome oder verschwinden ganz bei einer Reduktion der Nutzungsdauer.

Die Bildschirmnutzung kann zu übermüdeten, trockenen und tränenden Augen sowie Schwierigkeiten bei der Fokussierung führen. Für langfristige Effekte fehlen empirische Studien.

Die Häufigkeit (Prävalenz) von Augenproblemen in Zusammenhang mit der Bildschirmnutzung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist als hoch einzustufen. Eine Untersuchung mit Studierenden in Asien hat gezeigt, dass sie bei 90% lag für ein oder mehrere Symptome bei der Nutzung von Computern (Reddy et al., 2013). Eine Querschnittstudie belegt dies für die Nutzung von Smartphones bei Jugendlichen. Dabei hatten jene, welche ihr Smartphone häufig nutzten, eine höhere Wahrscheinlichkeit für multiple Symptome wie visuelle Störungen, verschwommenes Sehen, Rötungen und tränende oder trockene Augen als Jugendliche mit einer geringeren Nutzungsdauer (Kim et al., 2016).

Bereits Primarschulkinder zeigen solche Reaktionen. In einer Untersuchung litten 6% der untersuchten Kinder an trockenen Augen. Diese wiesen eine höhere tägliche Smartphone-Nutzung auf als Kinder ohne Beschwerden (Moon, Kim & Moon, 2016). Sehschwächen werden ebenfalls mit der Bildschirmnutzungszeit in Verbindung gebracht. In einer andere Studie zeigte sich, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die häufig das Internet nutzen oder fernsehen, ein schlechteres Sehvermögen haben als jene, die weniger Zeit damit verbrachten (Bener & Al-Mahdi, 2012).

Kopfschmerzen können ebenfalls durch die Nutzung von Mobiltelefonen und Computern auftreten. Nicht geklärt ist jedoch, welche Aspekte der Gerätenutzung diese verursachen. Kontrollierte Versuchsstudien, bei denen junge Erwachsene der Strahlung von elektromagnetischen Feldern ausgesetzt wurden, konnten keinen Zusammenhang finden (European Commission, 2009; European Commission & Directorate General for Health & Consumers, 2015). Vermutet wird, dass Kinder empfindlicher auf elektromagnetische Strahlung reagieren als Erwachsene (Bsp. Mortazavi et al., 2011). Weiter gibt es Hinweise darauf, dass nicht-ergonomische Computereinrichtungen und hohe CO₂-Belastung in den Räumen mit Computern für die Kopfschmerzen verantwortlich sind (Jacobs et al., 2013). Schlafmangel kann zudem als verstärkender Faktor für das Auftreten von Kopf- wie auch anderen Schmerzen wirken (Nuutinen et al., 2014). Es lassen sich aber Auftretensmuster bezüglich der Dauer des digitalen Medienkonsums und der Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen feststellen, wie die Analyse der SGB 2017 zeigt.

8.6 Schlaf

Digitale Medien stehen in Verdacht, den Schlaf von Nutzerinnen und Nutzern negativ zu beeinflussen, und zwar aus verschiedenen Gründen: elektromagnetische Strahlungen der Geräte, blaues Licht der Bildschirme, Störungen in der Nacht durch Anrufe und Nachrichten, aber auch durch Medieninhalte, die aufwühlend wirken können. In Studien zu den einzelnen Faktoren liessen sich Zusammenhänge nicht immer nachweisen: Zwischen der Mobilfunkstrahlung und gestörtem Schlaf war weder in Laborstudien mit Erwachsenen noch in epidemiologischen Studien mit Kindern und Jugendlichen ein Zusammenhang nachweisbar. Hingegen beeinflusst blaues Licht, das von Bildschirmen abgegeben wird, den Hormonhaushalt (Melatonin), so dass der Schlaf verzögert oder gestört werden kann (Wahnschaffe et al., 2013). Mediennutzung kurz vor oder nach dem Zubettgehen kann daher den Schlaf stören (Bruni et al., 2015). In einer neuen Schweizer Studie mit Kindern im Vorschulalter konnte ein schwacher Zusammenhang zwischen der Bildschirmzeit und der Schlafqualität nachgewiesen werden: Je mehr Zeit die Kinder an einem Bildschirm verbrachten, desto schlechter die Schlafqualität (Bernath et al., 2020). Das gleich gilt für Jugendliche bei Videogames: die Intensität der Videogamenutzung steht dabei in Wechselbeziehung mit Schlaf- und psychischen Problemen. Der Zusammenhang ist jedoch schwach (Bernath et al., 2020).

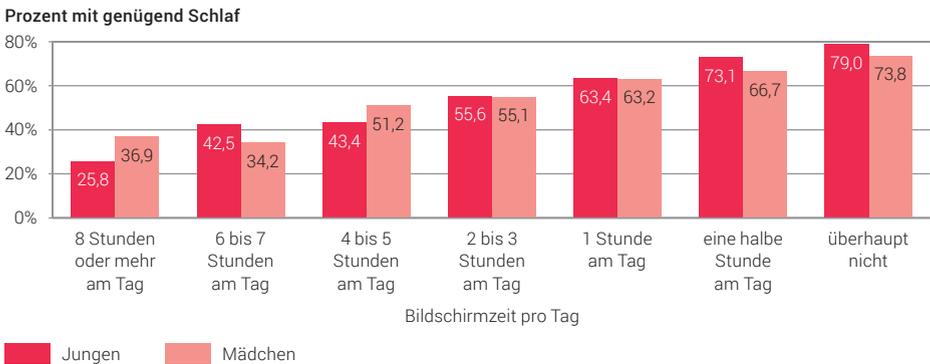
Mobiltelefone beeinflussen den Schlaf vor allem dann, wenn sie in der Nacht nicht ausgeschaltet werden und Nachrichten oder Anrufe eingehen. In einer in der Schweiz durchgeführten Längsschnittstudie war das bei 80% der Jugendlichen der Fall. Sogar dann, wenn die nächtliche Störung durch Anrufe oder Nachrichten nur einmal pro Monat auftrat, berichteten Jugendliche ein Jahr später deutlich häufiger von erschwertem Einschlafen, unruhigem Schlaf und generellen Schlafproblemen (Foerster, Henneke, Chetty-Mhlanga & Röösl, 2019). Auch führen die Störungen dazu, dass die Betroffenen während des Tages häufiger und schneller ermüden. Dieser Zusammenhang verstärkt sich noch für jene, die in der Nacht auf die Nachricht oder den Anruf antworten (Schoeni, Roser & Röösl, 2015).

Das blaue Bildschirmlicht beeinflusst die innere Uhr, welche die Schlaf-Wach-Rhythmen steuert. Bildschirmlicht vor dem Zubettgehen kann sich negativ auf das Einschlafen auswirken. Die intensive Nutzung von Mobiltelefonen in den Abendstunden sowie Nachrichten und Anrufe in der Nacht können den Schlaf stören.

Auch Medieninhalte, welche das Erregungsniveau steigern, können dafür verantwortlich sein, dass sich Kinder und Jugendliche abends länger mit dem Medium beschäftigen, später zu Bett gehen und Mühe beim Einschlafen haben (Foerster et al., 2019). In der HBSC-Studie (2018) hat sich gezeigt (Delgrande Jordan, Schneider & Masseroni, 2020), dass nur 43,9% der Jugendlichen zwischen 14- bis 15-Jahren, die im Schnitt mehr als vier Stunden an Schultagen zur Unterhaltung einen Bildschirm nutzen, auf mindestens acht Stunden empfohlenen Schlaf pro Tag kommen (vgl. Grafik G8.3, siehe auch Kapitel Gesundheitsverhalten).

Anteil der 14- bis 15-jährigen Jungen und Mädchen mit mind. 8 Stunden üblicher Schlafdauer an Schultagen, nach Dauer des Fernseh- und Videokonsums oder anderer digitaler Medien zur Unterhaltung, 2018

G 8.3



Quelle: Delgrande Jordan et al., 2020 – HBSC 2018

© Obsan 2020

Bei jenen, die etwa eine Stunde oder weniger Zeit mit Bildschirmaktivitäten verbrachten, waren es hingegen 70,4%. Zudem hatten jene mit mehr als vier Stunden Bildschirmaktivitäten häufiger täglich Probleme beim Einschlafen (14,7%) als jene, die wenig Zeit mit Bildschirmmedien verbrachten (10,3%) (Delgrande Jordan et al., 2020).

In einer Langzeitstudie aus der französischsprachigen Schweiz konnte zudem nachgewiesen werden, dass die Schlafdauer bei Jugendlichen, die ein Mobiltelefon besitzen, deutlich kürzer ist als bei jenen, die keines besitzen. Auch wiesen sie häufiger Schlafstörungen auf (Schweizer, Berchtold, Barrense-Dias, Akre & Suris, 2017). Die Medienkonsumdauer scheint ebenfalls Auswirkungen auf den Schlaf zu haben. So konnten Foerster et al. (2019) zeigen, dass Jugendliche, die überdurchschnittlich viel Zeit mit dem Mobiltelefon verbringen, eher Probleme beim Einschlafen haben als die andern. Resultate aus der SGB von 2017 zeigen ähnliches: Jugendliche zwischen 15–25 Jahren, die mehr als

zwei Stunden pro Tag fernsehen, haben doppelt so häufig Ein- und Durchschlafstörungen (9%) wie jene, die weniger fernsehen (4%). Dieselben Muster zeigen sich bei der Nutzung des Computers (5% vs. 9%) wie auch bei Videogames, hier jedoch weniger ausgeprägt (5% vs. 7%). Mädchen sind häufiger von Schlafproblemen betroffen als Jungen, dies wird bei intensiver Nutzung besonders deutlich: Bei einer Computernutzung von mehr als zwei Stunden am Tag haben 12% der Mädchen und 4% der Jungen Schlafprobleme. Die Querschnittstudie aus dem Kanton Waadt von Suris et al. (2014) konnte zudem zeigen, dass Kinder mit problematisch hohem Internetkonsum an Wochentagen insgesamt fast eine Stunde weniger schlafen und deutlich häufiger an Schlafstörungen leiden als normalnutzende.

Es wird zudem vermutet, dass Schlafmangel ein verstärkender Faktor ist für andere Symptome, wie Kopf- und Rückenschmerzen (Barlett, Gentile, Barlett, Eisenmann & Walsh, 2012; Suris et al., 2014), aber auch Aufmerksamkeitsproblemen (Barlett et al., 2012).

8.7 Stress und Erholung

Je nach Situation, Inhalt oder Kontext kann sich die Nutzung digitaler Medien unterschiedlich auf das Kontinuum Stress-Erholung auswirken. Ein positiver, aktivierender Effekt ist der Flow-Zustand, der mit dem Medienumgang einhergehen kann: die völlige Vertiefung und das Aufgehen in einer Tätigkeit (Yang, Lu, Wang & Zhao, 2014). Die richtigen Inhalte mit dem richtigen Anspruchsniveau können zu einem entspannenden Zustand führen, der mit Neugier, Vergnügen oder gar besseren Lernergebnissen verbunden ist (Hong, Tai, Hwang & Kuo, 2016). Grad auch das Spielen von Videogames wurde verschiedentlich mit Flow und Leidenschaft in Zusammenhang gebracht (Smith, Gradisar, King & Short, 2017). Umgekehrt allerdings ist Flow auch eine tragende Komponente bei der Entwicklung von exzessivem Onlineverhalten (siehe auch Abschnitt Exzessives Onlineverhalten).

Flow-Empfinden, hedonistische, wie auch sinnstiftende (eudämonische) Medien-erfahrungen können erholsam sein und zu einem höheren Wohlbefinden beitragen – sei es durch die Betrachtung von kurzen Videoclips nach einer stressreichen Aufgabe (Rieger, Reinecke & Bente, 2017) oder durch eine Smartphone-Applikation, die bestimmte Aspekte des Alltags erleichtert (Melumad, 2018).

Digitale Medien können sowohl zu mehr Stress führen wie auch Stress reduzieren. Dauer der Nutzung und Inhalte sind dabei wichtige Faktoren.

Auf der anderen Seite kann der Medienumgang auch mit Stress einhergehen. Verschiedene Studien verweisen auf Zusammenhänge zwischen exzessiver Mediennutzung, hohem Komplexitätsgrad, Erschöpfung und dem sogenannten «Technostress» hin (Bucher, Fieseler & Suphan, 2013; Steelman & Soror, 2017). Auch wird Technostress durch verschiedene Aspekte der Mediennutzung beeinflusst, so zum Beispiel über die wahrgenommene Nützlichkeit (Yao & Cao, 2017), die wahrgenommene Benutzerfreundlichkeit, die wahrgenommene Nutzerzufriedenheit (Stelman & Soror, 2017). Daneben aber auch über psychosoziale Aspekte wie den wahrgenommenen sozialen Druck und der Angst, Informationen und soziale Interaktionen zu verpassen, ein Phänomen, das auch unter dem Begriff Fear of Missing Out (FOMO) bekannt ist (Reinecke et al., 2017).

Bei jungen Erwachsenen kann sich der intensive Umgang mit Sozialen Medien auf das Arbeits- und Privatleben negativ auswirken (z. B. Facebook), wie Befunde aus der Schweiz zeigen (Bucher, 2013; Bucher et al., 2013). Unterschiedliche Aspekte von Technostress, zum Beispiel Überlastung oder die Problematik der Abgrenzung, konnten mit der Nutzung von sozialen Netzwerken in Verbindung gebracht werden (Bucher, 2013). Durch soziale Medien oder Mobiltelefone ausgelöster Stress ist für Individuen, Unternehmen und die Gesellschaft von grosser Relevanz.

8.8 Einsamkeit und Depressionssymptome

Der Zusammenhang von Depressionssymptomen und Einsamkeit wurde in einer Vielzahl von Studien untersucht. Es zeigte sich, dass vor allem exzessive und problematische Mediennutzung mit höherer Depressionssymptomatik und Einsamkeit zusammenhängen (Huang, 2010). Neben der Nutzungsdauer spielen dabei die Medieninhalte eine wichtige Rolle. Die Nutzung des Internets zu Kommunikationszwecken etwa geht mit einer besseren Beziehung zu Gleichaltrigen einher. In ihrer Längsschnittstudie stellten Boniel-Nissim et al. (2015) auch fest, dass Jugendliche, die häufiger über elektronische Medien kommunizieren, sich auch im persönlichen Gespräch unbeschwerter fühlen. Die Nutzung von sozialen Netzwerken kann also einerseits positive Folgen haben, wie verstärkte soziale Unterstützung und mehr Möglichkeiten zur Selbstoffenbarung, zum anderen erhöht sie aber auch das Risiko für Depressivität oder soziale Isolation (Best, Manktelow & Taylor, 2014).

Ob und in welcher Intensität vermehrt auftretende Depressionssymptome und Einsamkeit mit dem Medienumgang in Verbindung stehen, hängt mit der Nutzungsdauer, den Medieninhalten und Persönlichkeitsmerkmalen der Nutzenden zusammen.

Neben der exzessiven Nutzung stehen zwei weitere Aspekte des Medienkonsums im Verbund mit häufiger auftretenden Depressionssymptomen: Cyberbullying und soziale Vergleiche (Hoge, Bickham & Cantor, 2017; Richards, Caldwell & Go, 2015). Opfer einer Cyberbullying-Attacke laufen Gefahr, eine Depression zu entwickeln, die mit Angst und Isolation einhergehen und im schlimmsten Fall gar zu Suizid führen kann. Auch fortlaufende negative soziale Vergleiche in Onlinenetzwerken können mit häufiger auftretenden Depressionssymptomen verbunden werden (Richards et al., 2015). Neben inhaltlichen und zeitlichen Aspekten der Mediennutzung spielen dabei Persönlichkeitsmerkmale eine wichtige Rolle. So sind extravertierte oder umgängliche Personen durch eine intensive Nutzung von sozialen Netzwerken weniger mit Einsamkeit konfrontiert, emotional labile Personen demgegenüber sind einer höheren Wahrscheinlichkeit sozialer Isolation ausgesetzt (Whaite, Shensa, Sidani, Colditz & Primack, 2018).

8.9 Exzessives Onlineverhalten («Onlinesucht»)

Unter dem Begriff «exzessives Online- oder Internetverhalten» werden viele Erscheinungen subsummiert, so zum Beispiel Gaming-, Porno-, Gambling-, Online-Kauf- oder Social-Media-Sucht. Ein einheitliches Störungskonzept fehlt. Cerniglia und Kolleginnen (2017, S. 174) definieren Onlinesucht sehr breit als «eine nicht-chemische Verhaltenssucht, die eine Mensch-Maschinen-Interaktion mit einschliesst». In den beiden Klassifikationssystemen DSM-5 (psychische Störungen) und der sich in Arbeit befindenden ICD-11-Klassifikation (sämtliche medizinischen Erkrankungen) wird Onlinesucht nicht als Diagnose aufgeführt; dies im Gegensatz zu Spielstörung («gaming disorder»), die in beide Klassifikationssysteme aufgenommen wird. Fachpersonen diskutieren noch immer, ob Onlinesucht ein eigenes Störungsbild ist oder vielmehr eines der Symptome anderer Störungen wie Depression, Impulskontroll-, Zwangsstörungen oder ADHS. Als Folgen von übermässiger Internetnutzung können Konflikte in der Familie und/oder Schule, depressive Symptome oder Schlafmangel auftreten (Jorgenson, Hsiao & Yen, 2016). Zu den systemischen Risikofaktoren zählen dysfunktionale Familienstrukturen oder geringes Monitoring der Internetnutzung durch die Eltern. Persönlichkeitsbedingte Faktoren, die zur Entwicklung einer Onlinesucht beitragen können, sind niedriger Selbstwert, Einsamkeit, aber auch grosse Neugier (Jorgenson et al., 2016).

Unter exzessivem Onlineverhalten (Online- oder Internetsucht) wird ein breites Spektrum an Ausprägungen subsummiert. Es fehlt ein einheitliches Störungskonzept. In der Schweiz wird der Anteil von Jugendlichen (12–19 Jahre), die ein problematisches Onlineverhalten aufweisen, auf 8.5% geschätzt.

Bei männlichen Jugendlichen ist die exzessive Nutzung von Onlinegames die häufigste Form der Internetsucht, bei weiblichen Jugendlichen spielen soziale Netzwerke eine grössere Rolle. Eine neue Form von Onlineabhängigkeit stellt die Mobiltelefonabhängigkeit dar. Bei dieser – wie auch bei der klassischen Form der Internetsucht – zeigen sich ausgeprägte kulturelle Unterschiede. So nutzen junge Erwachsene aus Nord- und Südeuropa ihr Mobiltelefon exzessiver als Gleichaltrige in Ost- und Westeuropa (Lopez-Fernandez et al., 2017). Auch werden höhere Onlinesucht-Prävalenzraten aus asiatischen, kollektivistisch orientierten Ländern als aus westlichen, individualistisch orientierten Ländern berichtet (Jorgenson et al., 2016).

In der Schweiz wird der Anteil von Jugendlichen (12–19 Jahre), die ein problematisches Onlineverhalten aufweisen, auf 8,5% geschätzt. Eine weitere Gruppe von 11,5% gilt als gefährdet, 80% weisen dagegen ein unproblematisches Verhalten auf (Willemse, Waller, Suter, Genner & Süss, 2017). Vor allem die Mobiltelefon-, Tablet- und Videogame-Nutzung wird mit problematischem Onlineverhalten in Zusammenhang gebracht. Gemäss der SGB von 2017 weisen 9,2% der männlichen und 8,2% der weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 15 und 25 Jahren einen problematischen Internetkonsum auf. Bei der jüngeren Kohorte der 15- bis 20-Jährigen ist problematischer Internetkonsum mit 10,4% weiterverbreitet als bei den 21- bis 25-Jährigen mit 6,9%. Es gibt spezifische Nutzungsmuster innerhalb von sozialen Netzwerken, die auf ein problematisches Onlineverhalten hinweisen können. Heranwachsende, die gefährdet sind, kommunizieren häufiger und spielen öfters Onlinegames innerhalb sozialer Netzwerke. Auch rezipieren Adoleszente, deren Verhalten auf eine Onlinesucht hindeutet, häufiger mediale Gewaltdarstellungen oder waren bereits mit grösserer Wahrscheinlichkeit von Cybermobbing oder -bullying betroffen (Willemse et al., 2017).

8.10 Sexting und Cybermobbing

Sexting ist ein Phänomen, das vor rund zehn Jahren aufgekommen ist. Die Bezeichnung basiert auf einem Kofferwort, einer Verschmelzung der Begriffe «Sex» und «Texting» (im englischsprachigen Raum für das Versenden von privaten Nachrichten verwendet). Sexting bezeichnet das digitale und private Versenden von selbst produziertem erotischem Bild- oder Videomaterial an eine vertraute Person (Ouytsel, Walrave, Ponnet & Temple, 2018). Solange die erotischen Inhalte innerhalb der Dyade bleiben, ist Sexting meist unproblematisch. Kritischer wird es, wenn das im Vertrauen versendete Material an weitere Kreise gestreut wird. Dann können Inhalte, die von Minderjährigen erstellt wurden, als Kinderpornografie taxiert werden. Zudem kann die Verbreitung der Bilder für die darauf abgebildete Person zu einer psychischen Belastung werden. 12% der Jugendlichen in der Schweiz haben bereits mindestens einmal erotisches Bildmaterial von sich selbst verschickt (Suter et al., 2018b). Dabei gibt es keine Unterschiede zwischen

den Geschlechtern, jedoch grosse Unterschiede über das Alter hinweg. Sind es bei den 12- bis 13-Jährigen 2%, die damit schon Erfahrungen gesammelt haben, steigt die Zahl bei den 14- bis 15-Jährigen auf 5% an. Bei den 16- bis 17-Jährigen sind es 14% und in der Altersgruppe der 17- bis 18-Jährigen 23%. Im Rahmen von Sexting entstandenes Bild- oder Videomaterial kann, wenn es in falsche Hände gerät, zur Steilvorlage für eine Cyberbullying-Attacke werden.

Durch Sexting entstandenes Bild- und Videomaterial kann zu einer Steilvorlage für eine Cyberbullying-Attacke werden. Jugendliche mit Migrationshintergrund und mit einem formal niedrigeren Bildungsniveau sind in der Schweiz häufiger mit Cyberbullying konfrontiert.

Bezüglich Cyberbullying oder -mobbing gibt rund ein Viertel der Jugendlichen in der Schweiz an, bereits einmal im Internet «fertig gemacht» worden zu sein, und 16% haben schon erlebt, dass online Falsches oder Beleidigendes über sie verbreitet wurde (Suter et al., 2018a). In der HBSC-Studie sind es 1,8% der 11- bis 15-Jährigen, die angaben, online zwei bis drei Mal im Monat oder häufiger gemobbt worden zu sein (HBSC, 2019). Jugendliche mit Migrationshintergrund (2,2%) machen häufiger negative Erfahrungen als jene mit Schweizer Wurzeln (1,1%). Ebenso sind Jugendliche mit einem niedrigeren Bildungsniveau (Realschule) häufiger betroffen als jene mit höherer Bildung (Gymnasium) (Waller et al., 2016). 30% der Adoleszenten wurden online schon von einer fremden Person mit unerwünschten sexuellen Absichten angesprochen, ein Phänomen, das unter Cybergrooming bekannt ist und in den letzten Jahren häufiger auftritt.

Von den 9-Jährigen sind bereits 26% mit mindestens einem Risiko wie z. B. Cybermobbing oder sexuelle Darstellungen in Kontakt gekommen. Bei den 15- bis 16-Jährigen sind es gar 94%. Das am häufigsten verbreitete Risiko sind problematische nutzergenerierte Inhalte. 29% der 9- bis 16-Jährigen sind dabei schon auf blutige oder gewalthaltige Bilder gestossen. 28% sind mit Hassnachrichten, die bestimmte Gruppen oder Personen diskriminieren, in Kontakt gekommen (Hermida, 2019). Die oben beschriebenen Risiken sind unter Jugendlichen zwar bekannt, allerdings sind andere Aspekte wie Zeitverschwendung oder Enttäuschungen, die durch Missverständnisse in der Kommunikation entstehen, von grösserer Relevanz für den Alltag (Heeg et al., 2018).

8.11 Aggressivität und Gewalt

Ob und wie medial dargestellte Gewalt und reale Aggressivität respektive reale Gewalt zusammenhängen, ist in der Forschung bis heute umstritten. Ein vor kurzem veröffentlichter Übersichtsartikel weist darauf hin, dass mediale Gewalt einer von verschiedenen Risikofaktoren für erhöhte Aggressivität ist (Anderson et al., 2017). Demgegenüber betonen andere Forscherinnen und Forscher, dass eine Vielzahl von Studien keinen Zusammenhang zwischen medialer Gewalt und Aggression finden (Ferguson & Beresin, 2017). Sie weisen zudem darauf hin, dass viele Studien, welche keinen Zusammenhang finden, nicht publiziert werden (Publikationsbias). Bei vielen Studien wiederum kann keine Aussage über die Kausalwirkung gemacht werden, da sie auf einem Querschnittsdesign basieren.

Mediale Gewalt ist in bestimmten Fällen ein Risikofaktor für Aggression. Ob diese Aggression auch zu realer Gewalt führt, ist umstritten.

Andere Autorinnen und Autoren wiederum kommen allerdings zum Schluss, dass der Effekt umgekehrt ist, dass also physische Aggression die Wahl von aggressiven Medieninhalten begünstigt. Dieser Zusammenhang gilt aber nur für das frühe Jugendalter zwischen 14 und 17 Jahren. Bei älteren Personen ist der Effekt nicht mehr nachweisbar (Breuer, Vogelgesang, Quandt & Festl, 2015). Bushman et al. (2015) zeigen auf, dass die meisten Eltern wie auch Fachpersonen überzeugt sind, dass von einem Zusammenhang zwischen medialer Gewalt und Aggression auszugehen ist. Einzig ob diese Aggression auch zu realer Gewalt führt, ist unter den befragten Fachpersonen umstritten (Bushman, Gollwitzer & Cruz, 2015).

8.12 Kognitive, emotionale und soziale Entwicklung

Es ist bekannt, dass der Medienumgang insgesamt konsistent zur kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter verläuft. Dies zeigt sich sowohl bei der Wahl des Mediums wie auch bei Inhaltspräferenzen (Blackwell, Lauricella, Conway & Wartella, 2014). Das bedeutet: Kinder und Jugendliche wählen bevorzugt die ihrem Entwicklungsstand entsprechenden Medien und Inhalte. Im Hinblick auf potenzielle Wechselwirkungen mit der kognitiven Entwicklung zeigt sich aber ein inkonsistentes Bild. Zum einen gibt es Studien, die auf Entwicklungsdefizite im Zusammenhang mit exzessiver Bildschirmnutzung respektive Fernsehnutzung – vor allem bei Kindern im Vorschulalter – hinweisen. Vermerkt wurden dabei Defizite bei exekutiven Funktionen wie

Gedächtnis, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit (Brzozowska & Sikorska, 2016; Nathanson, Alade, Sharp, Rasmussen & Christy, 2014) oder bei der Sprachentwicklung (Buesching et al., 2017; Tomopoulos et al., 2010). Demgegenüber wird in anderen Studien auf positive Effekte von Bildungs- und Schulfernsehen, auf das Vokabular, das Sozialverhalten oder das schulische Wissen hingewiesen (Anderson & Subrahmanyam, 2017). Blumberg und Kolleginnen (2013) betonen, dass in gewissen Videogames mathematische Fertigkeiten geübt werden können. Auch bieten Games geschützte Erfahrungsräume zum Ausprobieren von Aufgaben, die in verschiedenen Entwicklungsabschnitten anfallen (Blumberg et al., 2013).

Digitale Medien stehen sowohl positiv wie auch negativ in Wechselwirkung zur kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung des Individuums. Entscheidend sind häufig die Dosis und der Inhalt.

Die Entwicklung eines eigenen, positiven Körperbildes ist eine wichtige Aufgabe im Kindes- und Jugendalter (Flammer & Alsaker, 2002). Es existiert eine Vielzahl von Studien zu potenziellen Effekten von digitalen Medien auf das Körperbild von Kindern und Jugendlichen (Ferguson, 2013; Hausenblas et al., 2013). In einer Meta-Analyse von 204 Studien wurde der Zusammenhang zwischen idealisierten medialen Körperbildern und der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Symptomen von Essstörungen und Diätverhalten bei Kindern und Jugendlichen untersucht (Ferguson, 2013). Es fanden sich keine Effekte bei Jungen und jungen Männern und schwache Hinweise bei den Mädchen und jungen Frauen, insbesondere bei Mädchen und Frauen mit vorbestehender Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Eine andere Metaanalyse zu über 33 Laborstudien zeigte auf, dass sich medial präsentiertes ideales Körperbildmaterial schwach auf Depressionssymptome und Wutgefühle sowie auf ein reduziertes Selbstwertgefühl auswirkten. Die grössten Effekte hatten in Medien abgebildete idealisierte Körper auf Personen, die ein vorbestehendes erhöhtes Risiko für Essstörungen aufwiesen (Hausenblas et al., 2013).

In Bezug auf die Entwicklung der eigenen Sexualität kann der Konsum von Internetpornografie zu unrealistischen Vorstellungen führen (Owens, Behun, Manning & Reid, 2012). Die Rezeption von sexualisierten Medieninhalten kann zudem vor allem bei Knaben zu einem erhöhten Sexualinteresse führen und mit grösserer sexueller Freizügigkeit einhergehen (Baams et al., 2015; Doornwaard, Bickham, Rich, ter Bogt & van den Eijnden, 2015).

Auch zur Entwicklung des Bindungsverhaltens gibt es widersprüchliche Befunde. Gemäss einiger Studien verändert sich das Bindungsverhalten durch die Nutzung von Sozialen Medien in zwei Richtungen: entweder in Richtung unsicheren Bindungsverhaltens (Davis, 2018) oder gerade umgekehrt in Richtung einer besseren Einbindung in das eigene soziale Umfeld (Barth, 2015). Ob das Pendel nun auf die eine oder die andere Seite

ausschlägt, hängt mit Aspekten der Person, des Umfeldes und der Situation zusammen. Auf alle Fälle gilt: Der Umgang mit neuen Technologien verändert den Zugang zu und die Herangehensweise an etliche Entwicklungsaufgaben, die sich dem Individuum im Laufe von Kindheit und Adoleszenz stellen: Dies kann sowohl entwicklungsfördernd wie auch -hemmend sein.

8.13 Positive Aspekte der digitalen Mediennutzung

Um die Chancen, welche digitale Medien bieten, sinnvoll nutzen und Risiken minimieren zu können, ist das Erlernen der *Medienkompetenz* ein wichtiger Faktor. Das bedeutet, sich einen bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit Medien anzueignen (Süss, 2008). Um diese Kulturtechnik im Zeitalter der Informationsgesellschaft zu erlernen, braucht es eine Reihe von Fähigkeiten. Dazu gehört als erstes das kritische Hinterfragen und die Reflexion von Medieninhalten. Darüber hinaus braucht es Kompetenzen, um Gespräche und Diskussionen rund um das Medienverhalten zu führen. Ebenso braucht es Hintergrundwissen und das Verständnis, wie Medien funktionieren und wie man das Bedürfnis nach zuverlässiger Information stillt. Auch die Kompetenz, Medien mass-, genussvoll und kreativ in den eigenen Alltag zu integrieren, ist Teil davon, ebenso technisches Know-how in der Anwendung von Medien (Suter, Waller, Genner & Süss, 2015).

Es gibt etliche Modelle zur Förderung der Medienkompetenz, die sich empirisch nicht einfach überprüfen lassen. Medienkompetenz ist nur eingeschränkt messbar, und entsprechend sind auch für die Schweizer Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen keine Normwerte verfügbar.

Digitale Medien sind in Zusammenhang mit Gesundheit eine wichtige Ressource für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Sie dienen als Informationsquelle zur Gesundheit, Erkrankungen und gesundheitsrelevantem Verhalten, aber auch als Kanal für Gesundheitsedukation und -interventionen (COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA, 2016).

Die Nutzung von Gesundheitsinformationen im Internet ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen beliebt. In einer Studie zeigte sich, dass rund die Hälfte der Befragten nach Gesundheitsinformationen im Internet sucht (Beck et al. 2014). Davon bewerteten 80% die Informationen als vertrauenswürdig, und ein Drittel änderte das Gesundheitsverhalten aufgrund dieser Informationen. Jugendliche und junge Erwachsene suchen im Internet nach Informationen zu Themen wie Ernährung, Fitness, sexuelle Gesundheit oder spezifische Erkrankungen (Horgan & Sweeney, 2012). Zudem dienen internetbasierte Foren als wichtige Austauschmöglichkeiten für erkrankte Menschen und deren Angehörige, sie bieten sozialen Support (Campaioli, Sale, Simonelli & Pomini, 2017) und verringern Einsamkeitsgefühle (Eichenberg, Flümman & Hensges, 2011).

Das Internet wird auch für Gesundheitsinterventionen genutzt. Zu diesen gehören unter anderem verhaltenstherapeutische Interventionen zur Behandlung oder Vorbeugung von Rückfällen für Jugendliche und junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen wie Depression, Suizidalität, Angst- oder Essstörungen (Calear & Christensen, 2010; Ebert et al., 2015; Fichter et al., 2012; Hollis et al., 2017; Rice et al., 2016; Ye et al., 2014). Auch existieren vielfältige Interventionen zur Förderung eines verbesserten Selbstmanagements bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen physischer Art (Breakey et al., 2014; Stinson et al., 2010). Daneben gibt es auch Web- und Social-Media-basierte Support- und Coaching-Angebote (Hamm et al., 2014; Wentz, Nydén & Krevers, 2012) sowie Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme (z. B. Brown, 2013; Gabarron & Wynn, 2016; Hamel, Robbins, & Wilbur, 2011; Hieftje, Edelman, Camenga, & Fiellin, 2013; K. Jones et al., 2014; Whittemore, Chao, Popick, & Grey, 2013; Yonker, Zan, Scirica, Jethwani, & Kinane, 2015).

Auch Mobiltelefone werden zur Vermittlung gesundheitsfördernder und präventiver Inhalte eingesetzt, z. B. zur Förderung körperlicher Aktivität oder zur Prävention von Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum (Badawy & Kuhns, 2017; Haug et al., 2017; L'Engle, Mangone, Parcesepe, Agarwal & Ippoliti, 2016; Vodopivec-Jamsek, de Jongh, Gurol-Urganci, Atun & Car, 2012; Wickham & Carbone, 2015) und zur Unterstützung des Selbst-Managements und Selbst-Monitorings bei chronischen Erkrankungen, aber auch für Feedback an Gesundheitsfachpersonen (Burbank et al., 2015; Gulec et al., 2014; Heron & Smyth, 2010; Kauer et al., 2012). Einige Interventionen verfolgen dabei Gamification-Ansätze, das heisst spielerische Elemente (Ahn et al., 2015; LeGrand et al., 2016; Lichtenberg, 2013; Okorodudu, Bosworth & Corsino, 2015; Van Lippevelde et al., 2016). Diese Ansätze sind erfolgreich darin, Personen zu motivieren und ihre Motivation für das erwünschte Verhalten aufrecht zu erhalten (LeBlanc & Chaput, 2017). Im Gesundheitsbereich sind solche Ansätze neu und ihre langfristige Wirkung ist noch nicht belegt.

Es gibt Tausende von gesundheitsförderlichen Aspekten rund um digitale Medien. Eine grosse Menge an Apps und anderen Anwendungen wird in der Praxis erfolgreich in der Prävention oder bei chronischen Krankheiten eingesetzt. Ein Grossteil der Anwendungen ist jedoch nicht empirisch auf Wirksamkeit überprüft. Allgemein werden gesundheitsfördernde Aspekte weniger beforscht als gesundheitsbeeinträchtigende. Medienkompetenz ist der Schlüssel für einen gelingenden und gewinnbringenden Medienumgang.

Andere Interventionen richten sich an Eltern oder die Familie als Ganzes. Auch hier bestehen internetbasierte Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme, z. B. zur Prävention von Übergewicht, Angst- und Essstörungen und zur Förderung körperlicher

Aktivität bei Kindern und Jugendlichen (Catenacci et al., 2014; Cooperberg, 2014; Delisle et al., 2015; Jones, Jacobi & Taylor, 2015), Internet- bzw. Social-Media-basierte Support- und Peer-Gruppen für Eltern von Kindern mit chronischen Erkrankungen (z. B. DeHoff et al., 2016; S. Martin et al., 2017) oder zur Frühprävention von kindlichem Übergewicht (Fiks et al., 2017). Auch Smartphone-Apps, welche Eltern bei der Betreuung ihrer kranken Kinder unterstützen, wurden entwickelt (Wang et al., 2016).

8.14 Fazit

Die extensive Literaturrecherche zum Thema digitale Medien und Gesundheit, auf der dieses Kapitel basiert, hat eine Vielzahl von Befunden und Gegenbefunden zu Tage gebracht. Studien aus der Schweiz gibt es nur wenige. Trotz des breiten Medienangebots für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind die gefundenen mit der Nutzung digitaler Medien in Verbindung stehenden Gesundheitseffekte oftmals klein.

Die gefundenen Studien sind in ihrer Aussagekraft sehr beschränkt: Bei einem Großteil handelt es sich um Querschnittstudien, also einmalige Erhebungen, mit denen die Ursächlichkeit zwischen digitaler Mediennutzung und gesundheitlichen Problemen nicht belegt werden kann. Etliche Studien basieren auf kleinen Stichproben und verfügen so nur über eine ungenügende statistische Macht («underpowered»), Weiter untersuchen die meisten Studien vor allem die potenziellen negativen gesundheitlichen Effekte der Mediennutzung, positive Effekte werden weniger häufig untersucht. Zudem werden oft nur signifikante Resultate publiziert, während Studien, welche keinen Zusammenhang aufzeigen, nicht veröffentlicht werden («Publikations-Bias»). Es sind deshalb alle aufgeführten Befunde mit Zurückhaltung zu interpretieren.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Evolution der Medien auch in Zukunft weiter voranschreiten wird. Neue Technologien werden fortlaufend entwickelt und zur Anwendung gebracht. Individuum und Gesellschaft bleiben auch zukünftig gefordert und müssen sich fortlaufend an neue Tendenzen und Angebote anpassen. Gesundheitliche Aspekte müssen dabei im Auge behalten werden.

Übergreifend lassen sich die wichtigsten Erkenntnisse zu Medienumgang und Gesundheit und Entwicklung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wie folgt zusammenfassen:

- Es gibt derzeit keinen eindeutig belegten Zusammenhang zwischen hochfrequenten elektromagnetischen Strahlen und der Entwicklung von Hirntumoren, auch nicht zwischen niederfrequenten elektromagnetischen Strahlen und der Entwicklung von Leukämie bei Kindern. Die Studienbefunde sind jedoch heterogen.

- Digitaler Medienkonsum, insbesondere Fernsehkonsum, kann mit Bewegungsmangel und Übergewicht einhergehen. Bewegungsmangel und übermässige Beanspruchung von einzelnen Körperteilen durch repetitive Bewegungen stehen auch im Zusammenhang mit muskuloskelettalen Beschwerden.
- Kurzfristig kann die Bildschirmnutzung zu übermüdeten, trockenen, geröteten und tränenden Augen sowie Schwierigkeiten bei der Fokussierung führen. Für langfristige Effekte fehlen empirische Studien.
- Blaues Bildschirmlicht vor dem Zubettgehen kann das Einschlafen verzögern. Die Nutzungsdauer von Mobiltelefonen sowie deren Aktivität durch die Nacht kann den Schlaf stören.
- Medien können sowohl stressinduzierend wie auch stressreduzierend eingesetzt werden. Nutzungsintensität und konsumierte Inhalte spielen dabei eine Rolle.
- Idealisierte medial dargebotene Körperbilder können vor allem bei Mädchen, die bereits vorgängig unzufrieden mit dem eigenen Körper sind, mit negativen Effekten wie z.B. Essstörungen einhergehen.
- Medien können sowohl ein entwicklungsförderndes wie auch ein -hemmendes Potenzial entfalten. In vielen Fällen machen die Dosis und der Inhalt das Gift.
- Mediale Gewalt kann in spezifischen Fällen ein Risikofaktor für Aggression sein. Ob diese Aggression auch zu realer Gewalt führt, ist umstritten.
- Unter exzessivem Onlineverhalten (Online- oder Internetsucht) wird ein breites Spektrum an Ausprägungen subsummiert. Es fehlt ein einheitliches Störungsbild. Die spezifische Ausprägung von Onlinesucht unterscheidet sich zwischen den Geschlechtern: Bei Jungen stehen vermehrt Videogames im Fokus, bei Mädchen sind es soziale Netzwerke.
- Exzessives Onlineverhalten steht in Zusammenhang mit Einsamkeit und Depressivität. Opfer von Cyberbullying-Attacken sind vulnerabler für Depressions- und Angststörungen.

All die oben aufgeführten Befunde verdeutlichen, dass Effekte der Mediennutzung nicht durchgängig sind und dass neben der Form der Mediennutzung persönliche und psychosoziale Faktoren eine wichtige Rolle spielen. Nicht zuletzt soll auf eine Reihe von positiven Effekten von digitalen Medien hingewiesen werden. Diese entfalten ihre Wirkung vor allem durch den niederschweligen Zugang zu Gesundheitsinterventionen und -edukation. Insbesondere Smartphones und entsprechende Apps spielen dabei eine grosse Rolle, da sie ständige Begleiter vieler Kinder und Jugendlichen sind.

