

# Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren

Ein Bericht aus dem  
Kanton Zürich

Serie Gesundheit,  
Gesundheitsförderung  
und Gesundheitswesen  
im Kanton Zürich

Nr. 12  
Dezember 2005



Herausgegeben vom

**Institut für  
Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Zürich**

im Auftrag der

**Gesundheitsdirektion  
des Kantons Zürich**



# **Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren**

Ein Bericht aus dem  
Kanton Zürich

## **Redaktion**

Hans Wydler  
Alexandra Hardt

In Zusammenarbeit mit dem  
Amt für Jugend und Berufsberatung,  
Bildungsdirektion Kanton Zürich

**Serie Gesundheit,  
Gesundheitsförderung  
und Gesundheitswesen  
im Kanton Zürich**

**Nr. 12  
Dezember 2005**



Herausgegeben vom

**Institut für  
Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Zürich**

im Auftrag der

**Gesundheitsdirektion  
des Kantons Zürich**

# Die Serie: Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich

Herausgegeben vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.

In der Serie «Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich» werden Berichte veröffentlicht, welche einen Beitrag leisten zum Monitoring des Gesundheitszustandes der Zürcher Bevölkerung, zur Gesundheitsförderung und Prävention, zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung oder zur Verbreitung epidemiologischen Wissens. Die Aussagen der Berichte müssen sich nicht notwendigerweise mit den Meinungen der Gesundheitsdirektion oder des Institutes decken. Die inhaltliche Verantwortung liegt ausschliesslich bei der Autorschaft.

## Bisher erschienen oder in Vorbereitung:

- Nr. 1: **Suchtpräventionskonzept.** 1991. iv + 81 Seiten. Fr. 14.–.
- Nr. 2: **Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich. Regionale Suchtpräventionsstellen: Aufgaben, Koordination, Finanzierung.** 1994. iv + 50 Seiten, 4 Tabellen. Fr. 8.–.
- Nr. 3: **Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen.** 1994. xxi + 118 Seiten, 107 Abbildungen, 16 Tabellen. Fr. 16.–.
- Nr. 4: Nicht erschienen.
- Nr. 5: **Gesundheit im Kanton Zürich, Bericht und Massnahmen 1999.** 1999. iv + 138 Seiten, 81 Abbildungen, 9 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 6: **Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich.** 1999. ii + 88 Seiten, 80 Abbildungen, 6 Tabellen. Fr. 12.–.
- Nr. 7: **Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich.** 2002. iv + 93 Seiten, 33 Abbildungen, 15 Tabellen. Fr. 15.–.
- Nr. 8: **Konzept für kantonsweit tätige Fachstellen für Suchtprävention.** 1999. v + 57 Seiten, 5 Abbildungen, 5 Tabellen. Fr. 10.–.
- Nr. 9: **Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung.** 2004. iv + 105 Seiten, 12 Abbildungen, 20 Tabellen. Fr. 19.–.
- Nr. 10: **Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich. Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit.** 2004. iv + 82 Seiten, 41 Abbildungen, 24 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 11: **Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich.** 2004. iv + 85 Seiten, 7 Abbildungen, 6 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 12: **Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahre. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich.** 2005. iv + 82 Seiten, 11 Abbildungen, 15 Tabellen. Fr. 18.–.

### Korrekte Zitierweise für diesen Bericht:

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2005, Hrsg):  
*Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich.*

Herausgeber / Bezugsquelle:  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Zürich  
Hirschengraben 84, 8001 Zürich  
Tel: 044 634 46 29, Fax: 044 634 49 77  
praev.gf@ifspm.unizh.ch

Umschlagfoto: Ursula Markus, © Ethno-Expo, Zürich

© ISPM Zürich, 2005

# Inhaltsverzeichnis

<b>Geleitwort</b> – <i>Felix Gutzwiller</i> .....	<b>1</b>
<b>Vorwort</b> – <i>Hans Wylder</i> .....	<b>3</b>
<b>Zusammenfassung</b> – <i>Hans Wylder</i> .....	<b>5</b>
<b>1. Demographie und Lebensbedingungen von Familien</b> .....	<b>7</b>
1.1 Haushaltsstrukturen und Lebendgeburten – <i>Matthias Bopp</i> .....	7
1.2 Arbeit und Familie – Einfluss von Erwerbsarbeit und Arbeitsbedingungen <i>A. Doris Baumgartner</i> .....	11
1.3 Die Bedeutung sozialer Unterstützung für die Gesundheit – <i>Monica Budowski</i> .....	15
1.4 Familiensituation und Sozialhilfeabhängigkeit – <i>Robert Fluder</i> .....	19
<b>2. Epidemiologie: Krankheit und Sterblichkeit</b> .....	<b>23</b>
2.1 Säuglingssterblichkeit – <i>Matthias Bopp</i> .....	23
2.2 Gesundheit von Müttern und Kindern im Spiegel der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser – <i>Ueli Zellweger &amp; Matthias Bopp</i> .....	25
<b>3. Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen mit Kindern</b> <i>Hans Wylder &amp; Ueli Zellweger</i> .....	<b>31</b>
<b>4. Angebote im Bereich der Gesundheits- und Sozialversorgung</b> .....	<b>39</b>
4.1 Angebote für Mütter während Schwangerschaft und Geburt – <i>Patricia Blöchliger</i> .....	39
4.2 Angebote der Jugendsekretariate – <i>Regula Bohny</i> .....	43
4.3 Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgung – das «winterthurer modell» <i>Urs Hunziker, Kurt Albermann, Franziska Guntern, Kurt von Siebenthal, Helmut Oswald &amp;</i> <i>Rosmarie Müller</i> .....	47
4.4 Angebote der Evangelisch-reformierten Landeskirche – <i>Peter Wilhelm</i> .....	51
4.5 Katholische Kirche Zürich: Auftrag an die Caritas – <i>Stefan Stolle</i> .....	53
4.6 Familienergänzende Kinderbetreuung und Betreuungsindex für Kinder im Vorschulalter <i>Kathrin Arioli &amp; Sabina Littmann-Wernli</i> .....	55
4.7 Prävention und Gesundheitsförderung bei Müttern und Eltern – <i>Sylvia Sommer</i> .....	59
<b>5. Massnahmen – Bereiche und Vorschläge</b> – <i>Verschiedene Autorinnen und Autoren</i> .....	<b>63</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>67</b>
Anhang 1: Literatur der Beiträge .....	67
Anhang 2: Adressen der Autorinnen und Autoren .....	71
Anhang 3: Kommentierte und weiterführende Literatur .....	73
Anhang 4: Abbildungsverzeichnis .....	81
Anhang 5: Tabellenverzeichnis .....	82

## Geleitwort

*Die Familie befindet sich im Wandel. Familienhaushalte mit Kindern unter sieben Jahren haben in den letzten 30 Jahren um mehr als einen Fünftel abgenommen, die Attraktivität, Kinder zu haben, scheint gesunken zu sein. Möglicherweise spielen dabei auch materielle Überlegungen eine Rolle? Familie beinhaltet auch das Kunststück, die Bedürfnisse aller Familienmitglieder sowie die materiellen Notwendigkeiten unter einen Hut zu bringen. Kinderreiche Familien und allein Erziehende sind heute zu einem nicht unerheblichen Teil von Armut betroffen. Der Anteil von Frauen, der auch während der Kinderphase (teilzeitlich) erwerbstätig bleibt, ist im Zunehmen begriffen. Noch immer gibt es aber zu wenig Teilzeitstellen sowohl für Mütter als auch für Väter. Viele Eltern sind zudem auf familienergänzende Angebote zur Kinderbetreuung angewiesen. Im Kanton Zürich wird gegenwärtig das Krippenangebot ausgebaut. Eine OECD-Studie legt dar, dass die Verhältnisse in der Schweiz und im Kanton Zürich noch nicht befriedigen. Durch eine Erhöhung der Anzahl Krippenplätze kann Armut und Sozialhilfeabhängigkeit jedoch klar verringert werden, wie ökonomische Studien zeigen. Ein Ausbau von Krippenplätzen erhöht zudem das Steueraufkommen (und die Standortattraktivität) einer Gemeinde. Und auch Arbeitgeber dürften zunehmend den Gewinn einer Erhöhung der Familienfreundlichkeit ihrer Betriebe erkennen. Von investierten 100 Franken in betriebliche Massnahmen für die Verbesserung der Familienfreundlichkeit, fliessen 108 in das Unternehmen zurück.*

*Der Bericht reflektiert diese und weitere Aspekte des gesellschaftlichen Wandels und legt den Finger auf jene Punkte, in denen die gesundheitliche Chancengleichheit durch aktuelle Entwicklungen beeinträchtigt wird. Eine Familiengründung, der Entscheid für ein zweites oder gar ein drittes Kind sollte nicht mit gesundheitlichen oder sozialen Risiken verbunden sein. Die Gesellschaft und die Wirtschaft haben ein Interesse daran, dass junge Generationen nachwachsen. Sicher brauchen wir keine «Staatskinder», aber Familien brauchen Bedingungen, die ein gesundes Aufwachsen ermöglichen und in denen die Eltern selber gesund bleiben können. Die gesellschaftlichen Bedingungen sollten nicht bestimmte Gruppen diskriminieren: Ein Aufwachsen in Armut stellt keine faire Startbedingung dar. Gesundheitsförderung sollte ganz gezielt bei Familien in schlechten sozialen Bedingungen anknüpfen. Vorsorgen ist dabei besser (und billiger) als Heilen.*

*Die erwähnten gesellschaftlichen Veränderungen fordern deshalb eine aufmerksame Überprüfung im Hinblick auf deren gesundheitliche Auswirkungen. Veränderungen gesellschaftlicher Lebensformen müssen in einer Weise erfolgen, welche die Gesundheit von Müttern, Vätern und insbesondere deren Kinder nicht beeinträchtigen, sondern sie fördern. Männer können in der vermehrten Beteiligung an der Familien- und Erziehungsarbeit an Lebensqualität gewinnen und gleichzeitig ihre Partnerinnen entlasten. Familienergänzende Strukturen sind eine Chance für Familien, aber auch für die Gemeinden. Und Unternehmungen mögen nicht zuletzt aus einer ökonomischen Perspektive die Anliegen von Familien in ihren Betrieben aufgreifen. Klare familienpolitische Leitbilder von Kanton und Bund könnten für all diese Schritte nützlich sein.*

*Ich wünsche dem Bericht, dass er zu konstruktiven und innovativen Lösungsvorschlägen inspirieren möge.*

Prof. Dr.med. Felix Gutzwiller

Direktor des Instituts für Sozial- und  
Präventivmedizin der Universität Zürich

Zürich, Dezember 2005

# Vorwort

Hans Wydler

Am 27. Februar 2005 haben die Zürcher Stimmberechtigten die *neue Zürcher Kantonsverfassung* angenommen (Inkraftsetzung am 1. Januar 2006). Die Verfassung enthält Grundsätze, die im Zusammenhang mit dem Thema dieses Berichts wichtig sind. In Artikel 11 wird die *Gleichberechtigung von Mann und Frau* genannt und es wird formuliert, dass Kanton und Gemeinden die tatsächliche Gleichstellung von Frau und Mann *in allen Lebensbereichen* fördern (Artikel 11, Ziffer 3). In Artikel 19 wird auf die Sozialziele der Bundesverfassung verwiesen und es wird der Grundsatz anerkannt, dass Eltern vor und nach der Geburt eines Kindes nicht in eine *Notlage* geraten sollen und dass Kanton und Gemeinden sich für gute Voraussetzungen hinsichtlich der *Betreuung von Kindern innerhalb und ausserhalb der Familie* einsetzen. In Artikel 112 wird die *Förderung der Familie* als Gemeinschaft von Erwachsenen und Kindern genannt, der Schutz der Kinder und ihre Integration in die Gesellschaft (diese Aufgaben sollen explizit auch in Zusammenarbeit mit Privaten erfüllt werden). Neben der Gesundheitsversorgung wird in Artikel 133, Ziffer 3 die Förderung der *Gesundheitsvorsorge* genannt.

Die Herausforderung für die Entwicklung einer Familienpolitik – mit besonderer Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte – ergibt sich aus der Tatsache, dass eine solche Politik in verschiedene Lebensfelder und gesellschaftliche Bereiche eingreift: Auf der Ebene des Kantons sind verschiedene *kantonale Direktionen* in unterschiedlichen Aspekten involviert. Meist sind sowohl *Kanton* als auch *Gemeinden* zuständig und es geht in allererster Linie um eine sinnvolle Zusammenarbeit von *öffentlichen und privaten* Bereichen. Der Bericht ist mit der Hoffnung verbunden, dass für die verschiedenen Bereiche, unter Einbezug der relevanten Akteure, entsprechende Strategien entwickelt werden und im Anschluss an die Publikation des Berichts auch Projekte und Massnahmen realisiert werden können. Dazu sind freilich viele weitere Schritte notwendig. Im Massnahmenteil (Kapitel 5) werden einige weitere Voraussetzungen erwähnt und es werden beispielhaft einige Vorschläge gemacht. Dies in der Überzeugung, dass Prävention und Gesundheitsförderung in der Lage sind, Vorgehensweisen zu entwerfen und Realisierungsprozesse zu gestalten, die der Komplexität der Problemstellung aber auch den hiesigen demokratischen Gepflogenheiten und Strukturen gerecht werden.

Im Jahr 2004 hat das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ein umfassendes Konzept zur Zürcher Gesundheitsberichterstattung vorgelegt (Hämmig et al., 2004). In diesem Bericht wurde auch ein Spezialbericht mit dem Fokus auf die *Gesundheit von Mutter und (Klein-) Kind* vorgeschlagen. Folgende Erwartungen wurden mit einem Bericht zu dieser Zielgruppe verknüpft: «Damit wird das Augenmerk erstmals auf eine Bevölkerungsgruppe gerichtet, die nicht nur in der Gesundheitsberichterstattung des Kantons Zürich bislang wenig Beachtung fand. Ein Spezialbericht zu diesem Bevölkerungssegment wird wohl aufschlussreiche und dabei gesundheits- sowie familienpolitisch relevante Erkenntnisse liefern» (Hämmig et al., 2004, S. 51).

Das Thema dieses Berichtes ist somit eng gefasst. Diese Fokussierung erleichtert die Arbeit der Berichterstattung, umgekehrt werden wichtige Aspekte ausser Acht gelassen. So konnten viele Themen, die Frauen oder Familien im Allgemeinen betreffen, nicht aufgegriffen werden (z. B. das Thema der häuslichen Gewalt). Männer/Väter standen nicht im Zentrum des Interesses (was von diesen natürlich als diskriminierend wahrgenommen werden kann). Diese Fokussierung lässt sich damit begründen, dass die Phase um Schwangerschaft, Geburt, Kleinkind- und Kindergartenalter die Frauen besonders fordert, da sie sich gerade in diesen Phasen besonders stark engagieren und Verantwortung übernehmen. Prävention und Gesundheitsförderung knüpfen an Belastungen und Ressourcen der Zielgruppe und deren Umfeld an. Im Kapitel zu den *Massnahmenvorschlägen* wird deshalb der enge Fokus auf die Frauen etwas gesprengt und auch Lebenswelt- und Umweltaspekte für

Interventionen werden stärker einbezogen. Mit der Erfüllung dieser Massnahmenvorschläge könnte den genannten Verfassungsaufträgen besser entsprochen werden.

