

Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren

Ein Bericht aus dem
Kanton Zürich

Serie Gesundheit,
Gesundheitsförderung
und Gesundheitswesen
im Kanton Zürich

Nr. 12
Dezember 2005



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



Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren

Ein Bericht aus dem
Kanton Zürich

Redaktion

Hans Wydler
Alexandra Hardt

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

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

**Nr. 12
Dezember 2005**



Herausgegeben vom

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

im Auftrag der

**Gesundheitsdirektion
des Kantons Zürich**

Die Serie: Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich

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

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

Bisher erschienen oder in Vorbereitung:

- Nr. 1: **Suchtpräventionskonzept.** 1991. iv + 81 Seiten. Fr. 14.–.
- Nr. 2: **Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich. Regionale Suchtpräventionsstellen: Aufgaben, Koordination, Finanzierung.** 1994. iv + 50 Seiten, 4 Tabellen. Fr. 8.–.
- Nr. 3: **Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen.** 1994. xxi + 118 Seiten, 107 Abbildungen, 16 Tabellen. Fr. 16.–.
- Nr. 4: Nicht erschienen.
- Nr. 5: **Gesundheit im Kanton Zürich, Bericht und Massnahmen 1999.** 1999. iv + 138 Seiten, 81 Abbildungen, 9 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 6: **Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich.** 1999. ii + 88 Seiten, 80 Abbildungen, 6 Tabellen. Fr. 12.–.
- Nr. 7: **Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich.** 2002. iv + 93 Seiten, 33 Abbildungen, 15 Tabellen. Fr. 15.–.
- Nr. 8: **Konzept für kantonsweit tätige Fachstellen für Suchtprävention.** 1999. v + 57 Seiten, 5 Abbildungen, 5 Tabellen. Fr. 10.–.
- Nr. 9: **Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung.** 2004. iv + 105 Seiten, 12 Abbildungen, 20 Tabellen. Fr. 19.–.
- Nr. 10: **Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich. Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit.** 2004. iv + 82 Seiten, 41 Abbildungen, 24 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 11: **Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich.** 2004. iv + 85 Seiten, 7 Abbildungen, 6 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 12: **Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahre. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich.** 2005. iv + 82 Seiten, 11 Abbildungen, 15 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 13: **Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006.** 2007. vi + 177 Seiten, 56 Abbildungen, 60 Tabellen. Gedruckte Version: Fr. 26.–; CD-Version (erlaubt Volltextsuche): Fr. 15.–; kombinierte Version (Buch und CD): Fr. 34.–.
- Nr. 14: **Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich.** 2008. vi + 105 Seiten, 32 Abbildungen, 19 Tabellen. Fr. 19.–.

Korrekte Zitierweise für diesen Bericht:

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

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

Umschlagfoto: Ursula Markus, © Ethno-Expo, Zürich

© ISPM Zürich, 2005

Inhaltsverzeichnis

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

Geleitwort

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

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

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

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

Prof. Dr.med. Felix Gutzwiller

Direktor des Instituts für Sozial- und
Präventivmedizin der Universität Zürich

Zürich, Dezember 2005

Vorwort

Hans Wydler

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

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

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

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

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

Danksagung

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

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

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

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

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

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

Zusammenfassung

Hans Wydler

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

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

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

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

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

¹ Die Zahlen in den Klammern beziehen sich auf die jeweiligen Kapitel dieses Berichts.

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

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

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

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

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

1. Demographie und Lebensbedingungen von Familien

1.1 Haushaltsstrukturen und Lebendgeburten

Matthias Bopp

Bestand an Familien mit unter 7-jährigen Kindern

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

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

Tab. 1: Haushaltsformen 1970 und 2000 im Kanton Zürich

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

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Volkszählungen 1970 und 2000

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

² Für die Auswertungen wurden folgende Daten des Bundesamts für Statistik in Neuchâtel verwendet:
- Ständige Wohnbevölkerung 1981 bis 2003 nach Geschlecht, Alter und Kanton;
- Eidgenössische Volkszählungen 1970 und 2000;
- Statistik der Lebendgeburten 1979 bis 2003.

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

Doppelrolle Mutter und Berufsfrau

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

Anzahl Lebendgeburten, Fertilität und Alter der Mutter

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

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

Die Frauen im Kanton Zürich gebären, wie in der ganzen Schweiz, deutlich weniger Kinder als für den Ersatz der Bevölkerung nötig wäre. Noch in den 1980er Jahren lag die zusammengefasste Geburtenziffer³ im Kanton Zürich mindestens 10% unter dem nationalen Durchschnitt, hat aber in den 1990er Jahren den Rückgang in der übrigen Schweiz nicht mitgemacht und liegt neuerdings sogar knapp über dem Niveau der übrigen Deutschschweiz (2001 bis 2003: 1.38 vs. 1.36). Dahinter verbergen sich grosse Unterschiede nach Nationalität (Schweizerinnen: 1.12, Ausländerinnen: 2.07).

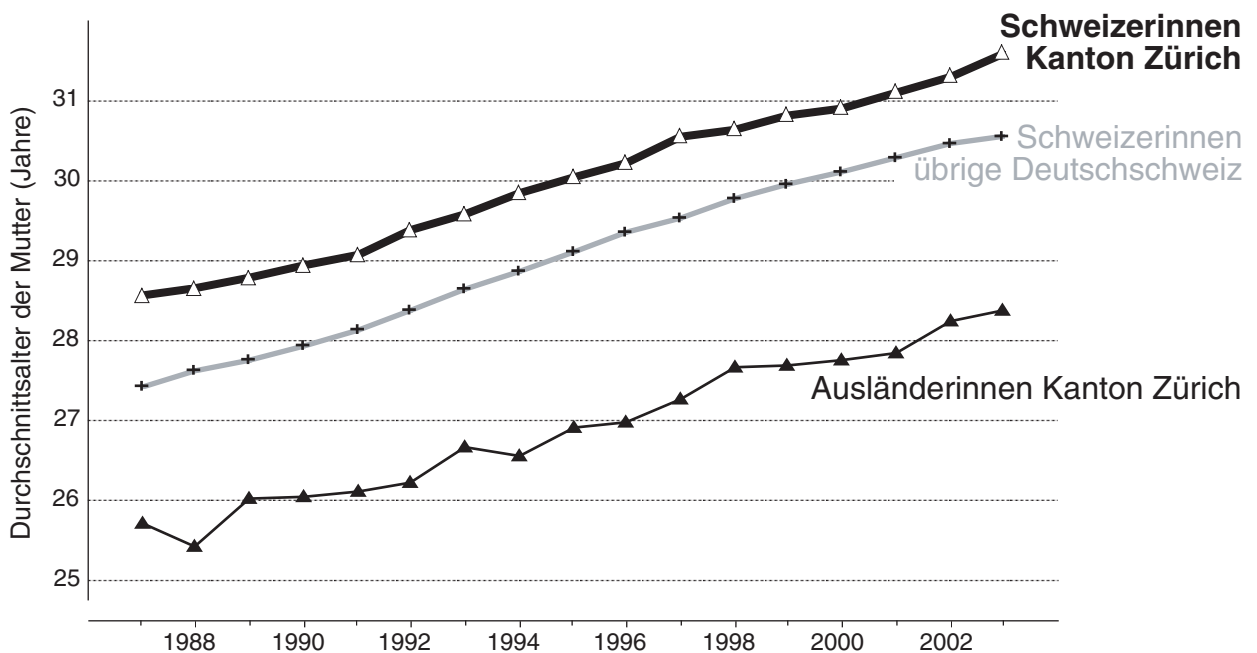
Seit etlichen Jahren beobachtet man eine Verlagerung von Schwangerschaften in spätere Lebensphasen mit abnehmenden Geburtenraten bei den unter 30-Jährigen und zunehmenden bei den über 35-Jährigen. Die Mütter von 2003 im Kanton Zürich geborenen Kindern waren im Durchschnitt über 31 Jahre alt, d. h. zwei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

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

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

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

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



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Statistik der Lebendgeburten

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

Geburtsgewicht

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

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

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

Mehrlingsgeburten handelte. Seit 2001 werden im Kanton Zürich jedes Jahr mehr als 50 Lebendgeburten mit einem Geburtsgewicht von höchstens 1000 Gramm gezählt.

Doch nicht nur «untergewichtige» sondern auch «schwere» Babies sind relativ häufiger als früher. Der Anteil Lebendgeburten mit über 4500 Gramm Geburtsgewicht stieg von deutlich unter 7% (1979) auf knapp 10% (2000), u. a. begünstigt durch einen grösseren Anteil der – häufiger in diese Kategorie fallenden – Kinder von ausländischen Müttern.

Das Geburtsgewicht variiert u. a. nach Geschlecht (Knaben sind in der Regel schwerer als Mädchen), Art der Geburt (Einlings- oder Mehrlingsgeburt; natürliche Geburt oder Kaiserschnitt), Rang (Erst- bzw. nachfolgende Geburten) und Nationalität (Kramer, 1987; Alberman, 1991). Ein Einfluss des Alters der Mutter ist umstritten (Bortolus et al., 1996) und in den letzten Jahren im Kanton Zürich auch nur wenig ausgeprägt. Erst über dem Alter von 37 Jahren sieht man eine deutliche Abnahme des mittleren Geburtsgewichts, vermutlich wegen des künstlichen Vorziehens von potentiellen Risikogeburten (Daltveit et al., 1999). In der übrigen Deutschschweiz sinkt das mittlere Geburtsgewicht dagegen ziemlich linear mit steigendem Alter der Mutter, ohne «Knick in der Kurve» im Alter von 37 bis 38 Jahren.

Unverheiratete Mütter

In der Statistik ist nur der Zivilstand der Mutter vermerkt, nicht aber, ob sie allein erziehend ist oder nicht. Als grobe Näherung können die beiden Gruppen aber gleichgesetzt werden. Allein erziehende Mütter gelten als besonders gefährdet für Stress und Armut (Institut für Sozial- und Präventivmedizin, 1999) und stellen daher eine besondere Risikogruppe dar. Es erstaunt daher nicht, dass in dieser Personengruppe niedrigere durchschnittliche Geburtsgewichte und höhere Anteile von LBW-Geburten gemessen worden sind (Ackermann-Liebrich et al., 1990; Drack et al., 1998).

Bis 1994 waren im Kanton Zürich stets mindestens 93% der Mütter bei der Geburt der Kinder verheiratet. Seither ist dieser Anteil leicht zurückgegangen auf knapp 88% (2003). Der Anteil der unverheirateten Mütter hat 2003 die 10%-Marke überschritten: Dieser im internationalen Vergleich nach wie vor sehr tiefe Wert liegt seit wenigen Jahren nicht mehr über dem Deutschschweizer Durchschnitt. Kinder von unverheirateten Müttern sind nach wie vor etwas leichter als der Durchschnitt, doch hat sich die Differenz seit den 1980er Jahren rund halbiert und beträgt nur noch rund 20 bis 30 Gramm. Ausserdem scheinen die über 25-Jährigen von diesem Phänomen kaum mehr betroffen. Auch bezogen auf die LBW-Geburten sind die Werte für nicht verheiratete Mütter immer noch etwas ungünstiger (1999 bis 2003: 7.8%, übrige Deutschschweiz 8.1%), wobei allerdings zu beachten ist, dass sie einen kleineren Anteil an – naturgemäss häufiger untergewichtigen – Mehrlingsgeburten umfassen.

Schlussfolgerung

Vom Public Health-Standpunkt aus halten sich im Kanton Zürich günstige und weniger günstige Tendenzen im Zusammenhang mit den Geburten in etwa die Waage. Positiv zu beurteilen sind die kleine Zahl der Teenager-Geburten und die kleiner gewordene Differenz des Geburtsgewichts der Kinder unverheirateter Mütter im Vergleich zu Kindern verheirateter Mütter. Eher negativ ist die Zunahme der Geburten «älterer» Mütter und der höchsten Geburtsgewichtsklassen.

1.2 Arbeit und Familie – Einfluss von Erwerbsarbeit und Arbeitsbedingungen

A. Doris Baumgartner

Zu den Lebensbedingungen, die für die Gesundheit von Müttern und Kindern von entscheidender Bedeutung sind, gehören die Arbeitsbedingungen der Mütter. Mütter sind heute in der Regel berufstätig und leisten den Grossteil der in der Familie anfallenden Arbeiten. Erwerbsarbeit bereichert den Alltag, fördert die Autonomie und gehört für viele Frauen zu ihrem neuen Selbstverständnis. Durch Mehrfachbelastung kann Erwerbsarbeit aber auch zu Überlastung führen, was sich negativ auf das Wohlbefinden auswirkt. Um Belastungssituationen zu erfassen, werden die wichtigsten Erwerbsmuster der Mütter und die Aufteilung der Erwerbsarbeit bei Paaren beschrieben. Anschliessend werden sie im Hinblick auf das Wohlbefinden bewertet.

Gemäss Mikrozensus Familie⁴ steigen rund 75% aller Mütter bei der Geburt eines Kindes aus dem Erwerbsleben aus. Die meisten Mütter steigen aber nach kurzer Babypause wieder ein. Über alle Jahrgänge bleibt nur knapp ein Drittel aller Mütter dauerhaft bei der Familienarbeit. Heute steigen die jüngeren Mütter häufiger und nach kürzerer Pause wieder ins Erwerbsleben ein als vor 20 Jahren, so wird der Anteil an Familienfrauen weiter abnehmen (Frauen der ältesten Jahrgänge gaben oft mit der Eheschliessung ihre Arbeit endgültig auf). Für jüngere Frauen sind kleine Kinder der Hauptgrund, nicht erwerbstätig zu sein. Ihr Ausstieg ist daher in den seltensten Fällen dauerhaft, sondern richtet sich v. a. an der aktuellen Familiensituation aus. Von allen Jahrgängen ist knapp ein Viertel der Mütter kontinuierlich erwerbstätig (Tab. 2). Ihr Anteil hat bei den Jüngeren deutlich zugenommen, wie auch die jüngsten Zahlen aus der Volkszählung 2000 nahe legen (Bundesamt für Statistik, 2003). Temporäre Unterbrechungen der Erwerbsarbeit bilden das häufigste Muster. Dieses Muster verliert aber an Bedeutung und wird durch vermehrte Kontinuität von Berufs- und Familienarbeit im Lebenslauf ersetzt.

Tab. 2: Erwerbsmuster der 20- bis 49-jährigen Frauen mit Kindern, 1994/1995

Geburtsjahrgänge	Familienfrauen	Kurze, lange und wiederholte Unterbrechungen der Erwerbsarbeit	Kontinuierliche Familien- und Erwerbsarbeit	Anzahl Fälle
1945 - 1952	26.7%	55.3%	17.9%	819
1953 - 1960	32.5%	42.8%	24.7%	830
1961 und jünger	38.7%	32.4%	28.8%	728
alle	32.4%	43.9%	23.6%	2377

Datenquelle: Mikrozensus Familie, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel

Nach einer familienbedingten Unterbrechung der Arbeit steigen drei Viertel der Mütter auf teilzeitlicher Basis wieder ins Erwerbsleben ein. Nicht einmal jede fünfte Wiedereinsteigerin stockt ihr Pensum später auf Vollzeit auf. Dies hängt im Wesentlichen von den bildungsmässigen und beruflichen Möglichkeiten und Einschränkungen der Frauen ab. So neigen Ausländerinnen, geschiedene Frauen sowie Frauen mit Karriereorientierung vermehrt zu Vollzeitarbeit. Alle anderen bleiben mit grösserer Wahrscheinlichkeit teilzeitlich erwerbstätig.

⁴ Der Mikrozensus Familie wurde 1994/95 vom Bundesamt für Statistik initiiert. Es handelt sich um eine repräsentative Stichprobe der 20- bis 49-jährigen Wohnbevölkerung in der Schweiz. Die Befragung umfasst ca. 2'000 Männer und 4'000 Frauen, von denen 2'389 Frauen mindestens ein Kind haben. Zentrale Themen der retrospektiven Erhebung sind die Bildungs-, Erwerbs- und Partnerschaftsbiographie (Baumgartner, 2002; Baumgartner, 2003a).

Teilzeitarbeit ist die am meisten verbreitete Form, Beruf und Familie unter einen Hut zu bringen. In kontinuierlichen Erwerbsverläufen wirkt sich die Reduktion eines Vollpensums auf eine Teilzeittätigkeit entlastend aus. In diskontinuierlichen Verläufen begünstigt ein reduziertes Pensum den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben. Dabei unterscheiden sich Vollzeit- und Teilzeitarbeit nicht grundsätzlich voneinander, vielmehr bestehen Unterschiede zwischen einzelnen Typen von Teilzeitarbeit. Voll erwerbstätige Mütter zeigen ähnliche Erwerbsmotivation und Erwerbsorientierung wie Teilzeiterinnen, die kontinuierlich besser qualifizierte Teilzeitarbeit verrichten. Etwa ein Drittel der Teilzeit leistenden Mütter übt über einen längeren Zeitraum hinweg qualifizierte Teilzeitarbeit aus und nur wenige möchten mit einer Vollzeittätigkeit tauschen. Auch unterscheiden sich ihre Arbeitsbedingungen nicht wesentlich von den Vollzeitangestellten.

Hingegen sind die *Bedingungen* für Frauen, die Teilzeitarbeit hauptsächlich als Strategie verstehen, Erwerbstätigkeit und Familie unter einen Hut zu bringen, abhängig von ihren eigenen Ressourcen und der familialen Unterstützung durch den Partner. Zudem bietet der Arbeitsmarkt bislang wenig situationsgerechte Lösungen für diese Gruppe an. Deswegen haben Mütter, je nach Ressourcenlage, ungleich lange Spiesse auf dem Arbeitsmarkt. Während in Teilzeit arbeitende Frauen mit gutem schulischem Rucksack und aus Einstiegsberufen modernerer Branchen (z. B. Telekommunikation) vergleichbare Chancen wie Vollzeit arbeitende Mütter haben, trägt Teilzeitarbeit kaum zur Verbesserung der Lage von bildungsfernen Schichten bei.

Insgesamt lässt sich für Frauen eine Tendenz zur *Neustrukturierung des Erwerbsverlaufs* auf der Basis von Teilzeitarbeit feststellen. Teilzeitarbeit bildet nicht mehr länger eine Nische auf dem Arbeitsmarkt, die keine langfristige Orientierung bietet und nur aufgrund von äusseren Zwängen ausgeübt wird. Stattdessen orientieren sich viele Frauen weniger an Vollzeitarbeit und mehr an kontinuierlicher qualifizierter Teilzeitarbeit. Darüber hinaus erschliesst Teilzeitarbeit Erwerbskontinuität im Lebenslauf, indem in der Regel weder die Berufsorientierung noch berufliche Perspektiven bei der Familiengründung aufgegeben werden. Bestehende Ungleichheiten auf dem Arbeitsmarkt wie Lohndiskriminierung und die Aufspaltung nach Männer- und Frauenberufen wirken hingegen weiter fort.

Trotz fortdauernder Ungleichheiten sind Mütter über den gesamten Lebensverlauf hinweg stärker beruflich eingebunden. Gesamtschweizerisch wie auch im Kanton Zürich sind Mütter auch in der aktiven Familienphase mehrheitlich erwerbstätig. Bei den 15- bis 64-Jährigen liegt die Erwerbsquote im Kanton Zürich bei 74.6% (Volkszählung 2000). Gleichzeitig sind immer mehr Mütter mit kleinen Kindern erwerbstätig. Zürcherinnen mit einem jüngsten Kind unter sieben Jahren sind zu 57% berufstätig (vgl. Seite 8); bei denen mit einem jüngsten Kind unter 17 Jahren sind es 64% (vgl. Kasten Seite 58). Knapp drei Viertel der Mütter (73.3%), die an der Elternbefragung der Stadt Zürich⁵ teilgenommen haben, sind erwerbstätig. Ihr Arbeitspensum variiert leicht je nach Alter und Anzahl der Kinder sowie Nationalität. Für Mütter mit Vorschulkindern beträgt es durchschnittlich 24 Wochenstunden.

Die meisten Mütter sind regelmässig und zu üblichen Zeiten beschäftigt. Einzig Mütter mit Kleinkindern (bis drei Jahre) sind etwas häufiger zu Spezialzeiten, wie etwa samstags oder abends beschäftigt. Die Beschäftigung wird dabei nicht primär als Belastung wahrgenommen. Die meisten Mütter (60%) sind mit ihrem Pensum zwischen 20 und 27 Wochenstunden zufrieden. Von den Frauen mit einem geringeren Arbeitspensum möchte hingegen die Hälfte (52%) ihr Pensum erhöhen, und nur 4% würden weniger oder gar nicht arbeiten wollen. Drei Viertel der Mütter mit einem geringfügigen Pensum von höchstens 11 Wochenstunden wollen dieses auf mindestens eine Halbtagesstelle ausdehnen. Dagegen würden 55% der Frauen mit mindestens 28 Wochenstunden oder einem Vollpensum die Stundenzahl gerne reduzieren. Die meisten von ihnen wünschen aber eine Reduktion um

⁵ Die Mütter- und Väterbefragung der Stadt Zürich: 2003 führte das Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann der Stadt Zürich sowie Statistik Stadt Zürich eine Befragung bei über 2000 Vätern und Müttern in der Stadt Zürich durch. Die telefonische Befragung ist repräsentativ für die städtische Wohnbevölkerung mit mindestens einem Kind unter 16 Jahren (Baumgartner, 2003b).

höchstens 30%, woraus ebenfalls ungefähr eine halbe Stelle resultieren würde. Auch ein Teil der ausländischen Mütter (29%), die überdurchschnittlich oft voll erwerbstätig sind und durchschnittlich fünf Stunden länger arbeiten (26 Stunden) als Schweizerinnen, würde gerne durch eine Reduktion des Pensums ihre Mehrfachbelastung etwas mindern.

Weitgehend unabhängig von der Lebensform, der Bildung und der Anzahl Kinder scheint ein Pensum – leicht höher als eine Halbtagesstelle – für sehr viele Mütter erstrebenswert zu sein. Der Anteil an marginalen Beschäftigungsformen wie geringfügigem Pensum oder ungesicherten (unregelmässigen, befristeten) Arbeitsstellen ist dabei vergleichsweise gering.

Mit dem Verschwinden des Ernährerlohns ist es unter Paaren mehr und mehr üblich geworden, dass *beide erwerbstätig* sind. Unsicherheiten im privaten Leben (zum Beispiel das zunehmende Risiko einer Scheidung) tragen dazu bei, sich durch den Beruf abzusichern. Denn weder familienrechtliche noch sozialpolitische Massnahmen ermöglichen es, über längere Zeit nicht erwerbstätig zu sein, wenn ein mitversorgender Partner fehlt. Die «modernisierte» Form der Familie mit einem vollzeitig tätigen Mann und einer teilzeitig tätigen Partnerin (vgl. Pfau-Effinger, 1996) entspricht daher heute der Norm, während die «Ernährerfamilie» mit geschlechtsspezifischer Rollenzuordnung eher der Vergangenheit angehört. Paare, welche die Erwerbstätigkeit egalitär aufteilen, indem beide Teilzeit arbeiten, bleiben aus materiellen Gründen bis heute die Ausnahme. Mit steigendem Anteil an Frauen mit einer höheren Ausbildung vergrössern sich aber die Chancen auf eine egalitäre Aufteilung von Berufs- und Familienarbeit.

Auch in der Zürcher Befragung ist das verbreitetste Erwerbsmuster bei den Elternpaaren die Erwerbsaufteilung in eine Vollzeitstelle des Mannes und eine Teilzeitstelle der Frau. Fast die Hälfte aller Elternpaare lebt dieses Erwerbsmuster, solange sie betreuungspflichtige Kinder haben. Ähnlich wie beim Mikrozensus Familie leistet etwa ein Drittel der Frauen ausschliesslich Familienarbeit, während der Partner für die Erwerbsarbeit zuständig ist. Bei Eltern mit Kleinkindern ist die geschlechtsspezifische Aufteilung von Familien- und Erwerbsarbeit am verbreitetsten. Daneben findet aber auch das Muster der doppelten Teilzeitarbeit bei Eltern mit Kleinkindern Anklang. Die gleichmässiger Aufteilung von Berufs- und Familienarbeit ermöglicht es beiden Partnern besser, Familie und Beruf unter einen Hut zu bringen.

Der Beruf selber wird selten als Belastung wahrgenommen. Dies im Gegensatz zur Hausarbeit, von der die Mütter in der Stadt Zürich hauptsächlich entlastet werden möchten. Berufliche Zufriedenheit vermissen am ehesten die allein Erziehenden. Die *Arbeitsteilung im Haushalt* wird von den Frauen jedoch beträchtlich schlechter eingeschätzt als von den Männern. Bedenkt man die einseitige Aufgabenverteilung im Haushalt, erstaunt dies wenig. Entlastung bei der Kinderbetreuung wünschen sich im weiteren knapp 6% aller Mütter. Auch allein Erziehende sowie Mütter mit kleinen Kindern, die häufiger Entlastung bei der Kinderbetreuung wünschen, suchen diese nur selten für die Erwerbsarbeit.

Im Grossen und Ganzen entsprechen die Arbeitszeiten der Mütter mit Kindern unter sieben Jahren ihren Wünschen. Mittlere Pensen von etwas mehr als einer Halbtagesstelle werden im Gegensatz zu Vollzeitpensen von den Müttern selten als Belastung wahrgenommen. Sie haben aber kaum Auswirkungen auf die Arbeitsteilung im Haushalt. Während sich beruflich in den letzten Jahren recht viel bei den Frauen verändert hat, bleiben zwei Bereiche nahezu unberührt: Die meisten Frauen unterbrechen ihre Erwerbsarbeit mindestens ein Mal, um familiäre Pflichten wahrzunehmen. Zweitens bleibt der Erwerbsumfang zwischen den Geschlechtern bei Paaren für weite Bevölkerungskreise ungleich verteilt. Ein neues Muster mit egalitärer Arbeitsteilung, wo beide teilzeitig erwerbstätig und für Haushalt und Familie zuständig sind, wird nur von einem kleinen, privilegierten Teil der Bevölkerung gelebt. Es dürfte ein weiter Weg sein, um dieses Modell, das eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie gewährleistet, für breite Teile der Bevölkerung attraktiv zu machen.

Belastungen, Ressourcen und Bedürfnisse berufstätiger Mütter

Folgende Darstellung ist das Ergebnis von Fokusgruppeninterviews des *Projektes FrauenAlltag*⁶. In der Stadt Zürich wurden dazu fünf Gruppen mit Müttern und eine mit Vätern sowie zwei Gruppen von Fachleuten (insgesamt 69 Personen) in Fokusgruppeninterviews befragt (Imhoof et al., 2005). Im Rahmen dieser Interviews wurden Ressourcen, Belastungen und Bedürfnisse von berufstätigen Müttern mit mindestens einem Kind bis vier Jahren erhoben.

Zusammenfassung einiger wichtiger Ergebnisse: Obwohl heute die meisten Mütter einer Erwerbstätigkeit nachgehen, übernehmen fast alle den Hauptanteil der Erziehungs- und Hausarbeit. Mit dem Suchtpräventionsprojekt FrauenAlltag sollen Belastungen und Ressourcen berufstätiger Mütter sichtbar gemacht, ihre Bedürfnisse abgeklärt und geeignete Massnahmen daraus abgeleitet werden.

Die Teilnehmerinnen erwähnten sehr oft Schwierigkeiten mit der ausserhäuslichen Kinderbetreuung. Es gibt nach Meinung der Betroffenen zu wenig Betreuungsangebote respektive keine passenden. Die Angebote sind zu wenig elternfreundlich gestaltet (Zeitflexibilität, Wartezeiten, Kosten u. ä.). Immer wieder wurde auch von Zeitmangel und Stress berichtet sowie von der Problematik, Arbeits- und Familienzeit zu koordinieren. Berufstätige Mütter erzählten von Überforderungs- und Schuldgefühlen und von psychosomatischen Beschwerden.

Als eine der wichtigsten Ressourcen und Bewältigungshilfen wurde die Unterstützung aus einem tragenden sozialen Netz angesprochen (Familie, Bekanntenkreis, Nachbarn). Zudem ziehen viele Frauen Befriedigung aus ihrer Aufgabe als Mutter und holen sich gleichzeitig Bestätigung und Ausgleich in ihrer Erwerbstätigkeit. Immer wieder wurde auch die Bedeutung von Freiräumen zur Erholung erwähnt. Angesprochen auf ihre Bedürfnisse wurde v. a. der Wunsch nach selbstverständlicher und familienfreundlicher Kinderbetreuung geäussert. Nicht zuletzt erhoffen sich viele Teilnehmende höhere gesellschaftliche Wertschätzung des Kindes und der Familienarbeit sowie bessere Bedingungen für die Vereinbarkeit mit der Erwerbsarbeit.

