Aufsuchende Gesundheitshilfe aGH
hier: Sachstandsbericht

I.

A. Aktueller Sachstand - Bundesinitiative Familienhebammen BIFH und personelle Besetzung der aGH

Am 01.01.2012 trat das Bundeskinderschutzgesetzes (BKiSchG) in Kraft, welches u.a. Aussagen zu einer Förderung von niederschwelliger Unterstützung durch Gesundheitsdienste über die „Bundesinitiative Familienhebammen" enthält. Die Verwaltungsvorschrift zum Bundeskinderschutzgesetz wurde am 27.06.12 im Bundeskabinett beschlossen. Basierend auf dem BKischG und der Verwaltungsvereinbarung wurden im September 2012 ein Landeskonzept Bayern sowie Förderrichtlinien zur Umsetzung der Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen im Freistaat Bayern" erstellt.

Die sehr erfolgreich in die Praxis umgesetzte aufsuchende Gesundheitshilfe aGH ist nach wie vor personell unterbesetzt. Das im gemeinsamen Jugendhilfe- und Gesundheitsausschuss vom 23.10.2008 beschlossene gemeinsame Konzept von Jugend- und Gesundheitsamt „Frühwarnsystem und frühe Hilfen für Eltern und Kinder in Nürnberg, Schwerpunkt 0-3 Jahre" inkl. der „aufsuchende Gesundheitshilfe aGH" sieht 3,0 VK-Stellen für Kinderkrankenschwestern und 0,75 Stellen für eine Kinder- und Jugendärztin bzw. einen Kinder- und Jugendarzt vor. Davon hat der Stadtrat bislang 1,5 VK-Stelle Kinderkrankenschwester und 0,25 VK-Stelle Kinderarzt/-ärztin beschlossen (gesamtstädtische Finanzierung). Der Bedarf an dem Angebot der aGH ist aber weitaus größer als mit dieser Personalausstattung geleistet werden kann. Wegen des sehr großen Bedarfs für eine Unterstützung durch die aGH wurden aus Budgetmitteln des Gh im Jahr 2012 auch wieder zusätzlich ca. 20 Honorarstunden/Monat (verteilt auf zwei Kinderkrankenschwestern) finanziert. Aufgrund einer derzeit laufenden Untersuchung der vertraglichen und sozialversicherungsrechtlichen Zulässigkeit von Werks-, Aushilfs- und Honorarverträgen durch PA, wird derzeit geprüft, ob eine Unterstützung durch Honorarkräfte künftig noch zulässig ist.

Das Umweltreferat hat im Mai 2012 Mittel zur Finanzierung der Personalausstattung der aGH für die noch fehlenden 1,5 VK-Stellen der Kinderkrankenschwestern (und eine 0,25 Kinderarztstelle) der aufsuchenden Gesundheitshilfe beantragt; dies wurde u.a. mit dem Hinweis auf die Möglichkeit der Drittmittelfinanzierung über die Mittel aus der BIFH abgelehnt. Die Aufwendungen für die noch fehlenden Stellenkapazitäten/ Kinderkrankenschwestern sind mit ca. 65.500 € anzusetzen. Vom Jugendamt der Stadt Nürnberg wurde im März 2013 ein Antrag auf Förderung von Fachleistungsstunden von freien und bei freien Trägern angesiedelten „Familienhebammen" gestellt. Der Förderantrag lässt jedoch offen, in welcher konkreten Weise das aGH- Konzept bei der Förderung mitberücksichtigt werden soll. Insgesamt wurde die Förderung von 2,8 VK Stellen Familienhebamme oder vergleichbar qualifizierte Berufsgruppe beantragt. Bis dato (03.05.13) hat die Stadt Nürnberg noch keine Antwort des Landesjugendamtes auf den Förderantrag erhalten. Das Umweltreferat hat im Mai 2013 erneut Stellenschaffungsanträge für die noch fehlenden 1,5 VK-Stellen der Kinderkrankenschwestern (und eine 0,25 Kinderarztstelle) der aGH gestellt; für die kinderärztliche Kapazität steht eine Gh-interne Deckung zur Verfügung, im Hinblick auf die Kinderkrankenschwester-Stellen wird in der ersten Priorität auf die Fördermittel (BIFH) verwiesen (siehe auch Beschluss des Gesundheitsausschusses zu TOP 4.A aus der Sitzung vom

21.03.2013 in der Anlage). Sobald der Förderbescheid des Landesjugendamtes vorliegt, wird das weitere Vorgehen zwischen Ref.III und Ref.V abgestimmt.