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich allen, die am vorliegenden Bericht mitgewirkt haben, danken:

Ein grosser Dank geht an alle Autorinnen und Autoren, die mit ihren Beiträgen diesen Bericht ermöglicht haben.

Mehrere Personen haben sich für Interviews zur Verfügung gestellt und wichtige Hintergrundinformationen geliefert: Verena Blumer (pro juventute, Regionalzentrum SH/ZH), Heinrich Nufer (Marie Meierhofer-Institut für das Kind), Maria Mögel (Jugendsekretariat Horgen) und Jürg Steiger (damals Jugendsekretariat Horgen). Für fachliche Diskussionen danke ich Eva Imhoof und Maggie Scheuble (Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich), Gabriela Leuthard (Suchtpräventionsstelle Freiamt Aargau) und Gertrud Zürcher (Suchtprävention Zug).

Regula Bohny hat sich im Amt für Jugend und Berufsberatung für unsere Anliegen eingesetzt und uns ermöglicht, das Berichtsvorhaben an der Konferenz der Jugendsekretäre vorzustellen. Mitarbeitende des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin haben zur Entstehung des Berichtes nicht nur als Autoren beigetragen, sondern auch andere Aufgaben übernommen. Dies gilt für alle nachstehend genannten Personen. Wo nötig, hat sich Hanspeter Jauss kompetent um die Grafiken gekümmert. Die mühevollen Aufgabe eines minuziösen Lektorats haben in verdankenswerter Weise Katja Ceesay-Egli und Jürg Steiger auf sich genommen.

Alexandra Hardt hat wesentlich zu der Redaktionsarbeit beigetragen und den Bericht in die Schlussfassung gebracht. Roland Stähli danke ich für den Auftrag zur Verfassung dieses Berichts. Er hat den konzeptionellen Rahmen dieses Berichts mitbestimmt und die Entstehung des Werkes kritisch begleitet. Ihm ist die Kürze, aber auch die Gestaltung, Produktion und der Vertrieb des Berichts zu verdanken.

Allen genannten – und allen weiteren Personen, die hier nicht namentlich aufgeführt worden sind – möchte ich meinen ganz herzlichen Dank aussprechen.

# Zusammenfassung

*Hans Wydler*

**Dieser Bericht bezieht sich auf die Gesundheit von Müttern, die mindestens ein Kind unter sieben Jahren haben, sowie auf die Gesundheit dieser Kinder.**

Familienhaushalte machen heute noch rund einen Drittel der Privathaushalte aus. Der Anteil der Kantonsbevölkerung, der mit Kindern unter sieben Jahren zusammenlebt, ist von 28% (1970) auf unter 20% im Jahre 2002 gesunken. Das durchschnittliche Alter der Mütter ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Bei der ersten Geburt beträgt 2003 das durchschnittliche Alter der Frauen im Kanton Zürich 31.6 Jahre. Die Differenz des Geburtsgewichts von Kindern verheirateter verglichen mit Kindern unverheirateter Mütter hat sich in den letzten Jahren verringert (1.1)<sup>1</sup>. Die Säuglingssterblichkeit ist – wie in den umliegenden Ländern – sehr gering. Sie ist vom veränderten Reproduktionsverhalten sowie von medizinischen Errungenschaften geprägt (2.1).

Vor wenigen Jahrzehnten gaben Frauen üblicherweise mit der Geburt des ersten Kindes die Berufstätigkeit auf. Ein heute übliches Muster, das eine Mehrheit der Frauen anstrebt, ist die Verbindung von Berufs- und Familienarbeit. Zwar wird die Berufsarbeit zu Gunsten der Kleinkindphase von einem überwiegenden Teil der Frauen unterbrochen, mit zunehmendem Alter steigt eine Mehrheit (in ansteigendem Anstellungsumfang) aber wieder ein. Das traditionelle Modell, das die Frauen mit der Geburt des ersten Kindes die Berufstätigkeit aufgeben, trifft heute nur noch auf eine Minderheit zu (rund ein Viertel der Frauen). Daraus ergibt sich eine Neustrukturierung des weiblichen Erwerbsverlaufes. Diese Tatsache sowie der Umstand, dass sich Väter in der Haus- und Familienarbeit nach wie vor stark zurückhalten (auch verursacht durch Arbeitsbedingungen, die wenig auf Familienbedürfnisse eingehen), bringen durch die Doppelrolle der Berufs- und Mutterrolle eine starke Belastung von Frauen mit sich (1.2 und 4.6). Die zunehmende Arbeitsintegration der Frauen wirft auf der Grundlage der skizzierten Entwicklungen auch Fragen hinsichtlich der Kinderbetreuung auf. Gute familienergänzende Betreuung ist in der Lage, diese Anforderungen besser zu bewältigen. Ein OECD-Bericht zeigt, dass im Kanton Zürich im internationalen Vergleich noch Optimierungsbedarf besteht (4.6).

Für die Bewältigung der Aufgaben in Familie und Arbeit gibt es eine Reihe von Faktoren, die förderlich oder belastend wirken. Soziale Unterstützung, Nachbarschaftshilfe, instrumentelle und informelle Hilfe stellen wichtige Faktoren dar, die Gesundheit und Wohlbefinden direkt stärken sowie indirekt stresspuffernd wirken. Verschiedene soziale Umwelten sind in unterschiedlichem Ausmass geeignet, Unterstützungsleistungen bereit zu stellen. Zusätzlich unterscheiden sich verschiedene soziale Schichten in der Fähigkeit, von solchen Unterstützungsleistungen Gebrauch machen zu können. Sozial schlechter gestellte Personen können selber weniger soziale Unterstützung leisten und erhaltene Hilfe vergelten; ihnen steht so auch weniger soziale Unterstützung zur Verfügung (1.3).

Die erwähnte, nunmehr übliche Verbindung von Berufs- und Familienarbeit ist für verschiedene Familientypen schwieriger zu leisten. Es sind dies kinderreiche Familien, Einelternfamilien und tendenziell Familien, die sich in weniger privilegierten Lagen befinden. Viele Familien sind heute auf Sozialhilfe angewiesen. Besonders kritisch ist die Situation bei Kleinkindern, bei denen der Betreuungsaufwand am grössten ist. Für 6% der Zürcher Kinder im Alter zwischen ein und sechs Jahren müssen Sozialhilfeleistungen beansprucht werden. Sie stellen somit die grösste Gruppe der Sozialhilfeempfangenden dar. Dies trifft insbesondere allein Erziehende (61% der Kinder, für die Sozialhilfe geleistet wird, leben in einer Einelternfamilie). Weiter sind kinderreiche Familien (drei Kinder und mehr) betroffen. Ungünstige Bedingungen ergeben sich (für Eltern und Kinder), wo trotz Verdienst oder gar Doppelverdienst

---

<sup>1</sup> Die Zahlen in den Klammern beziehen sich auf die jeweiligen Kapitel dieses Berichts.

die finanzielle Situation prekär bleibt (Working-Poor). Dies trifft auf knapp 19% aller allein Erziehenden und knapp 16% der Familien mit drei und mehr Kindern zu, verglichen mit knapp 3% bei Paaren ohne Kinder (1.4). Unter materiell prekären Voraussetzungen leidet die Möglichkeit, den Kindern erspriessliche Bedingungen zu bieten.

Im Kanton Zürich kommen knapp 29% der Kinder mit einem Kaiserschnitt zur Welt. Bei über 30-jährigen Frauen sind es mehr als ein Drittel. Es gibt keine Evidenz dafür, dass dieser hohe Kaiserschnittanteil einen gesundheitlichen Mehrwert bringt. Etwas über 4% der neugeborenen Kinder haben leichtere oder schwerere Missbildungen. Bei den unter einjährigen Kindern werden am häufigsten perinatale Krankheiten diagnostiziert (z. B. Schädigungen vor der oder durch die Geburt, Infektionen, Stoffwechselstörungen), bei den über Einjährigen sind es Erkrankungen des Atmungssystems sowie Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen. Der Kanton Zürich weist im Deutschschweizer Vergleich überdurchschnittliche Raten an Unfällen, Verletzungen und Vergiftungen sowie an Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems auf (aber weniger Erkrankungen des Atmungssystems, abgesehen von den unter Einjährigen, vgl. Kapitel 2.2).

Besonders bei allein erziehenden Frauen zeigen sich gesundheitliche Einschränkungen oder Einschränkungen des Wohlbefindens (3). Diese drücken sich in mangelnder psychischer Ausgeglichenheit, psychisch bedingten gesundheitlichen Problemen, in der Neigung zu Depressivität, in grossen Anteilen mit Untergewicht und hohem Tabakkonsum aus. Allein erziehende Frauen geben besonders häufig an, sich nicht um die eigene Gesundheit zu kümmern. In dieser Gruppe ist auch der Anteil besonders hoch, der über zuwenig Schlaf klagt. Generell können alle diese Symptome im Zusammenhang mit Stress und Überforderung interpretiert werden. In Paarsituationen unterscheiden sich Frauen mit Kindern im Allgemeinen nicht von Frauen ohne Kinder, obwohl die wöchentliche Arbeitsbelastung bei Frauen mit Kindern unter sieben Jahren mindestens doppelt so hoch ist und in Familien mit über Sechsjährigen auch sehr deutlich höher liegt. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass Kinder nicht nur als Belastung und Arbeitsaufwand sondern eben auch als Bereicherung und Quelle von Kraft und Gesundheit wahrgenommen werden. Die Arbeitszufriedenheit ist bei Frauen mit Kindern hoch. Sie deutet darauf hin, dass es von den Frauen geschätzt wird, neben der Familie einen Lebensbereich zu haben, der Anerkennung und Abwechslung zur Familienarbeit bietet (1.2 / 3 / 4.6). Zudem ist ein Doppelverdienst für Familien zunehmend notwendig und bietet Frauen auch grössere Chancen auf Autonomie und Selbstbestimmung.

Es gibt ein breites Angebot im Bereich der Gesundheits- und Sozialversorgung für die betrachtete Zielgruppe. Darstellung finden folgende Bereiche: Angebote rund um Schwangerschaft und Geburt (4.1), die Angebote der Jugendsekretariate (4.2), der Bereich der psychosozialen Versorgung, die am Beispiel des Winterthurer Modells dargestellt wird (4.3), die katholische und die reformierte Kirche leisten jährlich rund 700'000 Stunden freiwillige und bezahlte Arbeit zugunsten von Familien (4.4 und 4.5). Einen Überblick über die familienergänzende Kinderbetreuung gibt der Zürcher Betreuungsindex (4.6). Die Angebote im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sind breit und heterogen, das Kapitel 4.7 zeigt einige Beispiele. Auffällig ist, dass diese Angebote wenig koordiniert erfolgen und gewonnene Kontakte und Beziehungen nicht nachhaltig gepflegt werden.

Der Bericht schliesst mit Vorschlägen für mögliche Massnahmen (5). Es werden Massnahmen zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit für verschiedene Familienformen vorgeschlagen. Weitere Vorschläge betreffen die bessere Vernetzung von Angeboten rund um Schwangerschaft und Geburt, damit wichtige und wenig erreichte Zielgruppen ihre sozialen Netze ausbauen und ihre Integration verbessern können. Im Bereich der Elternbildung gehen die Vorschläge dahin, weniger privilegierten Gruppen den Zugang zu den Angeboten der Elternbildung zu erleichtern. Ein vierter Massnahmenbereich betrifft die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und schlägt Entlastungsmöglichkeiten für Mütter vor.

# 1. Demographie und Lebensbedingungen von Familien

## 1.1 Haushaltsstrukturen und Lebendgeburten

Matthias Bopp

### Bestand an Familien mit unter 7-jährigen Kindern

Der Anteil der Privathaushalte mit Kindern unter sieben Jahren ist deutlich zurückgegangen. Um 2000 zählte nur noch gut jeder neunte Privathaushalt zu dieser Kategorie (Tab. 1). Um 1970 waren über 10% der Kantonsbevölkerung jünger als 7-jährig, Ende 2003 nur noch knapp 7%<sup>2</sup>.

Noch um 1970 war fast jeder zweite Privathaushalt im Kanton Zürich ein Familienhaushalt im engeren Sinne (Zwei- oder Mehrgenerationenhaushalt mit Eltern(teil) und Kind(ern)). Seither hat die Zahl der Einpersonenhaushalte und der Mehrpersonenhaushalte ohne Kinder stark zugenommen. Im Jahr 2000 waren nur noch 30% aller Privathaushalte eigentliche Familienhaushalte, davon nur jeder dritte ein Familienhaushalt mit mindestens einem Kind unter sieben Jahren. Als Folge dieser Entwicklung ist der Anteil der Kantonsbevölkerung, die in Familienhaushalten mit unter 7-jährigen Kindern leben, von 28.1% (1970) auf 19.4% (2000) gesunken.

Tab. 1: Haushaltsformen 1970 und 2000 im Kanton Zürich

	1970	2000	Veränderung 1970 bis 2000
<b>Wohnbevölkerung total</b>	<b>1'107'788</b>	<b>1'247'906</b>	<b>+12.6%</b>
- in Familienhaushalten mit Kindern <7 Jahre	311'670	242'044	-22.3%
- Anteil an Wohnbevölkerung total	28.1%	19.4%	
<b>Privathaushalte total</b>	<b>386'315</b>	<b>567'573</b>	<b>+46.9%</b>
- Familienhaushalte mit Kindern <7 Jahre	75'412	62'301	-17.4%
- mit 2 Eltern	73'297	56'405	-23.0%
- mit 1 Elternteil	2'115	5'896	+178.8%
- übrige Zweigenerationenhaushalte	103'097	107'147	+3.9%
- Paarhaushalte ohne Kinder	97'008	157'398	+62.3%

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Volkszählungen 1970 und 2000

Parallel zum relativen Bedeutungsverlust der Haushalte mit vorschulpflichtigen Kindern hat sich auch deren Struktur verändert. Lebten 1970 im Kanton Zürich nur gut 2% der unter 7-Jährigen in Privathaushalten mit nur einem Elternteil zusammen, so belief sich dieser Anteil 2000 bereits auf über 8%. Die absolute Zahl der unter 7-Jährigen mit ausländischer Nationalität hat gegenüber 1970 um rund einen Sechstel abgenommen (Schweizer: -22%). Wegen des stärkeren Rückgangs der Kinder mit Schweizer Nationalität hat der relative Anteil der Ausländer bei den unter 7-Jährigen in Familienhaushalten leicht zugenommen (von 27.5% auf 29%), allerdings bei stark verändertem Nationalitätenspektrum.