Auf Grundlage der oben genannten Befunde lassen sich für die Nutzung digitaler Medien mehrere gesundheitsrelevante *Empfehlungen* formulieren:

- Um Medien entwicklungsfördernd einsetzen zu können, braucht es Medienkompetenz. Diese muss bereits bei Kindern, aber auch bei Eltern gefördert werden. Geräte, die Kinderschutzfunktionen aufweisen, helfen dabei, Kinder vor inadäquaten Inhalten zu schützen.
- Erwachsene sollten sich ihrer Vorbildrolle hinsichtlich des Medienkonsums stets bewusst sein.
- Eine Balance zwischen medialen und non-medialen Tätigkeiten ist wichtig. Aktivitäten, wie freies Spielen und Sport, schaffen körperlichen Ausgleich und helfen nicht nur gegen Beschwerden, die in Zusammenhang mit digitalem Medienkonsum auftreten können, sondern auch gegen Übergewicht und schlechten Schlaf.
- Die Nutzung digitaler Medien vor oder nach dem Zubettgehen ist zu vermeiden, vor allem bei Geräten, welche einen hohen Anteil an blauem Licht ausstrahlen. Die Aktivierung der Funktion zur Dämmung des blauen Lichts («Night Shift», «Night Mode» usw.) kann den Effekt reduzieren. Zudem empfiehlt es sich, digitale Medien aus den Schlafzimmern generell zu verbannen oder mindestens das Mobiltelefon während der Schlafenszeit auszuschalten oder den Flugmodus zu aktivieren.
- Führt die Nutzung von digitalen Medien häufig zu Stress oder zu Konflikten in der Schule, bei der Lehrstelle oder in der Familie, ist es ratsam, den Medienumgang zu hinterfragen und anzupassen. Gelingt dies nicht, kann der Einbezug einer Fachperson hilfreich sein. Eltern sollten vor allem bei Kindern im Vorschulalter den Medienkonsum im Blick haben.
- Es ist darauf zu achten, dass Computerarbeitsplätze ergonomisch und vor allem auf die Grösse der Kinder und Jugendlichen eingerichtet sind. Eine korrekte Haltung, häufige Pausen, Wechseln der Position sowie das Beschränken der Mediennutzungszeit helfen, verschiedene Symptome und Beschwerden, die bei der Nutzung digitaler Medien auftreten, zu vermeiden.
- Um die Exposition elektromagnetischer Strahlung zu reduzieren, ist es ratsam, längere Telefonate vom Mobiltelefon über ein kabelgebundenes Headset oder einen Kopfhörer zu führen. Dies vor allem dann, wenn der Empfang des Gerätes schlecht ist.

8.15 Literaturverzeichnis

- Ahn, S. J. G., Johnsen, K., Robertson, T., Moore, J., Brown, S., Marable, A., & Basu, A. (2015). Using Virtual Pets to Promote Physical Activity in Children: An Application of the Youth Physical Activity Promotion Model. *Journal of Health Communication, 20*(7), 807–815. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1018597>
- Anderson, C. A., Bushman, B. J., Bartholow, B. D., Cantor, J., Christakis, D., Coyne, S. M., . . . Ybarra, M. (2017). Screen Violence and Youth Behavior. *Pediatrics, 140*(Supplement 2), S142–S147. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758T>
- Anderson, D. R., & Subrahmanyam, K. (2017). Digital screen media and cognitive development. *Pediatrics, 140*(Supplement 2), S57–S61.
- Aydin, D., Feychting, M., Schüz, J., Tynes, T., Andersen, T. V., Schmidt, L. S., . . . Rössli, M. (2011). Mobile phone use and brain tumors in children and adolescents: a multicenter case-control study. *Journal of the National Cancer Institute, 103*(16), 1264–1276.
- Baams, L., Overbeek, G., Dubas, J. S., Doornwaard, S. M., Rommes, E., & van Aken, M. A. G. (2015). Perceived Realism Moderates the Relation Between Sexualized Media Consumption and Permissive Sexual Attitudes in Dutch Adolescents. *Archives of Sexual Behavior, 44*(3), 743–754. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0443-7>
- Badawy, S. M., & Kuhns, L. M. (2017). Texting and Mobile Phone App Interventions for Improving Adherence to Preventive Behavior in Adolescents: A Systematic Review. *JMIR mHealth and uHealth, 5*(4), e50. <https://doi.org/10.2196/mhealth.6837>
- BAG (2019). Faktenblatt: Mobiltelefon und Smartphone. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Barlett, N. D., Gentile, D. A., Barlett, C. P., Eisenmann, J. C., & Walsh, D. A. (2012). Sleep as a Mediator of Screen Time Effects on US Children's Health Outcomes. *Journal of Children and Media, 6*(1), 37–50. <https://doi.org/10.1080/17482798.2011.633404>
- Barr-Anderson, D. J., & Sisson, S. B. (2012). Media use and sedentary behavior in adolescents: what do we know, what has been done, and where do we go? *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews, 23*(3), 511–528.
- Barth, F. D. (2015). Social Media and Adolescent Development: Hazards, Pitfalls and Opportunities for Growth. *Clinical Social Work Journal, 43*(2), 201–208. <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0501-6>
- Beck, F., Richard, J.-B., Nguyen-Thanh, V., Montagni, I., Parizot, I., & Renahy, E. (2014). Use of the Internet as a Health Information Resource Among French Young Adults: Results From a Nationally Representative Survey. *Journal of Medical Internet Research, 16*(5), e128. <https://doi.org/10.2196/jmir.2934>
- Bener, A., & Al-Mahdi, H. S. (2012). Internet Use and Television Viewing in Children and its Association with Vision Loss: A Major Public Health Problem. *Journal of Public Health in Africa, 3*(1), e16. <https://doi.org/10.4081/jphia.2012.e16>
- Bernath, J., Suter, L., Waller, G., Willemse, I., Külling, C., & Süss, D. (2020). *JAMESfocus – Medien und Gesundheit*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Bernath, J., Waller, G., & Meidert, U. (2020). ADELE+. *Der Medienumgang von Kindern im Vorschulalter (4–6 Jahre) – Chancen und Risiken für die Gesundheit* (Obsan Bericht 03/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Best, P., Manktelow, R., & Taylor, B. (2014). Online communication, social media and adolescent wellbeing: A systematic narrative review. *Children and Youth Services Review, 41*, 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.03.001>
- Blackwell, C. K., Lauricella, A. R., Conway, A., & Wartella, E. (2014). Children and the Internet: Developmental Implications of Web Site Preferences Among 8- to 12-Year-Old Children. *Journal of Broadcasting, & Electronic Media, 58*(1), 1–20. <https://doi.org/10.1080/08838151.2013.875022>
- Blumberg, F. C., Blades, M., & Oates, C. (2013). Youth and New Media: The Appeal and Educational Ramifications of Digital Game Play for Children and Adolescents. *Zeitschrift für Psychologie, 221*(2), 67–71. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000133>
- Boniell-Nissim, M., Lenzi, M., Zsiros, E., Matos, D., Gaspar, M., Gommans, R., van der Sluijs, W. (2015). International trends in electronic media communication among 11- to 15-year-olds in 30 countries from 2002 to 2010: association with ease of communication with friends of the opposite sex. *European Journal of Public Health, 25*(suppl_2), 41–45. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv025>
- Breakey, V. R., Ignas, D. M., Warias, A. V., White, M., Blanchette, V. S., & Stinson, J. N. (2014). A pilot randomized control trial to evaluate the feasibility of an Internet-based self-management and transitional care program for youth with haemophilia. *Haemophilia: The Official Journal of the World Federation of Hemophilia, 20*(6), 784–793. <https://doi.org/10.1111/hae.12488>

- Breuer, J., Vogelgesang, J., Quandt, T., & Festl, R. (2015). Violent Video Games and Physical Aggression: Evidence for a Selection Effect Among Adolescents. *Psychology of Popular Media Culture, 4*(4), 305–328. <https://doi.org/10.1037/ppm0000035>
- Brown, J. (2013). A Review of the Evidence on Technology-Based Interventions for the Treatment of Tobacco Dependence in College Health. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 10*(3), 150–162. <https://doi.org/10.1111/wvn.12000>
- Bruni, O., Sette, S., Fontanesi, L., Baiocco, R., Laghi, F., & Baumgartner, E. (2015). Technology Use and Sleep Quality in Preadolescence and Adolescence. *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine, 11*(12), 1433–1441. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5282>
- Brzozowska, I., & Sikorska, I. (2016). Potential effects of screen media on cognitive development among children under 3 years old: review of literature. [Review] [Polish]. *Medycyna Wieku Rozwojowego, 20*(1), 75–81.
- Bucher, E. (2013). *The Stress of Being Social – Essays on Social Media in the Workplace*. St. Gallen: University of St. Gallen.
- Bucher, E., Fieseler, C., & Suphan, A. (2013). The Stress Potential of Social Media in the Workplace. *Information, Communication, & Society, 16*(10), 1639–1667. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2012.710245>
- Buesching, U., Riedel, R., & Brand, M. (2017). BLIKK-Medien: Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien. Bericht, Berlin. Verfügbar unter: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_BLIKK_Medien.pdf
- Burbank, A. J., Lewis, S. D., Hewes, M., Schellhase, D. E., Rettiganti, M., Hall-Barrow, J., . . . Perry, T.T. (2015). Mobile-based asthma action plans for adolescents. *Journal of Asthma, 52*(6), 583–586. <https://doi.org/10.3109/02770903.2014.995307>
- Bushman, B. J., Gollwitzer, M., & Cruz, C. (2015). There Is Broad Consensus: Media Researchers Agree That Violent Media Increase Aggression in Children, and Pediatricians and Parents Concur. *Psychology of Popular Media Culture, 4*(3), 200–214. <https://doi.org/10.1037/ppm0000046>
- Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Medical Journal of Australia, 192*(11), S12.
- Campaioli, G., Sale, E., Simonelli, A., & Pomini, V. (2017). The Dual Value of the Web: Risks and Benefits of the Use of the Internet in Disorders with A Self-Destructive Component in Adolescents and Young Adults. *Contemporary Family Therapy, 39*(4), 301–313. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9443-9>
- Casiano, H., Kinley, D. J., Katz, L. Y., Chartier, M. J., & Sareen, J. (2012). Media use and health outcomes in adolescents: findings from a nationally representative survey. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal De l'Academie Canadienne De Psychiatrie De L'enfant Et De L'adolescent, 21*(4), 296–301.
- Catenacci, V. A., Barrett, C., Odgen, L., Browning, R., Schaefer, C. A., Hill, J., & Wyatt, H. (2014). Changes in physical activity and sedentary behavior in a randomized trial of an internet-based versus workbook-based family intervention study. *Journal of Physical Activity, & Health, 11*(2), 348–358. <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0043>
- Cerniglia, L., Zoratto, F., Cimino, S., Laviola, G., Ammaniti, M., & Adriani, W. (2017). Internet Addiction in adolescence: Neurobiological, psychosocial and clinical issues. *Neuroscience, & Biobehavioral Reviews, 76*, 174–184. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.024>
- Chaudron, S. (2015). *Young Children (0–8) and digital technology: A qualitative exploratory study across seven countries*. Ispra: Publications Office of the European Union.
- Cooperberg, J. (2014). *Food for thought: A parental internet-based intervention to treat childhood obesity in preschool-aged children*. Washington U in St. Louis, US.
- COUNCIL ON COMMUNICATIONS AND MEDIA (2016). Media Use in School-Aged Children and Adolescents. *Pediatrics, 138*(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2592>
- Davis, C. A. (2018). *Social media technologies' influence on adolescent social/emotional development via attachment*. The Chicago School of Professional Psychology, Applied Clinical Psychology, US.
- DeHoff, B. A., Staten, L. K., Rodgers, R. C., & Denne, S. C. (2016). The Role of Online Social Support in Supporting and Educating Parents of Young Children With Special Health Care Needs in the United States: A Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research, 18*(12). <https://doi.org/10.2196/jmir.6722>
- Delfanti, A., & Arvidsson, A. (2018). Media and Digital Technologies. *Introduction to Digital Media* (S. 1–19). John Wiley, & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119276296.ch1>
- Delgrande Jordan, M., Schneider, E., & Masseroni, S. (2020). *Usage des écrans et d'Internet chez les 11 à 15 ans en Suisse. Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Lausanne: Addiction Suisse.

- Delisle, C., Sandin, S., Forsum, E., Henriksson, H., Trolle-Lagerros, Y., Larsson, C., ... Löf, M. (2015). A web- and mobile phone-based intervention to prevent obesity in 4-year-olds (MINISTOP): a population-based randomized controlled trial. *BMC public health*, *15*, 95. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1444-8>
- Doornwaard, S. M., Bickham, D. S., Rich, M., ter Bogt, T. F. M., & van den Eijnden, R. J. J. M. (2015). Adolescents' use of sexually explicit internet material and their sexual attitudes and behavior: Parallel development and directional effects. *Developmental Psychology*, *51*(10), 1476–1488. <https://doi.org/10.1037/dev0000040>
- Ebert, D. D., Zarski, A.-C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., & Riper, H. (2015). Internet and Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in Youth: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Outcome Trials. *PLoS ONE*, *10*(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119895>
- Eichenberg, C., Flümman, A., & Hensges, K. (2011). Pro-Ana-Foren im Internet: Befragungsstudie ihrer Nutzerinnen. *Psychotherapeut*, *56*(6), 492–500. <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0861-0>
- European Commission (2009). Health Effects of Exposure to EMF, 83.
- European Commission, & Directorate General for Health, & Consumers (2015). *Opinion on potential health effects of exposure to electromagnetic fields (EMF)*. Luxembourg: Publications Office. Zugriff am 24.3.2018. Verfügbar unter: <http://bookshop.europa.eu/uri?target=EUB:NOTICE:NDAS13004:EN:HTML>
- Feierabend, S., Plankenhorn, T., & Rathgeb, T. (2015). *minikIM 2014 – Kleinkinder und Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang von 2 bis 5-Jährigen*. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (LFK, LMK).
- Feierabend, S., Plankenhorn, T., & Rathgeb, T. (2017). *KIM-Studie 2016. Kindheit – Internet – Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 6- bis 13-Jähriger*. Stuttgart: Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (LFK, LMK).
- Ferguson, C. J. (2013). In the eye of the beholder: Thin-ideal media affects some, but not most, viewers in a meta-analytic review of body dissatisfaction in women and men. *Psychology of Popular Media Culture*, *2*(1), 20–37. <https://doi.org/10.1037/a0030766>
- Ferguson, C. J., & Beresin, E. (2017). Social science's curious war with pop culture and how it was lost: The media violence debate and the risks it holds for social science. *Preventive Medicine*, *99*(Supplement C), 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.02.009>
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Nisslmüller, K., Lindner, S., Osen, B., Huber, T., & Wünsch-Leiteritz, W. (2012). Does internet-based prevention reduce the risk of relapse for anorexia nervosa? *Behaviour Research and Therapy*, *50*(3), 180–190. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.003>
- Fiks, A. G., Gruver, R. S., Bishop-Gilyard, C. T., Shults, J., Virudachalam, S., Suh, A. W., ... Power, T.J. (2017). A Social Media Peer Group for Mothers To Prevent Obesity from Infancy: The Grow2Gether Randomized Trial. *Childhood Obesity (Print)*, *13*(5), 356–368. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0042>
- Flammer, A., & Alsaker, F. (2002). *Entwicklungspsychologie der Adoleszenz*. Bern: Huber.
- Foerster, M., Henneke, A., Chetty-Mhlanga, S., & Röösl, M. (2019). Impact of Adolescents' Screen Time and Nocturnal Mobile Phone-Related Awakenings on Sleep and General Health Symptoms: A Prospective Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(3), 518. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030518>
- Gabarron, E., & Wynn, R. (2016). Use of social media for sexual health promotion: a scoping review. *Global Health Action*, *9*, 32193.
- Gandhi, O. P., Morgan, L. L., de Salles, A. A., Han, Y.-Y., Herberman, R. B., & Davis, D. L. (2012). Exposure limits: the underestimation of absorbed cell phone radiation, especially in children. *Electromagnetic Biology and Medicine*, *31*(1), 34–51. <https://doi.org/10.3109/15368378.2011.622827>
- Genner, S., Suter, L., Waller, G., Schoch, P., Willemse, I., & Süss, D. (2017). *MIKE – Medien / Interaktion / Kinder / Eltern – Ergebnisbericht 2017*. Zürich: ZHAW.
- Gulec, H., Moessner, M., Türy, F., Fiedler, P., Mezei, A., & Bauer, S. (2014). A Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Posttreatment Care for Patients with Eating Disorders. *Telemedicine and e-Health*, *20*(10), 916–922. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0353>
- Guse, K., Levine, D., Martins, S., Lira, A., Gaarde, J., Westmorland, W., & Gilliam, M. (2012). Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: a systematic review. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *51*(6), 535–543. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.03.014>
- Gustafsson, E., Johnson, P. W., Lindegård, A., & Hagberg, M. (2011). Technique, muscle activity and kinematic differences in young adults texting on mobile phones. *Ergonomics*, *54*(5), 477–487. <https://doi.org/10.1080/00140139.2011.568634>
- Gustafsson, E., Thomée, S., Grimby-Ekman, A., & Hagberg, M. (2017). Texting on mobile phones and musculoskeletal disorders in young adults: A five-year cohort study. *Applied Ergonomics*, *58*, 208–214. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.06.012>

- Hakala, P. T., Saarni, L. A., Punamäki, R.-L., Wallenius, M. A., Nygård, C.-H., & Rimpelä, A. H. (2012). Musculoskeletal symptoms and computer use among Finnish adolescents--pain intensity and inconvenience to everyday life: a cross-sectional study. *BMC musculoskeletal disorders*, *13*, 41. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-41>
- Hamel, L. M., Robbins, L. B., & Wilbur, J. (2011). Computer- and web-based interventions to increase preadolescent and adolescent physical activity: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *67*(2), 251–268. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05493.x>
- Hamm, M. P., Shulhan, J., Williams, G., Milne, A., Scott, S. D., & Hartling, L. (2014). A systematic review of the use and effectiveness of social media in child health. *BMC Pediatrics*, *14*, 138. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-138>
- Hardell, L. (2017). Effects of Mobile Phones on Children's and Adolescents' Health: A Commentary. *Child Development*. <https://doi.org/10.1111/cdev.12831>
- Harris, C., Straker, L., Pollock, C., & Smith, A. (2015). Children, computer exposure and musculoskeletal outcomes: the development of pathway models for school and home computer-related musculoskeletal outcomes. *Ergonomics*, *58*(10), 1611–1623. <https://doi.org/10.1080/00140139.2015.1035762>
- Haug, S., Paz Castro, R., Kowatsch, T., Filler, A., Dey, M., & Schaub, M. P. (2017). Efficacy of a web- and text messaging-based intervention to reduce problem drinking in adolescents: Results of a cluster-randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*(2), 147–159. <https://doi.org/10.1037/ccp0001138>
- Hausenblas, H. A., Campbell, A., Menzel, J. E., Doughty, J., Levine, M., & Thompson, J. K. (2013). Media effects of experimental presentation of the ideal physique on eating disorder symptoms: A meta-analysis of laboratory studies. *Clinical Psychology Review*, *33*(1), 168–181. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.011>
- Heeg, R., Genner, S., Steinber, O., Schmid, M., Suter, L., & Süss, D. (2018). *Generation Smartphone. Ein partizipatives Forschungsprojekt mit Jugendlichen*. Basel und Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit FHNW und ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Heeg, R., & Steiner, O. (2019). *Always on: Wie erleben Jugendliche das ständige Online-Sein?* Bern: Eidgenössische Kommission für Kinder und Jugendfragen (EKKJ).
- Hermida, M. (2019). *EU Kids Online Schweiz. Schweizer Kinder und Jugendliche im Internet: Risiken und Chancen*. Goldau: Pädagogische Hochschule Schwyz.
- Heron, K. E., & Smyth, J. M. (2010). Ecological momentary interventions: Incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *British Journal of Health Psychology*, *15*(1), 1–39. <https://doi.org/10.1348/135910709X466063>
- Hieftje, K., Edelman, E. J., Camenga, D. R., & Fiellin, L. E. (2013). Electronic media-based health interventions promoting behavior change in youth: a systematic review. *JAMA pediatrics*, *167*(6), 574–580. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.1095>
- Hingle, M., & Kunkel, D. (2012). Childhood obesity and the media. *Pediatric Clinics of North America*, *59*(3), 677–692. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.03.021>
- Hoge, E., Bickham, D., & Cantor, J. (2017). Digital media, anxiety, and depression in children. *Pediatrics*, *140*(Supplement 2), S76–S80.
- Hollis, C., Falconer, C. J., Martin, J. L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C., & Davies E.B. (2017). Annual Research Review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems – a systematic and meta-review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(4), 474–503. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12663>
- Hong, J.-C., Tai, K.-H., Hwang, M.-Y., & Kuo, Y.-C. (2016). Internet cognitive failure affects learning progress as mediated by cognitive anxiety and flow while playing a Chinese antonym synonym game with interacting verbal–analytical and motor-control. *Computers, & Education*, *100*(Supplement C), 32–44. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2016.04.009>
- Horgan, Á., & Sweeney, J. (2012). University students' online habits and their use of the Internet for health information. *Computers, informatics, nursing: CIN*, *30*(8), 402–408. <https://doi.org/10.1097/NXN.0b013e3182510703>
- Huang, C. (2010). Internet Use and Psychological Well-being: A Meta-Analysis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*(3), 241–249. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0217>
- IARC Working Group, & Cancer, I. A. for R. on. (2013). Non-ionizing radiation, Part 2: Radiofrequency electromagnetic fields. *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans*, *102*, 1–421.
- Jacobs, K., Kaldenberg, J., Markowitz, J., Wuest, E., Hellman, M., Umez-Eronini, A., & Barr, A. (2013). An ergonomics training program for student notebook computer users: preliminary outcomes of a six-year cohort study. *Work (Reading, Mass.)*, *44*(2), 221–230. <https://doi.org/10.3233/WOR-121584>
- Jaiswal, S., Asper, L., Long, J., Lee, A., Harrison, K., & Golebiowski, B. (2019). Ocular and visual discomfort associated with smartphones, tablets and computers: what we do and do not know. *Clinical, & Experimental Optometry*. <https://doi.org/10.1111/cxo.12851>

- Jones, K., Eathington, P., Baldwin, K., & Sipsma, H. (2014). The impact of health education transmitted via social media or text messaging on adolescent and young adult risky sexual behavior: a systematic review of the literature. *Sexually Transmitted Diseases, 41*(7), 413–419. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000146>
- Jones, M., Jacobi, C., & Taylor, C. B. (2015). Internet assisted family therapy and prevention for Anorexia Nervosa. In K.L. Loeb, D. ; Le Grange, & J. ; Lock (Hrsg.), *Family therapy for adolescent eating and weight disorders: New applications* (S. 384–401). Routledge/Taylor, & Francis Group; US.
- Jorgenson, A. G., Hsiao, R. C.-J., & Yen, C.-F. (2016). Internet Addiction and Other Behavioral Addictions. [Review]. *Child, & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 25*(3), 509–520. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.03.004>
- Karaagac, A. T. (2015). Undesirable Effects of Media on Children: Why Limitation is Necessary? *Indian Pediatrics, 52*(6), 469–471.
- Kauer, S. D., Reid, S. C., Crooke, A. H. D., Khor, A., Hearps, S. J. C., Jorm, A. F., & Patton, G. (2012). Self-monitoring Using Mobile Phones in the Early Stages of Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research, 14*(3), e67. <https://doi.org/10.2196/jmir.1858>
- Kheifets, L., Ahlbom, A., Crespi, C. M., Draper, G., Hagihara, J., Lowenthal, R. M., . . . Wunsch Filho, V. (2010). Pooled analysis of recent studies on magnetic fields and childhood leukaemia. *British Journal of Cancer, 103*(7), 1128–1135. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605838>
- Kheifets, L., Ahlbom, A., Crespi, C. M., Feychting, M., Johansen, C., Monroe, J., . . . Mezei, G. (2010). A pooled analysis of extremely low-frequency magnetic fields and childhood brain tumors. *American journal of epidemiology, 172*(7), 752–761.
- Kim, J., Hwang, Y., Kang, S., Kim, M., Kim, T.-S., Kim, J., . . . Park, S.K. (2016). Association between Exposure to Smartphones and Ocular Health in Adolescents. *Ophthalmic Epidemiology, 23*(4), 269–276. <https://doi.org/10.3109/09286586.2015.1136652>
- Könitzer, B., Jeker, F., & Waller, G. (2017). *Young Children (0–8) and Digital Technology: A Qualitative Exploratory Study: National Report Switzerland based on the 2016 Survey*. Zurich: Zurich University of Applied Science.
- LeBlanc, A. G., & Chaput, J.-P. (2017). Pokémon Go: A game changer for the physical inactivity crisis? *Preventive Medicine, 101*, 235–237. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.11.012>
- LeGrand, S., Muessig, K. E., McNulty, T., Soni, K., Knudtson, K., Lemann, A., . . . Hightow-Weidman, L.B. (2016). Epic Allies: Development of a Gaming App to Improve Antiretroviral Therapy Adherence Among Young HIV-Positive Men Who Have Sex With Men. *JMIR serious games, 4*(1), e6. <https://doi.org/10.2196/games.5687>
- L'Engle, K. L., Mangone, E. R., Parcesepe, A. M., Agarwal, S., & Ippoliti, N. B. (2016). Mobile Phone Interventions for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review. *Pediatrics, 138*(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0884>
- Lichtenberg, J. D. (2013). *Facilitating prosocial behavior in at-risk children through cooperative media-based play with peers*. U Nebraska at Omaha, US.
- Lopez-Fernandez, O., Kuss, D. J., Romo, L., Morvan, Y., Kern, L., Graziani, P., . . . Billieux, J. (2017). Self-reported dependence on mobile phones in young adults: A European cross-cultural empirical survey. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(2), 168–177. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.020>
- Martin, S., Roderick, M. C., Lockridge, R., Toledo-Tamula, M. A., Baldwin, A., Knight, P., & Wolters, P. (2017). Feasibility and Preliminary Efficacy of an Internet Support Group for Parents of a Child with Neurofibromatosis Type 1: a Pilot Study. *Journal of Genetic Counseling, 26*(3), 576–585. <https://doi.org/10.1007/s10897-016-0031-1>
- Melumad, S. (2018). *The distinct psychology of smartphone usage*. Columbia University, Business, US.
- Ming, Z., Närhi, M., & Siivola, J. (2004). Neck and shoulder pain related to computer use. *Pathophysiology, 11*(1), 51–56.
- Moon, J. H., Kim, K. W., & Moon, N. J. (2016). Smartphone use is a risk factor for pediatric dry eye disease according to region and age: a case control study. *BMC ophthalmology, 16*(1), 188. <https://doi.org/10.1186/s12886-016-0364-4>
- Mork, R., Bruenech, J. R., & Thorud, H. M. S. (2016). Effect of Direct Glare on Orbicularis Oculi and Trapezius During Computer Reading. *Optometry and Vision Science: Official Publication of the American Academy of Optometry, 93*(7), 738–749. <https://doi.org/10.1097/OPX.0000000000000855>
- Mortazavi, S. M. J., Atefi, M., & Kholghi, F. (2011). The pattern of mobile phone use and prevalence of self-reported symptoms in elementary and junior high school students in shiraz, iran. *Iranian Journal of Medical Sciences, 36*(2), 96–103.
- Nathanson, A. I., Alade, F., Sharp, M. L., Rasmussen, E. E., & Christy, K. (2014). The Relation Between Television Exposure and Executive Function Among Preschoolers. *Developmental Psychology, 50*(5), 1497–1506. <https://doi.org/10.1037/a0035714>

- Nuutinen, T., Roos, E., Ray, C., Villberg, J., Välimaa, R., Rasmussen, M., . . . Tynjälä, J. (2014). Computer use, sleep duration and health symptoms: a cross-sectional study of 15-year olds in three countries. *International Journal of Public Health*, *59*(4), 619–628. <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0561-y>
- Okorodudu, D. E., Bosworth, H. B., & Corsino, L. (2015). Innovative interventions to promote behavioral change in overweight or obese individuals: A review of the literature. *Annals of Medicine*, *47*(3), 179–185. <https://doi.org/10.3109/07853890.2014.931102>
- Ouytsel, J. V., Walrave, M., Ponnet, K., & Temple, J. R. (2018). Sexting. In T.K. Shackelford, & V.A. Weekes-Shackelford (Hrsg.), *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science* (S. 1–3). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-16999-6_218-1
- Owens, E. W., Behun, R. J., Manning, J. C., & Reid, R. C. (2012). The Impact of Internet Pornography on Adolescents: A Review of the Research. *Sexual Addiction, & Compulsivity*, *19*(1–2), 99–122. <https://doi.org/10.1080/10720162.2012.660431>
- Py Szeto, G., Tsui, M. M. S., Sze, W. W. Y., Chan, I. S. T., Chung, C. C. F., & Lee, F. W. K. (2014). Issues about home computer workstations and primary school children in Hong Kong: a pilot study. *Work (Reading, Mass.)*, *48*(4), 485–493. <https://doi.org/10.3233/WOR-131810>
- Reddy, S. C., Low, C. K., Lim, Y. P., Low, L. L., Mardina, F., & Nursaleha, M. P. (2013). Computer vision syndrome: a study of knowledge and practices in university students. *Nepalese journal of ophthalmology: a biannual peer-reviewed academic journal of the Nepal Ophthalmic Society: NEPJOPH*, *5*(2), 161–168. <https://doi.org/10.3126/nepjoph.v5i2.8707>
- Reinecke, L., Aufenanger, S., Beutel, M. E., Dreier, M., Quiring, O., Stark, B., . . . Müller, K.W. (2017). Digital Stress over the Life Span: The Effects of Communication Load and Internet Multitasking on Perceived Stress and Psychological Health Impairments in a German Probability Sample. *Media Psychology*, *20*(1), 90–115. <https://doi.org/10.1080/15213269.2015.1121832>
- Rice, S., Robinson, J., Bendall, S., Hetrick, S., Cox, G., Bailey, E., . . . Alvarez-Jimenez, M. (2016). Online and Social Media Suicide Prevention Interventions for Young People: A Focus on Implementation and Moderation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *25*(2), 80–86.
- Richards, D., Caldwell, P. H., & Go, H. (2015). Impact of social media on the health of children and young people. *Journal of Paediatrics and Child Health*, *51*(12), 1152–1157. <https://doi.org/10.1111/jpc.13023>
- Rieger, D., Reinecke, L., & Bente, G. (2017). Media-induced recovery: The effects of positive versus negative media stimuli on recovery experience, cognitive performance, and energetic arousal. *Psychology of Popular Media Culture*, *6*(2), 174–191. <https://doi.org/10.1037/ppm0000075>
- Robinson, T. N., Banda, J. A., Hale, L., Lu, A. S., Fleming-Milici, F., Calvert, S. L., & Wartella, E. (2017). Screen Media Exposure and Obesity in Children and Adolescents. *Pediatrics*, *140*(Suppl 2), S97–S101. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758K>
- Schoeni, A., Roser, K., & Rössli, M. (2015). Symptoms and Cognitive Functions in Adolescents in Relation to Mobile Phone Use during Night. *PLoS One*, *10*(7), e0133528. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133528>
- Schüz, J. (2011). Exposure to extremely low-frequency magnetic fields and the risk of childhood cancer: Update of the epidemiological evidence (Non-Ionizing Radiation (NIR) and Children's Health). *Progress in Biophysics and Molecular Biology*, *107*(3), 339–342. <https://doi.org/10.1016/j.pbiomolbio.2011.09.008>
- Schweizer, A., Berchtold, A., Barrense-Dias, Y., Akre, C., & Suris, J.-C. (2017). Adolescents with a smartphone sleep less than their peers. *European journal of pediatrics*, *176*(1), 131–136.
- Smahel, D., Wright, M. F., & Cernikova, M. (2015). The impact of digital media on health: children's perspectives. *International Journal of Public Health*, *60*(2), 131–137. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0649-z>
- Smith, L. J., Gradisar, M., King, D. L., & Short, M. (2017). Intrinsic and extrinsic predictors of video-gaming behaviour and adolescent bedtimes: the relationship between flow states, self-perceived risk-taking, device accessibility, parental regulation of media and bedtime. *Sleep Medicine*, *30*, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.01.009>
- Steelman, Z. R., & Soror, A. A. (2017). Why do you keep doing that? The biasing effects of mental states on IT continued usage intentions. *Computers in Human Behavior*, *73*(Supplement C), 209–223. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.03.027>
- Stinson, J. N., McGrath, P. J., Hodnett, E. D., Feldman, B. M., Duffy, C. M., Huber, A. M., . . . White, M.E. (2010). An internet-based self-management program with telephone support for adolescents with arthritis: a pilot randomized controlled trial. *The Journal of Rheumatology*, *37*(9), 1944–1952. <https://doi.org/10.3899/jrheum.091327>
- Suris, J.-C., Akre, C., Piquet, C., Ambresin, A.-E., Zimmermann, G., & Berchtold, A. (2014). Is Internet use unhealthy? A cross-sectional study of adolescent Internet overuse. *Swiss Medical Weekly*, *144*, w14061. <https://doi.org/10.4414/smw.2014.14061>

- Süss, D. (2008). Mediensozialisation und Medienkompetenz. In B. Batinic, & M. Appel (Hrsg.), *Medienpsychologie* (S. 361–378). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-46899-8_15
- Suter, L., Waller, G., Bernath, J., Külling, C., Willemse, I., & Süss, D. (2018a). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz: Ergebnisbericht 2018*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Suter, L., Waller, G., Bernath, J., Külling, C., Willemse, I., & Süss, D. (2018b). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz: Ergebnisbericht 2018*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Suter, L., Waller, G., Genner, S., Oppliger, S., Willemse, I., Schwarz, B., & Süss, D. (2015). *MIKE – Medien / Interaktion / Kinder / Eltern – Ergebnisbericht 2015*. Zürich: ZHAW.
- Suter, L., Waller, G., Genner, S., & Süss, D. (2015). *JAMESfocus: Medienkurse und Medienkompetenz*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Tomopoulos, S., Dreyer, B. P., Berkule, S., Fierman, A. H., Brockmeyer, C., & Mendelsohn, A. L. (2010). Infant Media Exposure and Toddler Development. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *164*(12), 1105–1111. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.235>
- Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Kho, M. E., Saunders, T. J., Larouche, R., Colley, R. C., . . . Connor Gorber, S. (2011). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *8*, 98. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-98>
- Van Lippevelde, W., Vangeel, J., De Cock, N., Lachat, C., Goossens, L., Beullens, K., . . . Van Camp, J. (2016). Using a gamified monitoring app to change adolescents' snack intake: the development of the REWARD app and evaluation design. *BMC public health*, *16*, 725. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3286-4>
- Vodopivec-Jamsek, V., de Jongh, T., Gurol-Urganci, I., Atun, R., & Car, J. (2012). Mobile phone messaging for preventive health care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *12*, CD007457. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007457.pub2>
- Wahnschaffe, A., Haedel, S., Rodenbeck, A., Stoll, C., Rudolph, H., Kozakov, R., . . . Kunz, D. (2013). Out of the lab and into the bathroom: evening short-term exposure to conventional light suppresses melatonin and increases alertness perception. *International journal of molecular sciences*, *14*(2), 2573–2589.
- Waller, G., Willemse, I., Genner, S., Suter, L., & Süss, D. (2016). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz: Ergebnisbericht 2016*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Wang, J., Yao, N., Wang, Y., Zhou, F., Liu, Y., Geng, Z., & Yuan, C. (2016). Developing „Care Assistant“: A smartphone application to support caregivers of children with acute lymphoblastic leukaemia. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *22*(3), 163–171. <https://doi.org/10.1177/1357633X15594753>
- Wentz, E., Nydén, A., & Krevers, B. (2012). Development of an internet-based support and coaching model for adolescents and young adults with ADHD and autism spectrum disorders: a pilot study. *European Child, & Adolescent Psychiatry*, *21*(11), 611–622. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0297-2>
- Whaite, E. O., Shensa, A., Sidani, J. E., Colditz, J. B., & Primack, B. A. (2018). Social media use, personality characteristics, and social isolation among young adults in the United States. *Personality and Individual Differences*, *124*, 45–50. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.030>
- Whittemore, R., Chao, A., Popick, R., & Grey, M. (2013). School-based internet obesity prevention programs for adolescents: a systematic literature review. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, *86*(1), 49–62.
- Wickham, C. A., & Carbone, E. T. (2015). Who's calling for weight loss? A systematic review of mobile phone weight loss programs for adolescents. *Nutrition Reviews*, *73*(6), 386–398. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuu018>
- Willemse, I., Waller, G., Suter, L., Genner, S., & Süss, D. (2017). *JAMESfocus. Onlineverhalten: unproblematisch – risikohaft – problematisch*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Yang, S., Lu, Y., Wang, B., & Zhao, L. (2014). The benefits and dangers of flow experience in high school students' internet usage: The role of parental support. *Computers in Human Behavior*, *41*(Supplement C), 504–513. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.09.039>
- Yao, J., & Cao, X. (2017). The balancing mechanism of social networking overuse and rational usage. *Computers in Human Behavior*, *75*(Supplement C), 415–422. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.04.055>
- Ye, X., Bapuji, S. B., Winters, S. E., Struthers, A., Raynard, M., Metge, C., . . . Sutherland, K. (2014). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC health services research*, *14*(1), 313.
- Yonker, L. M., Zan, S., Scirica, C. V., Jethwani, K., & Kinane, T. B. (2015). "Friending" Teens: Systematic Review of Social Media in Adolescent and Young Adult Health Care. *Journal of Medical Internet Research*, *17*(1). <https://doi.org/10.2196/jmir.3692>

09 Gesundheitsförderung und Prävention



Fabienne T. Amstad, Gesundheitsförderung Schweiz
Lucile Ducarroz & Sabine Dobler, Sucht Schweiz
Sirikka Mullis, Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Kernaussagen

- Gesundheitsförderung und Prävention haben die Aufgabe, die Gesundheit zu erhalten, statt dass man erst eingreift, wenn eine Heilung notwendig respektive eine Schädigung entstanden ist.
- Wirksame Ansätze zielen sowohl auf die Veränderung des individuellen Verhaltens als auch auf die Verbesserung der Lebensumstände und der strukturellen Aspekte.
- Die Kindheit und auch das Jugendalter bergen ein grosses Potenzial, um gesundheitsförderliches Verhalten sowie Konsum- und Risikokompetenz zu lernen, einzuüben und nachhaltig im Verhaltens-Repertoire aufzunehmen.
- Im Jahr 2019 setzten in der Schweiz 21 Kantone Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen um. Eine Vielzahl von Interventionen zur Förderung der psychischen Gesundheit fokussiert auf Lebensphasenübergänge.
- Die kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung der Bewegung und einer gesunden Ernährung sind stark verbreitet, gut etabliert und verankert: Für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche setzten 22 Kantone im Jahr 2019 ein Programm zu diesen Themen um.
- Suchtprävention findet in verschiedensten Kontexten und mit unterschiedlichen Zielsetzungen statt. Mehrere Kantone haben ein kantonales Tabakpräventionsprogramm, kantonale Aktionspläne Alkohol und/oder Suchtpräventionsprogramme eingeführt. Die Suchtprävention wird in den Kantonen insbesondere von Suchtpräventionsstellen umgesetzt. Einzelne Projekte mit suchtpreventiver Zielsetzung sind evaluiert worden und gelten als wirksam.
- Sexuaufklärung geschieht durch Eltern, Schulen, das Internet, gleichaltrige junge Menschen untereinander, viele regionale Angebote und individuelle Beratung durch Fachpersonen der sexuellen Gesundheit und der Medizin. Zur Wirkung dieser vielfältigen Angebote gibt es in der Schweiz kaum verlässliche Daten.
- Erstrebenswert zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind die Stärkung des multisektoriellen Ansatzes, der salutogenen sowie der systemischen Sichtweise und die Stärkung der Chancengleichheit.

9.1 Gesundheitsförderung und Prävention – Begriffsklärung

Die Verwendung der Begriffe «Gesundheitsförderung» und «Prävention» ist in der Literatur nicht einheitlich (Hurrelmann et al., 2014), und für beide Begriffe gibt es unterschiedliche Definitionen. Wird Prävention rein als Krankheitsprävention angesehen, die Risiken abwendet und verhindert, kann man «Prävention» und «Gesundheitsförderung» als einander ergänzend beschreiben (Hurrelmann et al., 2014). Wenn Prävention auch Schutzfaktoren stärkt, was sie in modernen Programmen oft tut, überschneidet sie sich mit Gesundheitsförderung. Vor allem universelle Prävention (siehe unten) schliesst die Stärkung von gesundheitsfördernden Schutzfaktoren mit ein (Blaser & Amstad, 2016).

Gesundheitsförderung basiert auf einer salutogenen Sichtweise. Die Salutogenese stellt die Gesundheit und nicht die Krankheit ins Zentrum. Aus dieser Perspektive ist nicht nur wichtig zu wissen, was Menschen krank macht, sondern auch, was sie gesund erhält, auch wenn sie Risiken und Belastungen ausgesetzt sind (Antonovsky, 1997). Gesundheitsförderung schliesst deshalb Bestrebungen ein, die darauf abzielen, soziale, ökonomische sowie Lebensbedingungen derart zu verändern, dass diese positiv auf die individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheit wirken (Gesundheitsförderung Schweiz, www.quint-essenz.ch).

Prävention will die Entstehung oder Ausbreitung von Krankheiten verhindern («Krankheitsprävention»; Hurrelmann et al, 2014) oder Unfälle verhüten. Risiken für das Eintreten oder Ausbreiten einer unerwünschten Entwicklung, wie Erkrankungen oder Unfälle, werden durch Prävention reduziert, verhindert und abgewendet. Moderne Programme zur Prävention beinhalten oft sowohl Aspekte des Abbaus von Risikofaktoren wie auch der Förderung von Schutzfaktoren. Die Prävention setzt wie die Gesundheitsförderung auf individuelle und strukturelle Ansätze (Verhaltens- und Verhältnisprävention) (Bühler & Bühringer, 2014). Sie kann unspezifisch (themenübergreifend) oder spezifisch (z. B. Unfallprävention, Alkoholprävention, Tabakprävention usw.) ausgestaltet sein.

Die Fachbegriffe «universelle», «selektive» und «indizierte» Prävention präzisieren hingegen die Zielgruppen (Mrazek & Haggerty, 1994). Die universelle Prävention wendet sich an die gesamte Bevölkerung oder an ganze Bevölkerungssegmente (z. B. alle Menschen im Pensionsalter). Die selektive Prävention richtet sich an Zielgruppen, welche aufgrund ihrer Lebenslage und persönlichen Voraussetzungen ein höheres Risiko haben, krank zu werden. Universelle und selektive Prävention bauen im Idealfall aufeinander auf und ergänzen einander. Massnahmen der indizierten Prävention schliesslich richten sich an Personen mit manifestem Risikoverhalten. Diese Personen sind diagnostisch gesehen (noch) nicht krank.