Ausgewählte Zitate aus den Interviewprotokollen:

Belastungen:

«Immer hetzen und das Leben geht an mir vorbei.»

«Ich war zwei Jahre lang auf der Warteliste für den Hort, konnte die Krippe nicht aussuchen. War froh, überhaupt einen Platz zu bekommen.»

«Erschöpfung, depressive Zustände und Schuldgefühle gegenüber der Tochter.»

Ressourcen:

«Unterstützung, Verständnis am Arbeitsplatz. Ein Chef der Verständnis hat für meine Situation ist viel wert. Der hinter mir steht, wenn ich plötzlich früher weg muss wegen meinem Kind.»

«Ich gehe regelmässig zur Massage. Etwas bekommen tut gut, man gibt so viel.»

Bedürfnisse:

«Andere Zeiten der öffentlichen Kindergärten. Das Tessinermodell mit ausgebautem Angebot wäre gut.»

«Ich wünsche mir mehr Anerkennung für das, was ich als Mutter leiste.»

«Ich wünschte mir eine kinderfreundlichere Umgebung. Tram, Bus, alles ist schwierig mit dem Kinderwagen.»

Zusammenfassende Schlussfolgerungen zur Situation von berufstätigen Müttern: Die Situation berufstätiger Mütter wird viel zu selten in der Öffentlichkeit thematisiert. Die Anerkennung und Wertschätzung ihrer Leistungen wäre aber eine Voraussetzung für deren Wohlbefinden. Es gibt zu wenig familienergänzende Betreuungsangebote, ausserdem sind sie zu wenig selbstverständlich und zu wenig an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst. Z. B. sollten flexiblere Öffnungszeiten und mehr Möglichkeiten zu erzieherischem Austausch zwischen Personal bzw. Fachpersonen und Eltern sowie der Eltern untereinander geschaffen werden. In den Betrieben müssen bessere Bedingungen für familienfreundliche Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung entwickelt werden. Allgemein sollte viel mehr darüber informiert werden, wie bedeutsam persönliche Freiräume zur Erhaltung des Wohlbefindens und der Gesundheit sind. Für Betroffene direkt wären Angebote sinnvoll, die neue Lösungsmuster (z. B. Anregungen zu Zeitmanagement usw.) für ihren Alltag vermitteln.

⁶ Projektleitung: Eva Imhoof (Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich), Gabriela Leuthard (Suchtpräventionsstelle Freiamt Aargau) und Gertrud Zürcher (Suchtprävention Zug).

1.3 Die Bedeutung sozialer Unterstützung für die Gesundheit

Monica Budowski

Soziale Unterstützung wird als Ressource verstanden, als «Fonds» auf den in schwierigen oder stressvollen Situationen zurückgegriffen werden kann (Thoits, 1995). Einzel- und Übersichtsstudien kommen mehrheitlich zu dem Ergebnis, dass Personen, die mehr soziale Unterstützung erhalten, sich einer besseren Gesundheit erfreuen⁷. Belastungen über einen längeren Zeitraum oder Belastungen durch Lebensereignisse sind in der Lage, das Wohlbefinden zu beeinträchtigen. Aus politischer Sicht lohnt es sich, mehr über mögliche Ursachen solcher, sich auf die Gesundheit auswirkender sozialer Ressourcen und Belastungen zu erfahren sowie die Möglichkeiten auszuloten, wie diese in die gewünschte Richtung verändert werden könnten. Diese Faktoren können eher beeinflusst werden als biologisch oder genetisch bedingte Probleme oder (relative stabile) Persönlichkeitsmerkmale.

Soziale Unterstützung kann in emotionaler (z. B. mit jemandem alltägliche Erlebnisse oder Probleme besprechen können) oder praktischer Form (konkrete Hilfe erhalten) erfolgen. Sie stammt von Personen aus dem eigenen sozialen Netzwerk, z. B. dem Partner oder der Partnerin, den erwachsenen Kindern, dem Freundes- oder Bekanntenkreis und aus der Nachbarschaft.

Im Sinn einer *direkten Wirkung* kann soziale Unterstützung die Gesundheit und das Wohlbefinden steigern, unabhängig davon, ob Belastungen vorhanden sind oder nicht. *Indirekte Wirkungen*, z. B. stress-puffernde, liegen in der Steigerung des Wohlbefindens, wenn die Belastungen hoch sind.

Es gibt kaum Studien, die sich mit der Auswirkung sozialer Unterstützung der Eltern auf das Wohlbefinden der Kinder befassen. Kinder sind in der Regel von ihren Eltern abhängig, deren Handlungsspielraum wiederum durch materielle und immaterielle Ressourcen bedingt ist. McLanahan und Sandefur (1994) weisen in ihrer empirischen Studie in den Vereinigten Staaten darauf hin, dass Kinder mit beiden Elternteilen über mehr materielle und soziale Ressourcen verfügen als Kinder mit nur einem Elternteil. Kinder verlieren einen Teil dieser Ressourcen, wenn sich die Eltern trennen. Insofern kann angenommen werden, dass soziale Unterstützung der Eltern dem Wohlbefinden der Kinder zugute kommt.

Studien zur sozialen Unterstützung in der Schweiz

Fragen zur sozialen Unterstützung wurden in der Stadt Zürich im Projekt «Soziale Unterstützung und Gesundheit in der Stadt (SUGES)» untersucht⁸. Auf Schweizerischer Ebene mit aktuellen Daten sind Suter et al. (2003) und Budowski und Scherpenzeel (2005) anzuführen. Im Folgenden werden die Resultate im Hinblick auf das Wohlbefinden von Müttern und Kinder zusammengefasst.

Projekt SUGES: Soziale Unterstützung und Gesundheit in der Stadt (Meyer et al., 1998):

Das Teilprojekt des SUGES, das sich mit allein erziehenden Müttern beschäftigt, die mit mindestens einem Kind unter 13 Jahren im selben Haushalt leben, ist hier von besonderem Interesse. Die Stichprobe besteht aus 323 zufällig aus drei Quartieren der Stadt Zürich ausgewählten Frauen (Budowski et al., 1993). Untersucht werden Zusammenhänge zwischen Lebenslagen, Belastungen, sozialer Unterstützung und Gesundheit. Die beiden folgenden Arbeiten befassen sich mit dieser Thematik.

⁷ Eine ausführliche Literaturliste kann bei der Autorin bezogen werden.

⁸ Die dazugehörige Literatur folgt im Text. Weitere, nichtaufgeführte Literatur: Bösch (1991), Bösch & Meyer-Fehr (1985), Budowski et al. (1999), Meyer (1999), Meyer & Budowski (1993), Meyer & Budowski (1995), Meyer & Suter (1993).

Wirkungsweise sozialer Unterstützung auf das Wohlbefinden bei allein erziehenden Müttern (Budowski et al., 1995):⁹

Diese Arbeit geht der Frage nach, inwiefern sich die materielle Lebenslage auf alltägliche Belastungen und Belastungen durch Lebensereignisse auswirkt (Budowski et al., 1995). Lebenslagen, die durch eine höhere Anzahl Benachteiligungen gekennzeichnet sind, stellen wenig Ressourcen für die Bewältigung von Belastungen bereit. Dies führt zu einem höheren Ausmass an chronischen Belastungen sowie Belastungen durch Lebensereignisse und zu einem geringeren Wohlbefinden. Zudem geht mit einer benachteiligten Lebenslage geringere soziale Unterstützung einher, da es schwierig ist, empfangene soziale Unterstützung in gleicher Weise zu erwidern. Weiter wird der Frage nachgegangen, ob und in welcher Weise sich soziale Unterstützung auf die Beziehung zwischen Lebenslage, Belastungen und Gesundheit auswirkt. Die Untersuchung über allein erziehende Mütter zeigt, dass soziale Unterstützung einen direkten und einen stress-puffernden Effekt auf die Gesundheit hat. Konkret bedeutet dies, dass mehr soziale Unterstützung zu einem besseren Wohlbefinden führt, unabhängig davon, ob Belastungen vorhanden sind oder nicht. Soziale Unterstützung ist in dieser Untersuchung dann stress-puffernd, wenn eine starke Belastung vorhanden ist, die Lebenslage aber nicht von grossen, objektiven Mangellagen gekennzeichnet ist. Befindet sich eine allein Erziehende in einer stark benachteiligten Lebenslage, dann zeigt soziale Unterstützung keine Wirkung auf das Wohlbefinden.

Bedeutung des Wohnumfeldes für das Potential an sozialer Unterstützung und das Wohlbefinden allein erziehender Mütter (Decurtins et al., 1996):

Diese Untersuchung zeigt, dass Wohnumfelder mit bestimmten Charakteristika (z. B. mit Begegnungsräumen, genügend Platz in der Wohnung, günstigem Mietzins, kinderfreundlicher Umgebung und anderen allein Erziehenden in der Nähe) der sozialen Integration förderlich sind. Das Wohnumfeld erhöht zudem das Potential an sozialer Unterstützung, die bei Bedarf abgerufen werden kann und das Wohlbefinden fördert. Sozialpolitische Massnahmen mit dem Ziel, attraktive Wohnumfelder zu schaffen, stellen daher ein Mittel zur Förderung von sozialer Unterstützung und Wohlbefinden dar.

Gesundheitsfördernde Wirkung sozialer Unterstützung für die in der Schweiz lebende Bevölkerung (Suter et al., 2003):

Basierend auf den repräsentativen Daten des Schweizer Haushalt-Panels¹⁰, untersuchen Suter et al. die Wirkung sozialer Unterstützung auf die Gesundheit. Sie kommen zum Schluss, dass...

1. das Ausmass an wahrgenommener sozialer Unterstützung in allen Teilnetzen mit Ausnahme der Partnerschaft geschlechtsspezifisch unterschiedlich ist (Frauen haben mehr davon als Männer),
2. eine «statistisch signifikante, aber nicht besonders starke gesundheitsfördernde Wirkung sozialer Unterstützung» besteht und
3. der interaktive gesundheitsfördernde Effekt der sozialen Unterstützung am stärksten ist: Personen, die mit Sorgen belastet sind, fühlen sich deutlich besser, wenn sie mehr soziale Unterstützung erhalten als Personen mit demselben Ausmass an Sorgen und weniger sozialer Unterstützung.

Auslotung wichtiger Faktoren für das Wohlbefinden der in der Schweiz lebenden Bevölkerung (Budowski & Scherpenzeel, 2005):

Ebenfalls mit Daten des Schweizer Haushalt-Panels wird in einem komplexen statistischen Modell die Wirkung verschiedener Faktoren auf unterschiedliche Gesundheitsindikatoren über die Zeit analysiert.

⁹ Dieser Forschungsbericht ist in der Zentralbibliothek Zürich erhältlich.

¹⁰ www.swisspanel.ch. 7'799 Personen, die älter als 13 Jahre alt sind, und die in 5'074 zufällig ausgewählten Haushalten leben, werden seit 1999 jedes Jahr mittels CATI (Computer-Assisted Telephone Interviewing) in einer der drei Landessprachen befragt (Budowski et al., 2001).

Im Vordergrund steht in einem ersten Schritt ...

- die Wirkung der Situation in der Herkunftsfamilie,
- die Wirkung soziodemographischer Variablen,
- die Wirkung der aktuellen Situation auf die Gesundheit.

In einem zweiten Schritt werden die kausalen Einflüsse von Veränderungen der aktuellen Situation über die Zeit auf Veränderungen des Wohlbefindens untersucht.

Die Hauptergebnisse dieses Modells sind folgende: Mit zunehmendem Alter nimmt die generelle Gesundheit ab; die psychologische Gesundheit der Frauen ist leicht schlechter als diejenige der Männer; die Nationalität hat keinen Einfluss. Finanzielle Schwierigkeiten in der Jugend wirken sich negativ auf die aktuelle Gesundheit aus. Die aktuelle materielle und finanzielle Situation hat den grössten Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden: Eine Verschlechterung bzw. Verbesserung der materiellen und finanziellen Begebenheiten wirkt sich in einer Verschlechterung bzw. einer Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens aus. Keine Wirkung auf die Gesundheit hat die Präsenz eines Schulkindes im Haushalt oder die Haushaltsform (mit Ausnahme des alleine Lebens). Ein Risiko für die Gesundheit stellt die Ausgliederung aus dem Arbeitsmarkt dar (z. B. Arbeitslosigkeit, in Rente gehen). Interessant ist, dass eine positivere Beurteilung der aktuellen Lebenssituation ein besseres Wohlbefinden zur Folge hat. Veränderungen dieser subjektiven Beurteilung tragen zur Erklärung der Veränderung des Wohlbefindens bei.

Zwar wird in diesem Modell keine direkte Wirkung der sozialen Unterstützung auf die Gesundheit festgestellt, doch trägt eine Zunahme sozialer Unterstützung zur Erklärung der Verbesserung des Wohlbefindens bei. Dies bedeutet, dass unabhängig davon, ob jemand viel oder wenig soziale Unterstützung erhält, eine Veränderung des Ausmasses an sozialer Unterstützung eine Veränderung des Wohlbefindens nach sich zieht.

Das wohl wichtigste Resultat dieses Modells ist, dass die aktuellen materiellen Lebensbedingungen und jene in der Jugend sich am stärksten auf das Wohlbefinden und auf die Gesundheit auswirken. Veränderungen in der finanziellen und materiellen Situation tragen zur Erklärung von Veränderungen in der Gesundheit bei. Dieses Resultat ist konsistent mit einer immer grösser werdenden Zahl von Längsschnittstudien, die auf die gravierenden Effekte von materiellen und immateriellen Mangellagen über die Zeit auf das aktuelle Wohlbefinden und jenes in der Zukunft hinweisen. Dies gilt auch für deren negativen Einfluss auf andere Bereiche, so z. B. für das Ausbildungsniveau, die Integration in den Arbeitsmarkt oder das Risiko einer Scheidung.

Schlussfolgerung

Die Förderung sozialer Unterstützung für Mütter mit Kindern ist eine wichtige und politisch vergleichsweise günstige Aufgabe. Sie wird jedoch vor allem dann wirksam sein, wenn objektive materielle Benachteiligungen gering sind oder durch politische Massnahmen gering gehalten werden.

1.4 Familiensituation und Sozialhilfeabhängigkeit

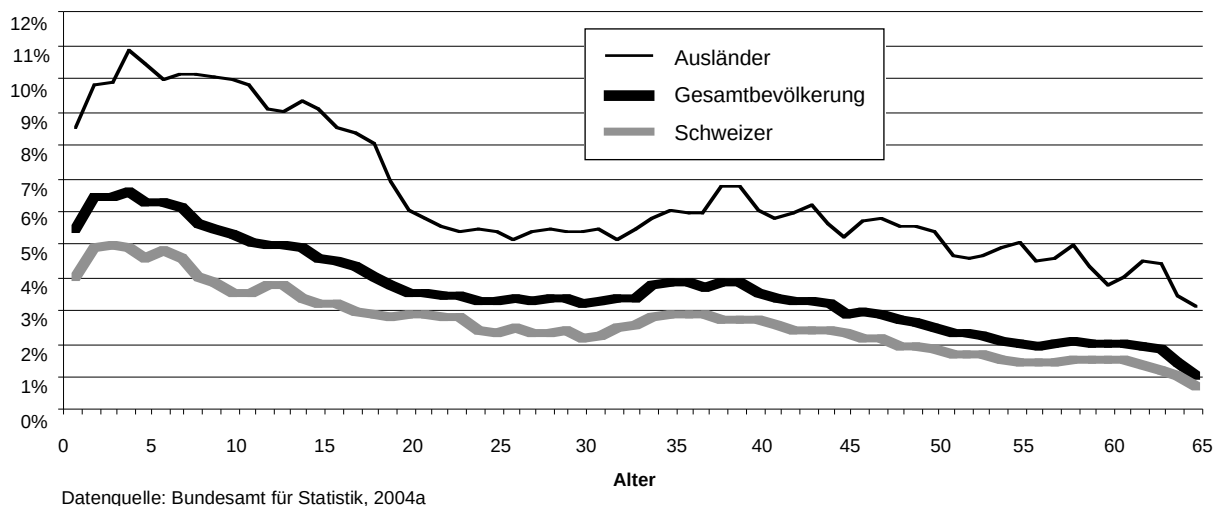
Robert Fluder

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

Hohes Sozialhilferisiko von Kindern

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

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

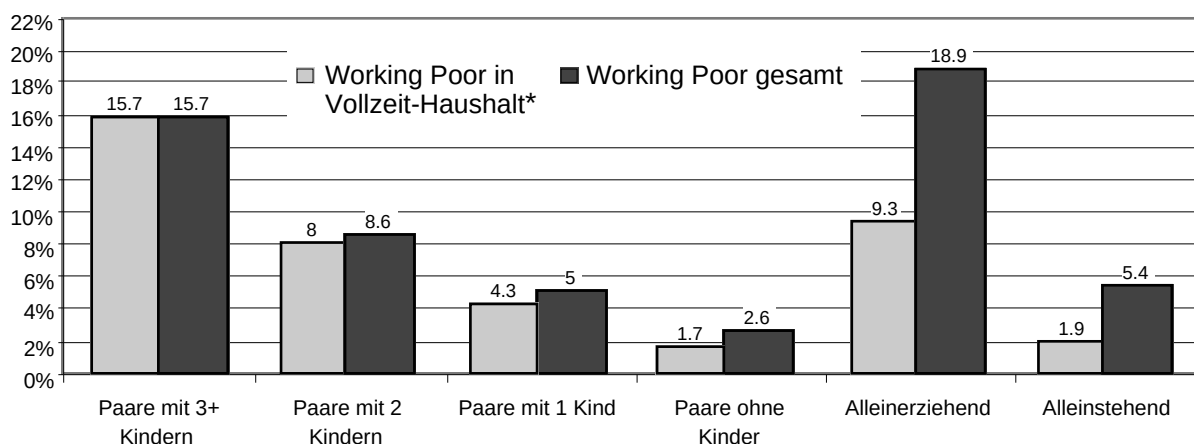


Betrachtet man die Sozialhilfequote nach Alter, so fällt zudem auf, dass sie zwischen 30 und 40 Jahren wieder zunimmt. Dies kann mit der Elternschaft erklärt werden: Der erhöhte finanzielle Bedarf von Familien mit Kindern führt bei einkommensschwachen Personen rasch zu einer Sozialhilfeabhängigkeit.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

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

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

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



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, 2003

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

Spezielle Bedarfsleistungen für Familien mit Kindern

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

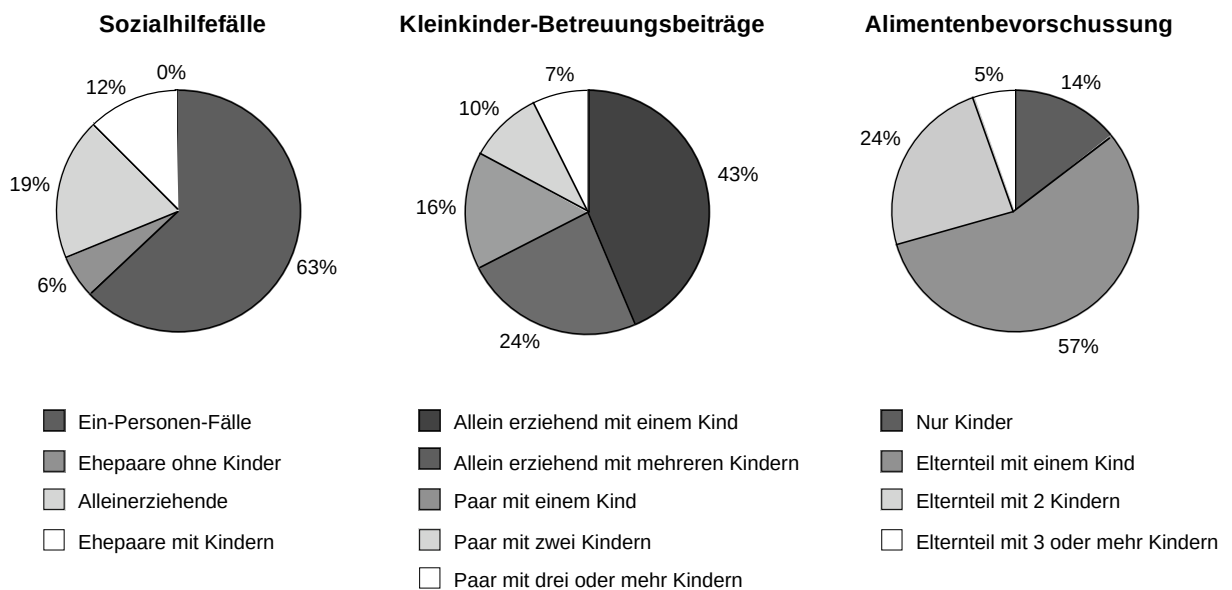
Mit den *Kleinkinder-Betreuungsbeiträgen* werden im Kanton Zürich Eltern, die sich persönlich der Betreuung der Kleinkinder bis zu zwei Jahren widmen wollen und aus wirtschaftlichen Gründen nicht in der Lage sind, diese Aufgabe zu erfüllen, Unterstützungsbeiträge bis zu 2'000 Franken pro Monat

gewährt. 2002 wurden im Kanton Zürich 1'097 Fälle resp. 3'012 betroffene Personen mit Kleinkinder-Betreuungsbeiträgen unterstützt (vgl. zu den familien-spezifischen Bedarfsleistungen der Kantone Bundesamt für Statistik, 2004b, Bundesamt für Statistik, 2005). Die durchschnittlichen Leistungen betrugen 1'322 Franken.

Die Leistungen bei der Alimentenbevorschussung betragen im Durchschnitt 650 Franken pro Monat. 2002 erhielten im Kanton Zürich 5'096 Fälle mit 11'153 Personen Zahlungen der Alimentenbevorschussung.

Bei der *Alimentenbevorschussung* sind 56% der Fälle allein erziehende Eltern mit einem Kind und in 27.6% der Fälle ist ein Haushalt mit zwei oder mehr Kindern betroffen. 14% der Bevorschussungen gehen ausschliesslich an Kinder. Auch bei den Kleinkinder-Betreuungsbeiträgen bilden die allein Erziehenden die grosse Mehrheit (43.7% mit einem Kind, 23.9% mit mehreren Kindern). Rund ein Drittel der Unterstützten sind Paare mit Kindern. Betrachtet man das Alter der mit Alimentenbevorschussungen unterstützten Kinder und Jugendlichen, so sind es v. a. die 10- bis 14-Jährigen, die am stärksten vertreten sind. Möglicherweise hängt dies mit dem Zeitpunkt der Scheidung zusammen, da eine Scheidung ein hohes Armutsrisiko darstellt. Die Anteile der Altersgruppen der 5- bis 9-Jährigen und der 15- bis 19-Jährigen sind etwa gleich gross, aber deutlich höher als deren Anteil an der Bevölkerung unter 24 Jahren.

Abb. 4: Fallstruktur bei der Sozialhilfe, den Kleinkinder-Betreuungsbeiträgen und der Alimentenbevorschussung



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, 2004a

Schlussfolgerung

Bei gewissen Familiensituationen besteht ein stark erhöhtes Risiko arm und/oder von Sozialhilfe abhängig zu werden. Familien mit nur einem Elternteil und Familien mit vielen Kindern gehören zu den überdurchschnittlich Betroffenen. Erziehungs- und Haushaltspflichten sowie die Erwerbssituation führen oft zu übermässig hohen Belastungen. Dauernde Geldsorgen, beengende Wohnverhältnisse und die Doppelbelastung von Erwerbs- und Familienarbeit bleiben in vielen Fällen nicht ohne negative Auswirkungen auf die Gesundheit.

2. Epidemiologie: Krankheit und Sterblichkeit

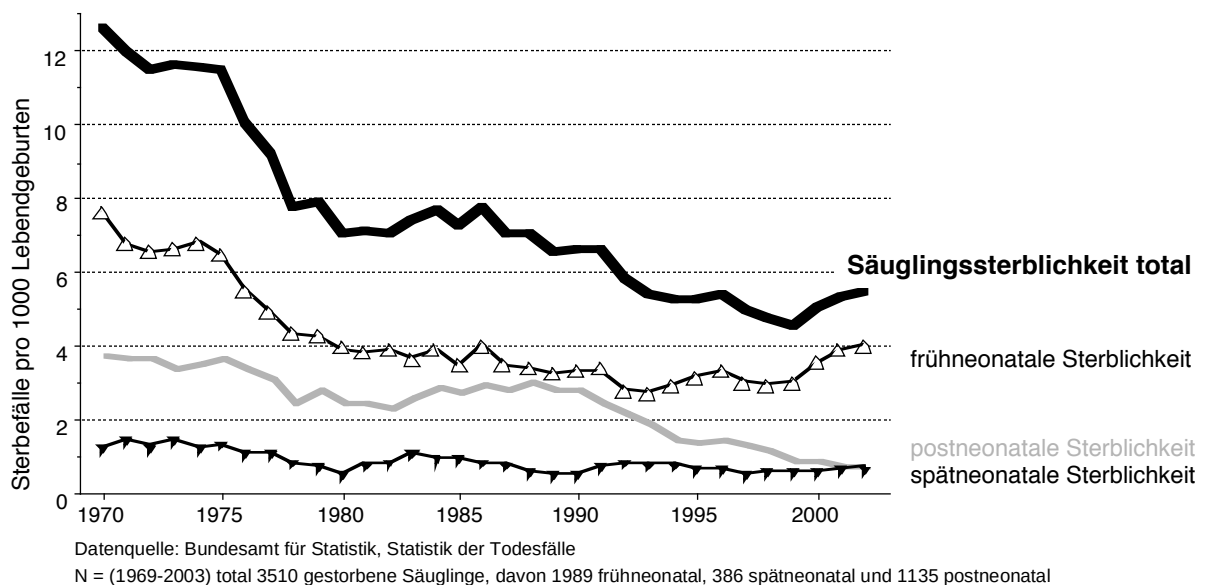
2.1 Säuglingssterblichkeit

Matthias Bopp

Trends¹¹

Seit etwa 1975 liegt die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr im Kanton Zürich nicht mehr unter dem Schweizer Landesmittel (Institut für Sozial- und Präventivmedizin, 1994). Dennoch war seither im Gleichklang mit der nationalen Entwicklung eine andauernde Abnahme zu verzeichnen. In den ersten Jahren des 21. Jahrhunderts ist im Kanton Zürich im Gegensatz zur übrigen Deutschschweiz eine Trendumkehr zu beobachten, die im Moment noch schwierig zu beurteilen ist (Abb. 5). Im europäischen Vergleich bewegen sich die Schweizer Raten seit den 90er Jahren nur noch im Mittelfeld und die früher schlechter positionierten Nachbarländer registrieren heute eine ähnlich tiefe oder sogar tiefere Säuglingssterblichkeit (Europäische Kommission, 2003). Mit den in Schweden realisierten Raten gäbe es im Kanton Zürich jedes Jahr rund 20 Sterbefälle von Säuglingen weniger.

Abb. 5: Säuglingssterblichkeit im Kanton Zürich, 1969-2003 (gleitende Dreijahresmittel)



Die langfristige Mortalitätsabnahme betrifft nicht alle Phasen im ersten Lebensjahr gleichmässig. Die meisten Sterbefälle im ersten Lebensjahr fallen in der *frühneonatalen* Phase (erste sechs Lebenstage) an. Der rasche Rückgang in den 1970er Jahren, aber auch die Stagnation nach 1990 und die Trendumkehr in den letzten Jahren beruhen, wie das im europäischen Vergleich nur mittelmässige Abschnitten, weitgehend auf dieser frühesten Lebensphase.

¹¹ Für die Auswertungen wurden neben den Angaben zur ständigen Wohnbevölkerung 1981 bis 2003 die Individualdaten der folgenden Erhebungen des Bundesamts für Statistik in Neuchâtel verwendet:

- Statistik der Lebendgeburten 1969 bis 2003;
- Statistik der Totgeburten und der Ursachen der Totgeburten 1969 bis 2003;
- Statistik der Todesfälle und Todesursachen 1969 bis 2001.

Grundsätzlich ähnlich, aber auf viel tieferem Niveau verlief der Trend der *spätneonatalen* Mortalität (Alter 7 bis 27 Tage). Der nachhaltigste Sterblichkeitsrückgang, abgesehen von einer Stagnationsphase in den späten 70er und den 80er Jahren, betrifft die *postneonatale* Phase.

Im Durchschnitt der Jahre 1999 bis 2003 kamen im Kanton Zürich auf 10'000 Geburten 15 *Totgeburten*. Der Trend verläuft ähnlich wie bei der frühneonatalen Mortalität. Zusammen bilden diese beiden Kategorien die *Perinatale Sterblichkeit*. Die perinatale Sterbeziffer von 8.2 im Jahresdurchschnitt 1999 bis 2003 ist im europäischen Vergleich überdurchschnittlich und liegt über den Werten der Nachbarländer der Schweiz (Europäische Kommission, 2003).

