

Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit

NCD	Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024 (NCD-Strategie)
SUCHT	Nationale Strategie Sucht 2017–2024

Herausgeber

© Bundesamt für Gesundheit BAG
Publikationszeitpunkt: August 2018

Weitere Informationen

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit
Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten NCD
3003 Bern

Telefon +41 (0)58 463 88 24
ncd-mnt@bag.admin.ch

Projektleitung

Sektion Gesundheitsförderung und Prävention, Petra Baeriswyl und Tina Hofmann

Externe Fachbegleitung

Prof. Martin Hafen (Hochschule Luzern)

Gestaltung

Heyday Konzeption und Gestaltung, Bern

**Cette publication est également disponible en français et en italien.
La presente pubblicazione è disponibile anche in italiano e francese.**

Abstract

Die erste Lebensphase ist für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung eines Menschen enorm wichtig. Eine schnell wachsende Zahl von Forschungsergebnissen aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen unterstreicht dies und führt dazu, dass viele Staaten in den Frühbereich investieren. Diese Entwicklung hat mit einiger Verzögerung auch die Schweiz erfasst. Zumindest in der Fachwelt steigt das Bewusstsein, wie wichtig es ist, Familien mit kleinen Kindern durch eine adäquate Grundversorgung im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen zu unterstützen. Ein besonderer Fokus sollte dabei auf sozioökonomisch benachteiligte Familien oder Familien mit Migrationshintergrund gelegt werden.

Das BAG ist sich der grossen Bedeutung der frühen Kindheit im Hinblick auf das Entstehen resp. die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten bewusst. Gesundheitsförderung und Prävention in der ersten Lebensphase wirkt sich positiv auf den weiteren Lebensverlauf aus und verringert Kosten im Gesundheits-, Sozial- und Strafrechtswesen. Das BAG ist bestrebt, die laufenden Aktivitäten seiner Partner zur Verbesserung der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) zu unterstützen. Damit wird auch ein Beitrag zur Umsetzung der Nationalen Strategie Sucht und des Berichts «Psychische Gesundheit» (BAG et al. 2015) geleistet.

Im vorliegenden Konzept sind in Anlehnung an die Handlungsfelder der NCD-Strategie eine Reihe konkreter Massnahmen formuliert. Sie wurden auf der Basis von wissenschaftlichen Grundlagen und unter Einbezug von relevanten Partnern aus dem Frühbereich im Rahmen eines Runden Tisches erarbeitet. Mit Vernetzungsangeboten an der Schnittstelle zur Gesundheitsversorgung und Unterstützung der Koordination soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Akteure in Fachwelt und Verwaltung gefördert werden. Eine Übersichtstudie soll den Gesundheitszustand von Kindern in den ersten vier Lebensjahren und den Zusammenhang mit elterlichen Risikofaktoren aufzeigen. Schliesslich werden die Resultate aus dem vorliegenden Konzept und der Studie aufbereitet, um zur Sensibilisierung von Entscheidungsträgerinnen und -trägern, Fachleuten und der Bevölkerung beizutragen.

Grundlagen

1.	Ausgangslage	8
1.1	Zum Begriff der Frühen Förderung	10
1.2	Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit im Kontext der Nationalen Strategien NCD und Sucht	11
1.3	Frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz und im internationalen Vergleich	14
1.4	Vorgehen bei der Erarbeitung des Konzeptes und der Umsetzungsmassnahmen	17
2.	Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit aus wissenschaftlicher Perspektive	18
2.1	Erkenntnisse aus naturwissenschaftlichen Disziplinen	18
2.2	Die Entwicklung des Kindes im Kontakt zu seiner Umwelt.....	20
2.3	Die kindliche Stressbelastung und ihre Folgen	22
2.4	Der Aufbau der Gesundheitskompetenz und weiterer Lebenskompetenzen.....	24
2.5	Die besondere Situation sozioökonomisch schlechter gestellter Familien	26
2.6	Kosteneffizienz der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention	28
2.7	Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit als Element einer intersektoralen (umfassenden) Gesundheitspolitik.....	30

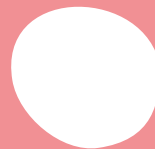
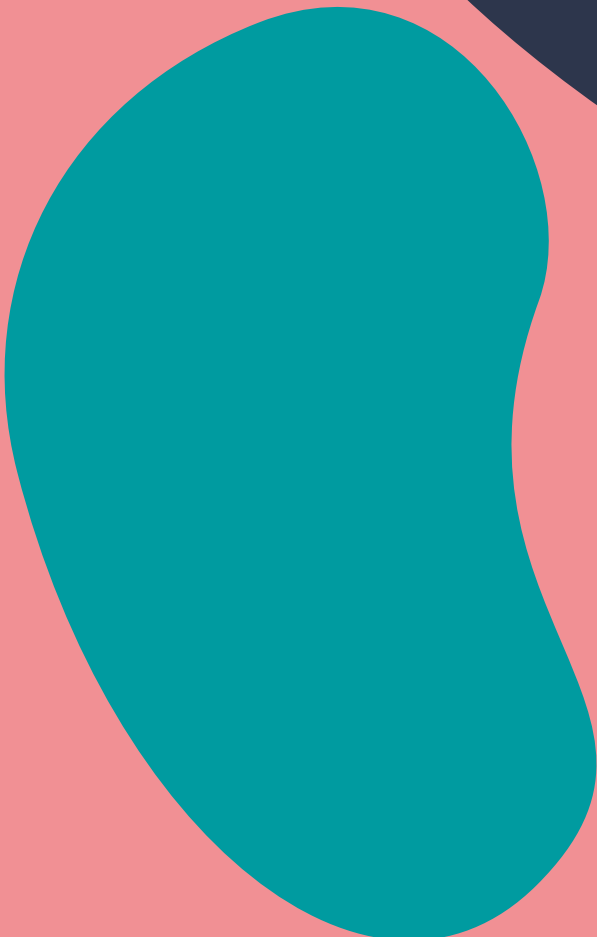
Planung und Umsetzung

3.	Der Runde Tisch «Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit aus gesundheitspolitischer Sicht».....	34
3.1	Vorbereitung des Runden Tisches	35
3.2	Die teilnehmenden Institutionen	36
3.3	Die Ergebnisse des Runden Tisches	37
3.4	Stossrichtungen der BAG-Aktivitäten.....	38
4.	Ziele und konkrete Umsetzungsmassnahmen des BAG.....	39
4.1	Ziel HF 1 + 2: «Früherkennung, Gesundheitsförderung und Prävention» und «Koordinierte und integrierte Versorgung mit Fokus auf den Gesundheitsbereich und sozial benachteiligte Familien».....	39
4.2	Ziel HF 3: Vernetzung von Entscheidungsträgern und Fachpersonen in Verwaltung, Wirtschaft und Zivilgesellschaft.....	41
4.3	Ziel HF 5: Monitoring und Forschung.....	43
4.4	Ziel HF 6: Information und Sensibilisierung für die Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit	44
4.5	Massnahmen im Überblick	45
4.6	Evaluation.....	45

Anhang

5.	Literatur	48
----	-----------------	----

Grundlagen



1. Ausgangslage

Auf einen Blick

- In der ersten Lebensphase (0–4 Jahre) werden wichtige Grundlagen für die Entstehung, aber auch für die Verhinderung von nichtübertragbaren Krankheiten gelegt. Das macht die frühe Kindheit zu einer zentralen Lebensphase für die Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten und Sucht sowie zur Förderung der psychischen Gesundheit.
- Im vorliegenden Konzept wird dargelegt, auf welchen Ebenen das Bundesamt für Gesundheit im Rahmen der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Frühbereich leisten kann.

Nichtübertragbare Krankheiten (engl.: non-communicable diseases, kurz: NCD) bilden die häufigste Todesursache in unserer Gesellschaft und sind für rund 80 Prozent der direkten Gesundheitskosten verantwortlich. Zu den häufigsten nichtübertragbaren Krankheiten gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, Atemwegs- und muskuloskeletale Erkrankungen sowie psychische Krankheiten. Es ist zudem davon auszugehen, dass die Prävalenz von chronischen Krankheiten mit der demographischen Entwicklung und der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge in den nächsten Jahrzehnten weiter zunehmen wird.

Als Reaktion auf die anstehenden Herausforderungen im Zusammenhang mit den nichtübertragbaren Krankheiten hat der *Dialog Nationale Gesundheitspolitik* – die gemeinsame Plattform von Bund und Kantonen für gesundheitspolitische Fragen – im November 2013 die partnerschaftliche Erarbeitung einer *Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten 2017–2024* (NCD-Strategie) in Auftrag gegeben. Diese wurde auf der Grundlage zweier Arbeitsgruppenberichte, die durch zahlreiche Akteure erarbeitet wurden, vom BAG gemeinsam mit der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sowie der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz verabschiedet (BAG/GDK 2016). Der Bundesrat hat die NCD-Strategie zudem zu einer der fünf Prioritäten seiner Agenda Gesundheit 2020 erklärt und als zentrales Ziel der Legislaturperiode 2016–2019 definiert. Die Abteilung *Prävention nichtübertragbarer Krankheiten* des BAG setzt die NCD-Strategie und die Nationale Strategie Sucht unter Berücksichtigung des Berichts *Psychische Gesundheit*¹ (BAG et al. 2015) um und legt mit dem vorliegenden Konzept einen ersten Schwerpunkt im Bereich der frühen Kindheit. Dieser Entscheid beruht auf der Erkenntnis, dass die Grundlagen für die Gesundheit eines Menschen in den ersten Lebensjahren gelegt werden und dass die frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention ein entsprechend wichtiges – wenn nicht das wichtigste – Handlungsfeld der Prävention von NCD und der allgemeinen Gesundheitsförderung darstellt (Hafen 2014a). Die frühe Kindheit ist Teil der Lebensphase «Kindheit und Jugend», welche einen Schwerpunkt der NCD-Strategie im Jahr 2020 bildet. Wie in allen Lebensphasen stehen auch hier gesundheitsrelevante Themen wie Ernährung, Bewegung und gelingende Sozialkontakte im Vordergrund, welche die Basis für die gesundheitsbezogene Resilienz eines Menschen bilden. Besondere Beachtung wird dabei den sozial benachteiligten Familien geschenkt, deren Kinder nachweislich schlechtere Ausgangsbedingungen und damit auch Gesundheitschancen haben.

Das Konzept folgt drei Grundsätzen: Zum einen sollen die zahlreichen Initiativen von staatlichen und zivilgesellschaftlichen Akteuren zur Verbesserung der Situation im Frühbereich unterstützt und konsequent durch die Gesundheitsperspektive ergänzt werden. Zum anderen können ausgewählte Lücken auf

¹ Die wechselseitigen Bezüge und Synergien zwischen diesen drei Strategien sind umfassend. Sie werden in der Folge auch ohne weitere spezifische Nennung der Strategie Sucht und des Berichts *Psychische Gesundheit* konsequent berücksichtigt.

der professionellen Handlungsebene gezielt geschlossen werden. Im Vordergrund des Konzepts steht ein Engagement auf der Metaebene, d. h. auf den Ebenen der Vernetzung, der Forschung und der Sensibilisierung für die Thematik (vgl. Kap. 1.3). Zum Dritten sollen die Unterstützungsbemühungen des BAG unter grösstmöglicher Partizipation der Akteure in Verwaltung, Fachwelt, Wirtschaft und Zivilgesellschaft konzipiert werden. In diesem Zusammenhang wurde am 28. September 2017 ein Runder Tisch mit Vertretungen aus diesen Bereichen durchgeführt; zusätzlich wurden verschiedene Gespräche mit weiteren wichtigen Akteuren geführt, denen eine Teilnahme am Runden Tisch nicht möglich war. Die Ergebnisse werden in Kapitel 3 vorgestellt. Weiterführend soll das Konzept mit den gleichen Akteuren bei einem weiteren Treffen diskutiert werden, sofern diese es wünschen.

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass die Mittel, die dem BAG im Rahmen der NCD-Strategie zur Verfügung stehen, beschränkt sind.

1.1 Zum Begriff der Frühen Förderung

Auf einen Blick

- Frühe Förderung umfasst neben Massnahmen der frühkindlichen Bildung auch Massnahmen aus dem Gesundheits-, dem Sozial- und dem Integrationsbereich sowie strukturelle Massnahmen wie die staatliche Subventionierung der familienergänzenden Kinderbetreuung oder städtebauliche Konzepte, von denen Kinder in den ersten vier Lebensjahren sowie ihre Familien profitieren und die einen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes ausüben.
 - Um die gesundheitspolitische und insbesondere die primärpräventive Bedeutung der Frühen Förderung zu betonen, werden in diesem Konzept die Bezeichnungen «Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit» und «frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention» (synonym) verwendet.
 - Massnahmen der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention richten sich nur ausnahmsweise direkt an die Kinder; sie sind primär auf die Stärkung von Familien mit Kindern im Vorschulalter ausgerichtet und richten dabei einen Fokus auf sozial benachteiligte Familien mit und ohne Migrationshintergrund.
-

Aspekte der Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit werden häufig mit dem Begriff der Frühen Förderung bezeichnet. Aus diesem Grund soll an dieser Stelle ausgeführt werden, was unter Früher Förderung verstanden wird und warum in diesem Konzept die Bezeichnungen «Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit» respektive (und synonym genutzt) «frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention» im Vordergrund stehen. «Frühe Förderung» wird in diesem Konzept in Anlehnung an die allgemeine Definition von Hafén (2014a) aus gesundheitspolitischer Perspektive breit definiert: Der Begriff beschreibt alle professionell erbrachten Massnahmen und alle staatlichen sowie privatwirtschaftlichen Leistungen (wie Kindergeld, bezahlte Elternzeit oder familienfreundliche Arbeitszeitmodelle), welche die Kinder und ihre Familien in den ersten vier Lebensjahren unterstützen und die – direkt oder indirekt – einen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung des Kindes ausüben. Diese gesundheitsbezogene Deutung von «Früher Förderung» als «frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention» umfasst in diesem Sinn nicht nur Aktivitäten, die im Rahmen des Gesundheitssystems erbracht werden, sondern auch Konzepte aus anderen professionellen Handlungsfeldern, die für die Entwicklung von Bedeutung sind. Angesichts des gut dokumentierten Zusammenhangs von Bildung, Einkommen und Gesundheit stehen in diesem Zusammenhang vor allem bildungs- und sozialpolitische Konzepte der Frühen Förderung im Vordergrund, etwa das Konzept der Frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung (FBBE), das sich auf die pädagogischen Aspekte und die Bildungsbedingungen in der frühen Kindheit bezieht (Simoni/Wustmann 2012), oder das Konzept der «Frühen Hilfen», das in Deutschland und Österreich im Vordergrund steht (Meier-Gräwe/Wagenknecht 2011, Haas/Weigl 2014) und den Fokus auf die Begleitung sozial benachteiligter Familien mit und ohne Migrationshintergrund sowie auf die Vernetzung der Organisationen richtet, die in diesem Bereich tätig sind.

1.2 Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit im Kontext der Nationalen Strategien NCD und Sucht

1.2

Auf einen Blick

- Die Entstehung von nichtübertragbaren Krankheiten kann im ganzen Lebensverlauf begünstigt oder verhindert werden; darum setzt die NCD-Strategie auf das Lebensphasenmodell.
- Massgebliche Risikofaktoren in der ersten Lebensphase sind frühkindlicher Stress, Suchtmittelkonsum durch die Eltern, Passivrauchen, das Fehlen einer anregenden Umgebung, fehlende Bewegungsmöglichkeiten, unausgewogene Ernährung etc.
- Die frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention leistet einen entscheidenden Beitrag zur Verhinderung von nichtübertragbaren Krankheiten, weil sie auf die Verringerung zentraler Risikofaktoren und den Aufbau von Schutzfaktoren ausgerichtet ist.
- Resilienzförderliche Schutzfaktoren beginnen sich in den ersten Lebensjahren zu bilden, in Form von Lebenskompetenzen wie Gesundheitskompetenz, Sozialkompetenz, Risikokompetenz, Selbstregulation, Selbstwirksamkeit etc.
- Die Massnahmen der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention können entsprechend dem Massnahmenbereich 1 der NCD-Strategie (bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention) sowie dem Handlungsfeld 1 der Suchtstrategie (Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung) zugeordnet werden.

Nichtübertragbare Krankheiten entstehen aus einem hochkomplexen Zusammenspiel von unterschiedlichen Risiko- und Schutzfaktoren im Lebensverlauf. Diese Einflussfaktoren sind auf der Ebene des Körpers, der Psyche sowie der sozialen und der physikalisch-materiellen Umwelt eines Menschen angesiedelt (Hafen 2013). Ihre Konstellation verändert sich im Leben eines Menschen kontinuierlich. Da jede Prävention darauf ausgerichtet ist, die wichtigsten Risikofaktoren zu reduzieren und die Schutzfaktoren zu stärken, sind in jeder Lebensphase andere Massnahmen erforderlich. Aus diesem Grund orientiert sich auch die NCD-Strategie am Lebensphasenansatz (BAG/NDK 2016). Der Lebensphasenansatz hat nicht nur die gesunde Entwicklung eines Menschen im Lebensverlauf im Blick. Vielmehr legt er seinen Fokus auf die Rahmenbedingungen in jeder Lebensphase oder im obigen Sinn: die jeweilige Konstellation von Risiko- und Schutzfaktoren (Braveman 2014). Dabei ist zu beachten, dass die ersten Faktoren (wie z. B. die Ernährung der Mutter oder ihr Konsum von Tabak/Alkohol) schon während der Schwangerschaft ihren Einfluss geltend machen (Barker et al. 2016).