¹ <https://www.quint-essenz.ch/de/concepts>

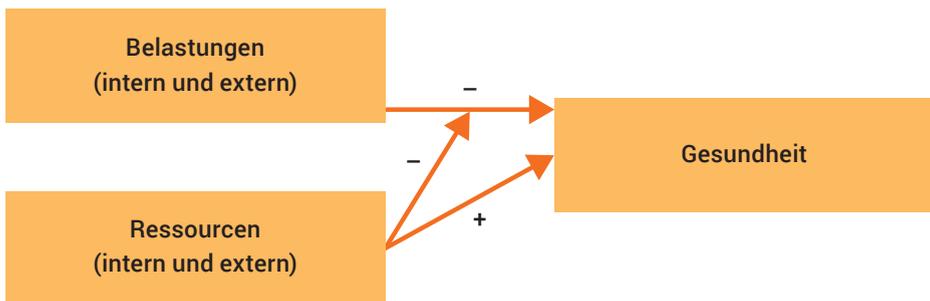
Im folgenden Kapitel stehen die Gesundheitsförderung respektive die universelle sowie die selektive Prävention im Fokus. Das Kapitel *Gesundheitsversorgung* konzentriert sich auf Angebote und Leistungen der Prävention, die im Rahmen des Gesundheitswesens im engeren Sinne erbracht werden.

Ressourcenorientierte Sichtweise: Wirkungsweise von Ressourcen

Das Zusammenspiel von Belastungen und Ressourcen ist für die Gesundheit entscheidend. Während Belastungen die Gesundheit negativ beeinflussen, fördern Ressourcen die Gesundheit. Ausserdem können Ressourcen mobilisiert werden, um auf Belastungen zu reagieren. Sowohl Belastungen wie auch Ressourcen können in der Person selber (intern) als auch in ihrem Umfeld (extern) liegen und sie können körperlicher (biologischer), psychischer, sozialer oder struktureller Art sein. Ressourcen können vor etwas – z. B. einer Belastung – schützen, sie können aber auch direkt die Gesundheit positiv beeinflussen (Grafik G9.1).

Ressourcen-Belastungs-Modell

G9.1



Quelle: Blaser & Amstad, 2016

© Obsan 2020

Zu den internen Ressourcen gehören auch Lebenskompetenzen. Es handelt sich hierbei um Fertigkeiten, welche es Menschen ermöglichen, ihr Leben zu steuern und Fähigkeiten zu entwickeln, mit den Veränderungen in ihrer Umwelt zu leben sowie selbst Veränderungen zu bewirken (WHO, 1997, 1999). Lebenskompetenzen sind universelle Ressourcen, also nicht störungsspezifisch (Mangrulkar, Vince Whitman, & Posner, 2001).

Das Erlernen wie auch die Stärkung von Lebenskompetenzen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen fördert die Gesundheit und trägt auch zur Suchtprävention bei. Eine wichtige allgemeine externe Ressource ist die soziale Unterstützung, z. B. durch

Eltern oder Freunde (siehe Kapitel Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen; vgl. Blaser & Amstad, 2016). Externe Ressourcen für die Förderung der körperlichen Gesundheit sind zum Beispiel ein bewegungsfreundlicher Schulhof oder vorhandene gesunde Pausenverpflegung.

Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter

Die Förderung der Gesundheit sowie auch die Prävention sind in jedem Alter wichtig und zentral, besonders gross ist ihre Bedeutung aber in den frühen Jahren. Die Kindheit und auch das Jugendalter bergen ein grosses Potenzial, um gesundheitsförderliches Verhalten sowie Konsum- und Risikokompetenz zu lernen, einzuüben und nachhaltig in das Verhaltensrepertoire aufzunehmen. Es gibt zahlreiche Nachweise für die positiven Auswirkungen von gesundheitsförderlichen Massnahmen im frühkindlichen Bereich (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2018). Vorschulische Förderprogramme beeinflussen die Entwicklung in den frühen Lebensjahren, indem sie sich positiv auf die Gesundheit, das Lernverhalten und auf die Psyche auswirken. Insbesondere Kinder aus Familien mit tiefem Bildungsstand und geringem Einkommen profitieren in hohem Mass. Die frühe Förderung lohnt sich auch aus ökonomischer Sicht: Die Investitionen zahlen sich ein Leben lang aus (Stamm, 2009). Langzeitstudien zeigen ausserdem einen positiven Einfluss der frühen Förderung von benachteiligten Familien auf den Schulerfolg der Kinder und deren Einstiegschancen ins Berufsleben. Weniger Delinquenz, weniger Inanspruchnahme von Sozialhilfe sowie eine generell bessere Gesundheit sind weitere Ergebnisse (BAG, 2018; z.B. Reynolds, et al., 2011).

Die Kindheit und auch das Jugendalter bergen ein grosses Potenzial, um gesundheitsförderliches Verhalten sowie Konsum- und Risikokompetenz zu lernen, einzuüben und nachhaltig in das Verhaltensrepertoire aufzunehmen.

Wirksame Prävention zielt sowohl auf die Veränderung des individuellen Verhaltens als auch auf die Verbesserung der Lebensumstände, also der strukturellen Aspekte. Bezogen auf Programme für Kinder und Jugendliche bedeutet dies, dass beispielsweise im Setting Schule verhaltensbezogene und kompetenzorientierte Programme gekoppelt mit Massnahmen, die das System Schule verändern (z.B. Schulklima), als besonders wirksam gelten (Bühler & Thrul, 2013).

Studien haben den hohen Nutzen von Prävention auch aus volkswirtschaftlicher Sicht aufgezeigt. So bedeutet jeder für die Alkohol- und Tabakprävention eingesetzte Franken eine Vermeidung von gesellschaftlichen Kosten um das mindestens Zehnfache (Jeanrenaud et al., 2009).

9.2 Nationale Strategien, Akteure und Programmgrundsätze

Gesundheitsförderung und Prävention sind in verschiedenen gesundheitspolitischen Dokumenten wie Strategien, Berichten und Aktionsplänen national verankert. In der Schweiz sind sieben nationale gesundheitspolitische Dokumente für die Gesundheitsförderung und Prävention von Kindern und Jugendlichen massgeblich: Strategie Nicht-übertragbare Krankheiten (NCD-Strategie; BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK], 2016), der Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder» (BAG, GDK & Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, 2015); Suchtstrategie (2017–2024; BAG, 2015), Aktionsplan Suizidprävention (BAG, GDK & Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz, 2016), Schweizer Ernährungsstrategie (Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen, 2017), das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS; BAG, 2010) und die Nationale Strategie zu Impfungen (NSI; BAG, 2017).

Auf inhaltlicher Ebene gibt es Massnahmen, die Ziele mehrerer Strategien verfolgen. So kommt zum Beispiel die Förderung von Lebenskompetenzen der Förderung der psychischen und sexuellen Gesundheit, der Sucht- und der Suizidprävention zugute. In diesem Zusammenhang zu erwähnen sind, auch wenn sie nur teilweise der Gesundheit gewidmet sind, die kantonalen Integrationsprogramme, welche vom Staatssekretariat für Migration koordiniert werden. Sie beruhen auf drei Pfeilern: Information und Beratung, Bildung und Arbeit, Verständigung und gesellschaftliche Integration. Diese Programme zielen prioritär auf die frühe Kindheit, wo die Bereiche der frühkindlichen Bildung, Betreuung, Erziehung und Gesundheit stark zusammenfallen.²

Akteure in der Schweiz im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention

Die Akteurs-Landschaft der Gesundheitsförderung und Prävention unterscheidet sich kaum von der Verteilung der Kompetenzen im Gesundheitsbereich im Allgemeinen. Das Gesundheitswesen gilt als Domäne der Kantone. Gesetzgebung und Vollzug im Bereich Gesundheit liegen grundsätzlich in deren Kompetenz. Die Angebote der Gesundheitsförderung

² Ausführliche Informationen zu den Kantonalen Integrationsprogrammen sind unter <http://www.kip-pic.ch> zu finden.

werden daher ebenfalls von den Kantonen koordiniert. Zusätzlich ist die Partnerschaft der Kantone mit den Städten und Gemeinden wichtig, da die konkrete Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten häufig durch Städte und Gemeinden erfolgt.

Auch auf Bundesebene befassen sich diverse Stellen, wie das BAG, das Bundesamt für Sport (BASPO), das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV), das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO), das Bundesamt für Statistik (BFS) und das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) mit Themen der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kinder und Jugendlichen.

Auf nationaler Ebene initiiert, koordiniert und evaluiert die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz zahlreiche Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen arbeitet die Stiftung stark mit den Kantonen zusammen. Eine andere Stiftung, die Stiftung Sexuelle Gesundheit Schweiz, erarbeitet für den Bereich der sexuellen Gesundheit Grundlagen und übernimmt für die regionalen Fachstellen eine koordinierende Funktion. Ausserdem nehmen das «Schulnetz21: Schweizerisches Netzwerk gesundheitsfördernder und nachhaltiger Schulen» und das Netzwerk «Bildung und Gesundheit» wichtige themenübergreifende Vernetzungsfunktionen ein. In der Umsetzung von Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention sind die vielen Nichtregierungsorganisationen und Fachverbände nicht wegzudenken. Die Stiftung Sucht Schweiz zum Beispiel stellt im Bereich der Suchtprävention Grundlagen zur Verfügung. Eine entscheidende Rolle in der konkreten Umsetzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten spielen die vielen regionalen und kantonalen Fachstellen.

Programmgrundsätze

Damit Programme erfolgreich sind, müssen Massnahmen gleichzeitig auf verschiedenen Ebenen umgesetzt werden. Ein Beispiel mit vier Strukturebenen sind die kantonalen Aktionsprogramme zur Gesundheitsförderung, mitunterstützt von Gesundheitsförderung Schweiz:

- Interventionen
- Policymassnahmen
- Vernetzungsaktivitäten
- Öffentlichkeitsarbeit

Die einheitliche Struktur von Programmen erleichtert die Zusammenarbeit auf nationaler Ebene sowie den Wissens- und Informationsaustausch unter den Akteuren. Es ist wichtig, dass die Massnahmen über die vier Ebenen hinweg aufeinander abgestimmt und miteinander verknüpft sind. Als fünfter allgemeiner Erfolgsfaktor wird die Planungs- und Organisationsqualität eines Programmes genannt (Balthasar & Lussi, 2018).

9.3 Psychische Gesundheit

In der Kindheit und frühen Adoleszenz manifestieren sich psychische Verhaltensauffälligkeiten häufig zum ersten Mal (siehe Kapitel Psychische Gesundheit). Wenn die psychische Gesundheit früh gefördert, aber auch wenn auf psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendliche frühzeitig reagiert wird, reduziert sich das Risiko, an einer schwerwiegenden psychischen Störung zu erkranken.

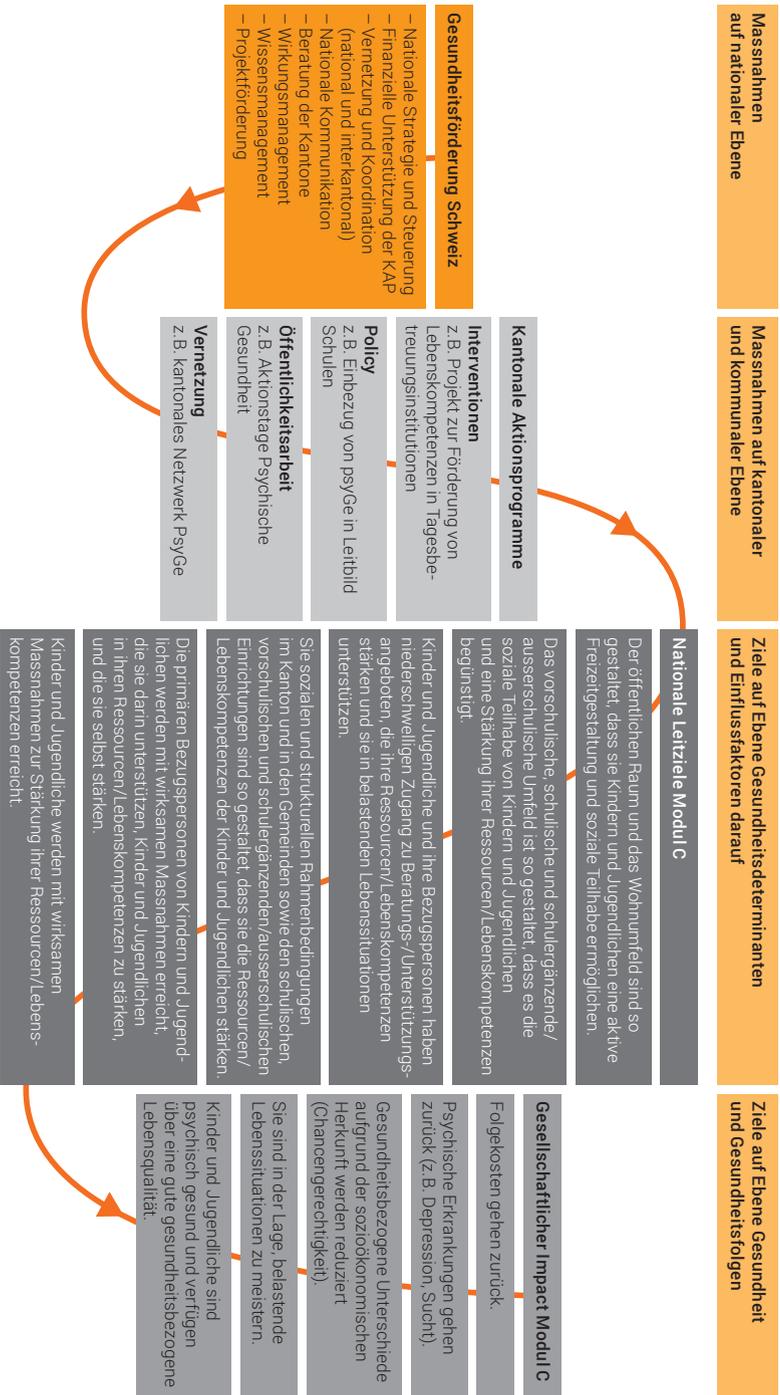
Kantonale Aktionsprogramme zur Förderung der psychischen Gesundheit

Die Kantone der Nordwest- sowie der Ostschweiz schenken der Förderung der psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen schon seit Jahren eine hohe Aufmerksamkeit. Basel-Stadt, Aargau oder auch Zug gehören zu den Pionierkantonen im Bereich der Förderung der psychischen Gesundheit. Der Kanton Zug beispielsweise hat die «10 Schritte»-Kampagne zur Förderung der psychischen Gesundheit aus Oberösterreich in die Schweiz geholt. Das Ostschweizer Forum Psychische Gesundheit (<https://ofpg.ch/>) wiederum hat sich mit der gesamten Bodenseeregion zum Interregionalen Projekt «Kinder im seelischen Gleichgewicht» zusammengetan, um die Qualifizierung und Sensibilisierung von Fachpersonen für die Arbeit mit Eltern und Kindern in Bezug auf die psychische Gesundheit zu stärken.

Seit 2017 fördert Gesundheitsförderung Schweiz kantonale Aktionsprogramme zum Thema psychische Gesundheit bei der Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Im Jahr 2019 setzten in der Schweiz 21 Kantone solche Programme um (Ausnahmen: AI, GL, SZ, TI, VD). Den kantonalen Programmen ist gemeinsam, dass sie dieselben Leitziele verfolgen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2016). Die Programme werden indessen von jedem Kanton gemäss seinen eigenen Bedürfnissen und kantonsspezifischen Gegebenheiten ausgestaltet. Das Zusammenspiel der nationalen Leitziele und der gesellschaftlichen Auswirkungen ist in der Grafik G9.2 dargestellt.

Wirkungsmodell Kantonale Aktionsprogramme Psychische Gesundheit bei Kindern & Jugendlichen, Gesundheitsförderung Schweiz

G9.2



Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz, <https://www.quint-essenz.ch/de>

© Obsan 2020

Interventionen

Es gibt viele Interventionen in der Schweiz, die wichtige Aspekte der psychischen Gesundheit fördern. Häufig fokussieren die Interventionen auf Übergänge von einer Lebensphase in die andere, deren Bewältigung für die psychische Gesundheit besonders wichtig ist (Wettstein, 2016). Erfolgreich bewältigte Übergänge respektive Entwicklungsaufgaben können die psychische Gesundheit nachhaltig stärken. Scheitern junge Menschen an solchen Übergängen, stellt dies ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung dar. Besonders bei Lebensphasenübergängen und kritischen Lebensereignissen muss deshalb Unterstützung geboten werden. Das macht auch der Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz» (BAG et al., 2015) deutlich, der sich mit der Umsetzung von Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung befasst (Bürli et al., 2015).

Erfolgreich bewältigte Übergänge respektive Entwicklungsaufgaben können die psychische Gesundheit nachhaltig stärken.

Für den Projekterfolg ist es wichtig, sowohl Wirkung erzeugen zu können als auch diese zu überprüfen und die Massnahmen gegebenenfalls zu optimieren (Fässler & Studer, 2018). Im Folgenden werden Beispiele von erfolgreichen Interventionen aufgeführt, welche die Lebensspanne der Kindheit und des Jugendalters betreffen, in der Schweiz gut verbreitet und evaluiert sind.

Zeppelin

Zeppelin, ein Projekt der Universität Zürich, wendet sich an Familien, die sich rund um die Geburt eines Kindes in einer schwierigen Lebenssituation befinden (z. B. Arbeitslosigkeit, Suchtproblematik, usw.). Ausgebildete Mütter-/Väter-Beraterinnen führen mit diesen Familien das Elternbildungsprogramm «Parents as Teachers (PAT) – Mit Eltern Lernen» durch. Die Familien werden über ein interdisziplinäres Netzwerk (Kinderärzte, Mütter-/Väterberatung, Geburtsstationen, usw.) gefunden und durch die PAT-Elterntainerinnen zu Hause begleitet. Der Familienalltag wird teilnehmend analysiert und Lösungen für Problemsituationen (zum Beispiel in der Interaktion mit den Kindern) werden gemeinsam gesucht. Eltern werden ausserdem in der Nutzung von Unterstützungsangeboten begleitet, indem zum Beispiel die Trainerin mitgeht.

Die Begleitforschung (Neuhauser et al. 2018; Jungmann et al., 2017) zur Wirksamkeit des Projekts hat gezeigt, dass die Kinder der Interventionsgruppe einen signifikanten Entwicklungsvorteil aufweisen gegenüber den Kindern der Kontrollgruppe. Dies zeigte sich unter anderem in einem grösseren Wortschatz, weniger ängstlichem Verhalten, besserem Schlafen und einer besseren Impulskontrolle. Auch bei den teilnehmenden Eltern zeigten sich gute Wirkungen: So zeigten die Mütter mit PAT bereits nach einem Jahr Förderprogramm signifikant feinfühligere Verhalten als Mütter, die nicht in das Förderprogramm einbezogen waren. Sogar in Bezug auf die soziale Teilhabe der geförderten Familien hatte das Programm einen positiven Einfluss: Sie nutzten z.B. Angebote wie die Ludothek oder Bibliothek häufiger als Familien aus der Kontrollgruppe.

Miapas: Empfehlungen zur Förderung der psychischen Gesundheit bei Kleinkindern

Das Projekt *Miapas* von Gesundheitsförderung Schweiz vereint in einer Resonanzgruppe die verschiedenen Berufsverbände rund um die frühe Kindheit, so zum Beispiel Kinderärztinnen und -ärzte, Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Krippenleitende, Stillberaterinnen, Mütter-/Väterberatende, Kinder- und Jugendpsychologinnen und -psychologen und weitere. So konnten zusammen mit Fachpersonen verschiedener Richtung Empfehlungen erarbeitet werden zur Bewegung von Kleinkindern, zur Bewegung während

Als Beispiel eine der elf Empfehlungen (*Miapas*) betreffend Förderung der psychischen Gesundheit bei Kleinkindern:

Mit Kindern reden – Beziehungen herstellen

Beziehung herstellen bedeutet, miteinander reden, sich austauschen und Bedürfnisse mitteilen. Bei kleinen Kindern verhält es sich gleich, auch wenn sie sich zu Beginn noch nicht verbal ausdrücken können. Die Sprachentwicklung verläuft in der frühen Kindheit beeindruckend schnell. Selbst Säuglinge verstehen bereits verschiedene Facetten der Sprache.

Erwachsene unterstützen die kindliche Entwicklung, indem sie mit dem Kind sprechen und Gefühlszustände und Bedürfnisse, die es selbst noch nicht äussern kann, in Worte fassen. Mit der Zeit gelingt es dem Kind, eigene Worte zu finden. Bald entstehen lustige Plaudereien und Sprachspiele. Nach und nach werden alltägliche Gespräche und Dialoge möglich. Kinder und Erwachsene teilen sich einander verbal mit und stimmen so ihre Bedürfnisse und Anliegen aufeinander ab. Kinder fühlen sich auf diese Weise ernst genommen und Beziehungen vertiefen sich.

der Schwangerschaft, zur Ernährung und zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kleinkindern. Die Empfehlungen werden über die Berufsverbände verbreitet. Bei der Empfehlung zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kleinkindern handelt es sich um elf Empfehlungen, die sich am Alltag von Familien orientieren (Marie-Meierhofer-Institut & Gesundheitsförderung Schweiz, 2019).

MindMatters

MindMatters ist ein erprobtes, wissenschaftlich fundiertes Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen der Primarstufe und Sekundarstufe I und wird von der Schweizerischen Gesundheitsstiftung Radix³ umgesetzt. Es unterstützt Schulen bei der Förderung der psychischen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern sowie Lehrpersonen. *MindMatters* setzt auf unterschiedlichen Ebenen an, so etwa bei der Schulleitung, die auf die psychische Gesundheit sensibilisiert und darin unterstützt wird zu analysieren, wie die Rahmenbedingungen zur Förderung der psychischen Gesundheit (z. B. das Schulklima) verbessert werden können. Die Lehrpersonen werden ebenfalls angeleitet, das Potenzial zur Förderung der psychischen Gesundheit in ihrem Unterrichtsalltag zu erkennen und zu nutzen. Dazu stehen konkrete Unterrichtssequenzen und -materialien zur Verfügung.

Die Evaluationsergebnisse (Franze et al., 2007) zeigten, dass Schülerinnen und Schüler nach der Intervention mit *MindMatters* unter anderem den schulischen Beitrag zur Förderung der sozialen Kompetenz höher einschätzten als davor. Ausserdem berichteten Schülerinnen und Schüler über ein geringeres Mass an psychovegetativen Beschwerden, Schulstress, psychischen Belastungen durch die Schule, negativen Gefühlen, Betonung auf Leistung und Schulunlust.

chili

Das Projekt *chili* vom Schweizerischen Roten Kreuz lehrt Kinder, offen mit Konflikten umzugehen, und erweitert ihre Sozialkompetenz. Das Projekt zur Gewaltprävention wird mit Kindern im Kindergarten und mit Schülerinnen und Schülern der Unterstufe durchgeführt. Durch den Einbezug von Lehrkräften und Eltern wirkt sich das Projekt nicht nur positiv auf die Kinder aus, sondern auch auf ihr Umfeld. Evaluationsergebnisse (Messmer et al., 2013) zeigten, dass es wichtig ist, die Inhalte des Gewaltpräventions-Trainings an der Schule und im Unterricht immer wieder aufzugreifen, damit nachhaltige Effekte erzielt werden.

³ www.radix.ch

Polycymassnahmen

Unter Polycymassnahmen werden Massnahmen verstanden, die auf eine Verankerung der psychischen Gesundheit in verbindlichen nationalen, kantonalen oder kommunalen Bestimmungen abzielen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2019). Sie sind auf nachhaltige strukturelle Veränderungen mit grosser Reichweite ausgerichtet (Verhältnisprävention) und beziehen sich auf unterschiedliche Politikbereiche (Health in all policies). Dies geschieht über Gesetze, Verordnungen, Reglemente, Regierungsrichtlinien, kantonale Strategien und weitere verbindliche Bestimmungen.

Die in Abschnitt 9.2 auf nationaler Ebene erwähnten Strategien, Aktionspläne und Berichte haben Policy-Charakter. Auch auf kantonaler Ebene werden zahlreiche Polycymassnahmen umgesetzt. Beispiele im Bereich der Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz sind:

- Verankerung des Themas Psychische Gesundheit in den Lehrplänen der Berufsbildung (LU)
- Verankerung des Themas psychische Gesundheit in den Schulstrukturen: «Gesund zur guten Schule» (GR)
- Einbezug der Gesundheitsförderung in die Umsetzung des Jugendfördergesetzes respektive Ausformulierung von Verordnungen (OW)
- Aufnahme der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in die Legislaturziele des Kantons (SH, LU)

Vernetzungsaktivitäten

Im Themenfeld der psychischen Gesundheit existiert in der Schweiz seit 2011 das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz⁴. Es verbindet Organisationen, Institutionen und Unternehmen, die sich für die psychische Gesundheit engagieren. Die Grundlage des Netzwerks bildet ein Zusammenarbeitsvertrag zwischen dem Bund (BAG, BSV, SECO), den Kantonen (GDK) und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Ziel des Netzwerks ist es, Synergiemöglichkeiten unter den Akteuren sicht- und nutzbar zu machen, die Akteure zu stärken und die Wirksamkeit und Effizienz ihrer Massnahmen zu erhöhen. 240 von 315, das heisst also 76% der Mitgliederorganisationen, verorten sich im gesundheitsförderlichen und präventiven Bereich (Stand 01.01.2020).

Das Netzwerk vernetzt Akteure der psychischen Gesundheit über die gesamte Lebensspanne, widmete aber in den letzten Jahren auch zahlreiche Aktivitäten der Zielgruppe Kinder und Jugendliche. So organisierte das Netzwerk in den Jahren 2015 und 2017 die Tagungen «Kinder in familiären Belastungssituationen» mit. Diverse Fachtreffen

⁴ www.npg-rsp.ch

zu den Themen «Familie» (2013), «Schwierige Übergänge im Jugendalter: Wie können diese gelingen» oder zu «Bündnissen gegen Depression bei Kindern und Jugendlichen» (2015) fanden statt. Das Netzwerk besitzt und verwaltet ausserdem die Lizenz zu den «10 Schritten der psychischen Gesundheit». Bei dieser Kampagne existieren diverse Materialien spezifisch für Jugendliche.⁵

Öffentlichkeitsarbeit

In der Thematik der psychischen Gesundheit laufen seit 2018 zwei nationale Sensibilisierungskampagnen. Zum einen haben die Deutschschweizer Kantone zusammen mit Pro Mente Sana die Kampagne «Wie geht es Dir» weiterentwickelt.⁶ Kinder und Jugendliche sind zwar keine direkte Zielgruppe der Kampagne; da aber die Gesamtbevölkerung angesprochen wird, werden auch Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen direkt mit Botschaften zur Förderung der psychischen Gesundheit erreicht. Zum anderen haben die Kantone aus der lateinischen Schweiz mit der Coorasp (westschweizerische Koordinierung der Vereine für die psychische Gesundheit) die Kampagne «Santépsy.ch» lanciert. Auch diese Kampagne thematisiert Möglichkeiten, wie die eigene psychische Gesundheit unterstützt werden kann. Die zweite von drei Kampagnenetappen hat Jugendliche als primäre Zielgruppe definiert. Um diese adäquat ansprechen zu können, wurden in der Vorbereitung Fokusgruppen zur Thematik mit Jugendlichen durchgeführt (Class & Coraasp, 2019).

Unfallprävention

Verfasst von der Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu)

In den verschiedenen Altersgruppen der 0- bis 25-Jährigen gibt es unterschiedliche Unfallschwerpunkte. Entsprechend heterogen ist das Feld der verschiedenen Organisationen, die sich um die Unfallprävention kümmern. Gemäss ihrem gesetzlichen Auftrag kümmert sich die BFU, Beratungsstelle für Unfallverhütung, um die Prävention in allen Bereichen der Nichtberufsunfälle, also in Strassenverkehr, zu Hause, in der Freizeit und beim Sport.

Wo immer möglich wird angestrebt, Unfälle mit verhältnispräventiven Massnahmen zu verhindern. Beispiele hierfür: Bau von sicheren Kinderspielplätzen oder Freizeit- und Sportanlagen; Optimierung der Infrastruktur von Schulwegen, Routen und Pisten im Outdoorbereich; elektronische Überwachungssysteme gegen das

⁵ <https://www.npg-rsp.ch/de/projekte/10-schritte-fuer-psychische-gesundheit.html>

⁶ <https://www.wie-gehts-dir.ch/de/>

Ertrinken in öffentlichen Bäderanlagen und so weiter. Ergänzend dazu werden Massnahmen zur Verhaltensprävention angestrengt: Sie fokussieren auf das Individuum und wollen es sensibilisieren und zu sicherem Verhalten befähigen (im Bereich der Kleinkinder stehen hierfür in der Regel nicht die Kinder selber im Zentrum der Bemühungen, sondern ihre Eltern und Betreuungspersonen).

Hier einige Beispiele aus den verschiedenen Bereichen:

- Unfallprävention allgemein: Eltern/Betreuungspersonen erhalten z. B. mit der «BFU-Kinderpost» bis zum 8. Geburtstag ihres Kindes eine Broschüre mit konkreten Tipps zu allen Gefahren dieser Altersspanne kostenlos zugestellt. Der Abdeckungsgrad beläuft sich je nach regionalen Rahmenbedingungen zwischen 30% und 50%.
- Verkehrssicherheit
 - Ab Kindergarten- beziehungsweise Schuleintritt ist die Verkehrsbildung ein fester Bestandteil des Unterrichts, der durch die Verkehrsinstruktion der Polizei durchgeführt wird.
 - Fahrausbildung: Sowohl für die theoretische als auch für die praktische Ausbildung zum Erwerb eines Führerscheins (Roller, Motorräder, Personenwagen) werden von Fachorganisationen Grundlagen zum sicherheitsorientierten Fahrverhalten zur Verfügung gestellt mit dem Ziel, sich selber und die schwächeren Verkehrsteilnehmenden zu schützen.
 - Diverse Kampagnen tragen dazu bei, dass Motorfahrzeuglenkende die Sicherheit der Kinder nicht aus den Augen verlieren, z. B. Schulwegkampagnen jeweils zu Schulbeginn.
- Wassersicherheit: In Zusammenarbeit verschiedener Präventionsakteure wurde der WassersicherheitsCheck (WSC) entwickelt und etabliert. Ziel ist, Kindern bis zum Alter von 10 bis 12 Jahren ein Mindestlevel an Selbstrettungskompetenzen zu vermitteln. Der WSC ist mittlerweile in einigen Kantonen integrierter Bestandteil des Unterrichts.
- Sport und Bewegung: Ein wichtiges Ziel ist die Etablierung von Minimalstandards im geleiteten Turn- und Sportunterricht; zum Beispiel bei Jugend & Sport oder beim Sport in der Schule. Parallel dazu: die Aus- und Weiterbildung von Sportleitenden hinsichtlich einer verantwortungsvollen Leitung von Sportangeboten.

9.4 Ernährung und Bewegung

Eine ausgewogene Ernährung und regelmässige Bewegung sind als Schutzfaktoren für nichtübertragbare Krankheiten (NCD – Non-Communicable Diseases) bestens belegt (WHO, 2018). Beide Faktoren sind wichtig zur Vermeidung von Übergewicht und Adipositas, welche das Risiko für die Entwicklung einer NCD deutlich erhöhen und die Überlebenswahrscheinlichkeit vermindern (NCD-Strategie, 2016). Bewegung hat ausserdem unabhängig vom Körpergewicht einen protektiven Einfluss auf die Entwicklung von NCD (Niess & Thiel, 2018).

Kantonale Aktionsprogramme Ernährung und Bewegung

Seit 2007 unterstützt Gesundheitsförderung Schweiz Kantone in der Umsetzung von kantonalen Aktionsprogrammen zur Bewegungsförderung und der Förderung einer ausgewogenen Ernährung. Wie unter Abschnitt 9.2 beschrieben, ist den Aktionsprogrammen gemeinsam, dass sie Massnahmen auf vier Ebenen (Intervention, Policy, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit) umsetzen sowie gemeinsame Ziele verfolgen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2016). Im Bereich Ernährung und Bewegung handelt es sich um folgende Ziele:

- Der öffentliche Raum ist so gestaltet, dass er Kindern und Jugendlichen ausreichende Bewegungsmöglichkeiten bietet.
- Das vorschulische, schulische und schulergänzende/ausserschulische Umfeld ist so gestaltet, dass es eine ausgewogene Ernährung⁷ und ausreichende Bewegung⁸ von Kindern und Jugendlichen begünstigt.
- Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen haben niederschweligen Zugang zu Beratungs-/ Unterstützungsangeboten im Bereich Ernährung und Bewegung.
- Die sozialen und strukturellen Rahmenbedingungen im Kanton und in den Gemeinden sowie in den schulischen, vorschulischen und schulergänzenden/ ausserschulischen Einrichtungen sind so gestaltet, dass sie eine ausgewogene Ernährung und angemessene Bewegung von Kindern und Jugendlichen fördern.
- Die primären Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen werden mit wirksamen Massnahmen erreicht, die sie darin unterstützen, eine ausgewogene Ernährung und angemessene Bewegung bei Kindern und Jugendlichen zu fördern.
- Kinder und Jugendliche werden mit wirksamen Massnahmen erreicht, welche ihr Wissen, ihre Kompetenzen und ihre Einstellung bezüglich ausgewogener Ernährung und ausreichender Bewegung fördern.

⁷ Entsprechend der nationalen Ernährungsempfehlungen, Schweizerische Gesellschaft für Ernährung, 2011

⁸ Entsprechend der nationalen Bewegungsempfehlungen, Bundesamt für Sport, BASPO, 2013

Jeder Kanton entscheidet individuell, welche Ziele er mit welchen Massnahmen umsetzen möchte. Kantonale Gegebenheiten können somit berücksichtigt und aufgenommen werden.

Die kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung der Bewegung und einer gesunden Ernährung sind stark verbreitet, gut etabliert und verankert. Von Beginn an setzten die sechs Pionier-Kantone, St. Gallen, Jura, Neuenburg, Basel-Stadt, Zug und Luzern Programme bei Kindern und Jugendlichen um. Über zwölf Jahre später, das heisst 2019, realisierten 22 von 26 Kantonen ein kantonales Programm mit der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen (Ausnahmen bilden AI, AR, GL, SZ).

Die kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung der Bewegung und einer gesunden Ernährung sind stark verbreitet, gut etabliert und verankert.

Die Fokussierung der kantonalen Aktivitäten auf die Lebensphase der frühen Kindheit erfolgte vor circa acht Jahren: Für die zweite Programmphase knüpfte Gesundheitsförderung Schweiz die Unterstützung der kantonalen Programme an die Bedingung, Massnahmen in der frühen Kindheit umzusetzen. In den folgenden Jahren ging der Anteil übergewichtiger Kinder vor allem im Kindergartenalter im Vergleich zu älteren Kindern zurück (siehe Kapitel Chronische Krankheiten und Behinderungen). In den letzten Jahren (seit der 3. Programmphase) setzten die Kantone vermehrt auf Projekte mit nachgewiesener Wirkung (Fässler et al, 2018).

Interventionen

Mehr noch als bei andern ist bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen wichtig, die beiden Themengebiete Bewegung und Ernährung zu kombinieren (Steiger, 2018). Verhaltensorientierte Interventionen, die beides kombinieren, zeigen die konsistentesten Effekte für ein gesundes Körpergewicht. Weiter zeigt sich, dass Interventionen, die von der Schule ausgehen, bei der entsprechenden Altersgruppe am wirkungsvollsten sind (Bleich, 2013). Die folgenden Interventionen dienen als *Beispiele* für wirkungsvolle Interventionen in den Bereichen Bewegung und Ernährung.

Mamamundo

*Mamamundo*⁹ ist ein Geburtsvorbereitungskurs für Schwangere mit Migrationshintergrund und mangelnden Sprachkenntnissen. Der gleichnamige Verein ist eigenständig und verfolgt ausschliesslich gemeinnützige Zwecke. Zum Angebot gehören Körperarbeit für die Stärkung von körperlichem und psychischem Wohlbefinden, Stärkung der Gesundheitskompetenz, Austausch zur Ernährung in der Schwangerschaft, enge Zusammenarbeit zwischen Sozialdiensten, Asylzentren, geschulten interkulturell Dolmetschenden und Kursleitenden. Es wird stark körperzentriert gearbeitet; die Sequenzen werden durch interkulturell Dolmetschende begleitet und in die jeweilige Sprache übersetzt. Zusätzlich werden allgemeine Informationen zum Gesundheitswesen und zu weiterführenden Angeboten in der Schweiz vermittelt.

Die Kursevaluationen zeigen auf, dass die Teilnehmerinnen gestärkt durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gehen und Fachpersonen dadurch entlastet werden. Seit 2012 ist das Angebot stetig gewachsen. 2018 konnten im Kanton Bern 143 Frauen von einem Kurs profitieren, dies an den Standorten Biel und Bern und in zehn verschiedenen Sprachen. Das Angebot ist lizenziert und wird seit 2018 auch an der Universitätsklinik Basel und am Kantonsspital Luzern angeboten.

Senso5

*Senso5*¹⁰ bietet einen genussvollen Zugang zum Thema Ernährung an. Das Unterrichtsmaterial von *Senso5* für Schulen wird heute im Kanton Wallis als offizielles Lehrmittel für die Ernährungslehre gemäss den Vorgaben des Westschweizer Lehrplans (PER) eingesetzt. Seine Verbreitung gehört zu den Prioritäten des kantonalen Aktionsplans im Bereich Gesundheit. Der *Senso5*-Ansatz bezweckt:

- eine nicht stigmatisierende Ernährungslehre auszuarbeiten, die von den fünf Sinnen und vom Genuss ausgeht;
- Lehrmittel für eine multisensorische Ernährungsbildung anzubieten, die in verschiedenen Schulfächern eingesetzt werden können;
- im Unterricht verschiedene Nahrungsmittel vorzustellen und zu probieren.

Wie Evaluationen dieses Programms zeigen, schafft die Ernährungslehre anhand eines sensorischen Ansatzes bei kleinen Kindern einen echten Mehrwert, darunter die Entwicklung spezifischer, im Umgang mit der Ernährung nützlicher Fähigkeiten: Aufbau von sensorischem Vokabular, Ernährungswissen, Aufgeschlossenheit gegenüber der

⁹ www.mamamundo.ch

¹⁰ www.senso5.ch

Vielfalt der Lebensmittel sowie Sensibilisierung für unterschiedliche Ernährungshaltungen. Nebst dem *Senso5*-Projektbericht (Clerc-Bérod, Hugo & Luisier, 2012) kam auch eine kürzlich in der Zeitschrift *Public Health Nutrition* veröffentlichte finnische Studie über Kinder im Alter von drei bis fünf Jahren zu diesem Resultat (Kähkönen, Rönkä, Hujo & Lyytikäinen, 2018).

Purzelbaum

*Purzelbaum*¹¹ verankert mit einfachen und praxisnahen Mitteln vielseitige Bewegung, ausgewogene Ernährung und ressourcenstärkende Angebote im Alltag von Primarschulen, Kindergärten sowie Kindertagesstätten und Spielgruppen. Das ursprüngliche Projekt aus dem Kanton Basel-Stadt wurde 2009 von RADIX übernommen, weiterentwickelt und multipliziert. Heute wird es bereits in 21 Kantonen von kantonalen Fachstellen in Zusammenarbeit mit *Purzelbaum*^{Schweiz} umgesetzt. Kantonale Weiterbildungen werden dabei durch nationale Treffen, sprachregionale Tagungen und praxisnahe Weiterbildungsangebote ergänzt. Dies kann somit als eine erfolgreiche Multiplikation eines Vorzeigeprojektes bezeichnet werden, mit welchem täglich rund 59 000 Kinder erreicht werden.

In einem gemeinsamen Forschungsprojekt haben die Universität Basel zusammen mit den Pädagogischen Hochschulen Schwyz und Zürich die motorischen Basiskompetenzen¹² von 4- bis 6-jährigen Kindern untersucht (Kühnis, Ferrari, Fahrni & Herrmann, 2018; Herrmann, Seelig, Ferrari & Kühnis, 2019). Diese Studie war schweizweit die erste, die Unterschiede in den motorischen Leistungsdispositionen untersuchte, und zwar mit dem neu entwickelten MOBAK-KG-Testinstrument. Sie zeigte auf, dass Kinder, die einen *Purzelbaum*-Kindergarten besuchten, signifikant bessere motorische Basiskompetenzen aufzeigten als Kinder, die einen Regelkindergarten besuchten.

GORILLA

GORILLA ist das mehrfach ausgezeichnete nationale Programm zur Gesundheitsförderung der Schtifti Foundation. Es motiviert Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 9 bis 25 Jahren, sich ausreichend zu bewegen, ausgewogen zu ernähren und bewusst zu konsumieren. *GORILLA*-Botschaftinnen und -botschafter zeigen den Jugendlichen im Rahmen von Tages-Workshops die Basics verschiedener Freestylesportarten wie Breakdance, Skateboard und Biken. Ernährungsprofis betreuen das Znüni- und Lunch-Bufferet

¹¹ www.purzelbaum.ch

¹² Motorische Basiskompetenzen sind funktionale Leistungsdispositionen, die gewährleisten, dass Kinder an der Sport- und Bewegungskultur teilnehmen können. Daher nimmt die Förderung motorischer Basiskompetenzen bei jüngeren Kindern eine bedeutende Rolle ein.

und erklären die Wichtigkeit und Grundzüge einer gesunden und nachhaltigen Ernährung anhand der Lebensmittelpyramide. Um den Schulalltag möglichst gesund zu gestalten, hat *GORILLA* 2016 ein Schulprogramm entwickelt. Dieses bietet den Lehrpersonen fixfertige Unterrichtsmaterialien an zu den Themen Bewegung, Ernährung und nachhaltiger Konsum. Neben der Schule ist *GORILLA* auch in der Freizeit in Kontakt mit den Jugendlichen. Mit Video-Anleitungen auf www.gorilla.ch, dem Kochbüchlein und auf Social Media begleitet *GORILLA* die Zielgruppe mit Tipps und Inspirationen. *GORILLA* zeigt für verschiedene Aspekte, zum Beispiel den Konsum von Energydrinks, positive Ergebnisse.