Risikofaktoren

Die aus der Literatur bekannten Risikofaktoren für die Säuglingssterblichkeit (niedriges Geburtsgewicht, Art und Rang der Geburt, männliches Geschlecht, Alter und Zivilstand der Mutter sowie niedrige Sozialschicht (Drack et al., 1998; Institut für Sozial- und Präventivmedizin, 1994)) lassen sich, so weit Daten vorhanden sind, auch für den Kanton Zürich nachweisen. Da die Zürcher Mütter bei der Geburt immer älter werden (vgl. Kap. 1.1), kommt dem rund 25%-Überrisiko der über 35-jährigen Mütter besondere Bedeutung zu.

Keine Rolle mehr scheint hingegen, wie schon in der Untersuchung von Drack et al. (1998), die Nationalität zu spielen, denn der Ausländeranteil bei den Lebendgeburten und den gestorbenen Säuglingen ist identisch (31%). Zum Gradienten nach sozioökonomischer Position der Eltern und über Unterschiede nach Zivilstand der Mutter stehen im Moment keine aktuellen Zahlen zur Verfügung.

Überdurchschnittliche *Totgeburtenraten* haben über 35-jährige Mütter und – weniger ausgeprägt – Ausländerinnen, mit einem Ausländer verheiratete Schweizerinnen sowie unverheiratete Mütter. Totgeborene Kinder entstammen fast dreimal häufiger einer Mehrlingsgeburt als Lebendgeburten. Das Geschlecht des Kindes spielte hingegen in den letzten 15 Jahren keine Rolle mehr.

Todesursachen

Rund die Hälfte der Todesfälle bei unter Einjährigen ging um 2000 wie bereits um 1970 auf «Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode» zurück. Am häufigsten handelt es sich um Krankheiten des Atmungssystems (1999 bis 2001 43 Fälle), Störungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und fetaler Entwicklung (20 Fälle) und mütterliche Faktoren bzw. Komplikationen bei Schwangerschaft und Entbindung (18 Fälle). Um 1980 und um 1990 waren die angeborenen Fehlbildungen die wichtigste Gruppe. Erwähnenswert ist der Gipfel um 1990 beim plötzlichen Kindstod (16% aller Sterbefälle), der sich mit internationalen Trends deckt (Dezernat für Gesundheitsplanung, 2000).

Tab. 3: Todesursachen der im ersten Lebensjahr Verstorbenen, Kanton Zürich 1970 bis 2000

	1969-71	1979-81	1989-91	1999-2001 (in %)
Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	301	82	69	102 (54%)
Angeborene Fehlbildungen	167	106	91	54 (29%)
Plötzlicher Kindstod (SIDS)	2	16	40	4 (2%)
Andere Ursachen	144	52	55	29 (15%)
Sterbefälle total	614	256	255	189 (100%)
<i>pro 1000 Lebendgeburten und Jahr</i>	<i>12.7</i>	<i>7.0</i>	<i>6.6</i>	<i>4.9</i>

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Statistik der Todesfälle und Todesursachen 1969 bis 2001, Statistik der Lebendgeburten 1969 bis 2001

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

Ueli Zellweger & Matthias Bopp

Daten und Methode

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

Eine Verknüpfung der Diagnose- und Behandlungs-Angaben von Müttern und Kindern ist nicht möglich. Häufig fehlt der explizite Code für «Geburt», weshalb in jedem Einzelfall aufgrund der vorhandenen Angaben entschieden werden muss, ob es sich um eine Lebendgeburt, um eine Totgeburt oder einen Abort handelt. Die sehr divergierende Codierungspraxis der einzelnen Institutionen lässt eine verlässliche Bezifferung der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nicht zu¹².

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

Ergebnisse

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

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

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

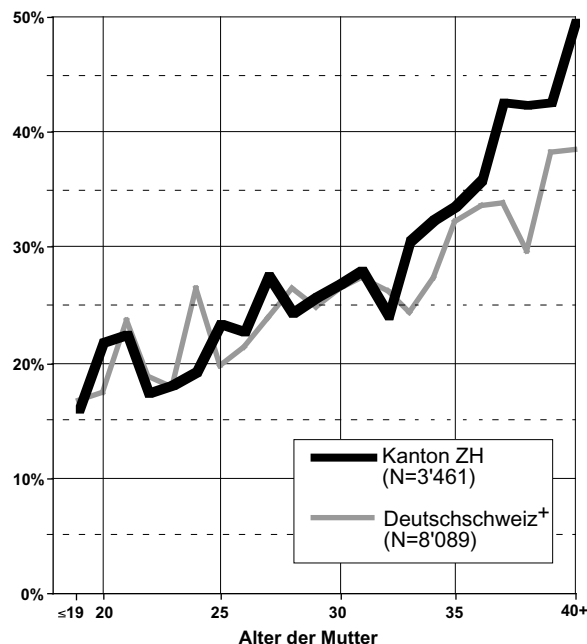
Tab. 4: Geburten im Kanton Zürich nach Entbindungsmethode und Alter der Mutter, 2002; nur Einlingsgeburten (in Klammern die Vergleichszahlen für die übrige Deutschschweiz ohne den Kanton St. Gallen)

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

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

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

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



Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2002

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

+ Deutschschweiz ohne ZH und SG

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

Missbildungen und Chromosomenanomalien bei Neugeborenen

Von den lebend geborenen Kindern im Kanton Zürich hatten im Jahr 2002 4.3% leichtere¹⁴ oder schwerere Missbildungen. Zu 55.9% betrafen diese Knaben, zu 44.1% Mädchen (übrige Deutschschweiz 2.9% mit Missbildungen¹⁵, davon 54.9% Knaben). Die Häufigkeiten der Missbildungen nach Organsystemen zeigt Tabelle 5.

Ausgewählte Missbildungen: Im Kanton Zürich wurden 15 Kinder mit Trisomien geboren (11 davon mit Down-Syndrom), in der übrigen Deutschschweiz 36 (davon 31 Down-Syndrom). Bei den Herz-Kreislauf-Fehlbildungen waren bei 39 (DS: 105) Kindern die Herzsepten betroffen, bei 34 (DS: 45) die grossen Arterien, bei weiteren 15 (DS: 18) Kindern beide Organe. Ein Fall von Spina Bifida (DS: 7) wurde diagnostiziert, sowie 8 Hüft(sub-)luxationen (DS: 23).

Tab. 5: Missbildungen und Chromosomenanomalien bei im Kanton Zürich wohnhaften Neugeborenen, 2002 (Mehrfachnennungen möglich, in Klammern Vergleichszahlen für die übrige Deutschschweiz ohne den Kanton St. Gallen)

Art der Fehl-/Missbildung (vgl. Fussnote 14)	Anzahl	Rate pro 10'000 Geburten	Anteil Knaben
Muskel-Skelettsystem	190 (259)	153 (82)	48% (47%)
Herz-Kreislauf	106 (233)	85 (74)	40% (47%)
Genitalorgane	78 (85)	63 (27)	89% (88%)
Verdauungssystem*	53 (79)	43 (25)	70% (61%)
Nervensystem	43 (49)	35 (16)	42% (39%)
Harnsystem	40 (66)	32 (21)	70% (70%)
Auge, Ohr, Gesicht und Hals	18 (21)	14 (7)	61% (62%)
Chromosomenanomalien	17 (47)	14 (15)	53% (36%)
Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	15 (35)	12 (11)	87% (63%)
Atmungssystem	11 (28)	9 (9)	64% (50%)
sonstige Fehlbildungen	41 (173)	33 (55)	49% (58%)
Total	535 (923)	431 (292)	56% (55%)

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2002

*ohne Lippen-Kiefer-Gaumenspalte

Krankheiten und Verletzungen von Kleinkindern

Die Medizinische Statistik für das Jahr 2002 erscheint im Kanton Zürich für die Geburten nahezu vollständig zu sein. Für die Hospitalisationen von Kindern ist das bei weitem nicht der Fall. Unsere Analysen beziehen sich daher auf die deutlich besser abgedeckten stationären Spitalaufenthalte der Jahre 2000 und 2001¹⁶.

3.2% (10'175) aller stationären Hospitalisierungen der Jahre 2000 und 2001 (ausgenommen die Hospitalisierung wegen der eigenen Geburt) betrafen Kinder im Alter von 3 Tagen bis und mit 6 Jahren, davon 58.1% Knaben. Jedes neunte neugeborene Kind im Kanton Zürich wird im ersten Lebensjahr mindestens einmal hospitalisiert. Der Unterschied zur Deutschschweiz ist aufgrund von Anzeichen für

¹⁴ Wegen ausgesprochen divergierender Codierungspraxen in den einzelnen Institutionen wurden die folgenden eher leichteren Missbildungen von den Auswertungen ausgeschlossen: Nävus (in einigen Betrieben bei über 50% aller Geburten), Kopfschiefelage, Pes adductus, nicht näher bezeichnete Deformationen der Füße, Spitzohr, abstehendes Ohr, fehlendes Ohr, läppchen, nicht näher bezeichnete Ohrfehlbildungen.

¹⁵ Die in Zürich vergleichsweise höhere Rate muss mit Vorsicht interpretiert werden. Die Institutionen im Kanton Zürich vermerken generell mehr Diagnosen pro Fall als solche in allen anderen Kantonen.

¹⁶ Beim Vergleich mit der übrigen Deutschschweiz ist zu beachten, dass die bessere Abdeckung nur für den Kanton Zürich gilt und dafür der Erfassungsgrad 2000/2001 in einigen anderen Kantonen tiefer liegt.

eine dort nicht vollständige Erfassung nur schwer zu interpretieren. Bei den 1- bis 6-jährigen Kindern wird pro Jahr noch jedes 25. bis 30. Kind hospitalisiert. Knaben sind jeweils etwas häufiger betroffen als es ihrem Bevölkerungsanteil entsprechen würde. 4.8% der Hospitalisierungen erfolgten ausschliesslich wegen «Krankheiten», die unter ICD-10 als Restkategorien dienen¹⁷, bei weiteren 0.2% war gar kein Diagnosecode vermerkt (DS: 5.0% in Restkategorien und weitere 16.4% ohne Diagnosecodes).

Tab. 6: Hospitalisierungen von im Kanton Zürich wohnhaften Kindern unter 7 Jahren, 2000/01; Häufigkeit und Diagnosespektrum nach Altersgruppen (nur stationäre Fälle, Haupt- und Nebendiagnosen*) (DS: übrige Deutschschweiz ohne den Kanton St. Gallen)

Hospitalisationen (2000/2001)	3 bis 365 Tage		1 bis 4 Jahre		5 und 6 Jahre		% Knaben (alle Alter)	
	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS
- mit gültigen Diagnosecodes	3247	5230	4493	10210	1924	5135	58.4	58.6
- mit übrigen Diagnosecodes**	349	532	105	612	40	177	50.6	54.7
- ohne Diagnosecodes	7	1459	6	2034	4	753	70.6	57.8
Total	3603	7257	4604	12856	1968	6065	58.1	58.2
Anzahl betroffene Kinder [#]	2989	6103	3862	10841	1730	5369	58.2	58.2
Raten pro Jahr und 1000 Kinder								
- Hospitalisationen	141	105	46	43	39	39		
- hospitalisierte Kinder	117	88	39	37	35	34		
Wohnbevölkerung ^{###}	N 12754	34648	49920	147817	25004	78236	51.6	51.3
Diagnose (in % aller Diagnosen*)	%o		%o		%o		% Knaben	
Infektiöse oder parasitäre Krankheit	98	96	88	101	39	47	54.4	57.7
Neubildung (Krebserkrankung)	12	14	35	27	27	37	63.6	52.1
Krankheit des Blutes, der blutbildenden Organe oder des Immunsystems	42	17	42	23	28	14	57.2	56.3
Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheit	42	26	71	32	39	16	56.8	56.4
Krankheit des Nervensystems oder der Sinnesorgane	46	53	108	98	178	139	59.7	56.9
Krankheit des Atmungssystems	181	165	200	273	261	394	60.6	59.1
Krankheit des Verdauungssystems	83	104	46	77	42	48	64.7	60.2
Krankheit des Urogenitalsystems	51	48	40	37	37	28	61.6	59.1
Perinatale Krankheit oder Missbildung	339	380	123	141	81	75	57.7	62.3
Unfall, Verletzung oder Vergiftung	55	42	168	129	170	138	56.0	59.7
Andere Krankheit (ICD-Kap. 5/9/12/13)	50	54	78	61	99	62	58.2	59.1
Total	%o 1000	1000	1000	1000	1000	1000		
	N 7'120	9'182	9'522	15'511	3'831	7'706	58.7	59.2

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2000 / 2001

* Ohne Diagnosecodes der ICD-10 Kapitel 18 und 21

** Ausschliesslich Diagnosecodes der ICD-10 Kapitel 18 und 21

Bei Mehrfachhospitalisationen wurde nur eine Hospitalisation pro Jahr gezählt.

Durchschnitt der Jahre 2000 und 2001; bezogen auf die ständige Wohnbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe

¹⁷ ICD-10 Kapitel 18 (Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind) bzw. Kapitel 21 (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens führen).

Bei den unter einjährigen Kindern werden am häufigsten perinatale Krankheiten diagnostiziert; nach dem ersten Altersjahr sind Diagnosen zu Erkrankungen des Atmungssystems sowie Unfälle, Verletzungen und Vergiftungen am häufigsten.

Auffallend sind die im Kanton Zürich im Vergleich zur übrigen Deutschschweiz deutlich höheren Raten¹⁸ und Anteile an Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, an Unfällen, Verletzungen und Vergiftungen und an Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, während Erkrankungen des Atmungssystems abgesehen von den unter Einjährigen deutlich seltener scheinen. Mädchen sind in allen Diagnosekategorien seltener vertreten als Knaben.

Tab. 7: Hospitalisierungen von im Kanton Zürich wohnhaften Kindern unter 7 Jahren, 2000/01; Häufigkeit und Diagnosespektrum nach Altersgruppen (nur stationäre Fälle, nur Hauptdiagnose, in %) (DS: übrige Deutschschweiz ohne den Kanton St. Gallen)

Hauptdiagnose	3 bis 365 Tage		1 bis 4 Jahre		5 und 6 Jahre	
	ZH	DS	ZH	DS	ZH	DS
Infektiöse oder parasitäre Krankheit	11.2	11.3	10.6	12.3	4.2	5.7
Neubildung (Krebserkrankung)	1.6	1.5	1.6	3.2	1.6	4.5
Krankheit des Blutes, der blutbildenden Organe oder des Immunsystems	0.8	0.7	1.7	1.1	0.9	1.1
Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheit	2.5	1.3	4.3	1.3	1.9	0.8
Krankheit des Nervensystems oder der Sinnesorgane	3.2	3.9	5.6	5.8	7.3	8.0
Krankheit des Atmungssystems	23.3	23.1	26.1	32.3	40.6	45.3
Krankheit des Verdauungssystems	10.0	13.8	4.6	9.3	5.7	5.9
Krankheit des Urogenitalsystems	8.6	6.2	5.6	3.9	4.8	2.9
Perinatale Krankheit oder Missbildung	26.8	29.8	9.7	12.2	5.9	6.3
Unfall, Verletzung oder Vergiftung	9.2	5.0	24.7	13.9	21.0	14.2
Andere Krankheit (ICD-Kap. 5/9/12/13)	2.7	3.3	5.5	4.8	6.2	5.3
Total*	100%	100%	100%	100%	100%	100%
N	2'955	5'055	4'158	9'855	1'828	5'016

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2000 / 2001

* Ohne Diagnosecodes der ICD-10 Kapitel 18 und 21

¹⁸ Auch abgesehen von dem deutlich geringeren Anteil an Fällen ohne Diagnose vermerken Institutionen im Kanton Zürich generell mehr Diagnosen pro Fall als solche in den meisten anderen Kantonen.

Häusliche Gewalt: Gewalt in der Familie, Gewalt gegen Kinder

Ein ganz zentrales Thema im Bereich der Gesundheit von Frauen stellt die Gewalterfahrung im häuslichen Bereich dar. Dieses Thema wird im vorliegenden Bericht nicht behandelt, da es eine generelle Thematik im Bereich der Gesundheit von Frauen darstellt. *Gewalt im häuslichen Nahraum* betrifft auch Frauen in der hier betrachteten Lebensphase: Eine Studie bei Patientinnen der Maternité Inselhof Triemli weist nach, dass Frauen, die wegen Schwangerschaft und Geburt in Kontakt mit der Maternité traten, in gleichem Ausmass durch Gewalt (in den letzten 12 Monaten) betroffen waren wie Frauen, die aus einem anderem Grund die Maternité aufsuchten. Betrachtet wurde die Gewaltausübung aktueller und früherer Partner, sowie durch Verwandte.

Häusliche Gewalt hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Frauen in einem umfassenden Sinne. Das Thema Gewalt greift aber noch weiter, indem sich Gewalt zwischen den Eltern auch negativ auf die Entwicklung der Kinder auswirkt. Kinder selber können von elterlicher Gewalt betroffen sein. Die Thematik Gewalt würde einen eigenen Bericht erfordern.

Quelle: Gloor, D. & Meier, H. (2004)

3. Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen mit Kindern

Hans Wydler & Ueli Zellweger

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

Ein Vergleich verschiedener Gruppen von Frauen

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

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

Demographie, Datenquelle, Stichprobe

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

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

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

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

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

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

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

Soziodemographische Merkmale der untersuchten Gruppen von Frauen

Der **Zivilstand** der verschiedenen Gruppen lässt sich (an Hand der SGB-Befragungsdaten) folgendermassen beschreiben (vgl. Tab. 9): Rund 95% der Mutter-Kind-Dyaden sind von einer *ehelichen Partnerschaft* der Mutter begleitet, bei welcher der Ehepartner auch im Haushalt lebt. *Alleinerternschaften* werden überwiegend von Frauen geleistet. Meistens sind dies geschiedene oder getrennt lebende Frauen, nur selten sind die Frauen ledig. Der Anteil lediger Frauen ist bei den allein Erziehenden mit jüngeren Kindern sehr viel höher als bei denen mit älteren Kindern²¹.

Haushaltseinkommen²²: Wird die untere Grenzen eines überlebensnotwendigen Einkommens auf Fr. 3'000.- festgelegt, so zeigt sich, dass erhebliche Anteile von Familien mit Kindern mit einem Einkommen unterhalb dieser Grenze auskommen müssen: Frauen in Partnerschaften mit Kindern leben rund doppelt so häufig in eingeschränkten finanziellen Verhältnissen wie Frauen ohne Kinder. Bei den allein Erziehenden ist dieser Anteil sogar rund dreimal grösser. Die Situation ist im Kanton Zürich zwar besser als in der übrigen deutschsprachigen Schweiz; dabei ist aber zu berücksichtigen, dass der Kanton Zürich auch besonders städtisch geprägt ist und die Lebenshaltungskosten entsprechend hoch sind (z. B. bei den Wohnungsmieten). Dasselbe zeigt sich, wenn man die Vermögenssituation betrachtet: Während in Paarhaushalten ohne Kinder nur rund 18% der Frauen keinen Monat ohne Einkünfte auskommen könnten, sind es bei den Frauen mit Kindern gut 25%, bei allein Erziehenden hingegen mehr als 35%. Familien sind im Vergleich zu Personen ohne Kinder besonders häufig von Armut betroffen und sind auch häufiger auf Sozialhilfebeiträge angewiesen (vgl. Kapitel 1.4).

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

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

Im Kanton Zürich haben Frauen ausländischer Herkunft anteilmässig häufiger Kinder als Schweizerinnen (vgl. Kapitel 1.1). In Bezug auf die Familientypen lässt sich festhalten, dass Ausländerinnen seltener allein erziehend sind als Schweizerinnen. Bei den Frauen in Paarbeziehungen mit jüngeren Kindern sind Ausländerinnen etwas häufiger vertreten als in der Gruppe mit älteren Kindern.

Tab. 9: Soziodemographische Merkmale von Frauen, die in Haushalten mit Kindern leben
(Frauen zwischen 23 und 50 Jahren, in %)

		keine Kinder		jüngstes Kind zwischen 0 und 6 Jahren			jüngstes Kind zwischen 7 und 14 Jahren		
				Paare		allein Erziehende	Paare		allein Erziehende
	Region:	Kt ZH	D-CH ⁺	Kt ZH	D-CH ⁺	GD-CH*	Kt ZH	D-CH ⁺	GD-CH*
	n=	207	1418	86	640	66	81	474	116
HÄ-Einkommen**									
kleiner als Fr. 3000.-	19	19	50	57	61	41	54	63	
Vermögen: Geld zum Leben für ...									
...weniger als 1 Mt.	18	16	27	20	45	26	24	37	
...weniger als 3 Mte.	48	44	57	47	73	55	56	68	
Nationalität									
Schweizer/innen	78	82	57	72	86	86	81	81	
Bildung									
Universität/FHS	21	13	10	8	13	8	7	7	
Sek.II-Bildung***	65	72	71	80	78	80	71	78	
Zivilstand									
verheiratet	48	48	96	97	15	95	97	9	
ledig	42	42	4	2	36	0	1	15	
Anzahl Kinder									
1 Kind	--	--	37	28	49	37	47	60	
2 Kinder	--	--	42	48	37	50	41	37	
3 und mehr Kinder	--	--	21	25	14	13	12	4	
Durchschnittl. Alter									
	38	38	33	33	33	41	41	39	

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002

+ D-CH: Deutschschweiz ohne Kanton Zürich

* GD-CH: Wegen zu kleiner Fallzahlen werden die allein Erziehenden der gesamten Deutschschweiz, inklusive Kanton Zürich, aufgeführt.

** Haushalts-Äquivalenz-Einkommen

*** Sek.II: Berufsschule, Maturitätsschule

Lebenssituationen von Frauen, Betreuungssituationen, Ressourcen und Belastungen

Die *Belastung der Frauen mit Kindern* ergibt sich aus der Tatsache, dass sie in der Regel die Hauptlast der Erziehungs- und Beziehungsarbeit und gleichzeitig den grössten Teil der Haushaltsarbeit leisten. Eine Mehrheit der Frauen ist zudem erwerbstätig. Die Belastung durch *Hausarbeit, Lohnarbeit und Erziehungsarbeit* ist in der Phase mit kleinen Kindern besonders gross (vgl. Tab. 10). Bei Frauen mit älteren Kindern (über sechs Jahre alt) erreicht die *wöchentliche Arbeitsbelastung* rund 75 Stunden, bei allein Erziehenden rund 85 Stunden (auf Grund höherer Anzahl Stunden der Erwerbstätigkeit).

Bei allein Erziehenden mit Kindern im Alter unter sieben Jahren beträgt die wöchentliche Arbeitszeit rund 100 Stunden, gleich viel wie auch Frauen in Paarbeziehungen mit Kindern in diesem Alter leisten. Der Anteil von Frauen, die über ungenügenden Schlaf klagen, ist in der Gruppe der Frauen mit jüngeren Kindern sowie bei den allein Erziehenden am grössten. Im Bereich der erhaltenen *sozialen Unterstützung* zeigen sich im Vergleich der fünf Haushaltstypen wenig ausgeprägte Unterschiede.

Tab. 10: Aspekte der Lebenssituationen von Frauen (zwischen 23 und 50 Jahren, in %)

	Region: n=	keine Kinder		jüngstes Kind zwischen 0 und 6 Jahren			jüngstes Kind zwischen 7 und 14 Jahren		
		Kt ZH	D-CH ⁺	Paare		allein Erziehende	Paare		allein Erziehende
				Kt ZH	D-CH ⁺	GD-CH*	Kt ZH	D-CH ⁺	GD-CH*
		207	1418	86	640	66	81	474	116
Zeitmanagement (Stunden pro Woche)									
... Haushaltsarbeit		14	13	25	26	19	26	27	17
... Erwerbsarbeit		33	30	18	16	20	19	17	28
... Kinderbetreuung		--	--	60	63	59	31	32	39
Total Std. im Durchschnitt		47	43	101	104	98	75	76	84
ausreichend Schlaf (%-Anteile)		82	85	67	76	75	83	83	70
Störungen im Wohnumfeld (in %)									
mindestens eine Belastung		58	38	47	38	36	42	32	41
Soziale Unterstützung/Hilfe (in %)									
immer praktische Hilfe erhalten		36	40	26	27	32	29	34	29
immer emotionale Hilfe erhalten		54	52	45	44	60	45	44	36
regelmässig soziale Hilfe leisten		27	34	28	27	34	29	42	38
Zufriedenheit mit ... (% sehr zufrieden**)									
... Haushaltsarbeit		17	25	20	25	23	19	33	20
... Erwerbsarbeit		50	52	80	52	64	34	50	66
... finanzieller Situation		32	32	19	25	5	30	34	17
... Lebensstandard		51	53	40	47	34	46	58	32
... Wohnsituation		46	58	55	54	43	64	64	38
... Freizeit		34	37	23	32	30	33	33	16
... sozialen Kontakten		41	45	40	40	50	42	49	43
... Sexualleben***		34	36	40	37	41	36	39	37

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002

+ D-CH: Deutschschweiz ohne Kanton Zürich

* GD-CH: Wegen zu kleiner Fallzahlen werden hier die allein Erziehenden der gesamten Deutschschweiz, inklusive Kanton Zürich, aufgeführt.

^{**} Werte «9» und «10» einer 10-stufigen Skala^{***} Wert «4» einer 4-stufigen Skala

Bei der *Zufriedenheit* mit verschiedenen Lebensbereichen (Tab. 10) zeigen sich erwartete Zusammenhänge. So erreicht *Haushaltsarbeit* eher mittlere Zufriedenheitswerte, unabhängig von der Familiensituation. Bei der Zufriedenheit mit der *Erwerbstätigkeit* zeigt sich das Bild, dass Frauen mit jüngeren Kindern und allein Erziehende mit der Erwerbstätigkeit besonders häufig sehr zufrieden sind. Die Zufriedenheit mit dem *Lebensstandard* wird bei Frauen mit jüngeren Kindern und allein Erziehenden hingegen als ungenügend eingeschätzt.

Tab. 11 zeigt, dass Frauen mit jüngeren Kindern stärker auf *familienexterne Kinderbetreuung* angewiesen sind als Frauen mit älteren Kindern. Insbesondere bei den allein erziehenden Müttern mit jüngstem Kind unter sieben Jahren ist jede zehnte Mutter auf eine im Minimum hälftige familienexterne Unterstützung bei der Kinderbetreuung angewiesen. In dieser Gruppe ereignen sich die meisten Unfälle der Kinder. Rund ein Sechstel der Kinder *verunfallt* im Verlaufe eines Jahres. Eine nicht geringe Zahl der Kinder hat *Behinderungen* zu bewältigen und ist entsprechend auf Unterstützung und Pflege der Eltern angewiesen.

Tab. 11: Stilldauer, Betreuung der Kinder; Unfälle und Behinderungen der Kinder (Frauen zwischen 23 und 50 Jahren mit Kindern, in %)

	jüngstes Kind zwischen 0 und 6 Jahren			jüngstes Kind zwischen 7 und 14 Jahren			
		Paare		allein Erziehende	Paare		allein Erziehende
	Region:	Kt ZH	D-CH ⁺	GD-CH*	Kt ZH	D-CH ⁺	GD-CH*
	n=	86	640	66	81	474	116
Stilldauer							
0 bis 3 Monate gestillt	16	28	20	28	33	38	
mehr als 3 Monate gestillt	82	67	80	60	57	56	
Externe Kinderbetreuung							
mindestens 50% familienextern	4	1	10	0	0	2	
Unfälle des jüngsten Kindes							
verunfallt in letzten 12 Monaten	11	14	28	17	19	19	
Behinderung eines Kindes							
mindestens ein Kind mit einer Behinderung	4	6	8	8	8	8	

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002

+ D-CH: Deutschschweiz ohne Kanton Zürich

* GD-CH: Wegen zu kleiner Fallzahlen werden hier die allein Erziehenden der gesamten Deutschschweiz, inklusive Kanton Zürich, aufgeführt.

Familiensituation und Gesundheit

Die Tabelle 12 zeigt einen Vergleich der verschiedenen Familiensituationen in Bezug auf positive und negative gesundheitliche Aspekte. Am auffälligsten ist wohl, dass kein einheitliches Muster feststellbar ist. Am ehesten lassen sich für die Gruppe der allein Erziehenden Auffälligkeiten finden. So berichten diese über mehr psychische Probleme als die anderen Gruppen. Auch gibt diese Gruppe am häufigsten an, zu leben, ohne sich um die Gesundheit zu kümmern (ev. ist sie auch gar nicht in der Lage dazu). Ebenso ist der Tabakkonsum unter allein erziehenden Frauen deutlich erhöht und allein erziehende Frauen mit Kindern im Alter von null bis sechs Jahren weisen einen rund doppelt so hohen Anteil mit Untergewicht auf, verglichen mit den anderen Gruppen. Umgekehrt scheinen sich die Frauen mit Kindern in Paarhaushalten im Durchschnitt einer besonders guten Gesundheit zu erfreuen (und dort besonders die Frauen mit jüngeren Kindern); so weisen diese Frauen durchschnittlich weniger psychische und körperliche Probleme auf als die anderen.