Die Einflussfaktoren in der frühen Kindheit stehen nicht nur in einem Zusammenhang mit den nichtübertragbaren Krankheiten; sie haben auch einen Einfluss untereinander. So hängen die wichtigsten Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten (Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum, zu wenig Bewegung, unausgewogene Ernährung) eng mit dem Lebensstil und der Gesundheitskompetenz eines Menschen im späteren Leben zusammen (Martin-Diener et al. 2014). Lebensstil und Gesundheitskompetenz wiederum entwickeln sich als Resultat unzähliger Erfahrungen und Gewohnheiten im Lebensverlauf

1.2

sowie im Kontext der Lebensbedingungen. Massnahmen der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention können demnach für die Entwicklung der Gesundheitskompetenz und des späteren Lebensstils eine wichtige Grundlage bilden (Hafen 2017).

Die «Verringerung verhaltensbezogener Risikofaktoren», die «Verbesserung der Gesundheitskompetenz», die «Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen» sowie die «Verbesserung der Chancengerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsförderung und Prävention» sind die ersten vier von sechs spezifischen Zielen der NCD-Strategie (BAG/GDK 2016, S. 5).

In Hinblick auf die NCD-Strategie (vgl. Abb. 1) sind die gesundheitspolitisch relevanten Aktivitäten der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention vor allem in den nachfolgenden Massnahmenbereichen angesiedelt:

- **Handlungsfeld 1** «Bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention»: Hier geht es darum, Menschen zu unterstützen, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu entwickeln, bspw. indem möglichst gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen in der frühen Kindheit bereitgestellt werden.
- **Handlungsfeld 2** «Prävention in der Gesundheitsversorgung»: Ziel ist, die Prävention in der Kuration und Rehabilitation zu verankern. Medizinische Berufe leisten einen zentralen Beitrag zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten und spielen daher eine wichtige Rolle bei der Früherkennung von bedeutenden Risikofaktoren (z. B. übermässige Stressexposition) in der frühen Kindheit.
- Auch die übrigen Handlungsfelder der NCD-Strategie, **HF 3** «Koordination und Kooperation»; **HF 4** «Finanzierung»; **HF 5** «Monitoring und Forschung»; **HF 6** «Information und Bildung»; **HF 7** «Rahmenbedingungen», sind für den Frühbereich gleich wichtig wie für andere Lebensphasen.

Schliesslich ist zu beachten, dass Massnahmen im Frühbereich auch einen Beitrag zur Erreichung der Ziele der Nationalen Strategie Sucht des BAG, insbesondere zum Handlungsfeld 1 «Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung», leisten, da viele der suchtrelevanten Risiko- und Schutzfaktoren schon in der ersten Lebensphase ihre Wirkung entfalten und insbesondere die Früherkennung von Suchtgefährdung sowie eine angemessene Betreuung von suchtkranken Eltern wichtige Ziele darstellen.

Dasselbe gilt für den Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz» und die darin formulierten Handlungsfelder. Auch hier leistet die frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention einen wichtigen Beitrag zur Erreichung des übergeordneten Ziels «Förderung der psychischen Gesundheit und Verbesserung der Vorbeugung und Früherkennung psychischer Krankheiten, um die Zahl der Erkrankungen zu reduzieren» (BAG et al. 2015, S. 5).

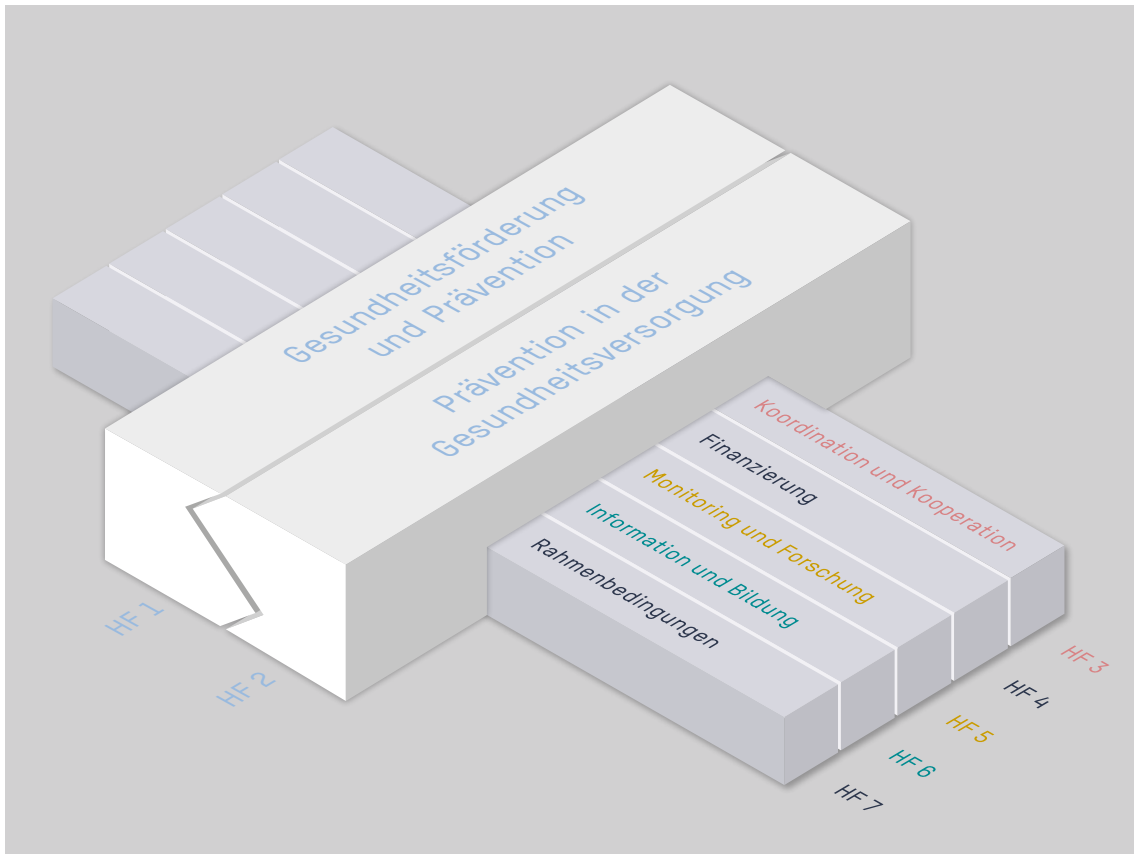


Abb. 1: Handlungsfelder der NCD-Strategie

1.3 Frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz und im internationalen Vergleich

1.3

Auf einen Blick

- Die Schweiz investiert im internationalen Vergleich eher wenig in den Frühbereich (FBBE), nämlich 0,2 Prozent des Bruttoinlandproduktes (BIP). Der Durchschnitt aller OECD-Staaten liegt bei 0,8 Prozent. Die Elternbeiträge an die Angebote der familienergänzenden Kinderbetreuung sind in der Schweiz deutlich höher als in anderen Ländern; zudem schneidet die Schweiz beim bezahlten Mutterschaftsurlaub im OECD-Vergleich schlecht ab. Diese Tatsache stellt für alle Familien, insbesondere aber für sozioökonomisch benachteiligte Familien eine Schwierigkeit dar.
- Die medizinische Betreuung von Familien mit kleinen Kindern ist gut, hat die Schweiz doch eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme weltweit. Gleichzeitig ist das schweizerische Gesundheitssystem kostenintensiv und in kaum einem anderen Land ist der Anteil der Selbstkosten so hoch; er beträgt (kaufkraftbereinigt) das 2,7-fache des OECD-Durchschnitts (Kocher 2015), was ebenfalls zu Lasten der wenig begüterten Bevölkerungsschichten ausfällt, weil aus Kostengründen auf die Inanspruchnahme von ärztlicher Versorgung verzichtet wird.
- Die interinstitutionelle und interprofessionelle Vernetzung mit anderen Handlungsbereichen wie der frühkindlichen Bildung und dem Sozialbereich wird auf unterschiedlichen Ebenen angestrebt. Diese Zusammenarbeit soll weiter ausgebaut werden. Weiteres Verbesserungspotenzial besteht in Hinblick auf die Vernetzung der Entscheidungsträger auf den Ebenen der Politik, der Verwaltung, der Privatwirtschaft und der Zivilgesellschaft.

Die frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention ist in den letzten Jahren in der Schweiz zunehmend in den Fokus von Öffentlichkeit und Politik gerückt. Ausschlaggebend für diese Aufmerksamkeit sind zum einen die schnell zunehmenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Bedeutung dieser Lebensphase für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung eines Menschen, respektive die Folgen, die eine ungünstige Entwicklung für die Individuen und für die Gesellschaft hat. Zum andern machten Studien aus der Perspektive der Bildungspolitik (Stamm 2009) und der Integrationspolitik (Schulte-Haller 2009) schon vor einiger Zeit deutlich, dass die Schweiz im internationalen Vergleich vergleichsweise wenig in den Frühbereich investiert und ein entsprechend grosser Handlungsbedarf besteht. Obwohl in den letzten Jahren einige Fortschritte gemacht wurden, ist die Situation in der Schweiz zumindest im Bereich der FBBE in vielen Hinsichten immer noch unbefriedigend (Burger et al. 2017). So zeigt der letzte OECD-Bildungsbericht (OECD 2015a), dass die Schweiz nur 0,2 Prozent des Bruttoinlandproduktes (BIP) in die FBBE investiert. Im Durchschnitt aller OECD-Staaten liegt dieser Wert bei 0,8 Prozent. Frankreich investiert mit 1,4 Prozent das Siebenfache, und in den skandinavischen Staaten liegt der entsprechende Wert bei rund 2 Prozent, also zehnmals so hoch. Bedenklich ist, dass sich der Anteil an FBBE-Investitionen in Relation zum BIP in der Schweiz seit dem OECD-Bildungsbericht von 2012 (OECD 2012) nicht verändert hat, während er in Frankreich von 0,7 auf 1,4 Prozent und in Norwegen von 0,9

auf 2,2 Prozent angestiegen ist². Dieser fehlende Investitionswille führt dazu, dass die Kostenbeteiligung der Eltern bei der Inanspruchnahme von Angeboten der familienergänzenden Kinderbetreuung höher ist als in den meisten Ländern, was vor allem sozioökonomisch schwächer gestellten Familien erschwert, solche Angebote in Anspruch zu nehmen. So zeigt eine Vergleichsstudie mit den Nachbarländern (Stern et al. 2015), dass der durchschnittliche Selbstkostenanteil einer Kindertagesstätte im Kanton Zürich bei rund zwei Dritteln liegt, während dieser Anteil in allen untersuchten Gemeinden aus Deutschland, Österreich und Frankreich unter 25 Prozent liegt. Dabei ist zu betonen, dass die FBBE in der Romandie und in der italienischsprachigen Schweiz traditionell besser aufgestellt ist als in der Deutschschweiz, den Durchschnitt der OECD-Staaten aber auch hier nicht erreicht. So liegt der Kita-Selbstkostenanteil in der Waadt mit 38 Prozent deutlich tiefer als im Kanton Zürich³, aber immer noch höher als in den untersuchten Gemeinden unserer Nachbarländer; zudem ist der Ausbildungsstandard des Betreuungspersonals deutlich höher als in der Deutschschweiz. Die zurückhaltende Finanzierung von Angeboten der familienergänzenden Kinderbetreuung wirkt sich auch negativ auf den Arbeitsmarkt aus. So empfiehlt die OECD (2017) in ihrem Bericht zur wirtschaftlichen Situation in der Schweiz zum wiederholten Mal den Ausbau von bezahlbaren Kinderbetreuungsangeboten, damit die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert wird und insbesondere Mütter ihre Erwerbstätigkeit erhöhen können. Schliesslich ist im Kontext der FBBE zu beachten, dass die Schweiz im internationalen Vergleich auch in Hinblick auf den bezahlten Mutterschafts-, Vaterschafts- und Elternurlaub sehr schlecht abschneidet. Gemäss der OECD-Datenbank⁴ gewährt die Schweiz lediglich 14 Wochen Mutterschaftsurlaub mit durchschnittlich 56,4 Prozent des Lohns. Das ergibt eine Nettozeit von 7,9 Wochen bei vollem Lohn, die der Familie für die Zeit vor und nach der Geburt zur Verfügung steht. Die Schweiz ist damit einer von vier OECD-Staaten, in denen dieser Wert unter 10 Wochen liegt.

Die meisten Vergleichsstudien, die spezifisch die Versorgungssituation in der Lebensphase der frühen Kindheit analysieren, beziehen sich auf den FBBE-Bereich. Auch in der Schweiz sind die meisten kantonalen Strategien darauf ausgerichtet, Quantität, Qualität und Koordination im Bereich der familienergänzenden Kinderbetreuung zu verbessern (Stern et al. 2017). Die vergleichenden Studien zur Versorgung im Gesundheitssystem sind in der Regel auf das ganze Gesundheitssystem ausgerichtet. Spezifische Daten zur Versorgung in der Lebensphase der frühen Kindheit sind kaum zu finden. In Bezug auf die allgemeine Gesundheitsversorgung schneidet die Schweiz im internationalen Vergleich gut ab, hat sie doch eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme weltweit (Kocher 2015, OECD 2015b). Gleichzeitig ist das schweizerische Gesundheitssystem hinter jenem der USA das zweitteuerste weltweit, und in kaum einem Land ist der Anteil der Selbstkosten so hoch wie in der Schweiz. Er beträgt (kaufkraftbereinigt) das 2,7-fache des OECD-Durchschnitts (Kocher 2015), was zu Lasten der wenig begüterten Bevölkerungsschichten ausfällt. Ein Aspekt der medizinischen Betreuung rund um die Geburt liegt in der Beachtung des Wohlbefindens der Mütter, das auch für das Wohlbefinden des Kindes von entscheidender Bedeutung ist. Ein internationaler Vergleich zeigt, dass die medizinisch-technische Herangehensweise bei der nachgeburtlichen Betreuung nur selten durch einen ganzheitlichen salutogenetischen Ansatz ergänzt wird (Perez-Botella et al. 2015).

Ein weiterer zentraler Aspekt im Bereich der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention ist die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Disziplinen aus anderen Handlungsbereichen. Umfassende Studien zum Vergleich der Quantität und der Qualität dieser Vernetzung in unterschiedlichen Ländern sind nicht zu finden. Ein Vergleich mit den Vernetzungsstrategien anderer Länder ist eigentlich nur anhand der jeweiligen Policies möglich. Die Politik der Frühen Kindheit in Deutschland und Österreich zum Beispiel legt mit ihrer «Frühe Hilfen-Strategie» den Fokus eindeutig auf die interinstitutionelle und interprofessionelle Vernetzung und hat dabei vor allem die Zielgruppe der mehrfach belasteten Familien im Fokus (Haas-Weigl 2014, NZFH 2016). Dabei werden die Schnittstellen zum Kinderschutz (NZFH 2017) und zum Gesundheitssystem (über Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenschwesterinnen und -pfleger) (NZFH 2015) systematisch bewirtschaftet⁵.

² Zu beachten ist, dass diese OECD-Zahlen aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen wurden, die nicht immer direkt vergleichbar sind. Die hohe Kostenbeteiligung der Schweizer Eltern bei der Inanspruchnahme von Angeboten der familienergänzenden Kinderbetreuung ist aber ein Indiz dafür, dass vergleichsweise wenig in die FBBE investiert wird.

³ Der Unterschied ergibt sich dadurch, dass VD 100 Prozent der Krippenplätze subventioniert und ZH nur 48 Prozent.

⁴ http://www.oecd.org/els/soc/PF2_1_Parental_leave_systems.pdf

⁵ Zu konkreten Vernetzungsansätzen in der Schweiz vgl. Kap. 4.1.

1.3

Ebenfalls ausbaufähig ist in der Schweiz die Vernetzung der Entscheidungsträger auf den Ebenen der Politik, der Verwaltung, der Privatwirtschaft und der Zivilgesellschaft. Das hängt auch damit zusammen, dass es in der Schweiz im Gegensatz zu vergleichbaren Staaten (etwa Deutschland und Österreich) keine nationale Strategie der Frühen Förderung resp. der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention gibt (Stamm 2009). Zudem gibt es zwischen den Kantonen grosse Unterschiede in Hinblick auf die Ausgestaltung der Frühen Förderung und die spezifische Unterstützung von sozial benachteiligten Familien.

In der Schweiz nimmt das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) bei der vertikalen Koordination und Vernetzung der föderalen Akteure eine wichtige Rolle ein, die im Kinder- und Jugendförderungsgesetz definiert ist, und der gerade mit Blick auf eine fehlende nationale Strategie der Frühen Förderung eine hohe Bedeutung zukommt. Innerhalb der kantonalen Konferenzen stellt die Schweizerische Konferenz der Sozialdirektorinnen und -direktoren (SODK) die horizontale Koordination sicher. Das BAG wiederum ist (gerade mit diesem Konzept) bestrebt, die Vernetzung dieser Instanzen und weiterer Akteure (z. B. die Eidgenössische Konferenz der Erziehungsdirektor/inn/en EDK) mit der Gesundheitspolitik und der Gesundheitsversorgung weiter zu unterstützen.