Policymassnahmen

Zahlreiche Massnahmen zielen auf die Verankerung des Themenbereichs Ernährung und Bewegung bei Kindern und Jugendlichen in verbindlichen nationalen, kantonalen oder kommunalen Bestimmungen. Beispiele dazu sind:

- Einbezug der Bewegungsförderung und der Förderung einer ausgewogenen Ernährung bei Kindern und Jugendlichen in ein neues oder zu überarbeitendes kantonales Gesundheitsförderungskonzept (SH, SG)
- Integration der Themen Ernährung und Bewegung in den Aufgabenkatalog der kantonal finanzierten Zahnpflegeinstruktorinnen (TG)

Erfolgsgeschichte einer Policymassnahme: die Schulzahnpflege

In der Schweiz lernt jedes Kind in der Schule, wie es am besten und effektivsten seine Zähne putzt. Dies war nicht immer so. Erst seit circa 50 Jahren sind die sogenannten «Zahnfeen», «Zahnhexen» oder «Zahnputzfrauen» in den Schulen unterwegs – die offizielle Bezeichnung ist übrigens Schulzahnpflege-Instruktorin (SZPI).

Die präventive Verhaltensweise des Zähneputzens ist essentiell für eine gute Mundgesundheit. Dank eines Forschungsprojektes von Prof. Dr. Thomas Marthaler – ein Pionier der zahnmedizinischen Prophylaxe – an der Universität Zürich wurde der präventive Charakter dieser Massnahme untersucht und die Wirksamkeit mit Zahlen belegt: Der Kariesbefall von Kinderzähnen ging in Zürich um 90% (!) zurück dank der Besuche der Schulzahnpflege-Instruktorinnen (Menghini & Steiner, 2007). Die Wirkung liess sich bis ins Erwachsenenalter nachweisen. Diese Zürcher Erfolgsgeschichte verbreitete sich rasant, so dass auch andere Kantone für diese präventive Massnahme in ihren Schulen kantonale Verordnungen erliessen.

Heute existieren in allen Kantonen Gesetze, Verordnungen oder Erlasse, die verbindliche Vorschriften für die Schulzahnpflege vorschreiben. Die Stiftung für Schulzahnpflege-Instruktorinnen (SZPI) betreut, koordiniert und schult die rund

1000 SZPI, die sich für die Zahnpflege in der Schweiz engagieren. So hat sich die Zahnpflege etabliert und gesunde, gepflegte Zähne werden heute als selbstverständlich angesehen.

Die Besuche der Zahninstructorinnen dienen nebst dem Erlernen des konkreten Zähneputzens auch der Auseinandersetzung mit weiteren Gesundheitsinformationen betreffend Mundgesundheit, wie zum Beispiel Ernährung, Zungenpiercings und so weiter. So können Gesundheitskompetenzen von Kindern kontinuierlich gestärkt werden.

Vernetzungsaktivitäten

Die Vernetzung im Bereich der Gesundheitsförderung zu Ernährung und Bewegung geschieht auf unterschiedlichen Niveaus. Auf regionaler Ebene sind die Plattformen in der Zentralschweiz und der Ostschweiz sehr etabliert. In der Romandie läuft die Zusammenarbeit zwischen den lateinischen Kantonen über die Commission de Prévention et de Promotion de la Santé (CPPS). Auch innerhalb der Kantone finden diverse Vernetzungsaktivitäten statt. Ein interessantes Beispiel ist die Bildung von *Förderketten*. Um Lebensphasen-Übergänge möglichst problemlos gestalten zu können, ist es wichtig, eine gewisse Kontinuität und vor allem Lückenlosigkeit in der Förderung zu gewährleisten. Dazu werden sogenannte Förderketten gebildet. In jeder Lebensphase sind andere Akteure für die Kinder und ihre Familien/Bezugspersonen zuständig (z. B. während der Schwangerschaft Gynäkologinnen und Gynäkologen, während dem Wochenbett Hebammen, während der frühen Kindheit Mütter-Väter-Beraterinnen und Kinderkrippen-Mitarbeitende, usw.). Besonders wichtig ist das Thema der Förderketten bei Familien mit Migrationshintergrund, da die Zusammenarbeit mit Fachpersonen über interkulturelle Vermittelnde abläuft. Muss die Zusammenarbeit mit den interkulturellen Vermittelnden nicht bei jeder Lebensphase neu aufgebaut werden, ist die Förderung erfolgsversprechender. Einige Kantone sind daran, solche Förderketten auf- beziehungsweise auszubauen. Das Konzept ist im Kanton Bern schon relativ erfolgreich etabliert.

Auf nationaler Ebene geschieht die Vernetzung thematisch in Netzwerken, die von nationalen Trägern finanziert werden. Das Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz hepa.ch (health enhancing physical activity) ist ein Zusammenschluss von Organisationen, Institutionen und Unternehmen, die sich schweizweit auf nationaler, kantonaler oder lokaler Ebene für die Gesundheitsförderung durch Bewegung und Sport einsetzen.

Der schon erwähnte Aktionsplan zur Schweizer Ernährungsstrategie enthält Massnahmen, um die Menschen in der Schweiz bei der Wahl eines gesunden Lebensstils und einer ausgewogenen Ernährung zu unterstützen. Verschiedene Akteure aus der Lebensmittelwirtschaft, aus Nichtregierungs- und Konsumentenorganisationen, Bundesämtern,

Kantone sowie aus Bildungs- und Forschungsinstitutionen arbeiten gemeinsam an der Umsetzung. Im Rahmen des jährlich stattfindenden «Forum Ernährungsstrategie» können sich die Akteure über Aktivitäten und Erfahrungen austauschen. Das Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) koordiniert die Aktivitäten und prüft alljährlich die Fortschritte in der Umsetzung des Aktionsplans.

Öffentlichkeitsarbeit

Verschiedene Kantone haben in den letzten Jahren Kampagnen zur Förderung regelmässiger Bewegung und einer ausgewogenen Ernährung bei Kindern und Jugendlichen lanciert. Der Kanton Graubünden zeigt mit seinem Programm «Bisch fit?» eindrucksvoll, wie dies auf unterschiedlichen Ebenen geschehen kann. Die Kommunikation läuft hier rund um die Webseite <https://bischfit.ch/> und über zielgruppenorientierte Kommunikationsmittel (wie z. B. Broschüren, Flyer, usw.) zur Sensibilisierung und Information.

9.5 Sucht

Suchtprävention will den Konsumeinstieg verhindern, hinauszögern, zum Konsumausstieg anregen und die negativen Auswirkungen des Konsums bzw. der Abhängigkeit verringern (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011). Diese Ziele gelten nicht nur im Bereich legaler oder auch illegaler Substanzen wie Tabak, Alkohol und Arzneimittel, sondern auch für Verhaltensweisen, die zu einer Abhängigkeit führen können, wie z. B. Geldspiele.

Im Jugendalter ist Suchtprävention besonders entscheidend. Eine Reihe von verhaltenensorientierten und strukturellen Massnahmen stehen im Vordergrund – einerseits Massnahmen, welche die Kompetenzen Jugendlicher stärken und sie unterstützen, nicht in den Konsum einzusteigen oder risikoarm zu konsumieren; andererseits Massnahmen, die über die Entwicklung gesellschaftlicher Normen oder gesetzlicher Vorschriften zum Jugendschutz beitragen (Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik, 2018). Prävention bei Jugendlichen findet in verschiedenen Settings statt, darunter Schule, Arbeitsstelle, Familie, Freizeit und auf Gemeindeebene.

Psychische Gesundheit und Sucht sind im Allgemeinen eng miteinander verbunden, und die Wechselwirkungen zwischen dem Substanzkonsum und der psychischen Gesundheit sind oft komplex. Aus Präventionssicht tragen deshalb sämtliche Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit auch zur Suchtprävention bei.

Im Jugendalter ist Suchtprävention besonders entscheidend. Eine Reihe von verhaltensorientierten und von strukturellen Massnahmen stehen im Vordergrund.

Die folgenden Ausführungen befassen sich ausschliesslich mit Massnahmen der Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen ab dem schulpflichtigen Alter. Die Suchtprävention im Vorschulalter ist vornehmlich auf den Aufbau der Lebenskompetenzen ausgerichtet und gehört damit eher zur Förderung der psychischen Gesundheit (siehe Abschnitt 9.3).

Kantonale Präventionsprogramme

In zahlreichen Kantonen wird die Suchtprävention mithilfe von kantonalen Tabakpräventionsprogrammen, kantonalen Aktionsplänen Alkohol und/oder durch Suchtpräventionspläne oder -strategien organisiert. Tabakpräventionsprogramme werden zum Beispiel durch den Tabakpräventionsfonds unterstützt. Im Jahr 2020 verfügen 12 Kantone über ein solches Programm.

Verhaltensprävention

In der Schweiz wird eine Vielzahl von Projekten zur Suchtprävention bei Jugendlichen durchgeführt. Einige sind auf eine spezifische Substanz oder Verhaltensweise ausgerichtet (Alkohol, Tabak, Geldspiel usw.), andere befassen sich mit dem Thema Sucht – mit oder ohne Substanzbezug – im Allgemeinen, wobei der Schwerpunkt auf der Stärkung der Lebenskompetenzen liegt.

Methodische Evaluationen von Präventionsprojekten und -massnahmen und deren Wirksamkeit sind relativ selten. Oft ist es schwierig, die Wirkung einer Massnahme isoliert zu beurteilen. Die in diesem Kapitel vorgestellten Projekte wurden einer Evaluation unterzogen und ihre Wirksamkeit ist belegt.

Cool and clean

«Cool and clean»¹³ ist das nationale Präventionsprogramm von Swiss Olympic, dem BASPO und dem BAG für einen erfolgreichen, fairen und sauberen Sport. Im Rahmen dieses Projekts werden Betreuungspersonen von Kindern und Jugendlichen im Alter von

¹³ www.coolandclean.ch

10 bis 20 Jahren Hilfsmittel zur Verfügung gestellt, damit sie die Lebenskompetenzen junger Sportlerinnen und Sportler stärken, gefährdende Entwicklungen frühzeitig erkennen und angemessen reagieren können. Das Programm baut auf sechs sogenannten Commitments auf, darunter der Verzicht auf Doping, Tabak und Cannabis sowie ein massvoller Alkoholkonsum. Ausserdem werden Veranstalter von Sportanlässen bei der Umsetzung der Jugendschutzvorschriften und der Massnahmen zum Schutz vor Passivrauchen unterstützt.

Das Programm wurde zwischen 2007 und 2015 evaluiert (Wicki, Stucki, & Marmet, 2015). Es erweist sich als wirksam insbesondere in der Stärkung der Lebenskompetenzen der Jugendlichen.

Experiment Nichtrauchen

«Experiment Nichtrauchen» ist ein Wettbewerb für Klassen des 6. bis 9. Schuljahres. Im Rahmen dieses Projekts, das von der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz durchgeführt wird, verpflichten sich die teilnehmenden Klassen, mindestens während der Dauer des Wettbewerbs nicht zu rauchen. Klassen, die während des ganzen Wettbewerbs rauchfrei bleiben, werden belohnt.

Eine Evaluation des Projekts zeigt, dass die Teilnahme am «Experiment Nichtrauchen» langfristig positive Auswirkungen auf den Tabakkonsum hat (Stucki, Archimi, Kuntsche, 2017).

Prev@WORK

*Prev@WORK*¹⁴ ist ein Projekt, das Suchtprävention und Förderung der psychischen Gesundheit vereint und sich an junge Erwachsene in der Berufsausbildung richtet. Es umfasst zwei Seminare, die im Abstand von einigen Monaten in der Schule oder beim Arbeitgeber durchgeführt werden. Die Lernenden werden durch partizipative Methoden für das Risikomanagement mit süchtig machenden Substanzen und Verhaltensweisen sowie für den Umgang mit Stress sensibilisiert. Sie können ihr Konsumverhalten und die Zusammenhänge zwischen psychischen Problemen und Konsum reflektieren und Alternativen entwickeln. Das seit über zehn Jahren in Deutschland erprobte und evaluierte Projekt *Prev@WORK* wurde von Sucht Schweiz und Perspektive Thurgau gemeinsam mit der Berliner Fachstelle für Suchtprävention für die Schweiz angepasst (Evaluation durch die Gesellschaft für Statistik und Evaluation StatEval, 2012).

¹⁴ <https://www.suchtschweiz.ch/betriebe/prevwork/>

Strukturelle Prävention

Strukturelle Präventionsmassnahmen streben eine Veränderung der äusseren Rahmenbedingungen an. In der Suchtprävention zählen dazu zum Beispiel Initiativen zur Beeinflussung gesellschaftlicher Normen oder gesetzgeberische Massnahmen, die auf die Verringerung der Attraktivität beziehungsweise der Verfügbarkeit einer Substanz oder einer Verhaltensweise abzielen. Strukturelle Präventionsmassnahmen sind zwar mitunter unbeliebt, gelten aber im Allgemeinen als wirksam und kostengünstig in der Umsetzung (Babor et al., 2010).

Es gibt viele strukturelle Massnahmen im Suchtbereich, deren Wirksamkeit erwiesen ist: Preispolitik, Beschränkung von Werbung und Sponsoring, Jugendschutzmassnahmen, verkürzte Ladenöffnungszeiten, Regelungen zu Alkohol am Steuer und so weiter.

Altersbeschränkungen und Testkäufe

Eine der wichtigsten Jugendschutzmassnahmen ist die Altersbeschränkung für die Abgabe von Alkohol und Tabak an Jugendliche. Um die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zu überprüfen, werden in allen Kantonen Alkoholtestkäufe durchgeführt.¹⁵ Diese Kontrollen dienen auch der Sensibilisierung und Unterstützung des Verkaufspersonals, das für die Alterskontrolle zuständig ist.

Eine Evaluation ergab, dass die Alkoholverkaufsrate sinkt, wenn die Alkoholtestkäufe über mehrere Jahre hinweg wiederholt werden (Stucki, Scheuber, Tichelli & Rihs-Middle, 2009). Damit spielt diese Massnahme für den Jugendschutz eine wichtige Rolle.

Nachtregime

Einige Kantone¹⁶ haben gesetzliche Bestimmungen erlassen, die den Verkauf und/oder den Konsum von Alkohol zu bestimmten Zeiten und Anlässen verbieten oder einschränken. Im Kanton Waadt zum Beispiel ist der Verkauf von Alkohol «über die Gasse» zwischen 21 und 6 Uhr verboten.

Seit dem Inkrafttreten dieser Verordnung ist die Zahl der Jugendlichen, die mit Alkoholvergiftungen auf der Notfallstation landen, in den Kantonen Waadt und Genf deutlich gesunken (Wicki, Gmel, Kuendig, Schneider, Bertholet, & Faouzi, 2018; Gmel, & Wicki, 2010).

¹⁵ Die Liste der Kantone ist verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-zur-alkoholpraevention/alkoholpraevention-kantone/testkaeufe.html>

¹⁶ Die Liste der Kantone ist verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-zur-alkoholpraevention/alkoholpraevention-kantone/zeitliche-einschraenkungen.html>

Preisfestsetzung

Die Beeinflussung des Preises eines Produktes wie Tabak oder Alkohol ist eine wirksame strukturelle Präventionsmassnahme. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2019) ist die Erhöhung der Tabaksteuern eine der wirksamsten Massnahmen, um die Raucherentwöhnung zu fördern und junge Menschen davon abzuhalten, mit dem Rauchen zu beginnen. Damit die Nachfrage nach einem Produkt zurückgeht, müssen die Verbraucher den Preisanstieg jedoch spüren. So reduziert eine 10%ige Erhöhung des Verkaufspreises die Nachfrage um durchschnittlich 4%.

Risikominderung bei Festen und Events

Mehrere kantonale Präventionsstellen bieten Labels oder Chartas für die Veranstalter von Festivals oder Events an. Diese beinhalten ein Konzept für das Risikomanagement und die Risikominderung im Partybereich. Die Veranstalter verpflichten sich, bestimmte Präventions- und Sicherheitsmassnahmen umzusetzen, z. B. die Schulung des Barpersonals, das Verteilen von Armbändern, die das Alter der Besucherinnen und Besucher angeben, das Bereitstellen von kostenlosem Trinkwasser oder das Einsetzen von Mitteln, die alkoholfreie Getränke attraktiver machen.

Vernetzungsaktivitäten

Im Bereich Suchtprävention sind eine Vielzahl von staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren auf nationaler, kantonaler und kommunaler Ebene tätig. Die grosse Zahl ist unter anderem auf die geschichtliche Entwicklung der Strukturen, die Themenvielfalt und die unterschiedlichen Finanzierungsformen zurückzuführen. Dementsprechend sind auch die Vernetzungsaktivitäten vielfältig und auf verschiedenen Ebenen angesiedelt.

Auf nationaler Ebene organisiert das Bundesamt für Gesundheit regelmässig Stakeholdertreffen für die beiden Nationalen Strategien zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten und Sucht. Die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz (AT) führt zudem regelmässig Seminare für die Akteure im Bereich der Tabakprävention durch.

Auf interkantonaler Ebene bieten der Fachverband Sucht für die Deutschschweiz, Ticino Addiction für die Italienisch sprechende Schweiz und GREA (Groupement romand d'étude des addictions) für die Westschweiz regelmässig Plattformen zu spezifischen Suchtthemen an. Diese Plattformen führen die Akteure aus dem Präventionsbereich sowie Fachleute aus anderen Disziplinen zusammen. Daneben existieren weitere Netzwerke in den Kantonen und in bestimmten Regionen.

Öffentlichkeitsarbeit

Sensibilisierungskampagnen für die breite Öffentlichkeit sind verhaltenspräventive Massnahmen und müssen in der Regel mit weiteren Suchtpräventionsmassnahmen kombiniert werden, damit sie zweckdienlich und effizient sind.

Die meisten Sensibilisierungskampagnen zum Thema Sucht richten sich an die gesamte Bevölkerung. Ein Beispiel ist die vom Bundesamt für Gesundheit, den Kantonen und verschiedenen NGOs lancierte und vom Tabakpräventionsfonds unterstützte Präventionskampagne «Smokefree. Ich bin stärker»¹⁷, die von 2015 bis 2018 durchgeführt wurde. Das Hauptziel dieser Kampagne bestand darin, Rauchende, die einen Rauchstopp anstrebten, zu motivieren und zu unterstützen. Ein anderes Beispiel ist die im Jahr 2018 von 16 Deutschschweizer Kantonen durchgeführte Kampagne zur Sensibilisierung für Spielsucht bei Sportwetten.¹⁸ Videoclips machten auf die Risiken von Sportwetten im Fussball aufmerksam.

Einige Kampagnen richten sich speziell an Jugendliche. So etwa die 2019 durchgeführte Kampagne der Stadt Lausanne¹⁹ zur Sensibilisierung junger Menschen für die Risiken des Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsums. In dieser Präventionskampagne wurden die Jugendlichen mit Plakaten in der Stadt und mit Videos in den sozialen Netzwerken angesprochen.

9.6 Sexuelle Gesundheit

Gesundheit im Bereich der Sexualität ist bedeutsam sowohl für körperliche wie für psychische Gesundheit; sie beeinflusst das Wohlbefinden und die Lebensqualität entscheidend mit. Die sexuelle Entwicklung startet vor der Geburt, beispielsweise mit der Herausbildung der Nervenbahnen für Sinnesorgane und Empfindungen. Und sie umfasst mehrere Dimensionen, wobei je nach Alter biologische, soziale, psychologische, kognitive, affektive, sinnliche, kulturelle, moralische oder spirituelle Entwicklungsaspekte im Vordergrund stehen (Expertenbericht Sexualaufklärung, 2017). Entsprechend fordern internationale Abkommen eine «ganzheitliche» Sexualaufklärung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene; das heisst eine Sexualaufklärung, welche nicht nur auf den Schutz vor gesundheitlichen Risiken fokussiert, sondern auch die gesunde Entwicklung fördert (Bericht des Bundesrats, 2018). Die Schweiz unterstützt die entsprechenden internationalen Abkommen.

¹⁷ www.smokefree.ch

¹⁸ www.sos-spielsucht.ch

¹⁹ 13-17.ch

Interventionen und Vernetzung

Die Eltern sind die ersten und primären Verantwortlichen für die sexuelle Entwicklung ihrer Kinder. Einzelne Kantone, spezialisierte Nichtregierungsorganisationen – wie die Stiftung Sexuelle Gesundheit Schweiz – und regionale Fachstellen der Sexualpädagogik unterstützen Eltern in ihrer Aufgabe mit Elternbildung, Informationen und Beratungen. Ergänzend zu den Eltern tragen die Kantone die Verantwortung für die schulische Sexuaufklärung. Die drei überregionalen Lehrpläne der Schweiz²⁰ beschreiben die Inhalte der Sexuaufklärung in den Schulen (Lehrplan 21, Plan d'études romand, und Piano di studio). Zur Sexuaufklärung entwickelte sich von Beginn an, das heisst seit Anfang des 20. Jahrhunderts auch eine öffentliche Debatte. Diese dreht sich vorwiegend um die Werte, welche die Sexuaufklärung vermitteln soll, und sie dauert bis heute an (Ruckstuhl, 2018). Nebst den Eltern und Schulen tragen eine Vielzahl von weiteren Akteuren und Angeboten zur Sexuaufklärung bei. Gemäss einer aktuellen Studie spielen auch Gleichaltrige und das Internet eine wichtige Rolle als Informationsquelle (Barrense-Dias et al, 2019). Weiter werden Jugendliche und junge Erwachsene in individuellen Beratungen auf Fachstellen der sexuellen Gesundheit und in Beratungen durch Ärztinnen und Ärzte aus der Adoleszentenmedizin, Gynäkologie, Psychiatrie usw. in ihrer sexuellen Entwicklung unterstützt. Auch kommerzielle Medien sprechen mit Inhalten aus dem Themenbereich Sexualität junge Menschen an.

Die Stiftung Sexuelle Gesundheit Schweiz vernetzt die Fachstellen der sexuellen Bildung und Beratung der ganzen Schweiz. Die Vernetzung mit und unter den schulischen sowie mit den weiteren Akteuren ist jedoch eine Herausforderung. In der Romandie sind die verschiedenen Akteure besser vernetzt als in der Deutschschweiz (Expertenbericht Sexuaufklärung, 2017).

Das Angebot im Bereich der Sexuaufklärung ist vielfältig und je nach Landesregion unterschiedlich. Eine Übersicht mit Fokus auf die schulische Sexuaufklärung liefert der Expertenbericht von 2017 (Expertenbericht Sexuaufklärung, 2017). Daraus seien hier die überregionalen Regelstrukturen sowie ergänzende Internet- und Peer-Angebote erwähnt:

- Die Volksschulen vermitteln eine stufengerechte Sexuaufklärung. In allen drei sprachregionalen Lehrplänen lassen sich die Inhalte zur sexuellen Gesundheit in folgende Kategorien zusammenfassen: Körper und Sexualverhalten, sexuelle und reproduktive Gesundheit – das heisst Schwangerschaft und Verhütung, Geburt, Elternschaft, Schwangerschaftsabbruch, HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen sowie Schutz vor Infektionen – Freundschaft, Liebe, Lust, Beziehungen, Partnerschaft, Gender, sexuelle Identitäten und Orientierung, Prävention von sexueller Gewalt, Gesellschaft und Medien.

²⁰ «Lehrplan 21» <https://www.lehrplan21.ch/> (Zugriff am 30.9.2019), «Plan d'études romand» <https://www.plandetudes.ch/> (Zugriff am 30.9.2019) und «Piano di studio» <https://scuolalab.edu.ti.ch/temieprogetti/pds> (Zugriff am 30.9.2019)

- Die Umsetzung der Lehrpläne erfolgt unterschiedlich: in der Romandie durch spezifisch ausgebildete Fachpersonen (in Sexualpädagogik), in der Deutschschweiz und im Tessin durch Lehrpersonen, welche teilweise sexualpädagogisch ausgebildete Fachpersonen von schulergänzenden externen Fachstellen beziehen können.
- Für die deutsch- und französischsprechenden Jugendlichen gibt es Webseiten mit jugendgerechten Informationen zu Fragen der Sexualität: www.lilli.ch, www.tschau.ch, www.feelok.ch und www.ciao.ch.
- In der Deutschschweiz und in der Romandie existieren mehrere Peer-Projekte, das heisst Angebote von jungen Menschen für junge Menschen zur Sexualaufklärung. Beispiele sind «Georgette in Love» (Waadt), «du bist du» (Deutschschweiz), «ABQ» (Bern), «Achtung Liebe» (Basel, Bern, Zürich).

Weiter seien schulergänzende Angebote auf schweizerischer und kantonaler Ebene erwähnt, zu welchen Untersuchungen zur Wirkung vorliegen beziehungsweise in Erarbeitung sind:

- Evaluationen des nationalen Programms «Herzprung – Freundschaft, Liebe und Sexualität ohne Gewalt» beziehungsweise «Sortir Ensemble et Se Respecter» zur Gewaltprävention und Kompetenzerweiterung in jugendlichen Paarbeziehungen zeigen viele Qualitäten des Programms auf, orten aber auch Verbesserungspotenzial (Haab Zehrê 2015, Minore 2016). Entsprechend wurde «Herzprung» 2017 weiterentwickelt. Zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Gesundheitsberichts läuft eine nationale Evaluation von «Herzprung» und «Sortir Ensemble et Se Respecter»; die Publikation des Berichts ist per Ende August 2020 geplant.
- Eine Evaluation von 2018 zu einem schulergänzenden Angebot der Stiftung Berner Gesundheit zeigt eine positive Wirkung. Gemäss der Befragung der Jugendlichen führt die schulergänzende Sexualaufklärung zu einem verantwortungsbewussteren, sichereren und selbstbestimmteren Umgang mit Sexualität. Die Befragung der Lehrpersonen zeigt, dass sie direkt im Schulalltag eine positive Wirkung wahrnehmen (Wetz, Schnyder-Walser, 2018).

Internationale Studien zur Wirksamkeit der Sexualaufklärung zeigen, dass die «ganzheitliche» Sexualaufklärung die beste Evidenz hinsichtlich Verbesserung einer Vielzahl gesundheitlicher und psychosozialer Indikatoren hat. Es handelt sich hierbei um einen Ansatz, welcher nicht einseitig auf Abstinenz oder auf Risikoreduktion setzt, sondern welcher die Risikoreduktion in einen grösseren Zusammenhang von persönlicher und sexueller Entwicklung stellt und Gesundheitsförderung miteinschliesst (Expertenbericht Sexualaufklärung, 2017).

Internationale Studien zur Wirksamkeit der Sexuaufklärung zeigen, dass die «ganzheitliche» Sexuaufklärung die beste Evidenz hinsichtlich Verbesserung einer Vielzahl gesundheitlicher und psychosozialer Indikatoren hat.

Für die Schweiz gibt es wenig Forschung zu den Auswirkungen der unterschiedlichen Modelle und Angebote der Sexuaufklärung (Expertenbericht Sexuaufklärung, 2017). Die aktuellste Studie bezieht sich auf die Sexuaufklärung in der Schule. Sie weist einen positiven Einfluss auf die sexuelle Gesundheit nach. Befragte, welche die Schule als Hauptinformationsquelle zu Themen der Sexualität nannten, waren am wenigsten häufig von sexuell übertragbaren Infektionen betroffen (Barrense-Dias et al, 2019). Wie die gleiche Studie zeigt, nutzen jedoch männliche und nicht-heterosexuelle Jugendliche öfter als andere Jugendliche das Internet als Informationsquelle. Das lässt vermuten, dass die schulische Sexuaufklärung weniger auf deren Bedürfnisse ausgerichtet ist. Auch Jugendliche, deren Pubertät besonders früh oder spät einsetzt, informieren sich häufiger als andere im Internet.

Mit Blick auf die Interventionen besteht vielseitiger Handlungsbedarf: so bei der Entwicklung von konzeptuellen Grundlagen, Begriffsdefinitionen, Zielen und Werten für die gesamte Schweiz, im Harmonisierungsprozess der Sexuaufklärung in der Deutschschweiz in der Ausbildung der Lehrpersonen, in der Entwicklung von pädagogischen Materialien, bei der Forschung zur Wirkung der Sexuaufklärung und in der internationalen Vernetzung der zuständigen Akteure (Expertenbericht Sexuaufklärung, 2017).

Strategien des Bundes und Öffentlichkeitsarbeit

Im Bereich der sexuellen Gesundheit ist der Bund nur in beschränkten Bereichen zuständig. Die Zuständigkeit des Bundes im Bereich der sexuellen Gesundheit ist im Epidemienengesetz festgeschrieben und beschränkt sich auf die Überwachung, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Der Bund ist dementsprechend verantwortlich für das Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS.) Er pilotiert in diesem Rahmen die nationale Präventionskampagne LOVE LIFE zur Bekanntmachung von «Safer Sex»-Botschaften, das heisst Informationen zum Schutz vor sexuell übertragbaren Infektionen. Ausserdem führt er die Nationale Strategie zu Impfungen (NSI). Diese Strategie trägt zur Prävention der sexuell übertragbaren Infektion mit Humanen Papillomaviren (HPV) und zur Prävention von Hepatitis A und B bei.

9.7 Ausblick

Zahlreiche wirkungsvolle Projekte und Massnahmen für Kinder und Jugendliche werden in der Schweiz umgesetzt. Dennoch gibt es für die Zukunft einige Herausforderungen.

Ein zentrales Thema im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ist die gesundheitliche *Chancengleichheit* von Kindern und Jugendlichen (siehe Kapitel Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen). In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach der *Erreichbarkeit* bestimmter Zielgruppen. Es ist unerlässlich, in Erfahrung zu bringen, mit welchen Mitteln und über welche Kanäle eine Zielgruppe (insbesondere vulnerable Zielgruppen mit reduzierten gesundheitlichen Chancen) erreicht werden kann. Innovative Ansätze, die diese Fragen adressieren, sind zu entwickeln und zu verbreiten.

Die Partizipation der Zielgruppen kristallisiert sich konsistent als Erfolgsfaktor von gesundheitsförderlichen und präventiven Massnahmen heraus. Die Möglichkeit, bei der Entwicklung und Umsetzung mitzureden und eventuell gar mitzuentcheiden, ist auch für Kinder und Jugendliche sowie ihre Bezugspersonen wichtig. Kleinere Kinder sinnvoll in einen partizipativen Entwicklungsprozess einzubeziehen, stellt eine besondere Herausforderung dar, aber auch dies ist für eine wirkungsvolle Umsetzung von gesundheitsförderlichen Massnahmen wichtig.

Es ist unerlässlich, in Erfahrung zu bringen, mit welchen Mitteln und über welche Kanäle Zielgruppen erreicht werden können.

Es gibt regionale Unterschiede in Bezug auf gesundheitsförderliche und präventive Massnahmen, so ein namhafter *Stadt-Land-Unterschied* in den Angeboten. Ländliche Regionen sind mit einer geringen Bevölkerungsdichte und den grösseren Distanzen besonders herausgefordert, Massnahmen einigermassen flächendeckend umzusetzen und Angebote so für alle zugänglich zu machen.

Es ist wichtig, für bestimmte Bereiche die Datengrundlagen zu verbessern, beispielsweise bei der psychischen oder sexuellen Gesundheit. Dadurch können Zielgruppen besser abgegrenzt, Wirkungen von Interventionen gemessen und Gesamtevaluationen durchgeführt werden.

Schliesslich lohnt sich, gerade für ein kleines Land wie die Schweiz, ein Blick über den Zaun, um von internationalen Erfahrungen zu lernen. So konnten einige Projekte aus dem Ausland erfolgreich in die Schweiz geholt werden. Ein gelungenes Beispiel ist die *Multiplikatorenfortbildung* zum Thema Kinder aus suchtbelasteten Familien, welche aus Deutschland übernommen und für die Schweiz adaptiert wurde. Sie konnte bereits mehrere Jahre durchgeführt werden. Aufgrund des föderalistischen Systems der Schweiz bleibt es aber eine Herausforderung, Projekte aus anderen Ländern für die Schweiz zu adaptieren.

Im Folgenden werden vier *Handlungsoptionen* vorgeschlagen. Es handelt sich hierbei um themenübergreifende Empfehlungen, die aufzeigen, wo noch mehr investiert werden sollte und wo konkrete Schritte eine möglichst grosse Wirkung erzielen könnten.

1. Stärkung des multisektoriellen Ansatzes

Ein multisektorieller Austausch ist gerade bei Kindern und Jugendlichen enorm wichtig. Dies zeigt sich in den nachstehenden Beispielen:

- Schule und Gesundheit: Viele Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte spielen sich im Umfeld der Schule ab. Das Argument der Chancengleichheit ist im schulischen Setting überzeugend, denn hier können praktisch alle Kinder abgeholt werden.
- Städtebau und Gesundheit: Um die Bewegung von Kindern und Jugendlichen zu fördern, ist das Umfeld so zu gestalten, dass es Bewegung überhaupt ermöglicht und andererseits auch dazu einlädt, sich zu bewegen.
- Wirtschaft und Gesundheit: Ein zentraler Zeitpunkt im Leben von Jugendlichen ist der Übergang von der Schule ins Erwerbsleben. Dieser Übergang bedeutet häufig einen massiven Einschnitt. Die Berufswahl und die eigene Stellung in der (Erwerbs-) Gesellschaft sind zentral für die Identitätsentwicklung und eine wichtige Entwicklungsaufgabe der Adoleszenz.

2. Stärkung des salutogenen Ansatzes

Es liegt ein grosses Potenzial in der Stärkung des salutogenen Ansatzes nicht nur in der Gesundheitsförderung und Prävention, sondern über die gesamte Behandlungskette hinweg. Das bedeutet, dass diese gesundheitszentrierte Sichtweise auch im Versorgungssystem eine gewichtigere Rolle übernehmen sollte als bis anhin (BAG & Gesundheitsförderung Schweiz, 2017). Mit dem Massnahmenbereich «Prävention in der Gesundheitsversorgung» der NCD-Strategie wurde ein erster Schritt in diese Richtung in der Schweiz unternommen. Eine Ausbreitung dieses Ansatzes steht aber noch bevor.

Vielversprechend ist der salutogene Ansatz im Versorgungssystem, wenn die Grenzen zwischen der somatischen und psychiatrischen Versorgung durchlässig werden. In der somatischen Versorgung liegt Potenzial für die Prävention von psychischen Störungen und umgekehrt. Das Beispiel eines Jugendlichen mit Typ 1-Diabetes zeigt, dass es wichtig ist, bei der Diagnosestellung (und evtl. auch später) eine psychologische Unterstützung zu bieten. Denn der Einschnitt – und damit ist unter anderem die Akzeptanz, mit einer chronischen Erkrankung zu leben und diese als Teil des Selbst anzunehmen, gemeint – in das tägliche Leben ist in einer Phase der Identitätsfindung besonders gravierend und kann unter anderem Depressionen auslösen (Pinquart & Shen, 2010).

3. Stärkung der systemischen Sichtweise und Setting-übergreifende Ansätze

Kinder und Jugendliche müssen in ihrem Umfeld betrachtet werden, wenn die Gesundheit im Fokus steht. Ihre Gesundheitskompetenzen sind massgeblich von den Gesundheitskompetenzen, den gesundheitsförderlichen Gewohnheiten und den Möglichkeiten ihrer Bezugspersonen abhängig. Um Kinder und Jugendliche anzusprechen, ist die Schule ein ideales Setting, weil (fast) alle erreicht werden. Doch ist es wichtig, die Schülerinnen und Schüler nicht isoliert zu betrachten. Eltern, Geschwister, Freundinnen und Freunde und andere Bezugspersonen sind in den gesundheitsförderlichen und präventiven Massnahmen miteinzubeziehen oder zumindest mitzudenken. Dies zeigt sich am Beispiel der Young Carers gut (siehe Kapitel Young Carers). Auch in der Prävention für Kinder und Jugendliche zeigt sich, dass Setting-übergreifende Ansätze, die auch die Eltern, das Umfeld der Kinder und Jugendlichen und die strukturellen Gegebenheiten einbeziehen, die wirksamsten sind.

4. Stärkung der Chancengleichheit

Im Hinblick auf die wachsende Diversität in der Gesellschaft wird die Frage der Chancengleichheit noch wichtiger werden. Folgende Faktoren: können zu sozialer Benachteiligung führen: tiefer sozioökonomischer Status (Bildung, Einkommen, Vermögen, Berufsstatus), Gender, Migration, sexuelle Orientierung und Genderidentität. Es ist besonders auf eine Überschneidung dieser Faktoren zu achten. So führt beispielsweise die Überschneidung der Merkmale weibliches Geschlecht und tiefes Einkommen zu einer verschärften Benachteiligung (Weber 2019).

Der Frage der Erreichbarkeit muss bei Gesundheitsförderungs- und Präventionsmassnahmen mehr Beachtung geschenkt werden. Es ist wichtig, (neue) Möglichkeiten zu finden, die ungleichen gesundheitlichen Chancen zu beseitigen oder zumindest abzuschwächen.

9.8 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Dgvt Verlag.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... Rossow, I. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity*. Research and public (2nd edition). Oxford: Oxford University Press.
- Baer, N., Frick, U., Fasel, T., & Wiedermann, W. (2010). «Schwierige Mitarbeiter». *Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche*. Bericht im Rahmen des Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung.
- BAG (2010). *Nationales Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (NPHS) 2011–2017*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2016). *Nationale Strategie Sucht 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2017). *Nationale Strategie zu Impfungen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2018). *Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG, & Gesundheitsförderung Schweiz (2017). *Grundlagen der Prävention in der Gesundheitsförderung (PGV) und Konzept Projektförderung PGV*. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Gesundheitsförderung Schweiz.
- BAG, & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), & Gesundheitsförderung Schweiz (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), & Gesundheitsförderung Schweiz (2016). *Suizidprävention in der Schweiz – Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Balthasar, A., & Lussi, I. (2018). *Erfolgsfaktoren für kantonale Programme im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention*. Bericht zuhanden der Arbeitsgruppe «Massnahmenbereich 1» der NCD-Strategie, Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.
- Balzer, L. (2018). *Evaluation des Programms «Jugendprojekt Lift»*. Bericht Evaluationsbereich A 2017. Zollikofen: Eidgenössisches Hochschulinstitut für Berufsbildung EHB.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barronse-Dias, Y., Akre, C., Suris, J.-C., Berchtold, A., Morselli, D., Jacot-Descombes, C., & Leeners, B. (2019). Does the Primary Resource of Sex Education Matter? A Swiss National Study. *The Journal of Sex Research*, 19, 1–11.
- Bericht des Bundesrats in Erfüllung des Postulates 14.4115 Regazzi – Prüfung der Grundlagen zur Sexualaufklärung (2018)*. Bern: Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Blaser, M., & Amstad, F.T. (2016.) *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne*. Bericht 6, Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bleich, S. N., Segal, J., Wu, Y., Wilson, R., & Wang, Y. (2013). Systematic review of community-based childhood obesity prevention studies. *Pediatrics*, 132 (1), e201–10.
- Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV) (2017). *Geniessen und gesund bleiben – Schweizer Ernährungsstrategie 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen.
- Bürli, C., Amstad, F., Deutz Schmucki, M., & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bern: BAG.
- Bühler, A., & Bühringer, G. (2014). Prävention von substanzbedingten Störungen. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 255–165). Bern: Huber, Hogrefe.
- Class, & Coraasp (2019). *Campagne nationale pour la santé psychique en Suisse latine: Collecte données auprès des jeunes, Synthèse*.
- Clerc-Bérod, A., Hugo, A., & Luisier, A-C (2012). *Rapport de projet Senso5*. Sense 5 Fondation.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *European drug prevention quality standards. A manuel for prevention professionals*. Lissabon: EMCDDA.

Expertenbericht Sexualaufklärung in der Schweiz mit Bezug zu internationalen Leitpapieren und ausgewählten Vergleichsländern (2017). Bern: Expertengruppe Sexualaufklärung.

Fässler, S., Laubereau, B., La Mantia, A., Lussi, I., Roose, Z., & Balthasar, A. (2018). *Gesamtevaluation 2018 der kantonalen Aktionsprogramme Modul A*. Schlussbericht. Arbeitspapier 47. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Fässler, S., & Studer, S. (2018). *Wirkungsevaluation von Interventionen. Leitfaden für Projekte im Bereich Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit*. Arbeitspapier 46. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R., & Paulus, P. (2007). MindMatters. Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1 – deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 221–227.

Gesellschaft für Statistik und Evaluation StatEval (2012). *Evaluation des Projektes Prev@WORK*. Abschlussbericht im April 2012.

Gesundheitsförderung Schweiz (2016). *Rahmenbedingungen für ein kantonales Aktionsprogramm*. Verfügbar unter https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/1-kap/basisinformationen/Rahmenbedingungen_KAP

Gesundheitsförderung Schweiz (2019). *Aktuelle Massnahmen (Interventionen, Policy, Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit) für ein kantonales Aktionsprogramm (KAP): Eine Orientierung*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Gmel, G., & Wicki, M. (2010). *Evaluation des effets sur les intoxications alcooliques suite aux mesures visant à réduire le degré d'accessibilité à l'alcool dans le canton de Genève (Rapport de recherche No 54-B)*. Lausanne: Addiction Info Suisse.

Haab Zehrè, K., Frischknecht, S., & Luchsinger, L. (2015). *Evaluation des Programms «Herzsprung – Freundschaft, Liebe, Sexualität ohne Gewalt*. Verfügbar unter https://www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung/themen/geschlechtsspezifische_gewalt/gewalt-in-jugendlichen-paarbeziehungen/projekt-beziehungen-ohne-gewalt.html#pilotphase_und_weiterentwicklung

Herrmann, C., Seelig, H., Ferrari, I., & Kühnis, J. (2019). Basic motor competencies of preschoolers: construct, assessment and determinants. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 1–9. DOI: 10.1007/s12662-019-00566-5

Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2014). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 13–24). Bern: Huber, Hogrefe.

Jenzer, R. (2014). «Theorie- und Empiriebasierte Wirkungsanalyse des Präventionsprojekts "Mein Körper Gehört Mir!"». *Sozial Aktuell*, 46(10), 19.