Unterscheiden sich die fünf Familiensituationen bezüglich gesundheitlicher Outcomes?

Zur Beantwortung dieser Frage wird untersucht²³, ob sich die Unterschiede bei Gesundheit und Wohlbefinden auf die unterschiedlichen sozialen Lagen zurückführen lassen (vgl. Tab.13). Bekannt ist, dass Bildung und Einkommen in der Lage sind, gesundheitliche Ungleichheiten zu begründen (ISPMZ, 1999). Die verwendeten Skalen «Kontrollüberzeugung» und «Wohlbefinden/Optimismus» betreffen persönlichkeitsbezogene Aspekte: Die Wahrnehmung, das Leben im Griff zu haben (Kontrollüberzeugung) und eine allgemein positive, optimistische Lebenseinstellung (Wohlbefinden/Optimismus²⁴).

²³ Für statistisch verlässlichere Aussagen bezüglich der Auswirkung von Sozial- und Lebenslagen sollen prüfstatistische Prozeduren zur Anwendung kommen. Für die Anova-Analyse (Tab. 13) und die Regressionsanalyse (Ergebnistabelle nicht dargestellt) wurden die Daten der ungewichteten Stichprobe verwendet.

²⁴ Wohlbefinden/Optimismus wurde in der SGB 1997 «positive Lebenseinstellung» benannt, was stärker die Vorstellung eines überdauernden Persönlichkeitsmerkmals nahelegt.

Tab. 12: Gesundheit und Wohlbefinden in verschiedenen Familiensituationen (Frauen zwischen 23 und 50 Jahren, in %)

	keine Kinder		jüngstes Kind 0 bis 6 J.			jüngstes Kind 7 bis 14 J.			
	Region: n=	Kt ZH 207	D-CH ⁺ 1418	Paare		allein Erzieh.	Paare		allein Erzieh.
				Kt ZH 86	D-CH ⁺ 640	GD-CH* 66	Kt ZH 81	D-CH ⁺ 474	GD-CH* 116
Aktuelle gesundheitliche Befindlichkeit									
sehr gut	23	27	25	25	14	21	23	20	
gut	64	60	68	66	73	71	66	67	
mittelmässig bis sehr schlecht	13	14	7	9	12	8	11	13	
Anhaltende Beschwerden									
Total (länger als 1 Jahr)	21	17	6	9	16	18	16	17	
- davon körperliche Probleme	13	12	5	6	5	13	13	8	
- davon psychische Probleme	3	3	1	2	8	4	2	6	
Körperliche Beschwerden in den letzten 4 Wochen									
keine / kaum	28	34	25	38	29	35	36	36	
einige Beschwerden	47	38	44	38	43	39	39	39	
starke Beschwerden	26	28	31	24	28	26	26	26	
Body-Mass-Index BMI									
untergewichtig	21	22	18	20	43	21	20	30	
normalgewichtig	49	53	65	57	44	59	53	60	
übergewichtig	30	25	17	23	13	20	27	9	
Psychische Ausgeglichenheit									
niedrig	29	24	27	30	36	9	20	34	
mittel	22	25	28	28	21	27	26	25	
hoch	48	51	45	42	43	65	54	41	
Neigung zu Depression									
keine / kaum	53	52	33	45	49	56	55	47	
mittel	26	29	44	34	26	29	28	26	
stark	21	19	23	21	25	14	18	27	
Einsamkeitsgefühle									
häufig	3	4	2	3	11	0	2	4	
manchmal	36	35	35	25	44	21	24	47	
nie	61	61	63	72	45	79	74	49	
Kontrollüberzeugung									
tiefes Niveau	19	23	15	20	24	25	19	26	
mittleres Niveau	46	41	45	43	42	34	39	46	
hohes Niveau	35	37	40	37	34	41	42	27	
Wohlbefinden/Optimismus									
niedrig	2	5	4	3	7	0	2	5	
hoch	38	32	26	31	31	40	30	45	
sehr hoch	60	63	70	66	62	60	68	50	
Medikamentenkonsum (in den letzten 7 Tagen)									
mindestens ein Medikament	39	37	32	27	35	27	28	32	
Tabakkonsum									
Total	29	34	26	24	51	28	24	48	
1 bis 9 Zigaretten pro Tag	12	15	15	11	19	10	8	20	
10 Zigaretten und mehr pro Tag	17	19	11	14	33	18	17	28	
Stellenwert der Gesundheit									
lebe unbekümmert darum	6	8	4	8	13	7	8	13	

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002

+ D-CH: Deutschschweiz ohne Kanton Zürich

* GD-CH: Wegen zu kleiner Fallzahlen werden hier die allein Erziehenden der gesamten Deutschschweiz, inklusive Kanton Zürich, aufgeführt.

In Bezug auf das *aktuelle gesundheitliche Befinden* unterscheiden sich die fünf Familiensituationen nicht (vgl. Tab. 13). Bei den *anhaltenden Beschwerden* handelt es sich um eine Reihe von körperlichen Symptomen deren Auftretenshäufigkeiten in den letzten vier Wochen vor der Befragung erfragt wurden. Hier zeigt sich zwischen den Gruppen ein schwach signifikanter Unterschied.

Deutliche und signifikante Unterschiede gibt es in Bezug auf die psychische Ausgeglichenheit. Hier zeigen die allein Erziehenden (mit älteren Kindern) schlechtere Werte als die übrigen Gruppen. Bezüglich Neigung zu *Depression* zeigen die allein Erziehenden mit jüngeren wie auch mit älteren Kindern höhere Werte.

Die *Kontrollüberzeugung* sowie *Wohlbefinden/Optimismus* bilden – wie von Perrig-Chiello (1997) aufgezeigt – zusammen einen Komplex, zu dem auch Momente wie das der allgemeinen Zufriedenheit, der Sinn des Lebens usw. gehören. Sie können als relativ überdauernde Persönlichkeitsmerkmale verstanden werden, welche unbeeinflusst von aktuellen Einflüssen (familiar und weiteren) im Zusammenhang mit Gesundheit stehen). Im Gegensatz zu dieser Erwartung zeigen Tab. 12 und Tab. 13 das Muster, dass die allein Erziehenden in Bezug auf Kontrollüberzeugung und Wohlbefinden/Optimismus schlechter als die Frauen mit Kindern in Paarsituationen dastehen. Dies legt nahe, dass sich diese Merkmale von aktuellen Belastungen beeinflusst zeigen und in der Gruppe der allein Erziehenden ein eingeschränktes Wohlbefinden/Optimismus und eine eingeschränkte psychische Gesundheit (im Vergleich zu anderen Gruppen) zu verzeichnen sind, was als Folge von Belastungen interpretiert werden kann.

Tab. 13: Gesundheit und soziale Lage in fünf Familiensituationen* (Frauen zwischen 23 und 50 Jahren in der gesamten Deutschschweiz)

	p=	keine Kinder (n=1625)	jüngstes Kind zwischen 0 und 6 Jahren		jüngstes Kind zwischen 7 und 14 Jahren	
			Paare (n=726)	allein Erziehende (n=66)	Paare (n=555)	allein Erziehende (n=116)
aktuelle gesundheitl. Befindlichkeit	n.s.	C	A	D	B	E
anhaltende Beschwerden	.05	D	A	C	B	E
psychische Ausgeglichenheit	.001	B (1)	A (1)	D (1)	C (1)	E (2)
Neigung zu Depression	.001	C (1)	B (1)	D (2)	A (1)	E (2)
Einkommen	.001	A (1)	C (2)	D (2)	B (2)	E (2)
Bildung	.001	B (2)	C (2)	A (1)	E (2)	D (2)
Kontrollüberzeugung	.01	C (1)	B (1)	D (1)	A (1)	E (2)
Wohlbefinden/Optimismus	.01	C (1)	B (1)	D (1)	A (1)	E (2)
Belastungsindikator		7	8	8	8	12

Datenquelle: Bundesamt für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002

* Die grau und weiss markierten Felder bilden je homogene Gruppen (Testkoeffizient: Tukey): Es gibt keine signifikanten Unterschiede innerhalb der gleichfarbenen Felder, aber signifikante Mittelwertsunterschiede zu den andersfarbenen Feldern. Die Buchstaben entsprechen den Rangfolgen der Mittelwerte: «A» bezeichnet den besten Wert, «E» bezeichnet den schlechtesten Wert. In den Feldern bedeutet die Zahl in Klammern einen Belastungsindikator: «2» bedeutet eine hohe Belastung (grau eingefärbt). Die Summe des Belastungsindikators beträgt min. 6 bis max. 12 Punkte pro Gruppe.

In einer zusätzlichen multivariaten Betrachtung (Ergebnistabelle nicht dargestellt) wurden die Zusammenhänge zwischen den fünf Familiensituationen und den abhängigen Variablen – Befindlichkeit, Beschwerden, Ausgeglichenheit und Depression – unter Kontrolle der fünf Kovariaten – Einkommen, Nationalität, Bildung, Kontrollüberzeugung und Wohlbefinden/Optimismus – untersucht.

Dabei zeigt sich, dass die Familiensituation nur noch im Falle der psychischen Ausgeglichenheit einen signifikanten Beitrag zur Erklärung gesundheitlicher Unterschiede leistet. Der Einfluss der Familiensituation auf die Gesundheit ist somit als eher gering einzuschätzen. Die gesundheitlichen Unterschiede liegen stärker in den fünf als Kovariaten definierten Variablen begründet. Unter diesen fünf Variablen stechen am stärksten die beiden «persönlichkeitsbezogenen» Faktoren (Kontrollüberzeugung sowie Wohlbefinden/Optimismus) als erklärende Variablen hervor.

In einer Querschnittsbefragung können keine Aussagen über Ursachen und Wirkungen gemacht werden. Die Interpretation eines Einflusses der Lebenssituation «allein erziehend» auf die psychische Gesundheit und entsprechende Merkmale scheint aber nahe liegend: Die andauernde Belastung durch diese Situation ist in der Lage, Kontrollüberzeugung und Wohlbefinden/Optimismus zu beeinträchtigen. Dies gilt auch in Bezug auf die anderen gesundheitlichen Outcomes.

Zusammenfassung

Kinder zu haben, bedeutet für Frauen primär eine Belastung in Bezug auf die finanzielle Lage und die zeitlichen Ressourcen. Die gesundheitliche Situation ist im Allgemeinen jedoch nicht wesentlich beeinträchtigt. Kinder zu haben kann somit auch als gesundheitliche Ressource angesehen werden. Einzelne Indikatoren lassen aber doch erhebliche gesundheitliche Belastungen (Distress) erkennen.

Grundsätzlich weisen die Lebensverhältnisse der Frauen mit Kindern eine tendenzielle Armutsgefährdung auf. Ihnen stehen weniger finanzielle Mittel zur Verfügung als Frauen ohne Kinder. Dies trifft in verstärktem Masse auf die allein Erziehenden zu, die generell über weniger (finanzielle und andere) Ressourcen verfügen als Paare, bei gleichzeitig erhöhten zeitlichen Anforderungen.

Überdauernde *Belastungen* durch Familienmanagement, Zeitknappheit, Schlafmangel, eingeschränkte finanzielle Mittel, eingeschränkten Lebensstandard, multiple Belastungen, mangelnde Beteiligung der Väter an Haus- und Familienarbeit sind mit gesundheitlichen Einschränkungen verbunden.

Die Arbeitszufriedenheit ist bei Frauen mit Kindern hoch. Die Erwerbsarbeit wird von den Frauen geschätzt; dies trifft auch auf die allein Erziehenden zu. Die Erwerbsarbeit verfügt im Vergleich zur Familienarbeit über eine höhere gesellschaftliche Wertung und Anerkennung. Sie ermöglicht aber auch soziale Kontakte und Abwechslung zur Familienarbeit, so einige mögliche Interpretationen für die hohe Arbeitszufriedenheit.

Allein Erziehende zeigen vergleichsweise hohe Neigung zu Depression, zu niedrigerer psychischer Ausgeglichenheit, weisen einen höheren Raucherinnenanteil und einen höheren Anteil mit Untergewicht auf. Diese Gruppe gibt besonders häufig an, zu leben, ohne sich um die Gesundheit zu kümmern.

Die Gruppe der allein Erziehenden zeigt sich in dieser Untersuchung wiederum geteilt, indem die stärksten Belastungen nicht in der Gruppe mit kleinen Kindern auftreten, sondern in der Gruppe der Frauen, deren jüngstes Kind älter als sechs Jahre alt ist. In dieser Gruppe sind die Anforderungen anhaltend gross (in Bezug auf das Zeitmanagement) und die Ressourcen eher klein (z. B. finanzielle Absicherung). Der grössere Anteil an geschiedenen und getrennten Frauen in dieser Gruppe zeigt, dass die Situation «allein erziehend» vermehrt einer Paarbeziehungsphase folgte. Diese Situation wird offenbar als besonders belastend erlebt und sie unterscheidet sich von der Situation, in der bereits in der frühen Phase die Familiensituation «allein erziehend» gelebt wurde.

4. Angebote im Bereich der Gesundheits- und Sozialversorgung

4.1 Angebote für Mütter während Schwangerschaft und Geburt

Patricia Blöchlinger

Vor der Geburt

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

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

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

Bei der Geburt

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

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

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

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

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

Nach der Geburt

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

Den Frauen steht es frei, das frühe Wochenbett (sieben bis zehn Tage) im Spital, im Geburtshaus oder zu Hause (ambulante Geburt) mit der Betreuung durch eine frei praktizierende Hebamme zu verbringen. Verbreitet sind heute Mischformen: Eine Wöchnerin und ihr Kind verbringen drei Tage im Spital und werden danach einige Tage von einer Hebamme nachbetreut. Diese Dienstleistungen werden von der Krankenkasse bezahlt²⁵.

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

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

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

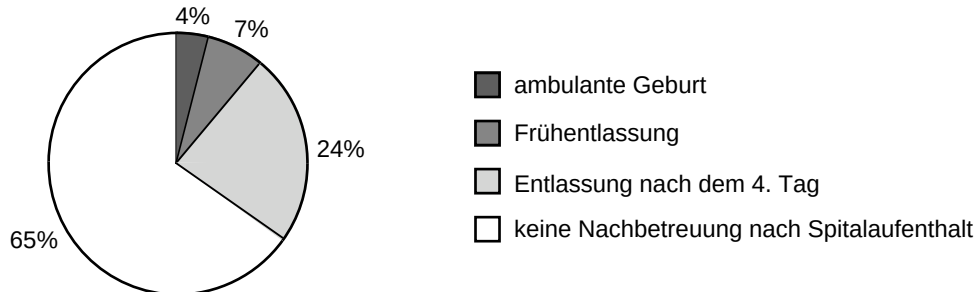
** Viele Familien leisten sich zur Zeit keine Haushaltshilfe.

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

²⁵ Siehe auch Magazin «Saldo» Nr. 7 vom 14. April 1999.

35% aller Mütter, die im Spital geboren haben, von einer frei praktizierenden Hebamme zu Hause betreut, während es 1998 nur 10% waren.

Abb. 7: Wochenbettbetreuung nach Spitalgeburt durch frei praktizierende Hebammen im Kanton Zürich im Jahr 2003



Familienhelferinnen oder Hauspflegerinnen sind dazu ausgebildet, Aufgaben im Haushalt und in der Kinderbetreuung zu übernehmen und können in der Wochenbettzeit eine grosse Unterstützung und Entlastung für die jungen Mütter sein. Sie sind meist Teil der gemeindlichen Spitex, werden jedoch in der Grundversicherung nicht von den Krankenkassen bezahlt.

Bereits im Wochenbett können junge Familien das Angebot speziell ausgebildeter Mütter- und Väterberaterinnen in Anspruch nehmen. Während des ersten Jahres nach der Geburt beraten diese die Eltern bei der Pflege, Ernährung und Entwicklung der Kinder.

Stillen ist die natürlichste Ernährungsform für einen Säugling während des ersten Lebensjahres. Die WHO empfiehlt ausschliessliches Stillen während sechs Monaten und danach weiteres Stillen mit altersgerechter Beikost. Stillen bietet neben der Förderung des Mutter-Kind-Kontakts wichtige *gesundheitliche Vorzüge* für Mütter und Kinder. So erkrankten stillende Mütter weniger häufig an Brustkrebs. Gestillte Kinder haben ein geringeres Risiko für Infektionen und im späteren Kindesalter durchschnittlich einen höheren Intelligenzquotienten (Anderson et al., 1999). Die Studie von Conzelman (1995) über Stillhäufigkeit und Stilldauer in der Schweiz zeigt auf, dass 1994 in der Schweiz nur 41% der Mütter während sechs Monaten und länger stillten. In Norwegen stillen hingegen 80% der Mütter länger als sechs Monate (Nylander, 2004). Die norwegische Regierung unterstützt dies mit ihrer Gesundheitspolitik, indem stillenden Müttern ein bezahlter Mutterschaftsurlaub von zehn Monaten gewährt wird.

Immer mehr Spitäler unterstützen die Initiative «*Baby Friendly Hospitals*» der WHO und Unicef und bemühen sich um die Anerkennung «stillfreundlicher Kliniken», in denen sich Stillfrequenz und Stilldauer nachweislich erhöhen. Im Kanton Zürich besitzen 12 Spitäler und ein Geburtshaus diese Auszeichnung.

Stillende Mütter können sich durch frei praktizierende Hebammen, durch Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC und durch La Leche Liga-Beraterinnen beraten lassen (vgl. auch S. 59). Bei Stilltreffen können sich Frauen ausserdem zum allgemeinen Austausch treffen. Die Schweizerische Stiftung zur Förderung des Stillens (www.allaiter.ch) setzt sich national für die Stillförderung ein.

Wochenbettdepression – wenn Muttersein alles andere als glücklich macht

Grob unterscheidet man drei Gruppen von seelischen Störungen nach der Geburt: Das nachgeburtliche Stimmungstief, die Wochenbettdepression und die Wochenbettpsychose. Diese Gruppen sind nicht scharf trennbar und können ineinander übergehen.

Das nachgeburtliche *Stimmungstief*, auch «Baby-Blues» genannt, kommt bei bis zu 80% der Frauen vor und äussert sich in unerklärlicher Traurigkeit, Stimmungsschwankungen oder Ängstlichkeit in den ersten Tagen nach der Geburt. Es dauert einen bis mehrere Tage an und wird nicht als Krankheit betrachtet. Eine medizinische Behandlung ist nicht notwendig, wohl aber unterstützende Zuwendung.

Die *Wochenbettdepression* ist die häufigste mütterliche Erkrankung im ersten Jahr nach einer Geburt; 10 bis 20% aller Mütter sind davon betroffen. Sie kann sich in Erschöpfung, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Panik, Suizidgedanken, aber auch Kopfschmerzen oder Herzbeschwerden äussern. Als Ursachen werden sowohl genetische und hormonelle Faktoren als auch mangelnde soziale Unterstützung angenommen (Bennet & Indman, 2003).

Die Ausprägung der Depression kann sehr unterschiedlich sein. Bei leichter Depression kann es genügen, wenn die Mutter im Alltag mehr unterstützt wird. Schwerere Depressionen werden mit Psychotherapie und/oder Antidepressiva behandelt. In sehr schweren Fällen oder bei einer Wochenbettpsychose werden die Mütter stationär in einer Klinik behandelt. Bei einer *Wochenbettpsychose* (0,5% bis 2% aller Mütter) verlieren die betroffenen Frauen den Kontakt zur Wirklichkeit und das Persönlichkeitsbild kann sich vollständig verändern.

Wochenbettdepressionen werden häufig weder von den Betroffenen noch von den Fachpersonen (Ärzten und Ärztinnen, Mütterberaterinnen, Hebammen, etc.) als solche erkannt. Hierzu trägt ein depressionstypisches Merkmal bei: Die Unfähigkeit der Betroffenen, selber Hilfe anzufordern. So bleiben viele Wochenbettdepressionen unbehandelt.

Angebote im Kanton Zürich: Nach der Diagnose einer Wochenbettdepression werden individuelle Lösungen gesucht. Es gibt verschiedene Anlaufstellen wie Elternnotruf, Mütterhilfe, Jugendsekretariate oder pro mente sana, die weiterhelfen können. Spitex, pro juventute und Pro Patria vermitteln Haushaltshilfen oder Praktikantinnen.

Bis Ende 2004 kannte der Kanton Zürich zwei Erholungsheime für Mütter und Kinder und ein auf (leichte bis mittelschwere) Wochenbettdepressionen spezialisiertes Haus in Uster. Wegen mangelnder finanzieller Unterstützung musste eines der Heime und das Haus in Uster jedoch geschlossen werden. Seit Januar 2005 besteht für jeweils zwei Frauen mit leichten bis mittelschweren Depressionen die Möglichkeit, mit ihren Babys im Bezirksspital Affoltern aufgenommen und behandelt zu werden. Die psychiatrischen Kliniken nehmen Frauen mit schweren Wochenbettdepressionen auf, jedoch ist die Mitbetreuung des Kindes nur in wenigen Kliniken gegeben. Ambulant gibt es Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sich auf die Behandlung der Wochenbettdepression spezialisiert haben. Einen Überblick über die Angebote findet man unter: www.infostelle.ch oder www.projuventute.ch/d/angebot/index.html.

Martin Kammerer, Psychiater am Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst in Horgen, forscht im Bereich der psychischen Erkrankungen bei schwangeren Frauen und Müttern mit Babys während des ersten Jahres nach der Geburt. Er hat festgestellt, dass ein Bedürfnis nach Behandlung der Betroffenen von den Experten erkannt ist, aber kein kantonales Versorgungskonzept besteht. Die Zahlen der Inanspruchnahme der Dienste im Kanton Zürich deuten – obwohl unvollständig – darauf hin, dass eher mehr Patientinnen stationär behandelt werden als in Ländern, in denen stationäre Spezialeinheiten und ambulante Spezialsprechstunden vorhanden sind (Kammerer et al., 2004). Früheres und konsequenteres Erfassen der betroffenen Frauen würde helfen, die Behandlungsdauer zu verkürzen und das Leid der Betroffenen zu mindern.

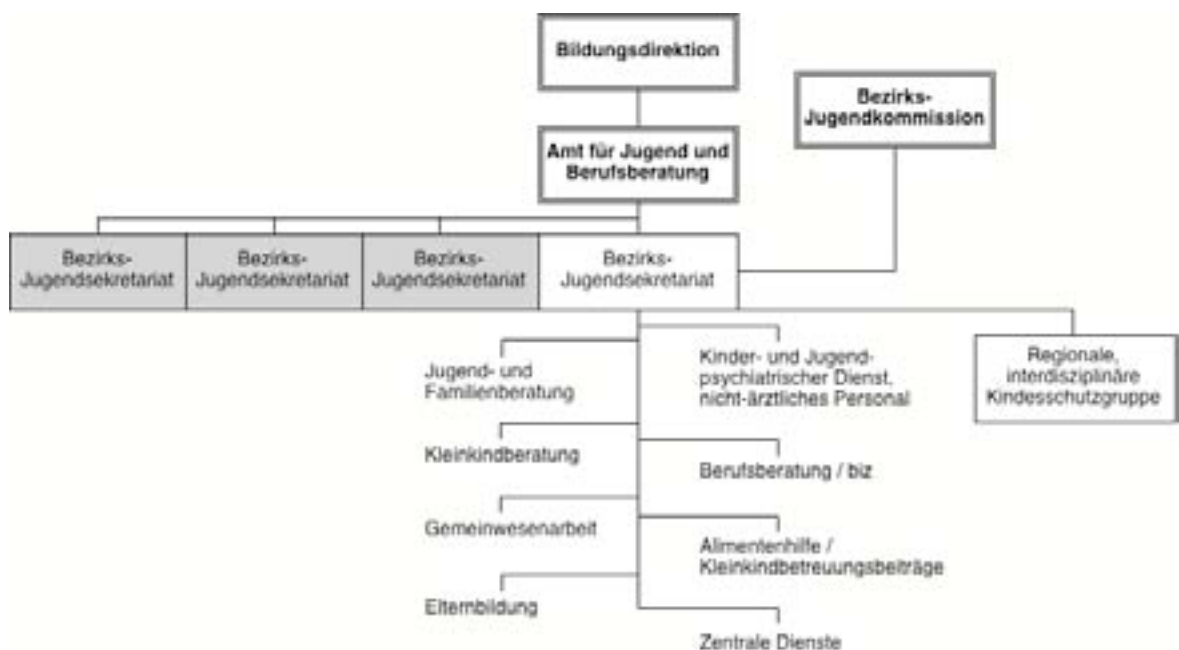
4.2 Angebote der Jugendsekretariate

Regula Bohny

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

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

Abb. 8: Organigramm Bezirks-Jugendsekretariate



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

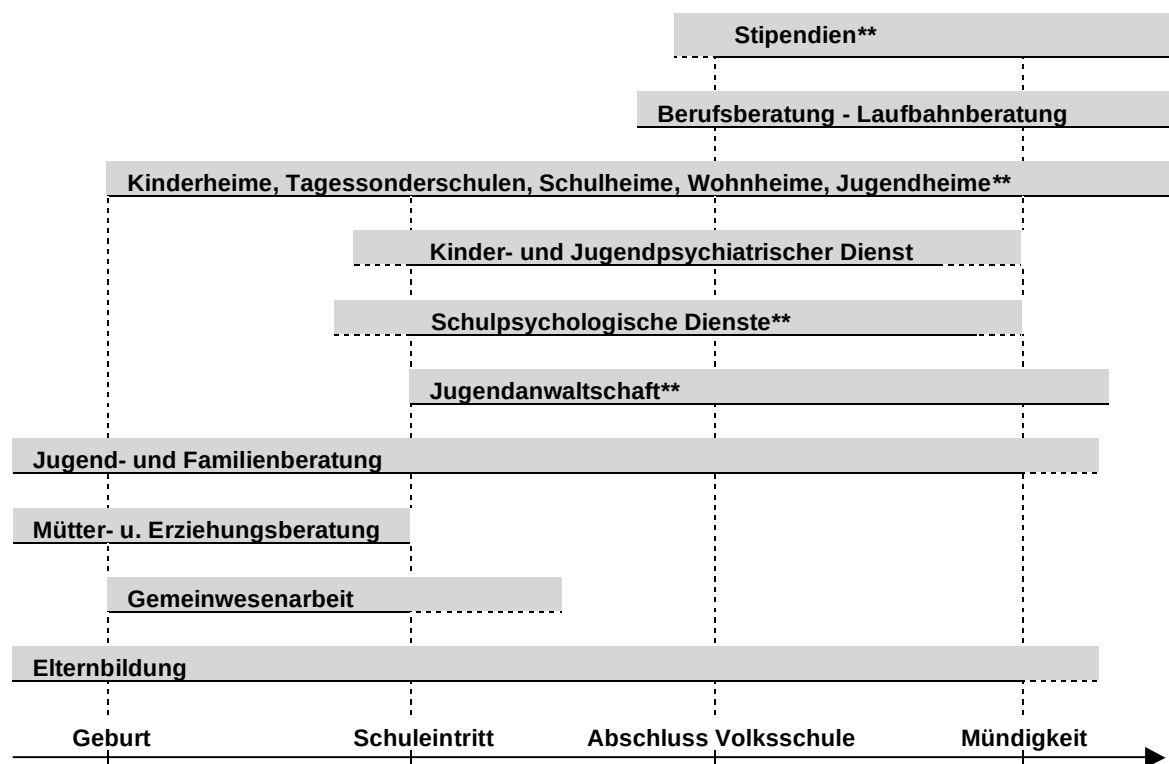
Aufgaben der Bezirksjugendsekretariate

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

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

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

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



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

** Die weiteren Dienste sind in der Grafik gekennzeichnet.

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

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

Umgang mit familiären Belastungssituationen (z. B. Schlafstörungen). Die Erziehungsberatung ist ein niederschwelliges, leicht zugängliches Angebot, das auch durch die Jugend- und Familienberatung bei Familien mit besonderen Risikokonstellationen (Armut, Gewalt, Scheidungskonflikte, Migration, psychische Erkrankung der Eltern) beigezogen wird. Die Erziehungsberatung gehört mit der Mütterberatung zu denjenigen Diensten, welche die Möglichkeit einer frühen Intervention bei möglichen Risikoentwicklungen nutzen. Diese Dienste können zur Vermeidung der Chronifizierung von Entwicklungs- und Bindungsstörungen sowie dysfunktionaler familiärer Beziehungsmuster beitragen.