<sup>2</sup> Für die Auswertungen wurden folgende Daten des Bundesamts für Statistik in Neuchâtel verwendet:

- Ständige Wohnbevölkerung 1981 bis 2003 nach Geschlecht, Alter und Kanton;
- Eidgenössische Volkszählungen 1970 und 2000;
- Statistik der Lebendgeburten 1979 bis 2003.

Verglichen mit der übrigen Deutschschweiz sind Haushalte mit vorschulpflichtigen Kindern im Kanton Zürich etwas seltener. Häufiger als im Deutschschweizer Mittel lebt nur ein Elternteil im gleichen Haushalt. Die Trends über die letzten Jahrzehnte verliefen im Kanton Zürich aber grundsätzlich ähnlich wie in der übrigen Deutschschweiz.

### **Doppelrolle Mutter und Berufsfrau**

Noch vor wenigen Jahrzehnten war es die Regel, dass Frauen bei einer Mutterschaft ihre Berufstätigkeit aufgaben und sich – meist lebenslänglich – vollzeitlich ihrer Familie widmeten. Im Kanton Zürich wird diese Lebensform heute nur noch von einer Minderheit gewählt (vgl. auch Kap. 1.2 und 4.6). Gemäss Volkszählung 2000 gingen nur noch 43% aller Mütter in Privathaushalten mit unter siebenjährigen Kindern keiner Erwerbstätigkeit nach, von den Müttern mit nur einem Kind sogar bloss 38%. Einzig bei Haushalten mit vier und mehr Kindern verzichtete eine Mehrheit der Mütter auf eine Erwerbstätigkeit. Die Berufstätigkeit steigt mit dem Alter des jüngsten Kindes: Mütter von unter einjährigen Kindern waren zu 47% berufstätig, Mütter, deren jüngstes Kind den sechsten Geburtstag schon erreicht hatte, zu über 66%. Bei dieser Zunahme handelt es sich vor allem um Teilzeit-Erwerbstätige. Allein erziehende Mütter sind etwas häufiger, Ausländerinnen etwas seltener berufstätig. Die Häufigkeitsverteilung nach Beschäftigungsgrad variiert nur wenig. Rund jede vierte erwerbstätige Mutter mit vorschulpflichtigen Kindern arbeitet Vollzeit und etwas weniger als jede zweite mit einem Teilzeit-Pensum unter 50%.

### **Anzahl Lebendgeburten, Fertilität und Alter der Mutter**

Wie in der ganzen Schweiz und im angrenzenden Ausland hat die Zahl der Neugeborenen auch im Kanton Zürich nach einem Gipfel in den 1960er Jahren (1964 mit 18'872 Lebendgeburten) rasch abgenommen (Minimum 1977: 11'805). In den folgenden Jahren ist diese Zahl wieder leicht angestiegen und bewegt sich seit 1990 in einem relativ schmalen Bereich (12'713 bis 13'211).

Knapp 31% aller Neugeborenen im Kanton Zürich (übrige Deutschschweiz: gut 24%) haben kein Schweizer Bürgerrecht. Entsprechend häufiger als im Deutschschweizer Mittel sind im Kanton Zürich ausländische Elternteile. Dies ist nicht nur durch mehr Familien mit zwei ausländischen Elternteilen bedingt (bezogen auf alle verheirateten Eltern 1999 bis 2003 im Kanton 31.3%, in der übrigen Deutschschweiz 24.9%) sondern ebenso durch Familien mit einem Schweizer und einem ausländischen Elternteil (21.8% vs. 13.7%); seit 1999 sind Neugeborene mit zwei Schweizer Elternteilen im Kanton Zürich in der Minderheit.

Die Frauen im Kanton Zürich gebären, wie in der ganzen Schweiz, deutlich weniger Kinder als für den Ersatz der Bevölkerung nötig wäre. Noch in den 1980er Jahren lag die zusammengefasste Geburtenziffer<sup>3</sup> im Kanton Zürich mindestens 10% unter dem nationalen Durchschnitt, hat aber in den 1990er Jahren den Rückgang in der übrigen Schweiz nicht mitgemacht und liegt neuerdings sogar knapp über dem Niveau der übrigen Deutschschweiz (2001 bis 2003: 1.38 vs. 1.36). Dahinter verbergen sich grosse Unterschiede nach Nationalität (Schweizerinnen: 1.12, Ausländerinnen: 2.07).

Seit etlichen Jahren beobachtet man eine Verlagerung von Schwangerschaften in spätere Lebensphasen mit abnehmenden Geburtenraten bei den unter 30-Jährigen und zunehmenden bei den über 35-Jährigen. Die Mütter von 2003 im Kanton Zürich geborenen Kindern waren im Durchschnitt über 31 Jahre alt, d. h. zwei Jahre älter als 15 Jahre früher. Noch viel stärker war die Zunahme bei den Erstgeburten (Abb. 1). Schweizerinnen im Kanton Zürich waren 2003 bei der Geburt ihres ersten Kindes im Durchschnitt über 31.6 Jahre alt, drei Jahre älter als vor 15 Jahren. Gegenüber der übrigen

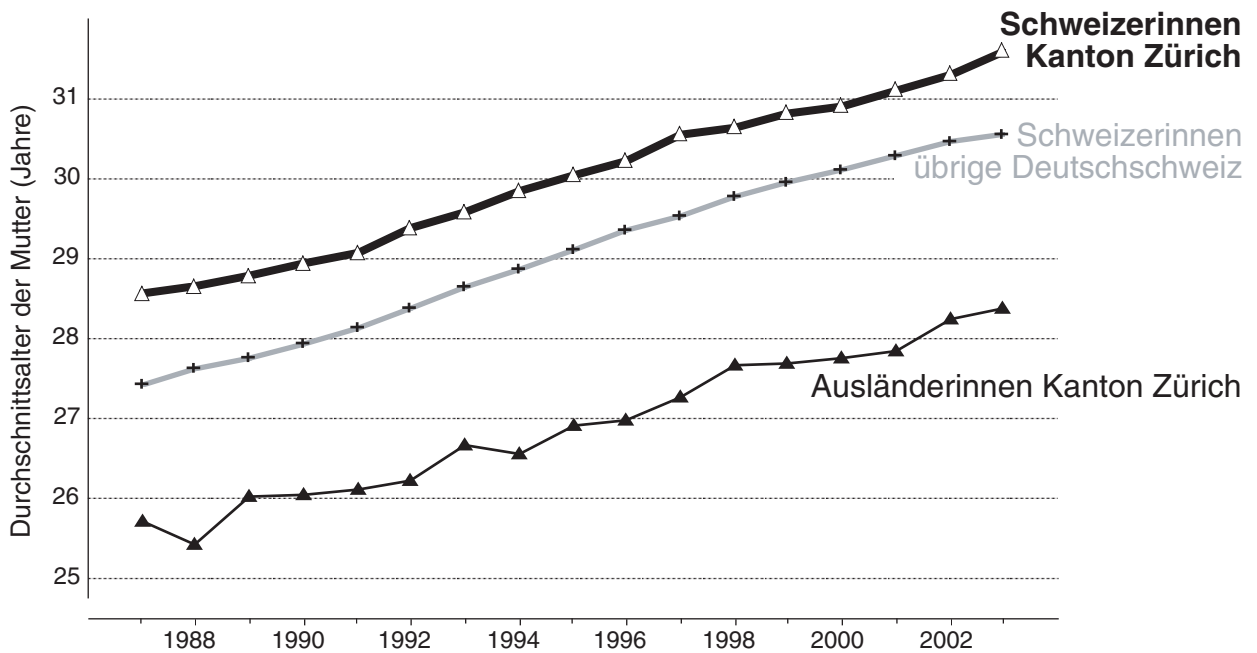
---

<sup>3</sup> Durchschnittliche Anzahl Kinder, die eine Frau im Verlauf ihres Lebens zur Welt bringen würde, wenn die altersspezifischen Fruchtbarkeitsziffern des entsprechenden Kalenderjahres bis zum Ende des Gebärfähigkeitsalters der Frau konstant blieben (dies ist eine grobe Schätzung der durchschnittlichen Zahl der Kinder je Frau).

Deutschschweiz ergibt sich ein rund ein Jahr höheres Alter bei der Erstgeburt. Eine ähnliche Tendenz zum Aufschieben der Mutterschaft sieht man auch bei den Ausländerinnen, allerdings auf einem rund drei Jahre tieferen Altersniveau.

Vom Public Health-Standpunkt aus ist die anhaltend geringe Zahl von Teenager-Schwangerschaften erfreulich. Auf unter 18-jährige Mütter entfallen im Kanton Zürich rund 30 bis 40 Geburten pro Jahr, d. h. eher noch weniger als im international gesehen schon tiefen Schweizer Durchschnitt.

**Abb. 1: Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes, 1987 bis 2003**



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Statistik der Lebendgeburten

N (1987-2003)=ZH: 63'145 (Schweizerinnen) bzw. 31'806 (Ausländerinnen); N=übrige Deutschschweiz: 216'764 (Schweizerinnen)

## Geburtsgewicht

Das Geburtsgewicht korreliert stark mit der Säuglingssterblichkeit (Drack et al., 1998). Das Geburtsgewicht interessiert aber auch, weil es als Indikator für die Häufigkeit vorzeitiger Geburten bzw. für verzögertes fetales Wachstum gilt.

Beschränkt auf die Erstgeburten von Einlingen sieht man im Kanton Zürich bei den Ausländerinnen bis in die Gegenwart eine Zunahme des mittleren Geburtsgewichts, bei den Schweizerinnen bis 1991. Seit Beginn der Datenreihe (1979) hat sich die Geburtsgewichts-Verteilungskurve abgeflacht und sowohl «sehr leichte» als auch «schwere» Babies sind auf Kosten der 2'500 bis unter 3'500 Gramm wiegenden Lebendgeborenen relativ häufiger geworden.

Der Anteil der unter 2'500 Gramm wiegenden Babies (*LBW = low birth weight*) galt lange als guter Gesundheitsindikator, weil diese Gruppe höhere Sterberisiken aufweist. Deswegen wird er immer noch für internationale Vergleiche verwendet (z. B. OECD, 2002). Der Rückschluss, dass ein niedriger LBW-Anteil einen hohen Stand des Gesundheitswesens bedeute, gilt heute nur noch sehr beschränkt, weil eine aktivere Fortpflanzungsmedizin häufiger Mehrlingsgeburten nach sich zieht und durch den medizinischen Fortschritt in der Neonatologie immer mehr Neugeborene auch mit tiefem Geburtsgewicht überleben. Nach einem Rückgang bis etwa 1990 hat der Anteil der LBW-Geburten im Kanton Zürich wieder etwas zugenommen (1999 bis 2003: 5.8%), wobei es sich in fast 30% aller Fälle um

## 1.4 Familiensituation und Sozialhilfeabhängigkeit

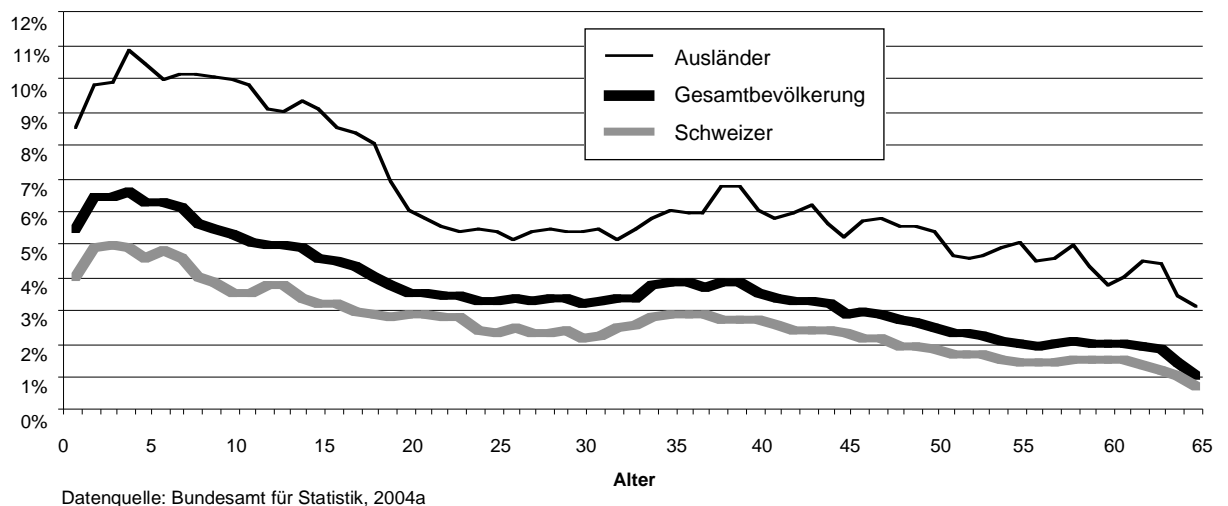
Robert Fluder

Die wirtschaftliche Situation der Menschen und ihr Gesundheitszustand stehen in einem engen Wechselspiel. So beeinträchtigt eine angeschlagene Gesundheit die Leistungsfähigkeit und andererseits führt Armut zu sozialem Ausschluss und Einschränkungen, die wiederum die Gesundheit beeinträchtigen können. Im Folgenden steht deshalb die wirtschaftliche Lage der Haushalte mit Kindern im Zentrum. Einkommensschwäche und Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen hängen auch von der familiären Situation ab. Personen mit Erziehungs- und Betreuungspflichten haben nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten, einer vollen Erwerbstätigkeit nachzugehen, während gleichzeitig Kinder das Haushaltsbudget belasten. Das Zusammenspiel von erhöhten Ausgaben und beschränkten Möglichkeiten einer vollen Erwerbstätigkeit kann rasch zum Abgleiten in Armut und in die Abhängigkeit von staatlicher Unterstützung führen. Dies bestätigt sich, wenn man die Sozialhilfequote im Kanton Zürich nach Alter betrachtet. Kinder und Jugendliche sind die Altersgruppe mit dem grössten Sozialhilferisiko.

### Hohes Sozialhilferisiko von Kindern

Am höchsten ist gemäss dem Bundesamt für Statistik (2004a) die Sozialhilfequote bei Kleinkindern, bei denen der Betreuungsaufwand am grössten ist: Im Alter zwischen ein und sechs Jahren müssen über 6% der Kinder mit Sozialhilfeleistungen unterstützt werden (Bundesamt für Statistik, 2004a). Im kantonalzürcherischen Mittel liegt die Sozialhilfequote für Kinder und Jugendliche unter 17 Jahren bei 5.3%. Bei den Erwachsenen zwischen 20 und 40 Jahren müssen zwischen 3% und 3.5% mit Sozialhilfeleistungen unterstützt werden. Ab 40 Jahren nimmt die Quote rasch ab und ab 55 Jahren liegt sie deutlich unter 2% (2002). Familien mit Kleinkindern und Kindern im Vorschulalter tragen somit ein deutlich erhöhtes Sozialhilferisiko.