Jungmann, T., Sierau, S., Dähne, V., Serbati, S., Dugravier, R., & Lanfranchi, A. (2017). Effectiveness of four early intervention programs in Europe: How do the results inform program development and dissemination? *Nursing and Health Sciences*, 3(3). Verfügbar unter <http://www.rroij.com/open-access/effectiveness-of-four-early-intervention-programs-in-europe-how-do-the-results-inform-program-development-and-dissemination-php?aid=86357>

Kähkönen, K., Rönkä, A., Hujo, M., & Lyytikäinen, A. (2018). Sensory-based food education in early childhood education and care, willingness to choose and eat fruit and vegetables, and the moderating role of maternal education and food neophobia. *Public Health Nutrition*, 21 (13), 2443–2453. <http://bit.ly/2M6Lh3B>

Kühnis, J., Ferrari, I., Fahrni, D., & Herrmann, C. (2018). Motorische Basiskompetenzen von 4- bis 6-Jährigen in der Schweiz – Eine vergleichende Untersuchung in Regel- und Bewegungskindergärten. *Swiss Sports, & Exercise Medicine*.

Mangrulkar, L., Vince Whitman, C., & Posner, M. (2001). *Life skills approach to child and adolescent healthy human development*. Washington DC: Pan American Health Organization.

Marie-Meierhofer-Institut, & Gesundheitsförderung Schweiz (2019). *Empfehlungen für Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Förderung der psychischen Gesundheit in der frühen Kindheit*. Infoblatt.

Menghini, G., & Steiner, M. (2007). *Orale Gesundheit in der Schweiz Stand 2006*. Arbeitsdokument 26. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Messmer, H., Costantini, S., Heeg, R., Schmid, M., & Steiner, O. (2013). *Schlussbericht Evaluation chili – Konstruktive Konfliktbearbeitung*. Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit.

Minore R., Combremont M., & Hofner M.-C. (2016). *Projet d'implantation du programme «Sortir Ensemble Et Se Respecter» dans le canton de Vaud (2013-2015). Rapport final*. Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes (BEFH), Lausanne. Verfügbar unter https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/actualite/2017/SE_SR_rapport_final_04032016_d.pdf

Mrazec, P.J., & Haggerty R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.

Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (2018). *Suchtprävention und Jugendschutz zeitgemäss gestalten*. Grundposition der Nationalen Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik NAS-CPA.

- Neuhauser, A. (2018). Predictors of maternal sensitivity in at-risk families. *Early Child development and Care*, 188(2), 126–142. doi:10.1080/03004430.2016.1207065
- Neuhauser, A., Ramseier, E., Schaub, S., Burkhardt, A., & Lanfranchi, A. (2018). Mediating Role of Maternal Sensitivity: Enhancing Language Development in At-Risk Families. *Infant Mental Health Journal*, 39(5):522–536.
- Niess, A., & Thiel, A. (2018). Änderung des Bewegungsverhaltens. In S. Bischoff (Hrsg.), *Adipositas*: Berlin und Boston DeGruyter.
- Pinquart, M., & Shen, Y. (2010). Depressive Symptoms in Children and Adolescents with chronic physical illness : An updated meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36, 375–384.
- Reynolds, A. J., Temple, J. A., White, B. A. B., Ou, S. R., & Robertson, D. L. (2011). Age 26 Cost-Benefit Analysis of the Child-Parent Center Early Education Program. *Child Development*, 82(1), 379–404. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01563.x>
- Ruckstuhl, B., & Ryter, E. (2018). *Zwischen Verbot, Befreiung und Optimismus. Sexualität und Reproduktion in der Schweiz seit 1750*. Schriftenreihe Sexuelle Gesundheit und Soziale Arbeit. Band 3. Luzern: interact, 20G8.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: Jerusalem, M., & Hopf, D. (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen*, *Zeitschrift für Pädagogik*, 44. Beiheft, Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 28–54.
- Stamm, M. (2009). Frühkindliche Bildung in der Schweiz. Eine Grundlagenstudie im Auftrag der Schweizerischen UNESCO-Kommission.
- Steiger, D. (2018). *Gesundes Körpergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Überprüfung und Aktualisierung der wissenschaftlichen Grundlagen*. Arbeitspapier 45. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stern, S., Schwab Cammarano, S., Gschwend, E., & Sigrist, D. (2019). *Für eine Politik der frühen Kindheit: Eine Investition in die Zukunft, Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung / Frühe Förderung in der Schweiz*. Bern: Schweizerische UNESCO-Kommission.
- Stucki, S., Archimi, A., & Kuntsche, S. (2017). Smoking status and attitudes towards preventive structural measures after participation in the Smoke-Free Class Competition in Switzerland. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(2), 166–174.
- Stucki, S., Scheuber, N., Tichelli, E., & Rihs-Middle, M. (2009). *Regard sur les achats-test en Suisse de 2000 à 2008. Rapport final*.
- Walter, E. Duetz Schmucki, M., Bürlì, C, Amstad, F., Schibli, D., & Kaufmann, M. (2016). *Suizidprävention in der Schweiz: Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Weber, D. (2019). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bericht. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Wettstein, F. (2016). Übergänge und kritische Lebensereignisse – ihr Einfluss auf die psychische Gesundheit. In Blaser, M., & Amstad, F.T. (Hrsg.) *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne*. Bericht 6. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Wetz, S., & frSchnyder-Walser, K. (2018). *Schlussbericht. Berner Gesundheit. Wirkungsevaluation Sexualpädagogische Gruppengespräche*. Bern.
- WHO (1997). *Life Skills Education for children and adolescents in Schools*. Verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf
- WHO (1999). *Partners in life skills education – conclusions from a United Nations inter-agency meeting*. Verfügbar unter https://www.who.int/mental_health/media/en/30.pdf
- WHO (2018). *Noncommunicable diseases. Factsheets*. Verfügbar unter <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- WHO (2019). *Tabac. Factsheets*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Wicki, M., Gmel, G., Kuendig, H., Schneider, E., Bertholet, N., & Faouzi, M. (2018). *Analyse d'effets de la restriction de vente de boissons alcooliques à l'emporter entrée en vigueur au 1er juillet 2015 dans le canton de Vaud (Art. 5 LADB) – Analyses secondaires de données hospitalières (Rapport de recherche N° 95)*. Lausanne: Addiction Suisse / CHUV.
- Wicki, M., Stucki, S., & Marmet, S. (2015). *Evaluation des Präventionsprogramms «cool and clean» Teilstudie 1A – Wirkung von «cool and clean» bei sportlich aktiven Jugendlichen im Breitensport (Forschungsbericht Nr. 76)*. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Zapf, D., & Semmer, N.K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In: Schuler, H. (Hrsg.), *Organisationspsychologie – Grundlagen und Personalpsychologie. Enzyklopädie der Psychologie*, Themenbereich D, Serie III (S. 1007–1112). Göttingen, Germany: Hogrefe.

10 Gesundheitsversorgung



Jolanda Jäggi, Lena Liechti & Kilian Künzi
Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS

Kernaussagen

- Die Schweiz verfügt über eine Vielzahl an (hoch-)spezialisierten Angeboten für die Prävention, Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Potenzielle Lücken und Herausforderungen bestehen bezüglich der Sicherstellung der praxispädiatrischen Versorgung, der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und der Übergänge in die Erwachsenenmedizin.
- Die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen findet nicht nur im Gesundheitswesen statt, sondern erfordert die Kooperation und Vernetzung über das medizinische Versorgungssystem hinaus mit Akteuren des Bildungs-, Erziehungs- und Sozialwesens sowie den Familien.
- Struktur- und Versorgungsdaten zur Kinder- und Jugendgesundheit sind in vielen Bereichen ungenügend – etwa bei den kantonal oder kommunal organisierten Angeboten, bei den stationären pädiatrischen Versorgungsstrukturen, bei der psychischen Gesundheitsversorgung, bei spezifischen Versorgungsangeboten für Adoleszente sowie beim Arzneimittelverbrauch. Datenlücken gibt es auch bei der Inanspruchnahme präventiver Angebote (Vorsorgeleistungen in der Schwangerschaft, pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen).
- Zugangsprobleme bestehen für Mütter und Kinder mit Migrationshintergrund (erhöhte Risiken für Mütter- und Säuglingssterblichkeit) sowie für sozial benachteiligte Gruppen. Vorsorge- und Präventionsangebote werden gerade von Risikogruppen zu wenig in Anspruch genommen, unter anderem aufgrund von Sprachbarrieren und fehlenden Kenntnissen des Gesundheitssystems.
- Die Notfalldienste spielen in der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine zentrale Rolle: Knapp 40% aller Notfallkonsultationen in Spitälern entfallen auf diese Altersgruppen. Besonders hoch ist die Inanspruchnahme der Notfalldienste bei Kindern unter sechs Jahren und in der Migrationsbevölkerung.
- In der Altersgruppe der 0- bis 25-Jährigen sind die Kosten der Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren angestiegen, jedoch weniger stark als in der Gesamtbevölkerung. Der Anteil der Gesundheitskosten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (27% der Bevölkerung) beträgt gut 12% der totalen Gesundheitskosten.

10.1 Akteure, Strukturen und Angebote

Involvierte Berufsgruppen

Medizinische Versorgung

Die medizinische Grundversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen erfolgt durch niedergelassene Fachärztinnen und -ärzte für Pädiatrie sowie (v.a. bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen) durch Hausärztinnen und Hausärzte¹. Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte sind in der Regel primäre Ansprechpersonen für Anliegen der körperlichen und psychischen Gesundheit und führen auch Vorsorgeuntersuchungen durch. Bei Bedarf an weiteren, spezialisierten Abklärungen oder Behandlungen, die nicht im Rahmen der Grundversorgung abgedeckt werden können, erfolgt eine Überweisung in die spezialisierte Versorgung (Fachärztinnen und -ärzte pädiatrischer Spezialgebiete in eigener Praxis oder in ambulanten oder stationären Einrichtungen). Im Bereich der Kinderheilkunde gibt es in der Schweiz drei Facharztstitel: Pädiatrie beziehungsweise (nicht-operative) Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Dazu kommen insgesamt 12 Spezialisierungen (privatrechtliche Schwerpunkttitel wie z. B. Neonatologie, Entwicklungspädiatrie oder Kindernotfallmedizin).

2018 waren in der Schweiz laut FMH-Ärzttestatistik rund 38 500 Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten und stationären Versorgung tätig, davon knapp 2900 in den drei erwähnten Fachgebieten der Kinderheilkunde.² Zwischen 2009 und 2018 hat die fachärztliche Versorgungsdichte für Kinder und Jugendliche, das heisst die Anzahl Fachärztinnen und -ärzte pro 100 000 0- bis 18-Jährige, deutlich zugenommen (Grafik G10.1).

Die grösste absolute Zunahme ist hier in der Kinder- und Jugendmedizin zu verzeichnen, während die Versorgungsdichte in der Kinderchirurgie nahezu konstant geblieben ist. (Allerdings ist das Wachstum der Versorgungsdichte in der Kinderchirurgie am stärksten, bei +49%). Bei der ärztlichen Versorgungsdichte gibt es grosse regionale Unterschiede: Sowohl in der Grundversorgung (wozu auch die Pädiatrie gerechnet wird) als auch in der spezialärztlichen Versorgung ist die Versorgungsdichte in grossen Städten besonders hoch und nimmt mit sinkender Gemeindegrosse ab (vgl. Hostettler & Kraft, 2019).

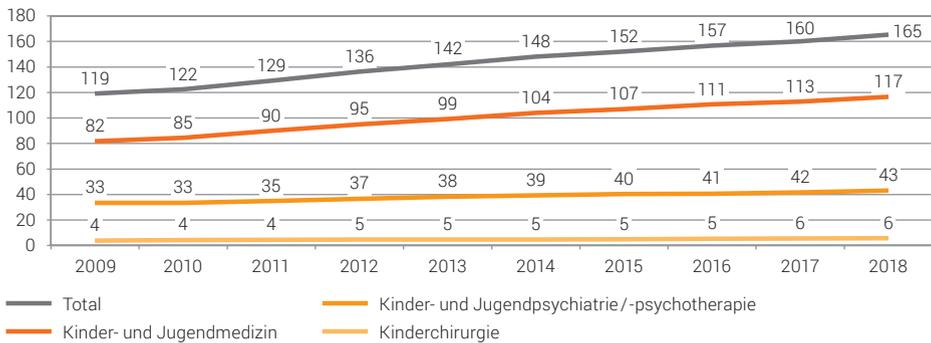
Dass in Medienberichten trotz des Zuwachses von einem Mangel an Kinderärztinnen und -ärzten die Rede ist, könnte mit der vor allem bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zunehmend verbreiteten Teilzeittätigkeit zusammenhängen. Dies kann aufgrund der Datenlage nicht genau bestimmt werden, denn die Zahl der Teilzeitpensen beruht

¹ Hierzu zählen Praktische Ärztinnen und Ärzte sowie Fachärztinnen und -ärzte in Allgemeiner Innerer Medizin.

² In dieser Zahl enthalten sind auch Personen, die in einem der Spezialgebiete der Kinderheilkunde tätig sind (2018 verzeichnet die FMH-Ärzttestatistik insgesamt 443 berufstätige Ärztinnen und Ärzte, die über einen der entsprechenden Schwerpunkttitel verfügen).

Ärztliche Versorgungsdichte für 0- bis 18-Jährige (Anzahl Ärztinnen und Ärzte pro 100 000 Kinder und Jugendliche, nach Fachgebiet)

G10.1



Quellen: FMH – Ärztestatistik, BFS – ESPOP (2009–2010) und STATPOP (2011–2018)/Auswertung BASS

© Obsan 2020

auf einer Schätzung. 2018 betrug die Versorgungsdichte gemäss FMH-Ärzttestatistik für alle drei Facharztgruppen zusammen rund 132 Vollzeitstellen pro 100 000 Kinder/Jugendliche (Pädiatrie: 94, Psychiatrie: 33, Chirurgie: 5; in Grafik G10.1 nicht dargestellt). 63% der in der Kinderheilkunde tätigen Ärztinnen und Ärzte arbeiten in ambulanten Praxen, wobei in den letzten Jahren der stationäre Sektor (inkl. spital-ambulanter Bereich) gemessen an den Vollzeitstellen leicht an Bedeutung gewonnen hat, vor allem in der Pädiatrie (FMH-Ärzttestatistik, 2009–2018).

Zur Frage, ob sich in der Schweiz eine Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen abzeichnet, liegen einige Informationen aus Einzelstudien vor. Was die pädiatrische Grundversorgung betrifft, ist gemäss Jenni & Sennhauser (2016) ungewiss, ob genügend Fachärztinnen und -ärzte zur Verfügung stehen werden. In den nächsten rund 10 Jahren werden rund die Hälfte aller Vollzeit arbeitenden (hauptsächlich männlichen) Praxispädiater ins Pensionsalter kommen. Ein Grossteil des ärztlichen Nachwuchses (in den Fachgebieten der Kinderheilkunde sind es vor allem Frauen) strebt aber eine Teilzeitbeschäftigung an. Ebenfalls entscheidend zur Sicherstellung der pädiatrischen Grundversorgung ist nach Jenni & Sennhauser (2016) auch die Wahl der ärztlichen Weiterbildung mit Fokus auf die Grundversorgung.

Bezüglich des zukünftigen Bestands und Bedarfs an Pädiaterinnen und Pädiatern hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) Beispielsberechnungen vorgenommen (Burla & Widmer, 2019). Diese ergeben, dass bis 2031 circa 46% der aktuell tätigen Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendmedizin austreten werden. Wenn wie gegenwärtig rund 100 Ärztinnen und Ärzte pro Jahr eine Weiterbildung in Pädiatrie abschliessen, wird der zukünftige Bedarf weiterhin nur durch Beizug ausländischer Fachärztinnen und -ärzte gedeckt werden können.

Psychische Gesundheitsversorgung

Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Psychologinnen und Psychologen neben Ärztinnen und Ärzten die wichtigste Berufsgruppe. Aufgrund ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung wurden für gewisse Psychologieberufe seit 2013 (Inkrafttreten des Psychologieberufegesetzes PsyG) einheitliche Standards in der Aus- und Weiterbildung eingeführt sowie ein Berufsregister (PsyReg) geschaffen. Dieses befindet sich im Aufbau. Es liegen daher noch keine Zahlen dazu vor, in welchem Masse Fachpersonal aus den Bereichen Psychologische Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychologie, Klinische Psychologie, Neuropsychologie und Gesundheitspsychologie an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligt sind. Die Quantifizierung der psychologischen Fachkräfte für den Kinder- und Jugendbereich ist auch deshalb erschwert, weil es keinen eigenständigen Weiterbildungstitel für die Kinder- und Jugendpsychotherapie gibt.

In der Schweiz gibt es derzeit keinen eidgenössisch geregelten Weiterbildungstitel für die nichtärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapie.

Kinder- und Jugendpsychologinnen und -psychologen arbeiten meistens in Schulpsychologischen Diensten, Erziehungs- oder Jugendberatungsstellen, heilpädagogischen Zentren, Heimen, Kliniken und Behörden (z. B. Kinderschutz, Justiz). Zu ihren Aufgaben gehören z. B. Beratungen, Coachings, Prävention, Diagnostik und Krisenintervention. *Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten* arbeiten grösstenteils im ambulanten Bereich, selbständig oder/und als Angestellte in psychiatrischen oder ärztlichen Praxen (sog. delegierte Tätigkeit). Zu einem geringeren Teil sind sie auch in psychiatrischen Kliniken oder ambulanten Institutionen (z. B. Tageskliniken, interdisziplinäre Zentren) tätig (Stettler et al., 2013).

Gemäss Ergebnissen aus Einzelstudien wird im Bereich der psychischen Gesundheit von einer Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen ausgegangen. Dies gilt sowohl für die psychiatrische Versorgung als auch für die nichtärztliche Psychotherapie: Bei Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern bestehen Wartefristen auf einen Behandlungstermin von durchschnittlich 7–8 Wochen; Institutionen berichten von Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Fachärztinnen und Fachärzten (Stocker et al., 2016). In Stettler et al. (2013) berichteten zwei Drittel der befragten Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Kinder- und Jugendbereich von Wartefristen (durchschnittlich knapp 4 Wochen), gut ein Drittel musste Behandlungsanfragen aus Kapazitätsgründen ablehnen. Die Knappheit an OKP-finanzierten Therapieplätzen beziehungsweise die langen Wartefristen erschweren den Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung

insbesondere für Kinder und Jugendliche aus Familien mit tiefem sozioökonomischem Status, die sich die Behandlungskosten bei selbständig tätigen psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht leisten können.

Pränatale Versorgung, Geburtshilfe und Unterstützung in der ersten Lebensphase

Die Gesundheitsversorgung von Kindern beginnt bereits vor der Geburt. Während der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren werden die Grundsteine für die spätere gesundheitliche, soziale, emotionale und kognitive Entwicklung eines Menschen gelegt. In den letzten Jahren ist die frühe Kindheit auch als sozial-, bildungs-, integrations- und gesundheitspolitisches Handlungsfeld in den Fokus gerückt.³

Die pränatale Versorgung von Mutter und Kind sowie die Geburtshilfe erfolgen durch Fachärztinnen und -ärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, Hausärztinnen und -ärzte sowie durch Hebammen. Im Wochenbett und während der Stillzeit sind nebst Hebammen auch spezialisierte Fachpersonen für Still- und Laktationsberatung involviert. Die kantonal oder kommunal organisierten bzw. finanzierten Mütter- und Väterberatungsstellen (MVB) sind ein auf Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung ausgerichtetes Angebot, das Eltern ab Geburt des Kindes bis zum Kindergarten Eintritt mit Beratungen, Hausbesuchen und weiteren Angeboten (z. B. Elternbildungskurse) unterstützt.

In Tabelle T 10.1 sind die verfügbaren Zahlen zu den im Frühbereich tätigen Berufsgruppen bzw. Beratungsstellen zusammengestellt. Verlässliche Angaben zum Beschäftigungsgrad fehlen, sodass nur die Anzahl berufstätiger Fachpersonen dargestellt werden. Aufgrund der in diesem Bereich verbreiteten Teilzeittätigkeit lassen diese Zahlen nur schlecht auf die Versorgungsdichte schliessen.

³ Für integrationspolitische Konzepte vgl. z. B. die Empfehlungen des TAK-Integrationsdialogs (Tripartite Agglomerationskonferenz TAK, 2014), zur frühen Förderung im Gesundheitsbereich z. B. die Positionspapiere Frühe Förderung (2015) und Public Health Schweiz (2012) sowie Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2018c).

Anzahl Gynäkolog/innen, Hebammen, Still- und Laktationsberater/innen und Mütter-Väterberatungsstellen pro 1 000 Lebendgeburten, 2016 T 10.1

Berufsgruppe	Anzahl Personen	pro 1 000 Lebendgeburten
Fachärztinnen/-ärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe	1 773	20
Hebammen	3 676	42
Still- und Laktationsberater/innen	445	5
Mütter-/Väterberatung (Beratungsstellen)	k.A.	25 (Beratungsstellen)

Anmerkungen: Die Angaben zu den Hebammen enthalten sowohl angestellte als auch frei praktizierende Fachpersonen. Bei den Still- und Laktationsberater/innen liegen Angaben nur für die Mitglieder des Berufsverbandes vor. Hier dürfte die tatsächliche Versorgungsdichte höher ausfallen. Die Angaben zur Mütter- und Väterberatung basieren auf Umfragedaten des Jahres 2016 bei 62% der insgesamt 74 Organisationen.

Quellen: FMH-Ärztestatistik 2016; BAG, GDK & OdASanté (2016); Berufsverband Schweizerischer Still- und Laktationsberaterinnen 2016; Schweizerischer Fachverband Mütter- und Väterberatung (2017); BFS – STATPOP 2016/Analyse BASS © Obsan 2020

Stationäre Einrichtungen

Das Fachgebiet der Pädiatrie umfasst die Betreuung von Kindern und Adoleszenten von der Geburt bis zum Abschluss der Adoleszenz, die je nach Definition bei unterschiedlichen Altersgrenzen angesetzt wird – bei 19, 20, teils auch 25 Jahren. Die Übergänge zur Erwachsenenmedizin sind in der ambulanten Versorgung fließend, wie die Daten zur Inanspruchnahme zeigen (vgl. Abschnitt 10.2). In stationären pädiatrischen Einrichtungen werden in der Regel jedoch nur minderjährige Patientinnen und Patienten behandelt; häufig werden Jugendliche bereits ab 16 Jahren in den Strukturen der Erwachsenenmedizin versorgt (Akré et al., 2014). Die folgenden Ausführungen stellen die spezifisch auf Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren ausgerichteten stationären Versorgungsstrukturen in den Bereichen Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation dar.

Krankenhäuser: Grundversorgung bis hochspezialisierte Medizin

In der Schweiz gibt es drei eigenständige Kinderspitäler (in Basel, Zürich und St. Gallen), welche von ambulanten Spezialsprechstunden und diagnostischen Abklärungen hin zu hochspezialisierten stationären Behandlungen ein breites kinder- und jugendmedizinisches Angebot abdecken. Dazu kommen die pädiatrischen Spezialkliniken von Universitäts- und Kantonsspitalern mit (hoch-)spezialisierten Versorgungsangeboten sowie die pädiatrischen Abteilungen von Regionalspitälern im Bereich der Grundversorgung. Rund 30 pädiatrische Kliniken bzw. Abteilungen sind vom Schweizerischen Institut für Medizinische Weiterbildung und Fortbildung (SIWF) als Weiterbildungsstätten für Kinder- und Jugendheilkunde anerkannt. Wie viele der insgesamt 281 Spitäler in der Schweiz

(Stand 2017) über pädiatrische Versorgungsstrukturen verfügen (und mit welchen Bettenkapazitäten), wird statistisch nicht erhoben. Zahlen liegen hier einzig zu den eigenständigen Kinderspitälern vor. Gemäss der Vereinigung der eigenständigen Kinderspitäler (AllKidS) werden die allermeisten, nämlich rund 95% der Patientinnen und Patienten ambulant versorgt. Die stationären Behandlungsplätze sind in den eigenständigen Kinderspitälern zwischen 2008 und 2017 abgebaut worden, wie Tabelle T 10.2 zeigt:

Anzahl Betten in Kinderspitälern pro 100 000 0- bis 18-Jährige T 10.2

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Betten pro 100 000 0- bis 18-Jährige	26	25	23	22	22	21	20	20	22	21

Anmerkungen: Betten in pädiatrischen Spezialkliniken (BFS-Typologie K 233)

Quellen: BAG – Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2008–2017; BFS – ESPOP 2008–2010;
BFS – STATPOP 2011–2017/Analyse BASS

© Obsan 2020

Die hochspezialisierte Versorgung wird in der Schweiz seit einigen Jahren von den Kantonen gemeinsam koordiniert.⁴ Etliche Teilbereiche, in denen eine Konzentration der Leistungen auf wenige Anbieter angestrebt wird, betreffen die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, unter anderem Pädiatrische Onkologie, Transplantationen bei Kindern, Pädiatrische Hämatologie (Stammzelltransplantationen) oder schwere Verbrennungen. Zahlen zur Anzahl Betten in der hochspezialisierten Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinderchirurgie liegen derzeit keine vor. Einzige Ausnahme ist der Bereich der Neugeborenen-Intensivpflege (Neonatal Intensive Care Unit NICU). Jährlich benötigen rund 820 Frühgeborene eine hochspezialisierte neonatologische Versorgung (GDK, 2015). 2016 standen gemäss Swiss Neonatal Network (SwissNeoNet) für die hochspezialisierte Versorgung insgesamt 383 Betten zur Verfügung, davon 93 NICU-Betten, 142 Betten auf der Überwachungsstation (Intermediate Care Station, IMC) und 148 Betten in der spezialisierten Nachversorgung (Neonatal Special Care).

Ein weiterer Bereich der (hoch-)spezialisierten Medizin, der in den letzten Jahren vermehrt in den Fokus gerückt ist, betrifft die sogenannten seltenen Krankheiten, die einzeln sehr tiefe Prävalenzraten aufweisen, insgesamt aber rund 6–8% der Bevölkerung betreffen (Strebel et al., 2017). Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind diese (meist genetisch bedingten) Krankheiten insofern relevant, als die ersten Symptome meist im Kindesalter auftreten; zwei Drittel der diagnostizierten Fälle sind Kinder und

⁴ Basis bilden der gesetzliche Auftrag im Krankenversicherungsgesetz (KVG, Art. 39, Abs. 2bis) und die Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 1.1.2009.

Jugendliche. Zur Umsetzung des 2014 verabschiedeten Nationalen Konzepts Seltene Krankheiten gehört u.a. die Verbesserung der Versorgungssituation von Betroffenen, z.B. mit Helplines für Fachpersonen, Betroffene und deren Angehörige (in der Romandie seit 2014, in der Deutschschweiz seit 2016) und der Aufbau interdisziplinärer Zentren und Netzwerke für die Abklärung und Behandlung seltener Krankheiten.

Psychiatrische Kliniken und Abteilungen

Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken bieten nicht nur stationäre Behandlungsplätze an, sondern verfügen auch über eine Reihe von teilstationären und ambulanten Angeboten (Tageskliniken, Sprechstunden und teilweise auch aufsuchende Dienste; vgl. Zusammenstellung nach Angebotstyp und Kanton in von Wyl et al., 2017). Statistische Angaben zur Angebotssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen keine vor, da diese an die psychiatrischen Kliniken für Erwachsene angebunden sind. Aus Einzelstudien geht hervor, dass insbesondere stationäre, aber auch ambulante/intermediäre Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie überlastet sind und Patientinnen und Patienten durchschnittlich 5 bis 6 Wochen auf eine Behandlung warten müssen – signifikant länger als im Erwachsenenbereich (Stocker et al., 2016).⁵

Infolge Unterkapazitäten in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt es mitunter zu nicht adäquaten Platzierungen von Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie (Stocker et al., 2016). Daten aus dem Kanton Zürich zeigen, dass 2015 knapp 40% der jugendlichen Patientinnen und Patienten auf Stationen der Erwachsenenpsychiatrie behandelt worden sind. Nach einem Aus- bzw. Umbau der Behandlungskapazitäten konnte dieser Anteil bis 2017 auf 11% reduziert werden (Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 2018, S. 81). In der medizinischen Fachpresse wird indes darauf aufmerksam gemacht, dass mit Blick auf die Behandlungskontinuität über die Volljährigkeit hinaus eine strikt auf Alterskategorien beruhende Unterscheidung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie hinaus problematisch sein kann. Um den spezifischen Behandlungsbedürfnissen von (Spät-) Adoleszenten im Alter von ca. 16 bis 25 Jahren an den Übergängen vom Jugend- ins Erwachsenenalter gerecht zu werden, sind in den letzten Jahren auch in der Schweiz spezialisierte stationäre Angebote der Adoleszenzpsychiatrie entstanden (vgl. Grimmer & Dammann, 2011).⁶ Mit einer nationalen Bestandes- und Bedarfsanalyse aller stationären und teilstationären Angebote für

⁵ Je nach Störungsbild kommt es zu deutlich längeren Wartezeiten (bei der Abklärung und Diagnostik im Bereich der Autismus-Spektrum-Störungen bis zu einem Jahr, vgl. Bericht des Bundesrates vom 17.10.2018 über Autismus-Spektrum-Störungen).

⁶ Auch in der Grundversorgung und in der stationären Akutmedizin bestehen gewisse bedarfsgerechte Angebote für Adoleszente an den Übergängen von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin (vgl. z.B. Grieser & Eiholzer, 2005). In einigen Kinderkliniken der Schweiz werden inzwischen Spezialsprechstunden und -behandlungen für Jugendliche angeboten. Eine systematische Übersicht zur Versorgungssituation Adoleszenter in der Schweiz gibt es jedoch nicht.

Jugendliche und junge Erwachsene (von Wyl et al., [laufend]) wird die Versorgungssituation an der Schnittstelle zwischen Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie erstmals vertieft untersucht.

Zu den Behandlungskapazitäten der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) liegen keine Daten vor. Aus Einzelstudien ist bekannt, dass aufgrund von Engpässen in der KJP teilweise Jugendliche in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden.

Dasselbe gilt auch für spezialisierte stationäre/teilstationäre Versorgungsstrukturen für die gemeinsame Behandlung von psychisch kranken Eltern(teilen) und deren Kleinkinder. Es gibt Hinweise auf einen Mangel an entsprechenden Behandlungsplätzen (Stocker et al., 2016), wobei in mehreren Kantonen mobile psychiatrische Versorgungsmodelle aufgebaut wurden oder derzeit werden, von denen Kinder und Jugendliche als primäre oder sekundäre Zielgruppe profitieren. Beispiele sind die Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens und deren Familien (vgl. Rhiner et al., 2011), psychiatrische Behandlungen im häuslichen Umfeld (für eine typologische Übersicht vgl. Stocker et al., 2018) oder aufsuchende familientherapeutische Angebote (z. B. Home Treatment Aargau). Davon abzugrenzen sind aufsuchende Familienhilfen ausserhalb des Gesundheitssystems, so die sozialtherapeutische Familienbegleitung, die heilpädagogische Früherziehung sowie Hausbesuchsprogramme im Rahmen der frühen Förderung gehören.

Rehabilitation und Langzeiteinrichtungen

Ziele der pädiatrischen Rehabilitation sind einerseits die bestmögliche Heilung nach (angeborenen oder erworbenen) Krankheiten oder nach Unfällen, andererseits die altersgemäss grösstmögliche Selbständigkeit und die Integration in den Schul- und Familienalltag oder gegebenenfalls in eine Nachfolgeinstitution (vgl. H+ 2018). Analog zum Erwachsenenbereich gibt es in der pädiatrischen Rehabilitation stationäre, ambulante und teilstationäre Angebote. Die medizinischen und therapeutischen Leistungen werden interprofessionell erbracht; involviert sind nebst Ärztinnen und Ärzten verschiedener Spezialgebiete auch Fachpersonen für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Pädagogik, Psychologie, Orthopädie- und Rehabilitationstechnik sowie Pflege und Sozialarbeit. Pädiatrische Rehabilitationsangebote gibt es in spezialisierten Abteilungen von Kinderkliniken oder Rehabilitationseinrichtungen der Erwachsenenmedizin (Spezialkliniken oder

Rehabilitationsabteilungen in Allgemeinspitälern). Daten zu Behandlungsplätzen, Bedarf und Inanspruchnahme für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen liegen weder für den stationären Bereich noch für die ambulante/teilstationäre Versorgung vor.

Für Kinder und Jugendliche, die längerfristig auf stationäre Betreuung und Versorgung angewiesen sind, gibt es spezialisierte Institutionen. In der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen werden vier Teilbereiche unterschieden (Institutionen für Behinderte, für Suchtkranke, für Personen mit psychosozialen Problemen sowie Alters- und Pflegeheime). Die Anzahl Behandlungsplätze wird jedoch nicht getrennt nach Altersgruppe ausgewiesen (vgl. Abschnitt 10.2). Nebst diesen Einrichtungen bestehen in der Schweiz auch Kinder-, Jugend- und Sonderschulheime, die eher dem Sozial- und Bildungsbereich als dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind.

Versorgungsangebote an der Schule

Für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen spielen während der obligatorischen Schulzeit die schulärztlichen, schulzahnärztlichen und schulpyschologischen Dienste, die Schulsozialarbeit sowie die sonderpädagogischen Angebote eine zentrale Rolle. Zuständig für die Ausgestaltung dieser Angebote sind die Kantone und innerhalb der Kantone teilweise die Gemeinden. Sowohl die personelle Organisation als auch das Angebotsspektrum und die Finanzierung sind daher nicht einheitlich geregelt. Auf nationaler Ebene stehen keine Daten zur Verfügung, welche einen zahlenmässigen Überblick zum Fachpersonal, den erbrachten (bzw. in Anspruch genommen) Leistungen oder den Kosten für die Versorgungsangebote an der Schule ermöglichen. Informationen dazu sind teilweise in Einzelstudien vorhanden (vgl. Dratva & Späth, 2017).

Versorgungsangebote an der Schule sind kantonal oder kommunal geregelt: Organisationsstrukturen und Angebotsspektrum variieren. Auf nationaler Ebene werden keine Daten zum Fachpersonal oder zur Inanspruchnahme erfasst.

Was die personelle Ausgestaltung betrifft, können bei schulärztlichen Diensten grob drei Typen unterschieden werden: 1. In der Westschweiz sind vielfach Pflegefachpersonen (*infirmièr-e-s scolaires*) Ansprechpersonen für Fragen der Schulgesundheit; sie koordinieren das Angebot (z. B. Untersuchungen) mit den Schulärztinnen und -ärzten. 2. In den meisten Deutschschweizer Kantonen dagegen werden schulärztliche Aufgaben von niedergelassenen Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten im Nebenamt wahrgenommen. 3. Vorwiegend in grösseren Städten sind schulärztliche Dienste multiprofessionell

eingerrichtet, mit vollamtlich tätigen Ärztinnen und Ärzten, medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten sowie Fachpersonen aus Bereichen wie z. B. Ernährungsberatung, Sexualpädagogik und Bewegungswissenschaften.⁷

Im Verlaufe der obligatorischen Schulzeit werden je nach kantonalen Vorgaben zwei bis drei schulärztliche Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Nebst der Kontrolle von entwicklungs- und gesundheitsrelevanten Parametern (Grösse, Gewicht usw.) wird jeweils der Impfstatus überprüft; manche schulärztlichen Dienste führen bei Bedarf auch selbst Impfungen durch. Darüber hinaus beraten schulärztliche Dienste die Schule bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten und bezüglich schulischer Gesundheitsförderung und Prävention. Die Teilnahme an den schulärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (wie auch das Impfangebot) ist freiwillig. Da die Untersuchungen aber flächendeckend und kostenlos angeboten werden, können damit auch Kinder und Jugendliche aus Familien mit tieferem sozialen Status erfasst werden, die sich die empfohlenen pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen nicht leisten können oder den Zugang aus anderen Gründen (z. B. sprachliche oder kulturelle Barrieren) nicht gefunden (Sottas et al., 2014) oder verloren haben.

Die Schulzahnpflege ist auf kantonaler Ebene geregelt, entweder mit verbindlichen Vorschriften oder mit Rahmenregelungen, welche von Gemeinden und Schulbehörden umgesetzt werden. Nebst der jährlichen (obligatorischen) Kontrolluntersuchung, die entweder von privat praktizierenden Zahnärztinnen und Zahnärzten oder an Schulzahnkliniken durchgeführt werden, gehört hierzu auch der Zahngesundheitsunterricht, der von Schulzahnpflege-Instruktorinnen und -Instruktoren (SZPI) erteilt wird, teilweise in Zusammenarbeit mit den Lehrpersonen. Zahlen zum Schulzahnpflegepersonal gibt es in der Schweiz nicht. Gemäss Weber & Gassmann (2015) übernimmt rund die Hälfte der Zahnärztinnen und Zahnärzte Aufgaben in der Schulzahnpflege. Kantone und Gemeinden hätten jedoch in den letzten Jahren die finanziellen Mittel für die Förderung der Zahngesundheit an Schulen reduziert.

Während sich die medizinische Versorgung und die Schulzahnpflege an alle Schülerinnen und Schüler richten, werden die Angebote der schulpsychologischen Dienste, der Schulsozialarbeit und der Sonderpädagogik bei Bedarf in Anspruch genommen. Schulpsychologische Dienste unterstützen Kinder, deren Eltern und die Schule, wenn sich aufgrund von schulischen Schwierigkeiten, Verhaltensproblemen, Konflikten oder ähnlichem Beratungs- oder Abklärungsbedarf ergibt.⁸ Daten zum Personaleinsatz, den angebotenen Leistungen und der Inanspruchnahme der schulpsychologischen Dienste existieren auf nationaler Ebene keine (von Wyl et al., 2017). Dasselbe gilt für die Schulsozialarbeit, welche Schülerinnen und Schüler, deren Eltern und Lehrpersonen bei der Lösung

⁷ Eine Zusammenstellung mit Links zu kantonalen und kommunalen schulärztlichen Diensten findet sich auf der Website der Schweizerischen Vereinigung der Fachpersonen im schulärztlichen Dienst: www.scolarmed.ch (Zugriff am 27.02.2019).

⁸ Eine Zusammenstellung mit Links zu kantonalen und kommunalen schulpsychologischen Diensten findet sich auf der Website von Schulpsychologie Schweiz: www.schulpsychologie.ch (Zugriff am 26.03.2019).

psychosozialer Problemstellungen, Konflikten und Krisen (individuell und in Gruppensituationen) unterstützt und Projekte zur Prävention und Früherkennung mitgestaltet (vgl. Avenirsocial & Schulsozialarbeitsverband, 2016).

Zu den Leistungen der Sonderpädagogik gehören unter anderem Logopädie, Psychomotorik, schulische Heilpädagogik und heilpädagogische Früherziehung. Daten zur Inanspruchnahme dieser Leistungen sollen mit der neu konzipierten Statistik der Sonderpädagogik künftig präzise erfasst werden.

Die Massnahmen für Kinder und Jugendliche mit besonderem Unterstützungsbedarf sind an der Schnittstelle zwischen Bildung, Gesundheitswesen und dem Behindertenbereich angesiedelt. Die Organisationsstrukturen und Angebote der Sonderpädagogik sind seit 2008 auf kantonaler Ebene geregelt, wobei 16 Kantone sich zu einem «Sonderpädagogik-Konkordat» zusammengeschlossen haben, in dem das Grundangebot für Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 20 Jahren, von Logopädie, Psychomotorik, schulischer Heilpädagogik und heilpädagogischer Früherziehung bis zu Beratungs- und Unterstützungsmassnahmen festgelegt ist. Die sonderpädagogischen Massnahmen können in Regelschulen, Sonderschulen, Tagesstrukturen oder stationären Einrichtungen erfolgen.⁹ Daten zum sonderpädagogischen Angebot (Fachpersonen und Vollzeitstellen) werden nicht auf nationaler Ebene erhoben; die involvierten Berufsgruppen sind nicht ausschliesslich im schulischen Kontext tätig, sondern arbeiten auch mit Erwachsenen. Die Inanspruchnahme sonderpädagogischer Massnahmen wird in der neu konzipierten Statistik der Sonderpädagogik erfasst, die sich noch im Aufbau befindet (vgl. Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung, 2018, S. 41–44). In der bestehenden Erhebung (BFS – Statistik der Lernenden) werden lediglich Schülerinnen und Schüler mit separativer Sonderschulung erfasst, nicht aber Angaben zu Art und Umfang der sonderpädagogischen Massnahmen, welche seit Inkrafttreten des Behindertengleichstellungsgesetzes im Jahr 2004 verstärkt in den Regelklassen (d. h. integrativ) durchgeführt werden.

⁹ Interkantonale Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik vom 25. Oktober 2007, in Kraft seit 2011. Dem Konkordat gehören (Stand 2018) 16 Kantone an. Zum sonderpädagogischen Angebot vgl. auch Forster (2016) sowie die Website des Schweizer Zentrums für Heil- und Sonderpädagogik (www.szh.ch) → Themen der Heil- und Sonderpädagogik → Sonderpädagogisches Angebot (Zugriff am 26.03.2019).

10.2 Leistungen und Inanspruchnahme

Im Folgenden werden die zur Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz vorhandenen Leistungen und Angebote näher beschrieben und – sofern vorhanden – Daten zur Inanspruchnahme dargestellt.

Prävention, Vorsorge und Früherkennung

Die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen beschränkt sich nicht auf die Behandlung von Erkrankungen und die Versorgung nach Unfällen. Sie umfasst auch Massnahmen zur Früherkennung und Vermeidung von Krankheiten. Prävention und Versorgung sind mitunter eng miteinander verflochten (zur Begrifflichkeit vgl. auch Hafen, 2014). Massnahmen und Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention werden in Kapitel *Gesundheitsförderung und Prävention* dargestellt. Der vorliegende Abschnitt konzentriert sich auf Angebote und Leistungen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (vgl. Kasten), die im Rahmen des Gesundheitswesens im engeren Sinne erbracht werden.

Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

In der medizinischen und gesundheitspolitischen Fachliteratur werden drei Ebenen der Prävention differenziert. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der zeitlichen Perspektive im Krankheitsverlauf und der Zielgruppe für Präventionsansätze. Die Primärprävention zielt auf die Vermeidung von Erkrankungen und richtet sich an breite Bevölkerungskreise. Die Sekundärprävention fokussiert auf Früherkennung und Frühintervention bei spezifischen Risikogruppen beziehungsweise bei ersten Anzeichen einer Erkrankung und zielt auf einen günstigeren Verlauf sowie die Vermeidung von Folgen nachteiligen Gesundheitsverhaltens. In der Tertiärprävention geht es um die Vermeidung von Rückfällen, Folgeschäden und Chronifizierungen bei bereits erkrankten Personen. (Quellen: BAG, GDK & GFCH, 2016; Robert Koch Institut [RKI], 2015).

