



Minimal Set of Indicators Kinder- und Jugendgesundheit für die Schweiz

**Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG),
Direktionsbereich Prävention und Gesundheitsversorgung**

Luzern, den 31. August 2023

I Autorinnen und Autoren

Birgit Laubereau, Dr. med., Projektleitung (Interface)

Julia Rickenbacher, MA, Projektmitarbeit und stv. Projektleitung (Interface)

Jonas Gubser, MA, Projektmitarbeit (Interface)

Susi Kriemler, Prof. Dr. med., wissenschaftliche Fachexpertise (Universität Zürich, Epidemiology, Biostatistics and Prevention Institute [EBPI])

INTERFACE Politikstudien

Forschung Beratung AG

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

Rue de Bourg 27

CH-1003 Lausanne

Tel +41 (0)21 310 17 90

www.interface-pol.ch

I Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Sebastian Mader, Projektleiter wissenschaftliche Grundlagen

Damiano Costantini, Leitung Kinder- und Jugendgesundheit

I Zitiervorschlag

Laubereau, Birgit; Rickenbacher, Julia; Gubser, Jonas; Kriemler, Susi (2023): Minimal Set of Indicators Kinder- und Jugendgesundheit für die Schweiz. Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern und Universität Zürich.

I Hinweis

Im Rahmen des Projekts wurde ein weiteres Dokument erstellt, das die Porträts der 100 ausgewählten Indikatoren enthält: Rickenbacher, Julia; Laubereau, Birgit; Gubser, Jonas; Kriemler, Susi (2023): Indikatorenporträts Minimal Set of Indicators Kinder- und Jugendgesundheit für die Schweiz. Porträts zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern und Universität Zürich. Siehe [Webseite ARAMIS: Kinder- und Jugendgesundheit – Minimal Set of Indicators für die Schweiz 2022-2023](#).

I Laufzeit

Mai 2022 bis August 2023

I Projektreferenz

Projektnummer: 22-032

Abstract (DE)	4
Abstract (FR)	5
Abstract (IT)	6
Abstract (EN)	7
Fazit und Ausblick	8
Was stellt das MSI KJG dar, was war der Auftrag und wie wurde vorgegangen?	8
Wie ist das MSI KJG einzuordnen? Welche nächsten Schritte braucht es?	9
1. Ausgangslage und Auftrag	10
1.1 Zielsetzung und Leitfragen	10
1.2 Projektorganisation unter Einbezug breiter Expertise	11
1.3 Chancen und Herausforderungen	11
1.4 Aufbau des Berichts	12
2. Prozessdokumentation	13
Schritt 1: Auslegeordnung	14
Schritt 2: Priorisierung der relevantesten Themen	15
Schritt 3: Identifikation von Indikatoren zu den priorisierten Themen	20
Schritt 4: Indikatorenporträts und Prüfung Datenquellen	21
3. Steckbriefe potenzielle Datenquellen	23
3.1 Steckbrief Gesundheitsdaten im Schulkontext	23
3.2 Steckbrief Daten ambulante Pädiatrie	27
3.3 Steckbrief Kantonale Daten	31
3.4 Steckbrief SwissPedHealth	36
Anhang	39
A 1 Begleitgruppe	39
A 2 Dokumente zur Erstellung der Auslegeordnung	40
A 3 Experteninterviews zu möglichen Datenquellen	41

Abstract (DE)

Das vorliegende Minimal Set of Indicators Kinder- und Jugendgesundheit (MSI KJG) liefert erstmals für die Schweiz eine konkrete Zusammenstellung wichtiger Indikatoren im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit. Die Notwendigkeit der Verbesserung der Datenlage wurde in letzter Zeit mehrfach in politischen Vorstössen und Berichten thematisiert.

Für die Erarbeitung des Indikatorensets wurden, unabhängig von der Datenverfügbarkeit, unter breitem Einbezug von Stakeholdern 71 relevante Themen in folgenden vier zentralen Themenfeldern identifiziert: Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Angebot und Inanspruchnahme sowie Rahmenbedingungen. Grundlage bildete der nationale Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz. Ergänzend wurde eine breite Recherche durchgeführt sowie die fachliche Einschätzung von vielen wichtigen Stakeholdern aus dem Feld einbezogen. Eine Begleitgruppe unterstützte mit Expertise aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung sowie Verwaltung und Forschung bei wichtigen Schritten im Projekt.

Das Indikatorenset besteht aus 100 Indikatoren, die den vier Themenfeldern und drei Lebensphasen (frühe Kindheit, obligatorische Schulzeit, Adoleszenz) zugeteilt sind. Bei 83 Indikatoren liegen eine Definition und eine Datenquelle aus der Schweiz vor. Bei 17 Indikatoren bestehen Lücken. Diese Indikatoren sind vor allem der Lebensphase der frühen Kindheit und dem Themenfeld Angebot und Inanspruchnahme zuzuordnen. Zum Füllen der Lücken bieten sich aus Sicht des Projektteams insbesondere folgende potenzielle Datenquellen an: das digitale Gesundheitsheft (digGH), Gesundheitsdaten aus den Schulärztlichen Untersuchungen sowie Daten zu Investitionen und Angeboten der öffentlichen Hand, wie beispielsweise der frühen Sprachförderung sowie der schulpsychologischen Dienste in der Deutschschweiz und ihren Äquivalenten in der lateinischen Schweiz.

Das Indikatorenset ist als ein Arbeitspapier zu verstehen und ist der Ausgangspunkt für den Aufbau eines Monitorings der Kinder- und Jugendgesundheit. Dieser Folgeprozess wird vom BAG im Austausch mit verschiedenen Stakeholdern geplant. Das MSI KJG dient als Grundlage für zukünftige Entwicklungen. Der Schwerpunkt der nächsten Schritte sollte auf die Nutzung des Indikatorensets sowie das Füllen der Lücken gelegt werden. Wichtig ist, dass die vorliegenden Indikatoren in Berichterstattungen Anwendung finden, damit sie im Praxistest einen Mehrwert liefern und allfälligen Anpassungsbedarf aufzeigen können.

Abstract (FR)

Le présent document Set d'indicateurs minimaux pour la santé des enfants et des adolescents fournit, pour la première fois, une compilation significative d'indicateurs importants dans le domaine de la santé des jeunes en Suisse. Plusieurs interventions politiques et rapports ont souligné la nécessité d'améliorer l'état des données dans ce domaine ces derniers temps.

Indépendamment de la disponibilité des données, le set d'indicateurs a été élaboré en association avec une large palette de parties prenantes ; il porte sur 71 thèmes pertinents dans les quatre champs thématiques suivants : état de santé, comportement en matière de santé, offre et recours aux offres ainsi que les conditions-cadres. La base de cette compilation est issue du rapport national sur la santé des enfants et des adolescents en Suisse. Ce dispositif a été complété par une vaste recherche et par l'évaluation professionnelle de nombreux acteurs importants du terrain. Un groupe d'accompagnement a apporté son soutien et son expertise dans les domaines de la santé, des questions sociales et de la formation ainsi que pour la gestion et la recherche à des étapes importantes du projet.

Ce set comporte 100 indicateurs répartis sur quatre champs thématiques et trois phases de vie (petite enfance, scolarité obligatoire, adolescence). 83 indicateurs sont assortis d'une définition et de source de données en Suisse. Pour les 17 restants, des lacunes subsistent. Ces derniers relèvent avant tout de la phase de la petite enfance et du champ thématique « offre et recours aux offres ». L'équipe du projet est d'avis que les sources des données ci-après permettraient en particulier de remédier aux lacunes constatées : le carnet de santé numérique (digGH), les données issues des examens effectués par le médecin scolaire ainsi que celles relatives à des investissements et des offres de l'administration publique comme l'encouragement précoce du langage, les services de psychologie scolaire en Suisse alémanique et leurs équivalents en Suisse romande et italienne.

Le set d'indicateurs doit être considéré comme un document de travail et constituer le point de départ pour mettre sur pied un monitoring de la santé des enfants et des adolescents. Le suivi est planifié par l'OFSP en consultation des différentes parties prenantes. Le set d'indicateurs minimaux servira de base pour de futurs développements. Lors des prochaines étapes, l'accent sera mis sur l'utilisation de ce set et sur les lacunes à combler. Il est important que ces indicateurs soient utilisés dans les rapports afin d'apporter une plus-value dans la pratique et de mettre en évidence d'éventuelles adaptations nécessaires.

Abstract (IT)

Il presente set minimo di indicatori relativo alla salute di bambini e adolescenti costituisce la prima raccolta concreta di indicatori importanti nell'ambito della salute di bambini e adolescenti in Svizzera. Recentemente la necessità di migliorare i dati disponibili è stata più volte sollevata in interventi politici e rapporti.

Per sviluppare il set di indicatori sono stati individuati, con l'ampio coinvolgimento delle parti interessate e indipendentemente dalla disponibilità di dati, 71 temi rilevanti nelle seguenti quattro aree tematiche centrali: stato di salute, comportamento in materia di salute, offerte e ricorso alle stesse e condizioni quadro. Il progetto si basa sul rapporto nazionale sulla salute di bambini e giovani in Svizzera. È stata inoltre condotta un'ampia ricerca ed è stata inclusa la valutazione tecnica di numerosi portatori di interesse importanti. Durante le fasi cruciali del progetto, un gruppo di accompagnamento ha fornito il proprio sostegno grazie alle sue competenze negli ambiti della sanità, delle questioni sociali e della formazione, dell'amministrazione e della ricerca.

Il set è composto da 100 indicatori, suddivisi nelle quattro aree tematiche summenzionate e in tre fasi di vita (prima infanzia, scuola dell'obbligo e adolescenza). Per 83 indicatori sono disponibili una definizione e una fonte di dati provenienti dalla Svizzera, mentre per gli altri 17 si constatano lacune. Questi indicatori sono principalmente ascrivibili alla prima infanzia e all'area tematica delle offerte e del ricorso alle stesse. Secondo il team di progetto, le potenziali fonti di dati elencate a seguito sono particolarmente adatte a colmare le lacune: il libretto digitale della salute, i dati sanitari provenienti dalle visite mediche scolastiche e i dati sugli investimenti e sulle offerte da parte dell'ente pubblico, come la promozione linguistica precoce e i servizi psicologici scolastici nella Svizzera tedesca e i loro equivalenti nella Svizzera latina.

Il set di indicatori è da intendere come documento di lavoro e funge da punto di partenza per lo sviluppo di un monitoraggio della salute di bambini e adolescenti. Questo processo di follow-up è in corso di pianificazione presso l'UFSP, in collaborazione con diverse parti interessate. Il presente set di indicatori costituisce la base per sviluppi futuri. Durante le fasi successive, è importante mettere l'accento sull'utilizzo del set e sulle lacune da colmare. È importante che gli indicatori siano impiegati in diversi resoconti, in modo da apportare un valore aggiunto nella pratica e mostrare l'eventuale necessità di adeguamenti.

Abstract (EN)

The present Minimal Set of Indicators for child and adolescent health (MSI CAH) is the first concrete compilation of key indicators in the field of child and adolescent health in Switzerland. The need to improve the available data has recently been addressed several times in political initiatives and reports.

To develop the set of indicators, irrespective of data availability, 71 relevant topics in the following four central thematic areas were identified with broad involvement of stakeholders: state of health, health-related behaviour, provision of health care and utilisation, and framework conditions. The national report on child and youth health in Switzerland served as basis. Additionally, an extensive literature review was carried out and the professional assessments of many key stakeholders in the field were integrated. At important steps in the project, an advisory group provided support with their expertise in health, social affairs and education, as well as public administration and research.

The set consists of 100 indicators assigned to the four thematic fields and three life phases (early childhood, compulsory schooling and adolescence). For 83 indicators, a definition and a data source from Switzerland are available. There are gaps for 17 indicators. These indicators mainly touch on early childhood and the thematic field of health care supply and utilisation. In the project team's view, the following potential data sources are particularly suitable for filling the gaps: the digital health booklet (digGH), health data from school medical examinations, and data on public sector investments and services, such as early language support and school psychological services in German-speaking Switzerland and their equivalents in Latin Switzerland.

The set of indicators is to be understood as a working paper and is the starting point for the development of a monitoring system on child and adolescent health. This follow-up process is being planned by the FOPH in exchange with various stakeholders. The MSI CAH will serve as a basis for future developments. The next steps should focus on the use of the set of indicators and on filling the gaps. It is important for the present indicators to be used in reporting so that they can provide added value in field tests and identify any need for adaptation.

Fazit und Ausblick

Was stellt das MSI KJG dar, was war der Auftrag und wie wurde vorgegangen?

Das vorliegende Minimal Set of Indicators Kinder- und Jugendgesundheit (MSI KJG) liefert erstmals für die Schweiz eine konkrete Zusammenstellung wichtiger Indikatoren im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit. Hauptziel des Indikatorensets ist es, eine Grundlage für ein Monitoring der Kinder- und Jugendgesundheit zu schaffen. Das Monitoring soll zuhanden der Politik Handlungsbedarf aufzeigen und dazu dienen, die Wirkungen von Massnahmen zu verfolgen. Zudem soll das Indikatorenset konkrete Lücken an wichtigen Daten aufzeigen. Die Notwendigkeit der Verbesserung der Datenlage wurde in letzter Zeit mehrfach in politischen Vorstössen und Berichten thematisiert.¹

Für die Erarbeitung des Indikatorensets wurden vorab, unabhängig von der Datenverfügbarkeit, zusammen mit Stakeholdern vier zentrale Themenfelder sowie 71 relevante Themen identifiziert. Grundlage bildete der nationale Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz², ergänzend wurde eine breite Recherche zu nationalen und internationalen Indikatoren im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit durchgeführt.

Das Indikatorenset besteht aus 100 Indikatoren, die vier Themenfeldern und drei Lebensphasen zugeteilt sind (vgl. Darstellung D 1.1).

D 1.1: Verteilung der 100 Indikatoren auf die Themenfelder und Lebensphasen

4 Themenfelder	3 Lebensphasen			Anzahl Indikatoren
	Frühe Kindheit <i>Schwangerschaft bis 4 Jahre</i>	Obligatorische Schulzeit <i>5 bis 15 Jahre</i>	Adoleszenz <i>16 bis 25 Jahre</i>	
Gesundheitszustand	17	26	25	48
Rahmenbedingungen	11	13	11	14
Angebot und Inanspruchnahme	13	12	10	14
Gesundheitsverhalten	4	9	12	24
Anzahl Indikatoren (Überlappungen Lebensphasen möglich)	45	60	58	100

Quelle: Darstellung Interface/UZH, basierend auf der Liste mit den 100 Indikatoren.

Legende: Je dunkler der Grünnton, desto höher die Anzahl Indikatoren.

Bei 83 Indikatoren liegen eine Definition und eine Datenquelle aus der Schweiz vor. Bei 17 Indikatoren bestehen Lücken. Diese Indikatoren sind vor allem der Lebensphase der frühen Kindheit und dem Themenfeld Angebot und Inanspruchnahme zuzuordnen.³

¹ Z.B. Motion Herzog 19.4134, Interpellation 21.3631 Lohr, Motion 19.4069 Roduit, Postulat 21.3220 Roduit sowie der [Bericht des Bundesrats zur Politik der frühen Kindheit und die Empfehlungen des UN-Kinderrechtsausschusses zur Umsetzung der Kinderrechtskonvention](#).

² Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2020): Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. Bern: Hogrefe.

³ Weitere Lücken beziehen sich auf verschiedene punktuelle Aspekte, beispielsweise ein Indikator für neurologische Erkrankungen für das Alter 5 bis 25 Jahre.

Wie ist das MSI KJG einzuordnen? Welche nächsten Schritte braucht es?

Das Indikatorenset ist als ein Arbeitspapier zu verstehen und ist der Ausgangspunkt für den Aufbau eines Monitorings der Kinder- und Jugendgesundheit und. Dieser Folgeprozess wird vom BAG im Austausch mit verschiedenen Stakeholdern geplant. Das MSI KJG dient als Grundlage für zukünftige Entwicklungen. Der Schwerpunkt der nächsten Schritte sollte auf die Nutzung des Indikatorensets sowie das Füllen der Lücken gelegt werden. Wichtig ist, dass die vorliegenden Indikatoren in Berichterstattungen Anwendung finden, damit sie im Praxistest einen Mehrwert liefern und allfälligen Anpassungsbedarf aufzeigen können.