**Abb. 2: Sozialhilfequote im Kanton Zürich nach Alter, 2002: insgesamt und nach Nationalität**

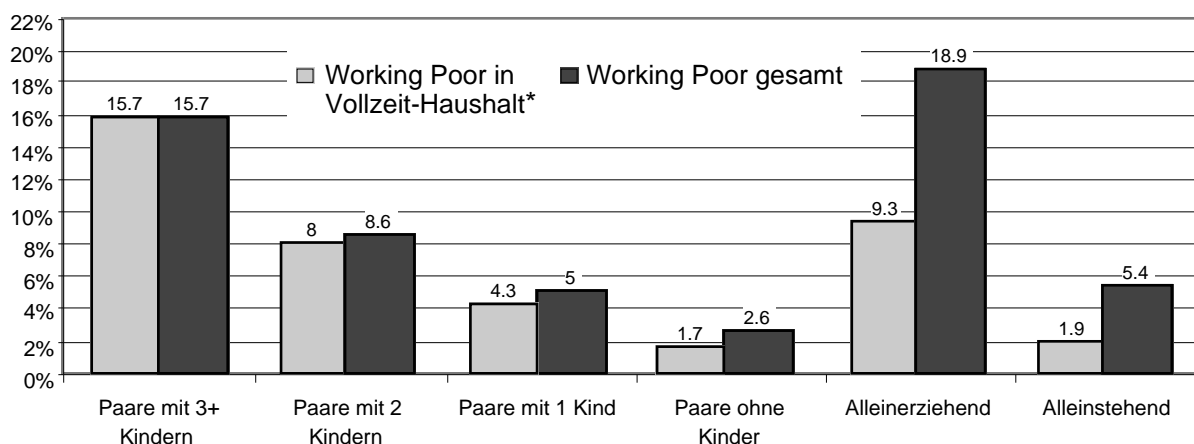


Betrachtet man die Sozialhilfequote nach Alter, so fällt zudem auf, dass sie zwischen 30 und 40 Jahren wieder zunimmt. Dies kann mit der Elternschaft erklärt werden: Der erhöhte finanzielle Bedarf von Familien mit Kindern führt bei einkommensschwachen Personen rasch zu einer Sozialhilfeabhängigkeit. Insbesondere bei einer Trennung von Eltern mit minderjährigen Kindern können finanzielle Engpässe entstehen. So liegt die Sozialhilfequote bei den Geschiedenen bei 5.8%, während sie bei den verheirateten Paaren nur 2% beträgt.

Nicht alle Haushalte mit Kindern haben das gleiche Sozialhilferisiko. Von den Kindern, die Sozialhilfe empfangen, weisen 61% nur einen Elternteil auf. Somit sind die allein Erziehenden in der Sozialhilfe deutlich überrepräsentiert. Von allen unterstützten Fällen sind 19% allein Erziehende, während ihr Anteil an der Bevölkerung nur 4.9% beträgt. Hier zeigen sich auch deutliche regionale Unterschiede. So liegt der Anteil der allein Erziehenden an allen Sozialhilfefällen in der Stadt Zürich mit 14.9% deutlich unter dem kantonalen Mittel. Hingegen ist ihr Anteil in der Stadt Winterthur, in der Bezirksgruppe Bülach, Dietikon, Uster sowie in den ländlichen Bezirksgruppen Dielsdorf, Hinwil, Pfäffikon, Affoltern, Andelfingen und Winterthur-Land mit 23 bis 25% am höchsten (vgl. zur regionalen Verteilung der Belastungen in der Sozialhilfe auch Fluder & StremLOW, 1999).

Sozialhilfebezüger/innen mit Kindern sind im Vergleich zu denjenigen ohne Kinder häufiger erwerbstätig: Je 46% der allein Erziehenden und der Ehepaare mit Kindern sind erwerbstätig, während der Anteil der Erwerbstätigen bei den Einzelpersonen-Fällen und den Ehepaaren ohne Kinder nur etwas mehr als 20% beträgt. Personen mit Erziehungspflichten sind in der Möglichkeit, einer vollen Erwerbstätigkeit nachzugehen, eingeschränkt. Bei tiefer Qualifikation und bei einer Beschäftigung in einem Tieflohnsektor reicht aber ein Teilzeitjob nicht aus, um den finanziellen Bedarf eines Haushaltes mit Kindern abzudecken. Deutlich zeigt sich dies bei der Betroffenheit der Working Poor (d. h. bei erwerbstätigen Personen, die in einem Haushalt mit einem Einkommen unter der Armutsgrenze leben; vgl. Streuli & Bauer, 2001). Während die Working Poor-Quote 2002 insgesamt 6.5% betrug, lag die Quote bei den allein Erziehenden bei fast 19% und bei den Paaren mit drei und mehr Kindern bei fast 16%. Allein Erziehende und grosse Familien tragen somit ein stark erhöhtes Armutsrisiko. Die Sozialhilfe muss in diesen Fällen das nicht ausreichende Erwerbseinkommen ergänzen.

**Abb. 3: Working Poor-Quoten nach Haushaltsstruktur in der Schweiz, 2002**



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, 2003

\* Ein Vollzeit-Haushalt ist ein Haushalt mit einem Arbeitsumfang aller Haushaltsmitglieder von min. 36 Wochenstunden.

### Spezielle Bedarfsleistungen für Familien mit Kindern

Zur Entschärfung der finanziellen Lage der Familien und zur Vermeidung von Familienarmut wurden spezifische Bedarfsleistungen für Familien mit Kindern eingeführt. Aufgrund von Artikel 293 ZGB sind die Kantone verpflichtet, Vorschüsse für den Unterhalt eines Kindes zu gewähren, wenn der verpflichtete Elternteil nicht, nur teilweise oder nicht rechtzeitig seiner Zahlungspflicht nachkommt und ein Bedarf nach Leistungen ausgewiesen ist (Alimentenbevorschussung).

Mit den *Kleinkinder-Betreuungsbeiträgen* werden im Kanton Zürich Eltern, die sich persönlich der Betreuung der Kleinkinder bis zu zwei Jahren widmen wollen und aus wirtschaftlichen Gründen nicht in der Lage sind, diese Aufgabe zu erfüllen, Unterstützungsbeiträge bis zu 2'000 Franken pro Monat

## 2.2 Gesundheit von Müttern und Kindern im Spiegel der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser

Ueli Zellweger & Matthias Bopp

### Daten und Methode

Die seit 1998 obligatorische, aber erst seit 2002 mehr oder weniger vollständige Medizinische Statistik der Krankenhäuser erhebt Daten zu (fast) allen stationären und teilstationären Krankenhausaufenthalten in der Schweiz. Im Wesentlichen sind dies Angaben zu Diagnosen und Behandlungen, Spitalaufenthaltsdauer sowie Aufenthaltsort vor und nach dem Spitalaufenthalt. Mehrfachhospitalisationen der gleichen Person werden vom System erkannt, falls bei der Verschlüsselung (Anonymisierung der Person) alles korrekt verlaufen ist. Für Neugeborene (und Psychiatrieaufenthalte) ist eine Reihe von Zusatzinformationen vorgesehen. Leider werden die Zusatzinformationen für Neugeborene (z. B. das Gestationsalter) von den Institutionen im Kanton Zürich seit dem Jahre 2000 nicht mehr an das Bundesamt für Statistik geliefert.

Eine Verknüpfung der Diagnose- und Behandlungs-Angaben von Müttern und Kindern ist nicht möglich. Häufig fehlt der explizite Code für «Geburt», weshalb in jedem Einzelfall aufgrund der vorhandenen Angaben entschieden werden muss, ob es sich um eine Lebendgeburt, um eine Totgeburt oder einen Abort handelt. Die sehr divergierende Codierungspraxis der einzelnen Institutionen lässt eine verlässliche Bezifferung der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nicht zu<sup>12</sup>.

Die hier vorgestellten Zürcher Daten beziehen sich immer auf Personen mit Wohnsitz im Kanton Zürich. Bei den zu Vergleichszwecken herangezogenen Angaben zu den anderen Deutschschweizer Kantonen wurde wegen Problemen bei der Kennzeichnung von Mehrfachhospitalisierungen der Kanton St. Gallen ausgeschlossen.

### Ergebnisse

*Lebendgeburten:* Für das Jahr 2002 haben wir – unter Ausschluss von Totgeburten und Aborten – 12'244 stationäre (inklusive weniger teilstationärer) Geburten bei im Kanton Zürich wohnhaften Müttern identifiziert (restliche Deutschschweiz (DS): 31'557). Lebend geboren wurden 12'426 Kinder, 6'366 Knaben (51.2%) und 6'060 Mädchen (48.8%). Die Mütter hatten ein Durchschnittsalter von 30.9 Jahren (DS: 30.6 Jahre). 96.0% der Mütter haben in Einrichtungen im Kanton Zürich geboren, 4.0% ausserhalb des Kantons. Am häufigsten war dies im Kanton Thurgau (145 Mütter), gefolgt von Schaffhausen (116), vom Aargau (102) und von Zug (31).

*Entbindungsmethode:* 94.1% der in der Medizinischen Statistik identifizierbaren Zwillingsgeburten im Kanton Zürich (inklusive einer Mehrlingsgeburt) waren Kaiserschnittgeburten (DS, inklusive fünf Mehrlingsgeburten: 81.3%). Im Vergleich zur Statistik der Lebendgeburten ist die Zahl der Zwillingsgeburten in der Medizinischen Statistik allerdings deutlich zu klein.

---

<sup>12</sup> Die Angaben der Schweizerischen Vereinigung für Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs (SVSS) lassen annehmen, dass im Jahr 2003 rund 2000 Zürcherinnen einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen haben.

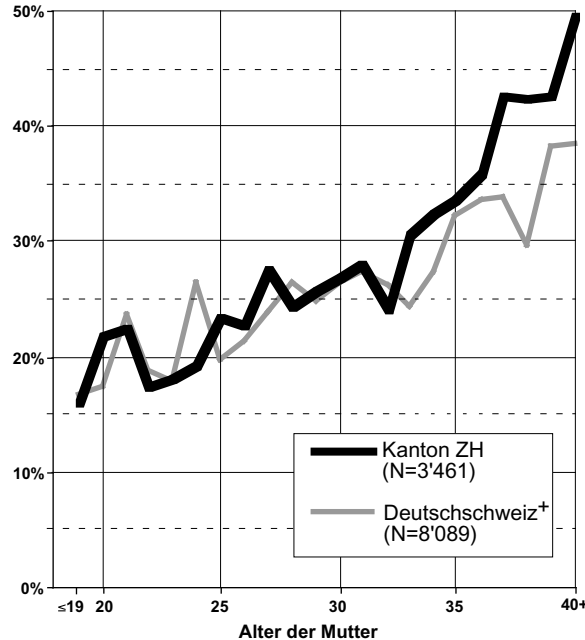
**Tab. 4: Geburten im Kanton Zürich nach Entbindungsmethode und Alter der Mutter, 2002; nur Einlingsgeburten (in Klammern die Vergleichszahlen für die übrige Deutschschweiz ohne den Kanton St. Gallen)**

Altersgruppe	Anzahl Geburten	Normale Geburt %	Zangen- / Vakuumentextraktion %	Kaiserschnittgeburt %
unter 20	193 (535)	72.0 (70.8)	11.9 (11.0)	16.1 (18.1)
20-24	1'613 (3'867)	69.5 (69.7)	11.1 (10.4)	19.4 (19.9)
25-29	3'294 (9'025)	64.3 (67.7)	10.8 (8.9)	24.9 (23.4)
30-34	4'327 (11'281)	60.6 (63.9)	11.1 (8.1)	28.3 (28.0)
35-39	2'296 (5'076)	52.4 (60.1)	9.5 (7.1)	38.1 (32.8)
40 und älter	403 (770)	41.7 (55.7)	8.7 (6.4)	49.6 (37.9)
Total: N	12'126 (30'554)	7'374 (19'877)	1'291 (2'588)	3'461 (8'089)
%		60.8 (65.1)	10.6 (8.5)	28.5 (26.5)

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2002

Bei den Einlingsgeburten handelte es sich zu 60.8% (DS: 65.1%) um Spontangeburt, zu 10.6% (DS: 8.5%) um Zangen- bzw. Vakuumentextraktionsgeburten und zu 28.5% (DS: 26.5%) um Kaiserschnittgeburten. Wie auch aus anderen Datenquellen bekannt, steigt die Rate der Kaiserschnittgeburten mit zunehmendem Alter der Mutter. Liegt diese bis zum 24. Altersjahr bei rund 20%, steigt sie bis zum 36. Altersjahr auf 35%. Ab dem 37. Altersjahr nimmt der Anteil der Kaiserschnitte im Kanton Zürich markanter zu als in der übrigen Deutschschweiz: Fast jede zweite Entbindung bei über 40-Jährigen erfolgt auf diese Art (vgl. Tab. 4 und Abb. 6). Kaiserschnittgeburten sind im Kanton Zürich damit deutlich häufiger als die WHO-Empfehlung von 10 bis 15%<sup>13</sup>.

**Abb. 6: Kaiserschnittgeburten im Jahre 2002 nach Alter der Mutter, in % aller Einlingsgeburten\***



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2002

\* N (Einlingsgeburten) = 12'126 (ZH) bzw. 30'554 (Deutschschweiz ohne ZH und SG)

+ Deutschschweiz ohne ZH und SG

<sup>13</sup> Gemäss Wagner (2000) ist bereits diese Empfehlung ein «Ziel-Kompromiss». Er bemerkt dazu: «There is no evidence that a rate of CS over 7% saves lives».

### 3. Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen mit Kindern

Hans Wydler & Ueli Zellweger

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Gesundheit von Müttern, deren jüngstes Kind unter sieben Jahre alt ist. Die Lebenssituationen dieser Frauen sind sehr unterschiedlich; eine Vielzahl äusserer und innerer Bedingungen beeinflussen ihre Gesundheit. Mütter mit Kindern unter sieben Jahren sind selber relativ junge Menschen und gehören somit zu einer Altersgruppe, in der gravierende körperliche Probleme eher in seltenen Fällen auftreten. Aspekte der psychischen Gesundheit geben deshalb besseren Aufschluss über die Probleme dieser Frauen als manifeste körperliche Erkrankungen.