Die Studie von Stern, Cammarano und De Rocchi (2016) zeigt, dass immer mehr Kantone Strategien der Frühen Förderung entwickeln. So verfügten im Juni 2016 zehn Kantone über eine entsprechende Strategie, und sechs weitere Kantone waren zu diesem Zeitpunkt daran, eine solche zu erarbeiten. Massnahmen, die den Frühbereich betreffen, sind zum Teil auch in kantonalen Familien- oder Kinder-/Jugendpolitiken zu finden. Alle Kantone wiederum behandeln Aspekte der frühen Kindheit, wie bspw. die frühe Sprachförderung, in den kantonalen Integrationsprogrammen. Die Zunahme bei der Strategieentwicklung auf kantonaler Ebene kommt auch den Gemeinden zugute. Hier zeigt die Studie von Meier Magistretti und Schraner (2017, S. 6), dass erst zehn Prozent der Schweizer Gemeinden über eine Strategie der Frühen Förderung verfügen und dass zehn weitere Prozent daran sind, eine solche Strategie zu entwickeln. Dabei orientieren sich die Gemeinden einerseits an Programmen von zivilgesellschaftlichen Organisationen (z. B. PrimoKiz), andererseits aber auch an den kantonalen Strategien. Zusätzlich werden interessierte Gemeinden seit Kurzem durch einen Leitfaden bei der Entwicklung einer Strategie der Frühen Förderung und dem Ausbau resp. der Vernetzung, von Angeboten unterstützt, der im Rahmen des Armutsprogramms des Bundesamtes für Sozialversicherung erstellt wurde (INFRAS 2018).

1.4 Vorgehen bei der Erarbeitung des Konzeptes und der Umsetzungsmassnahmen

Das vorliegende Konzept setzt drei Schwerpunkte:

In Kapitel 2 werden die wichtigsten wissenschaftlichen Grundlagen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit präsentiert. Insbesondere wird die Notwendigkeit einer verbesserten Integration von Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich aufgezeigt, welche nötig ist, um Familien mit kleinen Kindern möglichst effizient zu unterstützen.

In Kapitel 3 werden die Ergebnisse eines Runden Tisches, der vom BAG organisiert wurde, dargestellt und diskutiert. Ziel des Runden Tisches war, gemeinsam mit den im Feld tätigen Akteuren und Partnern eine Übersicht über gesundheitspolitisch relevante Aktivitäten in der frühen Kindheit zu erhalten sowie Lücken und Handlungsbedarf zu identifizieren. Der Runde Tisch bildete die Grundlage für das Rollenverständnis und die Entwicklung der Massnahmen des BAG.

In Kapitel 4 schliesslich werden überprüfbare Ziele und konkrete Massnahmen formuliert, welche das BAG an die Hand nehmen will. In einer Tabelle wird die zeitliche Planung der Massnahmen übersichtlich festgehalten.

1.4

2. Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit aus wissenschaftlicher Perspektive

Die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus den verschiedensten Disziplinen sind eindeutig: Die frühe Kindheit ist für die Entwicklung eines Menschen von entscheidender Bedeutung. In diesem Kapitel werden einige der wichtigsten Erkenntnisse aus diesem enorm schnell wachsenden Forschungsfeld der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention stark zusammenfassend dargestellt.

2.1 Erkenntnisse aus naturwissenschaftlichen Disziplinen

- Auf einen Blick
- Die schnell wachsenden Erkenntnisse aus naturwissenschaftlichen Disziplinen wie der Neurobiologie oder der Epigenetik leisten einen wichtigen Beitrag zur zunehmenden Bedeutung, die der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention im fachlichen Diskurs beigemessen wird.
 - Die epigenetische Forschung und die Neurobiologie zeigen, dass sich das Fehlen von emotionaler Zuwendung und das Erleben von chronischem Stress negativ auf die Stressregulation auswirken und einen negativen Einfluss auf die körperliche, psychische und soziale Entwicklung eines Menschen haben.
 - Diese Erkenntnisse bestätigen in vielen Hinsichten das, was traditionsreiche Disziplinen wie die Entwicklungspsychologie, die Bindungstheorie oder die Stressforschung schon seit vielen Jahrzehnten nahelegen.
 - Weiter zeigt die Epigenetik, welchen Einfluss die Ernährung der Mutter (in der Schwangerschaft und beim Stillen) und die Ernährung des Kindes in den ersten Lebensjahren auf die spätere Entwicklung von ernährungsbezogenen Krankheiten hat.

Entwicklungspsychologie, Bindungsforschung, Stresstheorie und weitere wissenschaftliche Disziplinen zeigen seit vielen Jahrzehnten auf, wie wichtig die erste Lebensphase für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung eines Menschen ist. Seit gut 20 Jahren finden diese Erkenntnisse zunehmend Bestätigung in den Naturwissenschaften. Die Neurobiologie zeigt mit ihren bildgebenden Verfahren, welche schädigenden oder förderlichen Faktoren die neuronale und psychische Entwicklung des Kindes beeinflussen und welche Folgen dadurch für das spätere Leben entstehen (vgl. etwa Hüther/Krens 2008, Heckman 2008). Systemtheoretisch lässt sich argumentieren, dass auf den Ebenen des Gehirns und der Psyche ein Strukturaufbau stattfindet und die früh gebildeten Strukturen nicht zuletzt darum so wichtig sind, weil sie die Basis für die weitere strukturelle Entwicklung bilden (Hafen 2014a). Wenn die Strukturierung dieser Systeme in der ersten Lebensphase tendenziell ungünstig verläuft, dann steigert dies die Wahrscheinlichkeit von gesundheitsbezogenen und sozialen Problemen in den späteren Lebensphasen.

Verläuft die Entwicklung in den ersten Lebensphasen günstig, so wird die Grundlage für die spätere Resilienz gelegt, die die Betroffenen im späteren Leben widerstandsfähiger gegen Belastungen macht (Hafen 2014b).

Die zweite naturwissenschaftliche Disziplin neben der Neurobiologie, die die herausragende Bedeutung der ersten Lebenszeit für die Entwicklung eines Menschen bestätigt, ist die Epigenetik (Bauer 2006, Rutter 2007, Kegel 2009, Spork 2017). Die epigenetische Forschung macht deutlich, dass äussere Einflüsse wie die Ernährung der Mutter während der Schwangerschaft, das Erleben von Stress, das Erleben von positiven Gefühlen von Mutter und Kind oder die emotionale Zuwendung, die ein Kind nach der Geburt erfährt, die Aktivierung resp. Deaktivierung von bestimmten gesundheitsrelevanten Genen beeinflussen. So senkt eine ausgewogene Ernährung während der Schwangerschaft die Wahrscheinlichkeit, dass eine vererbte ernährungsbezogene Krankheit wie Diabetes mellitus 2 im späteren Leben zum Ausbruch kommt. Die emotionale Zuwendung und die An- respektive Abwesenheit von übermässigem und chronischem Stress wiederum beeinflussen die Entwicklung der Stressverarbeitung im späteren Leben nachhaltig. Das geschieht dadurch, dass der Mensch über ein stressregulierendes Gen (ein Anti-Stress-Gen) verfügt, das bei seiner Geburt deaktiviert ist (Bauer 2006, Spork 2017). Erst wenn ein Neugeborenes die Erfahrung macht, dass die Welt ein sicherer Ort ist, in dem es nicht nur Nahrung, sondern auch emotionale Zuwendung erhält, wird dieses Gen aktiviert und kann das Kind beim Umgang mit stressauslösenden Belastungen unterstützen. Bleibt dieses Anti-Stress-Gen im ersten Lebensjahr deaktiviert, sinkt die Wahrscheinlichkeit einer späteren Aktivierung signifikant. Das bedeutet, dass die Betroffenen im späteren Leben deutlich stressanfälliger sind, was die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen und von sozialen Problemen wie übermässiger Aggressivität und Delinquenz erhöht.

2.1

2.2 Die Entwicklung des Kindes im Kontakt zu seiner Umwelt

Auf einen Blick

- Die Gesundheit eines Menschen ergibt sich aus einem hochkomplexen Zusammenspiel von körperlichen, psychischen und sozialen Risiko- und Schutzfaktoren. Je mehr Risikofaktoren minimiert und Schutzfaktoren gestärkt werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die körperliche, psychische und soziale Entwicklung eines Kindes positiv verläuft.
- Strukturelle Rahmenbedingungen sowie Unterstützungsangebote im Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Migrationsbereich sind für die körperliche und die psychosoziale Entwicklung eines Kindes von entscheidender Bedeutung.
- Da die Familie für ein Kind in den ersten Lebensjahren das entscheidende soziale Bezugssystem bildet, ist frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention vor allem darauf ausgerichtet, Familien im Rahmen des Gesundheits-, des Bildungs- und des Sozialwesens interdisziplinär zu unterstützen. Auch die Arbeitgeber spielen bei der Unterstützung der Familien eine wichtige Rolle.
- Die Unterstützung der Kinder und ihrer Familien soll nicht nur defizitorientiert und pathogenetisch, sondern auch ressourcenorientiert und salutogenetisch erfolgen.

Gesundheit ist ein bio-psycho-soziales Phänomen (Engel 1977, Hafen 2009, 2016a). Diese Erkenntnis ist schon älter, und sie setzt sich in der Medizin langsam, aber in stetig zunehmendem Ausmass durch. Die für die Gesundheit relevanten Einflussfaktoren sind in körperlichen, psychischen und sozialen Systemen angesiedelt und beeinflussen sich wechselseitig. Der pathogenetische Ansatz mit seiner Leitfrage «Was macht uns krank?» wird dabei zunehmend durch die salutogenetische Perspektive mit ihrer Leitfrage «Was erhält uns gesund?» ergänzt (Antonovsky 1998). Damit rücken neben den Risikofaktoren auch zunehmend die Schutzfaktoren ins Zentrum des Interesses. Die Bedeutung der sozialen Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische und die körperliche Gesundheit ist dabei in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus der Gesundheitsforschung gerückt (WHO 2004). Dieser systemische Ansatz findet auch in der Entwicklungspsychologie ihren Niederschlag – etwa im ökosystemischen Ansatz von Bronfenbrenner (1991). Die «systemische Prävention» (Hafen 2013) wiederum setzt sich auf der Grundlage der Systemtheorie nach Niklas Luhmann (1984, 1994) mit der Funktionsweise der für die Prävention relevanten Systeme auseinander. Nach dieser Theorie sind soziale, psychische und körperliche Systeme selbsterzeugend (autopoietisch) und selbstorganisierend. Das bedeutet, dass sie ihren Umweltbezug und den Aufbau ihrer Strukturen eigenständig und für Aussenstehende nicht vollständig berechenbar regulieren. So lässt sich aus der Resilienzforschung (Werner 1997) die Erkenntnis interpretieren, dass es eine bedeutende Anzahl von Kindern gibt, die in schwierigsten Verhältnissen aufwachsen und sich trotzdem altersgerecht, gesund und sozial unauffällig entwickeln. Präventionstheoretisch gedeutet heisst dies, dass bedeutende Risikofaktoren in der sozialen Umwelt dieser Kinder – wie häusliche Gewalt, emotionale Vernachlässigung oder Suchtmittelmissbrauch der Eltern – nicht die gleiche negative Entwicklung zur Folge haben wie bei der Mehrheit der Kinder aus sehr schwierigen Verhältnissen. Diese resilienten Kinder verfügen offensichtlich über Schutzfaktoren, die den Einfluss der Risikofaktoren massgeblich abschwächen und so das Auftreten von Problemen unwahrscheinlicher machen.

Ein systemisches Einflussfaktorenmodell legt nahe, dass die Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit nicht nur an einzelnen, sondern an möglichst vielen relevanten Einflussfaktoren ansetzen sollte (Guralnick 2011). Je mehr Risikofaktoren minimiert und Schutzfaktoren gestärkt werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die körperliche, psychische und soziale Entwicklung eines Kindes positiv verläuft. Eine Garantie dafür gibt es jedoch nicht, denn es gibt auch immer wieder Kinder, die in scheinbar günstigen Verhältnissen aufwachsen und sich trotzdem nicht wunschgemäß entwickeln (Werner 1997). Die Einflussfaktorenforschung (Ätiologie) ist für die Prävention entsprechend von entscheidender Bedeutung. Da die Prävention ihre Wirkung ausschliesslich über die Verringerung von Risikofaktoren und die Stärkung von Schutzfaktoren entfaltet, muss sie wissen, welche Faktoren sich in welchem Umfang auf die Entstehung eines Problems auswirken (Hafen 2013). Erst dann wird es möglich, Massnahmen zu konzipieren, deren Erfolg idealerweise im Rahmen der Wirkungsforschung belegt werden kann.

Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit ist primär ein settingorientierter Ansatz, da der Fokus mehrheitlich nicht auf die Kinder selbst, sondern auf ihre relevante soziale und räumliche Umwelt ausgerichtet ist. Das ist in erster Linie die Familie des Kindes mit ihren primären Bezugspersonen sowie die Wohnumgebung. Eine entscheidende Bedeutung kommt aber auch den sozialen Systemen in der Umwelt der Familie zu. Das sind u. a. der Staat mit seinen strukturellen Rahmenbedingungen (z. B. gesetzliche Vorgaben, Elternzeit, Steuervergünstigungen etc.), die konkreten Unterstützungsangebote im Gesundheits-, Bildungs-, Sozial- und Migrationsbereich oder die Arbeitgeber, die mehr oder weniger familienfreundliche Arbeitsbedingungen bereitstellen. Wenn es gelingt, diese sozialen Systeme so zu beeinflussen, dass die direkte Umwelt des Kindes gesundheitsförderlicher wird, dann können die Massnahmen ihre präventive Wirkung entfalten. Dies geschieht in der Regel nicht direkt, sondern über hochkomplexe und dynamische Wirkungszusammenhänge, die bei weitem nicht nur in der frühen Kindheit angesiedelt sind, sondern sich über alle Lebensphasen ausdehnen. Am umfassendsten belegt ist wohl der Zusammenhang von frühkindlicher Prävention, Schulerfolg und Erfolg auf dem Arbeitsmarkt (Barnett 2011, 2012, 2013, SKBF 2014). Dieser Zusammenhang ist auch für die nichtübertragbaren Krankheiten von entscheidender Bedeutung, da zwischen dem Schulerfolg, dem sozioökonomischen Status und dem Auftreten von nichtübertragbaren Krankheiten eine starke Korrelation besteht (Schwerpunktthema Chancengleichheit). Wenn eine aktuelle OECD-Bildungsstudie (OECD 2018) feststellt, dass der Anteil resilienter Kinder im Schweizer Schulsystem zwischen 2006 und 2015 von 30 auf 25 Prozent zurückgegangen ist, dann liegt der Schluss nahe, dass diese Entwicklung mit den im internationalen Vergleich zögerlichen Investitionen in den Frühbereich zusammenhängt. So hat Deutschland seinen Anteil an resilienten Kindern im gleichen Zeitraum von 25 auf 32 Prozent gesteigert (OECD 2018, S. 6f.), wobei zu exakt diesem Zeitpunkt auch grosse Investitionen für den Aufbau eines nationalen Frühe Hilfen-Netzwerks getätigt wurden, welches vor allem auf die Unterstützung sozial benachteiligter Familien ausgerichtet ist⁶.

⁶ Es handelt sich bei diesem vermuteten Zusammenhang um eine Korrelation und nicht um einen bewiesenen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang. Ein solcher müsste mit einer gesonderten Studie nachgewiesen werden. Angesichts der mehrfach nachgewiesenen Wirkung der Unterstützung von Kindern aus sozial benachteiligten Familien auf ihren späteren Schulerfolg, erscheint die Vermutung einer Kausalwirkung in Hinblick auf Deutschland plausibel.

2.3 Die kindliche Stressbelastung und ihre Folgen

Auf einen Blick

- Chronische Stressbelastung in den ersten Lebensjahren durch entwicklungshemmende Erfahrungen (sog. «adverse childhood experience») wie Gewalt und emotionale Vernachlässigung begünstigt das Auftreten von psychischen Krankheiten, negativem Sozialverhalten und nichtübertragbaren Krankheiten im späteren Leben.
- Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit zielt darauf ab, übermäßige Stressbelastung des Kindes durch Unterstützung von jungen Familien im Allgemeinen und mehrfachbelasteten Familien zu verhindern oder möglichst früh zu erkennen.
- Den Fachpersonen aus dem Gesundheitssystem kommt bei der Prävention und der Früherkennung von frühkindlichem Stress eine entscheidende Bedeutung zu.
- Angestellte von Gesundheitsinstitutionen kommen früh mit Familien in Kontakt. Ihnen kommt bei der Früherkennung eine bedeutende Rolle zu. Die Vernetzung zwischen Gesundheits- und anderen Stellen soll daher ausgebaut werden.