Wie aufgezeigt, gibt es für einen Grossteil der Indikatoren bereits Datenquellen. Allerdings bestehen auch Lücken in substanziellen Bereichen. Hierzu zählen insbesondere die Lebensphase der frühen Kindheit (0–4 Jahre) und die Altersgruppe von Kindern unter 11 Jahren. Zudem fehlen Daten zu Investitionen und Angeboten der öffentlichen Hand. Es existieren aber drei vielversprechende Möglichkeiten, um die beschriebenen Lücken im Indikatorenset entlang der Lebensphasen zu füllen:

- Erstens: Das *digitale Gesundheitsheft digGH*. Es dient der Erfassung von Gesundheitsdaten aus der frühen Kindheit und sollte mittelfristig auch Informationen aus den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen enthalten. Anfänge sind hier bereits gemacht und könnten weiterverfolgt und ausgebaut werden.
- Zweitens: Gesundheitsdaten aus den *Schulärztlichen Untersuchungen*. Diese würden die gesamte Altersspanne im obligatorischen Schulalter, auch unter 11 Jahren, umfassen und die grossen Studien «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) und Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) ergänzen. Als Startpunkt empfehlen wir auf die grossen Städte in allen Sprachregionen der Schweiz zu fokussieren.
- Drittens: Daten zu Investitionen und Angeboten der öffentlichen Hand. Wir schlagen insbesondere für die Lebensphasen der frühen Kindheit und der obligatorischen Schulzeit folgende Ansatzpunkte vor: Für die frühe Kindheit sollte der Kontakt mit dem Sozialbereich, insbesondere der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK), gehalten werden und *Daten zur Frühen Förderung*, beispielsweise zur Sprachförderung im Rahmen der Kantonalen Integrationsprogramme, einbezogen werden. Für das obligatorische Schulalter bieten sich Daten aus dem Bildungsbereich an. Wir empfehlen, auf die Vereinigung «Schulpsychologie Schweiz – interkantonale Leitungskonferenz» (SPILK) zuzugehen und die angedachte Sammlung von Daten zum Angebot und zur Inanspruchnahme der *schulpsychologischen Dienste* aktiv zu unterstützen. Da diese auf die Deutschschweiz begrenzt sind, sollten Daten aus der lateinischen Schweiz zu den korrespondierenden Angeboten (z.B. *mediateurs scolaires*) ergänzt werden.

Neben diesen Hauptstossrichtungen gibt es weitere potenzielle Datenquellen, die sekundär in Betracht zu ziehen sind. Hierzu zählt zuallererst die Schweizer Gesundheitsstudie. Diese ist am Entstehen und wird als eine Priorität Kinder und Jugendliche beinhalten. Sie böte eine reichhaltige Quelle, die über das Monitoring hinausgehend Informationen zu kausalen Zusammenhängen liefern könnte. Um für das Monitoring nützlich zu sein, bedarf es dabei einer Auffrischung der Kohorte in adäquaten zeitlichen Abständen. Des Weiteren sind thematische und altersbezogene Ausweitungen der etablierten Gesundheitsstudien SGB und HBSC denkbar. Schliesslich sollten die Entwicklungen rund um das SwissPedHealth-Projekt verfolgt werden, das ergänzende Informationen für das MSI liefern könnte. Primär werden Daten von hospitalisierten Kindern in der Schweiz erfasst. Interessant wird sein, welche konkreten Informationen aus den Kliniksystemen der Spitäler nutzbar sind, und inwiefern die Einbindung von Daten aus der ambulanten Pädiatrie gelingt.

1. Ausgangslage und Auftrag

Die Kinder- und Jugendgesundheit (KJG) ist ein wichtiges Public-Health-Thema, denn der Gesundheitszustand im Kindes- und Jugendalter prägt auch die spätere Gesundheit im Erwachsenenalter. Der Gesundheitszustand ist zudem nicht nur für die Lebensqualität der einzelnen Individuen bedeutsam, sondern auch ein gesellschaftlich und volkswirtschaftlich relevanter Faktor. Es braucht aussagekräftige nationale Daten, um den aktuellen Stand der Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz zu beurteilen, um allfälligen Handlungsbedarf identifizieren und um Entwicklungen über die Zeit verfolgen zu können.

Bislang fehlt ein solches Monitoring der Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz, was in verschiedenen politischen Vorstössen der letzten Jahre aufgegriffen wurde und Thema eines Berichts des Bundesrats zur Politik der frühen Kindheit war.⁴ Zudem war es mehrfach Gegenstand von Rückmeldungen des UN-Kinderrechtsausschusses zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention in der Schweiz.⁵ Der Bundesrat strebt eine Stärkung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen an und richtet sich dabei an den Empfehlungen des Nationalen Gesundheitsberichts 2020 des Obsan aus. Diese beinhalten die Verbesserung der Datenlage. Ein Monitoring dient dazu, die Politik im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit voranzubringen, indem es dazu beiträgt, Handlungsbedarf aufzuzeigen, Wirkungen von Massnahmen zu verfolgen und Synergien zu nutzen. Als ersten Schritt mit Blick auf die Entwicklung eines Monitorings plante das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Erarbeitung eines Indikatorensets mit ausgewählten Kenngrössen zur Beurteilung der Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz (Minimal Set of Indicators Kinder- und Jugendgesundheit [MSI KJG], in diesem Bericht Indikatorenset genannt). Die Verantwortlichen des BAG haben Interface Politikstudien Forschung Beratung in Luzern in Kooperation mit dem Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) der Universität Zürich mit der Erarbeitung eines solchen Indikatorensets mit 100 ausgewählten Indikatoren beauftragt.

1.1 Zielsetzung und Leitfragen

Das Mandat verfolgte zwei Hauptziele:

- Erstens sollte mittels einer systematischen Auslegeordnung unter Einbezug relevanter Experten/-innen und Stakeholder aufgezeigt werden, welche Themen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit im Indikatorenset abgebildet werden sollen. Dies bestimmt den Bedarf für das Monitoring.
- Zweitens sollte geprüft werden, inwiefern die ausgewählten Themen durch bestehende Indikatoren und Datenquellen abgedeckt werden können und inwiefern neue Datenerhebungen notwendig sind.

⁴ Motion Herzog 19.4134 «Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin. Versorgungsforschung und Massnahmenplanung zur Sicherstellung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen», Interpellation 21.3631 Lohr «Bessere Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit», Motion 19.4069 Roduit «Schweizer Kohortenstudie zur Untersuchung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen», Postulat 21.3220 Roduit «Die Auswirkungen von Covid-19 auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen» sowie der [Bericht des Bundesrats zur Politik der frühen Kindheit](#).

⁵ [Empfehlungen des UN-Kinderrechtsausschusses zur Umsetzung der Kinderrechtskonvention](#).

Folgende Leitfragen strukturierten das Mandat:

- Was sind die wichtigsten Themenfelder und Themen, die mittels der Indikatoren verfolgt werden sollen? Welche sind aus Sicht der Stakeholder besonders relevant?
- Welche Indikatoren repräsentieren die Themen am besten?
- Welche bestehenden Indikatoren und Datenquellen können für das Indikatorenset genutzt werden? Wo bestehen Datenlücken und wie könnten diese gefüllt werden?

1.2 Projektorganisation unter Einbezug breiter Expertise

Das Projektteam führte die Arbeiten unter Einbezug einer Begleitgruppe mit zwölf Personen durch, die das breite Feld der Thematik gut abdeckte. Eingebunden waren Experten/-innen der unterschiedlichen Themengebiete (Gesundheit, Bildung und Soziales), föderalen Ebenen (Bund und Kantone) und Perspektiven (Wissenschaft und Praxis). Es wurde zudem darauf geachtet, dass die Expertise unterschiedliche Lebensphasen abdeckt. Eine Liste der Mitglieder der Begleitgruppe findet sich im Abschnitt A 1 im Anhang.

1.3 Chancen und Herausforderungen

Das Mandat erlaubte es, erstmals für die Schweiz konkrete Indikatoren für die Kinder- und Jugendgesundheit zusammenzustellen, unter breitem Einbezug von Experten/-innen und Stakeholdern. Das Indikatorenset ist dabei als Arbeitspapier zu verstehen: Es konkretisiert erstens die wichtigsten Themenfelder und relevante Themen für ein Monitoring. Zweitens enthält es Vorschläge für Indikatoren, die bereits genutzt werden können, da die entsprechenden Datenquellen vorliegen und zugänglich sind. Drittens werden Indikatoren- und Datenlücken aufgezeigt. Das Indikatorenset kann demnach auch als Grundlage für die Planung und Umsetzung weiterer Aktivitäten zur Verbesserung der Datenlage im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz dienen.

Das Mandat beinhaltete grundsätzliche methodische und inhaltliche Herausforderungen. Insbesondere zwei Aspekte standen im Vordergrund: Erstens verfügt die Schweiz über keine explizite Strategie zur Kinder- und Jugendgesundheit und damit auch über keine konkreten Ziele und Schwerpunktsetzungen wobei jedoch der Nationalen Gesundheitsbericht 2020 des Obsan als «roter Faden» genutzt werden konnte.⁶ Bevor Indikatoren definiert werden konnten, mussten zunächst Themenfelder und Themen konkreter herausgearbeitet werden. Inhaltlich konnte dafür das Wissen bestehender Gremien der Kinder- und Jugendgesundheit genutzt werden. Die Operationalisierung der Themenfelder wurde jedoch durch fehlende anerkannte Schwerpunkte erschwert und der Detail- und Konkretisierungsgrad der Themen variierte deutlich. Eine zweite Herausforderung lag darin, ein breites Stakeholder-Feld mit unterschiedlichen Perspektiven und Schwerpunkten einzubeziehen. So zeigten bereits die Diskussionen in der Begleitgruppe, dass es punktuell unterschiedliche Vorstellungen davon gibt, wie Themen den Themenfeldern zugeordnet werden sollen (z.B. Sucht: Gesundheitszustand oder Gesundheitsverhalten). Im Bewusstsein, dass auch andere Zuordnungen möglich sind, wurde jedoch eine akzeptierte Struktur gefunden.

⁶ Gründe sind fehlende gesetzliche Grundlagen für eine umfassende Strategie und eingeschränkte gesetzgeberische Kompetenzen des Bundes bei Kinder- und Jugendfragen.

1.4 Aufbau des Berichts

Dieser Bericht enthält die Prozessdokumentation zur Erarbeitung des Indikatorensets (Kapitel 2). Darin werden die einzelnen Schritte und deren Resultate beschrieben. In Kapitel 3 sind die Steckbriefe zu vier Datenquellen zu finden, deren Potenzial vertieft analysiert wurde. Nicht Teil des Berichts sind die Porträts der 100 ausgewählten Indikatoren. Diese Indikatorenporträts liegen als separates Dokument vor.⁷

1.5 Dank

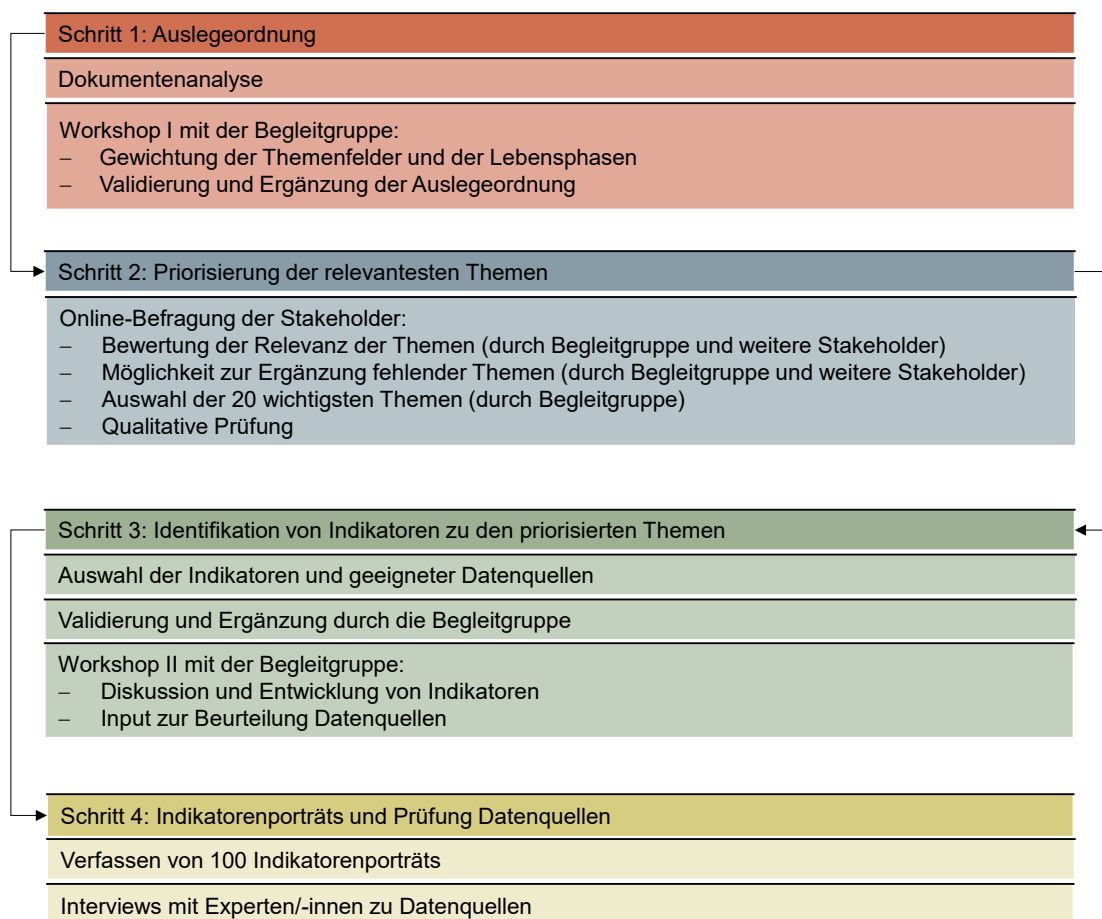
Wir danken den Mitgliedern der Begleitgruppe und den weiteren Experten/-innen, die ihr Wissen engagiert und konstruktiv in das Mandat eingebracht haben. Weiterer Dank gilt den zahlreichen Teilnehmenden an der Online-Befragung sowie weiteren Fachpersonen aus der Praxis, welche sich die Zeit genommen haben, ihr Wissen und ihre Einschätzungen mitzuteilen. Sie alle haben mit ihren Beiträgen die Erarbeitung des vorliegenden Produkts massgeblich unterstützt und den Einbezug verschiedener Perspektiven ermöglicht.

⁷ Rickenbacher, Julia; Laubereau, Birgit; Gubser, Jonas; Kriemler, Susi (2023): Indikatorenporträts Minimal Set of Indicators Kinder- und Jugendgesundheit für die Schweiz. Porträts zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern und Universität Zürich.

2. Prozessdokumentation

Um im verfügbaren Zeitrahmen die Bedürfnisse der Experten/-innen und Stakeholder abzuholen und bestehendes Wissen zielführend einzubinden, wurde ein pragmatisches partizipatives und iteratives Vorgehen gewählt, das quantitative und qualitative Ansätze kombinierte. Das Expertenwissen und die unterschiedlichen Perspektiven verschiedener Stakeholder-Gruppen wurden durch den Einbezug einer Begleitgruppe mittels quantitativer Befragungen und qualitativem Austausch sichergestellt. Die Expertise der Begleitgruppe wurde zu drei Zeitpunkten eingebunden, indem Erkenntnisse nach relevanten Arbeitsschritten vorgestellt und diskutiert wurden. Die fachliche Einschätzung weiterer Stakeholder aus dem Feld wurde durch eine Online-Befragung erhoben. Die folgende Darstellung zeigt eine Übersicht über die Erhebungen in vier Schritten.

D 2.1: Prozess zur Erarbeitung des Indikatorensets



Quelle: Darstellung Interface/UZH.

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte erläutert.

Schritt 1: Auslegeordnung

Zunächst wurde eine breite Auslegeordnung erstellt, die die Themen der Kinder- und Jugendgesundheit umfassend abdeckt und strukturiert.

I Dokumentenanalyse

Ausgangspunkt bildete die Auswertung zentraler Dokumente. Eine wichtige Grundlage stellte dabei der nationale Gesundheitsbericht 2020 des Obsan dar.⁸ Ausserdem wurden bestehende nationale und internationale Indikatorensets mit Fokus auf Kinder- und Jugendgesundheit gesichtet. Hierzu zählen das Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten MonAM und Indikatorensets der OECD, der UNICEF und der WHO. Diese und weitere wichtige Quellen sind im Abschnitt A 2 im Anhang aufgeführt. Die Quellen wurden gesichtet und die darin enthaltenen Themen in die Auslegeordnung überführt. Wo vorhanden, wurden die Themen bereits mit möglichen Indikatoren und Datenquellen ergänzt.

Ausgehend von den genannten Grundlagen identifizierte das Projektteam in Abstimmung mit der Begleitgruppe folgende vier Themenfelder, die zentrale Aspekte der Kinder- und Jugendgesundheit beleuchten:

- *Gesundheitszustand*: Wie gesund sind Schweizer Kinder und Jugendliche?
- *Gesundheitsverhalten*: Wie gesundheitsbewusst verhalten sich Schweizer Kinder und Jugendliche beziehungsweise ihre Eltern?
- *Angebot und Inanspruchnahme*: Wie gut wird die Gesundheit gefördert? Wie gut sind das Versorgungsangebot und der Zugang?
- *Rahmenbedingungen*: Wie gut sind die Rahmenbedingungen und wie gleich verteilt sind die Chancen für eine gesunde Entwicklung?