#### Ein Vergleich verschiedener Gruppen von Frauen

Zur Beantwortung der Frage, welche gesundheitlichen Auffälligkeiten sich bei Frauen mit Kindern zeigen, werden die Lebenslagen der Frauen in fünf Wohn-/Familiensituationen eingeteilt: Es werden Frauen mit und ohne Kinder, mit jüngeren und älteren Kindern sowie Frauen mit und ohne Partner bezüglich ihrer gesundheitlichen Verfassung verglichen (dabei werden nur Frauen im Alter von 23 bis 50 Jahren betrachtet, um Verzerrungen durch Altersunterschiede zu begrenzen). Konkret wurden folgende Gruppen gebildet:

- Frauen, die in Haushalten ohne Kinder leben;
- Frauen in einer Partnerschaft, die mit Kindern zusammenleben (jüngstes Kind 0 bis 6 Jahre);
- Frauen in einer Partnerschaft, die mit Kindern zusammenleben (jüngstes Kind 7 bis 14 Jahre);
- Frauen, die allein erziehend sind und mit Kindern zusammenleben (jüngstes Kind 0 bis 6 Jahre);
- Frauen, die allein erziehend sind und mit Kindern zusammenleben (jüngstes Kind 7 bis 14 Jahre).

#### Demographie, Datenquelle, Stichprobe

*Demographie:* Eine Darstellung der Bevölkerungszahlen sowie deren Verteilung auf die verschiedenen Typen von Privathaushalten findet sich in Kapitel 1.1 dieses Berichts. Eine gute Darstellung sowohl der aktuellen Situation, wie auch der Entwicklungen zwischen 1970 und 2000 kann verschiedenen Berichten des Statistischen Amtes des Kantons Zürich entnommen werden (Homepage: [www.statistik.zh.ch](http://www.statistik.zh.ch))<sup>19</sup>.

*Datenquelle des vorliegenden Beitrags:* **Die Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB**<sup>20</sup>. Die Befragungsdaten der SGB (durchgeführt vom Bundesamt für Statistik, im Auftrag des Bundesrates) beziehen sich nicht auf Haushaltseinheiten sondern auf Einzelpersonen. Die Befragung wurde 2002 an einer repräsentativen Stichprobe von rund 31'000 Privathaushalten aus der ganzen Schweiz, die über einen Telefonanschluss verfügen, durchgeführt. Pro Haushalt wurde eine Person mit Mindestalter von 15 Jahren befragt, die nach einem Zufallsverfahren ausgewählt wurde. Personen aus Einpersonenhaushalten sind also in dieser Befragung übervertreten, die interessierende Zielgruppe – Frauen in Familiensituationen – untervertreten. Untervertreten ist auch eine weitere Zielgruppe, die im Vergleich zur schweizerischen Bevölkerung kinderreich ist: die Ausländerinnen. Insgesamt ist die Zielgruppe der Frauen, die mit Kindern zusammenleben in der Zürcher Stichprobe der SGB sehr klein (vgl. Tab. 8). Aus Vergleichs- und Validitätsgründen wurden deshalb jeweils die Daten aus der übrigen Deutschschweiz (D-CH) ohne den Kanton Zürich den Ergebnissen aus dem Kanton Zürich beigelegt. Die Daten zu den allein Erziehenden beziehen sich immer auf die gesamte Deutschschweiz, inklusive Kanton Zürich (GD-CH). Alle Angaben beziehen sich jeweils auf die gewichteten Datenwerte der telefonischen und der schriftlichen Befragung, gemäss den Vorgaben des Bundesamtes für Statistik.

<sup>19</sup> Vgl. statistik.info 05/2004: Die Familie zwischen Tradition und Moderne; statistik.info 03/2005: Individualisierung und Kinderlosigkeit (Autor: N. Baumberger).

<sup>20</sup> Für die Beschreibung der verwendeten Variablen und Skalen verweisen wir auf die Dokumentationen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB (Bundesamt für Statistik, 2003; Bundesamt für Statistik, 2004).

**Tab. 8: Stichprobe der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 und Vergleichszahlen der Volkszählung 2003**

		Wohnbevölkerung im Kanton ZH (2003)		SGB-Stichprobe Kanton Zürich		SGB-Stichprobe D-CH (ohne Kt ZH)	
		N	%	N (ungew.)	% (gewichtet)	N (ungew.)	% (gewichtet)
<b>Bevölkerung</b>	Total	1'245'683	100.0	1'630	100.0	11'167	100.0
	männlich	609'269	48.9	730	47.6	5'171	49.4
	weiblich	636'414	51.1	900	52.4	5'996	50.6
<b>- davon Ausländer/innen</b>	Total	273'473	22.0	201	21.3	1'105	15.9
	männlich	145'653	53.3	97	49.9	570	53.1
	weiblich	127'820	46.7	104	50.1	535	49.9
<b>Mütter (in Haushalten mit Kindern unter 15 Jahren)</b>	Total			202	100.0	1'305	100.0
	mit Kindern von 0 bis 6 Jahren			99	53.1	705	53.5
	mit Kindern von 7 bis 14 Jahren			103	46.9	600	46.5
<b>- davon allein erziehende Frauen</b>	Total			29	100.0	161	100.0
	mit Kindern von 0 bis 6 Jahren			10	29.6	59	35.1
	mit Kindern von 7 bis 14 Jahren			19	70.4	102	64.9

Datenquellen: Bundesamt für Statistik, Angaben zur ständigen Wohnbevölkerung 2003; Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002

### Soziodemographische Merkmale der untersuchten Gruppen von Frauen

Der **Zivilstand** der verschiedenen Gruppen lässt sich (an Hand der SGB-Befragungsdaten) folgendermassen beschreiben (vgl. Tab. 9): Rund 95% der Mutter-Kind-Dyaden sind von einer *ehelichen Partnerschaft* der Mutter begleitet, bei welcher der Ehepartner auch im Haushalt lebt. *Alleinerternschaften* werden überwiegend von Frauen geleistet. Meistens sind dies geschiedene oder getrennt lebende Frauen, nur selten sind die Frauen ledig. Der Anteil lediger Frauen ist bei den allein Erziehenden mit jüngeren Kindern sehr viel höher als bei denen mit älteren Kindern<sup>21</sup>.

**Haushaltseinkommen**<sup>22</sup>: Wird die untere Grenze eines überlebensnotwendigen Einkommens auf Fr. 3'000.- festgelegt, so zeigt sich, dass erhebliche Anteile von Familien mit Kindern mit einem Einkommen unterhalb dieser Grenze auskommen müssen: Frauen in Partnerschaften mit Kindern leben rund doppelt so häufig in eingeschränkten finanziellen Verhältnissen wie Frauen ohne Kinder. Bei den allein Erziehenden ist dieser Anteil sogar rund dreimal grösser. Die Situation ist im Kanton Zürich zwar besser als in der übrigen deutschsprachigen Schweiz; dabei ist aber zu berücksichtigen, dass der Kanton Zürich auch besonders städtisch geprägt ist und die Lebenshaltungskosten entsprechend hoch sind (z. B. bei den Wohnungsmieten). Dasselbe zeigt sich, wenn man die Vermögenssituation betrachtet: Während in Paarhaushalten ohne Kinder nur rund 18% der Frauen keinen Monat ohne Einkünfte auskommen könnten, sind es bei den Frauen mit Kindern gut 25%, bei allein Erziehenden hingegen mehr als 35%. Familien sind im Vergleich zu Personen ohne Kinder besonders häufig von Armut betroffen und sind auch häufiger auf Sozialhilfebeiträge angewiesen (vgl. Kapitel 1.4).

<sup>21</sup> Dabei ist unklar, ob in jüngeren Kohorten die Frauen häufiger ledig bleiben oder ob ledige allein Erziehende sich in einem erheblichen Umfang zu einem späteren Zeitpunkt noch verheiraten.

<sup>22</sup> Bei der hier verwendeten Einkommensvariablen handelt es sich um das *Haushalts-Äquivalenz-Einkommen* (HÄ-Einkommen), wie es im Rahmen der SBG zur Verfügung gestellt wird: Dieses berücksichtigt Zu- und Abflüsse des Haushaltseinkommens, die Anzahl der Personen im Haushalt sowie die Anzahl der Kinder unter 15 Jahren. Das Äquivalenzeinkommen berücksichtigt somit, wie viele Personen mit welchen Kostenfaktoren vom Haushaltseinkommen leben müssen.

## 4. Angebote im Bereich der Gesundheits- und Sozialversorgung

### 4.1 Angebote für Mütter während Schwangerschaft und Geburt

*Patricia Blöchlinger*

#### **Vor der Geburt**

*Schwangerenvorsorge:* In der Schweiz werden heute bei einer normal verlaufenden Schwangerschaft sieben vorgeburtliche Untersuchungen und zwei Ultraschalluntersuchungen von den Krankenkassen bezahlt (Krankenversicherungsgesetz KVG, 1996). Schwangere Frauen haben die Möglichkeit, diese bei einer Gynäkologin, in einer Schwangerschaftssprechstunde des Spitals, beim Hausarzt oder bei einer frei praktizierenden Hebamme durchzuführen. Nur ca. 2% der Zürcher Frauen nehmen letztere Möglichkeit in Anspruch; das Angebot ist vielen nicht bekannt.

*Kursangebot für werdende Eltern:* Aus ethnologischer Sicht ist Schwangerschaft und Geburt eine Schwellensituation, die den Übergang in eine *neue Lebensphase* und einen neuen sozialen Status ankündigt (Ensel, 2001). In Geburtsvorbereitungskursen und Kursen für werdende Eltern, die von sehr vielen Erstgebärenden besucht werden, wird dies zunehmend thematisiert.

Das breite Angebot reicht von reinem «Schwangerschaftsturnen» über Bauchtanz, Yoga oder Kursen für Paare bis zur Geburtsvorbereitung im Wasser, um nur einige zu nennen. Die Kurse werden von Hebammen, Geburtsvorbereiterinnen, Physiotherapeuten, Mütterberaterinnen und/oder Elternberatern angeboten und teilweise durch die Krankenkassensicherungen bezahlt.

#### **Bei der Geburt**

Die Mütter- und Säuglingssterblichkeit bei der Geburt ist wie in allen hochentwickelten Ländern sehr tief (Stähelin et al., 2004). Im Kanton Zürich wurden 2003 97% der Kinder in einem der 19 Spitäler mit Geburtsabteilung geboren und jeweils 1.5% in einem der beiden *Geburtshäuser* (Wald und Zürich) oder zu Hause.

Im Unterschied zur Spitalgeburt, bei der Arzt und Hebamme sich die Verantwortung teilen, sind bei einer *Hausgeburt* und im Geburtshaus normalerweise die Hebammen alleine für die Gebärende und das Neugeborene verantwortlich.

Mehrere Untersuchungen (Olsen & Jewell, 2004; Hodnett, 2004), darunter auch die Schweizer Studie von Ackermann-Liebrich et al. (1996), zeigen, dass geplante Hausgeburten und Geburten im Geburtshaus ebenso sicher sind wie Geburten im Spital. Trotzdem herrscht sowohl in der Bevölkerung als auch bei Fachleuten eine grosse Skepsis gegenüber spitalexternen Geburten. Untersuchungen aus dem Ausland zeigen allerdings, dass bei von Hebammen geleiteten Geburten weniger Interventionen nötig sind, die Gebärenden zufriedener und die Geburten kostengünstiger sind (Wagner, 2001; vgl. Kap. 2.2).

Die steigende Anzahl *Kaiserschnitte* ist ein viel diskutierter Aspekt. Ihr Anteil ist in Privatspitälern signifikant höher als in öffentlichen Spitälern. Kaiserschnitte sind für die Gebärenden statistisch gesehen immer noch mit höherer Sterblichkeit verbunden als Spontangeburt. Die Kinder leiden nach einem nicht medizinisch indizierten Kaiserschnitt häufiger an Komplikationen wie Atemnot und Frühgeburtlichkeit (Wagner, 2001; vgl. Kap. 2.2).

Während 2003 im Kanton Zürich Ausländer oder Ausländerinnen 22% der Bevölkerung darstellen, sind es bei den Geburten 30% (Bundesamt für Statistik, 2004). In den öffentlichen Spitälern sind oft weit über die Hälfte der Gebärenden *Migrantinnen* (Held, 2004). Die Geburt bei Migrantinnen stellt sowohl für die Gebärenden selbst als auch für Betreuenden eine grosse Herausforderung dar (Bundesamt für Gesundheit, 2002). Im Kanton Zürich fehlt es hier an Massnahmen, z. B. die Förderung transkultureller Kompetenz der Betreuenden sowie der Einsatz qualifizierter Dolmetscher/innen für Schwangere und Gebärende. Der intime Charakter des Gebärens macht es besonders wichtig, bei Geburten geschulte Übersetzer/innen beizuziehen.

### Nach der Geburt

*Angebote für das Wochenbett:* Als Wochenbett wird die erste Zeit nach der Geburt bezeichnet. Natürlich bleibt die Wöchnerin dabei nicht die ganze Zeit im Bett, nach der Geburt ist eine Auszeit für eine junge Mutter jedoch wichtig, um sich zu erholen und sich der neuen Situation anpassen zu können. Die Zeit des Spätwochenbetts dauert in vielen Kulturen sechs bis acht Wochen. Die schweizerische Gesetzgebung nimmt ebenfalls auf diese Situation Rücksicht, indem sie für Frauen nach der Geburt ein Arbeitsverbot von acht Wochen vorsieht. Seit Juni 2005 haben Arbeitnehmerinnen auch Anrecht auf einen 14-wöchigen bezahlten Mutterschaftsurlaub.

Den Frauen steht es frei, das frühe Wochenbett (sieben bis zehn Tage) im Spital, im Geburtshaus oder zu Hause (ambulante Geburt) mit der Betreuung durch eine frei praktizierende Hebamme zu verbringen. Verbreitet sind heute Mischformen: Eine Wöchnerin und ihr Kind verbringen drei Tage im Spital und werden danach einige Tage von einer Hebamme nachbetreut. Diese Dienstleistungen werden von der Krankenkasse bezahlt<sup>25</sup>.

**Tab. 14: Kostenvergleich für das Wochenbett im Spital (5 Tage) und zu Hause (10 Tage)**

Im Spital: Fr.1'500.-/Tag	Total (5 Tage)	Fr. 7'500.–
Anteil Krankenkassen (Fr. 336.-/Tag)		Fr. 1'670.–
Anteil öffentliche Hand		Fr. 5'830.–
Anteil Wöchnerin		0
Zu Hause: Fr. 310.-/Tag*	Total (10 Tage)	Fr. 3'100.–
Anteil Krankenkassen		Fr. 1'360.–
Anteil öffentliche Hand		
- Gemeinde Pikettenschädigung, fakultativ		Fr. 120.–
- Haushaltshilfe, subventioniert		Fr. 870.–
Anteil Wöchnerin		
- Pikettenschädigung, falls kein Gemeindebeitrag		Fr. 120.–
- Haushaltshilfe**		Fr. 750.–

\* Vollkosten (inkl. Hebamme, Pikettenschädigung, Haushaltshilfe 3 Std./Tag, 1 Arztkonsultation für das Kind)

\*\* Viele Familien leisten sich zur Zeit keine Haushaltshilfe.