Die *Gemeinwesenarbeit* (eine weitere Abteilung der KKB) leistet in den Bezirken wichtige Vernetzungsarbeit. Sie wirkt vor allem in den Gemeinden, wo sie für den Anstoss, Aufbau und die Leitung von Eltern-Kind-Projekten (z. B. Familienzentren, Mutter-Kind-Gruppen) zuständig ist. Schwerpunkte in der Gemeinwesenarbeit sind:

- Beratende Mitwirkung beim Aufbau von Betreuungseinrichtungen für Kinder;
- Information über Angebote der familienergänzenden Kinderbetreuung;
- Vermittlung entsprechender Plätze;
- Projektarbeit im Bereich der Integration von Migrantenfamilien mit kleinen Kindern, z. B. Deutschkurse für Mütter oder kulturelle und sprachliche Integration der Kinder im Vorschulalter.

Hinweis auf die Leistungen der Jugendhilfe im Kanton Zürich

Unter www.lotse.zh.ch sind die Beratungs- und Unterstützungsangebote im Kanton Zürich aus den Bereichen Kinder, Jugend, Familie und Beruf (beispielsweise die Erziehungsberatung) detailliert beschrieben.

Die *Jugend- und Familienberatungsstellen* der Jugendsekretariate haben ein breites Aufgabenspektrum zu bewältigen. Auf der einen Seite stehen sie Kindern, Jugendlichen und ihren Familien, die bei ihnen Hilfe suchen, mit einem niederschweligen Beratungsangebot zur Verfügung. Für diese Leistung ist kein behördlicher Auftrag nötig. Bei diesem Angebot geht es um Erziehungs- und Familienfragen, Beziehungsprobleme, finanzielle Sorgen oder Schwierigkeiten im Umgang mit dem Besuchsrecht. Auf der anderen Seite sind sie für diejenigen Fälle zuständig, in denen die Vormundschaftsbehörde die Beratungsstellen mit der Durchführung von Kindesschutzmassnahmen beauftragt. Dazu gehören insbesondere die Erziehungsbeistandschaft, bei der die Eltern bei ihrer Sorge um das Kind unterstützt oder vertreten werden, Beistandschaften im Verfahren zur Feststellung der Vaterschaft oder bei der Aufhebung der elterlichen Obhut mit Fremdplatzierung eines Kindes in eine Pflegefamilie oder in ein Kinder-, Schul- oder Jugendheim.

Häufig werden die Sozialarbeiter/innen der Jugend- und Familienberatungen auch mit der Abklärung und Beurteilung von familiären Situationen beauftragt, entweder durch die Vormundschaftsbehörde bei Gefährdung des Kindeswohls oder durch ein Gericht, wenn ein Kind in einem Verfahren mitbetroffen ist.

Bekannt ist, dass «Familie» zu einem Armutsrisiko geworden ist (insbesondere wo viele Kinder vorhanden sind oder wo ein Elternteil allein erziehend ist). Statistisch belegt ist auch die Tatsache, dass heute 57% der Mütter mit einem jüngsten Kind unter sieben Jahren erwerbstätig sind (vgl. Kapitel 1.1); bei den Müttern mit älteren Kindern steigt dieser Anteil (vgl. Kapitel 4.6). Es ist nahe liegend, dass sich die Belastungsfaktoren entsprechend kumulieren. Die Problemstellungen, mit denen Eltern, allein Erziehende, Kinder und Jugendliche die Beratung und Hilfe der Jugendsekretariate in Anspruch nehmen, werden immer komplexer und erfordern eine hohe psychische Belastbarkeit und eine differenzierte Fachkompetenz der Mitarbeitenden. Aus diesen Gründen sind in verschiedenen Bereichen der Jugendhilfe Projekte im Gang oder geplant, die zum Ziel haben, Müttern, Vätern und Kindern in besonders kritischen oder belastenden Situationen adäquate und ressourcenorientierte Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Probleme zu bieten.

Eines dieser Projekte im Bereich der präventiven Arbeit der Jugendsekretariate heisst «Familienaktivierung» und hat zum Ziel, die ambulanten Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten zu erweitern und ausserfamiliäre Platzierungen zu vermeiden. Das Projekt wird gemeinsam durch die Jugendsekretariate vier benachbarter Bezirke geplant, da für eine wirtschaftliche Durchführung von einem grösseren Versorgungsgebiet auszugehen ist. Als Zielgruppe sind Familien in Krisen oder Familien mit teilweise eingeschränkter Erziehungsfähigkeit und akuter Gefährdung der Kinder sowie einer angezeigten bzw. bevorstehenden ausserfamiliären Platzierung definiert. Familienaktivierung ist ein Intensivprogramm in und mit Familien. Bei drohender Fremdplatzierung eines oder mehrerer Kinder arbeitet eine Fachperson nach einem standardisierten Programm während sechs Wochen bis zu 20 Stunden an konkret festgelegten Zielen. Zur Bewältigung von akuten Krisen ist sie rund um die Uhr für die Familie erreichbar. Die Ziele der Intervention sind folgende:

- Familien in Krisen lernen gemeinsam neue, kindsgerechte Verhaltensweisen. Sie lernen, wie sie künftig Eskalationen vermeiden oder umgehend beruhigen können.
- Die Kinder bleiben in der Familie, alle Kinder profitieren von der Massnahme.
- Eingeschränkt erziehungsfähige Eltern werden in ihren Fähigkeiten gestärkt und im Hinblick auf eine stabile Alltags- und Beziehungsstruktur für die Kinder mit ergänzenden Angeboten unterstützt.
- 50% der ausserfamiliären Platzierungen werden vermieden.

In allen Bezirken des Kantons und in den Städten Winterthur und Zürich stehen Kindesschutzgruppen zur Verfügung. Die Aufgaben dieser liegen in der Unterstützung und Beratung von Fachpersonen oder Mitgliedern von Behörden bei der Einschätzung von Gefährdungssituationen und Planung des weiteren Vorgehens. Sie bestehen aus Fachleuten der Medizin, Schulpsychologie, Kleinkindberatung sowie Jugend- und Familienberatung. Wenn nötig werden die Bezirksanwaltschaft oder Fachleute weiterer Disziplinen beigezogen. Die Kindesschutzgruppe ist ein Beratungsgremium und interveniert nicht selbst. Die anfragenden Personen sollen nach der Beratung in der Lage sein, selber gezielte Schritte zum Schutz der Kinder einzuleiten. Das Angebot richtet sich hauptsächlich an Fachleute und Behörden, die mit dem Verdacht oder der Tatsache von Kindesmisshandlung, sexueller Ausbeutung oder Vernachlässigung konfrontiert sind. Grundsätzlich können aber alle Personen mit Fragen zur Gefährdung von Kindern und Jugendlichen an die Kindesschutzgruppen gelangen.

Nicht beschrieben wurden hier die Alimentenhilfe und die Kleinkinderbetreuungsbeiträge (vgl. Kapitel 1.4). Diese stellen ebenfalls wichtige Dienstleistungen der Jugendsekretariate für Mütter mit Kleinkindern dar.

Gesetzliche Bestimmungen

Die Bestimmungen des Schweizerischen Zivilgesetzbuches im Kindes-, Familien-, Eltern- und Vormundschaftsrecht setzen den Rahmen für die kantonalen Jugend- und Familienmassnahmen. Insbesondere die Revision des Kindes-, Ehe-, und Scheidungsrechts und die damit verbundenen gesellschaftlichen Anpassungen haben in den vergangenen zwanzig Jahren die sozialpädagogische Praxis der Jugend- und Familienhilfe entscheidend geprägt und verändert.

Die konkreten Aufgaben der Jugendsekretariate im Kanton Zürich sind unter § 11 des kantonalen Gesetzes *über die Jugendhilfe* (Jugendhilfegesetz) vom 14. Juni 1981 beschrieben. Dieses Gesetz wird gegenwärtig einer Revision unterzogen, um die notwendigen Rechtsgrundlagen für die zur Zeit erfolgende Reform der kantonalen Jugendhilfe zu schaffen.

Den Jugendsekretariaten sind auch die Regionalstellen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD) angegliedert. Die Zuständigkeit bezieht sich hier auf das nicht-ärztliche Personal und die infrastrukturelle Ebene. Fachlich sind die KJPD dem Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Gesundheitsdirektion unterstellt.

4.3 Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgung – das «winterthurer modell»

Urs Hunziker, Kurt Albermann, Franziska Guntern, Kurt von Siebenthal, Helmut Oswald & Rosmarie Müller

Einführung

In Winterthur besteht ein grosses Angebot an institutioneller und privater Unterstützung für Kinder, Eltern und sämtliche Familienmitglieder. Das Angebot richtet sich an Kinder und Jugendliche von Geburt bis in die Adoleszenz, der Fokus in diesem Artikel liegt aber auf den ersten sechs Lebensjahren der Kinder.

Um die bestehenden Ressourcen optimal nutzen zu können, wird in der Region Winterthur seit Jahren Vernetzungsarbeit geleistet. Aktuell ist diese Vernetzung zu einem umfassenden psychosozialen und medizinischen Angebot gediehen, konkrete Beispiele werden in diesem Beitrag speziell gewürdigt.

Die Pflege der Schnittstellen geht über die Bewältigung der Kernaufgaben der jeweiligen Institutionen hinaus. Vernetzung beinhaltet auch, Vertrauen und Respekt für die Partner zu entwickeln, die Beziehungen transparent zu gestalten und über aktuelle und für die Zukunft geplante Aktivitäten laufend zu informieren. Der regionale Aspekt der Vernetzung bietet grosse Möglichkeiten, schwierigste Fälle vor Ort unter direktem Einbezug der betroffenen Kinder und Eltern effizient und qualitativ gut zu lösen: im Sinne von Kostenoptimierung für die Betreuungsseite aber auch im Sinne der Aufwandsbeschränkung für die KlientInnen.

Vorbemerkung zu den Bedürfnissen und Ressourcen von Familien mit Kindern

In der heutigen Zeit zeigt sich eine zunehmende *Belastung der Familien*. Im Folgenden werden nur einzelne Aspekte erwähnt, denen wir im Beratungsalltag begegnen: Viele Familien oder allein erziehende Eltern leben isoliert. Eine Vernetzung durch die «Sippe» besteht nicht mehr, was die familiären Ressourcen einschränkt. Eine tragfähige Vernetzung ist wichtig bei unerfahrenen Eltern, bei besonderen Lebensereignissen (z. B. der Geburt eines Kindes), bei Krankheit und anderen schwierigen familiären Situationen, aber auch generell zur Bewältigung des Alltags. Nicht erfüllte Bedürfnisse junger Eltern (z. B. fehlender Schlaf, fehlende Zeit für die Beziehungspflege) prägen den Alltag von Familien mit Kindern im Vorschulalter und beeinflussen die Partnerschaft und die Eltern-Kind-Beziehungen (Buonvicini & Studer, 2004).

Im Umgang mit Belastungen und Bedürfnissen sind folgende Ressourcen von grosser Bedeutung: Eine gute soziale Integration, kommunikative Fähigkeiten, praktisches Wissen um familiäre und erzieherische Themen sowie unkomplizierte Entlastungsmöglichkeiten.

Bei der Mehrheit der Mütter besteht heute eine Mehrfachbelastung durch mütterliche und familiäre Pflichten und Berufstätigkeit. Durch die hohen Lebenskosten steht den Familien weniger Geld zur Verfügung. 18% der allein erziehenden Frauen und mehr als 8% der Familien mit zwei Kindern in der Schweiz zählen zu den «*working poor*» (Bundesamt für Statistik, 2004; siehe dazu Kapitel 1.4). 30% der Sozialhilfeempfänger/innen im Kanton Zürich sind Paare mit Kindern oder allein erziehende Mütter. Durch Sparmassnahmen von Bund und Kanton werden Vorsorgeleistungen eingeschränkt. Dies führt auch zu einer Verschlechterung der medizinischen und psychosozialen Versorgung junger Familien.

Im Folgenden findet sich eine (unvollständige) Auflistung medizinischer, psychosozialer und bereits vernetzter Einrichtungen in der Region Winterthur, die der Versorgung von Müttern, Vätern und

Kindern dienen. Die Einteilung erfolgte in öffentliche und private Institutionen und in Bereiche von Primär-, Sekundär- bzw. Tertiärprävention (vgl. Tab. 15 mit Legende zu den Präventionsfeldern). Dabei sind Überschneidungen der Aufgaben einzelner Einrichtungen natürlich nicht vermeidbar.

Tab. 15: Engagements der medizinischen und psychosozialen Einrichtungen in den drei Präventionssegmenten

	* Primär-	** Sekundär-	*** Tertiär-	Prävention
Medizinische Einrichtungen				* Die Primärprävention will in langfristiger Perspektive der Entstehung von Störungen zuvor kommen (z. B. durch Aufklärung, Werbeverbote). ** Die Sekundärprävention bezweckt die frühzeitige Erfassung von Symptomen und Abwendung einer möglichen Gefährdung (z. B. Suchtgefährdung). *** Die Tertiärprävention will Folgestörungen bestehender Krankheiten verhindern und Rückfällen vorbeugen (z. B. durch Rehabilitation, Wiedereingliederung).
Kinderklinik, Kinder-/JugendärztInnen				
Kinder- und Jugendpsychiatr. Dienst, Kinder-/Jugendpsychiater/innen				
Integrierte Psychiatrie Winterthur, Erwachsenenpsychiater/innen				
HausärztInnen				
Geburtshilfe/Gynäkologie				
Hebammen, Stillberatung				
Sozialpädiatrisches Zentrum				
Spitex				
Drogenberatung				
Medizinische Heilberufe (Heilpädagogik, Logopädie, Ergotherapie, etc.)				
Primär vernetzte Einrichtungen				
Fachstelle Opferhilfe/Kinderschutz				
Bildungs- und Betreuungseinrichtungen				
Spielgruppen				
Krippen und Horte				
Kindergärten und Schulen				
Mütterzentrum				
Pflege-/Tagesfamilien				
Elternbildung				
Psychosoziale Einrichtungen				
Öffentlich				
Jugend-/Familienberatung				
Mütter-/Väterberatung				
Erziehungsberatung				
Schulpsychologischer Dienst				
Heilpädagogische Frühberatung				
Sozialberatung, Gesetzlicher Betreuungsdienst, Fürsorge, Vormundschaftsbehörde				
Asylkoordination				
Privat				
Frauenhaus				
Mutter-Kind-Heim				
Notruf (Frauen, Eltern, Kinder)				
Selbsthilfegruppen, -zentren				

Die Einrichtungen verfolgen mit ihrer fachspezifischen und vernetzten Arbeitsweise primär das Ziel der Erhaltung, respektive der Wiederherstellung der Gesundheit des Kindes und seiner familiären Umgebung.

Daneben besteht eine Vielzahl kleinerer und kleinster Angebote, häufig in Form privater Initiativen, die nicht in die Tabelle aufgenommen werden konnten. Die Abbildung soll aufzeigen, welchen Präventionsbereichen die jeweiligen Einrichtungen und Träger in erster Linie zugeordnet werden können. Im Bereich der Elternbildung bestehen in der Region ebenfalls vielfältige Angebote. Z. B. die Elternbildungsreihe des Vereins pro Kinderklinik, der Berufsfachschule BFS und dem Jugendsekretariat Winterthur Land. Es existieren aber auch private und öffentliche Einrichtungen (u. a. «Zentrum am Obertor»), die Vortragsreihen zu verschiedensten Themen im Bereich Gesundheit, Krankheit, Ernährung und Erziehung von Kindern nahezu jeden Alters anbieten.

Vernetzte Angebote – Vernetzung als Präventionsaufgabe

In den meisten Gemeinden des Kantons Zürich, sicher aber in allen mittleren und grossen Städten, gibt es eine Vielzahl privater und öffentlicher Anbieter im Gesundheitsbereich, die in allen Präventionsfeldern (im Primär-, Sekundär- und Tertiärbereich) tätig sind. Dennoch besteht im konkreten Einzelfall immer wieder das Problem, dass die verschiedenen Einrichtungen wenig voneinander wissen, parallel arbeiten, sich im schlimmsten Falle in ihren Aktivitäten gegenseitig gar behindern. Manchmal werden Angebote auch nicht genutzt, weil sie zu klein oder zu unbekannt sind. Sozial schlechter gestellten Familien, Asylbewerber/innen, ausländischen Familien mit schlechten Sprachkenntnissen, psychisch oder körperlich kranken Müttern und Vätern sind viele Einrichtungen häufig unbekannt, nicht zugänglich oder auch finanziell nicht erschwinglich.

Daher wurden in Winterthur in verschiedenen Bereichen – ausgehend von Arbeitsgemeinschaften – beispielhaft Kooperationsmodelle aufgebaut, die sich mittlerweile in etablierte Institutionen weiterentwickelt haben, z. B. die Fachstelle für Opferhilfeberatung und Kinderschutz (okey). Der Kern dieser Gruppe besteht aus Mitarbeitenden des Jugendsekretariates und der Kinderklinik in Winterthur. Zu den regelmässigen Fallkonferenzen dieser Gruppe werden im Bedarfsfall verschiedenste andere involvierte Berufsgruppen beigezogen. Auf diese Weise entstand eine sehr enge Vernetzung zwischen den Institutionen und Departementen, die durch diese Synergien erheblich effektiver und effizienter arbeiten als andere Einrichtungen, die nur aus Mitarbeitenden einer einzigen Institution bestehen (siehe Fallbeispiel im Kasten auf der nächsten Seite). Zwar arbeiten praktisch alle grösseren Institutionen (z. B. die Kinderklinik, die Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW), die Jugendsekretariate und viele andere Institutionen oder auch Praxen) ebenfalls interdisziplinär, doch bietet gerade die institutionell verankerte Vernetzung medizinischer und öffentlicher psychosozialer Einrichtungen – wie in diesem Beispiel – besondere Vorteile.

Auch das kürzlich entstandene Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) der Kinderklinik am Kantonsspital in Winterthur bietet durch ein übergreifendes ambulantes Angebot und durch die Behandlung von stationären und ambulanten PatientInnen die Möglichkeit, den Bedürfnissen von Kindern und ihren Müttern, Vätern oder anderen Bezugspersonen unter einem Dach entsprechen zu können.

Schliesslich existieren in Winterthur mehrere Arbeitsgemeinschaften im frühkindlichen und Kleinkindbereich, die sich interdisziplinär zusammensetzen. Sie treffen sich in regelmässigen Abständen und investieren zusätzlich Zeit in verschiedene Themenschwerpunkte, um sich über gegenseitige Aktivitäten und Arbeitsbereiche zu informieren, auszutauschen, Konzepte zu überprüfen und Synergien zu entwickeln. Daraus können dann, wie am Beispiel der Fachstelle «okey» gezeigt wurde, neue Einrichtungen entstehen.

Der regelmässige Austausch von Fachpersonen unterschiedlicher Arbeitsbereiche wirkt sich für Eltern in der täglichen Praxis positiv aus, da die Kommunikationswege unkompliziert sind und die Motivationsgespräche mit den Eltern, sich an eine spezifische Institution oder an eine Fachperson zu wenden, leichter fallen.

Es ist bekannt, dass die Kenntnisse der Fachleute und der Eltern über die vorhandenen Verbindungen von Institutionen und Organisationen nicht deckungsgleich sind. Daher werden Eltern z. B. via Versand der pro juventute-Elternbriefe oder mit Flyern auf wichtige zusätzliche Informationen und Angebote hingewiesen.

Das «winterthurer modell» ist erfolgreich, weil es durch die massgebenden medizinischen und psychosozialen Institutionen, Praxen und Privatpersonen der Region getragen wird, weil es überschaubar ist und weil es bereits heute mit den bestehenden knappen Ressourcen funktioniert und für Kinder und Eltern ein breites Spektrum von Bedürfnissen der Primär- und Sekundärprävention, aber auch der praktischen psychologischen, psychiatrischen und medizinischen Intervention abdeckt.

Fallbeispiel

Am realen Beispiel eines gerade sechsjährigen Mädchens aus einer sozial wenig integrierten Familie soll erläutert werden, wie eine enge Vernetzungsarbeit über verschiedene medizinische und psychosoziale Institutionen und Departements hinweg, im Sinne des «winterthurer modells», funktioniert:

G. ist ein Nachzügling einer Familie, die bereits seit 15 Jahren in der Schweiz lebt. Beide Eltern sind psychisch krank und arbeitslos. Sie erhalten medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung. Verschiedenste zurückliegende ambulante Hilfen über das Jugendsekretariat, u. a. sozialpädagogische Familienhilfe, zeigten nur mässigen Erfolg. Aufgrund einer Eskalation chronischer Konflikte zwischen Eltern und Kind erfolgt zur Krisenintervention die Hospitalisation des bedrohten Mädchens in der Kinderklinik. G. ist sehr ängstlich, schläft bei den Eltern, möchte seit kurzem auch nicht mehr in die Einschulungsklasse gehen. Es bestehen Hinweise auf körperliche Gewalt in der Familie, auch gegenüber dem Mädchen. Daher wird die Fachstelle für Kinderschutz (okey) beigezogen. Eine Verlegung in eine kinderpsychiatrische Tagesklinik oder Station ist aufgrund Platzmangels nicht möglich. Durch das spezialisierte psychosoziale Fachteam der Kinderklinik wird vor Ort ein individuelles Behandlungsprogramm angeboten, woraufhin sich der Zustand von G. stabilisiert und sich die psychische Situation deutlich bessert. Im Verlauf der Behandlung wird klar erkennbar, dass die Eltern erzieherisch überfordert sind. Durch die enge Kooperation der beteiligten Institutionen ist durch eine kurzfristig einberufene Helferkonferenz eine rasche und reibungslose Planung der nächsten Schritte möglich. Von der hinzugezogenen Vormundschaftsbehörde wird eine Beiständin eingesetzt. Mit ihrer Hilfe wird G. in einer Pflegefamilie platziert. Im Verlauf stabilisiert sich der Zustand des Mädchens zusehends, die Massnahme wird nach anfänglicher Ablehnung durch die Eltern gut toleriert.

Ausblick

Eine gut funktionierende Primär- und Sekundärprävention ist auch in Zukunft wichtig und notwendig und bringt volkswirtschaftlichen Nutzen. Es ist sinnvoll, den Familien frühzeitig Hilfe anzubieten, die sich in einer guten und gesunden Entwicklung der Kinder auszahlt, statt abzuwarten, bis teure medizinische und psychosoziale Interventionen erforderlich werden. Fehlende Ressourcen der jungen Familien müssen – wo sinnvoll – durch unterstützende Massnahmen von der öffentlichen Hand bereitgestellt werden.

Fachleute, Institutionen und Departemente müssen vernetzt und interdisziplinär zusammenarbeiten. Die professionell durchgeführte Vernetzung in Arbeitsgruppen, in generellen und fallbezogenen Themen, benötigt personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen, die zusätzlich zur Verfügung gestellt werden müssen. Das vernetzte «winterthurer modell» könnte dabei wegweisend sein.

4.4 Angebote der Evangelisch-reformierten Landeskirche

Peter Wilhelm

Die Tätigkeit der reformierten Kirche lässt sich von der Absicht leiten, den Menschen Lebensbegleiterin in Freud und Leid zu sein. Sie engagiert sich dabei in verschiedenen Handlungsfeldern:

In der *Diakonie*, der kirchlichen Form der Sozialarbeit, bietet sie einerseits eine breite Palette von Angeboten an, welche die soziale Integration und gegenseitige Solidarität fördern. Einzelpersonen und Familien in all ihren Formen werden begleitet, beraten und unterstützt. Räume werden zur Verfügung gestellt. Andererseits fördern die Kirchen eine konstruktive Auseinandersetzung mit einer staatlichen Familienpolitik, die eine familienfreundliche Gesetzgebung und gute Rahmenbedingungen für Kinder, Jugendliche und Erziehende anstrebt. In der *Bildungsarbeit* findet eine Auseinandersetzung mit tragenden Werten und dem religiösen Erbe unserer Gesellschaft statt. Die Kirche begleitet Eltern und Kinder *seelsorgerlich und spirituell* in ihrem Lebensprozess und zeigt Wege, die Lebensübergänge zu gestalten.

Angebote

Die Angebote auf *lokaler Ebene* unterscheiden sich von Ort zu Ort. Sie werden stark geprägt durch vorhandene Ressourcen und Bedürfnisse der Ortsgemeinde. Eine ökumenische Bestandesaufnahme der kirchlichen Angebote im Frühjahr 2004 ist unter www.taten.ch zu finden. Es bestehen Angebote von Männer-Kinder-Wochenenden oder Kinder- und Jugendlagern über Winterartikelbörsen, Mittagstische bis hin zu verschiedensten Gruppen, die Begegnungen ermöglichen und den Austausch unter Kindern, Eltern und zwischen den Generationen fördern. Das soziale Netz der Kirchen mit ihren unzähligen Freiwilligen ist dabei eine unbezahlbare Ressource. Vor allem in städtischen Verhältnissen sind in Kirchgemeinden häufig Anlaufstellen anzutreffen, welche die staatliche Sozialarbeit ergänzen.

Auf *regionaler Ebene* (Bezirk) werden Ehe-, Paar- und Lebensberatungsstellen betrieben. Diese werden von reformierten und katholischen Kirchgemeinden getragen, teilweise zusätzlich von politischen Gemeinden. Mit diesem Angebot zu sozialen Tarifen wird ein gesetzlicher Auftrag erfüllt, welcher vom Staat an die beiden Kirchen delegiert ist.

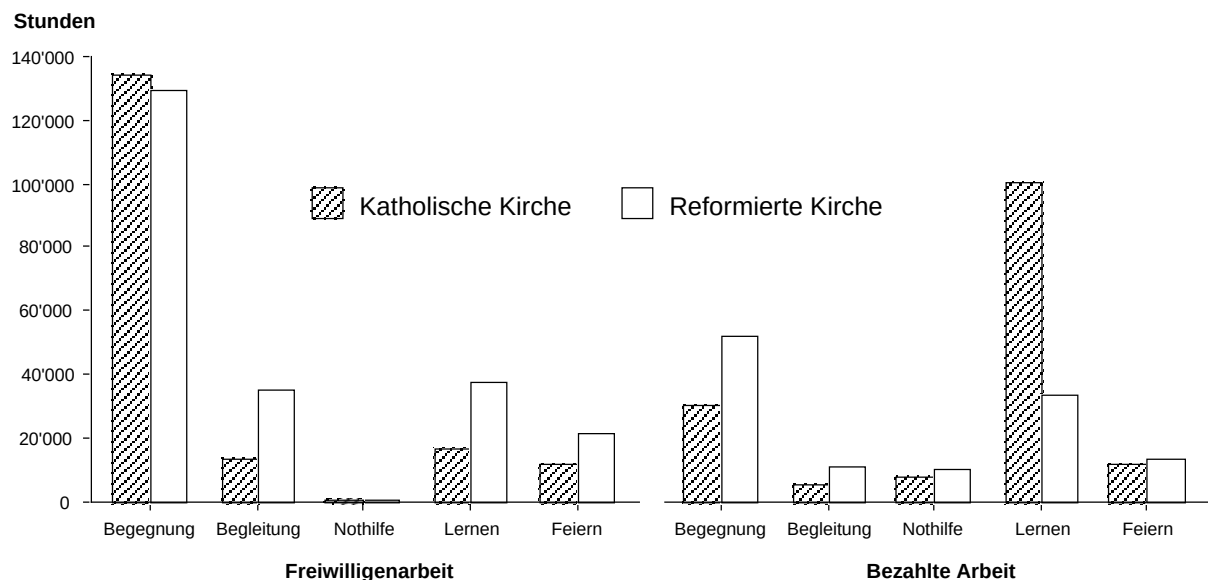
Auf *kantonomer Ebene* besteht innerhalb des gesamtkirchlichen Dienstes eine Fachstelle Familie, eine Fachstelle Kinder in der Kirche und eine Fachstelle Jugend. Diese beraten die lokalen Kirchgemeinden in ihrem Engagement zu Gunsten von Kindern, Jugendlichen und Familien und leisten kirchliche Grundlagenarbeit.

Konkret kann das Angebot der Diakonie mit ihrem Leitgedanken der Nähe zu den Menschen folgendermassen aussehen:

- Die Eltern erhalten eine ermutigende Geburtsgratulation von Seiten der Kirche;
- die Mutter geht ins Kirchgemeindehaus zur Mütterberatung;
- Vater und Kinder besuchen ein Wochenende und schaffen der Mutter so einen Freiraum;
- die Familie trifft beim Familienbrunch andere junge Familien;
- die Eltern lassen sich von Elternbriefen zur religiösen Begleitung der Kinder anregen;
- am Mittagstisch der Gemeinde finden generationenübergreifende Begegnungen statt;
- im «Fiire mit de Chliine» entdecken Mütter und Kinder gemeinsam die spirituelle Dimension des Lebens;
- die Kinderkrippe wird von der Kirchgemeinde mitgetragen;
- in der Elternbildung wird über Alltagsrituale und Wertevermittlung ausgetauscht;

- die Sozial-Diakonische Mitarbeiterin hilft bei einer finanziellen Notlage;
- während den langen Sommerferien besucht das Kindergarten-Kind erstmals ein Tageslager der Kirchgemeinde;
- etc.