D 2.2: Vier Themenfelder zur Strukturierung des Indikatorensets

Gesundheitszustand	Gesundheitsverhalten
Wie gesund sind Schweizer Kinder und Jugendliche?	Wie gesundheitsbewusst verhalten sich Schweizer Kinder und Jugendliche beziehungsweise ihre Eltern?
Angebot und Inanspruchnahme	Rahmenbedingungen
Wie gut wird die Gesundheit gefördert? Wie gut sind das Versorgungsangebot und der Zugang?	Wie gut sind die Rahmenbedingungen und wie gleich verteilt sind die Chancen für eine gesunde Entwicklung?

Quelle: Darstellung Interface/UZH, basierend auf der Dokumentenanalyse und in Abstimmung mit der Begleitgruppe.

Zusätzlich wurde eine Gruppierung entlang folgender Lebensphasen vorgenommen:

- *Frühe Kindheit*: Schwangerschaft bis und mit 4 Jahre
- *Obligatorische Schulzeit*: 5 bis und mit 15 Jahre
- *Adoleszenz*: 16 bis und mit 25 Jahre

⁸ Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2020): Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. Bern: Hogrefe.

Die Auslegeordnung umfasste über 350 Indikatoren und war nach den folgenden Inhalten strukturiert:

- Themenfeld
- Thema
- Lebensphase
- Möglicher Indikator
- Auswahlkriterien
- Datenquelle
- Link zur Datenquelle

I Workshop I mit der Begleitgruppe

Der erste Workshop mit der Begleitgruppe im August 2022 diente zwei Zielen:

- *Validierung:* Die Auslegeordnung wurde der Begleitgruppe im Vorfeld des Workshops zugestellt und am Workshop gemeinsam ergänzt. Ergebnis war eine umfassende Sammlung von 100 Themen für die Online-Befragung von Stakeholdern in Schritt 2.
- *Rating zur Gewichtung der Themenfelder und der Lebensphasen:* Im Vorfeld des Workshops wurden die Mitglieder der Begleitgruppe zudem gebeten, in einem Online-Rating eine Gewichtung der Themenfelder und der Lebensphasen vorzunehmen. Dieses Rating hatte zum Ziel, in Anbetracht der Fülle von verschiedenen Themen erste Hinweise dazu zu geben, wo die Schwerpunkte für die Auswahl der Indikatoren gesetzt werden können. Darstellung D 2.3 zeigt das Ergebnis dieses Ratings.

D 2.3: Gewichtung der Themenfelder und der Lebensphasen durch die Begleitgruppe

4 Themenfelder	3 Lebensphasen		
	Frühe Kindheit <i>Schwangerschaft bis 4 Jahre</i>	Obligatorische Schulzeit <i>5 bis 15 Jahre</i>	Adoleszenz <i>16 bis 25 Jahre</i>
Gesundheitszustand			
Rahmenbedingungen			
Angebot und Inanspruchnahme			
Gesundheitsverhalten			

Quelle: Darstellung Interface/UZH, basierend auf dem Rating durch die Begleitgruppe.

Legende: Je dunkler der Grünnton, desto stärker die Gewichtung.

Am stärksten gewichtete die Begleitgruppe das Themenfeld Gesundheitszustand, gefolgt von den Rahmenbedingungen sowie dem Angebot und der Inanspruchnahme. Am wenigsten Gewicht erhielt das Gesundheitsverhalten. Von den drei Lebensphasen wurde die obligatorische Schulzeit höher gewichtet als die Adoleszenz und die frühe Kindheit. Dieses Rating wurde am Workshop mit der Begleitgruppe diskutiert und validiert und unterstützte die Schwerpunktsetzung für die weiteren Arbeiten.

Schritt 2: Priorisierung der relevantesten Themen

Die mit der Begleitgruppe erarbeitete Sammlung von 100 Themen wurde in einem zweiten Schritt zentralen Stakeholdern im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit vorgelegt.

I Beteiligung Stakeholder-Befragung

Es wurden 162 Personen zur Teilnahme an der Online-Befragung im Oktober 2022 eingeladen. Die darunter vertretenen kantonalen Konferenzen behielten sich dabei eine Weiterleitung an die kantonalen Verantwortlichen vor. Daher kann kein exakter Rücklauf berechnet werden. Insgesamt nahmen 112 Personen an der Befragung teil. Darstellung D 2.4 zeigt Eckdaten zur Beteiligung.

Ziel der Befragung war es, einem breiten Feld von Stakeholdern Gelegenheit zu geben, die in Schritt 1 erarbeitete Themensammlung nach ihrer Relevanz zu bewerten und eigene Themen zu ergänzen. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass die später notwendige Auswahl der zu berücksichtigenden Themen breit abgestützt ist.

D 2.4: Beteiligung an der Online-Befragung der Stakeholder

Stakeholder-Gruppen	Angeschrieben (N)	Teilnehmende (n)	Rücklauf (n/N)
Begleitgruppe	14	11	79%
Weitere Stakeholder, davon	148	101	68%*
– Bundesverwaltung – ohne BAG	16	5	31%
– Bundesverwaltung – BAG	21	6	29%
– Kantonale Verwaltung	8*	30	–
– Fachgesellschaften, Fachverbände	27	19	70%
– Forschung	23	9	39%
– Gesundheitsligen, Patientenorganisationen	12	6	50%
– Weitere NGO	32	9	28%
– Andere	9	3	33%
– Keine Angaben	–	14	–

Quelle: Darstellung Interface/UZH, basierend auf der Online-Befragung der Stakeholder sowie Angaben des BAG.

Legende: * = Rücklauf überschätzt, da N der Kantone unklar, da Weiterverteilung über die Konferenzen.

Die Teilnehmenden teilten sich selbst einer Stakeholder-Kategorie zu, die Kategorien der Angeschriebenen basiert auf einer Einteilung des BAG.

I Kriterien für die Bewertung der Relevanz

Den Teilnehmenden wurde zu Beginn eine Orientierungshilfe gegeben, was unter Relevanz zu verstehen ist. Sie wurden gebeten, die einzelnen Themen hinsichtlich ihrer Relevanz zu bewerten und dabei die folgenden Kriterien zu berücksichtigen:

- *Krankheitslast*: Weist das Thema auf häufige und/oder schwere Auswirkungen in der Gesellschaft hin?
- *Vorhersagekraft (Prädiktion)*: Ist das Thema bedeutsam für das weitere Leben, zum Beispiel für eine gesunde Entwicklung?
- *Nutzbarkeit und Handlungsrelevanz*: Kann das Thema für die Entwicklung von Massnahmen genutzt werden, zum Beispiel, weil es auf vermeidbare oder veränderbare Zustände hinweist?
- *Nützlichkeit*: Beschäftigt das Thema Akteure in der Praxis, nutzen Sie bereits entsprechende Indikatoren (Zahlen) oder vermissen Sie einen Indikator zu diesem Thema?

Die Datenverfügbarkeit war explizit *kein* Kriterium für die Beurteilung der Relevanz. Die Stakeholder wurden gebeten, die Relevanz der einzelnen Themen auf einer 5-Punkte-Skala von –2 (überhaupt nicht relevant) bis 2 (sehr relevant) zu bewerten. Die Themen waren zwecks Übersichtlichkeit nach den vier Themenfeldern gruppiert. Neben dieser Bewertung der Relevanz wurden die Mitglieder der Begleitgruppe gebeten, die ihrer Ansicht nach wichtigsten 20 Themen über alle Themenfelder hinweg auszuwählen.

I Ergebnisse Stakeholder-Befragung

Die befragten Stakeholder beurteilten den Grossteil der vorgeschlagenen Themen als relevant oder sehr relevant. Nur wenige Themen wurden von der Mehrheit der Stakeholder als nicht relevant bewertet. Die Darstellungen D 2.5 und D 2.6 zeigen jeweils die am höchsten und am wenigsten hoch bewerteten Themen (Top-Themen respektive Bottom-Themen), unterschieden nach der Bewertung durch die Begleitgruppe und durch die weiteren Stakeholder. Mit psychischen Erkrankungen, Bewegung, Kinder als Opfer von Gewalt/Mobbing und Suizid finden sich vier Themen sowohl bei der Begleitgruppe als auch bei den weiteren Stakeholdern unter den Top-10-Themen. Die anderen Themen in der Tabelle, die jeweils nur bei einer Gruppe unter die Top-10 fielen, wurden aber auch von der anderen Gruppe hoch bewertet, die Unterschiede der Bewertungen waren teilweise sehr gering.

D 2.5: Ergebnisse Online-Befragung: Die relevantesten Themen (Top-10-Themen)

Thema	Begleitgruppe	Weitere Stakeholder
Psychische Erkrankungen	X	X
Bewegung	X	X
Kinder als Opfer von Gewalt/Mobbing	X	X
Suizid	X	X
Familien mit problematischem Substanzkonsum	X	
Übergewicht/Adipositas	X	
Einkommen der Eltern/Armut	X	
Investitionen in Dienstleitungen der Kinder- und Jugendgesundheit	X	
Drogenkonsum	X	
Entwicklung motorisch	X	
Angebot Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (ambulant)		X
Psychische Auffälligkeiten		X
Substanzgebundene Süchte		X
Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention		X
Lebensqualität		X
Alkoholkonsum		X

Quelle: Darstellung Interface/UZH, basierend auf der Online-Befragung der Stakeholder.

Legende: X = Thema ist eines der Top-10-Themen. Berücksichtigt wurde dabei, wie viele Befragte das jeweilige Thema als sehr relevant oder relevant beurteilten, und wie hoch der Mittelwert der Bewertung ist (Skala von –2 bis 2).

Bei den am wenigsten relevanten Bottom-Themen sind die Überschneidungen zwischen der Begleitgruppe und den weiteren Stakeholdern noch grösser: Unter den Bottom-11-Themen⁹ beider Gruppen sind Vitamin D-Supplementierung, Lärmschutz-Verhalten, Beruf der Eltern, mütterliche Folsäure-Einnahme, Durchfall sowie kongenitale Fehlbildungen (vgl. Darstellung D 2.6).

D 2.6: Ergebnisse Online-Befragung: Die am wenigsten relevanten Themen (Bottom-11-Themen)

Thema	Begleitgruppe	Weitere Stakeholder
Vitamin D-Supplementierung	X	X
Lärmschutz-Verhalten	X	X
Beruf der Eltern	X	X
Qualität der Behandlung (z.B. Überlebensrate Krebs)	X	
Kosten Erkrankungen/Risikoverhalten	X	
Mütterliche Folsäure-Einnahme	X	X
Übertragbare Krankheiten, Durchfall	X	X
Suchttherapie (Inanspruchnahme)	X	
Kongenitale Fehlbildungen	X	X
Sonnenschutz-Verhalten	X	
Zahngesundheit	X	
Totgeburten		X
SIDS (Plötzlicher Kindstod, Sudden Infant Death Syndrome)		X
Frühgeburtlichkeit/Geburtsgewicht		X
Stillen		X

Quelle: Darstellung Interface/UZH, basierend auf der Online-Befragung der Stakeholder.

Legende: X = Thema ist eines der Top-11-Bottom-Themen (Bottom 11 statt Bottom 10, da sich bei der Beurteilung durch die Begleitgruppe zwei Themen Platz 10 der am wenigsten relevantesten Themen teilen). Berücksichtigt wurde dabei, wie viele Befragte das jeweilige Thema als sehr relevant oder relevant beurteilten, und wie hoch der Mittelwert der Bewertung ist (Skala von -2 bis 2).

Die Stakeholder konnten auch fehlende Themen ergänzen. Die eingebrachten Hinweise liessen sich entweder bereits bestehenden Themen zuordnen oder befanden sich auf der Ebene der Indikatoren. Sie wurden entsprechend in der Auslegeordnung ergänzt. Die Mitglieder der Begleitgruppe konnten zudem die wichtigsten 20 Themen über alle Themenfelder hinweg auswählen. Es zeigt sich die Bedeutung derjenigen Themenfelder, die das Lebensumfeld der Kinder- und Jugendlichen beschreiben. Sehr häufig wurden Themen aus den Themenfeldern Angebot und Inanspruchnahme sowie Rahmenbedingungen ausgewählt. Auffallende Ausnahme ist das Thema Bewegung aus dem Themenfeld Gesundheitsverhalten: zehn der elf Begleitgruppenmitglieder zählen diese Themen zu den 20 wichtigsten Themen der Kinder- und Jugendgesundheits (vgl. Darstellung D 2.7).

⁹ Bottom 11 statt Bottom 10, da sich bei der Beurteilung durch die Begleitgruppe zwei Themen Platz 10 der am wenigsten relevantesten Themen teilen.

D 2.7: Wichtigste Themen gemäss Begleitgruppe

Wichtigste Themen	Anzahl Nennungen
Gesundheitsverhalten: Bewegung	10
Rahmenbedingungen: Eltern Gesundheitszustand (körperlich und mental/psychisch)	8
Angebote und Inanspruchnahme: Angebot Mütter- und Väterberatung	6
Angebote und Inanspruchnahme: Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention	6
Angebote und Inanspruchnahme: Inanspruchnahme Frühe Förderung	6
Gesundheitsverhalten: Schlaf	6
Rahmenbedingungen: Eltern Einkommen/Armut	6
Rahmenbedingungen: Wohnumgebung	6
Rahmenbedingungen: Wohnverhältnisse	6
Angebote und Inanspruchnahme: Angebot öffentliche Dienste	5
Angebote und Inanspruchnahme: Angebote zur Früherkennung und Frühintervention	5
Angebote und Inanspruchnahme: Inanspruchnahme soziale Unterstützung	5
Gesundheitszustand: Gesundheitszustand allgemein	5
Gesundheitszustand: Psychische Auffälligkeiten	5
Gesundheitszustand: Psychische Erkrankungen	5
Rahmenbedingungen: Eltern Gesundheitskompetenz	5
Angebote und Inanspruchnahme: Intermediäres Angebot	4
Angebote und Inanspruchnahme: Inanspruchnahme Psychotherapie	4
Gesundheitsverhalten: Alkoholkonsum	4
Gesundheitsverhalten: Nutzung Digitale Medien	4
Gesundheitsverhalten: Verhalten in der Schwangerschaft	4
Gesundheitszustand: Entwicklung sozio-emotional	4
Gesundheitszustand: Gesundheitskompetenz	4
Gesundheitszustand: Kinder als Opfer von Gewalt/Mobbing	4
Gesundheitszustand: Selbstwirksamkeit	4

Quelle: Darstellung Interface/UZH, basierend auf der Online-Befragung der Stakeholder.

Legende: Anzahl Nennungen = Anzahl Begleitgruppenmitglieder, die das Thema als eines der 20 wichtigsten Themen ausgewählt haben, bei insgesamt elf Teilnehmenden

I Kriterien für die Auswahl der Themen

Basierend auf den Ergebnissen der Online-Befragung wurden die Themen für das Indikatorenset priorisiert. Dabei wurden die folgenden Kriterien angewandt:

- mindestens 80 Prozent der Mitglieder der Begleitgruppe haben das Thema als relevant beurteilt oder
- mindestens 90 Prozent der weiteren Stakeholder haben das Thema als relevant beurteilt oder
- mindestens vier Mitglieder der Begleitgruppe haben das Thema als eines der 20 wichtigsten Themen beurteilt.

Die so entstandene Liste wurde vom Projektteam aus pädiatrischer Sicht und aus Public-Health-Sicht inhaltlich validiert und die Verteilung auf die drei Lebensphasen abge-

schätzt.¹⁰ Dadurch resultierte eine Liste mit 71 Themen für die zu formulierenden 100 Indikatoren.

Schritt 3: Identifikation von Indikatoren zu den priorisierten Themen

Für diese 71 Themen wurden im Schritt 3 passende Indikatoren entlang der definierten Lebensphasen gesucht.

I Auswahl der Indikatoren und geeigneter Datenquellen

Ausgehend von den bereits gesammelten Indikatoren in der Auslegeordnung wurden zu den Themen Indikatoren nach der folgenden Hierarchie ausgewählt:

1. Bestehender Schweizer Indikator, dabei Daten der HBSC priorisiert vor SGB und vor weiteren Daten des BFS
2. Bestehender internationaler Indikator, dabei Daten der OECD priorisiert vor Daten der WHO und priorisiert vor Indikatoren des Australian Institute of Health and Welfare.

Ausschlaggebend für die Priorisierung waren die Repräsentativität für die Schweiz, die Qualität und die Frequenz der Erhebung, der Bezug zur Altersgruppe der Kinder- und Jugendlichen und die internationale Anschlussfähigkeit der Daten.