Der Klinikaufenthalt nach einer Geburt dauert in der Regel nur noch vier Tage, während es vor 20 Jahren noch sieben bis zehn Tage waren. Wie Beck und Knoth in ihrer Literaturreview (2003) über die Nachbetreuung von Wöchnerinnen schreiben, wird die Verkürzung des Spitalaufenthalts mehr durch den Kostendruck als durch soziale oder medizinische Gründe bestimmt. Untersuchungen über die Auswirkungen der Verkürzung fehlen. Die Verkürzung des Spitalwochenbettes führte aber in den letzten Jahren zu einem Anstieg der Betreuung durch frei praktizierende Hebammen. 2003 wurden

<sup>25</sup> Siehe auch Magazin «Saldo» Nr. 7 vom 14. April 1999.

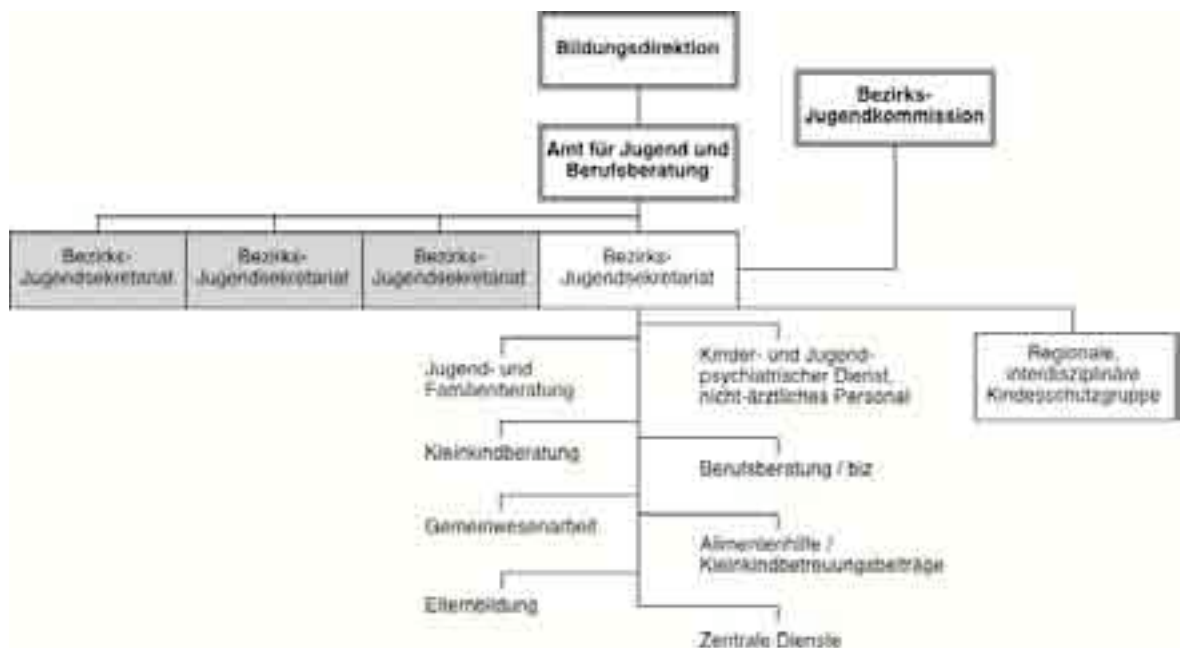
## 4.2 Angebote der Jugendsekretariate

Regula Bohny

Das geltende Jugendhilfegesetz sieht vor, dass in jedem Bezirk ein Bezirksjugendsekretariat besteht (vgl. Kasten «Gesetzliche Bestimmungen» S. 46). Ausnahmsweise können Gemeinden mit Bewilligung des Regierungsrates die entsprechenden Aufgaben selbst organisieren und besorgen. Von dieser Möglichkeit machen die Städte Winterthur, Zürich und Wädenswil Gebrauch. In der nachfolgenden Beschreibung von Aufgaben sind die Verhältnisse in diesen Städten nicht einbezogen.

Die Jugendhilfe will unterstützende, ergänzende oder ersetzende Leistungen erbringen, wo die zuständigen Systeme wie Familie, Schule oder Berufsausbildung an Grenzen stossen.

**Abb. 8: Organigramm Bezirks-Jugendsekretariate**



Für die Leitung und Koordination der Hilfe an Kindern und ihren Familien sind in den Bezirken die *Jugendkommissionen* zuständig. Sie sind wichtige Partner für die politische Vernetzungsarbeit in den Gemeinden und Bezirken. Sie setzen thematische Schwerpunkte und gestalten mit den Jugendsekretariaten die lokale und regionale Angebotsentwicklung.

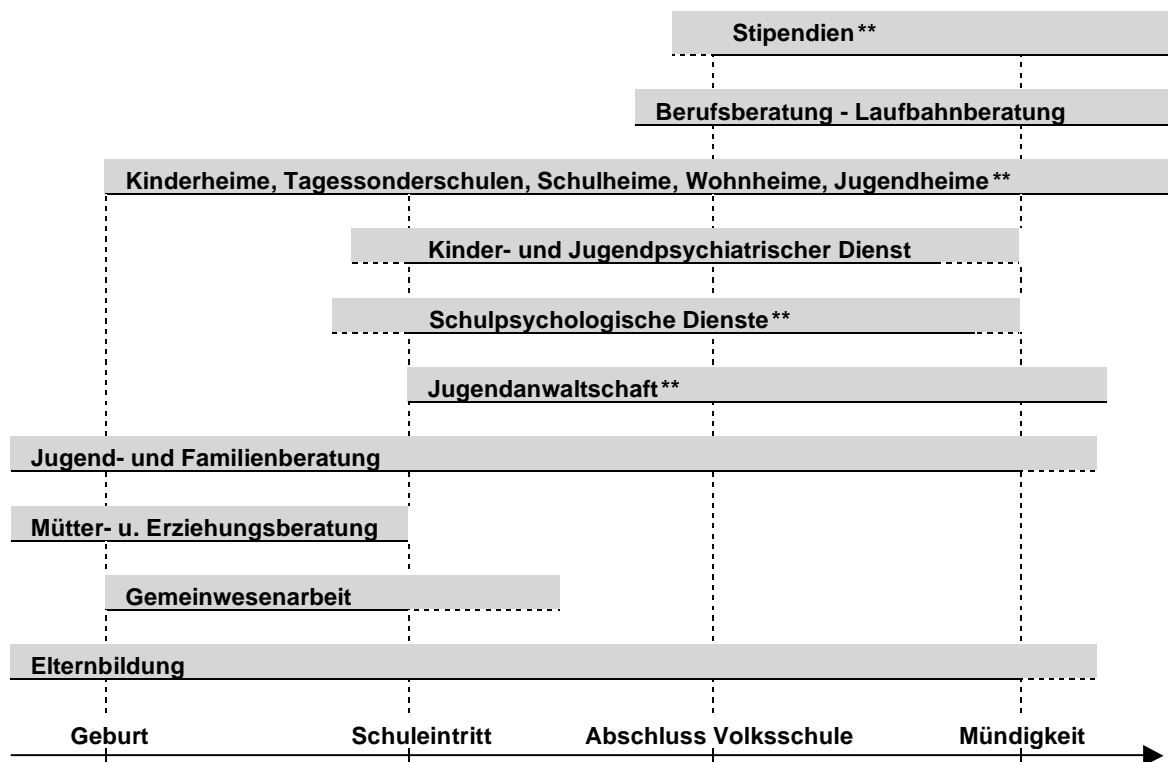
### Aufgaben der Bezirksjugendsekretariate

Abb. 9 zeigt, dass die Tätigkeit von verschiedenen Diensten der Jugendsekretariate bereits vor der Geburt einsetzt: Die Mütterberatung und die Elternbildung bieten Kurse für werdende Eltern an, die Jugend- und Familienberatungen sind zuständig für die Beratung von unverheirateten Eltern und informieren diese über die Voraussetzungen, um Beiträge für die Betreuung von Kleinkindern und der Alimentenbevorschussung geltend machen zu können. Sie übernehmen die Vertretung des Kindes in Vaterschaftsverfahren und bei Unterhaltsregelungen.

Die Jugendsekretariate erfüllen zum einen generelle bevölkerungsbezogene Aufgaben (z. B. in Form von Projekten für bestimmte soziale Gruppen) und zum anderen individuelle Hilfen an Kinder und Jugendliche sowie an deren Familien.

Die *kantonale Elternbildung* im Amt für Jugend und Berufsberatung unterstützt als Fachstelle Träger-schaften und Elternbildner/innen. Sie veranstaltet Tagungen und Weiterbildungsanlässe und bietet Unterlagen, Merkblätter und Publikationen an. In den Jugendsekretariaten befinden sich die de-zentralen Geschäftsstellen der Elternbildung, die für die regionale Vernetzung und die Veröffentli-chung des Elternbildungs-Veranstaltungsprogramms in den Bezirken verantwortlich sind. Pro Jahr werden im Kanton Zürich etwa 1'500 Kurse, Referate und Gesprächsgruppen durchgeführt. Diese sollen Mütter und Väter bei der Bewältigung des Familien- und Erziehungsalltags unterstützen. Der Elternbildung kommt eine wichtige Rolle in der Prävention und der Gesundheitsförderung zu. Viele Themen der Elternbildung beziehen sich auf Gesundheitsfragen (z. B. gesunde Ernährung, Entwick-lungsfragen, Suchtprävention).

**Abb. 9: Übersicht über die Tätigkeit der Jugendsekretariate\* und weiterer Dienste\*\***



\* Die Kleinkinderbetreuungsbeiträge, Alimenterbevorschussung und Kinderschutzgruppen werden hier nicht explizit dargestellt.

\*\* Die weiteren Dienste sind in der Grafik gekennzeichnet.

Eine hohe präventive Wirkung kann auch die *Mütter- und Väterberatung* erzielen (eine Abteilung der Kleinkinderberatung KKB). Sie richtet sich an Eltern von Säuglingen und Kleinkindern bis sechs Jahre. 80 bis 90% der Eltern im Kanton Zürich haben mindestens einmal Kontakt zur Mütter- und Väterberatung, vor allem zu Fragen der Pflege, Ernährung, Entwicklung und Erziehung und der Gestaltung des Familienalltags mit einem Säugling und Kleinkind. Die Mütterberaterinnen erkennen frühzeitig Risikokonstellationen wie Entwicklungsstörungen, Armut oder Gewalt in der Familie, Überlastungs-symptome oder postpartale Erkrankungen von Müttern (Erkrankungen in der Folge der Geburt – solche Erkrankungen zeigen häufig ungünstige Folgen für die kindliche Entwicklung). Die Mütterbera-terinnen können solche Konstellationen erkennen und weisen Betroffene in einem frühen Stadium den entsprechenden Fachleuten oder Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu.

Die *Erziehungsberatung* (eine Abteilung der Kleinkinderberatung KKB) richtet sich an Familien mit Kindern im Vorschulalter. Dabei geht es häufig um Fragen zur Erziehung und Entwicklung und zum

## 4.6 Familienergänzende Kinderbetreuung und Betreuungsindex für Kinder im Vorschulalter

*Kathrin Arioli & Sabina Littmann-Wernli*

### **Familienergänzende Kinderbetreuung und Chancengleichheit**

Betreuungseinrichtungen, die den Eltern ermöglichen, Beruf und Familie zu vereinbaren, leisten einen wichtigen Beitrag zur Gleichstellung von Frau und Mann. Einerseits verfügen Frauen und Männer heute in zunehmendem Masse über vergleichbare Qualifikationen. Entsprechend häufig möchten beide Eltern berufstätig sein und sind nach der Familiengründung auf familienergänzende Betreuungsmöglichkeiten angewiesen. Andererseits erlaubt ein gutes Betreuungsangebot mit einkommensabhängigen Tarifen auch Eltern mit geringeren Qualifikationen, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen und verbessert so die Chancengleichheit von einkommensschwachen Familien. Auch Kinder profitieren von der familienergänzenden Betreuung sowohl in ihrer sprachlichen und kognitiven wie auch sozialen Entwicklung, wenn sie vermehrt Kontakte mit anderen Kindern haben können und in den Betreuungseinrichtungen ein kindgerechtes Umfeld vorfinden (Lanfranchi et al., 2003). Schliesslich ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie nicht nur für die Verwirklichung der Gleichstellung von Bedeutung, sondern auch Kernaufgabe einer nachhaltigen Familienpolitik, wie der neueste Familienbericht der Schweiz festhält (Eidg. Departement des Inneren, 2004).

### **Familienergänzende Kinderbetreuung und die Gesundheit von Müttern und Kindern**

Trotz partnerschaftlicher Lebenskonzepte bleiben nach der Geburt eines Kindes meistens die Mütter zu Hause. Es ist deshalb im vorliegenden Bericht von besonderem Interesse, wie sich das Angebot familienergänzender Kinderbetreuung auf die Situation der Mütter bzw. auf die Gesundheit von Müttern und Kinder auswirken könnte.

Traditionell wurde die familienergänzende Kinderbetreuung eher als «Notlösung» für soziale Härtefälle akzeptiert, in denen die Mutter bzw. die Eltern nicht in der Lage waren, die Betreuung selbst zu übernehmen oder innerhalb der Familie, z. B. mit den Grosseltern, zu organisieren. Mit dieser Sichtweise geht die Vorstellung einher, dass die permanente Anwesenheit der Mutter (von Vätern wird in diesem Zusammenhang selten gesprochen) für eine optimale Entwicklung des Kindes notwendig sei. Diese Vorstellung setzt die Mütter unter erheblichen Druck, insbesondere wenn sie aus wirtschaftlichen Gründen auf eine Erwerbstätigkeit angewiesen sind.

Inzwischen haben sich zahlreiche Untersuchungen mit den Auswirkungen von Fremdbetreuung auf die Entwicklung von Kindern in verschiedenen Altersgruppen befasst. Seltener wird untersucht, inwiefern und in welcher Form sich das Angebot an familienergänzender Kinderbetreuung auf das Wohlbefinden der Mütter bzw. Eltern auswirkt. Eine Übersicht über die vorhandenen empirischen Ergebnisse zeigt, dass im Zusammenhang mit dem Angebot von familienergänzender Kinderbetreuung v. a. folgende Faktoren – zumindest indirekt – einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden von Müttern und Kindern haben dürften (Lanfranchi & Schrottmann, 2004):

- Verringerung von Doppelbelastung und physischem Stress bei Müttern, sofern die Öffnungszeiten der Betreuungseinrichtungen und die Arbeitszeiten der Mütter weitgehend kompatibel sind;
- Abbau von psychischem Stress, welcher v. a. durch die hohen Erwartungen an die Mütter bezüglich Präsenz und Betreuungsqualität ausgelöst wird;
- Schaffung von Kontaktmöglichkeiten und Erhöhung der Kontaktzeiten für Kinder untereinander;
- Verbesserung der sozialen Kontaktmöglichkeiten für Mütter, insbesondere auch für Einelternfamilien;

- Vergrößerung der Bewegungsmöglichkeiten für Kinder, die immer häufiger in wenig kindgerechten, räumlich eingeschränkten Umgebungen aufwachsen;
- Förderung der Integration von fremdsprachigen Müttern und Kindern;
- etc.