Wenn man die Forschungspublikationen zu den Risikofaktoren in der frühen Kindheit konsultiert, so sticht ein Schlüsselfaktor heraus, der das Auftreten von körperlichen und psychischen Krankheiten sowie sozialen Problemen bis ins Erwachsenenalter begünstigt: die chronische Stressbelastung. Die Auslöser von übermäßiger frühkindlicher Stressbelastung – insbesondere das Erleben von Gewalt und starker emotionaler Vernachlässigung – werden in der englischsprachigen Forschungsliteratur in der Regel mit dem Konzept der «adverse childhood experiences» (negative, in der Regel traumatische Kindheitserfahrungen) beschrieben (Brown et al. 1998, Danese/McEven 2012, Shonkoff/Garner 2012, Benarous et al. 2016, Bartlett et al. 2017). Als Folgen sind nicht nur schwere psychische Störungen in den späteren Lebensphasen bekannt, sondern auch eine Häufung von nichtübertragbaren Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus 2 und Adipositas in Verbindung mit einer deutlich verkürzten Lebenszeit.

Ohne im Detail auszuführen, wie es von den traumatischen Erfahrungen in der Kindheit zur Entstehung dieser Krankheiten im Erwachsenenalter kommt – das Zusammenspiel von sozialen, psychischen und körperlichen Faktoren über viele Lebensjahre ist auch hier äusserst komplex –, zeigen diese Forschungsergebnisse doch deutlich, wie wichtig es ist, Kinder, wenn immer möglich, vor chronischem Stress zu schützen und alles daran zu setzen, chronische Stressbelastung möglichst früh zu erkennen. Damit keine Missverständnisse entstehen: Gelegentlicher Stress ist kein Problem. Wie die epigenetische Forschung zeigt, kann moderater Stress während der Schwangerschaft und in der ersten Lebensphase nach der Geburt das Stressvermögen sogar steigern und zur Resilienz eines Menschen beitragen (Spork 2017). Entscheidend im negativen Sinn sind chronische Stresserfahrungen bei gleichzeitiger Absenz von Schutzfaktoren. In diesen Fällen ist es wichtig, dass ein Kind zumindest teilweise in einer anderen Umgebung aufwächst, wo es die lebensnotwendige Ruhe und emotionale Zuwendung erhält.

Es steht ausser Frage, dass alle Berufe, die mit kleinen Kindern und ihren Familien zu tun haben, einen entscheidenden Beitrag zur Früherkennung und zur Reduktion von frühkindlicher Stressbelastung leisten können und sollen (Shonkoff 2011). Das gilt auch für die Berufe im Bereich der Gesundheitsversorgung,

insbesondere die Kinderärztinnen und -ärzte (AAP 2012) und die Hebammen. Die medizinische Versorgung richtet ihren Fokus zwar primär auf den Körper der Kinder. Aus einer systemischen Perspektive ist es äusserst günstig, wenn Hebammen, Kinderärztinnen und -ärzte und Pflegefachpersonen diesen Fokus auch auf soziale Aspekte und allfällige psychische Probleme der Eltern erweitern und wenn diese Aspekte schon in der Ausbildung thematisiert werden. Das medizinische Personal ist in der Schweiz neben der Mütter-/Väterberatung die professionelle Instanz, die am ehesten mit jungen Familien in Kontakt kommt. Das prädestiniert sie dazu, neben den Kerntätigkeiten (medizinische Versorgung, Stillberatung etc.) auch ungünstige Einflüsse auf das Kind zu erkennen und die betroffenen Familien an Stellen zu vermitteln, die ihnen weitergehende Unterstützung gewähren können. Dies bedingt eine gute Vernetzung der Gesundheitsinstitutionen (Spitäler, Hebammen, Privatpraxen etc.) mit diesen Stellen. Die Einbindung der medizinischen Berufe in die interdisziplinären Netzwerke im Kontext der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention ist daher von zentraler Bedeutung; umso mehr, als eine solche interdisziplinäre und interinstitutionelle Vernetzung von den Familien auch gewünscht wird (Kurth et al. 2016). Dass und wie dies gelingen kann, zeigen die Family Start-Projekte in den beiden Basel⁷ und in Zürich⁸, die eine Hausbetreuung nach der Geburt anbieten und auf eine nachhaltige Vernetzung von Hebammen, Spitälern, Kinderärztinnen und -ärzte, Mütter-/Väterberatungsstellen und Koordinationsstellen für die Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit ausgerichtet sind. Wie wichtig die Vernetzung der relevanten Fachleute ist, zeigt auch der Bericht des Bundesrates zur Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen (Bundesrat 2018).

2.3

⁷ www.familystart.ch

⁸ www.familystart-zh.ch

2.4 Der Aufbau der Gesundheitskompetenz und weiterer Lebenskompetenzen

Auf einen Blick

- Die Gesundheitskompetenz eines Menschen setzt sich aus unterschiedlichen Lebenskompetenzen (Selbstregulationsfähigkeit, Sozialkompetenz, Risikokompetenz, Stressverarbeitungsfähigkeit etc.) zusammen.
- Die meisten dieser Lebenskompetenzen werden in der ersten Lebensphase schon sehr weit ausgebildet. Je älter ein Mensch ist, desto schwieriger ist es, diese Kompetenzen zu erwerben und den Lebensstil anzupassen.
- Die Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit trägt mit all ihren Facetten zum Aufbau von Lebenskompetenzen bei. Sie fördert dadurch die Widerstandsfähigkeit (Resilienz) des Kindes gegenüber späteren Belastungen sowie einen gesundheitsförderlichen Lebensstil.
- Die Förderung der Lebenskompetenzen durch frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt in der Regel nicht direkt beim Kind, sondern über seine soziale Umwelt (Familie, familienergänzende Kinderbetreuung etc.) und die räumlichen Lebensbedingungen (anregende Umgebung, Gelegenheit, draussen zu spielen etc.).

Gesundheitskompetenz ist ein Schutzfaktor für die Gesundheit eines Menschen, dem in der Fachliteratur grosse Bedeutung zugemessen wird (Schaeffer/Pelikan 2017). In der Forschung wird der Fokus dabei vor allem auf die Erhebung der Gesundheitskompetenz bei der Bevölkerung und bei spezifischen Bevölkerungsgruppen gelegt, nicht aber auf die Entstehungsbedingungen, die wie jene anderer Lebenskompetenzen in der frühen Kindheit ihren Anfang nehmen (Hafen 2017). Kickbusch (2006, S. 69) definiert Gesundheitskompetenz als die «Fähigkeit des Einzelnen, im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem, im Markt und auf politischer Ebene». Nach dieser Definition ist Gesundheitskompetenz eine kognitive Kompetenz, denn eine Entscheidung ist eine bewusste Wahl für (oder gegen) etwas und zwar – und das ist besonders wichtig – vor dem Hintergrund anderer Wahlmöglichkeiten (Luhmann 2000). Nun gibt es jedoch viele gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, die zwar mit dem Konzept der (Gesundheits-)Kompetenz in Verbindung gebracht werden können, aber nicht ausschliesslich auf bewusste Entscheidungen zurückzuführen sind. Vielmehr basieren sie auf Gewohnheiten und manifestieren sich oft unbewusst: das tägliche Bewegungsverhalten, die Routinen bei der Ernährung und beim Einkaufen, bei der Gestaltung von Sozialkontakten oder beim Umgang mit stressauslösenden Herausforderungen. Damit stellt sich die Frage nach den Entwicklungsbedingungen dieser Gewohnheiten und Routinen und – eng damit verbunden – nach den Veränderungsmöglichkeiten von Gesundheitskompetenz.

Systemtheoretisch wird Gesundheitskompetenz wie jede andere Kompetenz als Struktur psychischer und körperlicher Systeme gesehen (Hafen 2016b). Strukturen definieren die Möglichkeiten, die in einem System in Hinblick auf seine Auseinandersetzung mit der Umwelt zur Verfügung stehen (Luhmann 1994). In jedem Moment bilden die Systemstrukturen die Basis für Informationsgewinne, die sich aus

diesen Umweltkontakten ergeben. Aufgrund der gewonnenen Informationen können sich Strukturveränderungen ergeben. Diese Strukturadaptierungen entsprechen Lernprozessen in psychischen Systemen, die bisweilen bewusst, in vielen Fällen aber auch unbewusst erfolgen. In körperlichen Systemen wie dem Gehirn erfolgt die Strukturadaptierung in Form der Formierung und Modifizierung neuronaler Netzwerke und damit ohne jeden Bezug auf Bewusstsein. Dieser Prozess – der Informationsgewinn im Kontakt mit der Umwelt und die Anpassung der Systemstrukturen – beginnt während der Schwangerschaft. So reagieren Föten im Alter von 19 Wochen bei einer schmerzhaften Prozedur (Einführung der Nadel bei intrauteriner Bluttransfusion) mit der Absonderung von Stresshormonen, und ab der 23. Schwangerschaftswoche sind Schmerzreaktionen auch im Gesicht und in der Motorik wahrnehmbar (Hüther/Krens 2008, S. 72). Auch zeigt die Neurobiologie, dass schon ein Fötus über seinen Kontakt mit dem Fruchtwasser lernt, unterschiedliche Geschmacksrichtungen zu unterscheiden, und dass diese Unterscheidungsfähigkeit sich auf ernährungsbezogene Vorlieben nach der Geburt auswirkt (ebda., S. 73). Im Verlauf des weiteren Lebens kommen zu dieser Ausgangsbedingung zahllose weitere Umwelteinflüsse dazu, die das spätere Ernährungsverhalten beeinflussen: das Stillen mit seinen weitreichenden positiven Auswirkungen auf die Gesundheit (Belfield/Kelly 2010), die familiären Essgewohnheiten, das Essverhalten der Peers, die Werbung, das Nahrungsmittelangebot im Detailhandel etc. Die Kompetenz einer erwachsenen Person, sich gesund zu ernähren, resultiert entsprechend aus unzähligen Erfahrungen und Einflüssen, die sich aus dem Kontakt mit der Umwelt ergeben; sie kann nicht nur als rein rationales Entscheiden für oder gegen die «gesunde Wahl» verstanden werden – eine Erkenntnis, die sich auch aus zahlreichen Experimenten der Verhaltensökonomik ableiten lässt (Kahneman 2011).

2.4

Wie das Ernährungsverhalten basieren auch das Bewegungsverhalten, die Pflege von Sozialkontakten, das Stressmanagement, der Konsum von Suchtmitteln und viele weitere gesundheitsrelevante Einflussfaktoren auf unzähligen bewussten und unbewussten Erfahrungen, die im Zuge der Auseinandersetzung mit der Umwelt bereits in der frühesten Kindheit gemacht werden und Folgen für die körperliche, psychische und soziale Entwicklung haben (Hafen 2017). Zu diesen lebensstilbezogenen Aspekten der Gesundheitskompetenz kommen zahlreiche Lebenskompetenzen wie die Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura 1999), die Selbstregulationsfähigkeit (Moffitt et al. 2011), die Sozialkompetenz (Simoni et al. 2008), die Risikokompetenz (Gigerenzer 2013) oder kognitive Kompetenzen wie die Lesefähigkeit (Schweinhardt et al. 2005), die einen direkten oder indirekten Einfluss auf die Gesundheit haben und als weitere Elemente der Gesundheitskompetenz gesehen werden können. Alle diese Kompetenzen sind im 5. Lebensjahr in beträchtlichem Ausmass ausgebildet. Natürlich entwickeln sie sich auch im weiteren Leben weiter, aber mit zunehmendem Alter wird die Stabilität des Strukturgeflechts immer grösser. Darum ist es so schwierig, sich und andere zu ändern (Roth 2012), was durchaus auch in Hinblick auf die Gesundheitskompetenz gilt.

Es ist einfach zu sehen, dass die Entwicklung der Gesundheitskompetenz mit all ihren Teilkompetenzen massgeblich durch die soziale Umwelt eines kleinen Kindes und dabei insbesondere durch die Familie geprägt wird. Der Unterstützung dieser Familien kommt demnach auch in dieser Hinsicht eine zentrale Bedeutung zu, und es ist offensichtlich, dass die medizinischen Berufe in der Gesundheitsversorgung ein wichtiges Element dieser Unterstützung sind. Das ist umso mehr der Fall, wenn die Fachleute und Institutionen gut mit den Unterstützungsangeboten im Sozial-, Bildungs- und Integrationsbereich vernetzt sind. Ebenfalls von Bedeutung ist die räumliche Umwelt, in der das Kind aufwächst. Eine anregende Umgebung im Wohnumfeld (drinnen und draussen) fördert das freie Spiel, welches die Basis für den Erwerb der meisten Lebenskompetenzen bildet. Etwas ältere Kinder (ab ca. drei Jahren) profitieren zudem massgeblich davon, wenn sie möglichst viel Gelegenheit erhalten, draussen unbeaufsichtigt zu spielen erhalten (Richard-Elsner 2017). Der kinderfreundlichen Gestaltung des Wohnumfeldes im Rahmen der Siedlungs- und Verkehrspolitik kommt entsprechend eine enorme präventive Bedeutung zu (Hüttenmoser 1995). Insgesamt lässt sich die Public-Health-Forderung einer «Health in all Policies» (Kickbusch et al. 2008) einfach in eine Forderung einer «Early Childhood in all Policies» umformulieren. Der Bundesrat spricht im Rahmen seiner Strategie Gesundheit 2020 von einer umfassenden Gesundheitspolitik, welche den Public-Health-Forderungen ebenfalls entspricht.

2.5 Die besondere Situation sozioökonomisch schlechter gestellter Familien

Auf einen Blick

- Sozioökonomisch benachteiligte Familien sind mehr Risikofaktoren ausgesetzt und verfügen über weniger Schutzfaktoren, was bedeutet, dass Kinder aus solchen Familien im Durchschnitt ungünstigere Bedingungen zum Aufwachsen haben als andere Kinder.
- Neben einer ausreichenden Grundversorgung im Frühbereich für alle Familien braucht es spezifische Anstrengungen zur Unterstützung von sozioökonomisch benachteiligten Familien, um der Ungleichheit von Gesundheitschancen entgegenzuwirken.
- Eine besondere Herausforderung für die frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention besteht in der Erreichbarkeit von sozioökonomisch benachteiligten Familien. Hier zeigt sich, dass eine gute interinstitutionelle und interprofessionelle Vernetzung ein Schlüsselfaktor für die Verbesserung der Erreichbarkeit ist.
- Alles deutet auf Folgendes hin: Je früher die Unterstützung benachteiligter Kinder und ihrer Familien einsetzt, desto grösser die zu erwartenden Wirkungen und desto substanzieller die Einsparungen für die öffentliche Hand sind. Diese müsste weniger Kosten für spätere Fördermassnahmen, Sozialhilfe, Gesundheit oder Strafverfolgung tragen und könnte vom höheren Lebenseinkommen der Geförderten profitieren.

Eine besonders wichtige Zielgruppe der Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit sind Familien mit einem niedrigen Bildungsstand und einem geringen Einkommen, wobei die Familien mit Migrationshintergrund stark vertreten sind. Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien haben erwiesenermassen schlechtere Ausgangsbedingungen für das spätere Leben. Sie verbringen ihre frühe Kindheit eher in einer Umgebung, die weniger Anlass zu günstigen Lernprozessen gibt, als Kinder aus nicht benachteiligten Familien (Heckman/Masterov 2007). Zudem sind sie vermehrt Stress ausgesetzt, was sich wie gezeigt ungünstig auf die Entwicklung des Gehirns und die damit verbundene psychosoziale Entwicklung auswirkt. All dies führt dazu, dass sie im späteren Leben ein niedrigeres Lebenseinkommen haben, öfter kriminell werden, mehr unter chronischen Krankheiten leiden, mehr Suchtmittel konsumieren und früher sterben als die Durchschnittsbevölkerung (Heckman/Masterov 2007). Je früher die Unterstützung dieser benachteiligten Kinder und ihrer Familien einsetzt, desto grösser sind die zu erwartenden Wirkungen und desto substanzieller sind die Einsparungen für die öffentliche Hand, die weniger Kosten für spätere Fördermassnahmen, Sozialhilfe, Gesundheit, Strafverfolgung etc. tragen muss (u. a. über die Steuern) und vom höheren Lebenseinkommen der Geförderten profitiert (Barnett 2011). Dabei ist nicht zu vergessen, dass auch benachteiligte Familien über Ressourcen verfügen und dass es vielen gelingt, ihren Kindern unter schwierigen Bedingungen eine gute erste Lebensphase zu ermöglichen. Diese Ressourcen gilt es zu würdigen und zu nutzen (Wilson-Simmons et al. 2017).