Durch die Wahl von Indikatoren aus Schweizer und internationalen Indikatorensets ist es wahrscheinlich, dass die Kriterien der Relevanz, Akzeptanz, Validität, Reliabilität, Datenverfügbarkeit und der internationalen Anschlussfähigkeit erfüllt sind.

Für die 71 Themen wurden insgesamt 100 Indikatoren definiert. Die Zahl der Indikatoren ist höher als die der Themen, da einige Themen pro Altersgruppe unterschiedliche Indikatoren bedingen. Das Projektteam konnte für die Mehrzahl der 100 Indikatoren konkrete Vorschläge basierend auf den nationalen und internationalen Indikatorensets machen. Für einige Themen konnten keine Indikatoren definiert werden (Lücke Indikator). Ausserdem gab es einige international abgeleitete Indikatoren, für die entsprechende Datenquellen in der Schweiz fehlen (Lücke Datenquelle).

I Validierung und Ergänzung durch Begleitgruppe

Die Liste mit den 100 Indikatoren wurde im Januar 2023 der Begleitgruppe zugestellt, um die Auswahl zu validieren und um Hinweise dazu zu erhalten, wie die Indikatoren- und Datenlücken geschlossen werden können. Neun Mitglieder der Begleitgruppe gaben schriftlich Rückmeldungen zu insgesamt 39 Indikatoren. Dadurch konnten einige der Indikatoren- und Datenlücken gefüllt werden. Zudem zeigte sich, dass bei den vorgeschlagenen Indikatoren punktuell Diskussionsbedarf bestand.

I Workshop II mit der Begleitgruppe

Die Diskussion dieser Indikatoren und das Schliessen der noch vorhandenen Lücken waren Gegenstand des Workshops II mit der Begleitgruppe im März 2023. Ziel des Workshops war die Vervollständigung der Liste mit 100 Indikatoren für das Indikatorenset. Die Expertise der Begleitgruppe wurde eingeholt,

- um die noch fehlenden Indikatoren in Gruppenarbeiten zu formulieren,
- um bei Indikatoren mit Diskussionsbedarf über das weitere Vorgehen zu entscheiden

¹⁰ Ein Thema kann pro Lebensphase unterschiedliche Indikatoren erfordern. Es kann demnach minimal einen Indikator für alle Lebensphasen und maximal drei phasenspezifische Indikatoren umfassen.

- und um Hinweise auf Datenquellen für die Datenlücken zu erarbeiten.

Basierend auf den Ergebnissen des Workshops finalisierte das Projektteam die Indikatorenliste, einschliesslich Hinweise auf Lücken, die nicht weiter geschlossen werden konnten. Die Liste steht als separates Excel-File zur Verfügung.¹¹

Schritt 4: Indikatorenporträts und Prüfung Datenquellen

Die aus Schritt 3 resultierende definitive Liste mit 100 Indikatoren stellte die Grundlage dar für das Indikatorenset. Darstellung D 2.8 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** zeigt die Verteilung der Indikatoren auf die Themenfelder und Lebensphasen, die die Gewichtung der Begleitgruppe aus Schritt 1 insgesamt gut repräsentiert.

D 2.8: Verteilung der 100 Indikatoren auf die Themenfelder und Lebensphasen

4 Themenfelder	3 Lebensphasen			Anzahl Indikatoren
	Frühe Kindheit <i>Schwangerschaft bis 4 Jahre</i>	Obligatorische Schulzeit <i>5 bis 15 Jahre</i>	Adoleszenz <i>16 bis 25 Jahre</i>	
Gesundheitszustand	17	26	25	48
Rahmenbedingungen	11	13	11	14
Angebot und Inanspruchnahme	13	12	10	14
Gesundheitsverhalten	4	9	12	24
Anzahl Indikatoren (Überlappungen Lebensphasen möglich)	45	60	58	100

Quelle: Darstellung Interface/UZH, basierend auf der Liste mit den 100 Indikatoren.

Legende: Je dunkler der Grünnton, desto höher die Anzahl Indikatoren.

Zu jedem der 100 Indikatoren wurde ein einseitiges Indikatorenporträt verfasst. Grundlage der Porträts waren die Erkenntnisse aus den vorhergehenden Erhebungen sowie relevante Dokumente und Websites zu den jeweiligen Indikatoren.

Bei 83 Indikatoren liegen eine Definition und eine Datenquelle aus der Schweiz vor. Bei 17 Indikatoren bestehen Lücken. Diese Indikatoren sind vor allem der Lebensphase der frühen Kindheit (13 Indikatoren) und dem Themenfeld Angebot und Inanspruchnahme (4 Indikatoren) zuzuordnen. In neun Fällen konnte kein Indikator definiert werden. Bei sieben Indikatoren sind die Daten nicht zugänglich und bei einem Indikator die Daten nicht vorhanden.

Die Porträts sind in einem separaten Dokument zusammengestellt.¹² Wenn möglich, wurde bei Indikatoren- und Datenlücken ein Vorschlag als Diskussionsgrundlage erarbeitet.

¹¹ [Webseite ARAMIS: Kinder- und Jugendgesundheit – Minimal Set of Indicators für die Schweiz 2022-2023.](#)

¹² Rickenbacher, Julia; Laubereau, Birgit; Gubser, Jonas; Kriemler, Susi (2023): Indikatorenporträts Minimal Set of Indicators Kinder- und Jugendgesundheit für die Schweiz. Porträts zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern und Universität Zürich. Siehe Fussnote 11.

I Experteninterviews

Um Möglichkeiten zur Schliessung der vorhandenen Datenlücken zu prüfen, wurden acht Interviews mit Experten/-innen geführt (Liste der Experten/-innen siehe Abschnitt 0 im Anhang). Zudem wurden punktuell schriftliche Informationen bei weiteren Akteuren eingeholt (z.B. beim BFS, EFV, HBSC) und ergänzende Internetrecherchen durchgeführt. Weitere Rückmeldungen, die im Rahmen des Mandats nicht direkt bearbeitet werden konnten, gingen direkt an die Verantwortlichen im BAG. Die Erkenntnisse flossen in die Steckbriefe zu potenziellen Datenquellen ein (vgl. Kapitel 3).

3. Steckbriefe potenzielle Datenquellen

Im Folgenden werden potenzielle Datenquellen für die Adressierung der Lücken im Indikatorenset vorgestellt. Es handelt sich dabei um folgende Datenquellen:

- Gesundheitsdaten im Schulkontext
- Daten ambulante Pädiatrie
- Kantonale Daten
- SwissPedHealth

Es wird jeweils eine zentrale Datenquelle mit spezifischen Eigenschaften vorgestellt, ein Bezug zu den Lücken im Indikatorenset hergestellt und eine Beurteilung des Projektteams bezüglich Eignung für das Indikatorenset vorgenommen. Dies schliesst eine SWOT-Analyse mit Bewertung der Stärken (Strengths, S), Schwächen (Weaknesses, W), Chancen (Opportunities, O) und Risiken (Threats, T) ein. Es folgt ein Ausblick mit möglichen nächsten Schritten. Abschliessend werden kurz weitere mögliche Datenquellen aus dem Kontext aufgeführt und die Quellen für die Informationen angegeben.

3.1 Steckbrief Gesundheitsdaten im Schulkontext

Eigenschaften Datenquelle	
Kurzbeschreibung	Daten schulärztliche Dienste und weitere Gesundheitsdaten im Schulkontext
Ziel	Förderung und Wahrung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter
Rahmenbedingungen (z.B. gesetzliche Grundlagen)	Die gesetzlichen Rahmenbedingungen unterscheiden sich kantonal und kommunal. Gesetzliche Grundlagen auf Bundesebene: Epidemien-gesetz Art. 21 (Impfkontrolle, Impfpfehlungen); Beispiele Kantonsebene: Verankert in Gesetzen zur Volksschule (z.B. Kt. ZH), Schulgesundheit (z.B. Kt. BL) oder Gesundheitsförderung (Kt. VD).
Datenerfassung	Datenerfassung durch Schulärzte/-innen, Pflegefachpersonen, private Kinderärzte/-innen u.a.m. <i>Entscheidungsträger und Finanzierung:</i> unterschiedlich – Kanton, Gemeinden, Schulgemeinden. Verschiedene Systeme (Organisation, Umfang und Umsetzung, Finanzierung), z.B. angestellte Schulärzte/-innen oder Delegation an Pädiater/-innen mit teilweiser Vergütung via Krankenversicherung
Messmethode	<i>Art der Erhebung:</i> Routinedaten, Vollerhebung <i>Messgrößen:</i> Parameter der Gesundheit und Entwicklung (z.B. Grösse, Gewicht, Seh- und Hörfähigkeit, Gesundheits-Fragebogen bei Schuleintritt: Chronische Erkrankungen, Entwicklungsstand des Kindes)
Erhebungsfrequenz	<i>Anzahl Messpunkte/Periodizität:</i> kantonal unterschiedliche Untersuchungszeitpunkte, aber meist jeweils einmal in Kindergarten, Primar- und Sekundarschule <i>Nächste Aktualisierung/Weiterführung:</i> fortlaufend
Repräsentativität	<i>Stichprobengrösse/Anzahl:</i> Schüler/-innen obligatorische Schule 2020/2021 Primarstufe I: 180'000; Primarstufe II: 530'000; Sekundarstufe I: 270'000 <i>Sprachregionen:</i> D, F, I <i>Alter:</i> ca. 4–15 Jahre (während obligatorischer Schulzeit) <i>Selektion:</i> Repräsentativität gut für die untersuchten Altersklassen, quasi Vollerhebung (freiwillige Teilnahme, bei Delegation an Pädiater/-innen problematischer – aber grundsätzlich flächendeckend, kostenlos)

Bezug zu Lücken des Indikatorensets: Welche Lücken könnten adressiert/behoben werden?

Frühe Kindheit (Schwangerschaft bis 4 Jahre)	<input type="checkbox"/> Nr. 16 (Lücke Indikator) Neurologische Erkrankungen – Zerebralparese (Alter: 0–4) <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 23 (Lücke Datenquelle) Übergewicht und Adipositas (Alter: 0–5) <i>theoretisch für Kindergartenalter</i> <input type="checkbox"/> Nr. 42 (Lücke Datenquelle) Motorische Entwicklung (Alter: 0–4) <input type="checkbox"/> Nr. 43 (Lücke Datenquelle) Sozio-emotionale Entwicklung (Alter: 0–4) <input type="checkbox"/> Nr. 44 (Lücke Datenquelle) Sprachstörungen (Alter: 1–5) <i>theoretisch für Kindergartenalter</i> <input type="checkbox"/> Nr. 45 (Lücke Indikator) Kognitive Entwicklung (Alter: 2–4) <input type="checkbox"/> Nr. 56 (Lücke Datenquelle) Bewegung (Alter: 0–4)
Übergreifend, mehrere Lebensphasen	<input type="checkbox"/> Nr. 9 (Lücke Datenquelle) Suizidversuche (Alter: 11–25) <input type="checkbox"/> Nr. 17 (Lücke Datenquelle) Neurologische Erkrankungen – Epilepsie (Alter: 5–25) <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 18 (Lücke Datenquelle) Bluthochdruck (Alter: 5–15) <input type="checkbox"/> Nr. 36 (Lücke Indikator) Gesundheitskompetenz (Alter: 11–15) <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 51 (Lücke Indikator) Früchte-/Gemüsekonsum (Alter: 1–10): <i>theoretisch</i> <input type="checkbox"/> Nr. 100 (Lücke Indikator) Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention (Alter: 0–17)
Angebot/ Inanspruchnahme	<input checked="" type="checkbox"/> Nr. 74 (Lücke Indikator) Angebot öffentliche Dienste (Alter: 0–25) <input type="checkbox"/> Nr. 79 (Lücke Indikator) Intermediäres Angebot (Alter: 0–25) <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 83 (Lücke Indikator) Inanspruchnahme schulpsychologischer Dienst (Alter: 5–15): <i>s. weitere Datenquelle</i> <input type="checkbox"/> Nr. 84 (Lücke Indikator) Anteil Kinder mit bestimmten Vorsorgeuntersuchungen (Alter: 0–6) <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 99 (Lücke Datenquelle) Investitionen in Dienstleistungen Kinder- und Jugendgesundheit (Alter: 0–17)

Beurteilung bezüglich Eignung für das Indikatorenset (SWOT-Analyse)

Stärken (S)	<p><i>Repräsentativität und mehrere Messpunkte:</i> Es handelt sich um schweizweit erhobene Daten (Vollerhebung) zu verschiedenen Zeitpunkten. Erfasst werden auch Kinder, die sonst in Studien unterrepräsentiert sind, einschliesslich Risikopopulationen (z.B. mit erschwertem Zugang zum Versorgungssystem). Zudem wären auch Längsschnittdaten möglich, da mit finanzieller und personeller Unterstützung die Daten im Sinne einer Kinderkohorte über die gesamte Schulzeit verknüpft werden könnten.</p> <p><i>Machbarkeit:</i> Schulärztliche Dienste, vor allem der grossen Städte Bern, Basel und Zürich, haben mit dem BMI-Monitoring den Beweis erbracht, dass eine Standardisierung der Datenerhebung und ein Monitoring mit schulärztlichen Screening-Untersuchungen möglich ist.</p>
Schwächen (W)	<p><i>Heterogenität der Organisation und Umsetzung:</i> Die Heterogenität der Daten, der Organisations- und der Finanzierungsformen von schulärztlichen Diensten stellt eine Herausforderung dar. Beteiligte, Angebotsspektrum und Finanzierung sind unterschiedlich geregelt und umgesetzt. Die Nutzung der Daten setzt eine Standardisierung der Erhebung und Digitalisierung der Daten voraus.</p>
Chancen (O)	<p><i>Digitalisierung:</i> Vor allem grössere schulärztliche Dienste haben auf digitale Datenerfassung umgestellt, eine Vorreiterrolle hatten beispielsweise die Kantone Zürich und Waadt sowie die Städte Bern und St. Gallen. Es gibt allerdings verschiedene elektronische Systeme, jedoch ist die Harmonisierung heute machbar und als grosse Chance zu werten.</p>
Risiken (T)	<p><i>Kosten und möglicher Trend zur Reduktion des öffentlichen Angebots:</i> Die Nutzung der Daten bedarf des politischen Willens und der Finanzierung des erhöhten Aufwandes für die Standardisierung und Ausweitung der Erhebungen, die Koordination und die Digitalisierung der Datenerfassung. Es scheint sich ein Trend zum Abbau der Aufgabe abzuzeichnen. Insbesondere bei einer zunehmenden Verlagerung an private Pädiater/-innen wird eine Standardisierung und Koordination teurer ausfallen.</p> <p><i>Beschränkte gesetzliche Grundlage:</i> Auf nationaler Ebene beschränkt sich die gesetzliche Grundlage auf das Epidemiengesetz, da es kein Präventionsgesetz gibt. Auf kantonaler Ebene sind die schulärztlichen Dienste je nach Kanton in unterschiedlichen Gesetzen verankert.</p>