Schwangerschaft und Stillzeit

Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft sowie Massnahmen zur Geburtsvorbereitung dienen dazu, Gefährdungen für Mutter und Kind vorzubeugen beziehungsweise frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Nach der Entbindung stehen nebst der Betreuung von Mutter und Kind sowie der Instruktion in der Neugeborenenpflege auch Massnahmen zur Stillförderung¹⁰ im Vordergrund, mit Stillberatungen (durch Hebammen oder spezialisierte Still- und Laktationsberater/innen) sowie stillfördernder Praktiken in Geburtskliniken (Conzelmann et al., 2016; Spaeth et al., 2017). Während die pränatale Versorgung häufig ambulant stattfindet, erfolgt die Entbindung überwiegend in Spitälern und Geburtshäusern.¹¹

Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft werden sowohl von Ärztinnen und Ärzten (v. a. Fachärztinnen und -ärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe) als auch von Hebammen erbracht. Nebst Kontrolluntersuchungen werden pränatale Diagnostik, die Entbindung (zu Hause, im Spital oder einem Geburtshaus), Stillberatung sowie die Betreuung durch Hebammen (nachgeburtliche Betreuung zu Hause durch Hebammen in den ersten 56 Tagen nach der Entbindung)¹² von der OKP finanziert. Die Leistungen sind ab der 13. Schwangerschaftswoche und bis acht Wochen nach der Geburt von Franchise und Selbstbehalt befreit. Auch stehen für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern (0–5 Jahre) Mütter- und Väterberatungsstellen zur Verfügung. Diese führen bei Bedarf auch Hausbesuche durch und können an weiterführende Angebote vermitteln.

Informationen zur Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt sind nur aus Einzelstudien vorhanden. Gemäss Gross et al. (2014) erhielten nahezu alle der befragten Frauen eine Stillberatung. Aus mehreren Untersuchungen ist bekannt, dass Mütter und Kinder mit Migrationshintergrund in der Schweiz eine vulnerable Gruppe mit erhöhten Risiken unter anderem für Mütter- und Säuglingssterblichkeit darstellen.¹³ Sprachbarrieren (bzw. fehlende Dolmetsch-Dienste) und mangelnde Kenntnisse des Gesundheitssystems gehören zu den wichtigsten Gründen für die Zugangs- und Versorgungsprobleme von Frauen mit Migrationshintergrund (vgl. Ikhilol et al., 2017; Cignaccio et al. (2017).

¹⁰ Stillen hat nachweislich positive Effekte auf die Bindungsfähigkeit und die Gesundheit von Mutter und Kind: beim Kind wird u. a. das Risiko für Infektionen und Adipositas gesenkt, bei der Mutter das Brustkrebs-Risiko (vgl. Conzelmann et al., 2016; NGB-Kapitel Gesundheitsverhalten)

¹¹ 2017 verzeichnete die Medizinische Statistik der Krankenhäuser über 80 000 Neugeborene, das sind 92% der Lebendgeburten (Quelle: BFS – STATPOP 2017). Dieser Anteil bewegte sich im Zeitraum 2008 bis 2017 zwischen 82 und 94%.

¹² Gesetzlich geregelt in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Kapitel «Besondere Leistungen bei Mutterschaft», Art. 13–16.

¹³ Vgl. Bericht des Bundesrates vom 24.06.2015 über die Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund.

Neugeborenen-Screening und pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen

Seit den 1960er-Jahren werden Neugeborene in der Schweiz auf mehrere angeborene Stoffwechsel- und Hormonkrankheiten untersucht, die schwere Schädigungen und Entwicklungsstörungen verursachen können und daher bereits ab den ersten Lebenstagen behandelt werden müssen. Das Screening (Laboranalyse von getrockneten Blutproben) erfasst alle Neugeborenen in der Schweiz. Derzeit wird auf zehn Krankheiten getestet, darunter z. B. die Cystische Fibrose (betrifft rund eines von 2500 Neugeborenen, vgl. auch Kapitel Chronische Krankheiten und Behinderungen).¹⁴

Pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen sind eine der wichtigsten Präventionsmassnahmen im Kindesalter. Untersucht werden das Wachstum, die Wahrnehmungsfunktionen und die körperliche und psychosoziale Entwicklung von Kindern (vgl. Kapitel Körperliche Gesundheit und Entwicklung). Vorsorgeuntersuchungen dienen der Früherkennung von Entwicklungsstörungen und Krankheiten. Zusammen mit der Elternberatung zu Gesundheits- und Erziehungsfragen (vorwiegend im Bereich der Primärprävention, z. B. Unfallverhütung, Impfschutz, Ernährung, Kariesprophylaxe, Schlafverhalten, Sprachkompetenzen) tragen sie zur gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen bei (Weber & Jenni, 2012). Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) empfiehlt insgesamt 15 Vorsorgeuntersuchungen bis zum 14. Lebensjahr, davon 12 bis zum 6. Lebensjahr (SGP, 2011); die obligatorische Krankenversicherung (OKP) vergütet maximal acht.

Zur Inanspruchnahme der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen gibt es in der Schweiz nur unvollständige Daten. So ergibt sich aus den Rechnungen für pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen eine Schätzung der Inanspruchnahme von 45 bis 49% der fünf Untersuchungen, die im ersten Lebensjahr empfohlen werden. Bei den zwei empfohlenen Untersuchungen im zweiten Lebensjahr beträgt die geschätzte Inanspruchnahme rund 40%. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen einer Konsultation für andere Gesundheitsprobleme (z. B. Husten) durchgeführt und nicht unter der entsprechenden Tarifposition abgerechnet werden. Gemäss Swiss Infant Feeding Study (SWIFS) berichten 96% der befragten Mütter, alle empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr wahrgenommen zu haben (Gross et al. 2014, S. 99). Aus der deutschen KiGGs-Studie ist bekannt, dass die Teilnahmequote bei den ersten Untersuchungen (kurz nach der Geburt) am höchsten ist und danach sukzessive abnimmt, wobei die Inanspruchnahme bei Familien mit tiefem sozioökonomischem Status und mit Migrationshintergrund signifikant geringer ist. Dank gesundheitspolitischen Massnahmen ist es in Deutschland in den letzten 10 Jahren gelungen, diese Unterschiede zu verkleinern und die Teilnahmequote an den Vorsorgeuntersuchungen insgesamt deutlich zu steigern (Schmidtke et al., 2018).

¹⁴ Stand Februar 2019. Hintergrundinformationen zu den getesteten Krankheiten und zum Untersuchungsverfahren unter www.neoscreening.ch (Zugriff am 20.02.2019).

Impfungen

Schutzimpfungen dienen der Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten mit potenziell schwerem oder tödlichem Verlauf. Sie sind nebst dem individuellen Schutz für die geimpfte Person auch für die öffentliche Gesundheit bedeutsam, da ab einer gewissen Durchimpfungsrate die Vermehrung und Verbreitung eines Krankheitserregers erfolgreich blockiert wird («Herdenimmunität») und somit auch Personen geschützt sind, die keinen Impfschutz erhalten können (z. B. Säuglinge und immunsupprimierte Personen). Im jährlich aktualisierten Schweizerischen Impfplan wird festgehalten, welche Impfungen in welchem Alter und für welche Bevölkerungsgruppen empfohlen werden, um einen optimalen Impfschutz für die individuelle und die öffentliche Gesundheit zu erreichen (Bundesamt für Gesundheit & Eidgenössische Kommission für Impffragen, 2019).

Impfungen sind in der Schweiz freiwillig. Bei Kindern werden sie in der Regel in der pädiatrischen oder hausärztlichen Praxis durchgeführt, in gewissen Kantonen und Gemeinden auch von schulärztlichen Diensten. Kantone sind gesetzlich verpflichtet, den Impfstatus während der obligatorischen Schulzeit mindestens zweimal zu überprüfen und Massnahmen zur Erhöhung der Impfungsrate umzusetzen (z. B. durch das Angebot kostenloser Impfungen im Rahmen schulärztlicher Untersuchungen). Weitere gesundheitspolitische Massnahmen von Bund und Kantonen, um einen ausreichenden individuellen und kollektiven Impfschutz zu erreichen, legen einen Schwerpunkt auf zielgruppen- und settingspezifische Informations- und Beratungsangebote sowie den einfachen Zugang zu Impfungen. Die Nationale Strategie zu Impfungen, deren Umsetzung 2018 begonnen hat, sieht vor, Gesundheitsfachpersonen wie Hebammen und Pflegefachkräfte sowie Institutionen wie Mütter- und Väterberatungsstellen, Kindertagesstätten und Schulen in die Impfberatung und für die Impfstatuskontrolle stärker einzubinden (vgl. BAG, 2018b).

Grafik G 10.2 zeigt den Anteil der Kinder, die die sogenannten Basisimpfungen erhalten haben (Durchimpfungsquoten). Basisimpfungen sind gemäss Schweizerischem Impfplan 2019 im Kindes- und Jugendalter empfohlen und als unerlässlich für die individuelle und öffentliche Gesundheit eingestuft. Dargestellt sind die nationalen Durchimpfungsquoten (blaue Balken) sowie die ermittelten kantonalen Höchst- und Tiefstwerte (Dreiecke/Diamanten). Die Impfquoten beziehen sich entsprechend den Empfehlungen des Impfplans jeweils auf unterschiedliche Altersgruppen und Anzahl Dosen (vgl. Grafik-Legende). Bei den meisten Impfungen (Hib, MMR, Per, Polio, DT) wird eine Quote von 95% angestrebt; nicht für alle Impfungen wurden jedoch explizit Durchimpfungsziele definiert (vgl. BAG, 2018b; BAG & EKIF, 2019).

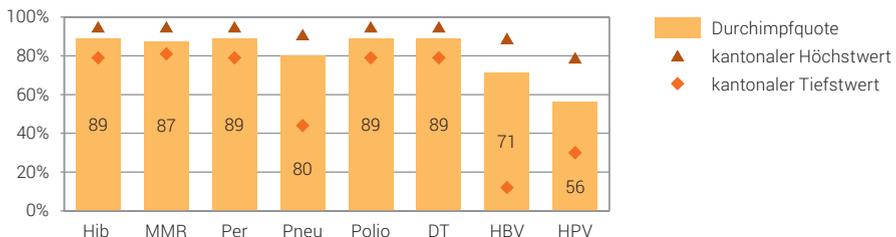
Am höchsten sind Durchimpfungsquoten für Haemophilus influenzae Typ B (89%), Masern-Mumps-Röteln (87%), Pertussis (Keuchhusten), Poliomyelitis (Kinderlähmung) und Diphtherie-Tetanus (je 89%), welche gemäss Impfempfehlung in den ersten beiden Lebensjahren erfolgen. Die tiefste Quote zeigt sich bei der HPV-Impfung (56%), die erst

seit 2007 für Mädchen im Alter von 11–14 empfohlen wird. In einzelnen Kantonen werden die Durchimpfungsziele für Hib, MMR, Pertussis und HBV erreicht, im nationalen Durchschnitt bestehen bei allen Impfungen Differenzen zur angestrebten Quote.¹⁵ Die grössten kantonalen Unterschiede bestehen bei HPV und Hepatitis B. Diese werden mit den kantonal unterschiedlichen Rollen von schulärztlichen Diensten in Verbindung gebracht (Spaar & Masserey 2015).

Die Durchimpfungsraten haben seit 2005 für alle Impfungen moderat zugenommen, mit Ausnahme von HPV, wo die Quote zwischen den Erhebungsperioden 2008–2010 und 2011–2013 stark angestiegen ist (von 24% auf 54%). Die kantonalen Differenzen bei dieser (seit 2007 empfohlenen) Impfung bleiben gross, während für die restlichen Impfungen tendenziell eine Abnahme der kantonalen Unterschiede festgestellt werden kann. Im Zuge der Strategie zur Masernelimination (2011–2015) haben Bund, Kantone und andere Akteure Massnahmen umgesetzt, um die Durchimpfungsquote zu erhöhen. Die Daten des SNVCS zeigen, dass die MMR-Impfquoten (dank Nachholimpfungen) bei 8- und 16-Jährigen gestiegen sind und die interkantonale Spannweite verringert werden konnte (BAG, 2018a). Bei Kleinkindern ist das Ziel einer Durchimpfungsquote von 95% (zwei Impfdosen im Alter von zwei Jahren) jedoch noch nicht erreicht, sie liegt im Zeitraum 2014–2016 bei 87%, das heisst unter der notwendigen «Herdenimmunität», sodass weiterhin Masernepidemien möglich sind (siehe Kapitel Körperliche Gesundheit und Entwicklung).

Durchimpfquoten (in Prozent) der empfohlenen Basisimpfungen, Periode 2014–2016

G10.2



Legende (Impfempfehlungen in Anzahl Dosen pro Alterskategorie): Hib = Haemophilus influenzae Typ B (2 J., 4 Dosen); MMR = Masern-Mumps-Röteln (2 J., 2 Dosen); Per = Keuchhusten (2 J., 4 Dosen); Pneu = Pneumokokken (2 J., 3 Dosen); Polio = Poliomyelitis (8 J., 5 Dosen); DT = Diphtherie-Tetanus (16 J., 6 Dosen); HBV = Hepatitis-B-Virus (16 J., 2 Dosen); HPV = Humane Papillomaviren bei Mädchen (16 J., 2 Dosen)

Anmerkung: Angaben des Kantons BE ohne Stadt Bern; bei Polio und DT fehlen die Angaben zum Kanton JU. Die Pneumokokken-Impfung wird erst seit dem Impfplan 2019 als Basisimpfung empfohlen (zuvor als ergänzende Impfung), was die im Vergleich tiefere Durchimpfungsrate erklären mag.

Quelle: Swiss National Vaccination Coverage Survey SNVCS – Erhebungsperiode 2014–2016

© Obsan 2020

¹⁵ Die Durchimpfungsquoten für DT und Polio sind im Kleinkindalter relativ hoch. Mit zunehmendem Alter sinkt jedoch die Compliance mit den Impfempfehlungen: Die in BAG (2018b) angegebenen Durchimpfungsziele werden sowohl bei Diphtherie-Tetanus (16 J., 6 Dosen: 72%) und Polio (8 J., 5 Dosen: 80%) in den älteren Altersklassen weniger gut erreicht.

Sekundärprävention, Früherkennung und Frühintervention

Ziel der Früherkennung und Frühintervention ist es, Anzeichen einer Erkrankung, ungünstige Entwicklungen und Rahmenbedingungen oder problematische Verhaltensweisen frühzeitig wahrzunehmen, passende Hilfestellungen zu finden und die Betroffenen in ihrer gesunden Entwicklung und gesellschaftlichen Integration zu unterstützen. Die Frühintervention kann medizinische Behandlungen, Beratung und Begleitung, aber auch Massnahmen zur Stärkung vorhandener Ressourcen und zur Reduktion vorhandener Belastungsfaktoren umfassen (Nationale Charta Früherkennung und Frühintervention, 2016). Die Sekundärprävention erfordert demnach einerseits Strukturen und Instrumente, um Anzeichen für gesundheitliche und psychosoziale Probleme bei Kindern und ihren Familien zu erkennen. Ebenso wichtig ist die Vernetzung der involvierten Fachpersonen und Akteure wie Gesundheitsfachpersonen, Beschäftigte bei Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe und Akteure im schulischen und sozialen Umfeld (Hafen, 2014), um bedarfsgerechte Massnahmen zu entwickeln und umzusetzen.

Die Früherkennung von medizinischen Problemen, Geburtsgebrechen und Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen erfolgt im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen und mit indizierten Screenings und Abklärungsverfahren. Beispiel hierfür sind die Massnahmen zur Früherkennung und Frühdiagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen im Tessin, die seit 2009 umgesetzt werden (Ramelli, 2017).

Psychosoziale Belastungen in der Kindheit und Jugend, welche mit besonderen Risiken für die gesundheitliche und soziale Entwicklung verbunden sind, werden in der englischsprachigen Literatur als «adverse childhood experiences» bezeichnet. Hierzu gehören unter anderem direktes Erleben von Gewalt und emotionaler Vernachlässigung, aber auch belastende familiäre Situationen (Suchterkrankungen oder psychische Erkrankung der Eltern, häusliche Gewalt, vgl. Donkin & Allen, 2015; BAG, 2018c; siehe auch Kapitel Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen).

In manchen Bereichen verfügt die Schweiz bereits über institutionalisierte Formen und Netzwerke der Früherkennung und Frühintervention, so im Bereich des Kinderschutzes (unter anderem mit Kinderschutzgruppen an pädiatrischen Kliniken und Abteilungen). Auch zur Früherkennung und Frühintervention bei Kindern und Jugendlichen mit risikoreichem Verhalten (z. B. Suchtmittelkonsum, Gewalt/Delinquenz, Essstörungen) bestehen Konzepte und Grundlagen, die in Gemeinden und Schulen umgesetzt werden (vgl. RADIX, 2015). Hingegen scheinen bei Kindern und Jugendlichen in belastenden familiären Situationen sowohl die Früherkennung als auch die Massnahmen zur Frühintervention noch ausbaufähig zu sein. So soll beispielsweise die Früherkennung innerfamiliärer Gewalt in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Gesundheitsfachpersonen integriert werden.¹⁶

¹⁶ Vgl. Bericht des Bundesrats vom 17.01.2018 über die Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen.

Im Rahmen der Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) wird unter anderem eine bessere Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und Beratungsangeboten aus dem Sozialbereich angestrebt, insbesondere im Kontext der frühen Kindheit (BAG, 2018c).

Bedarfsgerechte Massnahmen der Frühintervention und Behandlung sind gruppenspezifisch. Für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien oder mit psychisch kranken Eltern gibt es spezifische Therapie- und Beratungsangebote und Behandlungskonzepte. Im Frühbereich sollen künftig Ansätze der familienzentrierten Vernetzung gefördert werden, um im Sinne eines interinstitutionellen, interprofessionellen Case Managements sozioökonomisch benachteiligte und/oder mehrfach belastete Familien zu unterstützen (BAG, 2018c).

Tertiärprävention

Ziel der Tertiärprävention ist es, nach einer Akutbehandlung oder bei einer chronischen Erkrankung Folgeschäden, Rückfälle oder chronische Krankheitsverläufe zu vermeiden. Nebst Angeboten der Rehabilitation gehören hierzu Disease-Management-Programme, die sich für viele chronische Krankheiten etabliert haben. Beispiel eines neueren strukturierten Behandlungsprogramms für Kinder und Jugendliche ist das Konzept zur Betreuung bei Übergewicht und Adipositas, das im Schweizer Pilotprojekt KIDSSTEP entwickelt und evaluiert wurde. Seit 2008 werden multiprofessionelle Therapieprogramme in Gruppen und seit 2014 auch auf individueller Ebene bei Adipositas von der OKP vergütet (L'Allemand et al., 2014; Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV).

Im Kontext der NCD-Strategie werden Massnahmen umgesetzt, um Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) über die gesamte Versorgungskette zu stärken. Menschen mit erhöhten Krankheitsrisiken und bereits erkrankte Menschen sollen mit präventiven und gesundheitsförderlichen Angeboten unterstützt werden, um den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die gesellschaftliche Teilhabe zu erhalten (BAG & GFCH, 2017). Seit 2018 werden Projekte in den Bereichen NCD, Sucht und psychische Gesundheit unterstützt, welche die Weiterentwicklung, Verbreitung und Etablierung der Prävention in der Versorgung stärken. Von insgesamt 14 Projekten der Förderrunde 2018 richten sich zwei explizit an Kinder, Jugendliche und deren Familien: «Keine Daheimnisse» (Prävention häuslicher Gewalt an Kindern) und «Starke Familie» (Früherkennung und Frühintervention bei Familien mit übergewichtigen Kleinkindern).

Nationale Übersichtsstudien zu Umfang und Verbreitung von strukturierten Disease-Management-Programmen, die sich spezifisch an Kinder und Jugendliche richten, gibt es nicht (siehe auch Kapitel Chronische Krankheiten und Behinderungen).

Ambulante medizinische Versorgung

Konsultationen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 0 bis 25 Jahren nahmen im Jahr 2017 bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchschnittlich 3,8 Konsultationen in Anspruch. Bei der jüngsten Altersgruppe (0–5 Jahre) sind die Pro-Kopf-Konsultationen mit 4,9 deutlich höher, was mit den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen zusammenhängen dürfte. Welche Fachärztinnen und Fachärzte von den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen insgesamt und den unterschiedlichen Altersgruppen konsultiert wurden, ist in Tabelle T 10.3 dargestellt. Es zeigt sich eine starke Konzentration auf wenige Fachgebiete: Über alle Altersklassen betrachtet finden mindestens 64% aller Konsultationen in der Grundversorgung statt (Kinder- und Jugendmedizin, Allgemeine Innere Medizin, Praktische Ärztinnen/Ärzte). Rund 87% aller Konsultationen entfallen auf die 10 in der Tabelle T 10.3 aufgeführten Fachgebiete.

Konsultationen in Arztpraxen und Hausbesuche von Ärztinnen und Ärzten, nach Fachgebiet und Alter, 2017 T 10.3

Fachgebiet	Anzahl Konsultationen pro 100 Kinder/ Jugendliche, nach Altersgruppe						Anteil an allen Konsultationen der Altersgruppe					
	Total	0–5	6–10	11–15	16–20	21–25	Total	0–5	6–10	11–15	16–20	21–25
Kinder- und Jugendmedizin	151	393	180	121	36	3	40%	80%	57%	38%	9%	1%
Allgemeine Innere Medizin (inkl. Prakt. Ärzt/innen)	92	41	40	73	163	139	24%	8%	13%	23%	41%	41%
Psychiatrie und Psychotherapie	18	1	6	9	27	45	5%	<1%	2%	3%	7%	13%
Gynäkologie und Geburtshilfe	16	<1	<1	2	27	45	4%	<1%	<1%	1%	7%	13%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	16	3	23	29	21	6	4%	1%	7%	9%	5%	2%
Ophthalmologie	15	9	25	24	14	7	4%	2%	8%	8%	3%	2%
Dermatologie und Venerologie	13	3	8	15	24	16	3%	1%	2%	5%	6%	5%
Oto-Rhino-Laryngologie	7	6	10	6	8	7	2%	1%	3%	2%	2%	2%
Radiologie	3	1	2	4	6	5	1%	<1%	<1%	1%	1%	1%
Orthopädische Chirurgie und Traumatologie	3	<1	1	5	7	4	1	<1%	<1%	1%	2%	1%
Restliche Fachgebiete	44	34	24	33	64	64	12%	7%	8%	10%	16%	19%
Total	378	490	318	320	396	341	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Anmerkungen: In den «restlichen Fachgebieten» sind auch nicht zuordenbare Konsultationen enthalten, u. a. die im SASIS-Datenpool ausgewiesene Kategorie «Gruppenpraxen».

Die Bedeutung der kinderärztlichen Versorgung nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab, von 80% aller Konsultationen in der jüngsten Altersgruppe (0–5 Jahre) auf 1% bei den 21–25-Jährigen. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (16–25-Jährige) erfolgen gut 40% aller Konsultationen in der Grundversorgung; bei 20- bis 25-Jährigen erweisen sich nebst der Grundversorgung die Psychiatrie und Gynäkologie mit je 13% der Konsultationen als zentrale Versorgungsbereiche.

Konsultationen in psychiatrischen Praxen

Aus der obigen Tabelle geht hervor, dass die Psychiaterinnen und Psychiater zu den im Vergleich am häufigsten konsultierten Facharztgruppen zählen (Erwachsenenpsychiatrie kommt an dritter, Kinder- und Jugendpsychiatrie an fünfter Stelle). Die jährliche Anzahl Konsultationen bei niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, mit einer Konsultationsrate von 22 pro 100 Kinder/Jugendliche (2005) auf 33 pro 100 Kinder/Jugendliche im Jahr 2017. Der Anteil der 0- bis 25-jährigen Versicherten, die 2017 mindestens eine Konsultation in einer psychiatrischen Praxis hatten, beträgt durchschnittlich 4%; von den betrachteten Altersgruppen ist dieser Anteil bei den jungen Erwachsenen (20–25 Jahre) mit 6% am höchsten.¹⁷

Ein gewisser Anteil der Konsultationen entfällt auf Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die von Psychiaterinnen und Psychiatern (in geringerem Masse auch von Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten) angestellt sind. Aufgrund der Datenlage lässt sich hier die Anzahl Konsultationen nicht eruieren; bemessen an den Gesamtkosten der Psychotherapie macht der Leistungsanteil der delegierten Psychotherapie in allen Altersgruppen zwischen 40 und 47% aus (Quelle: SASIS AG – Tarifpool, 2016).

Spitalambulante Versorgung

Im spitalambulanten Bereich wurden gemäss der neu aufgebauten BFS-Statistik «Patientendaten Spital ambulant» (PSA) im Jahr 2017 durchschnittlich 1,2 Konsultationen pro Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 0 bis 25 Jahren verzeichnet. Mit total gut 2,7 Millionen Konsultationen im Jahr 2017 sind dies zwar deutlich weniger als die knapp 8,7 Millionen Konsultationen in ärztlichen Praxen. Bei den pädiatrischen Kliniken selbst aber machen ambulante und teilstationäre Versorgungsangebote einen grossen Teil der gesamten Leistungen aus: In den pädiatrischen Spezialkliniken kamen im Jahr 2017 auf 18 900 stationäre Fälle (Austritte) 431 500 spitalambulante Konsultationen (Quelle: Kennzahlen Schweizer Spitäler, 2017).

¹⁷ Real dürften diese Werte etwas tiefer liegen, da Personen, die im selben Jahr Konsultationen bei zwei verschiedenen Leistungserbringern aufweisen, doppelt gezählt werden (Quelle: SASIS AG – Datenpool; Gemeinsame Einrichtung KVG – Risikoausgleich / Analyse Obsan).

Notfallkonsultationen

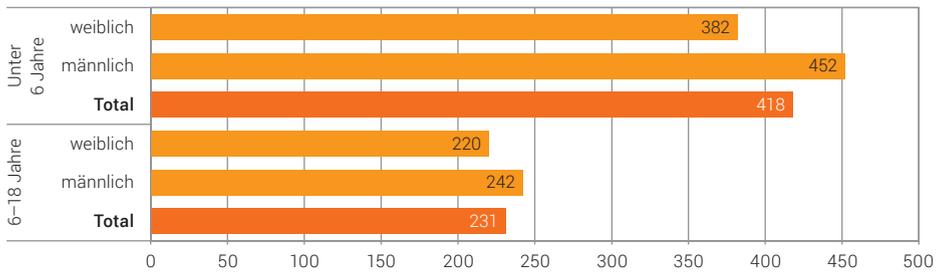
Die rund 100 medizinischen Notfallstationen in der Schweiz spielen für die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine grosse Rolle: Im spitalambulanten Bereich betrafen 2016 39% der Notfallkonsultationen Patientinnen und Patienten unter 26 Jahren (in absoluten Zahlen: 652 000 Konsultationen, vgl. Merçay, 2018, S. 20). Bei den Nutzungsraten (Konsultationen pro 1000 Einwohner/innen) zeigen sich deutliche Differenzen nach Alter und Geschlecht. Am höchsten ist die Inanspruchnahme von Notfalldiensten bei Kindern unter 6 Jahren (418 Konsultationen pro 1000 Einwohner/innen), wobei die Nutzungsrate der Buben um 18% höher liegt als diejenige der Mädchen (vgl. Grafik G 10.3). Betrachtet man die Altersgruppe der 6- bis 18-Jährigen, ist die Nutzungsrate nur halb so hoch (231 Konsultationen pro 1000 Einwohner/innen), sie liegt jedoch immer noch über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt (197 Konsultationen pro 1000 Einwohner/innen). Bei den jungen Erwachsenen (19- bis 25-Jährige: 263 Konsultationen pro 1000 Einwohner/innen, in der Grafik nicht dargestellt) haben Frauen eine leicht höhere Nutzungsrate als Männer, was gemäss Merçay (2018, S. 20) mit gynäkologischen Problemstellungen zusammenhängen dürfte.

Die Analyse der statistischen Erhebung «Patientendaten Spital ambulant» des BFS (PSA, erstes Datenjahr 2016) durch Merçay (2018) zeigt weiter, dass rund 10% der Konsultationen Personen betreffen, welche die Notfalldienste mehrmals pro Jahr nutzen. Auch die Mehrfachnutzung betrifft vor allem Kinder unter 6 Jahren: Ein Drittel von ihnen war während des Jahres (hier: 2016) mehrere Male auf der Notfallstation. Dieser Anteil ist bei Kindern ausländischer Nationalität (38%) höher als bei Schweizer Kindern (30%). Anhand der verfügbaren Daten lassen sich keine Schlüsse zu den Hintergründen für die auch zwischen den Kantonen unterschiedlichen Nutzungsmustern ziehen. Fest steht, dass diese mit der Angebotssituation zusammenhängen (v. a. Verfügbarkeit von Walk-in-Kliniken und Ambulatorien; Zusammenarbeit mit niedergelassenen Haus- und Kinderärztinnen und -ärzten).

Im Notfall besteht grundsätzlich eine Behandlungspflicht, es gibt jedoch kein einheitliches Verständnis von «Notfall». Die Entscheidung, ob es sich um einen Notfall handelt, liegt bei der Ärzteschaft (Sottas et al., 2014). Notfalldienste werden von Personen mit Gesundheitsproblemen sehr unterschiedlichen Schweregrades aufgesucht (Merçay, 2018). Teilweise hat dies mit fehlenden Kenntnissen des Gesundheitssystems zu tun (z. B. Migrantinnen und Migranten, die aus ihrem Herkunftsland kein Hausarztssystem kennen, vgl. Sottas et al., 2014). Teilweise liegt es auch daran, dass es für Menschen mit tieferem sozioökonomischem Status (die z. B. in prekären Arbeitsverhältnissen im Stundenlohn arbeiten) schwierig sein kann, für eine haus- oder kinderärztliche Konsultation frei zu nehmen. Auch finanzielle Gründe können eine Rolle spielen: Spitäler, insbesondere öffentliche, scheinen eher als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Möglichkeiten zu finden, Personen trotz unzureichendem Versicherungsschutz und/oder

Anzahl Notfallkonsultationen pro 1000 Kinder/Jugendliche, 0- bis 18-Jährige, 2016

G10.3



Quelle: Merçay (2018), eigene Darstellung

© Obsan 2020

unbezahlten Rechnungen zu versorgen (u. a. dank Institutionen oder Hilfsfonds, welche in solchen Fällen einspringen, vgl. Sottas et al., 2014). Für sozial benachteiligte Gruppen mit Schwierigkeiten beim Zugang zur Regelversorgung übernehmen Notfalldienste demnach eine wichtige Funktion. Versorgungsprobleme bei diesen Gruppen bestehen aber im Bereich der Früherkennung von Krankheiten und der Behandlung chronischer Gesundheitsprobleme, da Notfallstationen keine Versorgungskontinuität gewährleisten können. Bestehende Vorsorge- und Präventionsangebote werden gerade von solchen Risikogruppen zu wenig in Anspruch genommen (Sottas et al., 2014).

Für sozial benachteiligte Gruppen mit Schwierigkeiten beim Zugang zur Regelversorgung übernehmen Notfalldienste eine wichtige Funktion.

Ambulante Kinderkrankenpflege

Damit Säuglinge, Kinder und Jugendliche mit schweren Erkrankungen oder Behinderungen im familiären Umfeld versorgt werden können, sind sie und ihre Familien vielfach auf die Unterstützung von Pflegefachpersonen angewiesen. Zu den Leistungen der spezialisierten Kinderspitex gehören nebst der Behandlungs- und Grundpflege auch die Beratung und Anleitung der Eltern. Die Spitex-Statistik des BFS weist die Versorgung der Kinder und Jugendlichen nicht separat aus. Gewisse Kennzahlen zu den Leistungen und der Inanspruchnahme sind beim Verband Kinder-Spitex Schweiz vorhanden, welcher 14 gemeinnützige Spitex-Organisationen (Stand 2018) und freiberufliche Pflegefachpersonen vereinigt, die ambulante Kinderkrankenpflege in insgesamt 23 Kantonen anbieten. Nicht abgedeckt sind die Westschweizer Kantone beziehungsweise die

französischsprachigen Kantonsteile, mit Ausnahme der Waadt, wo die pädiatrische Pflege mit der Dienstleistung IPE (*infirmières petite enfance*) auch als Angebot der Primärprävention verankert ist.¹⁸ In der Kinderspitex arbeiten diplomierte Pflegefachpersonen mit Erfahrung in der akuten Kinderkrankenpflege. 2017 waren es rund 600 Personen beziehungsweise 210 Vollzeitstellen (Verein Kinder-Spitex Schweiz – Jahresbericht 2017).

2017 haben die Organisationen von Kinder-Spitex Schweiz gut 1900 Kinder und Jugendliche versorgt, nahezu die Hälfte von ihnen unter fünf Jahre alt. Die Pflegeleistungen – knapp 200 000 Pflegestunden, davon rund ein Drittel Nachteinsätze – werden grösstenteils über die Invalidenversicherung (IV) abgegolten, welche bei sogenannten Geburtsgebrechen medizinische Massnahmen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr (mit-) finanziert. Rund 20% der Pflegestunden werden über die Krankenversicherungen finanziert; zur Deckung der Pflegevollkosten sind auch Beiträge der öffentlichen Hand sowie Spendengelder notwendig (Verein Kinder-Spitex Schweiz – Jahresbericht 2017).

Stationäre Versorgung

Im Folgenden wird gezeigt, in welchem Masse Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in stationären medizinischen und sozialmedizinischen Einrichtungen behandelt werden und welche Hospitalisierungsgründe dabei im Vordergrund stehen.

Hospitalisierungen

Im Jahr 2017 kam es zu insgesamt 243 197 Hospitalisierungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 0 bis 25 Jahren, was einem Anteil von knapp 17% aller stationären Behandlungsfälle entspricht. In dieser Zahl sind auch die gesunden Neugeborenen enthalten (76 629 Fälle, 32% der Hospitalisierungen in der Altersgruppe der 0- bis 25-Jährigen). In Tabelle T 10.4 sind die Hospitalisierungen (Behandlungsfälle, Patient/innen und durchschnittliche Aufenthaltsdauer; ohne gesunde Neugeborene) dargestellt.

Der überaus grösste Teil der stationären Behandlungen fand in der Akutsomatik statt (151 727 Hospitalisierungen). Die Hospitalisierungsraten sind in der jüngsten Altersgruppe (0–1) am höchsten (354 Fälle pro 1000 Kinder; 28,2% aller Kinder dieser Altersgruppe wurden mindestens einmal stationär behandelt). Danach werden Hospitalisierungen deutlich seltener, ab der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen steigt die Hospitalisierungsrate

¹⁸ Während der ersten vier Lebensjahre eines Kindes haben alle Familien Anspruch auf Beratung und Begleitung durch eine Pflegefachperson im häuslichen Umfeld. Parallel zu den Mütter-Väterberatungsstellen werden auch telefonische Beratungen angeboten.

aber in jeder Altersklasse wieder an (von 31 pro 1000 Personen bei den 6- bis 10-Jährigen auf 91 bei den 21–25-Jährigen). Unterschiede in der Inanspruchnahme nach Geschlecht (in der Tabelle T 10.4 nicht dargestellt) gibt es kaum.

In den Versorgungsbereichen Psychiatrie und Rehabilitation ist die Anzahl Hospitalisierungen zwar gering (Psychiatrie: 6 stationäre Fälle pro 1000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene; Rehabilitation: 1 Fall pro 1000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene), im Vergleich zur Akutsomatik sind hier aber deutlich längere durchschnittliche Aufenthaltsdauern zu verzeichnen (37 bzw. 34 Tage, vgl. rechte Spalte in Tabelle T 10.4). In allen Behandlungsbereichen gibt es Personen, die während eines Jahres mehrmals hospitalisiert werden. In der Psychiatrie sind Mehrfachhospitalisierungen am häufigsten (die Differenz zwischen den Fällen und den Personen mit stationärem Aufenthalt ist am grössten; vgl. erste und dritte Spalte in Tabelle T 10.4).

Die Inanspruchnahme in der Akutsomatik und Rehabilitation hat sich in den Jahren 2012–2017 kaum verändert, während die stationären psychiatrischen Behandlungen zugenommen haben. Die Anzahl Hospitalisierungen ist hier um 22% gestiegen, die Hospitalisierungsrate von 5 auf 6 pro 1000 Personen im Alter von 0 bis 25. Gleichzeitig sind die Aufenthaltsdauern in der Psychiatrie zurückgegangen (–11%). Dasselbe gilt für die Akutsomatik (–8%), nicht aber für die stationäre Rehabilitation (+9%).

Stationäre Aufenthalte der 0- bis 25-Jährigen, nach Versorgungsbereich und Altersgruppe, 2017

T 10.4

	Anzahl Hospitalisierungen	Hospitalisierungsrate (pro 1 000 Personen)	Anzahl Personen	Anteil 0- bis 25-Jährige mit mind. einem stationären Aufenthalt	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer (in Tagen)
Versorgungsbereich					
Akutsomatik	151 727	66	128 292	5,6%	4,0
Psychiatrie	13 762	6	9 651	0,4%	37,0
Rehabilitation	1 464	1	1 379	0,1%	34,1
Nach Altersgruppe					
0–1 J.	30 291	354	24 137	28,2%	7,2
1–5 J.	22 468	52	18 487	4,3%	3,2
6–10 J.	13 259	31	11 684	2,8%	4,5
11–15 J.	19 571	48	16 495	4,0%	7,9
16–20 J.	35 453	80	29 961	6,8%	8,5
21–25 J.	45 911	91	38 558	7,6%	8,0
Total	166 953	73	139 322	6,1%	7,0

Anmerkung: Gesunde Neugeborene (DRG-Code «P67D») wurden bei den Analysen ausgeschlossen.

Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2017; BFS – Krankenhausstatistik 2017/Analyse Obsan

© Obsan 2020

Hospitalisierungsgründe

Aus welchen Gründen werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stationär behandelt? Tabelle T 10.5 zeigt für die 10 häufigsten Diagnoseklassen jeweils die Anzahl Hospitalisierungen und deren Anteil an den stationären Behandlungsfällen der 0- bis 25-Jährigen insgesamt. Aus der Analyse geht hervor, dass Verletzungen und Vergiftungen die häufigsten Hospitalisierungsgründe sind (20% der Fälle), gefolgt von Krankheiten des Atmungssystems wie z. B. Mandelentzündungen und Bronchitis (13%) und psychischen Störungen (10%). Während die ICD-Codes P00–P96 mit der Behandlung von kranken Neugeborenen in Zusammenhang stehen (9% der Fälle), handelt es sich bei den gut 12 000 Behandlungsfällen für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett um junge Mütter.¹⁹

Häufigste Diagnoseklassen bei stationären Aufenthalten der 0- bis 25-Jährigen, 2017

T 10.5

Diagnosen nach ICD-10 Kapitel	Anzahl Fälle	Anteil der stat. Aufenthalte
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen (S00–T98)	32 635	20%
Krankheiten des Atmungssystems (J00–J99)	22 242	13%
Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	17 228	10%
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00–P96)	14 076	9%
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99)	12 112	7%
Krankheiten des Verdauungssystems (K00–K93)	11 065	7%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00–M99)	10 063	6%
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00–B99)	7 559	5%
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00–Q99)	6 186	4%
Krankheiten des Urogenitalsystems (N00–N99)	5 865	4%
Restliche 10 Diagnoseklassen	27 537	17%
Total	166 568	100%

Anmerkung: Gesunde Neugeborene (DRG-Code «P67D») wurden bei den Analysen ausgeschlossen.

Quellen: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2017; BFS – Krankenhausstatistik 2017/Analyse Obsan und BASS © Obsan 2020

¹⁹ Es sind dies grösstenteils (87%) Frauen der Altersgruppe 21–25 (in der Tabelle nicht dargestellt).

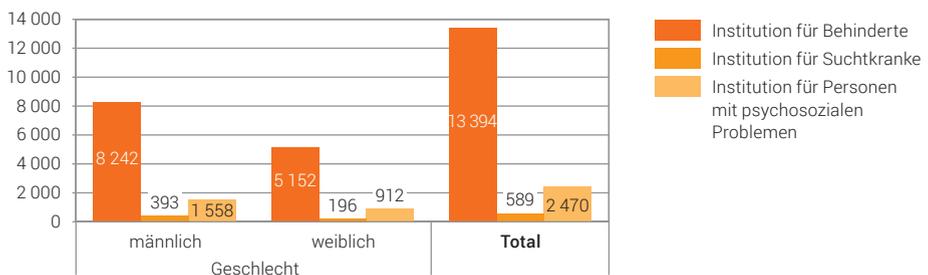
Auf Ebene der Hauptdiagnosen (dreistelliger ICD-10 Code; in der Tabelle nicht dargestellt) finden sich die grössten Fallzahlen bei Gehirnerschütterungen (S06), Mandelentzündungen (J35), Blinddarmentzündungen (K35), Verrenkungen/Verletzungen des Kniegelenks (S83), Atemnot beim Neugeborenen (P22), akuter Bronchitis (J20) und Unterarmfrakturen (S52). Zu den 10 häufigsten Diagnosekategorien gehören auch zwei aus dem Bereich Psychiatrie: Depressive Episode (F32) und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Mit zwischen 2499 und 7519 Behandlungsfällen machen aber diese häufigsten Diagnosen insgesamt nur einen kleinen Prozentsatz aller Hospitalisierungen aus. Die Gesundheitsprobleme, welche bei Kindern und Jugendlichen zur Inanspruchnahme stationärer Behandlungen führen, sind vielfältig.

Sozialmedizinische Institutionen

Im Jahr 2015 wurden 16 453 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 0 bis 24 Jahren aufgrund einer Behinderung, einer Suchterkrankung oder psychosozialen Problemen in spezialisierten Einrichtungen betreut (vgl. Grafik G10.4).²⁰ Am häufigsten sind Aufenthalte in Institutionen für Menschen mit einer Behinderung (rund 80% der Klient/innen); die anderen Institutionstypen haben es mit deutlich weniger Personen zu tun (Institutionen für Psychosoziale Probleme: 2 470 Personen; Suchttherapie: 589 Personen). Augenfällig sind die geschlechtsspezifischen Differenzen in der Inanspruchnahme: Der Anteil männlicher Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener ist in allen Institutionstypen höher; insgesamt beträgt er rund 62%.