Auch wenn die genannten Effekte nicht für alle Mütter und Kinder von gleicher Bedeutung sein dürften, kann davon ausgegangen werden, dass familienergänzende Kinderbetreuung insgesamt einen positiven Einfluss auf die Gesundheit von Müttern und Kindern hat. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird erleichtert, was insbesondere auch Mütter, die aus wirtschaftlichen Gründen erwerbstätig sein müssen, entlastet. Gleichzeitig verbessert sich die soziale Integration von allein erziehenden Müttern und von Kindern, die ohne Geschwister aufwachsen. Schliesslich ist der Integrationseffekt familienergänzender Betreuung insbesondere auch für Migrantinnen und Migrationskinder nachgewiesen (Lanfranchi, 2002).

### **Der Vorschulindex und das Angebot an familienergänzender Kinderbetreuung<sup>26</sup>**

Seit Januar 2004 gibt es im Kanton Zürich einen Index zur familienergänzenden Kinderbetreuung im Vorschul- und Schulbereich. Der Betreuungsindex wurde von der Gleichstellungskommission des Kantons Zürich initiiert. Er dient in erster Linie als Orientierung und Standortinformation für Eltern, die eine neue Wohngemeinde für ihre Familie suchen und für Gemeinden, die ihr Betreuungsangebot mit anderen Gemeinden vergleichen wollen. Eine ausführliche Darstellung des Projektes und der Ergebnisse ist unter [www.kinderbetreuung.zh.ch](http://www.kinderbetreuung.zh.ch) zugänglich. Im Folgenden wird nur auf den Betreuungsindex für Kinder im Vorschulalter eingegangen.

Für den Vorschulindex wurden institutionelle, berufscompatible Betreuungsangebote für Kinder von null bis fünf Jahren erfasst. Dies stellt sicher, dass bei der Qualität der Betreuung gewisse Mindestanforderungen erfüllt werden. Die Angebote umfassen Kinderkrippen, Vorschulkindergärten und Tagesfamilien. Nicht einbezogen wurden Betreuungsangebote, die nur stundenweise bestehen, wie z. B. Spielgruppen, oder informelle Betreuung durch Verwandte oder in der Nachbarschaft. Der Index beruht auf drei Teilindikatoren: Anzahl betreuter Kinder, Länge der Warteliste und Summe der öffentlichen Subventionen.

Die Ergebnisse zeigen, dass das Angebot an familienergänzender Kinderbetreuung in den Gemeinden des Kantons Zürich sehr unterschiedlich ist. In 101 von 171 Gemeinden gibt es keine institutionellen Betreuungsangebote. Häufig organisieren sich in diesen Gemeinden die Mütter untereinander oder nutzen das Angebot einer Nachbargemeinde. Im Durchschnitt werden 5% aller Vorschulkinder familienergänzend betreut, allerdings schwankt dieser Wert sehr: Er liegt zwischen 0% in den erwähnten 101 Gemeinden ohne institutionelle Angebote und 46% in Andelfingen, deren Kinderkrippe eine Zentrumsfunktion wahrnimmt, d. h. ein grosser Teil der dort betreuten Kinder stammt aus den umliegenden Gemeinden. Einen Überblick über das Betreuungsangebot im Kanton Zürich bietet Abb. 11.

Gemeinden mit der Note sechs (in der Abbildung mit dunkler Schattierung) haben im Vergleich zu den anderen Gemeinden das attraktivste Betreuungsangebot. Wichtig ist, dass es sich dabei ausschliesslich um eine relative Bewertung der Quantität handelt. Gemeinden mit der Note sechs verfügen nicht über das bestmögliche Angebot, sondern weisen im Vergleich mit allen anderen Gemeinden im Kanton die grösste Anzahl betreuter Kinder auf.

---

<sup>26</sup> Vgl. auch folgende Literatur: Fachstelle für Gleichberechtigungsfragen des Kantons Zürich (2004), Littmann-Wernli (2004), Littmann-Wernli (2005).

Abb. 11: Überblick Vorschulindex 2004 im Kanton Zürich



Datenquelle: Kommission für die Gleichstellung von Frau und Mann im Kanton Zürich – Statistisches Amt des Kantons Zürich  
 Anmerkung: Die Werte verdoppeln sich jeweils von Kategorie zu Kategorie.

## 5. Massnahmen – Bereiche und Vorschläge

### *Vorschläge verschiedener Autorinnen und Autoren*

Im Rahmen der vorliegenden Berichterstattung wurden die Autorinnen und Autoren gebeten, uns Massnahmenvorschläge zu unterbreiten. So ist eine relativ lange Liste mit leicht bis schwierig zu realisierenden Vorschlägen entstanden. Sie ist auf der Homepage von Gesundheitsförderung Kanton Zürich einsehbar unter: [www.gesundheitsfoerderung-zh.ch](http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch). Im Folgenden werden beispielhaft vier besonders wichtige Massnahmenbereiche mit je zwei Projektvorschlägen ausführlicher dargestellt. Kriterien für die Auswahl der Beispiele waren die Entsprechung zu benannten Problemkreisen dieses Berichts (zusammengefasst unter Punkt A bis C, siehe unten) sowie die Einschätzung zu Klarheit und Realisierbarkeit der Vorschläge.

Vorausgeschickt werden muss, dass Familie und Familienpolitik stark weltanschaulich geprägte Themen sind. Die folgenden Vorschläge möchten nicht ein bestimmtes Familienmodell als das einzige richtige darstellen. Vielmehr sollen sie sicherstellen, dass unabhängig vom gewählten Modell alle Familienmitglieder möglichst gute und faire Chancen auf Gesundheit haben. Eine Bedingung, die heute nicht überall gegeben ist.

Im «Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich» (ISPMZ, 2004) werden vier Strategien zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung beschrieben. Die «Strategie zwei» beinhaltet die Durchführung von *Schwerpunktprogrammen*. Prävention und Gesundheitsförderung mit der Zielgruppe «Mütter mit Kindern» könnte im Rahmen eines solchen Programms angegangen werden. Eine der genannten Voraussetzungen stellt das Vorliegen epidemiologischer Daten für die Ausarbeitung eines solchen Programms dar (wie sie auch im vorliegenden Bericht bereitgestellt werden). Der Ablauf des Entscheidungsprozesses ist im Gesundheitsförderungskonzept (Kapitel 6.2) beschrieben. Weitere zu erfüllende Bedingungen sind:

1. Die *erweiterte Sanitätskommission* stellt die ersten Weichen für die Durchführung eines Schwerpunktprogramms. Erachtet sie ein Schwerpunktprogramm zu diesem Thema als wünschbar, müssen weitere Schritte eingeleitet werden.
2. Für das genannte Thema ist das Zusammenwirken verschiedener kantonaler Direktionen notwendig. Die *involvierten Direktionen* müssen einen Auftrag zur Ausarbeitung eines solchen Programms unterstützen, Zuständigkeiten klären und die Vorgehensweisen (inklusive Budget und Zeitrahmen) koordinieren. In einem ersten Schritt geht es auch um einen vorbereitenden Teilauftrag zur Klärung der weiteren Schritte (vgl. Pkt. 3).
3. Die detaillierte Ausarbeitung eines Schwerpunktkonzepts dient als definitive Entscheidungsgrundlage (vgl. Kapitel 6.2.1 und 6.2.2 im Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung) und würde weiter die folgenden Punkte umfassen:
  - Übersicht über den Status Quo bezüglich Prävention und Gesundheitsförderung bei der Zielgruppe;
  - mögliche Verankerung und Vernetzung mit bereits bestehenden nationalen und internationalen Vorhaben;
  - Informationen über die Wirksamkeit der vorgeschlagenen Massnahmen, auch unter Kosten-Nutzen-Aspekten (vgl. Meier, 2004);
  - Ausarbeitung der Projektinstrumente und -strukturen (z. B. Zielsetzungen, Finanzierungsplan, Evaluation, Qualitätssicherung).

Die vorgeschlagenen Massnahmen werden kaum ohne zusätzliche Mittel zu realisieren sein. Ökonomische Studien zeigen aber, dass in die Prävention und Gesundheitsförderung investierte Mittel sich zu einem späteren Zeitpunkt auch wirtschaftlich auszahlen (vgl. auch Meier, 2004).

### Problemkreise

Folgende Probleme und Themenkreise werden im Zusammenhang mit der Gesundheit von Frauen und deren Kindern als besonders wichtig erachtet:

- A) Familienarmut und Gesundheit:** Familie darf nicht zur Armutsfalle werden. Von Armut betroffene Eltern sind belastete Eltern, das Aufwachsen unter Armut stellt für Kinder eine schlechte Startbedingung dar.
- B) Der weibliche Erwerbsverlauf** hat sich verändert. Arbeitsgestaltung, Familienpolitik, **familienergänzende Strukturen** aber auch **Rollenbilder** haben diesen Wandel nicht oder nur teilweise mitvollzogen. Mehr Entlastung und Unterstützung von Frauen mit Kindern ist in verschiedenen Bereichen möglich:
- Arbeits- und Betriebsstrukturen können stärker auf die Bedürfnisse von Frauen und Familien eingehen.
  - Ein Ausbau familienergänzender Strukturen ist möglich. Die Angebote müssen aber über eine gute Qualität verfügen sonst können Gesundheit und Entwicklung der Kinder negativ beeinflusst werden.
  - Eine Entlastung der Frauen ist möglich durch stärkere Präsenz und vermehrtes Engagement der Väter.
- C) Im Bereich psychischer Gesundheit und Wohlbefindens** bei Müttern zeigen sich neben den Ressourcen, die ein Familie darstellt, auch ausgeprägte Belastungssituationen (v. a. zeigt sich bei allein Erziehenden eine Neigung zu Depression, ein hoher Anteil mit Untergewicht, vermehrtes Rauchen; weiter gibt ein grosser Teil dieser Frauen an, zu leben, ohne sich um die Gesundheit zu kümmern).

### Vorschlag Massnahmenbereich 1: Gesundheitliche Chancengleichheit für alle Familienformen

*Ausgangspunkt:* Die Entscheidung, Kinder zu haben, ist mit gesundheitlichen Auswirkungen verknüpft. Bestimmte Familienformen (allein Erziehende, kinderreiche Familien) sind häufiger von Armut betroffen. Gesundheitliche Einschränkungen für die Eltern können die Folge sein. Armut und Deprivations-erfahrungen von Kindern wirken sich in deren späteren Leben in vielerlei Belangen nachteilig aus. Die gesundheitliche Chancengleichheit ist zur Zeit nicht gewährleistet, für Kinder mit Armutserfahrung wird sie bereits am Beginn ihres Lebens eingeschränkt.

- Ziele:** 1a) Gesundheitliche Chancengleichheit für die verschiedenen Familienformen wird realisiert.  
1b) Die Armut bei Familien und Kindern wird reduziert. Damit wird eine Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden bei diesen Zielgruppen angestrebt.

*Vorgehen:* Das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit muss in jedem Projekt, in jeder Massnahme und auch in allen Organisationen berücksichtigt werden. Die gesundheitliche Chancengleichheit ist darüber hinaus ein politisch relevantes Thema.

*Beispiele* für mögliche Massnahmen und Projekte:

- 1.1 Für den Kanton Zürich wird ein familienpolitisches Leitbild entwickelt, das bei der Entwicklung politischer Strategien und Entscheidungen die Chancengleichheit für alle Familienformen ins Zentrum setzt und verschiedene Szenarien zu deren Umsetzung formuliert.
- 1.2 Es ist zu prüfen, wie das Armutsrisiko bei Familien durch sozialpolitische Massnahmen bekämpft werden kann (etwa durch Erhöhung der Anspruchsgrenze bei Alimentenbevorschussung und Kleinkinder-Betreuungsbeiträgen sowie weitere Massnahmen im Bereich Kinderzulagen oder Mindestlöhne, aber auch durch Entlastung von Familien im Bereich der Krankenversicherungsbeiträge).

## Anhang 3: Kommentierte und weiterführende Literatur

### A. Ausgewählte kommentierte Literatur

Ackermann-Lieblich, U., Voegeli, T., Gunter-Witt, K., Kunz, I., Zullig, M., Schindler, C. & Maurer, M. (1996). Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. Zurich Study Team. *British Medical Journal* 23 (313), 1313-1318.

Die Resultate der Schweizer Nationalfondsstudie Hausgeburt versus Spitalgeburt von Ursula Ackermann-Lieblich und anderen zeigte auf, dass Hausgeburten bei gesunden Frauen, bei denen eine normale Geburt erwartet werden konnte, kein grösseres Risiko für Mütter und Kinder bergen als Spitalgeburten bei gesunden Frauen. Die Studie wurde prospektiv mit «matched pairs» durchgeführt. Dazu wurden Paare von Frauen verglichen, die sich in Alter, Parität, der gynäkologischen und der medizinischen Vorgeschichte, der Partnersituation, der sozialen Klasse und der Nationalität ähnlich waren und sich aber bezüglich des gewählten Geburtsortes unterschieden.

Die Frauen, die zu Hause geboren hatten, brauchten während der Geburt signifikant weniger Medikamente und hatten weniger Eingriffe wie Saugglocken, Zangen und Kaiserschnitte. Keine Unterschiede wurden in der Dauer der Geburt, schweren Dammverletzungen und mütterlichem Blutverlust gefunden. Bei den Kindern wurde kein Unterschied beim Gewicht, Schwangerschaftsdauer oder der Anpassung nach der Geburt gefunden. Wenn eine Geburt mehr als 12 Stunden dauerte, so hatten die Frauen, die zu Hause gebären, signifikant grössere Chancen, ihr Kind spontan zu gebären als Frauen, die im Spital gebären.

Frauen die eine Hausgeburt planten, unterschieden sich von Frauen, die eine Spitalgeburt planten in der Einstellung zu Gesundheit, Geburt, Verantwortung und Unabhängigkeit. Die Fallzahl von 214 Paaren war zu gering um mütterliche oder kindliche Sterblichkeit aufzudecken.

Bachl, M. (2003). Partizipation statt Paternalismus und Moralin. *Krankenpflege*, 8, 22-23.