Potenzial	Die Daten der schulärztlichen Dienste haben grundsätzlich ein hohes Potenzial für den Aufbau eines Monitorings. Hauptgrund ist die gute Repräsentativität für das Alter von 4 bis ca. 15 Jahren (quasi Vollerhebung), die auch sonst schwierig zu erfassende Populationen einschliesst. Mit dem BMI-Monitoring konnte die Machbarkeit und Nützlichkeit aufgezeigt werden und mit der zunehmenden Digitalisierung bietet sich die Chance, an Bestehendes anzuknüpfen. Dazu braucht es einige Investitionen (Standardisierung und Harmonisierung der Erhebungen und Digitalisierung), um die Daten nutzen zu können.
Ausblick	
Mögliche nächste Schritte	Die Verantwortlichen für die schulärztlichen Dienste müssten einen Prozess zur Standardisierung und Harmonisierung der Erhebungen (z.B. Zeitpunkte, Umfang und Art der Untersuchungen) und zur Sicherstellung der Datenverfügbarkeit umsetzen. Inhalte und Prozesse zur Datenerfassung und eine Abstimmung mit Entwicklungen im Bereich Elektronisches Patientendossier (EPD) müssten geprüft werden. Zu klären ist, wer den Auftrag erteilt und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stellt, da eine entsprechende gesetzliche Grundlage fehlt. Ein Ausgangspunkt können funktionierende Systeme mit grösseren Einzugsgebieten (z.B. grössere Städte) in den verschiedenen Sprachregionen bilden und Erfahrungen aus dem BMI-Monitoring können genutzt werden. SolarMed kann beraten und unterstützen, wobei es entsprechende Ressourcen für die Beteiligten braucht.
Weitere potenzielle Datenquellen	
Schulpsychologische Dienste (SPD)	Die Angebote der schulpsychologischen Dienste/Erziehungsberatungsstellen (SPD) werden bei Bedarf in Anspruch genommen. SPD bieten Kindern, deren Eltern und Schulen Unterstützung durch Beratung und Abklärungen bei schulischen Schwierigkeiten, Verhaltensproblemen oder Konflikten. Auf nationaler Ebene gibt es keine Daten, teilweise gibt es kantonale oder kommunale Statistiken (z.B. zu Leistungen, Inanspruchnahme oder Personal). Die SPD sind heterogen organisiert, oft kantonal, manchmal kommunal. Im Tessin gibt es keine Schulpsychologie, die Aufgaben werden von Heilpädagogen/-innen übernommen. Die Leitungspersonen der kantonalen SPD koordinieren in der SPILK (Vereinigung Schulpsychologie Schweiz – Interkantonale Leitungskonferenz) ihre Tätigkeiten und nehmen Stellung zu verschiedenen Themen aus kinder-, jugend- und schulpsychologischer Sicht. Bei der SPILK gibt es Überlegungen, schweizweit Daten zum Angebot und zur Inanspruchnahme zusammenzustellen. Statistische Erhebungen sind freiwillig, werden kantonal/regional/kommunal unterschiedlich erhoben und teilweise in Jahresberichten der SPD publiziert. Die SPD haben unterschiedliche Aufgabenbereiche (z.B. punktuell auch einen psychotherapeutischen Auftrag) und sind personell nicht gleich ausgestattet (Anzahl VZÄ pro 100'000 Schulkinder). Die Erhebung der Inanspruchnahme ist vergleichsweise einfach, für eine Erhebung der Gründe bräuchte es eine weiterführende Harmonisierung der Kategorien. Die Daten könnten einen Überblick über das Angebot und die Nutzung der SPD geben und im Zeitverlauf Hinweise auf Trends geben (z.B. Entwicklung der Anmeldungen während und nach der Corona-Pandemie). Eine Herausforderung bei der Interpretation der Daten ist die Limitierung der Inanspruchnahme durch das vorhandene Angebot.
Schulsozialarbeit	Die Angebote der Schulsozialarbeit werden bei Bedarf in Anspruch genommen. Die Schulsozialarbeit unterstützt Kinder, deren Eltern und Lehrpersonen bei der Lösung psychosozialer Problemstellungen, Konflikten und Krisen, individuell und in Gruppensituationen. Sie versteht sich auch als Akteur der Prävention und Früherkennung. Der Berufsverband der Sozialen Arbeit (AvenirSocial) und der Schulsozialarbeitsverband (SSAV) haben 2013 Empfehlungen zur Falldokumentation und Statistik in der Schulsozialarbeit verfasst. Darin enthalten sind unter anderem mögliche Daten für statistische Zwecke (z.B. Grund der Kontaktaufnahme, Bearbeitete Themen, Intervention, Involvierte Schnittstellenpartner). Die Schulsozialarbeit ist, ähnlich wie die schulärztlichen Dienste, heterogen organisiert und derzeit existieren keine Daten auf nationaler Ebene. Im Tessin und in der Romandie werden die Leistungen von den Pädagogen/-innen erbracht beziehungsweise von «mediateurs scolaire».

Sonderpädagogik	Die Sonderpädagogik ist seit 2008 auf kantonaler Ebene geregelt, wobei 16 Kantone sich zu einem «Sonderpädagogik-Konkordat» zusammengeschlossen haben, in dem das Grundangebot für Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 20 Jahren festgelegt ist. Inhalte sind: Logopädie, Psychomotorik, schulische Heilpädagogik und heilpädagogische Früherziehung, Beratungs- und Unterstützungsmassnahmen. Die sonderpädagogischen Massnahmen können in Regelschulen, Sonderschulen, Tagesstrukturen oder stationären Einrichtungen erfolgen. Im Rahmen des neuen Finanzausgleichs ist die Aufgabe zu den Kantonen übergegangen und alle Kantone verfügen über Ressourcen und Konzepte - unabhängig vom Beitritt zum Konkordat. Die Inanspruchnahme sonderpädagogischer Massnahmen wird in der neu konzipierten BFS-Statistik der Sonderpädagogik erfasst.
Investitionen	Siehe Steckbrief Kantonale Daten.

Quellen

- Experteninterviews Mai/Juni 2023
- [Avenir Social und Schulsozialarbeitsverband SSAV \(2013\): Empfehlungen zu Falldokumentation und Statistik in der Schulsozialarbeit.](#)
- [Deutsches Rotes Kreuz \(2015\): Von den Nachbarn lernen - Internationaler Vergleich von Jugendsozialarbeit an Schule. Reader Schulsozialarbeit, Band 3.](#)
- Dratva, Julia; Späth, Anna (2017): Erarbeitung Erhebungsmethoden für Datenlücken der Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (16.006522). Basel: Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2020): Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. Bern: Hogrefe.
- SKBF (2023): Bildungsbericht Schweiz 2023. Aarau: Schweizerische Koordinationsstelle für Bildungsforschung.
- [Webseite Bundesamt für Statistik BFS: Lernende: Basistabellen.](#)
- [Webseite Bundesamt für Statistik BFS: Sonderpädagogik.](#)
- [Webseite Schulsozialarbeit.ch: Schulsozialarbeit in der Schweiz.](#)
- [Webseite Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychologie SKJP: Schulpsychologie.](#)

Legende: Zugriff auf die Web-Links am 13.6.2023. Lücke Indikator: Es liegt keine Definition des Indikators vor. Lücke Datenquelle: Geeignete Definition Indikator liegt vor, aber keine Datenquelle verfügbar beziehungsweise zugänglich. Lesebeispiel Alter: 11–15 Jahre bedeutet 11- bis 15-Jährige oder vom 11. bis am Tag vor dem 16. Geburtstag, analog zum Wording der MonAM-Indikatoren aus der HBSC-Studie.

3.2 Steckbrief Daten ambulante Pädiatrie

Eigenschaften Datenquelle	
Kurzbeschreibung	Daten aus der ambulanten Pädiatrie, Schwerpunkt digitales Gesundheitsheft (digGH) und pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen
Ziel	<p>Die empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen von der Geburt bis zur Adoleszenz haben folgende Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Beobachtung von Wachstum und Entwicklung des Kindes – Früherkennung und Frühintervention möglicher Probleme – Durchführung empfohlener Impfungen – Beantwortung von Fragen der Eltern zur Gesundheit des Kindes <p>Das Gesundheitsheft ist in der Schweiz seit vielen Jahren etabliert und ein bewährtes «patient-held record», das heisst wird von den Eltern aufbewahrt und zu den Untersuchungen mitgebracht. Es enthält einige Aspekte aus den Vorsorgeuntersuchungen sowie Informationen für die Eltern. Derzeit ist es in Papierform verfügbar und wird bei Geburt an mehr als 90 Prozent der Eltern neugeborener Kinder abgegeben.</p> <p>Im Jahr 2021 wurde der Verein digitales Gesundheitsheft (digGH) gegründet:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hauptziel ist Förderung der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements von Eltern und Jugendlichen, die zunehmend «digital natives» sind. – Weitere Ziele sind die Schaffung einer Basis für ein Digitales Health Monitoring und mittelfristig die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit.
Rahmenbedingungen (z.B. gesetzliche Grundlagen)	<p>Die Vorsorgeuntersuchungen sind freiwillig.</p> <p><i>Entscheidungssträger und Finanzierung:</i> Beide Berufsverbände der Schweizer Pädiater/-innen (pädiatrie schweiz, ehemals Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie SGP, und Kinderärzte Schweiz für die Praxispädiatrie) verweisen auf die Checklisten für die Vorsorgeuntersuchungen nach Empfehlungen der SGP 2017. Empfohlen sind 15 Untersuchungen bis zum 14. Lebensjahr, davon zwölf bis zum 6. Lebensjahr. Die obligatorische Krankenversicherung (OKP) vergütet maximal acht Untersuchungen.</p>
Datenerfassung	<p>Die Datenerfassung im Gesundheitsheft (bzw. digGH) wird gesteuert durch die Eltern («patient-held record»): Einträge durch Eltern und/oder Gesundheitsfachpersonen (Mütter- Väterberater/-innen, Pädiater/-innen). Pädiater/-innen dokumentieren die Vorsorgeuntersuchungen zudem in ihren Praxis-Dokumentationssystemen. Für das digGH ist primär die Eingabe durch Eltern in einer App geplant, technisch aber erweiterbar durch Einträge von Pädiater/-innen und weiteren Fachpersonen. Die Datenhoheit liegt bei den Eltern, rechtliche Fragen werden derzeit abgeklärt. Es ist vorgesehen, das digGH unter Berücksichtigung der Schnittstellen zum Elektronischen Patientendossier EPD, anderen digitalen Datenbanken (z.B. digitaler Impfausweis) und im Einklang mit dem Humanforschungsgesetz zu entwickeln und zu betreiben.</p>
Messmethode	<p><i>Art der Erhebung:</i> Routinedaten, quasi Vollerhebung</p> <p><i>Messgrößen:</i> «Entwicklungs- und Gesundheitsdaten»: z.B. bei jeder Untersuchung Gewicht, Länge, Kopfumfang sowie Beobachtungen (Freitext), bis 6 Monate auch: Ernährung (Freitext); zudem weitere, z.B. 6 und 14 Jahre: Sehtest und Hörtest (unauffällig/kontrollbedürftig). Zusätzlich sind eine Reihe von Messgrößen aus den Checklisten Vorsorgeuntersuchungen von pädiatrie schweiz (ehemals SGP) integrierbar. Beurteilt werden Befunde als normal/ja oder auffällig/nein oder nicht untersucht, z.B. im Alter 12 Monate: Entwicklung-Motorik: «Spontanmotorik harmonisch, symmetrisch»; «Pinzettengriff» oder im Alter 3 Jahre: Entwicklung Motorik: «Einbeinstand vorgezeigt kurz möglich»; Entwicklung Sozio-emotional: z.B. «kann einzelne Kleider anziehen».</p>
Erhebungsfrequenz	<p><i>Anzahl Messpunkte/Periodizität:</i> fortlaufend, empfohlene Untersuchungszeitpunkte Woche 1, dann Monate 1/2/4/6/9/12/18 und dann 2/3/4/6/10/12/14 Jahre.</p> <p><i>Nächste Aktualisierung/Weiterführung:</i> fortlaufend</p>

Repräsentativität	<p><i>Stichprobengrösse/Anzahl:</i> ca. 80'000 Gesundheitshefte werden derzeit jährlich von der CSS ausgeliefert, entspricht knapp einer Geburtskohorte (82'045 Lebendgeburten im 2022)</p> <p><i>Sprachregionen:</i> D, F, I</p> <p><i>Alter:</i> 0–15 Jahre, Schwerpunkt 0 bis 6. Lebensjahr</p> <p><i>Selektion:</i> Repräsentativität zu Beginn wahrscheinlich gut (Inanspruchnahme im ersten Lebensjahr 93% gemäss Swiss Infant feeding Study (SWIFS), 60% bei 3- bis 4-Jährigen in Bern), nimmt nach dem Vorschulalter deutlich ab. Gewisse Selektion vermutet: eher Schweizer Bevölkerung, nicht Gesamtbevölkerung. Hinweise aus Deutschland auf geringere Inanspruchnahme durch Familien mit niedrigem sozialem Status.</p>
-------------------	---

Bezug zu Lücken des Indikatorensets: Welche Lücken könnten adressiert/behoben werden?

Frühe Kindheit (Schwangerschaft bis 4 Jahre)	<input type="checkbox"/> Nr. 16 (Lücke Indikator) Neurologische Erkrankungen – Zerebralparese (Alter: 0–4) <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 23 (Lücke Datenquelle) Übergewicht und Adipositas (Alter: 0–5) <i>theoretisch digGH, wenn erweitert</i> <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 42 (Lücke Datenquelle) Motorische Entwicklung (Alter: 0–4) <i>theoretisch digGH, wenn erweitert</i> <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 43 (Lücke Datenquelle) Sozio-emotionale Entwicklung (Alter: 0–4) <i>theoretisch digGH, wenn erweitert</i> <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 44 (Lücke Datenquelle) Sprachstörungen (Alter: 1–5) <i>theoretisch digGH, wenn erweitert</i> <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 45 (Lücke Indikator) Kognitive Entwicklung (Alter: 2–4) <i>theoretisch digGH, wenn erweitert</i> <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 56 (Lücke Datenquelle) Bewegung (Alter: 0–4) <i>theoretisch digGH, wenn erweitert</i>
--	--

Übergreifend, mehrere Lebensphasen	<input type="checkbox"/> Nr. 9 (Lücke Datenquelle) Suizidversuche (Alter: 11 –25) <input type="checkbox"/> Nr. 17 (Lücke Datenquelle) Neurologische Erkrankungen - Epilepsie (Alter: 5–25) <input type="checkbox"/> Nr. 18 (Lücke Datenquelle) Bluthochdruck (Alter: 5–15) <input type="checkbox"/> Nr. 36 (Lücke Indikator) Gesundheitskompetenz (Alter: 11–15) <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 51 (Lücke Indikator) Früchte-/Gemüsekonsum (Alter: 1–10) <i>theoretisch digGH, zusätzliches Modul müsste erarbeitet werden</i> <input type="checkbox"/> Nr. 100 (Lücke Indikator) Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention (Alter: 0–17)
--	---

Angebot/ Inanspruchnahme	<input type="checkbox"/> Nr. 74 (Lücke Indikator) Angebot öffentliche Dienste (Alter: 0–25) <input type="checkbox"/> Nr. 79 (Lücke Indikator) Intermediäres Angebot (Alter: 0–25) <input type="checkbox"/> Nr. 83 (Lücke Indikator) Inanspruchnahme schulpsychologischer Dienst (Alter: 5–15) <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 84 (Lücke Indikator) Anteil Kinder mit bestimmten Vorsorgeuntersuchungen (Alter: 0–6) <input type="checkbox"/> Nr. 99 (Lücke Datenquelle) Investitionen in Dienstleistungen Kinder- und Jugendgesundheit (Alter: 0–17)
-----------------------------	--

Beurteilung bezüglich Eignung für das Indikatorenset (SWOT-Analyse)

Stärken (S)	<p><i>Entwicklungsdaten aus der frühen Kindheit:</i> Es besteht anerkannter Bedarf an Daten aus dem Kleinkindesalter. Vorsorgeuntersuchungen haben das Potenzial, Daten zur Häufigkeit abweichender Entwicklungen bei jungen Kindern zu liefern. Im Gesundheitsheft sind beispielsweise im Zeitverlauf Gewicht und Grösse enthalten sowie Angaben zur Geburt. Es besteht das Potenzial, weitere Angaben aus den Untersuchungen der Pädiater/-innen zu integrieren.</p> <p><i>Repräsentativität Vorsorgeuntersuchungen im jungen Alter:</i> Vor allem im ersten Lebensjahr ist zu verschiedenen Zeitpunkten von einer guten schweizweiten Abdeckung auszugehen. Eine Vertrauensbasis beim Kontakt mit Pädiatern/-innen sowie die Sicherstellung eines ethisch korrekten Vorgehens und der Einbezug der Zielgruppe beim Aufbau des digGH schafft gute Voraussetzungen für eine mittelfristig gute Inanspruchnahme. Voraussetzungen sind Massnahmen und Transparenz betreffend Datenschutz.</p> <p><i>Ausbaufähigkeit:</i> Kurz- bis langfristig könnten im digGH subjektive und objektive Gesundheitsdaten sicher abgelegt werden. Die Datenhoheit liegt dabei bei den Eltern oder den Jugendlichen, die entscheiden können, ob sie ihre Daten anonymisiert für ein Monitoring zur Verfügung stellen wollen.</p>
-------------	--

Schwächen (W)	<p><i>Keine Standardisierung:</i> Aktuell gibt es keine Standardisierung der Erhebungen (z.B. der Messung von Gewicht und Grösse), es existieren Checklisten im Sinne einer Gedankenstütze zum Umfang der Untersuchungen.</p> <p><i>Aktuell Papierform Gesundheitsheft vorherrschend:</i> Daten werden mehrheitlich auf Papier erhoben. Die Dokumentation erfolgt in Gesundheitsheft (vorwiegend Papier), das die Eltern verwalten.</p>
---------------	---