Abb. 10: Freiwillige und bezahlte Arbeit in der Reformierten und Katholischen Kirche des Kantons Zürich zu Gunsten der Familie (in Stunden)



Der in Abbildung 10 aufgeführte Zeitaufwand bezüglich Freiwilligenarbeit sowie der bezahlten Arbeit macht hochgerechnet die jährlich eingesetzte Leistung der lokalen reformierten Kirchgemeinden und katholischen Pfarreien zu Gunsten der Familie im Kanton Zürich sichtbar. Es handelt sich insgesamt um rund 700'000 Stunden.

4.5 Katholische Kirche Zürich: Auftrag an die Caritas

Stefan Stolle

Einen wichtigen Teil der diakonischen Arbeit der Katholischen Kirche Zürich leistet die Caritas Zürich. Sie wird von der Katholischen Kirche mitfinanziert. Diese beauftragt die Caritas Zürich mit verschiedenen sozialen Aufgaben. Dabei ist die kantonale Caritas eine eigenständige, unabhängige Organisation (vgl. www.caritas-zuerich.ch).

Einzelfallberatung in Zürich und Winterthur

Die Sozialberatung der Caritas Zürich richtet sich an Mütter, die sich einmal in aller Ruhe über ihre Anliegen und Probleme unterhalten wollen. Mitarbeitende ...

- begleiten in schwierigen Lebenssituationen, auch über längere Zeit;
- beraten bei psychischen und sozialen Notlagen, finanziellen Schwierigkeiten, Schulden- und Budgetfragen;
- unterstützen bei sprachlichen Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden und bei der Bewältigung von administrativen Problemen;
- vermitteln Kontakte zu anderen Sozialdiensten und Fachstellen.

Angebote für Pfarreien

Die Caritas Zürich übernimmt Beratungsaufträge zur Förderung der Diakonie in Pfarreien und bei der Einrichtung von Sozialdiensten. Sie unterstützt Pfarreiteams in den Bereichen Armut von Familien und Kindern sowie beim Aufbau von Projekten und Gruppen und bietet Kurse, Workshops und Referate an. Im Rahmen des ökumenischen Projekts «*Tat der Kirchen*» setzte die Caritas Zürich einen Schwerpunkt im Bereich der Familienarmut. Sie ermöglicht Projekte, die den Erfahrungsaustausch zwischen Sozialarbeitenden, Seelsorgeteams und Pfarreimitarbeitenden fördern. Die Sozialarbeitenden der Pfarreien werden regelmässig zu Weiterbildungsangeboten eingeladen.

Caritas Projekte für Kinder und Familien

Das Projekt «*mit mir*» vermittelt Kindern aus armutsbetroffenen Familien eine Patin oder einen Paten auf Zeit. Ziel ist es, den Kindern mit einer Wanderung oder einem Spielnachmittag etwas Abwechslung zu bieten und den oft belasteten Eltern einen Augenblick der Entlastung zu ermöglichen.

Das erfolgreiche Projekt «*URAT*» vermittelt freundschaftliche Beziehungen zwischen kosovoalbani-schen Menschen und Einheimischen. Gefördert wird gegenseitiges Besuchen, Beziehungen, Fröhlichkeit und gemeinsames Feiern.

4.6 Familienergänzende Kinderbetreuung und Betreuungsindex für Kinder im Vorschulalter

Kathrin Arioli & Sabina Littmann-Wernli

Familienergänzende Kinderbetreuung und Chancengleichheit

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

Familienergänzende Kinderbetreuung und die Gesundheit von Müttern und Kindern

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

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

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

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

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

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

Der Vorschulindex und das Angebot an familienergänzender Kinderbetreuung²⁶

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

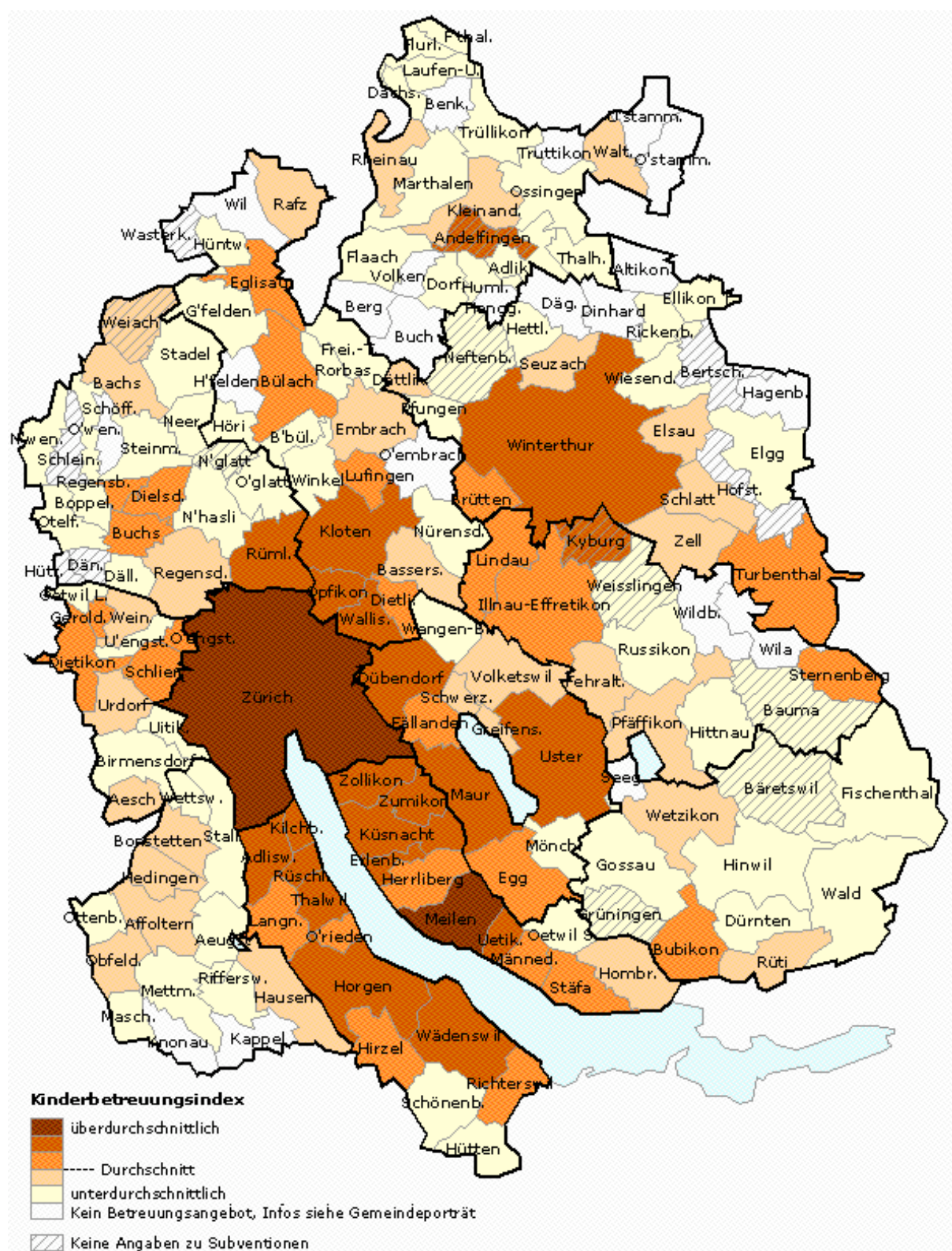
Für den Vorschulindex wurden institutionelle, berufscompatible Betreuungsangebote für Kinder von null bis fünf Jahren erfasst. Dies stellt sicher, dass bei der Qualität der Betreuung gewisse Mindestanforderungen erfüllt werden. Die Angebote umfassen Kinderkrippen, Vorschulkindergärten und Tagesfamilien.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

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

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

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

Abb. 11: Überblick Vorschulindex 2004 im Kanton Zürich



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

Insgesamt bietet der Vorschulindex wichtige Standortinformationen zum bestehenden Betreuungsangebot in den Gemeinden. Er dient nicht nur als Orientierungshilfe für Eltern, die vorzugsweise in einer Gemeinde wohnen wollen, über bestehende Betreuungseinrichtungen. Er wurde auch von Unternehmen, öffentlichen Institutionen und Gemeinden begrüsst, die Transparenz und Vergleichbarkeit der familienergänzenden Betreuungsangebote als Information und Diskussionsbeitrag zu schätzen wissen.

Der Index ist ein wichtiges und innovatives Projekt auf dem Weg zu einer nachhaltigen Familienpolitik. Angesichts der niedrigen Geburtenrate und der Zunahme von Familien, die auf öffentliche Unterstützung angewiesen sind, dürfte die Bedeutung differenzierter Informationen zum Betreuungsangebot noch zunehmen. Es ist zu hoffen, dass die regelmässige Aktualisierung des Indexes zu einer Verbesserung des Betreuungsangebotes für Kinder führen wird und er damit langfristig nicht nur einen Beitrag an die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, sondern auch zum Wohlbefinden von Müttern, Vätern und Kindern leisten kann.

Berichtsserie «Babies and Bosses» der OECD zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Die OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) untersucht in der Serie «Babies and Bosses», wie sich Erwerbs- und Familienarbeit in den verschiedenen Mitgliedstaaten vereinbaren lassen.

Im 3. Band der OECD-Berichte (OECD, 2004) wurden Neuseeland, Portugal und die Schweiz miteinander verglichen. In der Schweiz wurden die Kantone Waadt, Tessin und Zürich näher analysiert. Neben der familienergänzenden Kinderbetreuung wurden die Situation erwerbstätiger Eltern, die Einflüsse und Auswirkungen der Steuer- und Sozialleistungssysteme sowie Massnahmen in der Erwerbsarbeitswelt bezüglich einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie untersucht und verglichen.

Die *Erwerbsquote von Frauen* ist im Kanton Zürich markant höher als in den anderen untersuchten Kantonen: Sie beträgt rund 78% gegenüber 62% im Kanton Tessin und 71% im Kanton Waadt. Die Erwerbstätigenquote von Frauen mit Kindern liegt im Kanton Zürich etwas höher als im schweizerischen Durchschnitt. Sie liegt in Zürich bei 64.1% gegenüber 62.8% in der Gesamtschweiz (bei den Müttern mit einem jüngsten Kind unter sieben Jahren aber etwas tiefer, nämlich bei 57%, vgl. Kapitel 1.1); der Anteil erwerbstätiger Mütter, die Teilzeit arbeiten, ist ebenfalls höher als im schweizerischen Durchschnitt, nämlich 76.1% im Kanton Zürich gegenüber 73.5% in der Gesamtschweiz.

Zwischen den im OECD-Ländervergleich untersuchten Kantonen gibt es beachtliche Unterschiede in Bezug auf das Erwerbsverhalten von Müttern. In den Kantonen Tessin und Zürich zieht sich ein Grossteil der Mütter aus dem Erwerbsleben zurück, bis das Kind dreijährig ist. Mit einem Kind zwischen drei und fünf Jahren steigen die Erwerbstätigenquoten von 50 auf 60% im Kanton Tessin und auf 70% im Kanton Zürich. Im Kanton Waadt hingegen bleibt die Quote ziemlich konstant bei 60 Prozent. Dies hängt u. a. mit der unterschiedlichen Ausgestaltung der Einrichtungen familienergänzender Kinderbetreuung zusammen.

Der OECD Bericht zeigt klar, dass es auch im Kanton Zürich noch viel zu *wenig Betreuungsplätze* gibt. Häufig decken sich zudem die *Öffnungszeiten der Krippen* schlecht mit den Betreuungsbedürfnissen der Eltern. Dies zwingt viele Eltern, vorwiegend die Mütter, mehrere Angebote zu kombinieren (z. B. Krippe, Nachbarinnen, Grosseltern und Tageseltern) was die Alltagsplanung aufwändig und krisenanfällig macht. Der Mangel an familienergänzenden Betreuungsplätzen verschärft den Druck auf viele Familien und setzt einige Mütter einem permanenten Organisations- und Betreuungsproblem aus. Das kann nachteilige gesundheitliche und psychosoziale Auswirkungen haben.

Die OECD empfiehlt bezüglich familienergänzender Kinderbetreuung denn auch, die *öffentlichen Ausgaben* für die familienergänzende Betreuung von Vorschulkindern zu erhöhen. Dies ist nicht nur aus ökonomischen Gründen sinnvoll (solche Überlegungen stehen im OECD-Bericht im Vordergrund), sondern vor allem auch, weil ein bedarfsgerechter Ausbau der familienergänzenden Kinderbetreuung in mehrfacher Hinsicht entscheidend zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Familien beiträgt.

4.7 Prävention und Gesundheitsförderung bei Müttern und Eltern

Sylvia Sommer

Die Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote für Mütter und Väter mit Kindern im Vorschulalter sind im Kanton Zürich sehr breit. Die folgende Auflistung ermöglicht daher keinen vollständigen Überblick, sondern stellt bloss eine Auswahl an Angeboten dar.

Das Schwergewicht im Bereich Prävention wurde auf Angebote der Primärprävention gelegt. Eine kleine Auswahl an Sekundärpräventions-Angeboten ist ebenfalls aufgeführt, wogegen auf die Darstellung von Tertiärprävention vollständig verzichtet wurde.

Information, Aufklärung, Beratung, Bildung

Die Elternbriefe von *pro juventute* sind hilfreiche Begleiter im Alltag junger Eltern und geben Antwort auf viele Entwicklungs- und Erziehungsfragen. Die Elternbriefe werden, parallel zur Entwicklung des Kindes, gestaffelt zugestellt, so dass die Eltern die richtige Information zum richtigen Zeitpunkt erhalten. Die Bezirksorganisationen der *pro juventute* übernehmen teilweise die Finanzierung der Elternbriefe, zum Teil auch den Versand in ihren Gemeinden. Teilweise erfolgt die Finanzierung direkt durch Städte oder Gemeinden. Die Elternbriefe sind in den Sprachen Deutsch, Französisch und Italienisch erhältlich. Im Frühjahr 2005 erschien die Broschüre «Unser Baby», ein niederschwelliges Angebot im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich für fremdsprachige Eltern. «Unser Baby» wird in den Sprachversionen Deutsch-Albanisch, Deutsch-Tamil, Deutsch-Serbisch/Kroatisch und Deutsch-Türkisch erhältlich sein. Die *pro juventute* engagiert sich zudem in der Elternbildung. Zahlreiche *pro juventute* Bezirksorganisationen bieten in ihren Gemeinden regelmässig Kurse und Vorträge sowie Informationsbroschüren für Eltern an. Das Angebot reicht dabei über Erziehungsfragen bis hin zu Sucht- und Präventionsthemen.

Die *Elternbildung* gehört einerseits zur Erwachsenenbildung, andererseits zur familienorientierten Gemeinwesenarbeit. Sie zeigt mit Kursen, Vorträgen, offenen Gesprächsrunden, Gruppen- und Projektarbeiten den Eltern, mit den eigenen Kräften aufbauend umzugehen und hilft mit, dass sich Kinder und Erwachsene in den Familiengemeinschaften entfalten und entwickeln können. Die kantonale Elternbildung ist im Amt für Jugend und Berufsberatung eingegliedert.

Die Tätigkeit der *Jugendsekretariate* beinhaltet unter anderem die Mütter-Väterberatung, die Erziehungsberatung sowie die Jugend- und Familienberatung. Für weitere Informationen zu den Tätigkeiten der Jugendsekretariate sei auf den Beitrag von Regula Bohny in Kapitel 4.2 verwiesen.

Die *La Leche Liga* unterstützt Mütter und Väter darin, eine tragfähige Beziehung zu ihrem Baby und Kleinkind aufzubauen. Das zentrale Thema dabei bildet das Stillen. Regionale Stilltreffen oder die unentgeltliche Beratung durch eine persönliche Stillberaterin sollen Mütter bei Schwierigkeiten und Fragen rund ums Stillen unterstützen. Die La Leche Liga berät Eltern aber auch zu anderen Themen wie Schwangerschaft, Geburt, Ernährung und Erziehung.

Im Kanton Zürich bestehen derzeit 12 *Mütterzentren*, welche im Dachverband der Schweizerischen Mütterzentren organisiert sind. Sie stehen als niederschwellige Anlaufstellen allen Erziehenden (auch Vätern!) und deren Kindern offen und bieten in erster Linie Hilfe zur Selbsthilfe. Das Angebot wird stark durch die finanziellen und räumlichen Möglichkeiten der einzelnen Zentren geprägt. Geführt und mitgestaltet werden die Zentren von Frauen, welche vorwiegend in der Familie aktiv sind. Eckpfeiler eines Mütterzentrums sind Kaffee-Stube, Spielzimmer/Kinderhütendienst, Weiterbildungsangebote und oftmals Familienmittagstisch, Kinderkleiderbörse, etc.

Beruf – Familie

Die *PraktikantInnenhilfe* der pro juventute berät und unterstützt Familien, welche über einen kürzeren Zeitraum Entlastung im Familienalltag benötigen (z.B. nach einer Geburt, bei mehreren Kindern oder wenn ein Elternteil erkrankt). Die pro juventute vermittelt diesen Familien PraktikantInnen, welche in der Regel während zwei bis sechs Wochen unentgeltlichen Einsatz leisten.

Mütterzentren bieten Müttern (und Vätern) Teilzeitstellen mit kleinen Pensen an, welche ihnen ein Nebeneinander von Beruf und Familie ermöglichen. Durch die aktive Mitarbeit im Mütterzentrum werden wichtige Schlüsselkompetenzen erlernt oder können angewendet werden, was den späteren Wiedereinstieg ins Berufsleben erleichtern kann.

Am 17. Juni 2004 wurde der *Schweizerische Berufsverband der Familien-Managerinnen und -Manager* gegründet, mit dem Ziel, die Anerkennung der Leistungen der Familien-Managerinnen und Familien-Manager in den gesellschaftlichen Strukturen zu verankern. Als Familien-Manager/innen gelten Frauen und Männer, welche zu Hause in eigener Verantwortung wenigstens eine zu unterstützende Person betreuen und dabei wesentliche Familien- und Hausarbeit erbringen. Familien-Manager/innen erwerben und verbessern täglich ihre Fähigkeiten in Management, Sozial- und Führungskompetenz, Coaching, Hausarbeiten und Beziehungsgestaltung. Der Verband hat sich zum Ziel gesetzt, dass für diese Fähigkeiten in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Berufsbildung und Technologie Ausweise ausgestellt werden, welche vom Arbeitsmarkt anerkannt werden.

Familienexterne Betreuung

Die Bezirksorganisationen von *pro juventute* unterstützen Einrichtungen im Bereich der familienergänzenden Kinderbetreuung wie Kinderhort oder Tagesfamilienvermittlung. Zum Teil werden Kinderbetreuungs-Angebote durch pro juventute selber geführt.

Die *Gemeinwesenarbeit der Jugendsekretariate* bietet unter anderem Information zu Angeboten der familienergänzenden Kinderbetreuung und vermittelt entsprechende Plätze. Zudem hilft sie auch bei der Suche nach Babysittern. Mehr Informationen zur Tätigkeit der Jugendsekretariate im Bereich familienexterne Betreuung finden sich im Kapitel 4.2.

Auch die *Frauenvereine* engagieren sich – je nach Sektion – in der familienergänzenden Tagesbetreuung.

Der *Tagesfamilien-Verein Zürich* fördert die familienergänzende Kinderbetreuung in der Stadt Zürich, unterstützt Eltern bei der Betreuung ihrer Kinder, vermittelt Betreuungsplätze in familiärer Umgebung für – in der Regel – sozial nicht gefährdete Kinder und begleitet diese Betreuungsverhältnisse. Seit der Gründung des Vereins im Jahre 1977 bis ins Jahr 2003 hiess der Verein «Tagesmütter-Verein» und wurde dann in «Tagesfamilien-Verein Zürich» umgetauft.

Spielgruppen werden in der Regel an mehreren Tagen pro Woche während ca. 2 bis 3 Stunden angeboten und sind offen für Kinder ab etwa zwei Jahren. Sie werden meist von einer ausgebildeten Spielgruppenleiterin geleitet.

Diverse *offene (teils mobile) Spielangebote* stehen Eltern und ihren Kindern zur Verfügung. In der Stadt Zürich bieten die Sozialen Dienste Spielanimation in den Kreisen 4 und 5 sowie im Quartier Letzi an. Von April bis September steht der Spielwagen der Spielanimation Rütihof auf der Bäckerranlage. Geschlechtsspezifische Angebote für Kinder ab fünf Jahren bietet unter anderem das Kinderhaus Stromboli in der Stadt Zürich.

Lebensumfeld

Die *Stiftung Wohnen für kinderreiche Familien* vermietet Wohnungen an Familien mit mindestens drei Kindern und bescheidenem Einkommen.

Die *Kinderspielplatzkarte*, ein Inventar der für Kinder geeigneten öffentlichen Plätze und Anlagen in der Stadt Zürich, ist online unter www.spielplaetze.stzh.ch verfügbar.

pro juventute erbringt Dienstleistungen im Freizeitbereich wie Ferienpässe, Ludotheken, oder sie leistet Unterstützungsbeiträge für Spielraumberatungen, Familienferien oder Ferienlager.

Vernetzung

FemmesTische ist ein Projekt der Gesundheitsförderung und Suchtprävention und wurde 1996 lanciert. FemmesTische bringt Erziehende zusammen, die sich im häuslichen Rahmen und in ungezwungener Atmosphäre mit Fragen zu Erziehung, Rollenverhalten, Gesundheits- und ähnlichen Themen auseinandersetzen. Durch Informations- und Erfahrungsaustausch werden Prozesse in Gang gesetzt und Horizonte erweitert. Mehrere FemmesTische Angebote richten sich besonders an die Bedürfnisse von Frauen mit Migrationshintergrund. FemmesTische wird durch eine Institution vor Ort lanciert, koordiniert und betreut.

Als Treffpunkt für Mütter und Väter leisten auch die *Mütterzentren* einen wichtigen Beitrag zur Vernetzung. Mütterzentren sind ein Ort des Austauschs, wo viel Wert auf Hilfe zur Selbsthilfe gelegt wird.

Die 18 *Zürcher Gemeinschaftszentren* der *pro juventute* bilden einen wichtigen Pfeiler der städtischen Soziokultur. Jedes Gemeinschaftszentrum steht unter der Leitung eines professionellen Teams und bietet für Mütter mit Kindern im Vorschulalter beispielsweise Krabbel- und Spielgruppen, Ateliers, Kleinkinderwerken und diverse andere Treffpunkte an.

Hilfreich zur Vernetzung sind auch die *offenen Spielangebote*, wo sich nicht nur Kinder, sondern auch Eltern treffen.

Die *Gemeinwesenarbeit der Jugendsekretariate* leistet wichtige Vernetzungsarbeit in den Bezirken. Mehr dazu im Kapitel 4.2.

Sekundärprävention

Die *sozialpädagogische Familienbegleitung* der *pro juventute* bietet Hilfe, wenn Eltern – aus welchen Gründen auch immer – nicht mehr alleine klarkommen. Erfahrene Fachleute begleiten die Familien regelmässig zu Hause. Dabei werden Eltern bestärkt, ihre eigenen Fähigkeiten (neu) zu entdecken, anzuerkennen und neue Schritte zu wagen. Die Begleitung zu Hause führt dazu, dass Kinder und Eltern innerhalb der Familie die Geborgenheit und Förderung erhalten, die sie brauchen. Unter anderem können durch dieses Angebot Fremdplatzierungen vermieden werden. Die anfallenden Kosten werden in der Regel von den Gemeinden übernommen.

Bei familiären Belastungssituationen bietet auch die *Erziehungsberatung* der Jugendsekretariate ein niederschwelliges Angebot (vgl. Kapitel 4.2).

Ein professionelles Beratungsteam des *Elternnotrufs Zürich* hilft bei Erziehungsproblemen, Überforderung, Kindsmisshandlung, etc. Der Dienst ist rund um die Uhr telefonisch erreichbar, ist absolut vertraulich und auf Wunsch anonym. Das differenzierte Angebot des Elternnotrufes ist auf die vielschichtige Problematik und die konkreten Bedürfnisse der Eltern abgestimmt.

Der *Verein Mütterhilfe* bietet verschiedene Hilfe bei Problemen:

- Das *kaleidoskop* ist die Sozialberatungsstelle der Mütterhilfe. Sie bietet Schwangeren, Müttern und Vätern konkrete Hilfe in psychischer und/oder finanzieller Notlage oder vermittelt bei Bedarf an andere Fachstellen.
- Der *psychosoziale Familieneinsatz FeE* ist eine psychoanalytisch orientierte therapeutische Betreuung und unterstützt Eltern in Krisensituationen, bei der Verarbeitung von Geburtstraumen, Überforderung, Unsicherheit im Umgang mit dem Kind und bei Konflikten in der Paarbeziehung. Der psychosoziale Familieneinsatz will Eltern für die verschiedenartigen Bedürfnisse des Kindes sensibilisieren und Unterstützung bieten bei der Identitätsfindung als Frau-Mutter, resp. Mann-Vater mit dem Ziel, eine tragfähige Eltern-Kind-Beziehung zu ermöglichen.

Die *Beratungsstelle Pinocchio* richtet sich an Eltern mit Kindern im Vorschul- und Primarschulalter. Die Beratung hat zum Ziel, Probleme und Unsicherheiten im Erziehungsalltag frühzeitig anzugehen.

pro juventute leistet verschiedene Formen von Einzelfallhilfen (Beratung, Begleitung, materielle Hilfe).

«PIAZZA» – eine Plattform für Prävention und Gesundheitsförderung bei Müttern und Eltern

Die *pro juventute* Zürcher Gemeinschaftszentren (pjZGZ) haben sich über die 50 Jahre ihres Bestehens zu Plattformen weiterentwickelt, wo öffentliches Leben stattfindet, soziale Netze geknüpft, Initiativen gefördert, informelle Lernfelder aufgebaut werden, Selbsthilfe unterstützt und institutionell vernetzt gearbeitet wird. Hauptnutzergruppe unter den 1,3 Millionen BesucherInnen pro Jahr sind Familien mit Kindern.

Anhand der sechs Präventionsbereiche dieses Kapitels lässt sich der sozialpolitische Sinn dieser Plattform oder «Piazza» im Quartier darstellen:

Präventionsbereich Information, Aufklärung, Beratung, Bildung: Im GZ bieten Organisationen oder freischaffende Lehrkräfte elternbildende, gesundheitsfördernde Kurse an. Für Leute, die sich im Sozialwesen nicht auskennen, sind Informationen über andere Anbieter (NGOs, öffentliche Beratungsstellen, Interessengruppen, Vereine etc.) jederzeit auf der «Piazza» abrufbar.

Präventionsbereich Beruf/Familie: Freiwillige Mitarbeit im Betrieb basiert im GZ auf dem Lustprinzip. Wer einen Spielnachmittag oder eine Kinderkulturgruppe geleitet hat, wagt eher den Wiedereinstieg ins Berufsleben, wenn die Kinder ausgeflogen sind. Auch kleine Pensen im GZ-Betrieb fungieren als «Startrampen» ins Erwerbsleben.

Präventionsbereich familienexterne Betreuung: Bei Spielgruppen, Mittagstischen, gestalterischen Angeboten, kulturellen Veranstaltungen und lokalen Traditionen sind Kinder jeden Alters gut aufgehoben und Eltern sind entlastet; ebenso während der Schulferien in Sonderangeboten mit Ganztagesbetreuung. In «Chrabelgruppen» bauen Eltern eigene Netzwerke auf.

Präventionsbereich Lebensumfeld: Zur «Piazza» gehört ein Spielplatz, wo Mütter mit ihren Kleinkindern verweilen und andere Mütter kennen lernen können. Initiativgruppen beteiligen sich an der Verbesserung der lokalen Lebensqualität oder sorgen für sichere Schulwege.

Präventionsbereich Vernetzung: FemmesTische und weitere Formen der Vernetzung entstehen im GZ. Kulturelle Anlässe werden mit Bands, Theatergruppen oder lokalen Vereinen durchgeführt.

Präventionsbereich Sekundärprävention: Ganz im Sinne einer offenen «Piazza» erkundigen sich Hilfesuchende im GZ bei den Fachleuten, wenn sie den Gang zur Beratungsstelle scheuen.