Für die Schweiz gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die zeigen, dass diese Zielgruppe weniger von FBBE-Angeboten profitiert als die besser-gestellten Familien (Burger et al. 2017). Die Gründe dafür sind vielfältig: Oft sind die Programme auf Mittelschichtfamilien ausgerichtet und sprechen benachteiligte Familien nicht an. Bisweilen sind auch Scham oder ein Gefühl, nicht zu genügen, ein Grund, der diese

Familien davon abhält, sich solchen Angeboten gegenüber zu öffnen. Bei Familien mit Migrationshintergrund kommen Sprachprobleme und Probleme mit der interkulturellen Verständigung dazu. Es gibt in der Schweiz eine Reihe von interdisziplinär ausgerichteten und auf Vernetzung setzenden Programmen und Projekten (wie bspw. *Stark durch Beziehung*, *Youp'la bouge*, *L'intégration des enfants migrants dans le domaine préscolaire*, *Integrationsförderung im Frühbereich*, *schritt:weise*, *Zeppelin*, *Spielgruppe Plus*, *Mit ausreichend Deutsch in den Kindergarten*, *Implementierung des infans-Konzepts der Frühpädagogik in Schweizer Kindertagesstätten*, *PAT*, *Zämä ufa Wäg*, *TIP!*), die diese Hürden erfolgreich bewältigen (Walter-Laager/Meier Magistretti 2016a, S. 51). Zudem wird die Entwicklung weiterer wirksamer Angebote für sozial benachteiligte Familien durch einen Leitfaden wirksamer Praxis gefördert, der im Rahmen des Nationalen Programms zur Prävention und Bekämpfung von Armut des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gemeindeverband erarbeitet wurde (Walter-Laager/Meier Magistretti 2016)⁹. Eine weitere Grundlage für die Zusammenarbeit mit sozial benachteiligten Familien bildet der Orientierungsrahmen für FBBE. Dieser wurde vom Verein Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz lanciert und im Rahmen des Nationalen Programms gegen Armut mit einer Fokuspublikation zu «Aspekten und Bausteinen gelingender Elternzusammenarbeit im Kontext der Armutsprävention in der frühen Kindheit» ergänzt.

Schliesslich zeigen auch die Frühe Hilfen-Netzwerke in Österreich, wie wichtig die interinstitutionelle und interprofessionelle Vernetzung für die Erreichbarkeit von sozioökonomisch benachteiligten Familien ist (Haas/Weigl 2014, Knaller 2013). In diese regionalen Netzwerke werden möglichst viele Institutionen und Fachleute eingebunden, die in Kontakt mit kleinen Kindern und ihren Familien stehen. Eine Fachstelle koordiniert die Netzwerke aktiv, was ein wichtiger Aspekt für das Funktionieren eines Netzwerks ist (Turrini et al. 2010, Kurth et al. 2016). Neben der Vernetzung bieten die Fachstellen auch Familienbegleitungen an. Diese Begleitungen bestehen im Idealfall aus einem Erstkontakt vor der Geburt und mehreren Hausbesuchen im ersten Jahr nach der Geburt. Finanziert werden diese Hausbesuche von der Krankenversicherung (Haas/Weigl 2014).

2.5

⁹ Die im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem Gemeindeverband und dem BSV/Nationales Programm gegen Armut entstandenen Publikationen zur Frühen Förderung in kleineren und mittleren Gemeinden – die Situationsanalyse mit den Ergebnissen der Gemeindebefragung und Empfehlungen sowie die in Zusammenarbeit mit dem BSV erstellte Orientierungshilfe – sind auf der Website des Gemeindeverbandes in allen 3 Sprachen abrufbar (<http://chgemeinden.ch/de/kampagnen-projekte/index.php>). Hier finden sich neben weiteren Fachgrundlagen auch verschiedene Praxisbeispiele und Inputs.

2.6 Kosteneffizienz der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention

Auf einen Blick

- Eine ganze Reihe von Langzeitstudien zeigt, dass die Unterstützung von sozioökonomisch benachteiligten Familien durch Angebote der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention nicht nur ethisch, sondern auch ökonomisch sinnvoll ist.
- Die Kinder aus den unterstützten Familien haben im Vergleich zu nicht geförderten Kindern aus vergleichbaren Verhältnissen einen besseren Schulerfolg und bessere Einstiegschancen ins Berufsleben. Weiter werden sie weniger häufig delinquent, nehmen weniger Sozialhilfe in Anspruch und verfügen über eine bessere Gesundheit. Damit werden die Kosten im Sozial-, im Gesundheits- und im Strafrechtswesen gesenkt.
- Der Return on Investment (ROI), also das Verhältnis von aufgewandtem Geld für die Frühe Förderung und den eingesparten Kosten liegt in verschiedenen Studien zwischen 1:8 und 1:16. Das heisst, dass der Staat für spätere «Reparaturmassnahmen» ein Vielfaches der Kosten ausgibt, die für die jeweiligen Massnahmen im Bereich der Frühen Förderung anfallen. Allerdings fehlen hier in der Schweiz entsprechende Daten für eine klare empirische Evidenz.
- Bei Massnahmen, die sich an die allgemeine Bevölkerung richten, liegt der ROI zwangsläufig tiefer; aber auch dort liegt er noch zwischen 1:1,6 und 1:3,5, was sich auch in Schweizer Untersuchungen bestätigt.

Von grossem Interesse nicht nur für die Forschenden und die Praxis, sondern auch für die Politik sind die Ergebnisse zur Kosteneffizienz von Programmen im Kontext der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention. In den USA werden seit vielen Jahren umfassende Studien mit Fokus auf den Return on Investment (ROI) oder die «benefits-to-costs» von Programmen der FBBE durchgeführt, die teilweise durch unterstützende Massnahmen für die Eltern ergänzt werden. Im Vordergrund stehen bei allen Studien Einsparungen in den Bereichen individuelle Schulförderung, Strafverfolgung und -vollzug, Sozialhilfe, Gesundheitskosten sowie volkswirtschaftlich bedeutsame Mehrwerte wie ein durchschnittlich höheres Lebens Einkommen. So errechnen Heckmann/Masterov (2007, S. 486) beim *Perry Preschool-Project* einen ROI von gut 1:9, was bedeutet, dass die öffentliche Hand für jeden in das Programm investierten Dollar Einsparungen in der Höhe von mehr als 9 Dollar erwarten kann. Bezieht man das erhöhte Lebens Einkommen und die volkswirtschaftlichen Vorteile mit ein, die sich daraus ergeben, wird der ROI des Perry-Programms gar auf 1:16 errechnet, wobei «weiche» Faktoren wie die Lebensqualität noch nicht berücksichtigt sind (Schweinhart et al. 2005, Heckman/Masterov 2007). In Hinblick auf das *Chicago Child-Parent Center and Expansion Program* (CPC) kommen Heckman/Masterov (2007) auf einen ROI von knapp 1:8, während Barnett (2010) in seiner Überblicksarbeit auf eine Studie verweist, die den ROI des CPC-Programms mit 1:10 errechnet. Die aktuellste Nachuntersuchung zu den Wirkungen von CPC (Reynolds et al. 2011) – durchgeführt im Alter von 26 Jahren – kommt auf einen ROI von knapp 1:11. Heckman/Masterov (2007, S. 476) weisen in ihrer Studie schliesslich nach, dass die Kosteneffizienz der Fördermassnahmen abnimmt, je später die Zielpersonen gefördert werden. So ist der ROI von schulischen Fördermassnahmen weniger als halb so hoch wie derjenige von Massnahmen der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention. Bei Massnahmen zur Förderung der Eintrittschancen in den Arbeitsmarkt in der Adoleszenz verschwindet er praktisch ganz.

Gemäss Burger et al. (2017) gibt es auch in der Schweiz einige Studien zur Kosteneffizienz von FBBE-Angeboten. Je nach Modellrechnung, Untersuchungsgebiet und zeitlicher Perspektive (kurz- versus langfristiger Nutzen) variere das Kosten-Nutzen-Verhältnis zwischen 1:1,6 und 1:3,5. Es sei aber zu beachten, dass die Ergebnisse der rezipierten Studien nicht in anerkannten wissenschaftlichen Journalen publiziert worden sind. Weiter ist zu berücksichtigen, dass sich die nationale wie auch die internationale Forschung vornehmlich auf Kosten-Nutzen-Analysen im Bereich der FBBE bezieht und andere Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit kaum auf ihre Kosteneffizienz untersucht werden. Wie erwähnt beinhalten viele der US-amerikanischen Programme auch professionelle Unterstützung der Eltern. Es ist aber zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich zu bestimmen, welche Elemente welchen Beitrag zur Wirkung dieser Programme geleistet haben (Camilli et al. 2010).

2.7 Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit als Element einer intersektoralen (umfassenden) Gesundheitspolitik

Auf einen Blick

- Sowohl Armut als auch reduzierte Gesundheitschancen können von einer Generation an die nächste weitergegeben werden. Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit können diesem Mechanismus entgegenwirken.
- Für die öffentliche Gesundheit (Public Health) sind Entscheidungen in allen Politikbereichen von Bedeutung, weil sie sich auf gesundheitsrelevante Einflussfaktoren auswirken. Die Frühe Förderung ist ein Aspekt der Bildungs-, der Sozial-, der Migrations- und der Wirtschaftspolitik. Somit ist sie ein wichtiges Element einer umfassenden Gesundheitspolitik. Die frühkindliche Gesundheitsförderung und Prävention beeinflusst gesundheitsrelevante Faktoren aus allen Lebensbereichen günstig.
- Für ein fachlich angemessenes Angebot müsste die Schweiz pro Jahr etwa zwei Milliarden Franken zusätzlich investieren, für die Subventionierung von FBBE-Angeboten (Kitas etc.), spezifische Programme für sozial benachteiligte Familien, Elternzeit und familienfreundliche Arbeitsmodelle. Das entspricht einer knappen Verdoppelung der jetzigen Ausgaben, die Summe sollte jedoch in Relation zu den Ausgaben, bspw. für Bildung in der Schweiz (2015: 36,2 Milliarden, OECD-Spitzenplatz) oder für die Sozialhilfekosten (2016: 8,184 Milliarden¹⁰), gesehen werden.
- Es braucht jedoch nicht nur eine quantitative Ausdehnung der Angebote, sondern auch qualitativ hochwertige Angebote, vor allem, wenn sie auf sozial benachteiligte Familien ausgerichtet sind.

Die Forschung zeigt seit vielen Jahren, dass zwischen dem sozioökonomischen Status eines Menschen und seiner Gesundheit ein enger Zusammenhang besteht (Stringhini et al. 2017). So zeigt Marmot (2010), dass die reichsten Menschen in England im Vergleich zu den ärmsten 10 Jahre später sterben und 18 Jahre länger ohne chronische Krankheiten leben. Die Reduktion von sozialer Ungleichheit ist für ihn entsprechend eine der wichtigsten gesundheitspolitischen Strategien. An erster Stelle der sechs zentralen Policy Empfehlungen des Marmot Review steht denn auch die Forderung «Give every child the best start in life». Wie gezeigt ist diese Forderung nach frühkindlicher Prävention wissenschaftlich umfassend begründet, und sie beinhaltet bei weitem nicht nur Aspekte der FBBE, sondern auch Massnahmen im Bereich der Familie, der Sozial-, Gesundheits-, Arbeitsmarkts- und Migrationspolitik. In diesem Sinn entspricht Marmots Forderung der seit vielen Jahren aufgestellten Forderung nach einer umfassenden (intersektoralen) Gesundheitspolitik (Kickbusch et al. 2008). Die präventionstheoretische Begründung für diese Forderung ist einfach: Für die öffentliche Gesundheit (Public Health) sind die Entscheidungen in allen Politikbereichen von Bedeutung, weil sie sich auf gesundheitsrelevante Einflussfaktoren auswirken – entweder positiv, indem sie die Gesundheit fördern, oder negativ, indem sie die Gesundheit beeinträchtigen.

¹⁰ Quelle: BFS: Sozialhilfestatistik, Finanzstatistik der Sozialhilfe im weiteren Sinn, Inventar der Sozialhilfe im weiteren Sinn.

Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit als gesundheitspolitische Strategie ist ein perfektes Beispiel für die Notwendigkeit einer umfassenden Gesundheitspolitik. Es ist wichtig, aber es genügt nicht, für Familien mit kleinen Kindern eine optimale Versorgung im Gesundheitssystem zu gewährleisten. Die Entwicklung eines Menschen hängt wie beschrieben auch von Faktoren ab, die in anderen Lebensbereichen angesiedelt sind und demnach von anderen Politikbereichen beeinflusst werden. Entsprechend haben Investitionen in diesen Bereichen auch einen positiven Einfluss auf die öffentliche Gesundheit. So untersuchten Guyer et al. (2009) in ihrer Meta-Analyse über 220 zwischen 1996 und 2007 publizierte Studien zu Programmen, die vornehmlich im Bereich der FBBE angesiedelt waren. Sie fokussierten dabei auf der Wirkungsebene für einmal nicht den Schulerfolg oder das delinquente Verhalten, sondern vier gesundheitsrelevante Risikofaktoren: Passivrauchen, Übergewicht, psychische Krankheiten und unbeabsichtigte Verletzungen. Bei allen vier Risikofaktoren schlossen die geförderten Kinder und ihre Familien besser ab als die Mitglieder der Kontrollgruppe, wobei die Effekte bei der Reduktion des Passivrauchens und der unbeabsichtigten Verletzungen am deutlichsten ausfielen. Diejenigen Programme, die versuchten, Übergewicht zu verhindern, zeigten durchschnittlich am wenigsten Wirkung. Die Ergebnisse werden in der Studie als bedeutungsvoll eingestuft – insbesondere mit Blick auf die hohen Kosten, welche durch die fokussierten Probleme (Verletzungen, Lungenprobleme etc.) anfallen.

Für die Gesundheitspolitik bedeutet dies, dass sie bestrebt sein muss, die anderen Politikbereiche dafür zu sensibilisieren, dass ihre Entscheidungen für die öffentliche Gesundheit von Bedeutung sind. Wenn die Schweiz im Bereich der familienergänzenden Kinderbetreuung im internationalen Vergleich wie oben gezeigt nur wenig investiert, dann wirkt sich das nicht nur auf die Pisa-Ergebnisse aus, sondern auch auf den Arbeitsmarkt, das Sozialhilfesystem und die öffentliche Gesundheit. Berechnet man, wie viel die Schweiz pro Jahr zusätzlich in den Frühbereich investieren müsste, um ein durchschnittliches internationales Niveau zu erreichen, dann kommt man auf einen Betrag von knapp zwei Milliarden Franken, die für die Subventionierung von FBBE-Angeboten (Kitas etc.), spezifische Programme für sozial benachteiligte Familien, die Finanzierung einer Elternzeit und die Förderung familienfreundlicher Arbeitsmodelle ausgegeben werden müssten (Stern/Gschwend et al. 2016). Das entspricht einer knappen Verdoppelung der jetzigen Ausgaben, ist jedoch im Vergleich zu den Gesamtausgaben für Bildung in der Schweiz (2015: 36,2 Milliarden) keine sehr grosse Summe¹¹ (BFS 2017). Zudem besteht, wie oben ausgeführt, nicht nur auf der Ebene der Politik ein Bedarf für Kooperation und Koordination, sondern auch auf der Ebene der Fachleute. Sie müssen in interdisziplinäre Netzwerke eingebunden werden, um die systemischen Entstehungsbedingungen von Gesundheit resp. der nichtübertragbaren Krankheiten möglichst positiv zu beeinflussen. In diesem Bereich bestehen denn auch konkrete Handlungsmöglichkeiten im Kontext der NCD-Strategie. Schliesslich ist zu betonen, dass es nicht nur eine quantitative Ausdehnung der Angebote im Frühbereich braucht, sondern auch qualitativ hochwertige Angebote. Dies gilt vor allem, wenn sie auf sozial benachteiligte Familien ausgerichtet sind.

2.7

¹¹ In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Schweiz im internationalen Vergleich bei den Bildungsausgaben im formalen Schulbereich ab fünf Jahren einen Spitzenplatz einnimmt (OECD 2015, S. 276), während sie in die frühkindliche Bildung, verglichen mit andern Ländern, wie erwähnt sehr wenig investiert. Weiter ist zu beachten, dass Investitionen in die frühkindliche Prävention unter anderem auch Kostenreduktionen im formalen Bildungssystem durch reduzierten Förderaufwand mit sich bringen.



Planung und Umsetzung

3. Der Runde Tisch «Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit aus gesundheitspolitischer Sicht»

Auf einen Blick

- Der vom BAG durchgeführte Runde Tisch führte zu einer Situationsanalyse in Bezug auf Akteure und Aktivitäten in der frühen Kindheit mit gesundheitspolitischem Fokus. Es wurden Lücken festgehalten und der Handlungsbedarf für das BAG identifiziert.
 - Es hat sich gezeigt, dass in der Schweiz viele Akteure tätig sind und dass eine grosse Vielfalt an Aktivitäten besteht. Es bestehen aber auch massgebliche Lücken in der Versorgung; in vielen Bereichen stehen zu wenig finanzielle Mittel für eine quantitativ und qualitativ ansprechende Versorgung im Frühbereich zur Verfügung. Zudem mangelt es an Vernetzung und Koordination zwischen den Fachleuten und den Entscheidungsträgern auf den unterschiedlichen Ebenen.
 - Besondere Beachtung ist der Situation der sozioökonomisch benachteiligten und mehrfach belasteten Familien zu schenken, denn diese Familien sind noch stärker durch die ungenügende Versorgungssituation und die unzureichende Vernetzung im Frühbereich betroffen als andere Familien.
 - Es braucht mehr Forschung und Daten im Frühbereich, um die Wirkungszusammenhänge aufzuzeigen oder ein Monitoring zum Gesundheitszustand von Kindern in den ersten vier Lebensjahren aufzubauen.
-

Das BAG möchte mit dem vorliegenden Konzept Lücken schliessen und die Partner, allen voran die Kantone, in ihrer Arbeit unterstützen. Deshalb wurde in der Konzeptentwicklung der Partizipation im Rahmen des Runden Tisches und darüber hinaus eine hohe Bedeutung zugemessen. Die Massnahmen im Konzept sollen in enger Absprache mit den Akteuren und Partnern in Verwaltung, Zivilgesellschaft und Privatwirtschaft sowie den Fachpersonen im Feld umgesetzt werden.