Chancen (O)	<p><i>Digitalisierung und EPD:</i> Technischen Herausforderungen durch unterschiedliche Praxissysteme können durch geeignete Austauschformate und einem erfahrenen technischen Partner grundsätzlich begegnet werden. Die Verpflichtung für neue niedergelassene Ärzte/-innen, EPD-kompatibel zu arbeiten, wird vom Verein digGH angestrebt. Das digGH würde eine reiche Datenquelle zur Entwicklung von Kindern in der Schweiz darstellen. Eltern hätten zudem papierlos die Daten ihrer Kinder zur Verfügung und gleichzeitig wäre eine Datenkontinuität in der Versorgung gewährleistet.</p> <p><i>Politische Vorstösse zur Verbesserung der Datenlage bei Kindern:</i> Einige politische Vorstösse und Berichte haben jüngst das Thema der Verbesserung der Datenlage zur Gesundheit von Kindern aufgegriffen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Berücksichtigung des Vorschulalters und der Chancengleichheit. So wird im Rahmen der 2022 angenommenen Motion Herzog 19.4134 der Bundesrat beauftragt, periodisch Versorgungsforschung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin in Auftrag zu geben sowie über den Versorgungsstand nach Kanton, Bereich und Fachdisziplin der Leistungserbringer Bericht zu erstatten. Derzeit wird zudem geprüft, wie die Schweiz unter anderem auf die dringende Empfehlung der UN-Kinderrechtskonvention aus dem Jahr 2021, die Datenlage zu verbessern, reagieren wird. Der nächste Staatenbericht ist im März 2026 einzureichen.</p>
Risiken (T)	<p><i>Vielfalt der Praxissysteme für pädiatrische Daten:</i> Betreffend die Einbindung der pädiatrischen Daten sind die unterschiedlichen Praxis-Informatiksysteme eine grosse Herausforderung. Diese können heutzutage jedoch gelöst werden.</p> <p><i>Fehlende Finanzierung:</i> Seit Jahren wird mit unzureichendem Erfolg versucht, eine Finanzierung für die Entwicklung des digGH zu finden.</p>
Potenzial	<p>Grundsätzlich scheint das digGH das Potenzial zu haben, in vernünftiger Frist Daten für die frühe Kindheit in der Schweiz zu generieren. Sollte sich das Instrument bewähren, ist eine Ausweitung auf Daten aus der Pädiatrie über entsprechende Schnittstellen angedacht, womit der Umfang der erhobenen Daten ausgeweitet werden könnte. Derzeit ist davon auszugehen, dass die unterschiedlichen Praxissysteme eine Hürde für die direkte Nutzung von Daten aus den pädiatrischen Routinedaten darstellen, dies wäre aber, wie andere Beispiele zeigen (z.B. SwissPedHealth), vermutlich lösbar.</p>
Ausblick	
Mögliche nächste Schritte	<p>Gemäss Angaben des Vereins digGH könnte mit einer Anschubfinanzierung rasch ein Prototyp entwickelt werden und die Anwendung durch Eltern getestet werden. Aktuell laufen noch gewisse juristische Abklärungen, Fragen zum Datenschutz sind weitgehend geklärt.</p>
Weitere potenzielle Datenquellen	
Swiss Infant Feeding Study (SWIFS)	<p>In der Schweiz wurden im Rahmen des Stillmonitorings drei Studien zum Stillverhalten und zur Ernährung von Säuglingen durchgeführt (1993, 2003, 2014). Die letzte Studie aus dem Jahr 2014 (Swiss Infant Feeding Study, SWIFS; oft Stillstudie genannt) umfasste ca. 1'500 Mütter, war jedoch wenig repräsentativ (Rücklauf 40%, hohes Bildungsniveau überrepräsentiert). In der SWIFS wurden zusätzliche Informationen erhoben, beispielsweise Beikost-Ernährung und die selbstberichtete Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen. In einer aufgesetzten Kohorte (SWIFS+) wurden Daten zur Entwicklung und zum Gesundheitszustand von Kindern von 12 bis 24 Monaten erhoben. Aktuell ist unklar, inwiefern vom BLV eine Wiederholung des Stillmonitorings in Form einer erneuten Studie geplant ist.</p>
PREPP SwissPed-Health	<p>Siehe Steckbrief SwissPedHealth: Von April 2023 bis September 2024 wird in einem «demonstrator project» des SPHN in einem kleinen Umfang getestet, inwiefern Daten aus der ambulanten Versorgung mit den Spitaldaten verknüpft werden könnten (PREPP SwissPedHealth – PReparing PERsonalizEd PEdiatRic PRimaRy caRE).</p>

Schweizer Gesundheitsstudie (SwissCohortStudy)	Die Schweizer Gesundheitsstudie ist eine Kohortenstudie im Aufbau. Ziel ist es, den Einfluss von Umwelt, Chemikalien, Lebensstil, Infektionskrankheiten und persönlichen Merkmalen auf die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung zu untersuchen. Zwischen 2019 und 2021 fand eine Pilotphase mit Erwachsenen statt (ca. 800 Teilnehmende an Untersuchungen, ca. 1'300 Teilnehmende an Online-Befragung). Der Bundesrat hat 2023 den Zwischenbericht der Pilotphase zur Kenntnis genommen. Ab 2024 sind auf nationaler Ebene eine Befragung und medizinische Untersuchungen im Studienzentrum mit ca. 100'000 Personen geplant. Unklar ist derzeit, wie viele Kinder und Jugendliche eingeschlossen werden. Grundsätzlich hätte diese Studie grosses Potenzial für die Verbesserung der Datenlage. Voraussetzung wäre, dass die Repräsentativität auch für das Kinder- und Jugendalter gewährleistet wird.
--	--

Quellen

- Experteninterviews Mai/Juni 2023
- [Webseite Bundesamt für Gesundheit BAG: Schweizer Gesundheitsstudie – Die Arbeit geht weiter.](#)
- [Webseite Bundesamt für Gesundheit BAG: Schweizer Gesundheitsstudie – Studie.](#)
- [Webseite Bundesamt für Statistik BFS: Geburten.](#)
- Bundesrat (2021): Politik der frühen Kindheit. Auslegeordnung und Entwicklungsmöglichkeiten auf Bundesebene. Bern.
- Dratva, Julia; Späth, Anna (2017): Erarbeitung Erhebungsmethoden für Datenlücken der Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (16.006522). Basel: Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut.
- Dratva, Julia, Grylka-Bäsclin, Susanne; Volken, Thomas; Zysset, Annina (2019): Wissenschaftliche Übersichtsarbeit frühe Kindheit (0–4J.) in der Schweiz: Gesundheit und Prävention. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (17.017689). Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Department Gesundheit.
- [Webseite Pädiatrie Schweiz: Checklisten Vorsorgeuntersuchungen.](#)
- [Webseite Pädiatrie Schweiz: Gesundheitsheft.](#)
- [Webseite Pädiatrie Schweiz: Verein Digitales Gesundheitsheft.](#)
- [Probst-Hensch, Nicole; Bochud, Murielle; Chiolero, Arnaud; Crivelli, Luca; Dratva, Julia; Flahault, Antoine; Frey, Daniel; Kuenzli, Nino; Puhan, Milo; Suggs, L. Suzanne; Wirth, Corina \(2022\): Swiss Cohort & Biobank – The White Paper. Public Health Rev 43.](#)
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2020): Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. Bern: Hogrefe.
- [Webseite Soziale Sicherheit CHSS: Kinderrechtskonvention - Lücken in der Umsetzung schliessen.](#)
- [Ständerat: Mo. Nationalrat \(Herzog Verena\). Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin. Versorgungsforschung und Massnahmenplanung zur Sicherstellung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 30. Juni 2022.](#)
- [Webseite Swiss Personalized Health Network SPHN: SwissPedHealth – PReparing PERsonalizEd PEdiatRic PRimaRy caRE \(PREPP\).](#)
- Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) Art. 12c.

Legende: Zugriff auf die Web-Links am 13.6.2023. Lücke Indikator: Es liegt keine Definition des Indikators vor. Lücke Datenquelle: Geeignete Definition Indikator liegt vor, aber keine Datenquelle verfügbar beziehungsweise zugänglich. Lesebeispiel Alter: 11<15 Jahre bedeutet 11- bis 15-Jährige oder vom 11. bis am Tag vor dem 16. Geburtstag, analog zum Wording der MonAM-Indikatoren aus der HBSC-Studie.

3.3 Steckbrief Kantonale Daten

Eigenschaften Datenquelle	
Kurzbeschreibung	Daten der öffentlichen Verwaltung zum Angebot an öffentlichen Diensten und den entsprechenden Investitionen, Schwerpunkt kantonale Ebene. In diesem Steckbrief wird die Situation zur Datenlage für nicht näher präzierte öffentliche Dienste entlang gemeinsamer Grundzüge beschrieben. Unter «Weitere potenzielle Datenquellen» wird auf übergeordnete Datenquellen zu Investitionen eingegangen. Zudem werden dort einige interessante Datenquellen aus dem Bereich Soziales genauer beschrieben.
Ziel	Die Verwaltung der öffentlichen Hand erhebt auf kantonaler und kommunaler Ebene verschiedene Daten. Für die relevanten Themenfelder der Kinder- und Jugendgesundheit (Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Angebot und Inanspruchnahme, Rahmenbedingen) sind verschiedene Departemente und föderale Ebenen zuständig. In der Regel handelt es sich um kantonale, oft auch um kommunale Departemente im Bereich Gesundheit, Soziales und Bildung. Die Ziele der Datenerhebungen und Auswertungen sind dementsprechend auch unterschiedlich (z.B. Versorgungsplanung, Bedarfserhebungen, Bestandesaufnahmen, Budgetplanung).
Rahmenbedingungen (z.B. gesetzliche Grundlagen)	Die gesetzlichen Grundlagen unterscheiden sich thematisch, kantonale und kommunal. Teilweise bestehen auch strategische Grundlagen wie kantonale Strategien und Programme. International hat die Schweiz 1997 die UN-Kinderrechtskonvention ratifiziert. Damit verpflichtet sie sich, Verhältnisse zu schaffen, in welchen die in der Konvention festgelegten Kinderrechte gewährleistet sind (Überleben, Schutz des Kindeswohls, gesunde Entwicklung für jedes Kind). Eine Verbesserung der Datenlage zählt zu den wichtigsten Empfehlungen des UN-Kinderrechtsausschusses vom Oktober 2021 (Abs. 11 und 12).
Datenerfassung	In der Regel sind nur wenige Daten zum Angebot an öffentlichen Diensten und den entsprechenden Investitionen verfügbar, noch weniger sind sie öffentlich zugänglich. Die Datenerfassung und -aufbereitung ist heterogen und in der Regel nicht konsolidiert. Teilweise liegen bei den kantonalen oder kommunalen Statistikämtern detaillierte Daten vor. Punktuell sind aggregierte Daten zusammengestellt, beispielsweise auf nationaler Ebene durch das BFS und die EFV, auf internationaler Ebene zum Beispiel durch die OECD. In der Vergangenheit wurden verschiedene Studien mit Bestandesaufnahmen oder Situationsanalysen beauftragt (siehe «Weitere potenzielle Datenquellen») <i>Entscheidungsträger und Finanzierung:</i> verantwortliche Departemente beziehungsweise Stellen der öffentlichen Hand
Messmethode	<i>Art der Erhebung:</i> unterschiedlich thematisch, kantonale und kommunal <i>Messgrößen:</i> unterschiedlich thematisch, kantonale und kommunal
Erhebungsfrequenz	<i>Anzahl Messpunkte/Periodizität:</i> unterschiedlich thematisch, kantonale und kommunal <i>Nächste Aktualisierung/Weiterführung:</i> unterschiedlich thematisch, kantonale und kommunal
Repräsentativität	<i>Stichprobengröße/Anzahl:</i> je nach Erhebung, in der Regel Vollerhebung <i>Sprachregionen:</i> D, F, I; Kantone und Kommunen <i>Alter:</i> je nach Erhebung <i>Selektion:</i> je nach Erhebung
Bezug zu Lücken des Indikatorensets: Welche Lücken könnten adressiert/behoben werden?	
Frühe Kindheit (Schwangerschaft bis 4 Jahre)	<input type="checkbox"/> Nr. 16 (Lücke Indikator) Neurologische Erkrankungen - Zerebralparese (Alter: 0–4) <input type="checkbox"/> Nr. 23 (Lücke Datenquelle) Übergewicht und Adipositas (Alter: 0–5) <input type="checkbox"/> Nr. 42 (Lücke Datenquelle) Motorische Entwicklung (Alter: 0–4) <input type="checkbox"/> Nr. 43 (Lücke Datenquelle) Sozio-emotionale Entwicklung (Alter: 0–4) <input type="checkbox"/> Nr. 44 (Lücke Datenquelle) Sprachstörungen (Alter: 1–5) <input type="checkbox"/> Nr. 45 (Lücke Indikator) Kognitive Entwicklung (Alter: 2–4) <input type="checkbox"/> Nr. 56 (Lücke Datenquelle) Bewegung (Alter: 0–4)

Übergreifend, mehrere Lebensphasen	<input type="checkbox"/> Nr. 9 (Lücke Datenquelle) Suizidversuche (Alter: 11–25) <input type="checkbox"/> Nr. 17 (Lücke Datenquelle) Neurologische Erkrankungen - Epilepsie (Alter: 5–25) <input type="checkbox"/> Nr. 18 (Lücke Datenquelle) Bluthochdruck (Alter: 5–15) <input type="checkbox"/> Nr. 36 (Lücke Indikator) Gesundheitskompetenz (Alter: 11–15) <input type="checkbox"/> Nr. 51 (Lücke Indikator) Früchte-/Gemüsekonsum (Alter: 1–10) <input type="checkbox"/> Nr. 100 (Lücke Indikator) Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention (Alter: 0–17)
Angebot/ Inanspruchnahme	<input checked="" type="checkbox"/> Nr. 74 (Lücke Indikator) Angebot öffentliche Dienste (Alter: 0–25) <i>Präzisierung notwendig</i> <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 79 (Lücke Indikator) Intermediäres Angebot (Alter: 0–25) <i>Präzisierung notwendig</i> <input type="checkbox"/> Nr. 83 (Lücke Indikator) Inanspruchnahme schulpsychologischer Dienst (Alter: 5–15) <input type="checkbox"/> Nr. 84 (Lücke Indikator) Anteil Kinder mit bestimmten Vorsorgeuntersuchungen (Alter: 0–6) <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 99 (Lücke Datenquelle) Investitionen in Dienstleistungen Kinder- und Jugendgesundheit (Alter: 0–17) <i>Präzisierung notwendig</i>

Beurteilung bezüglich Eignung für das Indikatorenset (SWOT-Analyse)

Stärken (S)	<p><i>Zuständigkeit für Erhebung und Nutzung:</i> Da die Kantone, und teilweise die Kommunen, verantwortlich sind für die öffentlichen Angebote, bietet sich die öffentliche Hand als primäre Datenquelle und Dateneignerin an. Es ist davon auszugehen, dass bereits einige Daten vorliegen, allerdings fragmentiert. Eine Verbesserung der Datenlage würde die Entscheidungsgrundlagen der öffentlichen Hand verbessern, wie in verschiedenen politischen Vorstössen gefordert (siehe Chancen).</p>
Schwächen (W)	<p><i>Heterogenität des Kontextes:</i> Neben der kantonal heterogenen Organisation verschiedener Dienste sind auch die Zuständigkeiten der Departemente kantonal unterschiedlich (z.B. Wirtschafts-, Gesundheits-, Sozial- oder Bildungsdepartement). Teilweise ist die Verantwortung zudem der kommunalen Ebene zugeordnet. Darüber hinaus sind gewisse Dienste auch in den Sprachregionen unterschiedlich verankert (z.B. Schulpsychologie, siehe Steckbrief Gesundheitsdaten im Schulkontext).</p>
Chancen (O)	<p><i>Politische Vorstösse zur Verbesserung der Datenlage bei Kindern:</i> Einige politische Vorstösse und Berichte haben jüngst das Thema der Verbesserung der Datenlage zur Gesundheit von Kindern aufgegriffen. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Berücksichtigung des Vorschulalters und der Chancengleichheit. So wird im Rahmen der 2022 angenommenen Motion Herzog 19.4134 der Bundesrat beauftragt, periodisch Versorgungsforschung im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin in Auftrag zu geben sowie über den Versorgungsstand nach Kanton, Bereich und Fachdisziplin der Leistungserbringer Bericht zu erstatten. Zudem wird derzeit geprüft, wie die Schweiz unter anderem auf die dringende Empfehlung der UN-Kinderrechtskonvention aus dem Jahr 2021, die Datenlage zu verbessern, reagieren wird. Explizit wiederholt der Ausschuss seine früheren Empfehlungen, ein System zur Überwachung der Verwendung von kinderbezogenen Ressourcen einzuführen und zu prüfen, inwiefern die Ausgaben aller Bereiche dem Kindeswohl dienen. Der nächste Staatenbericht der Schweiz zur Umsetzung der Kinderrechtskonvention ist im März 2026 einzureichen.</p> <p><i>Sensibilisierung durch die Corona-Pandemie für den Bedarf:</i> Insbesondere für das Thema der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat es infolge der Corona-Pandemie eine verstärkte Sensibilisierung der Öffentlichkeit gegeben. Dabei sind auch die Versorgungsstrukturen in den Fokus gerückt. So wurde von der SODK 2020 eine Taskforce Kinder und Jugend ins Leben gerufen, die verschiedene interkantonale Konferenzen (SODK, KOKES) und Bundesämter (BSV, BJ, BAG) vereinte. Eine Umfrage bei den kantonalen Verantwortlichen für Kinder- und Jugendpolitik und deren Leistungserbringern (Kinder-/Jugendhilfe-Radar 2021) zeigte, dass sich die Leistungserbringer der Kinder- und Jugendhilfe (z.B. Schulsozialarbeit, sozialpädagogische Familienbegleitung) angesichts des bekannten Mangels an Angeboten im Bereich der psychischen Gesundheit vermehrt in solchen Situationen engagieren. Auch die GDK hat sich zusammen mit dem BAG dem Thema angenommen und 2022 einen Runden Tisch mit den Organisationen der Kinder- und Jugendmedizin zu kurzfristig umsetzbaren Massnahmen organisiert. Im Herbst 2022 wurde in einem von der GDK organisierten Austausch mit den Kantonen aktuelle Massnahmen der Kantone diskutiert (z.B. neue stationäre Plätze, Erhöhung Stellenprozente in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fokus auf intermediäre Angebote, verstärkte Prävention), ein weiterer Austausch ist für Herbst 2023 geplant.</p>