Dieses reichhaltige Angebot unter einem Dach vorzufinden, ist von grossem Wert. Noch wesentlicher aber sind die interdisziplinären Angebote und der integrative Effekt dieser modernen «Piazza». Zudem ist sie nicht «sozialarbeiterisch» besetzt sondern baut auf Begegnung, Geselligkeit, Selbstorganisation und Eigeninitiative.

Eine solche Einrichtung benötigt nicht unbedingt ein neues Gebäude. Ein Minimum an «Piazza-Funktionen» kann auch in einem anderen öffentlichen Raum untergebracht werden, sei das ein Schulhaus, ein Kirchgemeindehaus oder eine Mehrzweckhalle.

Quelle: Christian P. Casparis, Geschäftsführer pro juventute Zürcher Gemeinschaftszentren.

5. Massnahmen – Bereiche und Vorschläge

Vorschläge verschiedener Autorinnen und Autoren

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

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

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

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

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

Problemkreise

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

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

Vorschlag Massnahmenbereich 1: Gesundheitliche Chancengleichheit für alle Familienformen

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

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

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

Beispiele für mögliche Massnahmen und Projekte:

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

Vorschlag Massnahmenbereich 2:

Gesundheitsförderung rund um Schwangerschaft, Geburt und Frühbereich ausbauen

Ausgangspunkt: Schwangerschaft, Geburtsvorbereitung, Geburt und Kleinkindphase sind wichtige Phasen in der Elternbiographie. Es erscheint sinnvoll, diese aus der Perspektive der Prävention und Gesundheitsförderung intensiver zu begleiten und Ansätze zur Gesundheitsförderung in diesem Bereich besser zu verankern. Gerade in diesen Phasen (beispielsweise bei der Mütter- und Väterberatung im Frühbereich) wird auch ein sonst schwer zugänglicher Personenkreis erreicht (z. B. sozial Schwache, MigrantInnen, wenig integrierte Personen).

- Ziele:** 2a) Der Bekanntheitsgrad und die Vernetzung der Dienste rund um Schwangerschaft und Geburt werden optimiert, Risikogruppen besser betreut, Probleme besser und früher erfasst.
- 2b) Im Frühbereich geknüpfte Kontakte zu wichtigen Zielgruppen werden im weiteren Lebensverlauf der Familie aufrechterhalten und die Koordination und Kooperation bestehender Angebote verbessert.
- 2c) Übergreifendes Ziel ist die Schaffung und Optimierung von sozialer Unterstützung und Vernetzung in der Gemeinde bzw. im Quartier sowie die Stärkung von Ressourcen und Selbstverantwortung von Familien.

Vorgehen: Initiierung und breite Durchführung von Projekten, um mittelfristig zu Organisationsentwicklungen, aber auch zu Strukturbildungen in der gewünschten Richtung beitragen zu können.

Beispiele für mögliche Massnahmen und Projekte:

- 2.1 Eine ganzheitliche Schwangerenvorsorge und informierte Wahl bezüglich Geburtsentscheidungen bringt Frauen und deren Kindern eine optimierte Geburtssituation und senkt die Spitalkosten.
- 2.2 Die *Mütter- und Väterberatungsstellen* werden in den Bezirken und Gemeinden derart ausgebaut, dass sie Familien auch nach der Säuglingszeit für die ganze Vorschulzeit zur Verfügung stehen. Ziel ist die Verankerung von Gesundheitsaspekten und Gesundheitsförderung in Familien sowie die soziale Vernetzung und Integration in einer längerfristigen Perspektive.

Vorschlag Massnahmenbereich 3:

Die Elternbildung im Kanton Zürich verstärken

Ausgangspunkt: Im internationalen Vergleich stehen für die Elternbildung im Kanton Zürich nur wenig Mittel zur Verfügung. Sie funktioniert – wie die Gesundheitsförderung – stark nach dem Holprinzip. Damit erreicht sie vorwiegend bereits besser gebildete, interessierte Personen und trägt somit zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit bei (wer über viele Ressourcen verfügt, erhält noch mehr).

- Ziele:** 3a) Die Elternbildung erhält Strukturen und Mittel, die es ermöglichen, bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln und umzusetzen.
- 3b) Die Elternbildung erreicht die Zielgruppen mit dem grössten Bedarf (z. B. randständige, wenig gebildete Personen) und funktioniert als Teil der präventiven und gesundheitsförderlichen Unterstützung von Eltern im Sinne von Empowerment und Ressourcenstärkung.
- 3c) Elternbildung wird im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen anerkannt und bildet ein wichtiges Element in einem übergreifenden Bündel verschiedener, koordinierter Massnahmen und Interventionen.

Vorgehen: Prozesse der Organisationsentwicklung und der verstärkten Zielorientierung ermöglichen eine Weiterentwicklung der Elternbildung. Die bisher erreichten Personenkreise sollen dabei weiterhin angesprochen werden und von den Angeboten profitieren. Zusätzlich sollen aber gezielt neue, besonders relevante Zielgruppen erreicht werden.

Beispiele für mögliche Massnahmen und Projekte:

- 3.1 *Strukturelle Anpassungen* der Elternbildung, die eine zielorientierte Arbeitsweise ermöglichen, werden realisiert. Für die Erfüllung einer klar definierten Aufgabe stehen der Elternbildung finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung.
- 3.2 Ein Augenmerk liegt auf der *Vernetzung* mit anderen Organisationen sowie auf projektbezogenem Arbeiten (z. B. mit Organisationen der Migrationsbevölkerung).

Vorschlag Massnahmenbereich 4:

Vereinbarkeit von Familie und Beruf und Entlastung von Müttern

Ausgangspunkt: Frauen sind in zunehmendem Masse in die *Arbeitswelt* integriert (ein grösserer Anteil arbeitet in höherem Anstellungsumfang während einer längeren Zeit in der Biographie). Die längere Abwesenheit von Frauen wird nicht durch häufigere Anwesenheit der Männer kompensiert. Viele Strukturen, aber auch die *Geschlechts-Rollenbilder*, haben die Integration der Frauen in die Arbeitswelt nicht nachvollzogen. Der Bereich der *familienergänzenden Angebote* ist nicht genügend ausgebaut. *Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung* nehmen im Allgemeinen wenig Rücksicht auf die Bedürfnisse von Familien (familienfreundliche Betriebe, Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit, auch für Männer). Für die Kinder würde sich insbesondere eine verstärkte Beteiligung der Väter an der Erziehungs- und Betreuungsarbeit positiv auswirken.

Richtziel für alle Massnahmen muss sein, dass ein grösstmögliches Selbstbestimmungsrecht aller bewahrt wird, innerhalb der Familie für alle Familienmitglieder, aber auch für die verschiedenen Familienformen. Jede Familie wird die Gewichtungen und Entscheidungen auf eigene Weise festlegen. Es ist sicher zu stellen, dass nicht die Kinder unter diesen Entscheidungen zu leiden haben (z. B. durch mangelnde oder schlechte Betreuung).

- Ziele:**
- 4a) Die zunehmende Integration der Frauen in die Erwerbsarbeit muss in einer Weise begleitet werden, die eine optimale Betreuung und Erziehung der Kinder gewährleistet.
 - 4b) Die Angebote familienergänzender Kinderbetreuung werden in den nächsten Jahren erhöht.
 - 4c) Das Angebot wird besser koordiniert; die Strukturen vereinfacht, der administrative Aufwand für die Betreiber/innen reduziert und die Angebote für die Nutzer/innen optimiert.
 - 4d) Das vorhandene Angebot wird permanent hinsichtlich Qualität und Passung optimiert. Flächendeckende Massnahmen zur Qualitätssicherung der Angebote werden ergriffen.
 - 4e) Eine grössere Anzahl von Betrieben beteiligt sich an Programmen zur Durchsetzung von Standards zur Familienfreundlichkeit und setzt intern die entsprechenden Massnahmen um.
 - 4f) Väter engagieren sich stärker in der Erziehungs- und Hausarbeit. Sie übernehmen entsprechende Verantwortung und verbringen mehr Zeit mit den Kindern.

Vorgehen: Bestehende Initiativen werden besser unterstützt und koordiniert.

Beispiele für mögliche Massnahmen und Projekte:

- 4.1 Gemeinden, Betriebe und Trägerorganisationen werden beim Ausbau *familienergänzender Strukturen* unterstützt. Insbesondere werden Dienstleistungen im Bereich Verwaltung und Management von familienergänzenden Einrichtungen zur Verfügung gestellt.
- 4.2 *Qualitätsstandards und Qualitätsförderungsinstrumente* für familienergänzende Angebote werden erarbeitet und als Instrumente etabliert. Die Angebote werden auf diese Weise optimiert oder auf gutem Niveau gehalten.

Anhang

Anhang 1: Literatur der Beiträge

Einleitung

Hans Wydler

Hämmig, O., Bopp, M. & Stähli, R. (2004). *Konzept zur Gesundheitsberichterstattung im Kanton Zürich 2003-2007*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Forschung und Dokumentation, Nr. 25.

1.1 Haushaltsstrukturen und Lebensbedingungen von Familien

Matthias Bopp

Ackermann-Lieblich, U., Bodenmann, A., Martin-Béran, B., Paccaud, F. & Spuhler, T. (1990). Totgeburten und Säuglingssterblichkeit in der Schweiz 1982-1985. *Amtliche Statistik der Schweiz*, 259. Bern: Bundesamt für Statistik.

Alberman, E. (1991). Are our babies becoming bigger? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84 (5), 257-60.

Bortolus, R., Parazzini, F., di Cintio, E. & Trevisanuto, D. (1996). The epidemiology of intrauterine growth retardation. *Journal of Epidemiology & Biostatistics*, 1, 125-150.

Daltveit, A. K., Vollset, S. E., Skjæven, R. & Irgens, L. M. (1999). Impact of multiple births and elective deliveries on the trends in low birth weight in Norway, 1967-1995. *American Journal of Epidemiology*, 149 (12), 1128-33.

Drack, G., Ackermann-Lieblich, U. & Schindler, C. (1998). Totgeburten und Säuglingssterblichkeit in der Schweiz 1986-1992. *Statistik der Schweiz, Reihe 14*. Bern: Bundesamt für Statistik.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (1999). *Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen 1999*. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 5. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Kramer, M. S. (1987). Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin WHO*, 65, 663-737.

Organisation for Economic Co-Operation and Development OECD (Ed.). (2002). *OECD Health Data 2002 – A comparative analysis of 30 countries*. CD-ROM. Paris: OECD/Credes.

1.2 Arbeit und Familie – Einfluss von Erwerbsarbeit und Arbeitsbedingungen

A. Doris Baumgartner

Baumgartner, A. D. (2002). *Zwischen Karriere und Sackgasse. Schlussbericht an den Schweizerischen Nationalfonds*. Zürich: mimeo.

Baumgartner, A. D. (2003a). *Erwerbsverläufe von Frauen mit Kindern, Synthesis 2*. Bern / Aarau: Leitungsgruppe des NFP 43 in Zusammenarbeit mit dem Forum Bildung und Beschäftigung, Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung (Hrsg.). Online: www.nfp43.unibe.ch.

Baumgartner, A. D. (2003b). *Die Mütter- und Väterbefragung der Stadt Zürich 2003*. Zürich: Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann der Stadt Zürich. Statistik Stadt Zürich.

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2003). Pressemitteilung: Deutliche Zunahme der Erwerbsbevölkerung. *SAKE-News* 7/03.

Imhoof, E., Leuthard, G. & Zürcher, G. (2005). *FrauenAlltag – Wer bringt alles unter einen Hut? Belastungen, Ressourcen und Wünsche berufstätiger Mütter*. Unveröffentlichter Bericht. Suchtpräventionsstelle Freiamt AG, Gesundheitsförderung und Prävention Zug & Suchtpräventionsstelle Zürich.

Pfau-Effinger, B. (1996). Analyse internationaler Differenzen in der Erwerbsbeteiligung von Frauen. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 48 (3), 462-492.

1.3 Die Bedeutung sozialer Unterstützung für die Gesundheit

Monica Budowski

Bösch, J. (1991). *Nachbarschaftshilfe für Gesunde und Kranke*. Zürich: Rüegger.

Bösch, J. & Meyer-Fehr, P. (1985). Stress, soziale Unterstützung und Gesundheit. *Drogalkohol*, 9, 194-208.

- Budowski, M., Suter, C., Meyer, P. C., Schmied, W. & Decurtins, L. (1993). *Randauszählung und Fragebogen der Erstbefragung alleinerziehender Frauen. Forschungsbericht 6/1993*. Zürich: Psychiatrische Poliklinik des Universitätsspitals Zürich, Abteilung für Psychosoziale Medizin.
- Budowski, M., Suter, C. & Meyer, P. C. (1995). *Deprivation, Belastungen, soziale Unterstützung und Gesundheit bei alleinerziehenden Frauen. Forschungsbericht 2/95*. Zürich: Psychiatrische Poliklinik des Universitätsspitals Zürich, Abteilung für Psychosoziale Medizin.
- Budowski, M., Hanson, T., & Suter, C. (1999). Living conditions of single mothers in Zurich, Switzerland and urban United States. In C. Mäder, C. Burton-Jeangros & M. Haour-Knipe (Eds.), *Health, Medicine and Society. Contributions to the Sociology of Health* (pp. 256-287). Zurich: Seismo.
- Budowski, M., Tillmann, R., Zimmermann, E., Wernli, B., Scherpenzeel, A. & Gabadinho, A. (2001). The Swiss Household Panel 1999-2003: Data for research on micro-social change. *ZUMA-Nachrichten*, 50 (49), 100-125.
- Budowski, M. & Scherpenzeel, A. (2005). The impact of social inequalities on personal health. In H. Kriesi, P. Farago, M. Kohli & M. Zarin-Nejadan (Eds.), *Contemporary Switzerland* (pp. 81-104). Basingstoke, Hampshire: Palgrave.
- Decurtins, L., Budowski, M., Suter, C. & Meyer, P. C. (1996). Wohnumfeld als wichtiger Faktor im Alltag Alleinerziehender. *neue praxis, Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik* 5/96, 449-453.
- McLanahan, S. & Sandefur, G. (1994). *Growing up with a single parent. What hurts, what helps*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Meyer, P. C. (1999). *Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit. Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit*. Opladen: Leske und Budrich.
- Meyer, P. C. & Budowski, M. (Eds.). (1993). *Bezahlte Laienhilfe und freiwillige Nachbarschaftshilfe*. Zürich: Seismo.
- Meyer, P. C. & Suter, C. (1993). Soziale Netze und Unterstützung. In W. Weiss (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz* (S. 194-209). Zürich: Seismo.
- Meyer, P. C. & Budowski, M. (1995). Effects of organizing voluntary help on social support, stress and health of elderly people. *Clinical Sociology Review*, 13, 106-119.
- Meyer, P. C., Budowski, M., Decurtins, L., Niklowitz, M. & Suter, Ch. (1998). *Soziale Unterstützung und Gesundheit in der Stadt*. Zürich: Seismo.
- Suter, Ch., Iglesias, K. & Oegerle, T. (2003). Soziale Beziehungen und soziale Unterstützung. In E. Zimmermann und R. Tillman (Hrsg.), *Vivre en Suisse 1999-2000. Une année dans la vie des ménages et familles en Suisse* (p. 131-157). Neuchâtel: Lang Verlag.
- Thoits, P. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior (Extra Issue)*, 53-79.

1.4 Familiensituation und Sozialhilfeabhängigkeit

Robert Fluder

- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2003). *Arm trotz Erwerbstätigkeit. Working Poor in der Schweiz. Ausmass und Risikogruppen auf der Basis der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung (SAKE)*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2004a). *Sozialbericht Kanton Zürich 2002. Ergebnisse der Schweizerischen Sozialhilfestatistik*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2004b). *Inventar der bedarfsabhängigen Sozialleistungen*. CD-ROM, Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2005). *Gesamtschau der bedarfsabhängigen Sozialleistungen in der Schweiz. Überblick über die kantonalen Bedarfsleistungen 2002*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Streuli, E. & Bauer, T. (2001). Working Poor in der Schweiz. *info:social*, 5. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Fluder, R. & Stremmlow, J. (1999). *Armut und Bedürftigkeit. Herausforderungen für das kommunale Sozialwesen*. Bern: Haupt.

2.1 Säuglingssterblichkeit

Matthias Bopp

- Dezernat für Gesundheitsplanung (Hrsg.). (2000). *Wiener Kindergesundheitsbericht 2000*. Wien: Landessanitätsdirektion Wien.
- Drack, G., Ackermann-Liebrich, U. & Schindler, C. (1998). Totgeburten und Säuglingssterblichkeit in der Schweiz 1986-1992. *Statistik der Schweiz, Reihe 14*. Bern: Bundesamt für Statistik.

- Europäische Kommission (Hrsg.). (2003). *Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 – Daten 1970-2001*. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (1994). *Gesundheit im Kanton Zürich – Bericht und Massnahmen. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 3*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

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

Ueli Zellweger & Matthias Bopp

- Gloor, D. & Meier, H. (2004). *Frauen, Gesundheit und Gewalt im sozialen Nahraum. Repräsentativbefragung bei Patientinnen der Maternité Insellof Triemli, Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie*. Herausgeber: Büro für Gleichstellung von Frau und Mann der Stadt Zürich und Maternité Insellof Triemli, Zürich. Bern: Edition Soziothek.
- Wagner, M. (2000). Choosing caesarean section. *Lancet*, 356, 1677-1680.

3. Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen mit Kindern

Hans Wydler & Ueli Zellweger

- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Die Indices*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheit.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2004). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Erklärungen zu den Standardtabellen*. In Bundesamt für Statistik (Hrsg.), *Standardtabellen Schweiz der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002*. Neuenburg: CD-ROM.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (1999). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich*. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 6. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Perrig-Chiello, P. (1997). *Wohlbefinden im Alter. Körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim und München: Juventa.
- Statistisches Amt des Kantons Zürich (Hrsg.). (2004). Die Familie zwischen Tradition und Moderne. *statistik.info*, 5. Online: www.statistik.zh.ch.
- Statistisches Amt des Kantons Zürich (Hrsg.). (2005). Individualisierung und Kinderlosigkeit. *statistik.info*, 3. Online: www.statistik.zh.ch.

4.1 Angebote für Mütter während Schwangerschaft und Geburt

Patricia Blöchlinger

- Anderson, J. W., Johnstone, B. M. & Remley, D. T. (1999). Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70 (4), 525-535.
- Ackermann-Lieblich, U., Voegeli, T., Gunter-Witt, K., Kunz, I., Zullig, M., Schindler, C. & Maurer, M. (1996). Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcome. *Zurich Study Team. British Medical Journal*, 23 (313), 1313-1318.
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2002). *Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006*. Online: www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/migration/index.html.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2004). *Statistik des jährlichen Bevölkerungsstandes 2003*. Online: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/raum_und_umwelt/umweltzustand_und/umweltbereiche/publikationen.html?publicationID=1356.
- Beck, M. & Knöth, S. (2003). Nachbetreuung von Wöchnerinnen. Eine Literaturreview. *Pflege*, 5, 265-272.
- Bennet, S. & Indman, P. (2003). *Pregnancy and postpartum psychiatric illness*. Online: www.postpartum.net/brief.html.
- Bundeskantlei (Hrsg.). (1996). *Krankenversicherungsgesetz KVG*. Bern: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale.
- Conzelmann, C. (1995). *Stillhäufigkeit und Stilldauer in der Schweiz 1994*. Basel: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel.
- Ensel, A. (2001). Vor- und Nachteile medizinisch-technischer Schwangerenvorsorge. *Schweizer Hebamme*, 7-8, 4-10.
- Held, P. (2004). Hebammen und Migrantinnen. Resultate einer CH-Umfrage. *Schweizer Hebamme* 7-8, 8-9.

- Hodnett, E. D. (2004). Home-like versus conventional institutional settings for birth. *The Cochrane Library, Issue 3*, Chichester, UK: Wiley.
- Kammerer, M. et al. (2004). Health service provision in perinatal psychiatry in Switzerland. In J. Cox & S. Conroy (Eds.), *Results of the european transcultural study of postnatal depression*. Cambridge: University Press.
- Nylander, G. (2004). *Why are breastfeeding rates so different in Europe?* Vortrag anlässlich der Konferenz «Promotion of breastfeeding in Europe» vom 17./18. Juni 2004 in Dublin.
- Olsen, O. & Jewell, M. D. (2004). Home versus Hospital Birth. *The Cochrane Library, Issue 3*, Chichester, UK: Wiley.
- Stähelin, K., Coda, P. & Zemp, E. (2004). *Schwangerschaft, Mutterschaft, Erwerbstätigkeit und Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: The need to humanize birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75, (suppl. 1) (99), 25-37. Übersetzung Nina Drexel: Fische können das Wasser nicht sehen: Die Notwendigkeit, die Geburt menschenwürdig zu gestalten. Online: www.geburtskanal.de/Wissen/Kurzmeldungen/NotwendigkeitMenschenwuerdigerGeburtshilfe_BDH.11.2002.pdf.

4.3 Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgung – das «winterthurer modell»

Urs Hunziker, Kurt Albermann, Franziska Guntern, Kurt von Siebenthal, Helmut Oswald & Rosmarie Müller

- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2004). *Sozialbericht Kanton Zürich 2002. Ergebnisse der Schweizerischen Sozialhilfestatistik*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Buonvicini, P. & Studer, A. (2004). *Therapieangebote für Kleinkinder mit Regulationsstörungen – eine Studie zur Klärung von Angebot und Nachfrage im Kanton Zürich*. Studienarbeit im Rahmen der Hochschule für Angewandte Psychologie, Zürich.

4.6 Familienergänzende Kinderbetreuung und Betreuungsindex für Kinder im Vorschulalter

Sabina Littmann-Wernli & Kathrin Arioli

- Eidgenössisches Departement des Inneren (Hrsg.). (2004). *Familienbericht 2004: Strukturelle Anforderungen an eine bedürfnisgerechte Familienpolitik*. Bern: BBL, Vertrieb Bundespublikationen
- Fachstelle für Gleichberechtigungsfragen des Kantons Zürich (Hrsg.). (2004). *Familienergänzende Kinderbetreuung im Kanton Zürich. Mut zur Partnerschaft von Gemeinden mit Privaten*. Ergänzte Neuauflage, Zürich.
- Lanfranchi, A. (2002). *Schulerfolg von Migrationskindern. Die Bedeutung familienergänzender Betreuung im Vorschulalter*. Opladen: Leske und Budrich.
- Lanfranchi, A., Gruber, J. & Gay, D. (2003). Schulerfolg von Migrationskindern dank transitorischer Räume im Vorschulbereich. In H.-R. Wicker, R. Fibbi & W. Haug (Hrsg.), *Migration und die Schweiz. Ergebnisse des Nationalen Forschungsprogramms «Migration und interkulturelle Beziehungen»* (481-506). Zürich: Seismo
- Lanfranchi, A. & Schrottmann, R. E. (2004). *Kinderbetreuung ausser Haus – eine Entwicklungschance*. Bern: Haupt.
- Littmann-Wernli, S. (2004). Familienergänzende Kinderbetreuung im Kanton Zürich. *statistik.info 01/2004*. Online: www.kinderbetreuung.zh.ch/publikationen.
- Littmann-Wernli, S. (2005). *Betreuungsindex für den Kanton Zürich 2004*. Zusammenfassung der Ergebnisse online: www.kinderbetreuung.zh.ch/publikationen.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development OECD (Ed.). (2004). *Babies and Bosses. Reconciling Work and Family Life*. New Zealand, Portugal and Switzerland. Paris: OECD Publications.

5. Massnahmen – Bereiche und Vorschläge

Verschiedene Autorinnen und Autoren

- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2004). *Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich*. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 11. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Meier, C. (2004). *Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung*. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 9. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

Anhang 2: Adressen der Autorinnen und Autoren

Kurt **Albermann**, Dr.med.
Leiter Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
Kinderklinik des Kantonsspitals Winterthur
Brauerstr. 15/Postfach 834
8401 Winterthur

052 266 29 17/19
kurt.albermann@ksw.ch

Kathrin **Arioli**, Dr.iur.
Leiterin der Fachstelle für Gleichberechtigungsfragen des Kantons Zürich
Kasernenstr. 49
8090 Zürich

043 259 25 72
kathrin.arioli@ji.zh.ch

A. Doris **Baumgartner**, lic.phil.
Sozialforschung
Schaffhauserstr. 85
8057 Zürich

044 364 42 81
a.d.baumgartner@bluewin.ch

Patricia **Blöchliger**
Alte Landstr. 51
6314 Unterägeri/ZG

044 750 49 94
patricia.bloechlinger@bluewin.ch

Regula **Bohny**, lic.iur.
Amtsleitung
Amt für Jugend und Berufsberatung
Dörflistr. 120
8090 Zürich

043 259 96 04
regula.bohny@ajb.zh.ch

Matthias **Bopp**, Dr.sc.nat.
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
der Universität Zürich
Hirschengraben 84
8001 Zürich

044 634 46 14
bopp@ifspm.unizh.ch

Monica **Budowski**, Prof. Dr.phil.
Professorin für Sozialarbeit und Sozialpolitik
Universtät Freiburg/Université de Fribourg
Rte. de Bonnesfontaines 11
1700 Fribourg

026 300 77 96
monica.budowski@unifr.ch

Robert **Fluder**, Dr.phil.
Leiter der Sektion Soziale Sicherheit
Bundesamt für Statistik
Espace de l'Europe 10
2010 Neuchâtel

032 713 65 78
robert.fluder@bfs.admin.ch

Franziska **Guntern**
Jugendsekretariat Winterthur-Land
Trollstr. 33/Postfach 31
8410 Winterthur

052 269 19 69
f.guntern@jswinterthur.zh.ch

Urs **Hunziker**, Dr.med.
Chefarzt Kinderklinik,
Kantonsspital Winterthur
Brauerstr. 15/Postfach 834
8401 Winterthur

052 266 28 22
u.hunziker@ksw.ch

Sabina Littmann-Wernli , Dr.oec.publ. Präsidentin der Gleichstellungskommission des Kantons Zürich Toblerstr. 62 8044 Zürich	044 632 47 36 littmann-wernli@gmx.net
Rosmarie Müller Jugendsekretariat Winterthur Stadt Zeughausstr. 76 8402 Winterthur	052 267 56 56 Rosmarie.Mueller@win.ch
Helmut Oswald , Dr.med. Spezialarzt Kinder- und Jugendmedizin FMH Zentrum am Obertor 8 8400 Winterthur	052 209 03 80 helmut.oswald@hin.ch
Kurt von Siebenthal , Dr.med. Spezialarzt Kinder- und Jugendmedizin FMH Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) Kinderklinik, Kantonsspital Winterthur Brauerstr. 15 Postfach 834 8041 Winterthur	052 266 29 17 kurt.vonsiebenthal@ksw.ch
Sylvia Sommer , dipl.Lm.-Ing.ETH Greyerzstr. 29 3013 Bern	078 803 77 00 sylvia.sommer@bluewin.ch
Stefan Stolle Leiter Unternehmungskommunikation Caritas Zürich Beckenhofstr. 16 Postfach 8035 Zürich	044 366 68 60 s.stolle@caritas-zuerich.ch
Peter Wilhelm Evangelisch-reformierte Landeskirche des Kantons Zürich Fachstelle Familie Hirschengraben 50 8001 Zürich	044 258 92 89 peter.wilhelm@zh.ref.ch
Hans Wydler , lic.phil. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich Hirschengraben 84 8001 Zürich	044 634 48 52 hans.wydler@ifspm.unizh.ch
Ueli Zellweger , lic.phil. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich Hirschengraben 84 8001 Zürich	044 634 46 53 uzellweg@ifspm.unizh.ch

Anhang 3: Kommentierte und weiterführende Literatur

A. Ausgewählte kommentierte Literatur

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modul 4: Hornung, R., Broers, B., Michaud, P.-A. & Frick, U. (2004). *Identifizierung und Verminderung von problematischem und abhängigem Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Die Frage nach geeigneten Massnahmen zur Sekundärprävention wird in diesem 4. Modul dargestellt. Als Bewertungskriterien dienten Evidenzbasiertheit, Praktikabilität sowie Umsetzbarkeit in der Schweiz. Es konnte kein entsprechendes Programm identifiziert werden.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt Integration der Zielsetzung in bestehende Angebote, Entwicklung eines Projekts anhand der angegebenen Kriterien und Berücksichtigung wirksamer Elemente bei der Beurteilung von Programmen durch das BAG.