3.1 Vorbereitung des Runden Tisches

Die Konzeptarbeiten wurden im Frühling 2017 mit zwei BAG-internen Workshops eingeleitet. Ziel dieser Workshops war, eine Übersicht zum aktuellen Stand der wichtigsten Projekte und Akteure in der Schweiz zu erlangen, die Standpunkte und Aktivitäten des BAG und seiner Partner zu kennen sowie den zukünftigen Handlungsspielraum auszuloten.

Die erarbeitete Übersicht zu Akteuren und Aktivitäten wurde analog den Handlungsfeldern der NCD-Strategie gegliedert (BAG/GDK 2016). Die Titel der Handlungsfelder wurden zum Teil mit Blick auf die frühe Kindheit leicht adaptiert:

- **HF 1**: Früherkennung, Gesundheitsförderung und Prävention für die Zielgruppe der Familien mit Kindern zwischen 0 und 4 Jahren mit besonderem Fokus auf sozial benachteiligte Familien
- **HF 2**: Koordinierte und integrierte Versorgung dieser Familien im Gesundheitssystem
- **HF 3**: Koordination und Vernetzung verbessern
- **HF 5**: Monitoring und Forschung im Frühbereich stärken
- **HF 6**: Information und Sensibilisierung

Die Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, und gewisse Überschneidungen zwischen den fokussierten Handlungsfeldern sind unvermeidbar.

Die Bedeutung der Handlungsfelder 4 (Finanzierung sichern) und 7 (Rahmenbedingungen optimieren) der NCD-Strategie sind auch für den Frühbereich von zentraler Bedeutung, liegen aber ausserhalb des Handlungsspielraums des vorliegenden Konzepts und wurden deshalb nicht speziell berücksichtigt. Bei den Vorbereitungsarbeiten und am Runden Tisch kam jedoch immer wieder deutlich zum Ausdruck, wie sehr die Aktivitäten im Frühbereich durch die prekäre Finanzlage und die unzureichenden Rahmenbedingungen beeinträchtigt werden (vgl. Kap. 2.7).

3.2 Die teilnehmenden Institutionen

Eine erfreulich grosse Zahl der kontaktierten Akteure nahm am Runden Tisch in Bern teil oder stellte sich für bilaterale Gespräche zur Verfügung, wenn ihnen eine Teilnahme nicht möglich war. Der Runde Tisch wurde von Petra Baeriswyl und Tina Hofmann, Sektion Gesundheitsförderung und Prävention der Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten des BAG, organisiert und durch Gabriela Scherer von der Firma Führen mit Wert-Schöpfung geleitet. Als fachliche Begleitung war Martin Hafen von der Hochschule Luzern anwesend. Folgende Institutionen waren am Runden Tisch vertreten:

- BAG, Abt. NCD, Sektion Gesundheitsförderung und Prävention
- BAG, Abt. NCD, Sektion Prävention in der Gesundheitsversorgung
- BAG, Abt. NCD, Sektion Präventionsstrategien
- BAG, Abt. NCD, Sektion wissenschaftliche Grundlagen
- BAG, Abt. Gesundheitsstrategien, Sektion Nationale Gesundheitspolitik
- BAG, Abt. Gesundheitsstrategien, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit
- BSV, Bereich Kinder- und Jugendfragen
- BSV, Nationales Programm gegen Armut
- Gesundheitsförderung Schweiz
- Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz
- RADIX Gesundheitsförderung
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
- Schweizerischer Gemeindeverband
- Schweizerischer Städteverband
- Schweizerisches Rotes Kreuz
- SEM, Direktion Zuwanderung und Integration
- Stiftung Kinderschutz Schweiz
- Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF)

Weitere Kontakte bestehen zur Schweizerischen Konferenz der Sozialdirektorinnen und -direktoren (SODK), zur Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektorinnen und -direktoren (EDK), zur Konferenz der Kantonsregierungen (KDK), zur Schweizerischen UNESCO-Kommission Frühkindliche Bildung, zur Jacobs Foundation und ihrer Ready!-Kampagne, zur Plattform Pro Enfance und zum Netzwerk bildung+gesundheit.

3.3 Die Ergebnisse des Runden Tisches

Am Runden Tisch wurden in einem ersten Schritt die BAG-intern erarbeiteten Handlungsfelder mit Akteuren und Aktivitäten im Frühbereich ergänzt. Die offensichtlichsten Lücken wurden identifiziert. Anschliessend wurde eine offene Diskussion zum Handlungsbedarf und zu den Bedürfnissen der teilnehmenden Partner geführt. In einem letzten Schritt wurde eine Priorisierung von Aktivitäten des BAG, resp. eine Konkretisierung der Stossrichtung angestrebt.¹²

Stossrichtung für künftige Aktivitäten des BAG

Der Runde Tisch hat gezeigt, dass sich viele Akteure in der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention im engeren oder im weiteren Sinn engagieren und dass auch das Rad nicht neu erfunden werden muss. Weiter wurde deutlich, dass es viele Angebote für etwas ältere Kinder gibt. Aufgrund der Relevanz der Gruppe der Jüngsten soll geprüft werden, wie Aktivitäten in dieser Zielgruppe unterstützt beziehungsweise animiert werden können. Da die Verantwortung im Bereich der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention bei den Kantonen und den Gemeinden liegt, stellt sich die Frage, inwiefern das BAG die Verantwortlichen auf kantonaler Ebene und auf Gemeindeebene sowie die NGOs bei der Wahrnehmung ihrer Aufgabe unterstützen kann. Insgesamt ergaben sich aus der Diskussion folgende zentrale Orientierungskriterien:

- Aktivitäten, die auf Bundesebene Sinn ergeben.
- Aktivitäten mit besonderem gesundheitsspezifischem Fokus.
- Aktivitäten, die insbesondere die Zielgruppe der Kinder von 0–4 betreffen.

Aufgaben und Rollenverständnis des BAG

Im Rahmen des Runden Tisches wurden folgende Aussagen zu möglichen Aufgaben und zum Rollenverständnis für das BAG gemacht: Das BAG ...

- fungiert als Türöffner zu Akteuren in der Gesundheitsversorgung.
- aktiviert die Schnittstellen zwischen den Familien und der medizinischen Versorgung in den Gesundheitsregionen und nutzt und unterstützt dabei die bestehenden Akteure und Angebote.
- fördert Vernetzungsaktivitäten im Allgemeinen und die familienzentrierte Vernetzung im Besonderen (bspw. nach Vorbild Österreich und Deutschland).
- legt den Fokus auf Kinder aus mehrfach belasteten Familien.
- fördert den Dialog auf den Ebenen des Bundes, der Kantone und der Gemeinden im Hinblick auf verbesserte Akzeptanz der Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit.
- erstellt und verbreitet gesundheitspolitische Argumentarien mit dem Ziel, Entscheidungsträgerinnen und -träger für die Bedeutung der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention zu sensibilisieren.
- organisiert und/oder unterstützt interdisziplinäre Fachtagungen auf den Ebenen des Bundes, der Kantone und der Gemeinden.
- betreibt Wissensmanagement in Form einer Übersicht über die vorhandenen Aktivitäten an der Schnittstelle von Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich.
- macht Good-Practice-Beispiele aus dem In- und Ausland bekannt.

¹² Die Zusammenfassung der Diskussion am Runden Tisch sowie die Übersicht über relevante Akteure und Aktivitäten in den jeweiligen Handlungsfeldern können vom BAG auf Wunsch abgegeben werden.

3.4 Stossrichtungen der BAG-Aktivitäten

Der Runde Tisch führte zu konkreten Stossrichtungen für die BAG-Aktivitäten in den relevanten Handlungsfeldern (vgl. Kap. 1.2):

In Anlehnung an die Handlungsfelder 1 und 2 «Früherkennung, Gesundheitsförderung und Prävention» und «Koordinierte und integrierte Versorgung»

- Modelle einer guten Praxis der Zusammenarbeit sowie Vernetzung aus dem In- und umliegenden Ausland werden bekannt gemacht oder gezielt gefördert.
- Besonders berücksichtigt werden Aktivitäten der Frühen Förderung, welche sich an Familien mit Kleinkindern richten und an der Schnittstelle zur Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsversorgung angesiedelt sind. Dabei handelt es sich um familienzentrierte Vernetzung oder um Angebote für belastete Familien.

Handlungsfeld 3 «Koordination und Vernetzung»

- Das BAG setzt sich dafür ein, dass die gesundheitsrelevanten Aktivitäten in der Lebensphase der frühen Kindheit vernetzt und koordiniert werden, horizontal mit anderen Bundesstellen und vertikal zwischen Bund, Kantonen, Gemeinden und Versorgern. Dies kann unter anderem in Form von Koordinationssitzungen, Fachtagungen etc. erfolgen.
- Die Resultate aus den Vernetzungsangeboten, anderen Initiativen und von guten Praxisbeispielen werden verbreitet.

Handlungsfeld 5 «Monitoring und Forschung»

- Das Sammeln von Grundlagen und die Initiativen für den Aufbau eines Monitorings im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit werden unterstützt, sodass die Monitoringsysteme NCD und Sucht soweit möglich auch Indikatoren zu Kindern bis zum Kindergartenalter beinhalten.
- Eine wissenschaftliche Übersichtstudie zum Gesundheitszustand von Kindern in den ersten vier Lebensjahren und zum Zusammenhang mit elterlichen Risikofaktoren wird durch ein Forschungsmandat erreicht.
- Die Verbreitung der Erkenntnisse wird gefördert.

Handlungsfeld 6 «Information und Sensibilisierung»

- Das BAG setzt sich für fundierte Argumentarien zur Wichtigkeit und Relevanz der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention im Sinne einer umfassenden Gesundheitspolitik ein und stellt diese Argumentarien den verschiedenen Akteuren zur Verfügung. Die Bedürfnisse der einzelnen Zielgruppen können stark divergieren, auch deren Erreichbarkeit unterscheidet sich teilweise stark.
- Die Aktivitäten im Bereich Information und Sensibilisierung unterstützen andere Bundesstellen, Kantone und Gemeinden beim Verbreiten von gemeinsamen Botschaften. Das BAG koordiniert seine diesbezüglichen Aktivitäten mit den weiteren Akteuren im Feld, bspw. der UNESCO-Kommission.

Im nächsten Kapitel werden zu den erwähnten Handlungsfeldern Ziele formuliert und konkrete Massnahmen abgeleitet.

4. Ziele und konkrete Umsetzungsmassnahmen des BAG

In diesem Kapitel werden die Zielsetzungen und die Massnahmen konkretisiert, die im Rahmen der NCD-Strategie einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation im Frühbereich und damit zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten leisten. Das BAG ist bei den einzelnen Massnahmen für die Umsetzung verantwortlich und arbeitet mit den relevanten Akteuren zusammen. Eingeleitet werden die Ausführungen durch eine Beschreibung der aktuellen Situation im Bereich der jeweiligen Zielsetzung.

4.1 Ziel HF 1 + 2: «Früherkennung, Gesundheitsförderung und Prävention» und «Koordinierte und integrierte Versorgung mit Fokus auf den Gesundheitsbereich und sozial benachteiligte Familien»

Auf einen Blick

- Bestehende Angebote zur Verbesserung der Vernetzung, Koordination und Kooperation im Frühbereich sind vor allem auf die FBBE ausgerichtet. Ein verstärkter Einbezug der Fachleute und Institutionen aus dem Gesundheitsbereich käme vor allem sozioökonomisch benachteiligten und mehrfach belasteten Familien zugute.
- Das BAG unterstützt ausgewählte Aktivitäten, die auf die Vernetzung und Integration der Akteure in der Gesundheitsversorgung im Frühbereich ausgerichtet sind.

Aktuelle Situation in der Schweiz

Die Schweiz hat im internationalen Vergleich ein qualitativ hochstehendes, leistungsfähiges Gesundheitswesen. Das gilt auch für die medizinische Betreuung von Schwangeren und Familien mit kleinen Kindern. Ausbaufähig sind die Schnittstellen zu anderen Handlungsfeldern im Frühbereich, insbesondere zur Sozialen Arbeit, zur Mütter-/Väterberatung und zur FBBE. So ist bekannt, dass den Kinderärztinnen und -ärzten in der Früherkennung von Stressbelastung kleiner Kinder eine zentrale Rolle zukommt. Diese Rolle können sie – in der Regel aus strukturellen Gründen (wie Finanzierungsmechanismen) – nur selten voll ausschöpfen (AAP 2012). Es gibt in der Schweiz nur sehr wenige institutionalisierte Kontakte zwischen Kinderärztinnen/-ärzten und Beratungsinstitutionen aus dem Sozialbereich respektive der Mütter-/Väterberatung, die ohne grossen Aufwand aktiviert werden können, wenn im Rahmen von Regeluntersuchungen psychosoziale Probleme in einer Familie festgestellt werden. Das im vorliegenden Konzept konkretisierte Engagement des BAG im Bereich der frühen Kindheit ist auf den Gesundheitsbereich ausgerichtet. Im Zentrum steht das Ziel, im Rahmen der NCD-Strategie einen Beitrag zu einer verbesserten Einbindung des Gesundheitswesens in das multidisziplinäre Handlungsfeld der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention zu leisten. Angesichts des umfassend belegten Zusammenhangs von sozialer Benachteiligung und reduzierten Gesundheitschancen soll auch hier der Zielgruppe der sozioökonomisch benachteiligten und mehrfach belasteten Familien (mit und ohne Migrationshintergrund) besondere Beachtung geschenkt werden.

Massnahme 1: Förderung der familienzentrierten Vernetzung

Das BAG unterstützt ab 2019 auf der Basis bestehender Initiativen und in Zusammenarbeit mit den betroffenen Kantonen eine Gemeinde oder Region bei der interinstitutionellen und interprofessionellen Vernetzung, welche eine professionelle Begleitung von mehrfach belasteten Familien im Sinne eines Case-Managements anbietet und die Schnittstelle zur KESB im Auge hat. Im Vorfeld wird geprüft, welche Erfahrungen mit ähnlichen Projekten in der Schweiz (z. B. dem Projekt TIPI im Tessin oder dem

4.0

4.1

Projekt Education familiale in Fribourg) respektive im benachbarten Ausland (z. B. den Frühe Hilfen-Projekten in Deutschland und Österreich) gemacht wurden. Diese können in die Konzeption eines familienzentrierten Vernetzungsangebots einfliessen (z. B. in Kooperation mit PrimoKiz Plus oder im Rahmen der kantonalen Integrationsprogramme).

Massnahme 2: Förderung von weiteren Angeboten

Das BAG fördert und unterstützt weitere Angebote, die auf eine verbesserte Erreichbarkeit (Früherkennung und Frühintervention) von belasteten und sozioökonomisch benachteiligten Familien ausgerichtet sind:

- Früherkennung und Prävention von Adipositas mit dem Ziel der pränatalen und frühkindlichen Versorgung von schwer erreichbaren Familien. Der Schwerpunkt liegt dabei auf dem Erkennen von Müttern bzw. Familien mit besonderen Risiken betreffend Übergewicht mit sowohl psychischen als auch physischen Ursachen.
- Bei ausgewiesenem Bedarf werden weitere Angebote unterstützt, z. B. Leitfäden oder Schulungen der Akteure in der Gesundheitsversorgung (bspw. Hausärzte/innen, Pädiater/innen oder Hebammen).

Die Finanzierung erfolgt über die Sektion Prävention in der Gesundheitsversorgung (Konzept *Pränatale und frühkindliche Versorgung mit Schwerpunkt Übergewicht*) oder über die Sektion Gesundheitsförderung und Prävention des BAG (*Familienzentrierte Vernetzung*). Eine weitere Finanzierungsquelle könnten Pilotprojekte der Prävention in der Gesundheitsversorgung darstellen (durch das BAG und Gesundheitsförderung Schweiz verwaltet).

4.2 Ziel HF 3: Vernetzung von Entscheidungsträgern und Fachpersonen in Verwaltung, Wirtschaft und Zivilgesellschaft

Auf einen Blick

- Die Vernetzung, Koordination und Kooperation der Fachleute und Institutionen aus dem Gesundheits- und dem Sozialbereich sowie der für den Frühbereich relevanten Entscheidungsträger ist im stark föderalisierten System der Schweiz eine grosse Herausforderung.
- Das BAG unterstützt bestehende Vernetzungsbemühungen und initiiert zusätzliche Anstrengungen mit dem Ziel, die Aktivitäten im Frühbereich auf Bundesebene besser zu koordinieren.

Aktuelle Situation in der Schweiz

Wie die Forschung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit zeigt und wie durch die Fachpersonen am Runden Tisch bestätigt wurde, kommt der Vernetzung und Koordination sowie der interprofessionellen Zusammenarbeit im Frühbereich eine entscheidende Bedeutung zu.