Risiken (T)	<i>Kontextualität:</i> Die Publikation von kantonalen Zahlen bedarf der Zustimmung der Kantone und birgt Risiken. Es besteht zum Beispiel die Gefahr, dass – trotz unterschiedlichem Kontext in den einzelnen Kantonen – in der Öffentlichkeit Vergleiche der Zahlen gezogen werden.
Potenzial	Der Bedarf an Daten zum Angebot und der Inanspruchnahme von öffentlichen Diensten ist mehrfach geäußert, insbesondere mit Blick auf Chancengleichheit und vulnerable Gruppen. Eine Verbesserung der Datenlage als Entscheidungsgrundlage für eine zielgerichtete Weiterentwicklung von Angeboten wurde national und international eingefordert. Die Angebote von öffentlichen Diensten sind jedoch auf der kantonalen oder gar kommunalen Ebene angesiedelt und unterschiedlich kontextuell eingebettet. Diese Heterogenität erschwert sowohl eine Erhebung als auch eine Interpretation von entsprechenden Daten. Trotzdem gibt es in mehreren spezifischen Themenbereichen vermehrte Anstrengungen, eine gemeinsame Datenbasis zu schaffen. Beispiele aus dem Bereich Soziales sind unter «Weitere potenzielle Datenquellen» aufgeführt, Beispiele zu Gesundheitsdaten im Schulkontext finden sich im entsprechenden Steckbrief.
Ausblick	
Mögliche nächste Schritte	Als nächster Schritt sollten diejenigen öffentlichen Dienste präzisiert werden, die vorrangig bezüglich Angebote und Investitionen der öffentlichen Hand verfolgt werden sollen. Mögliche Prioritäten sind erstens die Frühe Förderung, insbesondere die frühe Sprachförderung. Grund ist die Bedeutung der frühen Kindheit und der Chancengleichheit. Zweitens sind öffentliche Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vermutlich von hoher Priorität. Hier kann beispielsweise der Fokus auf die schulpsychologische Betreuung gelegt werden (Schulpsychologie, «mediateurs scolaires» und Heilpädagogen/-innen im Tessin). In der Folge ist es wichtig, den Aufwand für Erhebungen und Auswertungen für die Kantone im Rahmen zu halten. Zudem sollten in einem ersten Schritt Daten auf nationaler Ebene aggregiert und öffentlich gemacht werden. Im Bereich Soziales laufen derzeit verschiedene Bemühungen zur Verbesserung der Datenlage (siehe «Weitere potenzielle Datenquellen»).
Weitere potenzielle Datenquellen zu Investitionen der öffentlichen Hand	
Investitionen in den öffentlichen Gesundheitsdienst gemäss BFS und EFV (COU und HRM2)	Die Eidgenössische Finanzverwaltung (EFV) erhebt im Rahmen des Harmonisierten Rechnungslegungsmodells für die Kantone und Gemeinden der Schweiz (HRM2) beispielsweise Investitionen in die Schulgesundheit auf Ebene der Kantone und Gemeinden. Für die Jahre 1990 bis 2000 flossen diese in Auswertungen des BFS der Synthesestatistik zu Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (COU) ein, beispielsweise die Tabelle «Finanzierung des Gesundheitswesens nach Kanton, Verwaltungsebene und Funktion (HRM2)», BFS-Nummer px-x-1405000000_104. Im Jahr 2020 haben demnach die Kantone rund 180'000 Franken und die Gemeinden rund 230'000 Franken in den Schulgesundheitsdienst investiert. Limitationen sind, dass die Daten auf der Website des BFS (STAT TAB) generell mit 1- 2 Jahren Verspätung und hier spezifisch eventuell nur bis 2020 verfügbar sind, da die EFV die Dateneignerin ist. Investitionen beziehen sich gemäss EFV primär auf die Infrastruktur. Leistungen und Personalkosten sind eher als Aufwand gebucht. Schulgesundheitsdienst bezeichnet in der HRM2 Öffentlichen Gesundheitsdienst, der von spezialisierten Teams an Schulen bereitgestellt wird (z.B. Schulzahnpflege). Das BFS weist für die COU darauf hin, dass Kosten streng genommen nicht mit Investitionen gleichzusetzen sind.
Investitionen in die Frühe Sprachförderung im Rahmen der Kantonalen Integrationsprogramme (KIP)	Die Kantonalen Integrationsprogramme (KIP) beinhalten einen Förderbereich Frühe Kindheit. In diesem Zusammenhang unterstützen zahlreiche Kantone Angebote für die frühe Sprachförderung, da die Finanzierung der KIP durch den Bund voraussetzt, dass die Kantone das Ziel verfolgen, dass betroffene Kleinkinder noch vor dem Kindergarteneintritt mündliche Sprachkompetenzen in einer Landessprache erworben haben. Daten zu Ausgaben für Sprachförderung im Rahmen der KIP sollten bei den zuständigen Fachstellen in den Kantonen und allenfalls beim SEM verfügbar sein. Die ausgerichteten Beiträge des Bundes und der Kantone (inkl. Gemeinden) werden öffentlich auf der Website des SEM im Total ausgewiesen, das Finanzraster enthält aber einen Posten «Frühe Kindheit», aufgeteilt nach Bund und Kantonen (inkl. Gemeinden).

Öffentliche Ausgaben gemäss OECD Child Well-being Dashboard (SOCX)	Das OECD Child Well-being Dashboard ist ein Instrument für politische Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit, um anhand von Schlüssel- und Kontextindikatoren die Bemühungen der Länder zur Förderung des Kindeswohls zu überwachen. Enthalten sind unter anderem Indikatoren zu kinderrelevanten öffentlichen Massnahmen. Hierzu zählen beispielsweise die Indikatoren C1.1 Public spending on family policies in US-dollar, per child, 0-14 years-olds und C4.1 Public spending on early childhood education and care in US-dollar, per child, 0-5 years-olds. Gemäss dem Indikator C1.1 liegen die Ausgaben der Schweiz für Familienpolitik im internationalen Vergleich im oberen Bereich mit rund 10'000 US-Dollar pro Kind im Jahr 2018. Stand Juli 2022 wird explizit auf Limitationen der Daten aus der Schweiz hingewiesen. Demnach ist die Erfassung der Ausgaben für familien- und gemeindenahen Dienstleistungen in der OECD-Datenbank für Sozialausgaben (OECD Social Expenditure Database SOCX) begrenzt, wenn die Dienstleistungen von «lokalen Regierungen» erbracht und/oder kofinanziert werden. Diese erhalten unter Umständen allgemeine Pauschalzuschüsse zur Finanzierung ihrer Aktivitäten, und die Meldepflichten reichen möglicherweise nicht aus, um den zentralen statistischen Ämtern einen detaillierten Überblick über die Art der lokalen Ausgaben zu verschaffen. In den nordischen Ländern ist dies kein Problem, wohl aber in einigen Ländern mit föderaler Struktur, beispielsweise der Schweiz. Für den Indikator C4.1 liegen keine Daten aus der Schweiz vor. Die Begründung lautet, dass die Ausgaben der lokalen Regierungen für die Kinderbetreuung den nationalen Behörden nicht gemeldet werden.
--	--

Weitere potenzielle Datenquellen Schwerpunkt Bereich Soziales

Bericht zur Politik der frühen Kindheit 2021 (Bundesrat)	Der Bundesrat hat in einem Bericht zur Beantwortung zweier Postulate eine Auslegeordnung zu den staatlichen Massnahmen von Bund, Kantonen und Gemeinden im Bereich der Politik der frühen Kindheit vorgenommen. Darin ist die Verbesserung der Datenlage ein wichtiges Thema, und es werden entsprechende Massnahmen in Form von Entwicklungsmöglichkeiten angekündigt. Dazu zählt die Einführung einer nationalen Kinderbetreuungsstatistik, die Verbesserung der Datenlage zum Gesundheitszustand von Kindern im Vorschulalter sowie die Verbesserung der Datenlage zur Integration von Kleinkindern mit Migrationshintergrund im Rahmen des geplanten Monitorings zur Integrationsagenda Schweiz.
Studie zur frühen Sprachförderung in der Schweiz für das SBF1 (2022)	Der Bericht zur Studie 2022 im Auftrag des SBF1 enthält ein Kapitel mit einer Bestandesaufnahme der Praxis der frühen Sprachförderung in den Kantonen. Demnach variiert die frühe Sprachförderung in der Deutschschweiz sehr zwischen den Kantonen und innerhalb eines Kantons, oftmals auch zwischen den Gemeinden. In einigen Kantonen gibt es Sprachstandserhebungen, die teilweise mit dem obligatorischen Besuch einer frühen Sprachförderung verbunden sind. Manche Kantone verpflichten ihre Gemeinden, Angebote der frühen Sprachförderung zur Verfügung zu stellen. Auch in der Westschweiz bestehen heterogene Ansätze, jedoch richten die Kantone ihre Massnahmen nach einer universellen, integrierten Perspektive aus. Die Angebote sind nicht auf den sprachlichen Aspekt der frühen Förderung beschränkt. Im Tessin liegt der Fokus auf Angeboten im Integrationsbereich, insbesondere auf Kursen im Rahmen des Kantonalen Integrationsprogramms KIP und Sprachförderung im Asylbereich, finanziert durch die Integrationsagenda IAS. Zudem wird in einem Kapitel auf Statistische Datengrundlagen eingegangen. Daten zu Angeboten und zur Nutzung von Kitas und Spielgruppen werden nur sehr punktuell in einzelnen Kantonen oder Gemeinden erhoben, noch dürftiger ist die Datenlage im Bereich der frühen Sprachförderung. Es wird daher gefolgert, dass es weitere einheitliche statistische Daten braucht (z.B. zu Angebotstyp, Versorgungsgrad, Betreuungsquote, Fachpersonenqualifikation, Kosten- und Finanzierungsstruktur).
Studie zur familienergänzenden Betreuung in den Kantonen für die SODK (2020)	Die Studie im Auftrag der SODK aus dem Jahr 2020 gibt eine Übersicht über die kantonalen Qualitätsvorgaben, Finanzierungsmodelle und erstmals auch über die Anzahl Betreuungsplätze zur familienergänzenden Betreuung in den Kantonen. Die Jacobs Foundation unterstützte die Studie finanziell.

Geplante Statistik zu ausserfamiliär untergebrachten Kindern (ab 2022)	Der Bundesrat hat 2022 das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement (EJPD) beauftragt, zusammen mit dem Eidgenössischen Departement des Innern (EDI), der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) und der Konferenz des Kindes- und Erwachsenenschutzes (KOKES) eine vertiefte Analyse der Datenlage in den Kantonen vorzunehmen sowie gestützt darauf Grundlagen und Vorgaben für die einheitliche Datenerfassung in den Kantonen zu definieren. Im Anschluss daran soll eine nationale Statistik zu ausserfamiliär untergebrachten Kindern (Fremdplatzierung) geschaffen werden. Diese soll der Weiterentwicklung von Angeboten für Kinder, Jugendliche und Familien in schwierigen Lebenslagen dienen. Hintergrund bildete eine Empfehlung des UN-Kinderrechtsausschusses 2021 zum Staatenbericht der Schweiz zur Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention. Die Option, die Datenbank Casadata des Bundesamts für Justiz (BJ) zu einer nationalen Statistik weiterzuentwickeln, wurde vorab von den Kantonen als zu aufwändig und kostspielig verworfen.
Neue Institutionen Themenbereich Kinderrechte (ab 2022)	Seit 2022/23 gibt es zwei neue Institutionen in der Schweiz, die allenfalls nutzbare Daten schaffen werden. Erstens das Observatoire latin de l'enfance et de la jeunesse, das die Entwicklung eines Indikatorensets zu den Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen und die Einhaltung ihrer Grundrechte plant. Zweitens die Nationale Menschenrechtsinstitution der Schweiz (NMRI), die unter anderem Information, Dokumentation und Forschung zu ihren Aufgaben zählt. Siehe auch Indikatorenporträt Nr. 100.
Studie Optimus 3 zu Kindswohlfährdungen (2016–2018)	Die Studie zur Häufigkeit von Kindswohlfährdung, Unterstützungsmaßnahmen sowie Schutz- und Hilfsangeboten in der Schweiz wurde durch die UBS Optimus Foundation finanziert. Bereits erfasste Daten wurden in einer Studiendatenbank zusammengetragen, vereinheitlicht und ausgewertet. Demnach gelangen zwischen 30'000 und 50'000 Kinder in der Schweiz jährlich neu oder erneut an eine Kinderschutzzorganisation, weil sie direkte oder indirekte Gewalt erleben und Hilfe brauchen. Zu Beginn gab es Widerstände wegen des Erhebungsaufwands, letztendlich wurden die Ergebnisse aber gut genutzt und haben in einigen Kantonen zur Entwicklung kantonaler Strategien beigetragen (z.B. im Kanton Tessin).

Quellen

- Experteninterviews Mai/Juni 2023
- [Webseite Bundesamt für Gesundheit BAG: Psychiatrische Versorgung: Kinder und Jugendliche.](#)
- [Bundesamt für Sozialversicherungen \(2021\): Vereinte Nationen. Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Schlussbemerkungen zum fünften und sechsten Staatenbericht der Schweiz.](#)
- Bundesamt für Statistik (2021): Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2021.
- [Webseite Bundesamt für Statistik BFS: Finanzierung des Gesundheitswesens nach Kanton. Verwaltungsebene und Funktion \(HRM2\)](#)
- Bundesrat (2021): Politik der frühen Kindheit. Auslegeordnung und Entwicklungsmöglichkeiten auf Bundesebene. Bern.
- [Webseite Bundesrat. Medienmitteilung: Bundesrat will Statistik über ausserfamiliär untergebrachte Kinder schaffen.](#)
- [Ecoplan \(2020\): Überblick zur Situation der familienergänzenden Betreuung in den Kantonen. Studie im Auftrag der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren \(SODK\).](#)
- [Webseite Hochschule Luzern HSLU: Optimus 3. Eine Studie zu Häufigkeit von Kindswohlfährdung, Unterstützungsmaßnahmen sowie Schutz- und Hilfsangeboten in der Schweiz.](#)
- [Webseite Kantonale Integrationsprogramme KIP: Frühe Kindheit.](#)
- [Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren SODK \(2021\): «Kinder-/Jugendhilfe-Radar» der Taskforce Kinder und Jugend: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.](#)
- [Webseite OECD: OECD Child Well-being Dashboard.](#)
- [Webseite Schweizerisches Rechnungslegungsrgremium für den öffentlichen Sektor SRS. HRM2 - Harmonisiertes Rechnungslegungsmodell für die Kantone und Gemeinden der Schweiz.](#)
- [Webseite Soziale Sicherheit CHSS: Kinderrechtskonvention - Lücken in der Umsetzung schliessen.](#)
- [Webseite Staatssekretariat für Migration SEM: Kantonale Integrationsprogramme 2022-2023 \(KIP 2bis\).](#)
- [Ständerat: Mo. Nationalrat \(Herzog Verena\). Stärkung der Kinder- und Jugendmedizin. Versorgungsforschung und Massnahmenplanung zur Sicherstellung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 30. Juni 2022.](#)
- [Vogt, Franziska; Stern, Susanne; Fillietaz, Laurent \(2022\): Frühe Sprachförderung: Internationale Forschungsbefunde und Bestandesaufnahme zur frühen Sprachförderung in der Schweiz. Studie im Auftrag des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation. St.Gallen, Zürich, Genève: Pädagogische Hochschule St.Gallen, Infrac, Université de Genève.](#)

Legende: Zugriff auf die Web-Links am 13.6.2023. Lücke Indikator: Es liegt keine Definition des Indikators vor. Lücke Datenquelle: Geeignete Definition Indikator liegt vor, aber keine Datenquelle verfügbar beziehungsweise zugänglich. Lesebeispiel Alter: 11–15 Jahre bedeutet 11- bis 15-Jährige oder vom 11. bis am Tag vor dem 16. Geburtstag, analog zum Wording der MonAM-Indikatoren aus der HBSC-Studie.