Anzahl der 0- bis 24-jährigen Klient/innen in sozialmedizinischen Institutionen, nach Geschlecht und Institutionstyp, 2015

G10.4



Quelle: BFS – SOMED 2015

© Obsan 2020

²⁰ Neuere Zahlen sind nicht verfügbar, da die Teilnahme an der Erhebung seit 2016 nicht mehr obligatorisch ist.

Arzneimittel

Die Arzneimitteltherapie bei Kindern ist mit spezifischen Herausforderungen verbunden, da Medikamente meist für erwachsene Patientinnen und Patienten entwickelt beziehungsweise in klinischen Studien getestet werden. Für den Einsatz solcher Medikamente bei Kindern fehlen entsprechend Dosierungsempfehlungen, was ein erhöhtes Risiko für Medikationsfehler bedeutet (Tilen & Berger, 2017). Um die Arzneimittelsicherheit bei Kindern zu verbessern, wurde im Jahr 2013 mit dem Aufbau einer nationalen Datenbank mit einheitlichen Empfehlungen zur Indikation, Dosierung und Verabreichung von Arzneimitteln bei Kindern und Neugeborenen begonnen. Seit April 2018 ist das Verzeichnis online unter swisspeddose.ch verfügbar.

Öffentliche Statistiken zum Arzneimittelverbrauch von Kindern und Jugendlichen aller Altersgruppen in der Schweiz beschränken sich weitgehend auf die Medikamentenkosten im Rahmen der OKP. Aus der OKP-Statistik des Bundesamts für Gesundheit fürs Jahr 2016 geht hervor, dass von insgesamt 1,9 Milliarden Franken Bruttoleistungen in der Altersgruppe der 0- bis 18-Jährigen rund 225 Millionen Franken auf Medikamentenbezüge bei Ärztinnen und Ärzten sowie in Apotheken entfielen.

Bevölkerungsbefragungen wie die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), Suchtmonitoring Schweiz und HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) decken nicht die gesamte Altersgruppe der 0- bis 25-Jährigen ab. Sie erheben Wochen- oder Monatsprävalenzen des Gebrauchs ausgewählter Arzneimittel.²¹ So fokussiert das Suchtmonitoring auf psychoaktive Medikamente, gruppiert in drei Kategorien: starke Schmerzmittel (explizit ohne die handelsüblichen, rezeptfrei erhältlichen Kopfschmerzmittel wie Aspirin oder Paracetamol), Schlaf- und Beruhigungsmittel sowie Psychostimulanzien (z. B. Ritalin®). Tabelle T 10.6 zeigt die in der Befragung 2016 ermittelten Jahresprävalenzen des Medikamentengebrauchs von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 15 bis 24 Jahren.

Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in den letzten 12 Monaten, 15- bis 24-Jährige, 2016 **T 10.6**

	15–19 J.	20–24 J.
Starke Schmerzmittel	12,8%	18,5%
Schlaf- und Beruhigungsmittel	4,5%	7,4%
Psychostimulanzien (z. B. Ritalin®, Medikinet®, Concerta®, Modasomil®)	2,9%	3,3%

Quelle: Suchtmonitoring Schweiz (Gmel et al., 2018)

© Obsan 2020

²¹ In HBSC wird lediglich nach der Einnahme von Medikamenten mit der Absicht psychoaktiver Effekte («um sich zu berauschen») gefragt.

Methylphenidathaltige Arzneimittel wie Ritalin® werden zur therapeutischen Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizits- und Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) verschrieben; vermutet werden aber auch missbräuchliche Einnahmen zwecks Leistungssteigerung (vgl. Gmel et al., 2018). Der Gebrauch solcher Medikamente bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren wurde vor dem Hintergrund der breiten öffentlichen Diskussion der Thematik in einer Einzelstudie anhand von Leistungsdaten dreier Krankenkassen vertieft untersucht (Pletscher & Wieser, 2012). Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen 2005 und 2008 der Anteil der 0- bis 18-Jährigen mit mindestens einem Bezug eines methylphenidathaltigen Arzneimittels von 0,61 auf 0,85% angestiegen ist. Insgesamt kommt die Studie jedoch zum Schluss, dass die Verschreibungspraxis den Empfehlungen der Fachliteratur entspricht (vgl. Pletscher & Wieser, 2012).

Gewisse Anhaltspunkte zum Medikamentenverbrauch in der Altersgruppe der 0- bis 18-Jährigen insgesamt lassen sich dem Arzneimittelreport der Helsana-Gruppe, eines grossen Krankenversicherers, entnehmen. Leistungsabrechnungsdaten werden dazu auf die Schweiz hochgerechnet. Im Report werden die Menge und Kosten von Medikamenten nach Wirkstoffgruppen (Ebene 2 der sog. ATC-Klassifikation) ausgewiesen. Medikamente, die rezeptfrei bezogen und von Patientinnen und Patienten selbst bezahlt

Die 15 meistbezogenen therapeutischen Medikamentengruppen (ATC Ebene 2) der 0- bis 18-Jährigen, 2017

T 10.7

ATC Ebene 2	Bezeichnung	Anteil der 0–18-Jährigen mit Bezug
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	33%
N02	Schmerzmittel	29%
J07	Impfstoffe	25%
J01	Systemische Antibiotika	19%
R01	Schnupfenmittel	17%
R05	Husten- und Erkältungsmittel	15%
D02	Hautschutzmittel	11%
R06	Systemische Antihistaminika	11%
S01	Augenmedikamente	9%
A07	Mittel gegen Durchfall	9%
R03	Atemwegserweiternde Mittel	8%
A11	Vitamine	8%
D07	Lokale Steroide	8%
N01	Lokale Narkosemittel	7%
D01	Lokale Antimykotika	7%

Anmerkungen: Basis der Berechnungen bilden Medikamentenbezüge, welche im Rahmen der OKP vergütet wurden (ohne OTC-Bezüge). Es handelt sich dabei vorwiegend um ambulante Leistungen, da Arzneimittel im stationären Bereich grundsätzlich im Rahmen der Fallpauschale vergütet werden.

werden (sog. Over-The-Counter-Bereich, OTC), sind in den Daten nicht enthalten. Gemäss den Analysen des Helsana-Reports entfielen 2017 gut 7% aller Medikamentenbezüge und 3% der gesamten Medikamentenkosten auf Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren. Tabelle T 10.7 zeigt, welche Medikamentengruppen in dieser Altersgruppe am häufigsten bezogen werden, sowie den Anteil Personen mit dem entsprechenden Medikamentenbezug. Betrachtet man Letztere, fallen entzündungshemmende Medikamente (M01) am stärksten ins Gewicht, gefolgt von Schmerzmitteln (N02). Erst an dritter Stelle folgen die Impfstoffe (J07), die nominal die grösste Anzahl Bezüge aufweisen.

Im Zeitraum von 2013 bis 2017 verzeichnet der Helsana-Report einen Anstieg der Medikamentenbezüge bei den 0- bis 18-Jährigen von 7,5 Millionen im Jahr 2013 auf 8,2 Millionen im Jahr 2017. Bei den meistbezogenen Medikamenten gab es hingegen kaum Veränderungen – einzig die Vitamine (A11) kamen im Jahr 2017 neu auf die Liste.

10.3 Kosten

Die gesundheitliche Versorgung wird in der Schweiz von einer Vielzahl verschiedener Einrichtungen erbracht und durch unterschiedliche Kostenträger finanziert (öffentliche Hand, Versicherungen, Selbstzahlungen). Die direkten Kosten umfassen Leistungen für die Prävention, Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, Pflege und ähnlichem. Gemäss der BFS-Synthesestatistik «Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens» werden die gesamten Gesundheitskosten in der Schweiz im Jahr 2017 auf rund 82,5 Milliarden Franken geschätzt. Dabei entfallen rund 9,9 Milliarden oder 12,1% auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 0 bis 25 Jahren (deren Anteil an der Gesamtbevölkerung betrug 27% im Jahr 2017).

Gesundheitskosten nach Alter und Leistungsart

Die nachfolgenden Grafiken zeigen die Entwicklung der Gesundheitskosten nach den verschiedenen Altersklassen und Leistungsart. Aus Grafik G10.5 geht hervor, dass die Kosten in der Altersgruppe der 0- bis 25-Jährigen zwischen 2010 und 2017 nominal um rund 1603 Millionen Franken angestiegen sind (von 8341 auf 9944 Millionen Franken). Die Kostenzunahme ist bei den 0- bis 25-Jährigen geringer als in der Gesamtbevölkerung (19,2% vs. 26,7%).

Pro Kopf betrachtet, betragen die Kosten für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Jahr 2010 pro Monat 312 Franken, im Jahr 2017 362 Franken. Dies bedeutet einen Anstieg von 16% (vgl. Grafik G10.6). Tendenziell sind die Kosten bei den älteren Altersgruppen höher als bei den jüngeren. Am stärksten gestiegen sind die Kosten zwischen 2010 und 2017 bei den 11- bis 15-Jährigen (um 21% von 316 auf 383 Franken).

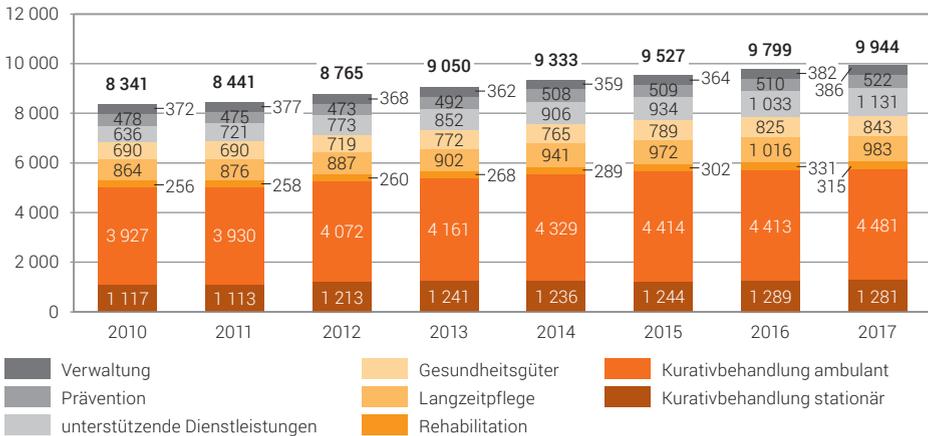
Nach Geschlecht (nicht dargestellt) ergeben sich kaum Unterschiede. Gestiegen sind sowohl die Anzahl stationär behandelte Fälle und die Anzahl Erkrankter in ambulanten Praxen, als auch die Kosten pro Fall resp. pro Erkrankte/n in ambulanten Praxen (Kosten pro Fall stationär, Kosten OKP ambulante Praxen) (nicht dargestellt).

Bezüglich der Leistungsarten (ambulante und stationäre Kurativbehandlung, Rehabilitation, Langzeitpflege, Gesundheitsgüter, unterstützende Dienstleistungen, Prävention) bilden die ambulanten Kurativbehandlungen den mit Abstand grössten Kostenblock; die Kostenstruktur ist für alle Altersgruppen ähnlich. Der Kostenanteil für Prävention – hierzu gehören unter anderem Kampagnen für die Aufklärung der Bevölkerung, Massnahmen im Bereich der Unfallverhütung, der Suchtprävention und der Schulgesundheit – beträgt konstant gut 5% der Gesamtkosten in der Altersgruppe der 0- bis 25-Jährigen. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung (nicht dargestellt) macht die Prävention einen Anteil von rund 2,4% der Gesundheitskosten aus. Damit liegt die Schweiz im Vergleich zu anderen OECD-Ländern unter dem durchschnittlichen Anteil von 2,9%, der die Prävention an den gesamten Gesundheitskosten ausmacht.²²

Geschätzte jährliche Gesundheitskosten der 0- bis 25-Jährigen, nach Behandlungsbereich

G10.5

In Millionen Franken



Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2010–2017/Analyse BASS

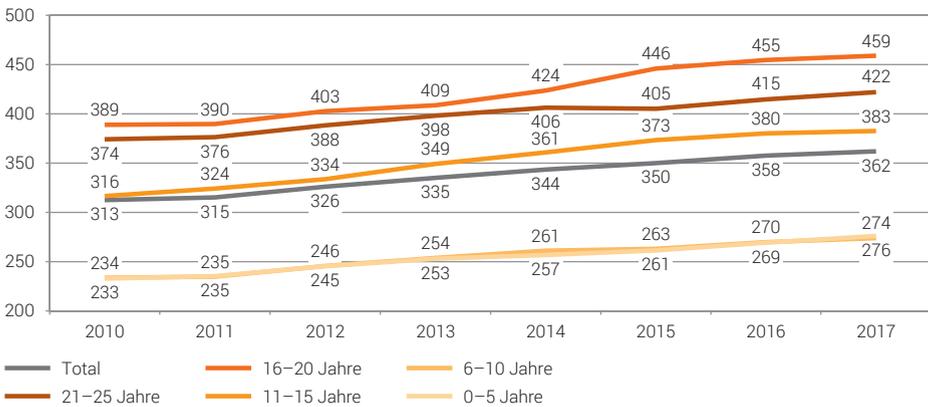
© Obsan 2020

²² Quelle: OECD.Stat (Health expenditure and financing – preventive care, share of current expenditure on health, 2016). Die Präventionsausgaben in den Datengrundlagen der teilnehmenden Länder sind teilweise aber anders kategorisiert als in der Schweiz.

Geschätzte monatliche Kosten pro Person, nach Altersgruppe

G10.6

In Franken



Quelle: BFS – Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2010–2017/Analyse BASS

© Obsan 2020

In der BFS-Statistik werden Kosten für die psychische Gesundheitsversorgung nicht separat ausgewiesen. Gewisse Informationen hierzu sind in Versicherungsdaten vorhanden (SASIS: Kosten für Behandlungen in psychiatrischen Kliniken [stationär, ambulant] sowie in psychiatrischen Praxen). Nicht enthalten sind darin jedoch Leistungen der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die selbständig tätig sind und über Zusatzversicherungen oder von den Patientinnen und Patienten selber abgegolten werden. Die verfügbaren Zahlen der SASIS zeigen im Zeitraum von 2005 bis 2017 einen kontinuierlichen Anstieg der Kosten für die psychische Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen von rund 223 Millionen auf knapp 392 Millionen Franken (pro Kopf und Jahr von 103 auf 171 Franken).

10.4 Fazit

Die vorliegende Übersicht zur Gesundheitsversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen geht von einem breiten Gesundheitsbegriff aus, der nicht nur kurative Behandlungen, sondern auch Angebote der Vorsorge und Prävention sowie Massnahmen zur Förderung einer gesunden Entwicklung als integrale Bestandteile einer zielgruppenspezifischen Versorgung betrachtet. Charakteristisch für den Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen ist die enge Verflechtung von Prävention, Früherkennung und Behandlung, welche eine sektorenübergreifende Vernetzung des Gesundheitswesens mit Akteuren und Angeboten des Erziehungs-, Bildungs- und Sozialsystems voraussetzen.

Es liegen zwar Daten zur fachärztlichen Versorgungsdichte und einige Daten zur Inanspruchnahme ambulanter und stationärer medizinischer Leistungen durch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene vor. Insgesamt ist die Datenlage jedoch ungenügend: Im Bereich der kurativen Versorgung fehlen Daten zu stationären Versorgungskapazitäten (pädiatrische Abteilungen in Allgemeinspitälern, psychiatrischen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen werden statistisch nicht separat erfasst), zur psychologischen Psychotherapie (Versorgungsdichte und Inanspruchnahme) und zum Arzneimittelverbrauch. Zu den Angeboten im Bereich Prävention liegen mit Ausnahme der Impfquoten kaum Daten zu ihrer Inanspruchnahme vor; gesamtschweizerische Zahlen zu Schwangerschaftskontrollen oder pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen fehlen. Datenlücken gibt es schliesslich auch zu Angeboten, die auf kantonaler oder kommunaler Ebene geregelt und finanziert werden (etwa schulische Gesundheitsdienste, Sonderpädagogik, Mütter- und Väterberatungsstellen).

In der Kinderheilkunde hat die Versorgungsdichte (Ärztinnen und Ärzte pro 100 000 Kinder und Jugendliche) in den letzten 10 Jahren stetig zugenommen, verlässliche Informationen zur Entwicklung der Vollzeitäquivalente in diesem Zeitraum fehlen allerdings. Aus den Versorgungsdaten allein lassen sich grundsätzlich keine Aussagen zur Über- oder Unterversorgung ableiten. Aus Einzelstudien geht hervor, dass die Sicherstellung der praxispädiatrischen Versorgung sowie die Versorgungssituation im Bereich der psychischen Gesundheit eine Herausforderung darstellt.

Informationen zur Inanspruchnahme zeigen, dass der Bedarf an ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen in den ersten Lebensjahren vergleichsweise hoch ist (Versorgung von Neugeborenen, Notfälle, Vorsorgeuntersuchungen): Ambulante Konsultationen, Hospitalisierungen wie auch die Nutzung spitalambulanter Notfalldienste sind in der jüngsten Altersgruppe häufiger als bei älteren Kindern und Jugendlichen. Ambulante Konsultationen finden vorwiegend in der Grundversorgung statt, wobei mit zunehmendem Alter andere Fachgebiete (v.a. Psychiatrie, Gynäkologie) an Bedeutung gewinnen. Hospitalisierungen finden überwiegend in der Akutsomatik statt, in den Jahren 2012–2017 ist aber eine deutliche Zunahme der stationären psychiatrischen Behandlungen zu beobachten.

Die Kosten für die Gesundheitsversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (27% der Gesamtbevölkerung) betragen gut 12% der gesamten Gesundheitskosten der Schweiz. Die monatlichen Pro-Kopf-Kosten der Altersgruppe 0–25 sind in den letzten Jahren angestiegen und betragen 2017 im Schnitt 362 Franken. Das ist weniger als die Hälfte der durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten der Gesamtbevölkerung. Am vergleichsweise geringen Kostenanteil der Kinder- und Jugendgesundheit dürfte sich kaum etwas ändern, auch dann nicht, wenn den politischen Forderungen nach Tarifanpassungen bei der IV und den Krankenkassen stattgegeben werden.

10.5 Literaturverzeichnis

- Akré, C., Chamay-Weber, C., Haller-Hester, D., Heiniger Eggimann, S., Hutter, I., Pizzagalli, C., . . . & Schlumbom, V. (2014). Obere Altersgrenze für Kinderkliniken in der Schweiz. Positionspapier der Schweizerischen Gesellschaft für die Gesundheit Adoleszenter (SGGA). *Paediatrica*, 25(4), 7f.
- Avenirsocial – Soziale Arbeit Schweiz, & Schulsozialarbeitsverband Ssav (Hrsg.) (2016). Leitbild Soziale Arbeit in der Schule. Bern/Zürich. Verfügbar unter <https://ssav.ch/de/publikationen/grundlagenpapiere>.
- Bericht des Bundesrates vom 17.01.2018 über die Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen, in Erfüllung des Postulates Feri (12.3206).*
- Bericht des Bundesrates vom 17.10.2018 über Autismus-Spektrum-Störungen: Massnahmen für die Verbesserung der Diagnostik, Behandlung und Begleitung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen in der Schweiz.*
- Bericht des Bundesrates vom 24.06.2015 über die Gesundheit von Müttern und Kindern mit Migrationshintergrund, in Erfüllung des Postulats Pasquier (12.3966).*
- BAG (2018a). Durchimpfung von 2-, 8- und 16-jährigen Kindern in der Schweiz, 2014–2016. *BAG-Bulletin*, 2018(24): 10–17.
- BAG (Hrsg.) (2018b). *Aktionsplan Nationale Strategie zu Impfungen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (Hrsg.) (2018c). *Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit (NCD-Strategie, Nationale Strategie Sucht, 2017–2024)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG, & Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) (2019). *Schweizerischer Impfplan 2019. Richtlinien und Empfehlungen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- BAG, & Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2017). *Grundlagen der Prävention in der Gesundheitsförderung (PGV) und Konzept Projektförderung PGV*. Bern.
- BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), & Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) (2016). *Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bern.
- BAG, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), & Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté) (2016). *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016. Nachwuchsbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene*. Bern.
- Burla, L., & Widmer, M. (2019). *Ermittlung des zukünftigen Bestands und Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebiet: Simulationsmodell. Technischer Bericht III im Rahmen des Teilmandats «Koordination der ärztlichen Weiterbildung»*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Cignacco, E., Berger, A., Sénac, C., Wyssmüller, D., Hurni, A., & zu Sayn-Wittgenstein, F. (2017). *Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften der Schweiz (REFUGEE)*. Bern: Berner Fachhochschule.
- Conzelmann, C., Späth, A., & Dratva, J. (2016). «Baby-freundliches Spital» in der Schweiz – Nutzen und Stellenwert. *Paediatrica*, 27(1), 36f.
- Donkin, A., & Allen, M. (2015). *The Impact of Adverse Experiences in the Home on the Health of Children and Young People, and Inequalities in Prevalence and Effects*. o.O.: UCL Institute of Health Equity. Verfügbar unter <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/the-impact-of-adverse-experiences-in-the-home-on-children-and-young-people>.
- Dratva, J., & Späth, A. (2017). *Erarbeitung Erhebungsmethoden für Datenlücken der Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz*. Basel: Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut.
- Forster, J. (2016). Unterstützung in der Schule. In K. Albermann (Hrsg.), *Wenn Kinder aus der Reihe tanzen. Psychische Entwicklungsstörungen von Kindern und Jugendlichen erkennen und behandeln* (S. 363–374). Zürich: Beobachter Edition.
- Frühe Förderung: Wichtiger Start für eine lebenslange Gesundheit (2015)*. Verfügbar unter <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/ernaehrung-und-bewegung/kinder-und-jugendliche/fokusthemen/kleinkindbereich.html>.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Hrsg.) (2018). *Gesundheitsversorgung 2018. Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie*. Zürich.
- Gmel, G., Notari, L., & Gmel, C. (2018). *Suchtmonitoring Schweiz – Einnahme von psychoaktiven Medikamenten in der Schweiz im Jahr 2016*. Lausanne: Sucht Schweiz.

- Grieser, J., & Eiholzer, U. (2005). Zum Umgang mit dem jugendlichen Patienten und seinen Eltern in der kinderärztlichen Praxis. *Paediatrica*, 16(1), 32–35.
- Grimmer, B., & Dammann, G. (2011). Stationäre Adoleszenzpsychiatrie und -psychotherapie. *Schweizerisches Medizin-Forum*, 11(23–24), 413–416.
- Gross, K., Späth, A., Dratva, J., & Zemp, E. (2014). *SWIFS – Swiss Infant Feeding Study. Eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr (Schlussbericht)*. Basel: Swiss Tropical and Public Health Institute. Verfügbar unter <http://www.swisstph.ch/swifs>.
- H+ Die Spitäler der Schweiz (2018). *DefReha® 2.0. Stationäre Rehabilitation: Definition und Mindestanforderungen*. Bern.
- Hafen, M. (2014). *„Better Together“ – Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren* (Überarbeitete und erweiterte Version des Schlussberichts zuhanden des Bundesamts für Gesundheit). Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Hostettler, S., & Kraft, E. (2019). FMH-Ärzttestatistik 2018: Wenig Frauen in Kaderpositionen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 100(12), 411–416.
- Ikhillor, P.O., Hasenberg, G., Kurth, E., Stocker Kalberer, B., Cignacco, E., & Pehlke-Milde, J. (2017). *Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen – BRIDGE*. Bern: BFH, ZHAW, & Swiss TPH.
- Jenni, O.G., & Sennhauser, F.H. (2016). Child Health Care in Switzerland. *The Journal of Pediatrics*, 177S, S2013–S212.
- L'Allemand, D., Farpour-Lambert, N., Isenschmid, B., & Laimbacher, J. (2014). Übergewichtige Kinder können jetzt umfassend behandelt werden. *Schweizerische Ärztezeitung*, 95(44), 1640–1643.
- Merçay, C. (2018). *Le recours aux services d'urgence en Suisse. Description des différences cantonales* (Obsan Dossier 64). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Nationale Charta Früherkennung und Frühintervention (2016)*. Verfügbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/praevention-fuer-kinder-und-jugendliche/frueherkennung-fruehintervention-bei-jugendlichen.html>.
- Pletscher, M., & Wieser, S. (2012). *Pilotstudie Kosten-Leistungsstatistik am Beispiel von methylphenidathaltigen Arzneimitteln*. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW.
- Public Health Schweiz (2012). *Positionspapier «Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter»*. Verfügbar unter https://public-health.ch/de/aktivitäten/fachgruppen/gesundheitsförderung_1/.
- RADIX – Schweizerische Gesundheitsstiftung (Hrsg.) (2015). *Früherkennung und Frühintervention in Schulen und Gemeinden – das Wichtigste in Kürze*. Verfügbar unter <https://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Frueherkennung-und-Fruehintervention/PDRml>.
- Ramelli, G.P. (2017). Früherkennung von Kindern mit Autismus-Spektrums-Störungen: Erfahrungen im Tessin. *Paediatrica*, 28(2), 36f.
- Rhiner, B., Graf, T., Dammann, G., & Fürstenau, U. (2011). Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens. Implementierung in der deutschsprachigen Schweiz und erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 39(1), 33–39.
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: RKI.
- Schmidtke, C., Kuntz, B., Starker, A., & Lampert, T. (2018). Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland. Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(4), 68–77.
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) (Hrsg.) (2011). *Checklisten für die Vorsorgeuntersuchungen nach den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie* (4. Auflage 2011, Revidiert und aktualisiert im Auftrag der SGP. Ergänzt mit den Informationen zum Gebrauch der Checklisten im Januar 2017). Verfügbar unter <https://www.swiss-paediatrics.org/de/node/50> (Zugriff am 20.02.2019).
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2015). Planung der hochspezialisierten Medizin: Informationen zum Stand der Umsetzung. *Statusbericht zuhanden des Departement des Innern (EDI)*. Bern.
- Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung (SKBF) (2018). *Bildungsbericht Schweiz 2018*. Aarau: SKBF.
- Schweizerischer Fachverband Mütter- und Väterberatung (MVB) (2017). *Faktenblatt «Profil der Anbieter von Mütter- und Väterberatung»*. Verfügbar unter https://www.sf-mvb.ch/files/7BKIAPT/faktenblatt_profildermbv_20161229.pdf (Zugriff am 02.04.2019).
- Sottas, B., Brügger, S., & Jaquier, A. (2014). *Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung? Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen*. Bourguillon.

- Spaar, A., & Masserey, V. (2015). HPV-Impfung in der Schweiz. *Pädiatrie*, 6, 8–11.
- Spaeth, A., Zemp, E., Merten, S., & Dratva, J. (2017). Baby-Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, 14(1), e12497.
- Stettler, P., Stocker, D., Gardiol, L., Bischof, S., & Künzi, K. (2013). *Strukturerhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012. Angebot, Inanspruchnahme und Kosten*. Bern.
- Stocker, D., Jäggi, J., Legler, V., & Künzi, K. (2018). *Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie*. Bern.
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A. . . & Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern.
- Strebel, S., Karg, S.R., & Baumgartner, M.R. (2017). Helpline Seltene Krankheiten. *Paediatrica*, 28(2), 51f.
- Tilen, R., & Berger, C. (2017). Ein nationales Verzeichnis zur Dosierung von Arzneimitteln bei Kindern. *Paediatrica*, 28(5), 42f.
- Tripartite Agglomerationskonferenz TAK (2014). *TAK-Integrationsdialog «Aufwachsen – gesund ins Leben starten»*. Empfehlungen an die Dialogpartner (27. Juni 2014). Bern.
- Von Wyl, A., Andreae, A., Chew Howard, E., Haemmerle, P., Passalacqua, S., Schneebeli, L., & Wade-Bohleber, L.M. (laufend). *Stationäre Angebote der psychiatrischen Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des Jugend- und Erwachsenenalters*. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG).
- Von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L., & Haemmerle, P. (2017). *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016* (Obsan Dossier 62). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Weber, A., & Gassmann, S. (2015). Zahnmedizin. In W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017* (5., vollständig überarbeitete Auflage) (S. 461–469). Bern: Hogrefe.
- Weber, P., & Jenni, O. (2012). Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Effektivität und Relevanz einzelner Früherkennungs- und Präventionsmassnahmen. *Paediatrica*, 23(4), 12–15.

11 Palliative Care



Eva Bergsträsser & Karin Zimmermann
Universitäts-Kinderspital Zürich

Kernaussagen

- Schätzungsweise 5000 Kinder und Jugendliche (0–18 Jahre) haben in der Schweiz einen palliativen Betreuungsbedarf. Diese Zahl basiert auf epidemiologischen Daten Grossbritanniens; für die Schweiz selbst liegen keine Erhebungen vor.
- In der Schweiz gibt es zu wenig Palliative-Care-Angebote für Kinder. Es ist davon auszugehen, dass nur knapp 10% der betroffenen Kinder eine spezialisierte Betreuung erhalten.
- Betroffene Familien wünschen sich neben der Linderung von Leiden eine aufrichtige Kommunikation, Einbezug in Entscheidungen und eine koordinierte und kontinuierliche Betreuung, die über den Tod hinausgeht.
- Fachpersonen, die ohne spezifische Weiterbildung in Palliative Care unheilbar kranke Kinder betreuen, wünschen sich Unterstützung durch spezialisierte Palliative-Care-Teams.
- In den Aus- und Weiterbildungsangeboten für Palliative Care fehlen spezifische Angebote für die Pädiatrische Palliative Care.
- Palliative Care für Kinder ist in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern gesundheitspolitisch noch wenig verankert.

11.1 Neugeborene, Kinder und Jugendliche mit lebenslimitierenden Krankheiten in der Schweiz

Die Zahl unheilbar kranker Kinder und Jugendlichen (0–18 Jahre, im Folgenden unter «Kinder» zusammengefasst) nimmt zu (Fraser et al., 2012; Jarvis, Parslow, Carragher, Beresford, & Fraser, 2017). Dieser Anstieg erklärt sich mit besseren Behandlungsmöglichkeiten nicht heilbarer Krankheiten und folglich mit einem längeren Überleben dieser Kinder (Bosch et al., 2018; Fraser et al., 2012). Trotz der grossen Fortschritte in der Medizin bleibt die Lebenserwartung dieser Kinder aber deutlich verkürzt. Aufgrund der Schwere ihrer Krankheit sind sie auf ein hohes Mass an Unterstützung und medizinische Betreuung angewiesen. Wiederholte ungeplante Hospitalisationen und Zeiten der Instabilität und Verschlechterung der Krankheit charakterisieren das Leben dieser Kinder und ihrer Familien (Jarvis et al., 2017).

Für die Schweiz liegen keine Daten zur Anzahl betroffener Kinder vor. Basierend auf Zahlen aus dem Vereinigten Königreich (Jarvis et al., 2017) ist davon auszugehen, dass in der Schweiz umgerechnet etwa 5000 Kinder mit lebenslimitierenden Krankheiten leben. Die Arten der lebenslimitierenden Krankheiten sind ganz unterschiedlich. Die britische Stiftung «Together for Short Lives» schlug folgende Einteilung vor (Together for Short Lives, 2018):

- Gruppe 1: Lebensbedrohliche Krankheiten, für die kurative Therapien möglich sind, die aber scheitern können (z. B. Krebserkrankungen)
- Gruppe 2: Krankheiten mit verkürzter Lebenserwartung, bei denen intensive Therapie-massnahmen lebensverlängernd sein können (z. B. zystische Fibrose oder Muskeldystrophie Duchenne)
- Gruppe 3: Progredient verlaufende Erkrankungen, deren Behandlung ausschliesslich palliativ erfolgt (z. B. Stoffwechselerkrankungen)
- Gruppe 4: Schwere, meist neurologische Beeinträchtigungen, die zu einer besonderen Anfälligkeit gegenüber Komplikationen mit unvorhersehbaren Verschlechterungen führen (z. B. schwere Zerebralparese oder schwere Hirn- oder Rückenmarksverletzungen)

Um den medizinischen Erfordernissen und Bedürfnissen dieser Kinder und ihrer Familien gerecht zu werden, sollte das umfassende Betreuungs- und Begleitungskonzept der Palliative Care, bzw. Pädiatrische Palliative Care angewendet werden.

11.2 Pädiatrische Palliative Care – Definition, Ziele und Grundsätze

Was unter Palliative Care (PC) zu verstehen ist, definiert die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften gestützt auf die WHO wie folgt: «Unter Palliative Care wird eine umfassende Behandlung und Betreuung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten verstanden. Ihr Ziel ist es, den Patientinnen und Patienten eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu ermöglichen. Dies schliesst die Begleitung der Angehörigen mit ein. Dabei soll das Leiden optimal gelindert und entsprechend den Wünschen der Erkrankten auch soziale, seelisch-geistige und religiös-spirituelle Aspekte berücksichtigt werden. Qualitativ hochstehende Palliative Care ist auf professionelle Kenntnisse und Arbeitsweisen angewiesen und erfolgt soweit möglich an dem Ort, den die betreute Person sich wünscht. Ihr Schwerpunkt liegt in der Zeit, in der Sterben und Tod absehbar werden, doch ist es oft sinnvoll, Palliative Care vorausschauend und frühzeitig eventuell bereits parallel zu kurativen Massnahmen einzusetzen.» (SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2019, S. 6). In der pädiatrischen PC wird an Stelle von «Angehörigen» von der Familie gesprochen. Die Familie spielt für Kinder eine zentrale Rolle. Weiter hat sich gezeigt, dass die Betreuung zu einem frühen Zeitpunkt einsetzen sollte und nicht erst, «wenn Sterben und Tod absehbar werden». Dies ist in der WHO- und diversen anderen Definitionen für die pädiatrische PC auch so festgehalten (Craig et al., 2008; Together for Short Lives, 2018).

Ziele und Grundsätze der Pädiatrischen Palliative Care

- Die pädiatrische PC verfolgt das Ziel einer grösstmöglichen Selbstbestimmtheit des Kindes und seiner Familie.
- Die pädiatrische PC ist ein Behandlungsansatz, der die Lebensqualität des Kindes und seiner Familie ins Zentrum stellt.
- Die Prävention und Linderung von Leiden berücksichtigen individuelle Bedürfnisse und Vorlieben.
- Die pädiatrische PC kann auch parallel zu einer potentiell kurativen Therapie sinnvoll sein.
- Der Beginn von der pädiatrischen PC richtet sich nach dem Krankheitsverlauf, den damit verbundenen Auswirkungen auf den Alltag des Kindes und der Familie, den Therapieoptionen und ihrer Wirksamkeit, der Lebenserwartung und der Bereitschaft der Familie, sich auf eine solche Begleitung einzulassen.

11.3 Wie und wo Kinder in der Schweiz sterben

Im Jahr 2017 verstarben in der Schweiz 460 Kinder, mehr als die Hälfte davon im Neugeborenenalter. Nebst Komplikationen rund um Schwangerschaft und Geburt sind angeborene Fehlbildungen, z. B. genetische Erkrankungen mit komplexen Krankheitsbildern, die häufigste Todesursache. Weitere Informationen zu Todesursachen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind im Kapitel *Demografie* zu finden.

Wie und wo Kinder mit einer lebenslimitierenden Erkrankung in der Schweiz versterben, wurde im Rahmen der nationalen Studie *Paediatric End-of-Life CARE Needs in Switzerland (PELICAN-Studie, 2012–2015)* untersucht. Das Ziel der *PELICAN*-Studie war, den Stand der Betreuung von lebenslimitiert erkrankten Kindern am Lebensende und deren Familien zu erfassen, um daraus Empfehlungen abzuleiten, wie den Bedürfnissen dieser Kinder und ihrer Familien sowie der beteiligten Fachpersonen am besten entsprochen werden kann. Dazu wurden die letzten vier Lebenswochen von 149 Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 2011 oder 2012 verstorben waren, anhand der Krankengeschichten analysiert. Die Eckzahlen sind Tabelle T 11.1 zu entnehmen.

Ort der Betreuung und des Versterbens von Kindern mit einer lebenslimitierenden Erkrankung

T 11.1

	Total n=149	Neonatologie n=57	Onkologie n=37	Neurologie n=36	Kardiologie n=19
Alter bei Tod, in Jahren (Median)	0,5	0,0	8,4	6,0	0,5
Ort des Versterbens, n (%):					
Spital:	124 (83)	55 (96)	23 (62)	29 (81)	17 (89)
Intensivstation	93	54	10	26	13
Zuhause	25 (17)	2 (4)	14 (38)	7 (19)	2 (11)
Anzahl Tage zuhause (Median)	0	0	24	21	8

Quelle: Zimmermann et al., 2018 – PELICAN-Studie

© Obsan 2020

Die Kinder litten zusätzlich zu den im Vordergrund stehenden Schmerzen an einer Vielzahl von Beschwerden. In den letzten vier Lebenswochen wurde bei jedem dritten Kind ein Eingriff durchgeführt, der eine Narkose erforderte. In den letzten 24 Stunden vor dem Tod erfolgte bei fast jedem fünften Kind ein Wiederbelebungsversuch. Bei vier von fünf Kindern, die auf der Intensivstation starben, wurde vorgängig die Entscheidung getroffen, lebenserhaltende Massnahmen abzubrechen.

Knapp die Hälfte aller Kinder verbrachte während der letzten vier Lebenswochen mindestens einen Tag zuhause. Die Hälfte von ihnen wurde zuhause von einer Kinder-*spitex* pflegerisch betreut (Zimmermann et al., 2018). Die Bedürfnisse von Kindern mit lebenslimitierenden Krankheiten und deren Familien sind vielschichtig und umfassen eine vertrauensvolle Beziehung zu den Fachpersonen, eine aufrichtige Kommunikation und den Einbezug in Entscheidungen, eine Linderung der Beschwerden des Kindes und eine koordinierte und kontinuierliche Betreuung, die über den Tod des Kindes hinausgeht (Aschenbrenner, Winters, & Belknap, 2012; Melin-Johansson, Axelsson, Jonsson Grundberg, & Hallqvist, 2014; Stevenson, Achille, & Lugasi, 2013).

Die in der *PELICAN*-Studie befragten Eltern verstorbener Kinder (n=200) berichteten grundsätzlich über gute Erfahrungen und zeigten sich zufrieden mit der Betreuung ihres Kindes. Zufrieden waren sie vor allem mit den Anstrengungen der Fachpersonen, das Leiden und die Schmerzen ihres Kindes zu lindern. Unzufriedenheit zeigte sich vor allem in Bezug auf die Kontinuität und Koordination der Betreuung. Beides ist wichtig, um die elterliche Sicherheit und das Vertrauen in die Betreuung ihres Kindes zu stärken (Zimmermann et al., 2016).

Die in der *PELICAN*-Studie interviewten Fachpersonen (n=48) aus den Bereichen Medizin, Pflege, Psychologie, Seelsorge und Musiktherapie sahen die Betreuung sterbender Kinder als wichtige Aufgabe an, die jedoch ausserhalb ihres gewohnten, mehrheitlich kurativ ausgerichteten Tätigkeitsrahmens liegt. Die Befragten hatten keine spezifische Weiterbildung in PC, regelmässig aber Kontakt mit sterbenden Kindern. Mangelndes Wissen, fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten und Richtlinien für die Betreuung unheilbar kranker und sterbender Kinder waren für die meisten Fachpersonen eine Belastung. Spezialisierte pädiatrische PC-Teams wären für viele eine wichtige Unterstützung. Fachpersonen wünschten sich, dass in der Gesellschaft und auf politischer Ebene ein stärkeres Bewusstsein entsteht, dass auch Kinder sterben und spezifische Bedürfnisse haben (Bergsträsser, Cignacco, & Luck, 2017).

11.4 Aktuelle Umsetzung Pädiatrischer Palliative Care in der Schweiz

Auftragssituation der aktiven Programme

Anders als für Erwachsene sieht die Bereitstellung eines PC-Angebotes für Kinder seitens der Kantone sehr unterschiedlich aus. Ein kantonaler Auftrag besteht bisher nur in der Waadt für das CHUV in Lausanne (seit 2005) und in Zürich für das Universitäts-Kinderspital (seit 2008). Angebote bestehen ausserdem in St. Gallen (seit 2009), Luzern (seit 2017) und Basel (seit 2019). In Lausanne und Zürich bestehen für die pädiatrische PC eingesetzte Stellen (3,0 resp. 4,85 Vollzeitäquivalent), welche vollständig durch den Kanton (CHUV) oder im Falle des Universitäts-Kinderspitals Zürich hälftig durch Spendengelder

und zur Hälfte durch das Kinderspital finanziert werden. In Luzern gibt es einen mit Spendengeldern finanzierten Stellenanteil für die pädiatrische PC (0,2 VZÄ), der für Koordinationsaufgaben vorgesehen ist, weitere Fachpersonen leisten wie in St. Gallen diese Arbeit innerhalb ihres primären Leistungsauftrags für Spezialgebiete wie Neurologie, Onkologie oder Neonatologie.

Aktuelle Betreuungssituation von betroffenen Kindern und deren Familien

Mit den pädiatrischen PC-Angeboten konnte in den vergangenen Jahren eine steigende Anzahl betroffener Kinder mit ihren Familien betreut werden (Bergsträsser, 2019); genaue Zahlen schweizweit fehlen allerdings. Die Betreuung findet mit interprofessionell zusammengestellten Teams (Pflege, Medizin, Psychologie, Sozialberatung, u. a.) statt, zu einem grossen Teil ambulant – zu Hause oder in der Langzeitinstitution, in der das betroffene Kind lebt. Der Verband Kinder-Spitex Schweiz meldet für das Jahr 2018 mehr als 300 betreute Familien mit einem Kind in einer palliativen Situation (Zimmermann, 2019). Ein kleinerer Teil der Kinder wird im stationären Setting, auf den für ihre Grunderkrankung spezialisierten Bettenstationen (Intensivstation, Onkologie, Kardiologie, usw.) betreut.

Der Bedarf wird mit diesen Angeboten in der Schweiz noch nicht gedeckt, auch innerhalb der bestehenden Zentren nicht. Bei einer geschätzten Zahl von 5000 Kindern mit lebenslimitierenden Erkrankungen und einem potentiellen pädiatrischen PC-Bedarf kann davon ausgegangen werden, dass gesamthaft nur knapp 10% der Kinder und ihre Familien eine pädiatrische PC-Betreuung erhalten.