Die wichtigsten Netzwerke im Frühbereich in der Schweiz, die durch Projekte wie *PrimoKiz*¹³ initiiert werden, sind primär auf die FBBE und die Mütter-/Väterberatung ausgerichtet. Institutionen im Gesundheitswesen (Hebammen, Kinderärztinnen und -ärzte etc.) beziehen sie in der Regel nur am Rand mit ein. Es gibt aber auch vereinzelte Initiativen, die bestrebt sind, die Vernetzung und Koordination der unterschiedlichen professionellen Handlungsfelder im Frühbereich zu fördern. Neben den in Kap. 2 erwähnten *Family Start*-Projekten, die die Vernetzung der Fachleute nach der Geburt realisieren, ist der *Integrationsdialog Aufwachsen* der Tripartite Konferenz¹⁴ bestrebt, die Lebensbedingungen von kleinen Kindern durch Vernetzung und konkrete Massnahmen an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Migrationsbereich zu verbessern. Ein weiteres Beispiel ist das Projekt *Miapas*¹⁵ von Gesundheitsförderung Schweiz, das einen starken Fokus auf den Gesundheitsbereich und die Schnittstelle zur Mütter-/Väterberatung legt. Weiter plant der Schweizerische Gemeindeverband im Rahmen eines Ready!-Projekts *Politik der Frühen Kindheit auf kommunaler Ebene* zusammen mit dem Netzwerk Kinderbetreuung, pro enfance und weiteren Partnern im Herbst 2018 und Frühjahr 2019 Follow-Up-Veranstaltungen zum Thema Frühe Förderung für die Gemeinden¹⁶. Schliesslich spielt der Frühbereich auch in der Weiterentwicklung der kantonalen Kinder- und Jugendpolitik eine immer bedeutendere Rolle (Bolliger/Sager 2017), bei der die SODK eine wichtige Koordinationsfunktion innerhalb der Kantonalen Konferenzen innehat.

In der Fachliteratur zur Situation der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz wird immer wieder darauf hingewiesen, wie wenig hierzulande in den Frühbereich und insbesondere in die FBBE investiert wird. Dieser Befund wurde auch am Runden Tisch wiederholt bestätigt. Auch die Vernetzung der Fachorganisationen im Frühbereich ist in grossem Ausmass von den Rahmenbedingungen in Politik und Verwaltung abhängig. Die Evaluation der ersten Phase des Programms *PrimoKiz* (Stern/Schultheiss et al. 2016) hat zum Beispiel gezeigt, wie schwierig es ist, die im Rahmen des Programms entwickelten Konzepte zur Verbesserung der Grundversorgung im Frühbereich in den Gemeinden und Kantonen dann auch zu realisieren resp. sie nach Projektende in den Strukturen nachhaltig zu verankern. Es gibt jedoch – im Kontext von *PrimoKiz*, aber auch bei anderen Programmen – auch viele Beispiele, die zeigen, wie diese Verankerung gelingen kann. Zu nennen wären etwa die Massnahmen des Kantons Bern zur regionalen Vernetzung und die Bereitstellung der Informationsplattform *Familienportal* (<https://www.fambe.sites.be.ch/>).

¹³ <https://jacobsfoundation.org/activity/primokiz2/>

¹⁴ <http://www.dialog-integration.ch/de/aufwachsen>

¹⁵ <https://gesundheitsfoerderung.ch/kantonale-aktionsprogramme/ernaehrung-und-bewegung/kinder-und-jugendliche/fokusthemen/kleinkindbereich.html>

¹⁶ Information der Geschäftsleiterin des Schweizerischen Gemeindeverbands in einer Mail vom 18. April 2018.

Der Vernetzung und Koordination der Akteure auf und zwischen den Ebenen des Bundes, der Kantone und der Gemeinden sowie mit den zivilgesellschaftlichen und privatwirtschaftlichen Initiativen soll in diesem Konzept besondere Beachtung geschenkt werden. Dabei geht es nicht darum, die Vernetzung zu zentralisieren, sondern darum, die laufenden Vernetzungsbemühungen zu unterstützen und dabei die Perspektive des Gesundheitssystems einzubringen. Insbesondere wird in diesem Zusammenhang auch angestrebt, den Austausch und die Zusammenarbeit im Frühbereich zwischen den Sprachregionen zu verbessern.

Massnahme 1: Vernetzung der Fachleute im Frühbereich mittels interdisziplinärer Fachtagungen

Das BAG organisiert oder beteiligt sich ab 2018 jährlich oder zweijährlich an der Organisation einer interdisziplinären Fachtagung, die auf die verbesserte Integration der professionellen Aktivitäten im Frühbereich ausgerichtet ist und den Fokus dabei auf Berufspersonen legt, die im Gesundheitswesen tätig sind. Das BAG sucht dabei Synergien mit Partnerorganisation wie dem Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz oder Gesundheitsförderung Schweiz. Es bieten sich auch Synergien mit Schwerpunktthemen der NCD-Strategie an, etwa im Jahre 2020, das dem Schwerpunkt der Kinder- und Jugendgesundheit gewidmet ist. Eine Fachtagung soll sowohl dem Bedarf der Fachpersonen und Partner entsprechen wie auch mit den Aktivitäten des BAG kohärent sein.

Massnahme 2: Aktive Mitarbeit in bestehenden Netzwerken

Das BAG bringt sich aktiv in bestehende Netzwerke ein, die darauf ausgerichtet sind, das Wissen und die Akzeptanz der frühkindlichen Gesundheitsförderung und Prävention bei Entscheidungsträgerinnen und -trägern in der Wirtschaft und in der Zivilgesellschaft zu fördern. Im Vordergrund stehen das Netzwerk *Miapas* von Gesundheitsförderung Schweiz, die Strategieguppe der UNESCO, die aktuell ein bildungspolitisches Konzept der frühen Kindheit erarbeitet, sowie Initiativen von Fachleuten und der Zivilgesellschaft.

Massnahme 3: Beitrag zur Vernetzung der Akteure auf den unterschiedlichen föderalen Ebenen

Im April 2018 hat das BAG ein Treffen mit allen föderalen Ebenen (EDK, GDK, SODK, Bund, Gemeinden/Städte) organisiert, um sich zum Thema auszutauschen und das BAG-Konzept zu diskutieren. Ziel ist es, gemeinsam den Austausch zur Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit weiterzuführen. Erwünscht ist zudem, dass die Bundesstellen – das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) mit dem Nationalen Programm gegen Armut, das Staatssekretariat für Migration (SEM) und ggf. weitere Bundesämter – einen regelmässigen Austausch pflegen, welcher vom BAG aktiv unterstützt wird. Dabei wird berücksichtigt, dass das BSV einen Koordinationsauftrag im Bereich Kinder- und Jugendpolitik hat.

4.3 Ziel HF 5: Monitoring und Forschung

Auf einen Blick

- Es bestehen grosse Datenlücken im Frühbereich, insbesondere zur gesundheitlichen Situation der 0–4-Jährigen.
- Die neuen Monitoringsysteme NCD und Sucht des BAG beinhalten auch Indikatoren zu Kindern und Jugendlichen. Zudem können gezielt (in beschränktem Umfang) Forschungsmandate vergeben werden.

Die aktuelle Situation in der Schweiz

Eine aktuelle Analyse der Forschung in der FBBE zeigt eine Reihe von Lücken in unterschiedlichen Forschungsfeldern auf (Burger et al. 2017, S. 43ff.): Fortlaufende Bildungs- und Betreuungsberichterstattung, die Messung der Qualität von Einrichtungen (Kitas, Tagesfamilien etc.), die Analyse der politischen Steuerung (Governance) der Versorgung im Frühbereich, die Professionsforschung, Sekundäranalysen von Daten aus bestehenden Studien, Kosten-Nutzen-Analysen, die Messung von Effekten öffentlich-privater Partnerschaften, die Untersuchung der Auswirkungen familienbewusster Personalpolitik auf die jungen Familien sowie die Analyse der Zugangsmöglichkeiten und -beschränkungen für sozial benachteiligte Familien. Zu allen diesen Themen ist keine oder deutlich zu wenig Forschung vorhanden. Viele dieser Forschungslücken wurden auch durch die Teilnehmenden am Runden Tisch identifiziert.

Als übergeordnetes Ziel wird in der Studie von Burger et al. (2017) der Aufbau einer tragfähigen Forschungsinfrastruktur gefordert. Für das BAG steht im Rahmen der NCD-Strategie natürlich vor allem die Forschung im Zentrum des Interesses, die sich auf die Entwicklung von Kindern bezieht. Ein systematisches Monitoring der Gesundheit von Kindern bis vier Jahren wäre in diesem Zusammenhang genauso wünschenswert wie Studien zur Erreichbarkeit von benachteiligten Familien. Ein Schwerpunkt in diesem Kontext liegt bei der Stressbelastung von kleinen Kindern durch häusliche Gewalt oder emotionale Vernachlässigung. Langfristig ausgelegte Interventionsstudien in diesem Bereich wie die Begleitforschung zum Programm Zeppelin werden in der Schweiz äusserst selten durchgeführt. Wie im Bereich der Vernetzung und Koordination nimmt das BAG im Rahmen der NCD-Strategie eine unterstützende Rolle ein, ist aber nicht in der Lage, eine umfassende Forschungsfinanzierung zu leisten.

Massnahme 1: Forschungsprojekt (Mandat): Wissenschaftliche Übersichtsarbeit zur Gesundheit sowie zu Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit

Die Übersichtsarbeit soll eine Zusammenstellung von bestehendem Wissen und nationalen Daten im Bereich Schwangerschaft und frühe Kindheit darstellen:

- Schwangerschaft bis 4-Jährige, mit Fokus auf gesundheitsrelevante (und medizinische) Informationen wie dem Gesundheitszustand und den Einflüssen elterlicher Risikofaktoren (Armut, Sucht, Migrationshintergrund usw.). Identifikation und Auflistung der wichtigsten Lücken.
- Übersicht über Studien und Projektevaluationen zur Erreichbarkeit von Familien, insbesondere in vulnerablen Situationen. Identifikation von nachweislich wirksamen Faktoren, Lücken und Handlungsbedarf.
- Schätzung des Burden of disease der 0–4-Jährigen in der Schweiz.

Massnahme 2: Monitoringsysteme NCD und Sucht und weitere Forschungsprojekte

Die neuen Monitoringsysteme NCD und Sucht des BAG beinhalten auch Indikatoren zu Kindern. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, (in beschränktem Umfang) weitere Forschungsprojekte umzusetzen.

4.4 Ziel HF 6: Information und Sensibilisierung für die Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit

Auf einen Blick

- Für eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungssituation im Frühbereich ist es wichtig, dass die Öffentlichkeit und insbesondere die Entscheidungsträgerinnen und -träger besser verstehen, warum die Gesundheitsförderung und Prävention in der frühen Kindheit so wichtig ist.
 - Das BAG bereitet die Informationen aus diesem Konzept sowie aus der internationalen und der nationalen Forschung zielgruppengerecht auf und verbreitet diese über die zur Verfügung stehenden Kanäle.
-

Die aktuelle Situation in der Schweiz

Ein Schwerpunkt der Aktivitäten im Rahmen der NCD-Strategie liegt in der Information und Sensibilisierung der relevanten Akteure und der allgemeinen Bevölkerung. Der Information und Sensibilisierung kommt im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Frühbereich eine wichtige Rolle zu. Auch hier sollen die bestehenden Gefässe unterschiedlicher Institutionen nicht konkurriert, sondern durch den besonderen Fokus auf die Integration des Gesundheitsbereichs in die Aktivitäten des Frühbereichs ergänzt werden. Ein Schwerpunkt liegt dabei in der Übersetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse, die mit Blick auf die Bedürfnisse der Verwaltung, der Privatwirtschaft und der Öffentlichkeit gestaltet werden sollen.

Massnahme 1: Sensibilisierung von Entscheidungsträger/innen/en in Verwaltung, Wirtschaft und Zivilgesellschaft

Das BAG bereitet die wichtigsten Argumente aus dem vorliegenden Konzept zielgruppengerecht auf.

Massnahme 2: Verbreitung der Ergebnisse der im Rahmen der NCD-Strategie und Strategie Sucht unterstützten Forschung

Die Resultate von Forschungsmandaten und von Projektaktivitäten werden ab 2019 leicht verständlich und informativ für Akteure der Fachwelt, Entscheidungstragende und die interessierte Öffentlichkeit aufbereitet und zugänglich gemacht.

Massnahme 3: Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit und der interessierten allgemeinen Öffentlichkeit

Das BAG nutzt und unterstützt die Kanäle seiner Partner. So kann der Infofeed des Netzwerks Kinderbetreuung Schweiz genutzt werden, um Informationen zu verbreiten oder eine Veranstaltungsagenda zur Verfügung zu stellen. Weiter stellt das BAG Informationen für Fachmedien (Elternmagazine, Mama-blog o.ä.) auf seiner Website zur Verfügung.

4.5 Massnahmen im Überblick

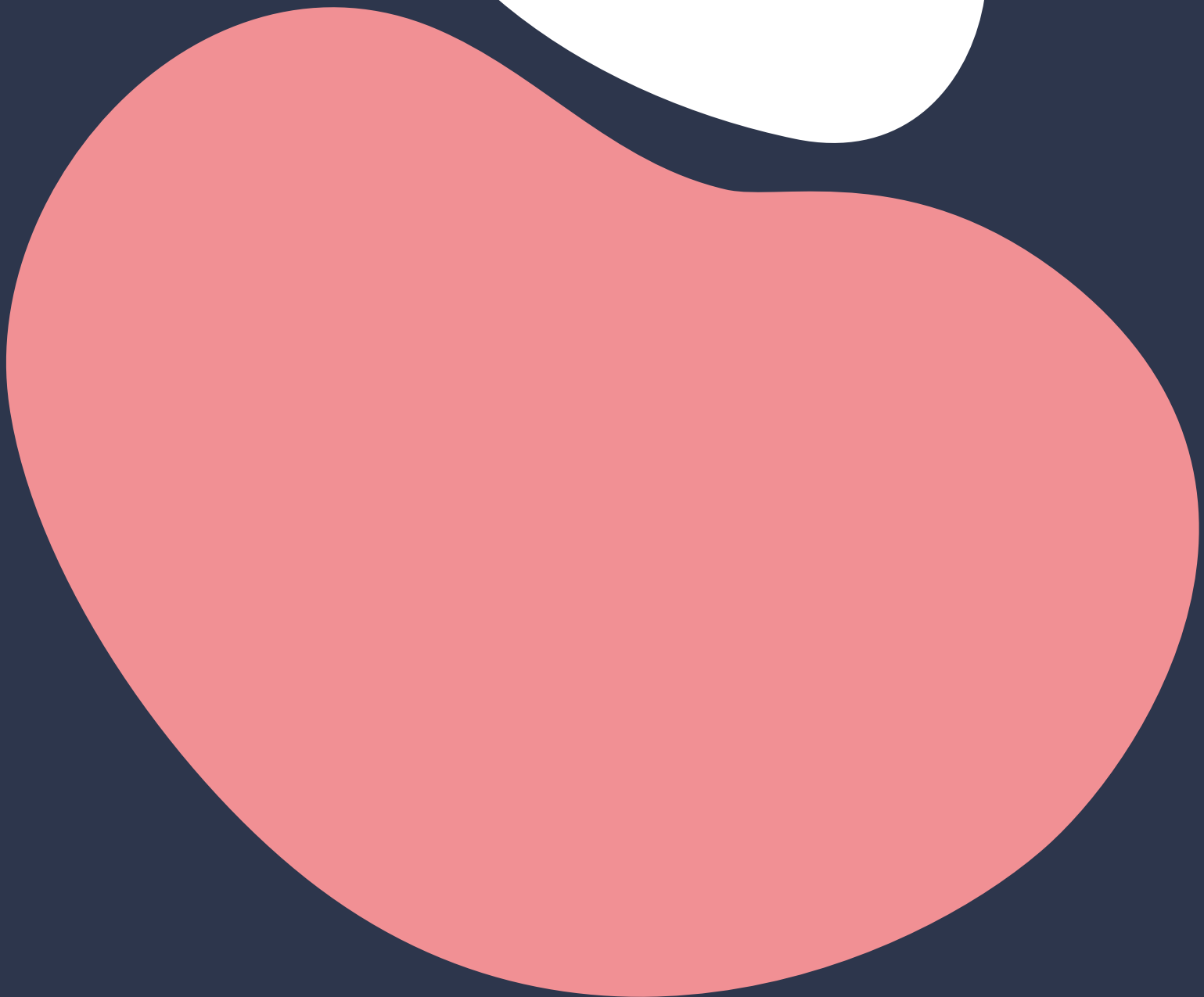
	2018	2019	2020	2021	2022v2024
Mn 1.1	Vorstudie familienzentrierte Vernetzung	Unterstützung Projekt familienzentrierte Vernetzung	Projekt Früherkennung+Prävention Adipositas	Weitere Projekte nach Bedarf	
Mn 2.1	Nationale interdisziplinäre Fachtagung am 19.11.2018	Beitrag Fachtagung, falls möglich	Beitrag an Nationaler Fachtagung zum Schwerpunktjahr Kinder und Jugendliche	Beitrag Fachtagung, falls möglich	Interdisziplinäre Fachtagungen
Mn 2.2	Austauschtreffen föderale Ebenen und Bundesebene	Durchführung Austauschgefässe			
Mn 2.3	Mitarbeit in Netzwerken				
Mn. 3.1/3.2	Übersichtsarbeit	Präsentation Übersichtsarbeit	Kapitel im Obsan-Bericht	Weitere Forschung nach Handlungsbedarf	
Mn. 4.1/4.2	Argumente aus dem Konzept – Broschüre, Website	Resultate und Ergebnisse aus Forschung und Projekten laufend	Berichterstattung laufend		
Mn. 4.3	Infofeed, Agenda und Medienarbeit laufend	Laufende Berichterstattung			

4.6 Evaluation

Über Anzahl, Art und Umfang der durchgeführten Massnahmen und erreichten Zielsetzungen in den jeweiligen Handlungsfeldern (Output) wird ein Projektbericht erstellt.