Die Koppelung von Armut mit sozialem Ausschluss wird dargestellt, einschliesslich dem Zugang zu Information, Bildung, Kultur und Gesundheitspflege. Betroffen sind v. a. Kinder und Jugendliche, daher der Fokus der «Nationalen Armutskonferenz» auf dieser Altersgruppe. Als Schlüsselfaktoren für Armut werden Familienstruktur, Arbeitsmarkt, der öffentliche Sektor und sozialer Ausschluss genannt und eine Gesamtstrategie wird gefordert. Betroffene bemängeln die Problemfixierung und den fehlenden Einbezug ihrer Ressourcen, z. B. die Fremdplatzierung von Kindern. Armut macht krank: Leistungen werden oft nicht in Anspruch genommen, das Gesundheitsverhalten und Wohnumfeld sind ungünstig. Gesundheitsforscher fordern Prävention und Gesundheitsförderung mit Einbezug der Betroffenen und Aufgabe von Stigmatisierungen, Paternalismus und Victim Blaming.

Bauer, T., Strub, S. & Stutz, H. (2004). *Familien, Geld und Politik. Von den Anforderungen an eine kohärente Familienpolitik zu einem familienpolitischen Dreisäulenmodell für die Schweiz*. Zürich: Rüegger.

Dieser Bericht analysiert die Lebenssituation von Familien in der Schweiz und untersucht die familienpolitischen Transferleistungen. Die Autor/innen fordern eine Gesamtreform der familienpolitischen Massnahmen – basierend auf der Unzulänglichkeit der aktuellen Familienpolitik. Kinder und Jugendliche sind doppelt so häufig auf Sozialhilfe angewiesen wie der Rest der Bevölkerung. Es bestehen gravierende kantonale Unterschiede mit Differenzen im Unterstützungsbeitrag von teilweise über 100%. Der Bericht schlägt ein Drei-Säulen-Modell vor, mit einheitlichen Kinderzulagen und angepassten Steuerabzügen, Ergänzungsleistungen, sowie Verdoppelung von Krippenplätzen.

Baumgartner, A. D. (2003). Teilzeitarbeit – Auf dem Weg zu einem neuen Normalarbeitsverhältnis? Unterschiedliche Teilzeiterwerbstypen am Beispiel der Schweiz. *Swiss Journal of Sociology*, 29 (1), 7-34.

Der Ist-Zustand von Teilzeitarbeit in der Schweiz unterliegt einer Betrachtungsweise als marginale, vorübergehende Beschäftigung, die meist als weibliche Ergänzung zum Haupteinkommen des Mannes fungierte. Teilzeitarbeit wird von der Autorin propagiert als gleichwertiges respektive modernisiertes Arbeitsmodell, das aus der Stigmatisierungsecke herausfinden muss. Dies führt zu echter Chancengleichheit mit qualitativ hochstehender Arbeit, unter Einbezug von Flexibilität in der individuellen Lebensgestaltung. Eine angestrebte Priorisierung der Verbindung von Leben und Arbeit wird (im Sinne von work-life-balance) dadurch begünstigt.

Baumgartner geht dabei u. a. auf die vorhandene Struktur von Teilzeitarbeit in der Schweiz ein, ihre kontextabhängige Bewertung, eine Typologisierung und das Verhältnis zu Karrieremöglichkeiten.

Ziel der Studie ist die Darstellung von Existenz, Verbreitung und Charakterisierung einzelner Gruppen Teilzeit Arbeitender.

Beck, M. & Knoth, S. (2003). Nachbetreuung von Wöchnerinnen. Eine Literaturreview. *Pflege*, 5, 265-272.

Aufgrund einer Petition an den Bundesrat, die fordert, dass alle Wöchnerinnen während 10 bis maximal 14 Tagen nach der Geburt Anspruch auf eine bezahlte Haushaltshilfe haben, gab das Bundesamt für Sozialversicherungen diesen Literaturreview in Auftrag. Es wird festgestellt, dass die Gesundheit der Wöchnerinnen vor allem durch Erschöpfung und Depression beeinflusst wird und dass die Prävalenzraten erschreckend hoch sind. Alle Langzeitstudien widerlegten die Annahme, dass die körperliche und psychische Gesundheit acht Wochen nach der Geburt bereits wieder hergestellt ist. Die Entlassung aus der Klinik beruht jedoch nur selten auf wissenschaftlich fundierten Kriterien und die Hauswirtschaft wird nicht als Partnerin im interdisziplinären Team angesehen.

Aus der Literatur schliessen Beck und Knoth, dass Frühentlassungen aus dem Spital zunehmen und es wichtig ist, dass die Eltern zu Hause Unterstützung und Beratung erhalten. Wichtig ist auch, dass den Wöchnerinnen die Entscheidungsmöglichkeiten über Dienstleistungsangebote, deren Dauer und Häufigkeit überlassen wird, weil dies die Befindlichkeit und Zufriedenheit der Wöchnerin beeinflussen.

Benz, D. (2004). *Familienarmut: Bedarfsleistungen für Familien und Jugendliche stagnieren*. Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich (Hrsg.).

Die Ausgaben für die Alimentenbevorschussung stagnieren, die Kleinkinder-Betreuungsbeiträge sind sogar rückläufig. Dies obwohl die Sozialausgaben insgesamt steigen. Grund ist vor allem die mangelnde Teuerungsberichtigung der Einkommensgrenze resp. des Grundbetrags für den Leistungsanspruch. Durch den Teuerungsausgleich beim Lohn verlieren viele BezügerInnen durch Aufsteigen in eine höhere Lohnklasse ihre Anspruchsberechtigung.

Binder, H.-M., Kübler, D., Furrer, C., Bieri, O., Helbling, M. & Maggi, J. (2003). *Familienpolitik auf kantonaler und kommunaler Ebene*. Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.). Bern: BBL, Vertrieb Bundespublikationen.

Der Bericht gibt zum einen den Stand der Familienpolitik in ausgewählten Kantonen und Gemeinden wieder (u. a. wird die Situation für den Kanton Zürich und die Gemeinden Zürich und Uster beschrieben). Zum anderen wird die Entwicklung der Familienpolitik auf kantonaler und kommunaler Ebene seit Beginn der 90er Jahre beobachtet und interpretiert. Die AutorInnen kommen zum Schluss, dass in den letzten Jahren die Familienpolitik keinen grossen Stellenwert in der zürcherischen Kantonalpolitik hatte.

Binswanger, M. (2004). *Familienalltag Schweiz. Surprise, 77, 10-13*.

Das grösste Problem bei der familienergänzenden Kinderbetreuung ist laut Untersuchungen fehlende Koordination und Aufklärung, nicht mangelnde Gelder. V. a. die ländliche Bevölkerung in der Schweiz ist zu wenig über Möglichkeiten informiert und organisiert sich privat. Oftmals existieren auch Betreuungsplätze, die trotz Bedarfs nicht genutzt werden, da kein Überblick über alle Einrichtungen besteht. Eine Ausnahme bildet Zürich mit seinem Betreuungsindex. Ein Vergleich mit Schweden zeigt, dass dort jedes Kind Anspruch auf einen Betreuungsplatz hat und gleichzeitig eine der höchsten Beschäftigungsquoten von Frauen herrscht. Schätzungen gehen von 20 Jahren aus, bis hierzulande ein neues Bewusstsein in Abhängigkeit des gesellschaftlichen Frauen- und Familienbildes entsteht.

Boutiba-Balsinger, D. & Von Ditfurth, A. (2002). *Die ersten fünf Jahre. Jugend & Familienhilfe für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern im Kanton Zürich*. Zürich: Amt für Jugend und Berufsberatung des Kantons Zürich.

Der Band beschreibt die Entwicklungsaufgaben der Kinder in den ersten fünf Jahren und gibt an, welche Familien- und Umwelteinflüsse dabei wichtig sind, welche Risiko- und Schutzfaktoren in diesen Bereichen zum Tragen kommen. In einem zweiten Teil werden Unterstützungs-, Beratungs- und Begleitungsangebote von privaten und staatlichen Anbietern vorgestellt. Der Band gibt so auch einen Überblick über die Tätigkeiten der Zürcher Jugendsekretariate.

Budowski, M., Suter, C. & Meyer, P. C. (1995). *Deprivation, Belastungen, soziale Unterstützung und Gesundheit bei alleinerziehenden Frauen*. Zürich: Abteilung für Psychosoziale Medizin, Psychiatrische Poliklinik des Universitätsspitals Zürich.

Eine Untersuchung zur Beziehung zwischen strukturellen Lebensbedingungen und alltäglichen Belastungen/Lebensereignissen wird dargestellt, wobei hohe Deprivationen mit hoher Belastung korrelieren. Dies steht im Zusammenhang mit der Nicht-Verfügbarkeit struktureller Ressourcen, die anhand eines Deprivationsindex, basierend auf Lebenslagen, definiert werden. Die Fragestellung bezieht sich auf soziale Unterstützung als mildernde Wirkung, mit Zunahme des Wohlbefindens einerseits und als Stress-Puffer-Effekt andererseits. Zentral ist die Frage, unter welchen Lebensbedingungen soziale Unterstützung den grössten Effekt aufweist.

Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2004). *Schlussbericht der kollektiven Expertise zur Sekundärprävention*. Erhältlich bei: [cornelia.stromsky@bag.admin.ch](mailto:cornelia.stromsky@bag.admin.ch).

Dieser Schlussbericht des BAG fasst die Arbeitsergebnisse der folgenden fünf Module zusammen:

**Modul 1:** Grob, A., Feller, K., Käppler, C., Lemola, S. & Simoni, H. (2004). *Prävention bei Familiensystemen während der Schwangerschaft und dem Kleinkindalter*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Prävention wird als Förderung einer gesunden Kindsentwicklung dargestellt, mittels Stärkung von Schutzfaktoren und Abschwächung von Belastungsfaktoren. Als zentral betrachtet werden die Eltern-Kind-Beziehung sowie die bio-psycho-soziale Belastung, die gleichzeitig Eckpunkte erfolgreicher Sekundärprävention darstellen.

Die drei Präventionsempfehlungen sind: 1. Die Früherkennung belasteter Familien und die Koordination von Unterstützungsmassnahmen 2. Die Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten durch Kurzintervention bei Substanzkonsum 3. Die Stärkung von Beziehungskompetenzen.

**Modul 2:** Perrig-Chiello, P., Hüsler, G., Mohler, B. & Schlegel, C. (2004). *Diagnostik und positive Beeinflussung der Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Basierend auf grundlegenden Konzepten und einem Drei-Ebenen-Modell der Befindlichkeit wurden mittels einer ausführlichen Literaturrecherche drei sekundärpräventive Programme ausgewählt: Coping Cat/Coping Koala von Dadds et al., Personal Growth Class von Thompson et al. und Coping with Stress Course/Adolescent Coping with Depressive Course von Clarke, wobei letzteres bereits in einer deutschen Adaptation existiert. Die Modelle waren Ausgangspunkt für die Erstellung eines Kriterienkataloges für ein in der Schweiz durchführbares sekundärpräventives Programm.

**Modul 3:** Perrez, M., Abt, U., Aragon, M., Cina, A. & Hilti, N. (2004). *Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Indikatoren für den Entwicklungs-Risikofaktor «Belastete Eltern-Kind-Beziehung» werden identifiziert und Betroffene als relevante Zielgruppen für Trainings dargestellt.

Die vorgeschlagenen Interventionsmodelle werden begründet und für die Umsetzung in Frage kommende Institutionen benannt.

Eine der empfohlenen Massnahmen lautet «TripleP». Das Programm beinhaltet das Ziel, entstehende Teufelskreise zu durchbrechen. Es setzt dabei auf Prävention von schweren Verhaltens-, Entwicklungs- und emotionalen Problemen, indem Wissen, Kompetenzen und Selbstvertrauen der Eltern gestärkt werden.

«Starke Eltern – Starke Kinder» ist ein weiteres Programm und dient u. a. dem Erlernen niederlagenloser Konfliktlösung.

## Anhang 4: Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt des ersten Kindes, 1987 bis 2003 .....	9
Abb. 2: Sozialhilfequote im Kanton Zürich nach Alter, 2002: insgesamt und nach Nationalität .....	19
Abb. 3: Working Poor-Quoten nach Haushaltsstruktur in der Schweiz, 2002 .....	20
Abb. 4: Fallstruktur bei der Sozialhilfe, den Kleinkinder-Betreuungsbeiträgen und der Alimentenbevorschussung .....	21
Abb. 5: Säuglingssterblichkeit im Kanton Zürich, 1969-2003 .....	23
Abb. 6: Kaiserschnittgeburten im Jahre 2002 nach Alter der Mutter, in % aller Einlingsgeburten .....	26
Abb. 7: Wochenbettbetreuung nach Spitalgeburt durch frei praktizierende Hebammen im Kanton Zürich im Jahr 2003 .....	41
Abb. 8: Organigramm Bezirks-Jugendsekretariate .....	43
Abb. 9: Übersicht über die Tätigkeit der Jugendsekretariate und weiterer Dienste .....	44
Abb. 10: Freiwillige und bezahlte Arbeit in der Reformierten und Katholischen Kirche des Kantons Zürich zu Gunsten der Familie .....	52
Abb. 11: Überblick Vorschulindex 2004 im Kanton Zürich .....	57

## Anhang 5: Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Haushaltsformen 1970 und 2000 im Kanton Zürich .....	7
Tab. 2: Erwerbsmuster der 20- bis 49-jährigen Frauen mit Kindern, 1994/1995 .....	11
Tab. 3: Todesursachen der im ersten Lebensjahr Verstorbenen, Kanton Zürich 1970 bis 2000 .....	24
Tab. 4: Geburten im Kanton Zürich nach Entbindungsmethode und Alter der Mutter, 2002; nur Einlingsgeburten .....	26
Tab. 5: Missbildungen und Chromosomenanomalien bei im Kanton Zürich wohnhaften Neugeborenen, 2002 .....	27
Tab. 6: Hospitalisierungen von im Kanton Zürich wohnhaften Kindern unter 7 Jahren, 2000/01; Häufigkeit und Diagnosespektrum nach Altersgruppen .....	28
Tab. 7: Hospitalisierungen von im Kanton Zürich wohnhaften Kindern unter 7 Jahren, 2000/01; Häufigkeit und Diagnosespektrum nach Altersgruppen .....	29
Tab. 8: Stichprobe der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 und Vergleichszahlen der Volkszählung 2003 .....	32
Tab. 9: Soziodemographische Merkmale von Frauen, die in Haushalten mit Kindern leben .....	33
Tab. 10: Aspekte der Lebenssituation von Frauen .....	34
Tab. 11: Stilldauer, Betreuung der Kinder; Unfälle und Behinderungen der Kinder .....	35
Tab. 12: Gesundheit und Wohlbefinden in verschiedenen Familiensituationen .....	36
Tab. 13: Gesundheit und soziale Lage in fünf Familiensituationen .....	37
Tab. 14: Kostenvergleich für das Wochenbett im Spital (5 Tage) und zu Hause (10 Tage) .....	40
Tab. 15: Engagements der medizinischen und psychosozialen Einrichtungen in den drei Präventionssegmenten .....	48