3.4 Steckbrief SwissPedHealth

Eigenschaften Datenquelle	
Kurzbeschreibung	Nutzung von harmonisierten klinischen Routinedaten aus der stationären und spitalambulanten Pädiatrie. Beschrieben wird das Umsetzungs-Projekt SwissPedHealth, das auf den konzeptionellen Vorarbeiten des Projekts SwissPedData aufbaut. Im Rahmen von SwissPedData einigten sich alle A-Kinderspitäler auf die Definition eines harmonisierten Sets von Variablen (Kerndatensatz), die für eine potenzielle gemeinsame Erhebung genutzt werden können, sofern sie in die Klinikdokumentationssysteme integriert werden.
Ziel	Ziel von SwissPedHealth ist es nun, bis 2025 einen kleinen Teil der Variablen des SwissPedData-Kerndatensatzes in die Klinikdokumentationssysteme zu integrieren und auszuwerten. Damit sollen erstmals klinische Routinedaten aus Kinderspitälern in der Schweiz für die Forschung, für die Qualitätsverbesserung und zur Information der Gesundheitspolitik verfügbar gemacht werden.
Rahmenbedingungen (z.B. gesetzliche Grundlagen)	<i>Entscheidungsträger und Finanzierung:</i> SwissPedHealth wird für die Periode 2022–2025 durch zwei Initiativen der Schweizer Regierung mit 5 Mio. Franken gefördert: durch das Swiss Personalized Health Network (SPHN) und durch das Personalized Health Related Technologies (PHRT).
Datenerfassung	Die Datenerfassung erfolgt durch Fachpersonal im Spitalalltag in den Klinikdokumentationssystemen. Bis 2025 soll die Extraktion von ca. 30 Variablen aus dem Kerndatensatz von SwissPedData in den in den Universitätskinderspitälern von Genf, Lausanne, Basel, Bern und Zürich umgesetzt sein. Später soll der Datensatz öffentlich zugänglich sein und das Know-how auch anderen kantonalen Spitälern zur Verfügung gestellt werden. Die Rahmenbedingungen werden bis 2025 abgeklärt (Ethik, Antragsverfahren).
Messmethode	<i>Art der Erhebung:</i> Routinedaten, Standarddatensatz extrahiert aus Klinikdokumentationssystemen <i>Messgrößen:</i> Kerndatensatz SwissPedData mit 30 der 75 klinischen Variablen. Der Kerndatensatz umfasst Daten zu Patienten/-innen in den Kategorien Demografie, Anamnese und Klinische Beurteilung, Untersuchungen, Diagnostik, Behandlung. Folgende Variablen sind beispielsweise enthalten: Datum der Immigration (falls zutreffend), Geburtsjahr der Mutter, Blutdruck. Zudem sollen administrative Daten zu Patienten/-innen und zum Spital erfasst werden. Eine Verknüpfung mit Daten aus der Verwaltung oder Registern ist möglich (z.B. Medizinische Statistik der Krankenhäuser).
Erhebungsfrequenz	<i>Anzahl Messpunkte/Periodizität:</i> fortlaufend (geplant), Start der Arbeiten 2022, erste Daten verfügbar 2025 <i>Nächste Aktualisierung/Weiterführung:</i> fortlaufend (geplant)
Repräsentativität	<i>Stichprobengrösse/Anzahl:</i> Patientenpopulation der Universitätskinderspitäler der Schweiz, ca. 300'000 Kinder <i>Sprachregionen:</i> D, F, später evtl. auch I <i>Alter:</i> 0–17 Jahre, Patienten/-innen in Kinderspitälern <i>Selektion:</i> nur Patienten/-innen der beteiligten Spitäler
Bezug zu Lücken des Indikatorensets: Welche Lücken könnten adressiert/behoben werden?	
Frühe Kindheit (Schwangerschaft bis 4 Jahre)	<input type="checkbox"/> Nr. 16 (Lücke Indikator) Neurologische Erkrankungen – Zerebralparese (Alter: 0–4) <input checked="" type="checkbox"/> Nr. 23 (Lücke Datenquelle) Übergewicht und Adipositas (Alter: 0–5) <i>derzeit beschränkt auf Spitalpopulation</i> <input type="checkbox"/> Nr. 42 (Lücke Datenquelle) Motorische Entwicklung (Alter: 0–4) <input type="checkbox"/> Nr. 43 (Lücke Datenquelle) Sozio-emotionale Entwicklung (Alter: 0–4) <input type="checkbox"/> Nr. 44 (Lücke Datenquelle) Sprachstörungen (Alter: 1–5) <input type="checkbox"/> Nr. 45 (Lücke Indikator) Kognitive Entwicklung (Alter: 2–4) <input type="checkbox"/> Nr. 56 (Lücke Datenquelle) Bewegung (Alter: 0–4)

Übergreifend, mehrere Lebensphasen	<input type="checkbox"/> Nr. 9 (Lücke Datenquelle) Suizidversuche (Alter: 11–25) <input type="checkbox"/> Nr. 17 (Lücke Datenquelle) Neurologische Erkrankungen - Epilepsie (Alter: 5–25) <input type="checkbox"/> Nr. 18 (Lücke Datenquelle) Bluthochdruck (Alter: 5–15) <input type="checkbox"/> Nr. 36 (Lücke Indikator) Gesundheitskompetenz (Alter: 11–15) <input type="checkbox"/> Nr. 51 (Lücke Indikator) Früchte-/Gemüsekonsum (Alter: 1–10) <input type="checkbox"/> Nr. 100 (Lücke Indikator) Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention (Alter: 0–17)
Angebot/ Inanspruchnahme	<input type="checkbox"/> Nr. 74 (Lücke Indikator) Angebot öffentliche Dienste (Alter: 0–25) <input type="checkbox"/> Nr. 79 (Lücke Indikator) Intermediäres Angebot (Alter: 0–25) <input type="checkbox"/> Nr. 83 (Lücke Indikator) Inanspruchnahme schulpsychologischer Dienst (Alter: 5–15) <input type="checkbox"/> Nr. 84 (Lücke Indikator) Anteil Kinder mit bestimmten Vorsorgeuntersuchungen (Alter: 0–6) <input type="checkbox"/> Nr. 99 (Lücke Datenquelle) Investitionen in Dienstleistungen Kinder- und Jugendgesundheit (Alter: 0–17)
Beurteilung bezüglich Eignung für das Indikatorenset (SWOT-Analyse)	
Stärken (S)	Vollständige, standardisierte Daten für Patienten/-innen der Universitätskinderspitäler, flexibel und ergänzbar durch Module.
Schwächen (W)	Lücken in der Population bezüglich Primärversorgung und Neonatologie und wegen des Fokus auf Kinder, die behandelt werden. Im Aufbau begriffen, Erfolg der Implementierung in Klinikdokumentationssysteme derzeit noch unklar, erste Daten vermutlich Ende 2025 verfügbar.
Chancen (O)	Gut abgestützt durch Einbezug aller A-Kliniken in die Definition des Kerndatensatzes von SwissPedData, nach eigenen Aussagen breit von den Spitalpädiatern/-innen getragen.
Risiken (T)	Unklare Finanzierung nach Abschluss des SPHN-Projekts.
Potenzial	Grundsätzlich eine vielversprechende Datenquelle für die pädiatrische Forschung, ist noch im Aufbau. Mit Blick auf das MSI KJG sind die Daten nutzbar für den Indikator Übergewicht und Adipositas (0–5 Jahre). Zum Füllen der meisten Lücken sind sie aber nicht geeignet. Der Fokus liegt derzeit auf Kindern in Spitälern (stationär und ambulant). Wenn die Daten, wie bereits angedacht (siehe «Weitere potenzielle Datenquellen»), mit ambulanten pädiatrischen Daten ergänzt werden, besteht ein grosses Potential für das MSI KJG.
Ausblick	
Mögliche nächste Schritte	Keine – im Moment im Aufbau, finanziert durch SPHN.
Weitere potenzielle Datenquellen	
PREPP SwissPed-Health	Von April 2023 bis September 2024 wird in einem «demonstrator project» des SPHN in einem kleinen Umfang getestet, inwiefern Daten aus der ambulanten Versorgung mit den Spitaldaten verknüpft werden könnten (PREPP SwissPedHealth – PReparing PERsonalizEd PEdiatRic PRimaRy caRE).

Quellen

- Experteninterviews Mai/Juni 2023
- [Webseite Swiss Personalized Health Network SPHN: Dataset SwissPedData.](#)
- [Webseite Bundesamt für Statistik BFS: Geburten.](#)
- [Webseite Swiss Personalized Health Network SPHN: SwissPedHealth – PReparing PERsonalizEd PEdiatRic PRimaRy caRE \(PREPP\).](#)
- [Webseite Universität Bern, Institute of Social and Preventive Medicine \(ISPM\) \(2022\): 5 million CHF to make routine data from children's hospitals available for science.](#)
- [Website Swiss Personalized Health Network SPHN: Harmonising the collection of health-related data and biospecimens in paediatric hospitals throughout Switzerland.](#)
- [Website Swiss Personalized Health Network SPHN: Lay summary SwissPedHealth.](#)
- [Website Swiss Personalized Health Network SPHN: Pediatric personalized research network Switzerland \(SwissPedHealth\) – a Joint Pediatric National Data Stream.](#)

Legende: Zugriff auf die Web-Links am 13.6.2023. Lücke Indikator: Es liegt keine Definition des Indikators vor. Lücke Datenquelle: Geeignete Definition Indikator liegt vor, aber keine Datenquelle verfügbar beziehungsweise zugänglich. Lesebeispiel Alter: 11–15 Jahre bedeutet 11- bis 15-Jährige oder vom 11. bis am Tag vor dem 16. Geburtstag, analog zum Wording der MonAM-Indikatoren aus der HBSC-Studie.

Anhang

A 1 Begleitgruppe

DA 1: Mitglieder der Begleitgruppe		
<i>Institution</i>	<i>Vorname, Name</i>	<i>Funktion</i>
Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)	Christina Akré	Directrice a.i. Direction santé communautaire Canton Vaud, Département Épidémiologie et Systèmes de Santé Unisanté
Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)	Birgit Meier	Mitarbeiterin Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt
Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektorinnen und -direktoren (EDK)	Alexander Gerlings	Co-Leiter Fachagentur Informations- und Dokumentationszentrum
Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK)	Joanna Bärtschi	Fachbereichsleiterin Kinder und Jugend
Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH)	Fabienne Amstad*	Leiterin Programmentwicklung
Bundesamt für Sport (BASPO)	Nadja Mahler, Lea Ellenberger	Bereich Bewegung, Bildung, Raum und Umwelt
pädiatrie schweiz, ScolaMed	Susanne Stronski*	Jeweils Vorstandsmitglied
Marie-Meierhofer-Institut für das Kind	Sabine Brunner	Co-Verantwortliche für psychologische Dienstleistungen und Grundlagen
Pro Juventute	Marco Mettler	Vize-Direktor, Leiter Programme
Sucht Schweiz	Marina Delgrande Jordan*	Projektleiterin «Health Behaviour in School-aged Children» HBSC
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan	Claudio Peter*	Leiter Kompetenzbereich Psychische Gesundheit
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)	Julia Dratva*	Leiterin Institut für Public Health

Legende: * = Co-Autor/-in und/oder Herausgeber/-in des Nationalen Gesundheitsbericht 2020 des Obsan: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2020): Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. Bern: Hogrefe.

A 2 Dokumente zur Erstellung der Auslegeordnung

DA 2: Dokumente zur Erstellung der Auslegeordnung

Bestehende Monitoring-systeme	<ul style="list-style-type: none"> – <u>Australian Institute of Health and Welfare (2022): Children and Youth.</u> – <u>Bundesamt für Gesundheit (2016a): Indikatoren-Set für das Monitoring-System NCD. Ergänzendes Dokument zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten – 2017–2024. Bern.</u> – <u>Bundesamt für Gesundheit (2016b): Indikatoren-Set für das Monitoring-System Sucht. Ergänzendes Dokument zur Nationalen Strategie Sucht – 2017–2024. Bern.</u> – <u>Bundesamt für Gesundheit BAG (2023): Schweizer Monitoring-System Sucht und nichtübertragbare Krankheiten MonAM.</u> – <u>Euro-Peristat (2022): Euro-Peristat.</u> – <u>OECD (2022): OECD Child Well-being Dashboard.</u> – <u>Robert Koch Institut (2022): Kinder- und Jugendgesundheit.</u> – <u>UNICEF (2023): UNICEF Data.</u> – <u>World Health Organization (2022): European Health Information Gateway. Child and adolescent health.</u>
Literatur (zentrale Studien und Berichte)	<ul style="list-style-type: none"> – Alemán-Díaz, Aixa Y; Backhaus, Sophia; Siebers, Lisa L; Chukwujama, Obiora et al. (2018): Child and adolescent health in Europe: monitoring implementation of policies and provision of services. <i>Lancet Child Adolesc Health</i> 2(12): S. 891–904. – Bundesamt für Gesundheit (2019): Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030. Bern. – Bundesamt für Gesundheit (2020): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Bericht über die Aktivitäten des Bundesamts für Gesundheit im Jahr 2019. Zusammengetragen durch die Austauschplattform Kinder- und Jugendgesundheit des BAG. Bern. – Bundesrat (2021): Politik der frühen Kindheit. Auslegeordnung und Entwicklungsmöglichkeiten auf Bundesebene. Bern. – Dratva, Julia, Grylka-Bäsclin, Susanne; Volken, Thomas; Zysset, Annina (2019): Wissenschaftliche Übersichtsarbeit frühe Kindheit (0–4J.) in der Schweiz: Gesundheit und Prävention. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (17.017689). Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Department Gesundheit. – Dratva, Julia; Späth, Anna (2017): Erarbeitung Erhebungsmethoden für Datenlücken der Kinder- und Jugendgesundheit in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (16.006522). Basel: Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut. – Global Burden of Diseases 2017 Risk Factor Collaborators (2018): Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. <i>Lancet</i> 392: S. 1923–1994. – Jaddoe, Vinceet W. V.; Felix, Janine F.; Andersen Nybo, Anne-Marie; Charles, Marie-Aline; Chatzi, Leda et al. (2020): The LifeCycle Project-EU Child Cohort Network: a federated analysis infrastructure and harmonized data of more than 250,000 children and parents. <i>European Journal of Epidemiology</i> 35(7): S. 709–724. – Jenny, Bruno (2017): Machbarkeitsanalyse Schweiz: Untersuchung Lösungsansatz eSUK für eine elektronische Erfassung von Gesundheitsdaten via dem Schulärztlichen Dienst. Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (17.00010479). Steinhausen: SPOL. – <u>KiGGS (2022): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.</u> – Pinot de Moira, Angela (2021): The EU Child Cohort Network's core data: establishing a set of findable, accessible, interoperable and re-usable (FAIR) variables. <i>European Journal of Epidemiology</i> 36(5): S. 565–580. – Public Health Schweiz, Swiss School of Public Health und Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften School of Health Professions (2019): Gesunde Kinder und Jugendliche. In der Kindheit und im Jugendalter liegen grosse Chancen für die Gesundheit – packen wir sie an! Bern: Public Health Schweiz. – Rigby, Michael; Köhler, Lennart (2002): Child Health Indicators of Life and Development (CHILD). Report to the European Commission. European Union Community Health Monitoring Programme. – Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan (2020): Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. Bern: Hogrefe. – Stemann Larsen, Pernille; Kamper-Jørgensen, Mads; Adamson, Ashley; Barros, Henrique; Bonde, Jens Peter et al. (2013): Pregnancy and birth cohort resources in europe: a large opportunity for aetiological child health research. <i>Paediatr Perinat Epidemiol</i> 27(4): S. 393–414. – World Health Organization (2007): International Classification of Functioning, Disability and Health. Children & Youth Version. Geneva.

A 3 Experteninterviews zu möglichen Datenquellen

DA 3: Interviewpersonen

<i>Vorname, Name</i>	<i>Institution/Organisation</i>
Sebastian Mader	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Damiano Costantini	Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Julia Dratva	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)
Susanne Stronski	ScolarMed, Pädiatrie Schweiz
Ralph Wettach	Schulpsychologie Schweiz – interkantonale Leitungskonferenz (SPILK)
Claudia Kühni	SwissPedNet
Philipp Jenny	pädiatrie schweiz
Birgit Meier	Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)
Joanna Bärtschi	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK)