Zum Ende der Laufzeit der Strategien NCD und Sucht wird geprüft, ob die Ziele zur Umsetzung der Massnahmen im Bereich der Frühen Kindheit erreicht worden sind.

Anhang



5. Literatur

Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dt. erw. hrsg. von Alexa Franke. Tübingen: dgvt.

American Academy of Pediatrics AAP (eds.) (2012). Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Role of the Pediatrician: Translating Developmental Science Into Lifelong Health. Policy Statement. *Pediatrics* 129, 1: e224-e231.

Bandura, Albert (1999). *Self-efficacy. The exercise of control*. 2. Auflage. New York: Freeman.

Barker, Mary; Baird, Janis; Tinati, Tannaze; Vogel, Christina; Strömmer, Sofia; Rose, Taylor; Begum, Rufia; Jarman, Megan; Davies, Jenny; Thompson, Sue; Taylor, Liz; Inskip, Hazel; Cooper, Cyrus; Nutbeam, Don & Lawrence Wendy (2017). Translating Developmental Origins: Improving the Health of Women and Their Children Using a Sustainable Approach to Behaviour Change. *Healthcare* 5, 17; doi:10.3390/healthcare5010017.

Barnett, W. Steven (2011). Effectiveness of Early Educational Intervention. *Science* 333: 975-978.

Barnett, W. Steven (2013). *Getting the Facts Right on Pre-K and the President's Pre-K Proposal*. Policy Report. New Brunswick: National Institute for Educational Research.

Barnett, W. Steven; Masse Leonard N. (2007). Comparative benefit-cost analysis of the Abecedarian program and its policy implications. *Economics of Education Review* 26: 113–125.

Bartlett, Jessica D.; Smith, Sheila & Bringewatt, Elizabeth (2017). *Helping Young Children Who Have Experienced Trauma: Policies and Strategies for Early Care and Education*. New York: National Center for Children in Poverty.

Bauer, Joachim (2006). *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. 8. Auflage. Frankfurt: Piper.

Belfield, Clive R.; Kelly, Inas R. (2010). *The Benefits of Breastfeeding across the Early Years of Childhood*. Working Paper 16496. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Benarous, Xavier; Raffin, Marie; Bodeau, Nicolas; Dhossche, Dirk; Cohen, David & Consoli, Angèle (2016). Adverse Childhood Experiences Among Inpatient Youths with Severe and Early-Onset Psychiatric Disorders: Prevalence and Clinical Correlates. *Child Psychiatry and Human Development*. DOI 10.1007/s10578-016-0637-4.

Bolliger, Christian & Sager, Patricia (2017). *Aufbau und Weiterentwicklung der kantonalen Kinder- und Jugendpolitiken. Stand der Ausrichtung von Finanzhilfen des Bundes gemäss Artikel 26 KJFG*. Forschungsbericht in der Reihe «Beiträge zur Sozialen Sicherheit». Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Braveman, Paula (2014). What is Health Equity: And How Does a Life-Course Approach Take Us Further Toward It? *Maternal Child Health Journal* 18: 366-372.

Bronfenbrenner, Urie (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Natürliche und geplante Experimente*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brown, David W.; Anda, Robert F.; Tiemeier, Henning; Felitti, Vincent J.; Edwards, Valerie J.; Croft, Janet B. & Giles, Wayne H. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* 14: 245-258.

Bundesamt für Gesundheit (BAG); Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) & Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.) (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik*. Bern: BAG.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (Hrsg.) (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). *Öffentliche Bildungsausgaben – Entwicklung*. Bern: BFS, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/bildungsindikatoren/bildungssystem-schweiz/bildungsstufen/alle-stufen/oeffentliche-bildungsausgaben.assetdetail.4182695.html> (Download, 10.09.2018).

Bundesrat (Hrsg.) (2018). *Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates 12.3206 Feri Yvonne vom 15. März 2012. Früherkennung innerfamiliärer Gewalt bei Kindern durch Gesundheitsfachpersonen*. Bern.

Burger, Kaspar; Neumann, Sascha & Brandenburg, Kathrin (2017). *Studien zur frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz. Eine Bestandsaufnahme erstellt im Auftrag der Jacobs Foundation*. Fribourg/Sion: Universität Fribourg, Université de Genève (Section Valais).

Camilli, Gregory; Vargas, Sadako; Ryan, Sharon & Barnett, W. Steven (2010). Meta-Analysis of the Effects of Early Education Interventions on Cognitive and Social Development. *Teachers College Record Volume 112*, 3: 579-620.

Danese, Andrea & McEwen, Bruce S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior* 106: 29-39.

Engel, George L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science* 196: 129–136.

Fachverband Sucht (Hrsg.) (2016). *Die Bedeutung der Frühen Förderung für die Suchtprävention. Haltungspapier des Fachverbands Sucht*. Zürich: Fachverband Sucht.

Gigerenzer, Gerd (2013). *Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft*. München: Bertelsmann.

Guralnick, Michael J. (2011). Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants Young Child*. 24, 1: 6-28.

Haas, Sabine & Weigl, Marion (2014). *Frühe Hilfen - Eckpunkte eines „Idealmodells“ für Österreich. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; Bundesministerium für Gesundheit.

Hafen, Martin (2009). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese*. 2. Aufl. Heidelberg: Carl Auer.

Hafen, Martin (2013). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. Zweite, vollständig überarbeitete Auflage, Heidelberg: Carl Auer.

Hafen, Martin (2014a). «Better Together» - Prävention durch Frühe Förderung. *Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren*. 2., überarbeitete und erweiterte Version des Schlussberichtes zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Luzern: Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.

Hafen, Martin (2014b): Resilienz aus präventionstheoretischer Perspektive. *Prävention* 01/2014: 2-7.

Hafen, Martin (2016a). Of what use (or harm) is a positive health definition. *Journal of Public Health* 24: 437-441.

Hafen, Martin (2016b). Selbst- und Sozialkompetenzen in Ausbildungsgängen der Sozialen Arbeit. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit* 18: 7-23.

Hafen, Martin (2017). Die Entwicklung der Gesundheitskompetenz in der frühen Kindheit. *Public Health Forum* 25, 1: 81-83.

Heckman, James J. (2008). *Schools, Skills, and Synapses*. IZA-Discussion Paper No. 3515. Bonn: Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit IZA.

Heckman, James; Masterov Dimitryi (2007). The Productivity Argument for Investing in Young Children. *Review of Agricultural Economic* 29, 3: 446-493.

Hüther, Gerald & Krens, Inge (2008). *Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen*. Weinheim und Basel: Beltz.

Hüttenmoser, Marco (1995). Children and Their Living Surroundings: Empirical Investigations into the Significance of Living Surroundings for the Everyday Life and Development of Children. *Children's Environments* 12, 4: 403-413.

INFRAS (Hrsg.) (2018). *Frühe Förderung. Orientierungshilfe für kleinere und mittlere Gemeinden*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen/Nationales Programm gegen Armut.

Kahneman, Daniel (2011). *Schnelles Denken, langsames Denken*. 11. Aufl. München: Penguin.

Kegel, Bernhard. (2009). *Epigenetik – Wie Erfahrungen vererbt werden*. Köln: Dumont.

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

Kickbusch, Ilona; McCann, Warren & Sherbon, Toni (2008). Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies. *Health Promotion International* 23, 1: 1-4.

Kocher, Gerhard (2015). *Grosse nationale Unterschiede*. *Schweizerische Ärztezeitung* 96, 40: 1454-1458.

Knaller, Christine (2013). *Evidenz zur Vernetzung von Frühen Hilfen und zur Erreichbarkeit der Zielgruppen*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich ÖBIG.

Kurth, Elisabeth; Krähenbühl, Katrin; Eicher, Manuela; Rodmann, Susanne; Fölmli, Luzia; Conzelmann, Cornelia & Zemp, Elisabeth (2016). Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study. *BMC Health Services Research* 16, 82. DOI 10.1186/s12913-016-1300-2.

Lanfranchi, Andrea; Neuhauser, Alex (2013). ZEPPELIN 0 – 3: Theoretische Grundlagen, Konzept und Implementation des frühkindlichen Förderprogramms «PAT – Mit Eltern Lernen». *Frühe Bildung* 2, 1: 3-11.

Luhmann, Niklas (1994). *Soziale Systeme – Grundriss einer allgemeinen Theorie*. 5. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Luhmann, Niklas (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Luhmann, Niklas (2000). *Organisation und Entscheidung*. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Marmot, Michael (2010). *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic review of health*

inequalities in england post-2010. www.ucl.ac.uk/marmotreview.

Martin-Diener, Eva; Meyer, Julia; Braun, Julia; Tarnutzer, Silvan; Faeh, David; Rohrmann, Sabine & Martin, Brian W. (2014). The combined effect on survival of four main behavioural risk factors for non-communicable diseases. *Preventive Medicine* 65: 148-152.

Meier-Gräwe, Uta & Wagenknecht, Inga (2011). *Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt »Guter Start ins Kinderleben«*. Expertise. Materialien zu Frühen Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH.

Meier Magistretti, Claudia & Schraner, Marco (2017). Frühe Förderung in kleineren und mittleren Gemeinden. Die Gemeinden als strategische Plattform und Netzwerker der Frühen Förderung: Situationsanalyse und Empfehlungen, im Auftrag des Schweizerischen Gemeindeverbands unter Mitwirkung von Natalie Benelli (HSLU -SA), Claudia Hametner (SGV), Norbert Graf (SGV). Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, Schweizerischer Gemeindeverband.

Moffitt, Terry E.; Arseneault, Louise; Belsky, Daniel ... & Caspi, Avshalom (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 108, 7: 2693-2698.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (Hrsg.) (2015). *Qualifizierungsmodule für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger*. Köln: NZFH in Kooperation mit dem Felsenweg-Institut der Karl Kübel Stiftung für Kind und Familie.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (Hrsg.) (2016). *Bundesinitiative Frühe Hilfen. Mit Empfehlung zur Weiterentwicklung Früher Hilfen. Bericht 2016*. Köln: NZFH.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen NZFH (Hrsg.) (2017b). *Frühe Hilfen und Präventiver Kinderschutz – Frühzeitige Unterstützung für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Empfehlungen an die Politik zur weiteren Ausgestaltung der Frühen Hilfen vom Beirat des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen*. Köln: NZFH.

Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz & Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut (Hrsg.) (2016). *Fokuspublikation Armutsprävention. Aspekte und Bausteine gelingender Elternzusammenarbeit im Kontext der Armutsprävention in der frühen Kindheit. Eine thematische Vertiefung des Orientierungsrahmens für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz*. Bern.

OECD (Hrsg.) (2012). *Education at a Glance: OECD Indicators 2012*. Paris: OECD.

OECD (Hrsg.) (2015). *Bildung auf einen Blick 2015. OECD-Indikatoren*. Paris: OECD.

OECD (Hrsg.) (2015). *Health at a Glance: OECD Indicators 2015*. Paris: OECD.

OECD (Hrsg.) (2017). *OECD Economic Surveys. Switzerland*. Paris: OECD.

OECD (Hrsg.) (2018). *Erfolgsfaktor Resilienz. Warum manche Jugendliche trotz schwieriger Startbedingungen in der Schule erfolgreich sind und wie Schulerfolg auch bei allen anderen Schülerinnen und Schülern gefördert werden kann. Eine PISA-Sonderauswertung der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) in Kooperation mit der Vodafone Stiftung Deutschland*. Düsseldorf: OECD und Vodafone Stiftung Deutschland, <http://www.oecd.org/berlin/publikationen/pisa-2015-resilienz.htm> (Download, 05.03.2018).

Perez-Botella, Mercedes; Downe, Soo; Meier Magistretti, Claudia; Lindström, Bengt & Berg, Marie (2015). The use of salutogenesis theory in empirical studies of maternity care for healthy mothers and babies. *Sexual and reproductive Healthcare* 6: 33-39.

Reynolds, Arthur J.; Temple, Judy A.; White, Barry A. B.; Ou, Suh-Ruu & Robertson, Dylan A. (2011). Age 26 Cost-Benefit Analysis of the Child-Parent Center Early Education Program. *Child Development* 82: 379-404.

Richard-Elsner, Christiane (2017). *Draussen Spielen. Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.

Roth, Gerhard (2012). *Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten. Warum es so schwierig ist, sich und andere zu verändern*. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

Rutter, Michael (2006): *Genes and behavior: Nature-nurture interplay explained*. Malden: Blackwell Publishing.

Schaeffer, Doris & Pelikan, Jürgen M. (Hrsg.) (2017). *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Göttingen: Hogrefe.

Schulte-Haller, Mathilde (2009). *Frühe Förderung. Forschung, Praxis und Politik im Bereich der Frühförderung: Bestandesaufnahme und Handlungsfelder. Materialien zur Migrationspolitik*. Bern: Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM.

Schweinhart, Lawrence J.; Montie, Jeanne; Xiang, Zongping; Barnett, Stephen; Belfield Clive; Nores, Milagros (2005): *Lifetime Effects: The High/Scope Perry Preschool Study Through Age*. Ypsilanti, MI 48198: High/Scope Press.

Shonkoff, Jack P. (2011). Protecting Brains, Not Simply Stimulating Minds. *Science* 333: 982-983.

Shonkoff, Jack P. & Garner, Andrew S. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics* 129: e232-e246.

Simoni, Heidi; Herren, Judith; Kappeler, Silvana & Licht Batya (2008). Frühe soziale Kompetenz unter Kindern. S. 15-34 in: Tina Malti & Sonja Perren (Hrsg.), *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten*. Stuttgart: Kohlhammer.

Simoni, Heidi & Wustmann, Corinna (2012). *Orientierungsrahmen für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz*. 2. Auflage, erarbeitet vom Marie Meierhofer Institut für das Kind im Auftrag der schweizerischen Unesco-Kommission und des Netzwerks Kinderbetreuung Schweiz. Zürich: Netzwerk Kinderbetreuung Schweiz.

SKBF (Hrsg.) (2014). *Bildungsbericht Schweiz 2014*. Aarau: Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung.

Spork, Peter (2017). *Gesundheit ist kein Zufall. Wie das Leben unsere Gene prägt. Die neusten Erkenntnisse der Epigenetik*. München: Deutsche Verlags-Anstalt.

Stamm, Margrit (2009). *Frühkindliche Bildung in der Schweiz. Eine Grundlagenstudie im Auftrag der UNESCO-Kommission Schweiz*. Fribourg: Universität Fribourg.

Stern, Susanne; Schultheiss, Andrea; Fliedner, Juliane; Iten, Rolf & Felfe, Christina (2015). *Analyse der Vollkosten und der Finanzierung von Krippenplätzen in Deutschland, Frankreich und Österreich im Vergleich zur Schweiz*. Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 3/15. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.

Stern, Susanne; Gschwend, Eva; Iten, Rolf; Bütler, Monika & Ramsden, Alma (2016). *Whitepaper zu den Kosten und Nutzen einer Politik der frühen Kindheit*. Zürich: Jacobs Foundation.

Stern, Susanne; Schultheiss, Andrea; Schwab Cammarano, Stefanie & Angst, Vanessa (2016). *Evaluation Primokiz. Schlussbericht*. Zürich: Infrac.

Stern, Susanne; Schwab Cammarano, Stefanie & De Rocchi, Ariane (2016). *Kantonale Strategien und Koordinationsansätze im Bereich der FBBE. Bestandsaufnahme bei den Kantonen*. Zürich: Jacobs Foundation in Zusammenarbeit mit dem BSV und dem Bundesamt für Migration.

Stringhini, Silvia; Carmeli, Cristian; Jokeli, Marcus ... Kivimäki, Mika (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*. DOI 10.1016/S0140-6736(16)32380-7.

Turrini, Alex; Cristofoli, Daniela; Frosini, Francesca & Nasi, Greta (2010): Networking Literature about Determinants of Network Effectiveness. In: *Public Administration*, 88, 2: 528-550.

Walter-Laager, Cathérine & Meier Magistretti, Claudia (2016a). *Literaturstudie und Good-Practice-Kriterien zur Ausgestaltung von Angeboten der Frühen Förderung für Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Beiträge zur Sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 16. Nationales Programm zur Prävention und Bekämpfung von Armut*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.

Walter-Laager, Cathérine; Meier Magistretti, Claudia (2016b): *Leitfaden: Kriterien wirksamer Praxis in der Frühen Förderung. Evidenzbasierte Gestaltung von Angeboten der Frühen Förderung mit einem speziellen Fokus auf Kinder aus sozial benachteiligten Familien*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen/Nationales Programm gegen Armut.

Werner, Emmy E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and psychopathology* 5: 503-515.

Wilson-Simmons, Renée; Jiang, Yang & Aratani, Yumiko (2017). *Strong at the Broken Places: The Resiliency of Low-Income Parents*. New York: National Center for Children in Poverty.

World Health Organization WHO, Europe Office (Hrsg.) (2004): *Die Fakten – Soziale Determinanten von Gesundheit*. Kopenhagen (WHO).