Modul 5: Fabian, C., Nowacki, A., Pfister, T. & Zobel, F. (2004). *Planung der sekundärpräventiven Versorgung in der Gemeinde oder Region*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Hauptziel ist das Bereitstellen von einfachen, strukturierten Prozeduren und Strukturen, die eine Optimierung der sekundärpräventiven Versorgung mit Früherkennung sowie Frühintervention erlaubt. Zielgruppen sind Kinder und Jugendliche sowie sekundär das soziale Umfeld. Der Ansatz schliesst neben Suchtverhalten auch allgemein problematisches Verhalten ein, wie Gewalt, soziale Auffälligkeiten etc.

Die vier auf definierten Kriterien basierenden Projektvorschläge dazu sind: Frühintervention in der Gemeinde, mit der Schulung von Erziehungsberechtigten; Bedarfserhebung der Suchtprävention, mit Informationsgewinn zu Risikogruppen; Früherkennungskonzept einer integrierten Sozialpsychiatrie ipw, zur Identifizierung von nicht in Beratung befindlichen Jugendlichen; sowie das Programm DEPART (Dépistage, Evaluation et Parrainage pour Adolescents à Risque de Toxicomanie).

Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.). (2005). *Gewalt gegen Kinder. Konzept für eine umfassende Prävention*. Bern: BBL, Vertrieb Bundespublikationen. Online: www.bbl.admin.ch/bundespublikationen.

Die Zentralstelle für Familienfragen erstellte eine Studie mit einem neuen Konzept für eine umfassende Prävention von Kindesmisshandlung. Für die verschiedenen Partner – sowohl im öffentlichen als auch im privaten Bereich – stellt der Expertenbericht zugleich Diskussionsgrundlage und Anknüpfungspunkt dar. Ziel ist, die öffentliche Debatte anzuregen und koordinierte Präventionsmassnahmen zu fördern, um bestehende Lücken zu schliessen.

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2002). *Sozialberichterstattung Schweiz. Wohlstand und Wohlbefinden: Lebensstandard und soziale Benachteiligung in der Schweiz*. Serie Statistik der Schweiz/Sozialberichterstattung Schweiz. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Im Rahmen der Sozialberichterstattung in der Schweiz ist dieser Bericht entstanden. Als Datenquelle diente die Einkommens- und Verbrauchserhebung (EVE) von 1998. Über die Konzepte des Wohlbefindens und des Lebensqualitätsansatzes entstehen Verbindungen zu gesundheitlichen Themen. Ein Kapitel widmet sich dem Haushalt und der Familie. Es gibt Auskunft über die Betroffenheit von Kindern, kinderreichen Familien und Alleinerntern von Einkommensschwäche, über die Rollenteilung zwischen den Eltern bis hin zu ungleicher Beanspruchung von familienexterner Kinderbetreuung auf Grund unterschiedlicher Ressourcenlagen.

Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2004). *Sozialbericht 2002 für den Kanton Zürich*. Pressemitteilung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Die Zahl der Sozialhilfefälle ist seit 1990 stark ansteigend. Besonders belastet sind die Ballungszentren Zürich und Winterthur mit hoher Konzentration bei allein Erziehenden, Kindern und Jugendlichen sowie Alleinstehenden. Betroffen sind v. a. Bevölkerungsgruppen mit sozialen Risiken (fehlende Berufsausbildung, Scheidung etc.). Bei AHV-Rentnern steigt die Bezugsleistung mit dem Alter, bei IV-Rentnern fällt sie. Generell nimmt das Sozialhilferisiko mit zunehmendem Alter ab.

Buonvicini, P. & Studer, A. (2004). *Therapieangebote für Kleinkinder mit Regulationsstörungen – eine Studie zur Klärung von Angebot und Nachfrage im Kanton Zürich*. Studienarbeit im Rahmen der Hochschule für Angewandte Psychologie, Zürich.

Dieser Bericht befasst sich mit den Regulationsstörungen in der frühen Kindheit, wobei der Schwerpunkt auf die Schrei-, Schlaf-, Fütter- und Gedeihstörungen gelegt wird. Beschrieben werden Risikofaktoren, Leitsymptome, Erscheinungsbilder und Klassifikationsmöglichkeiten. Untersucht wird das bestehende Behandlungsangebot für die genannten Störungen im Kanton Zürich. Insbesondere wird die Frage geklärt, inwieweit eine Ergänzung des bestehenden Angebotes in Form einer ambulanten Tagesbetreuung, einer tagesklinischen und/oder stationären Eltern-Kind-Einrichtung von Fachleuten als notwendig erachtet wird.

Camenzind, P. & Meier, C. (2004). *Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz*. Bern: Verlag Hans-Huber.

Frauen verursachen weniger Gesundheitskosten als bisher angenommen. Die Differenz der Mehrkosten zu ihren Lasten geht v. a. auf ihre längere Lebenserwartung und die Kosten für Schwangerschaft und Geburt zurück. Diese werden ebenso wie Gewalt gegen Frauen ungerechtfertigterweise einseitig zu ihren Lasten aufgerechnet.

Zudem tragen Frauen durch Heimpflege mehr zur Entlastung der Kosten bei. Lediglich die ambulanten Psychiatrieausgaben sind höher, während Männer allerdings bei den übrigen Sozialversicherungen deutlich mehr Kosten verursachen.

Conzelmann, C. (1995). *Stillhäufigkeit und Stildauer in der Schweiz 1994*. Basel: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel.

Obwohl die gesundheitlichen Vorzüge des Stillens, wie z. B. das geringere Risiko für Infektionen oder die Entwicklung einer Typ 1 Diabetes beim Kind und vermindertes Risiko von prämenopausalem Brustkrebs bei der Mutter schon länger bekannt sind, stillten 1994 nur 41% der Mütter in der Schweiz während mindestens einem halben Jahr. Weitere Resultate aus Conzelmanns Studie betreffen beispielsweise den Anstieg der Stildauer bei Frauen aus oberen Sozialschichten und bei Frauen, die älter als 30 Jahre alt waren, sowie bei Müttern, die das Wochenbett zu Hause verbrachten und solchen, deren Männer Stillen wichtig fanden.

Weniger lang stillten Frauen, die rauchten, die Antibaby-Pille nahmen, Frauen, deren Kinder in den ersten Tagen nach der Geburt bereits einen Schoppen bekamen und solche, die im Spital Gratis-Muster von Muttermilchersatzprodukten erhielten. Die Stildauer

nahm mit zunehmender «Stillfreundlichkeit» des Spitals zu. Die Forderung der Autorin nach vertieften Kenntnissen der Fachpersonen zum Stillmanagement, Stillen nach Bedarf, «Rooming in» und die Einführung einer Mutterschaftsversicherung sind zum grossen Teil umgesetzt worden. Nun ist eine Nachfolgestudie geplant und es wird spannend sein zu sehen, ob diese Massnahmen zu längerem Stillen bei jungen Müttern geführt haben.

Eidgenössisches Departement des Inneren (Hrsg.). (2004). *Familienbericht 2004: Strukturelle Anforderungen an eine bedürfnisgerechte Familienpolitik*. Bern: BBL, Vertrieb Bundespublikationen.

Online: www.bbl.admin.ch/bundespublikationen.

Der Familienbericht bietet ausgezeichnetes Grundlagenmaterial für eine gute Familienpolitik. Er bietet viele kantonale Vergleichsdaten. Dieses Material belegt die stark unterschiedlichen Bedingungen für die Familien in den Kantonen. Der Bericht versucht auf die Frage zu antworten, wie eine bedürfnisgerechte Familienpolitik aussehen könnte. Interessanterweise wird das Thema Gesundheit dabei beiseite gelassen. Die Beispiele aus den Kantonen zeigen aber, dass in der Westschweiz sehr viel häufiger auch gesundheitliche Aspekte im Rahmen von Familienpolitik betrachtet werden. Der Bericht weist somit auf den Klärungsbedarf hin, dem die sogenannten «Querschnittsaufgaben» wie Familienpolitik oder Gesundheitsförderung gegenüberstehen.)

Fux, B. (2003). *Beiträge zur sozialen Sicherheit: Entwicklung des Potenzials erhöhter Arbeitsmarktpartizipation von Frauen nach Massgabe von Prognosen über die Haushalts- und Familienstrukturen*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung, 73.

Der Wandel von Familien- und Haushaltsstrukturen mit Freilegung neuer Potenziale sowie seine Auswirkung auf die Altersvorsorge werden beschrieben. Dabei geht der Autor von einem zukünftigen Wandel von acht aktuell bestehenden Haushaltsformen aus, von einer Zunahme von Einpersonenhaushalten und Einelternfamilien und einer Abnahme kinderloser Ehepaare resp. dem ehelichen Sektor. Gleichzeitig wird ein rascher Anstieg der Frauenerwerbsquote um 12% prognostiziert. Berechnet werden dazu vier hypothetische Szenarios, die unterschiedliche Potenziale für einen Zuwachs erwerbstätiger Frauen bergen.

Gmür, P. (2000). *MutterSeelenAllein. Erschöpfung und Depression bei jungen Müttern*. Zürich: Verlag pro juvenile.

Pascale Gmür, Journalistin aus Zürich, beschreibt anhand von recherchierten Beispielen, wie es in der Zeit nach der Geburt zu einer Depression kommen kann, wie sie sich äussert und was Betroffene dagegen tun können. So können Kinder, die viel Aufmerksamkeit und Pflege brauchen, traumatisch erlebte Geburten, fehlendes soziales Netz und die gesellschaftlich verbreitete Auffassung, dass eine Mutter immer glücklich zu sein habe, aber auch hormonelle Faktoren Auslöser für eine Depression sein. Viele Depressionen werden nicht als solche erkannt, das Erkennen kann aber für die Mutter (und ihren Partner) bereits eine grosse Entlastung und den ersten Schritt zur Heilung bedeuten. Die Autorin weist darauf hin, dass neben einer Behandlung der Depression mittels Psychotherapie und/oder Psychopharmaka die Mütter unbedingt auch Entlastung im Alltag und soziale Unterstützung brauchen. Das Buch richtet sich an alle an diesem Thema Interessierte, auch an werdende Eltern.

Hermann, E. (2003). *Vom Glück des Stillens. Körpernähe und Zärtlichkeit zwischen Mutter und Kind*. Ort: Hamburg: Hoffmann und Campe.

Ein Buch, das empfehlenswert ist für werdende Eltern. Es behandelt Themen wie die Bedeutung des Stillens, Gesundheit und Stillen, Väter und Stillen, Stillen und Beruf, Kulturgeschichte des Stillens und Vieles mehr. Es ist anschaulich und leicht verständlich geschrieben.

Husi, G. & Meier Kressig, M. (1995). *Alleineltern und Eineltern: Forschungsergebnisse zu den Lebenslagen «Alleinerziehender»*. Zürich: Seismo.

Teil 1 befasst sich mit der Begrifflichkeit und dem theoretischen Konzept. Der familiäre Wandel der letzten Jahrzehnte wird nachvollzogen bis hin zum aktuellen Forschungsstand.

Anhand des Lebenslagenkonzepts werden die Lebensverhältnisse von Allein-/Eineltern geschildert und Bezug genommen auf soziale Sicherheit und Ungleichheit.

In Teil 2 werden die Ergebnisse der Forschungsdaten aus einer Befragung von 800 Eineltern im Kanton Zürich erläutert mit Schwerpunkten auf Beruf und Familie, Einkommensverhältnisse, soziale Einrichtungen und Unterstützungsnetze, sowie Wohn- und Familienverhältnisse. Im Anschluss werden Verbesserungsvorschläge von Befragten und AutorInnen angegeben. Betroffene wünschen sich u. a. Flexibilität und mehr Teilzeitstellen im beruflichen Bereich, bessere Information über Hilfsmöglichkeiten und Kinderhüteooptionen, AHV-Revision und Steuererleichterung sowie eine generelle Besserstellung in der Gesellschaft.

Kitzinger, S. (1998). *Schwangerschaft und Geburt. Das umfassende Handbuch für werdende Eltern*. München: Kösel.

Die moderne Geburtshilfe wird Jahr für Jahr technologisch perfekter und aufwändiger. Viele Eltern fühlen sich dadurch zunehmend verunsichert. Gleichzeitig wollen immer mehr Eltern selbst entscheiden, was für sie und ihr Baby am besten ist. Dabei kann das Werk von Sheila Kitzinger einen wertvollen Beitrag leisten. Es beantwortet als umfassendes und aktuelles Handbuch für werdende Eltern alle Fragen der körperlichen und emotionalen Vorbereitung auf die Geburt. Sheila Kitzinger ist Engländerin, Sozialanthropologin, Mutter von fünf Töchtern und Autorin mehrerer Bücher zum Thema Gebären.

Lanfranconi, P. (1999). Depression im Wochenbett. In Rektorat der Universität Zürich (Hrsg.), *unireport 2000*. Online: www.unipublic.unizh.ch/magazin/gesundheit/1999/wochenbett/

Nach Martin Kammerer, Oberarzt der Regionalstelle Horgen der Psychiatrischen Universitäts-Poliklinik für Kinder- und Jugendliche Zürich, leiden 10 bis 15% aller Mütter an Postnataler Depression (PND). Ungenügende Versorgungsstrukturen werden festgestellt sowie verkürzte Klinikaufenthalte und weniger Kontrolluntersuchungen. Die Schweiz ist Teil einer transkulturellen Studie der EU über PND.

Largo, R. H. (1993). *Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht. Das andere Erziehungsbuch*. Hamburg: Carlsen.

In diesem «anderen Erziehungsbuch» beleuchtet Remo H. Largo, Zürcher Kinderarzt und Professor für Kinderheilkunde, die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht: Anstatt Erziehungsprinzipien oder Normvorstellungen zu verkünden, zeigt er biologische Grundvoraussetzungen und Einsichten in die entwicklungs- und altersspezifischen Eigenheiten des kindlichen Verhaltens auf, welche Eltern und Erzieher helfen können, das Kind besser zu verstehen. Er weist darauf hin, dass bereits Säuglinge neben allgemeinen Entwicklungsmustern ganz individuelle Eigenarten besitzen, auf die es einzugehen gilt. Dieses Buch ist allen Leser/innen zu empfehlen, die gerne mehr über die Entwicklung des Kindes erfahren möchten. Es ist übersichtlich gestaltet und eignet sich auch zum Schmökern.

Marie Meierhof Institut für das Kind (Hrsg.). (2002). *Vorschulkinder in der Schweiz: Bildungspolitische Rahmenbedingungen für die Erziehung und Betreuung von kleinen Kindern. «und kinder», 68*. Zürich.

Nebst einem Überblick über bestehende Einrichtungsformen gibt der Bericht Auskunft über rechtliche Grundlagen und Finanzierungsarten. Es bestehen grosse Unterschiede sowohl auf kantonaler Ebene als auch zwischen den Sprachregionen. Die Ausbildungsanforderungen der Erzieher/innen divergieren ebenso wie die elterlichen Erwartungen an das Personal. Angesprochen werden die Zielsetzungen aus dem Blickwinkel der Eltern in der Gegenüberstellung zur Erzieher/innenperspektive.

Es wird unterschieden zwischen reiner Betreuung/Beaufsichtigung versus Erziehung/Sozialisation und eine Neugliederung nach Zeitplan der Einrichtungen vorgeschlagen: Zum einen die erweiterten Öffnungszeiten mit Anpassung an die elterlichen Arbeitszeiten, zum anderen der reduzierte Zeitplan mit stundenweiser Betreuung. Interessant ist die Gegenüberstellung von Angebot und Nachfrage auf qualitativer, quantitativer und struktureller Ebene mit anschliessendem Perspektiventeil und Ausblick.

Organisation for Economic Co-Operation and Development, OECD (Ed.). (2004). *Babies and Bosses. Reconciling Work and Family Life*. New Zealand, Portugal and Switzerland. Paris: OECD Publications.

Dieser Bericht wird im Kapitel 4.6 «Familienergänzende Kinderbetreuung und Betreuungsindex für Kinder im Vorschulalter» vorgestellt. Das Staatssekretariat für Wirtschaft und das Bundesamt für Sozialversicherungen haben dazu eine deutsche Zusammenfassung unter besonderer Berücksichtigung der Teile zur Schweiz herausgegeben. Der Bericht kann beim Staatssekretariat für Wirtschaft bestellt werden unter: wp-sekretariat@seco.admin.ch. Online: www.seco-admin.ch.

Stähelin, K., Coda, P. & Zemp, E. (2004). *Schwangerschaft, Mutterschaft, Erwerbstätigkeit und Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Die Studie zeigt auf, welche Auswirkungen die heute geltenden gesetzlichen Regelungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Schwangeren und jungen Mütter haben. Sie befasst sich auch mit der Umsetzung der Regelungen in die Praxis und den daraus entstehenden Problemen.

Tschöpe-Scheffler, S. (2005). *Konzepte der Elternbildung. Eine kritische Übersicht*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Das Buch bietet eine kritische Übersicht über Konzepte, Projekte und Organisationen in der Elternbildung. Dabei bezieht es sich auf die Bedingungen in Deutschland. Das Buch ist auch für die hiesigen Verhältnisse interessant, weil viele der besprochenen standardisierten Elternkurse auch in der Schweiz in ähnlicher Form angeboten werden. Das Buch rückt aber auch innovative Formen der Elternbildung in den Vordergrund, so z. B. Projekte, die Elternkompetenzen gezielt durch Netzbildung und Stärkung von sozialen Beziehungen fördern wollen. Diese können beispielsweise in Quartieren oder rund um Krippen, Kindergärten oder Schulen zum Einsatz kommen.

Wagner, M. (2001). Fish can't see water: The need to humanize birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75, (suppl. 1) (99), pp. 25-37. Übersetzung Nina Drexel: Fische können das Wasser nicht sehen: Die Notwendigkeit, die Geburt menschenwürdig zu gestalten. Online:

www.geburtskanal.de/Wissen/Kurzmeldungen/NotwendigkeitMenschenwuerdigerGeburtshilfe_BDH.11.2002.pdf.

Marsden Wagner, Perinatologe und Epidemiologe, ehemaliger Direktor der WHO, Abteilung women's and children's health, beschreibt in diesem Artikel provokativ, wie die Geburtshilfe geändert werden sollte, damit sie menschenwürdig ist. Die werdende Mutter soll im Mittelpunkt stehen und die Kontrolle über den Ablauf behalten können.

Er zeigt auf, dass die westliche, medikalisierte Hightech-Geburtsmedizin unter Kontrolle ärztlicher Geburtshelfer oft zu unnötigen, teuren oder gefährlichen invasiven geburtshilflichen Eingriffen führt. Politisch brisant sind seine Vorschläge, die Grundversorgung in der Geburtshilfe nicht den Ärzten, sondern den Hebammen zu überlassen, da diese eine lange Tradition haben, die Gebärende in den Mittelpunkt zu stellen. Hausgeburten und die Geburtshausgeburten stellen für Geburten mit niedrigem Risiko sichere Alternativen dar. Sie führen zu weniger Eingriffen während der Geburt, grösserer Zufriedenheit bei den Müttern und sind kostengünstiger. Belegt werden seine Ausführungen durch anerkannte Studien.

Wagner fordert ausserdem für die Geburtshilfe die Förderung der evidenzbasierten Medizin.

Walter, T. (1999). *Erfahrene Armut in Familien: Befragte als Experten der eigenen Situation*. Uster: Stadt Uster im Auftrag der Caritas Zürich.

Der Bericht gibt Informationen zum subjektiven Empfinden von betroffenen Familien. Uster ist ein mittleres Zentrum mit eigener Infrastruktur. Deshalb eignet sich diese Stadt als eine für die Schweiz typische Siedlungsform besonders, um Armut in einen Kontext zu lokalem Arbeitsmarkt, Wohnquartieren und Versorgungsangeboten zu stellen. Die Studie differenziert drei Formen, wie Armut allgemein wahrgenommen wird, wie Betroffene mit Armut umgehen, wie sie handeln und was sie sich zur Verbesserung der eigenen Situation wünschen. Der Einbezug des Erfahrungswissens Betroffener im Handeln gegen Armut stellt eine Ressource dar, die von sozialen Institutionen und den politischen Behörden bisher zu wenig einbezogen wurde. Mittleren städtischen Zentren wie Uster, aber auch privaten sozialen Institutionen wie der Caritas wird daher vorgeschlagen, Zentren im Handeln gegen Armut aufzubauen, wo Betroffene mit ihrem Erfahrungswissen handelnd und beratend einbezogen werden.

Werner, K. (2002). *Bericht zur Lage der Familie im Kanton Zürich*. Dübendorf: Fachhochschule Zürich, Hochschule für Soziale Arbeit.

Der Bericht gibt Auskunft über die soziale und ökonomische Lage der Familien im Kanton Zürich und stellt die öffentlichen Leistungen zugunsten von Familien dar. Er trägt Daten aus den verschiedenen Direktionen der kantonalen Verwaltung zusammen und liefert ein Bild zu den folgenden Bereichen: Wirtschaftliche Situation der Familien, Familie und Erziehung, Familie und Erwerbsarbeit. Der Bericht geht auf ein Postulat von Chantal Galladé zurück, das vom Kantonsrat am 15. Januar 2001 dem Regierungsrat überwiesen wurde. Der Regierungsrat wurde beauftragt, einen Bericht zur Lage der Familien im Kanton Zürich vorzulegen. Er wies dieses Geschäft der Direktion für Soziales und Sicherheit zu. Es wurde eine direktionsübergreifende Arbeitsgruppe eingesetzt und der Auftrag zur Berichtsverfassung wurde der Abteilung Forschung und Entwicklung der Hochschule für Soziale Arbeit Zürich (HSSAZ) erteilt.

Zahorka, M. & Blöchliger, C. (2003). *Bedürfnisanalyse zur reproduktiven Gesundheit von Migrantinnen*. Im Auftrag der Schweizerischen Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit. Basel: Schweizerisches Tropeninstitut. Online: www.suchtundaids.bag.admin.ch/imperia/md/content/migration/berichte/17.pdf

Manfred Zahorka und Corinne Blöchliger haben im Jahr 2003 im Auftrag der Schweizerischen Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit im Raum Basel eine Analyse über den Bedarf von Migrantinnen an Dienstleistungen im Bereich der Gesundheit von Müttern und Kindern rund um die Geburt erstellt. Die qualitative Untersuchung befragte mittels eines Fragebogens 64 Frauen zu ihren Erfahrungen mit Geburten im In- und Ausland, dem Dienstleistungsangebot in der Schweiz und zu Vorschlägen zur Verbesserung des Angebots. Für die meisten Migrantinnen erwiesen sich Sprachprobleme und kulturelle Unterschiede als hauptsächliche Barrieren bei der Nutzung des Schweizerischen Gesundheitssystems. Nichtmedizinische Dienstleistungen wie Mütter- und Väterberatung werden nur selten genutzt, teilweise weil sie nicht bekannt waren. Insbesondere in der Zeit nach der Geburt fühlen sich Frauen isoliert und nicht adäquat versorgt. Der Autor und die Autorin empfehlen aufgrund der Auswertung, den Zugang zu den Dienstleistungen durch mehr Information, Vereinfachung des Zugangs zu existierenden Dienstleistungen und der Ergänzung vorhandener Angebote in den Bereichen Geburtsvorbereitung und Mütterberatung zu verbessern. Auch die interkulturelle Kompetenz bei Dienstleistern im Bereich Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach muss erhöht werden und ein «Betreuungskontinuum» für Migrantinnen vor, bei und nach der Geburt geschaffen werden.

B. Ausgewählte weiterführende Literatur

- Amt für Jugend und Berufsberatung des Kantons Zürich & Sozialdepartement der Stadt Zürich (Hrsg.). (2002). *Situationsanalyse, Ziele und Materialien für die Betreuung und den Schutz von Kindern Drogen konsumierenden Eltern im Kanton Zürich*. Zürich: unveröffentlichter Bericht.
- Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.). (2004). *Beiträge zur sozialen Sicherheit: Familienpolitik auf kantonaler und kommunaler Ebene*. Forschungsbericht 9/04. Bern: BBL, Vertrieb Bundespublikationen.
- Bundesamt für Statistik (Hrsg.). (2003). Working Poor in der Schweiz: Ausmass und Risikogruppen auf der Basis der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung 2002 (SAKE). Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik & Sozialamt des Kantons Zürich (Hrsg.). (2005). *Sozialbericht Kanton Zürich 2004*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Dupuis, M. & Rey, U. (2002). *Armut und Armutsgefährdung im Kanton Zürich 1991-2001*. Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.
- Eidgenössische Kommission für Jugendfragen (Hrsg.). (2003). *Stärken wahrnehmen – Stärken nutzen: Perspektiven für eine kinder- und jugendgerechte Integrationspolitik*. Bern: Eidgenössische Kommission für Jugendfragen, 76.
- Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen (Hrsg.). (1998). *Auswirkungen von Armut und Erwerbslosigkeit auf Familien*. Broschüre. Bern: Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen.
- Fachstelle für Gleichberechtigungsfragen des Kantons Zürich FFG (Hrsg.). (2004). *Familienergänzende Kinderbetreuung im Kanton Zürich: Mut zur Partnerschaft von Gemeinden mit Privaten*. Broschüre. Zürich: Fachstelle für Gleichberechtigungsfragen des Kantons Zürich FFG.
- Fatke, R., Niklowitz, M., Schwarz, J. & Sultanian, E. (2003). *Den Kindern eine Stimme geben: Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz*. Zürich: Pädagogisches Institut der Universität Zürich, im Auftrag des Schweizerischen Komitees für Unicef.
- Forum für Praxispädiatrie (Hrsg.). (1999). *Neue Armut: Eine Herausforderung für die Praxispädiatrie*. Bellach: Verlag Praxispädiatrie.
- Fux, B. (2003). *Entwicklung des Potenzials erhöhter Arbeitsmarktpartizipation von Frauen nach Massgabe von Prognosen über die Haushalts- und Familienstrukturen*. Bundesamt für Sozialversicherung. Bern: BBL, Vertrieb Bundespublikationen.
- Fux, B. (2005). *Familiäre Lebensformen im Wandel*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Gerber, V., Priester, T., Fluder, R., Fleury, S. & Bentz, D. (2003). *Die Sozialhilfe im Kanton Zürich 2001*. Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.
- Gilomen, H. (2001). *Sozialberichterstattung und politisches Monitoring: Strategien und Perspektiven*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Grossenbacher, S., Höpflinger, F., Ulich, E., Fagnani, J., Matthies, A.-L. & Jurczyk, K. (2004). *Zeit für Familien: Beiträge zur Vereinbarkeit von Familien- und Erwerbsalltag aus familienpolitischer Sicht*. Eidgenössische Koordinationskommission für Familienfragen EKFF. Bern: BBL, Vertrieb Bundespublikationen.
- Hämmig, O. & Bauer, G. (2004). *Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich. Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit*. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 10. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Heim, D. (2003). Jeden Tag ein Kunststück – Erwerbstätige Mütter und Väter in Zürich. *Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich*, 14, 4.
- Hüttner, E. & Bauer, T. (2003). *Massnahmen zur gezielten Unterstützung von einkommensschwachen Familien*. Bericht zuhanden der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren. Bern: BASS.
- Jugendsekretariat Bezirk Horgen, Jugendberatungs- und Suchtpräventionsstelle Samowar (Hrsg.). (2004). *Integrationsarbeit im Bezirk Horgen. Abklärung und Handlungsansätze*. Jugendsekretariat Bezirk Horgen, Jugendberatungs- und Suchtpräventionsstelle Samowar.
- Kappeler, B. (2004). *Neue Schweizer Familie. Familienmanagement und Rentensicherheit*. München: Nagel und Kimche.
- Largo, R. H. (1999). *Kinderjahre: Die Individualität des Kindes als erzieherische Herausforderung*. München: Piper.
- Roth, M. & Gisler, S. (2003). *Jedes 10. Kind der Schweiz ist arm*. Medienmitteilung. Zürich: Schweizerisches Arbeiterhilfswerk SAH.
- Schopper, D. (2005). *Gesundes Körpergewicht: Wie können wir der Übergewichtsepidemie entgegenwirken*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

- Städteinitiative Sozialpolitik (Hrsg.). (2003). *Stellungnahme zur Bass-Studie: «Massnahmen zur gezielten Unterstützung von einkommensschwachen Familien»*. Stellungnahme (Januar 2003). Luzern: Städteinitiative, Sozialdirektion.
- Steinmann, R. M. (2005). *Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stocker, E. & Pfister, T. (2004). *Gesunde Zuger Familien: Grundlagen für die Umsetzung von Massnahmen in der Gesundheitsförderung*. Zug: Gesundheitsdirektion Kanton Zug. Online: www.zug.ch/gesundheit.
- Streuli, E. & Bauer, T. (2002). *Working Poor in der Schweiz: Konzepte, Ausmass und Problemlagen aufgrund der Daten der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Vatter, A., Ledermann, S., Sager, F. & Zollinger, L. (2004). *Familienpolitik auf Bundesebene*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.

Anhang 4: Abbildungsverzeichnis

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

Anhang 5: Tabellenverzeichnis

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