Aus- und Weiterbildungssituation für Pädiatrische Palliative Care

In der Schweiz besteht ein grosses Erfahrungswissen zur Betreuung von Kindern in palliativen Krankheitssituationen, aber wenig formale und pädiatrische PC-spezifische Aus- und Weiterbildung. PC und pädiatrische PC sind Bestandteil des Medizinstudiums und der Grundausbildung von Pflegefachpersonen. Auf Nachfrage in allen Schweizer Kinderspitälern und Kinderspitex-Organisationen wurde betont, dass viele Pflegefachpersonen eine Basisausbildung in PC absolviert haben (Zimmermann, 2019), einige erfüllen die Voraussetzungen zur spezialisierten Versorgung und wenige Pflegefachpersonen und Ärzte zur hochspezialisierten Versorgung. Auf ärztlicher Seite verfügt im Bereich der Pädiatrie aktuell eine Spezialistin über die formale Qualifizierung im seit 2016 bestehenden interdisziplinären Schwerpunkt Palliativmedizin (SIWF Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung, 2016).

Aus- und Weiterbildungsangebote für allgemeine PC in der Schweiz sind inzwischen verbreitet. Pädiatrische PC-spezifische Angebote finden sich jedoch nur in Form einzelner Module innerhalb spezialisierter Angebote (Bern und St. Gallen). Für pädiatrische Pflegefachpersonen werden zwei Kurse (Basisausbildung und Aufbaukurs) angeboten (Bildungszentrum für Gesundheit und Soziales, 2019). Insgesamt werden die Voraussetzungen für eine erfolgreiche und spezialisierte pädiatrische PC-Versorgung mit diesen Angeboten nicht erfüllt.

Leistungsvergütung

Mit der bestehenden Tarifierung der PC in der Schweiz, ist es schwierig, Leistungen im stationären Bereich und im ambulanten Bereich kostendeckend abzurechnen (Catlos, 2018). Dies gilt insbesondere für spitalinterne Konsiliardienste, wie sie in der Pädiatrie üblich sind (Feudtner et al., 2013).

11.5 Gesundheitspolitische Verankerung der Pädiatrischen Palliative Care in der Schweiz

Die «Nationale Strategie Palliative Care» von Bund und Kantonen startete 2010 und dauerte bis Ende 2015. In dieser Zeit wurden in den Bereichen Versorgung, Finanzierung, Bildung, Sensibilisierung, Forschung und Freiwilligenarbeit zahlreiche Massnahmen umgesetzt.

In der zweiten Strategiephase wurden die Bedeutung und der Entwicklungsbedarf von Palliative Care für spezifische und besonders vulnerable Zielgruppen wie Kinder und Jugendliche untersucht. Die Nationale Strategie Palliative Care wurde von der Plattform Palliative Care abgelöst. Die Plattform, die das Eidgenössische Departement des Innern ins Leben gerufen hat und vom BAG koordiniert wird, ist das Forum der nationalen Akteure und kantonalen Behörden im Bereich PC Schweiz (BAG, 2019). Da die pädiatrische PC in der Schweiz bisher gesetzlich nicht verankert ist, versucht die Plattform PC nun, übergeordnet den Zugang zu Palliative Care für Kinder und Jugendliche zu verbessern.

Vergleich Deutschland

In Deutschland ist anders als in der Schweiz ein gesetzlich verankertes Versorgungsprogramm für die palliative Betreuung aller Menschen jeden Alters etabliert (Arbeitsgruppe Kinder & Jugendliche der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, 2011). Für die Betreuung von Kindern besteht eine spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV), die von Teams mit ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen, gegebenenfalls ergänzt durch Mitarbeitende aus psychosozialen und therapeutischen Berufen, erbracht wird. Diese Teams arbeiten eng mit pädiatrisch spezialisierten Fachgebieten der Kardiologie, Neonatologie, Neurologie oder Onkologie sowie Haus- und Kinderärzten zusammen.

Mit diesem Versorgungsprogramm ist es in Deutschland gelungen, eine stetig steigende Anzahl von SAPPV-Teams zu bilden und deren Angebote einer steigenden Anzahl von betroffenen Familien zur Verfügung zu stellen. Regionalberichten zufolge ist es damit gelungen, dass mehr Kinder zu Hause betreut werden und dort auch sterben können (Jünger & Radbruch, 2009).

11.6 Fazit und Ausblick

Die Zahl unheilbar kranker Kinder steigt international. Vor diesem Hintergrund gewinnt die palliative Betreuung an Bedeutung – in der Grundversorgung, aber auch innerhalb der hochspezialisierten Medizin. In der Schweiz ist der Zugang zu spezialisierten pädiatrischen PC-Angeboten für Familien mit lebenslimitiert kranken Kindern nicht flächendeckend sichergestellt. Dies wurde auf gesundheitspolitischer Ebene erkannt, worauf über die nationale Plattform PC ein Massnahmenpaket für vulnerable Patientengruppen, zu denen Kinder gehören, entwickelt wurde. Für eine erfolgreiche Weiterentwicklung der PC bei Kindern sind spezialisierte Aus- und Weiterbildungsprogramme und eine kostendeckende Finanzierung der Leistungen eine wesentliche Voraussetzung. Vorstellbar wären pädiatrische PC-Zentren an Knotenpunkten, so an grösseren Kinderspitälern, die sowohl untereinander als auch mit weiteren Kooperationspartnern wie beispielsweise der Kinderspitex und Grundversorgern vernetzt sind und dadurch ein stationäres und ambulantes Betreuungsangebot sicherstellen.

11.7 Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Kinder & Jugendliche der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (2011). Versorgungskonzept für eine bundesweite Umsetzung der SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (SAPPV).
- Aschenbrenner, A. P., Winters, J. M., & Belknap, R. A. (2012). Integrative review: parent perspectives on care of their child at the end of life. *Journal of Pediatric Nursing, 27*(5), 514–522. doi:10.1016/j.pedn.2011.07.008
- BAG (2019). Plattform Palliative Care. Verfügbar unter www.plattform-palliativecare.ch
- Bergsträsser, E. (2019). Jahresrückblick 2018 vom Palliative Care Team am Kinderspital. *Jahresrückblick*. Verfügbar unter <https://www.kispi.uzh.ch/de/patienten-und-angehoerige/fachbereiche/palliativecare/Seiten/default.aspx#k=palliative%20care>
- Bergsträsser, E., Cignacco, E., & Luck, P. (2017). Health care Professionals' Experiences and Needs When Delivering End-of-Life Care to Children: A Qualitative Study. *Palliative Care, 10*, 1178224217724770. doi:10.1177/1178224217724770
- Bildungszentrum für Gesundheit und Soziales (2019). Pädiatrische Palliative Care A2 und B1. Verfügbar unter <https://www.bfsgs-tg.ch/weiterbildung/palliative-care.html/6559>
- Bosch, A., Wager, J., Zernikow, B., Thalemann, R., Frenzel, H., Krude, H., & Reindl, T. (2018). Life-Limiting Conditions at a University Pediatric Tertiary Care Center: A Cross-Sectional Study. *Journal of Palliative Medicine, 21*(2), 169–176. doi:10.1089/jpm.2017.0020
- Catlos, P. (2018, 24.10.). [CHOP-Kodes der Palliative Care. Eine komplexe Angelegenheit? Paper presented at the Informationsveranstaltung zu den Tarifen der spezialisierte Palliative Care im DRG-System: Welchen Wert hat die letzte Lebensphase?, Bern].
- Craig, F., Abu-Saad Huijjer, H., Benini, F., Kuttner, L., Wood, C., Feraris, P. C., & Zernikow, B. (2008). [IMPACT: standards of paediatric palliative care]. *Schmerz, 22*(4), 401–408. doi:10.1007/s00482-008-0690-4
- Feudtner, C., Womer, J., Augustin, R., Remke, S., Wolfe, J., Frieber, S., & Weissman, D. (2013). Pediatric palliative care programs in children's hospitals: a cross-sectional national survey. *Pediatrics, 132*(6), 1063–1070. doi:10.1542/peds.2013-1286
- Fraser, L. K., Miller, M., Hain, R., Norman, P., Aldridge, J., McKinney, P. A., & Parslow, R. C. (2012). Rising national prevalence of life-limiting conditions in children in England. *Pediatrics, 129*(4), e923–929. doi:10.1542/peds.2011-2846
- Jarvis, S., Parslow, R. C., Carragher, P., Beresford, B., & Fraser, L. K. (2017). How many children and young people with life-limiting conditions are clinically unstable? A national data linkage study. *Archives of disease in childhood, 102*(2), 131–138. doi:10.1136/archdischild-2016-310800
- Jünger, S., & Radbruch, L. (2009). *Ambulante Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen*. Verfügbar unter www.mags.nrw.ch
- Melin-Johansson, C., Axelsson, I., Jonsson Grundberg, M., & Hallqvist, F. (2014). When a child dies: parents' experiences of palliative care-an integrative literature review. *Journal of Pediatric Nursing, 29*(6), 660–669. doi:10.1016/j.pedn.2014.06.009
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2019). *Palliative Care* (S. 24).
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) (2016). Palliativmedizin (palliative.ch). Verfügbar unter https://www.fmh.ch/files/pdf17/palliativmedizin_version_internet_d.pdf
- Stevenson, M., Achille, M., & Lugasi, T. (2013). Pediatric palliative care in Canada and the United States: a qualitative metasummary of the needs of patients and families. *Journal of Palliative Medicine, 16*(5), 566–577. doi:10.1089/jpm.2011.0076
- Together for Short Lives (2018). *A Guide to Children's Palliative Care. Supporting babies, children and young people with life-limiting and life-threatening conditions and their families*. Verfügbar unter <http://www.togetherforshortlives.org.uk/>
- Zimmermann, K. (2019). [Abfrage Ausbildungssituation Schweizer Kinderspitäler und Verband Kinder-Spitex Schweiz].
- Zimmermann, K., Bergstraesser, E., Engberg, S., Ramelet, A. S., Marfurt-Russenberger, K., Von der Weid, N., . . . Consortium, Pelican. (2016). When parents face the death of their child: a nationwide cross-sectional survey of parental perspectives on their child's end-of life care. *BMC Palliative Care, 15*(1), 30. doi:10.1186/s12904-016-0098-3
- Zimmermann, K., Cignacco, E., Engberg, S., Ramelet, A. S., von der Weid, N., Eskola, K., . . . Wernz, B. (2018). Patterns of paediatric end-of-life care: a chart review across different care settings in Switzerland. *BMC pediatrics, 18*(1), 67. doi:10.1186/s12887-018-1021-2

12 Diskussion und Ausblick



Der hier vorliegende erste Nationale Gesundheitsbericht zu Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen hat in akribischer Kleinarbeit Zahlen und Fakten zu ihrer Gesundheit, zu strukturellen Einflüssen der Lebensverhältnisse, zum Gesundheitsverhalten sowie zu verschiedenen Aspekten des Gesundheitssystems zusammengetragen. Diese Informationen unterstützen nationale und letztendlich auch weltweite Anstrengungen, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung zu fördern. Die Agenda 2030 zur nachhaltigen Entwicklung, die 2015 von allen Mitgliedsländern der Vereinten Nationen beschlossen wurde, nennt als Ziel 3:

«Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern» (Vereinte Nationen, 2015).

Dieser Grundgedanke steht auch hinter diesem Bericht, der geleitet ist vom Anspruch, dass jedes Kind, jede und jeder Jugendliche und alle jungen Erwachsenen gleiche Chancen auf ein gesundes Leben und Wohlbefinden haben. Diese Forderung muss auch in Zukunft den dynamischen Veränderungen von Gesellschaft und Umwelt standhalten. Ein Expertengremium mit breitem Fach- und Praxiswissen unterstützte das Obsan bei der Erstellung des Berichts. Das vorliegende Kapitel wurde auf Grundlage eines gemeinsamen Workshops geschrieben.

12.1 Gute Gesundheit der grossen Mehrheit

Im Ganzen gesehen kann heute die Aussage gemacht werden, dass es der grossen Mehrheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz gesundheitlich gut geht und sie sich wohl befinden (vgl. Kapitel Psychische Gesundheit und Körperliche Gesundheit und Entwicklung). Doch trotz der grossen Fortschritte über die letzten Jahrzehnte bestehen in der Schweiz auch heute noch gesundheitliche Unterschiede nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status, Migrationshintergrund und weiteren Faktoren.

Aufgrund seiner nationalen Ausrichtung verzichtet dieser Bericht darauf, auf Errungenschaften einzugehen, die in der Schweiz, im Gegensatz zu vielen anderen Ländern, selbstverständlich geworden sind. So ist in der Schweiz die gesetzlich verankerte Krankenversicherung für die Gesamtbevölkerung eine Selbstverständlichkeit, der Zugang zu Trinkwasser und Nahrung, wie auch zur Bildung, ist fast uneingeschränkt vorhanden,

und die Mütter- und Säuglingssterblichkeit ist tief. Wenn im Folgenden die gesundheitliche Lage der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen kritisch diskutiert wird, ist das vor dem Hintergrund dieser grossen Errungenschaften zu lesen. Diese dürfen nicht als selbstverständlich angesehen werden.

12.2 Ungleiche Gesundheitschancen als Querschnittsthema

Ungleiche Gesundheitschancen werden im Nationalen Gesundheitsbericht als Querschnittsthema behandelt, beginnend bei den Faktoren, die die Gesundheit und das Wohlbefinden in seiner ganzen Breite beeinflussen (Kapitel Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen), bis zu den Bedingungen, die den Zugang zum Gesundheitssystem bestimmen (Kapitel Gesundheitsversorgung).

In verschiedenen Kapiteln werden Kinder mit erhöhten familiären Belastungen im Hinblick auf ihre Gesundheits- und Lebenschancen beschrieben. Gewisse Kinder und Jugendliche übernehmen eine Pflege- oder Betreuungsrolle für nahestehende Personen, eine Herausforderung, die ihre eigenen Gesundheitschancen beeinträchtigen kann. Weitere Gesundheitsrisiken in der Familie sind geringe Bildung, Armut, fehlende Arbeit oder unsichere Arbeitsbedingungen und insbesondere auch Migrationserfahrungen.

Häufig sind Kinder und Jugendliche hinsichtlich der Gesundheitschancen mehrfach belastet, zum Beispiel leben Armutsbetroffene oft unter ungünstigen räumlichen Bedingungen: So hatten 2015 83,5% der armutsbetroffenen Haushalte und 57,1% der Haushalte von Menschen in prekären Lebenslagen keinen angemessenen Wohnraum (Kapitel Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen).

Als schwere Belastung ist das Erleben von Gewalt einzuschätzen. 10% der männlichen und 18% der weiblichen Jugendlichen (15–16 Jahre) erlebten im Jahr der Befragung Gewalt durch ihre Eltern. Gemäss aktuellen Zahlen erleben zudem 6,9% der 11- bis 15-jährigen Mädchen und 5,8% der Jungen mehrmals im Monat bis mehrmals in der Woche Mobbing durch Dritte (Kapitel Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen). Bezüglich Cyberbullying oder -mobbing geben rund ein Viertel der Jugendlichen in der Schweiz an, bereits einmal im Internet «fertig gemacht» worden zu sein, und 16% haben schon erlebt, dass online Falsches oder Beleidigendes über sie verbreitet wurde (Kapitel Digitale Medien: Chancen und Risiken für die Gesundheit).

Neben Faktoren, die direkt auf die Gesundheit einwirken, hat auch das Gesundheitssystem einen Einfluss auf die Chancengleichheit bezüglich Gesundheit und Wohlbefinden: Der Zugang gewisser Gruppen der Migrationsbevölkerung zu gesundheitsfördernden Angeboten ist teilweise ungenügend (Kapitel Gesundheitsförderung und Prävention). Ausgleichend wirken hingegen Schuluntersuchungen, wo vorhanden:

Sie können fehlende Kontrollen oder Impfungen bei Kindern nachholen, die sie in der frühen Kindheit nicht erhielten. Ein Engpass, der sich auf Familien in sozioökonomisch bescheidenen Verhältnissen verstärkt auswirkt, besteht bei der Versorgung der Kinder mit psychotherapeutischen Angeboten (Kapitel Gesundheitsversorgung).

12.3 Datenlücken zu Gesundheitszustand und -versorgung

Die Informationen über den Gesundheitszustand von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz sind gegenwärtig lückenhaft. Daten zum Mass des Einflusses struktureller und verhaltensbezogener Einflussfaktoren, zu den Entwicklungsschritten beim Aufwachsen oder zum Vorliegen von Behinderungen fehlen fast ganz. Die Datenlage ist insgesamt unvollständig und sehr heterogen. Dank einiger etablierter medizinischer Register, repräsentativer Studien oder dem neonatalen Screening liegen für manche Erkrankungen oder Gesundheitsrisiken qualitativ hochwertige Daten zu Häufigkeit, Verlauf und Behandlung vor. Ansonsten stehen solche Angaben oft nur regional, selten für alle Altersgruppen und auch nicht aufgeschlüsselt nach Einflussfaktoren wie Bildung oder Einkommen der Eltern zur Verfügung. Einige Datenbestände sind auch nicht oder nur kostenpflichtig für die Forschung zugänglich.

Daten zu verhaltensbezogenen Gesundheitsrisiken existieren bei den 11- bis 25-Jährigen aus Befragungen, bei jüngeren sind sie sehr selten. Auch für die Gesundheitsversorgung ist die Datenlage teilweise ungenügend: Im Bereich der kurativen Versorgung fehlen Daten zu stationären Versorgungskapazitäten, zur psychologischen Psychotherapie (Versorgungsdichte und Inanspruchnahme) und zum Arzneimittelverbrauch. Zur Inanspruchnahme der Angebote im Bereich Prävention liegen mit Ausnahme der Impfquoten kaum Daten vor; auch Zahlen zu Schwangerschaftskontrollen oder pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen fehlen auf Ebene Gesamtschweiz. Datenlücken gibt es schliesslich auch zu Angeboten, die auf kantonaler oder kommunaler Ebene geregelt und finanziert werden (etwa schulische Gesundheitsdienste, Sonderpädagogik, Mütter- und Väterberatungsstellen; siehe Kapitel Gesundheitsversorgung).

Soll Gesundheitsberichterstattung als evidenzbasiertes Steuerungsinstrument verwendet werden, gibt es keine Alternative zur Verwendung bevölkerungsbezogener Daten. Die politischen Entscheidungsträger müssen unter Abwägung verschiedenster Faktoren bestimmen, welche Bevölkerungsteile im Fokus stehen und welche Daten vorrangig ergänzt werden sollen (Viergever et al., 2010).

12.4 Kindergerechte Gesundheitspolitik und -versorgung in Entwicklung

In der Schweiz gibt es keine Gesundheitsstrategie für Kinder und Jugendliche. Indessen sind politische Anliegen zum Thema Kind/Jugend in den letzten Jahrzehnten vorangetrieben worden. Die Unterzeichnung des UN-Übereinkommens über die Rechte des Kindes (1997), die Strategie für eine schweizerische Kinder- und Jugendpolitik (2008), die Einführung des Kinder- und Jugendförderungsgesetzes KJFG (2013) sowie die Schaffung eines Kindes- und Erwachsenenschutzgesetzes (2013) sind wesentliche politische Meilensteine. Die neue gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030 gibt zudem der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen einen besonderen Fokus (Stossrichtung 4.2, Seite 20):

«Mehr Gesundheit für Kinder und Jugendliche. Ein gesunder Start ins Leben ist eine entscheidende Voraussetzung für ein gesundes Erwachsenenleben. Bund, Kantone sowie alle Institutionen der Erziehung und Bildung von Kindern und Jugendlichen sollen Massnahmen entwickeln für eine Nutzung bisher nicht ausgeschöpfter Potenziale in der Schwangerschaft, der Frühkindphase, im Kindergarten, in der Schule und im Übergang zum Beruf. Und zwar für alle sozioökonomischen Gruppen. Psychischen Krankheiten soll ein besonderer Fokus gelten.»

Im von der Schweiz Anfang 1997 ratifizierten UN-Übereinkommen über die Rechte des Kindes wird festgehalten, dass jedes Kind das Recht auf freie Meinungsäusserung, ein Recht auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit, ein Recht auf Bildung sowie ein Recht auf Ruhe, Freizeit und Spiel hat. Weiter sollen Kinder vor allen Formen von Gewalt geschützt werden. Gemäss Aussagen von Expertinnen und Experten in einer Befragung, die im Rahmen dieses Berichts durchgeführt wurde (vgl. Kapitel Lebenswelten, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen), befindet sich die Schweiz diesbezüglich auf einem guten Weg.

Im Bereich der Gesundheitsversorgung kann als Haupterkennnis festgehalten werden, dass die Schweiz über eine Vielzahl an (hoch-)spezialisierten Angeboten für die Prävention, Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen verfügt. Oft unterschätzt wird die hervorragende Leistung des flächendeckenden Neugeborenen Screenings, das durch systematische Früherkennung von behandelbaren Krankheiten spätere Schäden verhindert. Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme werden in der Schweiz üblicherweise in jedem Kanton und für Regionen angepasst. Dies hat den Vorteil, dass lokale Bedürfnisse berücksichtigt werden. Unterschiedliche Ziele und Schwerpunkte führen jedoch teilweise zu ungleichen Angeboten. Es erschwert auch den Wissenstransfer. Um von Best-Practice-Projekten profitieren zu können, müssen daher Vernetzung, Wissenstransfer und Koordination aktiv gesucht werden.

In der Sicherstellung der praxispädiatrischen Versorgung, der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung und der Übergänge in die Erwachsenenmedizin gibt es Lücken. Betroffen davon sind gewisse Bevölkerungsgruppen wie Migrantinnen und Migranten. Auch bei palliativen Situationen bestehen Probleme, das System optimal auf den Bedarf anzupassen.

12.5 Soziale und physische Umwelt – zukünftige Herausforderungen

Eine der grossen Veränderungen der letzten Jahrzehnte ist jene der Familienstruktur. So hat sich seit 1970 die Zahl der Einelternfamilien verdoppelt. Patchwork-Kombinationen und neue Familienformen werden in Zukunft zunehmen. Die Mehrheit der in der Schweiz wohnenden Kinder bis sechs Jahre lebt in einer Familie mit Migrationshintergrund. Gerade auch im Licht dieser Veränderungen darf sich Gesundheitsförderung im Kindesalter nicht nur auf die individuelle Gesundheit beziehen, sondern soll auch die Stärkung der Ressourcen in der Familie und in den übrigen Lebenswelten der Kinder (vor allem der Schule) zum Ziel haben.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind heute und werden in Zukunft mit weiteren Veränderungen der sozialen und physischen Umwelt konfrontiert, die in diesem Bericht mangels Daten ungenügend abgebildet werden konnten: Darunter fallen gesundheitliche Auswirkungen des Klimawandels oder die Verbreitung chemischer Substanzen, die krebserregend oder erbgutverändernd sind oder störend ins Hormonsystem eingreifen. Aber auch Einflüsse der Konsumwelt wie rauchfreie Nikotinprodukte und neue psychoaktive Substanzen spielen eine wichtige Rolle. Mit vielen Fragezeichen für die Zukunft versehen ist das Thema der digitalen Medien und Gesundheit, für das im Rahmen des Nationalen Gesundheitsberichts eine gezielte Studie vorgenommen wurde (Bernath et al, 2020).

Einige der zukünftigen Herausforderungen werden vor allem dann gut gemeistert werden können, wenn die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung hoch ist – insbesondere die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu verstehen und anzuwenden. Die Resultate einer Studie (Bieri et al., 2016) legen nahe, dass etwa die Hälfte der 15- bis 25-Jährigen in der Schweiz eine genügende bis ausgezeichnete allgemeine Gesundheitskompetenz haben, bei der anderen Hälfte ist sie problematisch oder ungenügend.

12.6 Handlungsempfehlungen

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sind die Zukunft unserer Gesellschaft. Ihre Gesundheit, Gesundheitsrisiken und -chancen haben Auswirkungen bis ins hohe Alter und sogar auf die kommenden Generationen, wie neuere Forschungsergebnisse zeigen: Gewisse Zustände und Verhaltensweisen (z. B. Adipositas oder Rauchen) wirken sich auch auf die folgende Generation aus (Johannessen et al., 2019; Arshad et al., 2017; Fernandez-Twinn et al., 2015). Wenn verhindert werden kann, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene krank werden oder verunfallen, indem Gesundheitsrisiken minimiert werden, können auch hohe Kosten eingespart werden (Bundy et al. 2018). Diesen Überlegungen entsprechend sollen die folgenden Handlungsempfehlungen die politische Entscheidungsfindung unterstützen.

1. Evidenz generieren – Datengrundlagen schaffen

Die Maxime der evidenzbasierten Politik geht davon aus, dass sie «von systematisch gewonnenem, empirisch und argumentativ begründetem Wissen profitieren sollte» (Balthasar et al., 2010). Folgende Empfehlungen können dazu beitragen, die Wissensbasis für evidenzbasierte Entscheidungen zu verbessern:

- Epidemiologische Daten (Risikofaktoren, Gesundheitsdaten) für Kinder bis zum zehnten Altersjahr schweizweit einheitlich und in regelmässigen Abständen sammeln. Ein Monitoring der wichtigsten Public-Health-relevanten Faktoren und Gesundheitsergebnisse ist essenziell, denn der Gesundheitszustand im Erwachsenenalter ist massgeblich von der Gesundheit im Kindesalter beeinflusst. Entsprechende Daten verbessern auch die Möglichkeiten, die Zusammenhänge mit anderen Sektoren (v. a. Bildung und Soziales) empirisch zu erforschen. Eine übergreifende Betrachtung kann auch helfen zu erkennen, wo hauptsächlich weitere Daten notwendig sind.
- Forschungsvorhaben zu Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen daraufhin überprüfen, ob die Schweiz alleine geeignet ist, aussagefähige Daten zu generieren. Wo notwendig und sinnvoll, sollten Forschende weiterhin unterstützt werden, Forschungsarbeiten in Zusammenarbeit mit dem europäischen Ausland zu unternehmen und insbesondere auch mit den bestehenden europäischen Registern zusammenzuarbeiten.
- Neben der generellen, regelmässigen Bereitstellung von statistisch-epidemiologischen Daten, Lücken gezielt auch mittels einmaliger Studien füllen, wenn sie für die Steuerung der Angebote der Gesundheitsversorgung des Kinder- und Jugendalters wichtig sind. Beispielsweise könnten Fragen der Medikamenteneinnahme oder von Bedarf und Angebot an psychotherapeutischen Behandlungen genauer untersucht werden (vgl. Kapitel Gesundheitsversorgung).

- Die Wirkungsevaluation von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten und Massnahmen in der Gesundheitsversorgung einfordern und unterstützen. Es ist grundsätzlich sinnvoll, den Wert präventiver Leistungen im Kinder- und Jugendalter für die gesamte Gesellschaft wissenschaftlich weiter zu untersuchen.

2. Sich an der Zukunft orientieren

Klassische Datensammlungen (siehe Punkt 1) geben Informationen zur Vergangenheit bis maximal zur Gegenwart. Indessen ändern sich die Lebenswelten der jüngsten Generation derart schnell, dass das nicht genügt. Es braucht einen regelmässigen, strukturiert vorausschauenden Blick in die Zukunft, der die Strategieentwicklung unterstützt. Wir empfehlen, diesen Blick in die Zukunft bewusst zu planen, zum Beispiel durch folgende Massnahmen:

- Ein Gremium («Kinder-Zukunftsforschende») beauftragen, in regelmässigen Abständen Bericht zu erstatten zu neuen Trends zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen, zu zukünftigen Herausforderungen und zur Einschätzung der Chancen und Risiken. Allenfalls könnte das in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen (siehe Punkt 6) organisiert werden.
- Es ist sinnvoll, dass diese Berichte einen multisektoralen Ansatz anwenden (Obsan, 2009 und 2015), wodurch auch gesundheitsrelevante Handlungsempfehlungen für nicht-medizinische Politikbereiche gegeben werden können. Der Blick in die Zukunft der Gesundheit der Bevölkerung muss die Veränderungen in der physischen (z. B. Klimaveränderungen oder Landschaftswandel) und sozialen Umwelt und insbesondere der digitalen Welt einbeziehen.

3. Chancengleichheit leben – Leave no one behind

Die Schweiz hat viele Voraussetzungen geschaffen, damit alle Kinder hohe Gesundheits- und Lebenschancen haben und der Zugang zum Gesundheitssystem gewährleistet ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Anstrengungen weitergeführt werden und dafür die Vernetzung über die jeweils direkt betroffenen Politikbereiche hinaus gepflegt wird («health in all policies»). Folgende Weiterentwicklungen könnten zusätzlich sinnvoll sein:

- Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bei der Erarbeitung neuer Prozesse und Strukturen mitbestimmen lassen (Partizipation).
- Frühförderungsangebote schweizweit weiter ausbauen und vernetzen. Dieses Mittel zur Verbesserung der Chancengleichheit wird in vielen Kantonen und Gemeinden noch wenig stark genutzt.

- Den Zugang benachteiligter Gruppen, zum Beispiel Mütter und Kinder mit Migrationshintergrund oder mehrfach Benachteiligte, zum Gesundheitssystem fördern.
- Sicherstellen, dass alle, auch benachteiligte Gruppen, in einer gesundheitsförderlichen Umgebung aufwachsen. Gelungene Bewegungsförderung im Kindes- und Jugendalter setzt voraus, dass das Umfeld einerseits Bewegung überhaupt ermöglicht und andererseits auch dazu einlädt, sich zu bewegen.
- Beim Thema Chancengleichheit den Blick für Ungleichheiten über Gender, Migration und sozioökonomische Unterschiede hinaus öffnen. Eine regelmässige Rezeption neuer Forschungsergebnisse ist dazu sinnvoll. Zum Beispiel sind Forschungsergebnisse zu Kindern und Jugendlichen mit erkrankten Elternteilen erst seit kurzer Zeit verfügbar.

4. Auf psychische Gesundheit achten

Es bestehen Hinweise, dass sich die psychische Gesundheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz im Wandel befinden. Zum Beispiel scheinen psychoaffektive Beschwerden oder Depressionssymptome zuzunehmen, und eine ungünstige Nutzung von digitalen Medien kann sich auf den Schlaf auswirken. Doch die Hinweise sind bisher ungenügend durch Daten abgesichert. Es wird angeregt:

- Das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen genauer zu untersuchen (inkl. Risiko- und Schutzfaktoren). Neuere Angaben zu spezifischen Störungen fehlen gänzlich, und die Aussagekraft der Angaben zu psychischen Auffälligkeiten variiert stark nach Altersgruppe.
- Das Erlernen von Gesundheits- und Lebenskompetenzen, sowie Medien- und Risikokompetenzen bereits bei Kindern, aber auch bei Eltern fördern. Zum Beispiel sollten Eltern bei Kindern im Vorschulalter den Medienkonsum im Blick haben und sich allgemein ihrer Vorbildrolle stets bewusst sein.

5. Gesundheitsversorgung sicherstellen und System koordinieren

Die Koordination im Gesundheitssystem der föderalen Schweiz ist eine Herausforderung. Zudem kann das Gesundheitssystem nicht alleine die Aufgaben übernehmen, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene gesund zu erhalten. Gefordert sind auch andere Politikbereiche, unter anderem Bildungs- und Sozialsystem wie auch Umwelt- und Raumentwicklung.

Die folgenden Vorschläge zur Sicherstellung der Versorgung und Abstimmung innerhalb des Gesundheitssystems und darüber hinaus können zur Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen beitragen:

- Pädiatrische und jugendmedizinische Grundversorgung sowie psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sicherstellen.
- Regelmässiger Austausch von Personen aus dem Gesundheitswesen, insbesondere aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, mit anderen Politikbereichen zum Thema Kinder- und Jugendgesundheit.
- Den multisektoriellen Ansatz, die salutogene sowie systemische Sichtweise und die Chancengleichheit im Bereich der Förderung der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen weiterhin stärken.
- Patientenpfade von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen verfolgen, Schwachpunkte in der Koordination erkennen und eliminieren. Zum Beispiel kommt es infolge Unterkapazitäten in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie mitunter zu nicht adäquaten Platzierungen von Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie.
- Übergangsphasen Kinder – Jugendliche – junge Erwachsene bei der Planung und Ausführung von Gesundheitsleistungen bewusst fokussieren und die Zuständigkeiten flexibel gestalten, um zu verhindern, dass Patientinnen und Patienten bei diesen Übergängen zwischen den Maschen hindurchfallen (zum Beispiel dank spezialisierten Angeboten der Adoleszenten-Psychiatrie).

6. Regulativ handeln, wo nötig

In den letzten zwanzig Jahren hat die Schweiz regulatorisch grosse Schritte gemacht, um Kindern und Jugendlichen den Schutz zu gewähren, dessen sie bedürfen und auf den sie Anrecht haben. Dennoch ist der Kinder- und Jugendschutz in der Schweiz noch heute zum Teil weniger etabliert als im europäischen Ausland, zum Beispiel gibt es weniger Regulierungen in Bezug auf den Konsum von Tabakprodukten als in mehreren europäischen Ländern (Jossens & Raw, 2018). Es bietet sich an, folgende Vorschläge zu diskutieren:

- Die Umsetzung der offenen Punkte der Kinderrechte vorantreiben.
- (Neue) Verhältnisse und Verhaltensweisen, durch die die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gefährdet werden könnte, aufmerksam verfolgen. Gegebenenfalls regulatorisch entgegenwirken und dabei multisektoral zusammenarbeiten.
- Eine engere Zusammenarbeit des Gesundheitssektors mit der Eidgenössischen Kommission für Kinder- und Jugendfragen etablieren, um den Informationsaustausch im ausserparlamentarischen Bereich zu diesen Themen zu gewährleisten. Diese Kommission hat gemäss Artikel 22 Kinder- und Jugendförderungsgesetz KJFG Aufgaben der Beobachtung, der Sensibilisierung und der Beratung. Sie kann Massnahmen vorschlagen.

12.7 Fazit

Dieser Gesundheitsbericht soll die politisch Verantwortlichen und die allgemeine Öffentlichkeit über Gesundheit, Krankheit, Determinanten und Gesundheitsversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen informieren. Er interpretiert dazu Studien und Daten aus verschiedenen Datenquellen. Sein Ziel ist es, eine Grundlage für evidenzbasierte Entscheidungen zu liefern, um die Gesundheit aller Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz kurz- und langfristig zu sichern und zu fördern sowie Krankheiten vorzubeugen und sie zu behandeln.

Der Gesundheitsbericht zeigt insgesamt ein erfreuliches Bild. Die wichtigsten Handlungsoptionen sind das Füllen von relevanten Datenlücken und Generieren von mehr Wissen, damit zu spezifischen Fragestellungen die Lage schnell beurteilt werden kann und rationale Entscheide ermöglicht werden. Nur das genaue, zeitnahe Beobachten und Analysieren von Veränderungen erlaubt es, neue Herausforderungen für die Gesundheit der jüngsten Generation zu erkennen und entsprechende Massnahmen einzuleiten. Zugunsten der Gesundheit der jungen Bevölkerung sind schliesslich das fortwährende Engagement und die Zusammenarbeit aller Politikbereiche notwendig.

12.8 Literaturverzeichnis

- Arshad, S. H., Karmaus, W., Zhang, H., & Holloway, J. W. (2017). Multigenerational cohorts in patients with asthma and allergy. *The Journal of allergy and clinical immunology*, *139*(2), 415–421. doi: 10.1016/j.jaci.2016.12.002
- Balthasar, A., Müller, F., & Maisenbacher, J. (2010). Wie evidenzbasiert und gendersensibel ist die Politikgestaltung in Schweizer Kantonen? Das Beispiel der Steuerpolitik und der Sozialtransfers zugunsten von Familien. *Soziale Sicherheit CHSS*, *6*, 305–309.
- Bernath, J., Waller, G. & Meidert, U. (2020). *ADELE+. Der Medienumgang von Kindern im Vorschulalter (4–6 Jahre) – Chancen und Risiken für die Gesundheit* (Obsan Bericht 03/2020). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bieri, U., Kocher, J., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M., ... Frind, A. (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015» - Schlussbericht - Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Abteilung Gesundheitsstrategien*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundy, D. A. P., de Silva, N., Horton, S., Patton, G. C., Schultz, L., Jamison, D. T., & for the Disease Control Priorities-3 Child and Adolescent Health and Development Authors Group (2018). Investment in child and adolescent health and development: key messages from Disease Control Priorities, 3rd Edition. *The Lancet*, *391*(10121), 687–699. doi:10.1016/S0140-6736(17)32417-0
- Fernandez-Twinn, D. S., Constância, M., & Ozanne, S. E. (2015). Intergenerational epigenetic inheritance in models of developmental programming of adult disease. *Seminars in cell & developmental biology*, *43*, 85–95. doi: 10.1016/j.semcdb.2015.06.006
- Johannessen, A., Lønnebotn, M., Calciano, L., Benediktsdóttir, B., Jacobsen Bertelsen, R., Bråbäck, L., ... Svanes, C. (2020). Being overweight in childhood, puberty, or early adulthood: Changing asthma risk in the next generation? *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *145*(3), 791–799.
- Joossens, L. & Raw, M. (2016). The Tobacco Control Scale 2016 in Europe, A Report of European Cancer Liges. <https://www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2017/03/TCS-2016-in-Europe-COMplete-LoRes.pdf> (Zugriff am 22.11.2019).
- Obsan, Meyer, K. (Hrsg.). (2008). *Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Obsan (Hrsg.). (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Bern: Hogrefe Verlag.
- Vereinte Nationen, Resolution (A/RES/70/1) der Generalversammlung vom 25. September 2015, Ziele auf <https://www.eda.admin.ch/agenda2030/de/home/agenda-2030/die-17-ziele-fuer-eine-nachhaltige-entwicklung/ziel-3--eines-gesundes-leben-fuer-alle-menschen-jeden-alters-gewae.html> (Zugriff am 19.10.2019)
- Viergever, R.F., Olifson, S., Ghaffar, A., & Terry, R.F. (2010). A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and Systems*, *8*, 36. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-8-36>

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisch (Klassifikationssystem für Arzneimittel)
BAFU	Bundesamt für Umwelt
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BELLA	Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten
BEVNAT	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung
BFS	Bundesamt für Statistik
bfu	Beratungsstelle für Unfallverhütung
BLV	Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
CBD	Cannabidiol
CED	Chronisch-entzündliche Darmerkrankung
CF	Zystische Fibrose
COCON	Schweizerischer Kinder- und Jugendsurvey COCON
CoRoIAR	Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks
CP	Zerebralparese
CPPS	Commission de Prévention et de Promotion de la Santé
DALY	Disability Adjusted Life Years
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage
DT	Diphtherie-Tetanus
EBA	Eidgenössisches Berufsattest
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EEK	Eidgenössische Ernährungskommission
EKIF	Eidgenössische Kommission für Impffragen
ESPOP	Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte)
FOMO	Fear of missing out
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GDK	Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HBSC	Studie Health Behaviour in School-aged Children
HBV	Hepatitis B Virus
Hib	Haemophilus influenzae Typ B
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Humane Papillomaviren
IARC	International Agency for Research on Cancer
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Revision

ICD-11	International Classification of Diseases, 11. Revision
IMC	Intermediate Care Station
IUGR	Intrauterine Wachstumsretardierung
IV	Invalidenversicherung
JIA	Juvenile idiopathische Arthritis
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KJFG	Kinder- und Jugendförderungsgesetz
KLV	Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung)
MMR	Masern-Mumps-Röteln
MVB	Mütter- und Väterberatung
NCD	Non-communicable disease (nichtübertragbare Krankheit)
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
OKP	Obligatorische Krankenversicherung
OTC	over-the-counter (nicht rezeptpflichtige Arzneimittel)
PC	Palliative Care
PELICAN	Paediatric End-of-Life Care Needs
Per	Pertussis (Keuchhusten)
PGV	Prävention in der Gesundheitsversorgung
Polio	Poliomelitis (Kinderlähmung)
PSA	Patientendaten Spital ambulant (BFS-Statistik)
PsyG	Bundesgesetz über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz)
PsyReg	Psychologieberuferegister
PTSD	Posttraumatische Belastungsstörung
SAPPV	spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung
SCARPOL	Swiss Study on Childhood Allergy and Respiratory Symptoms with Respect to Air Pollution, Climate and Pollen
SDQ	Strength and Difficulties Fragebogen
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SGE	Schweizerische Gesellschaft für Ernährung
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
SIBDCS	Swiss inflammatory bowel diseases cohort study
SILC	Erhebung über die Einkommen und Lebensbedingungen
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
SLP	Schweizerische Lebensmittelpyramide
SMA	Spinale Muskelatrophien
SNN	Swiss Neonatal Network
SNVCS	Swiss National Vaccination Coverage Survey

SOPHYA	Swiss children's Objectively measured Physical Activity
SPLASHY	Swiss Preschooler's Health Study
STATPOP	Statistik der Bevölkerung und der Haushalte
SWIFS	Swiss Infant Feeding Study
SwissNeoNet	Swiss Neonatal Network
SZPI	Schulzahnpflege-Instruktorin / Schulzahnpflege-Instruktor
THC	Tetrahydrocannabinol
TREE	Studie Transitionen von der Erstausbildung ins Erwerbsleben
TSH	Thyreoidea Stimulierendes Hormon
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	World Health Organization
YLD	Years Lived with Disability
YLL	Years of Life Lost
ZESCAP	Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology

Herausgeber: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel

Claudio Peter, Monika Diebold, Marina Delgrande Jordan, Julia Dratva, Ilona Kickbusch, Susanne Stronski

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Zitierweise: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.) (2020). Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. Bern: Hogrefe Verlag.

Anregungen und Zuschriften bitte an:
Hogrefe AG, Lektorat Gesundheit, Susanne Ristea
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Kopferwerken GmbH – Marianne Ulmi
Korrektorat: Bettina Hahnloser Kommunikation
Grafik/Layout: Bundesamt für Statistik (BFS), Sektion DIAM, Prepress / Print
Übersetzung: Sprachdienste BFS
Umschlagabbildung: MelkiN/Stocksy, AdobeStock
Herstellung: Daniel Berger
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

1. Auflage 2020
© 2020 Hogrefe Verlag, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96104-0)
ISBN 978-3-456-86104-3
<http://doi.org/10.1024/86104-000>