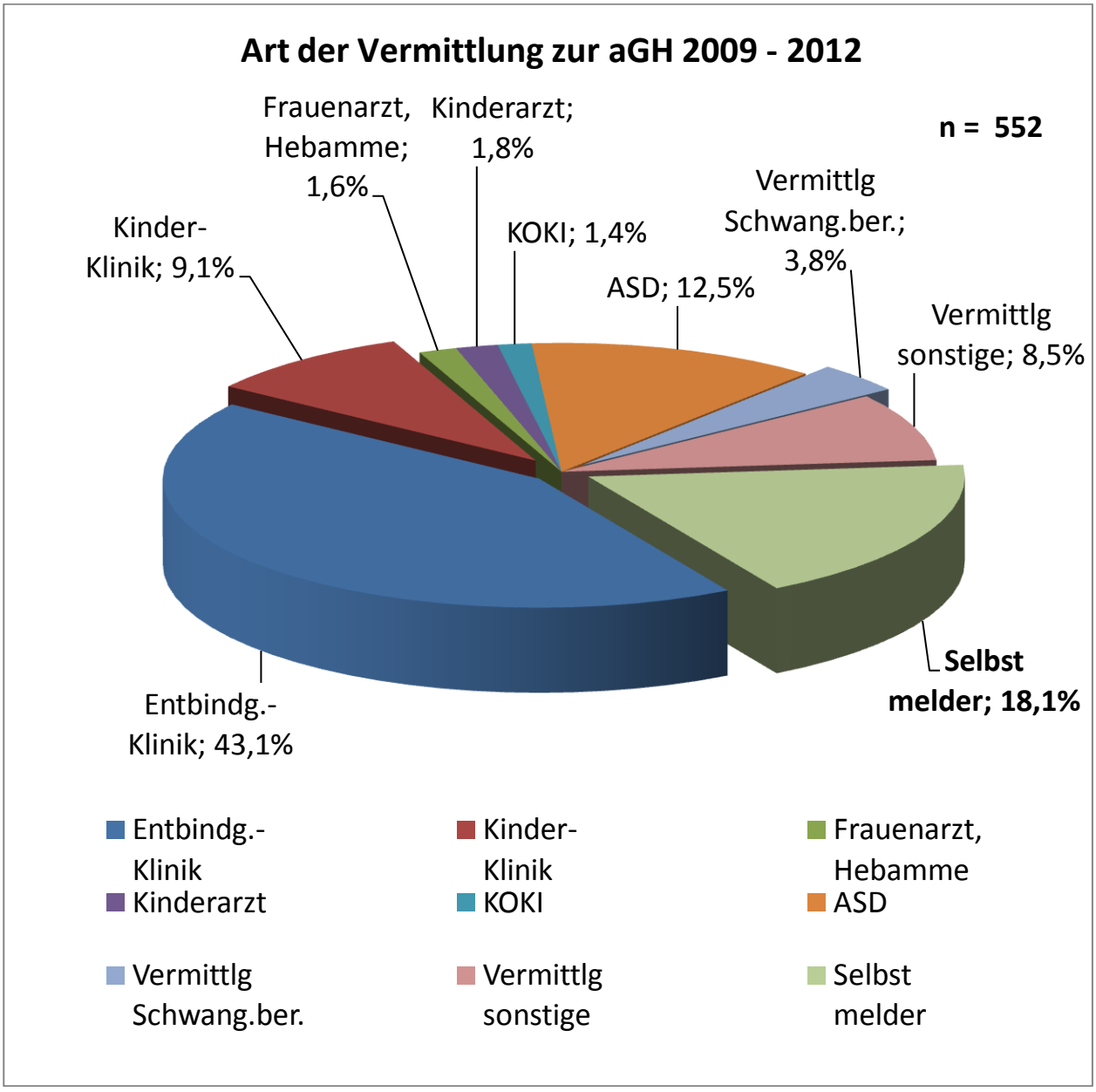
B. Daten zur aGH

a. Fallzahlen seit 01.09.2009 bis 17.04.2013 und Neuzugänge im Jahr 2012

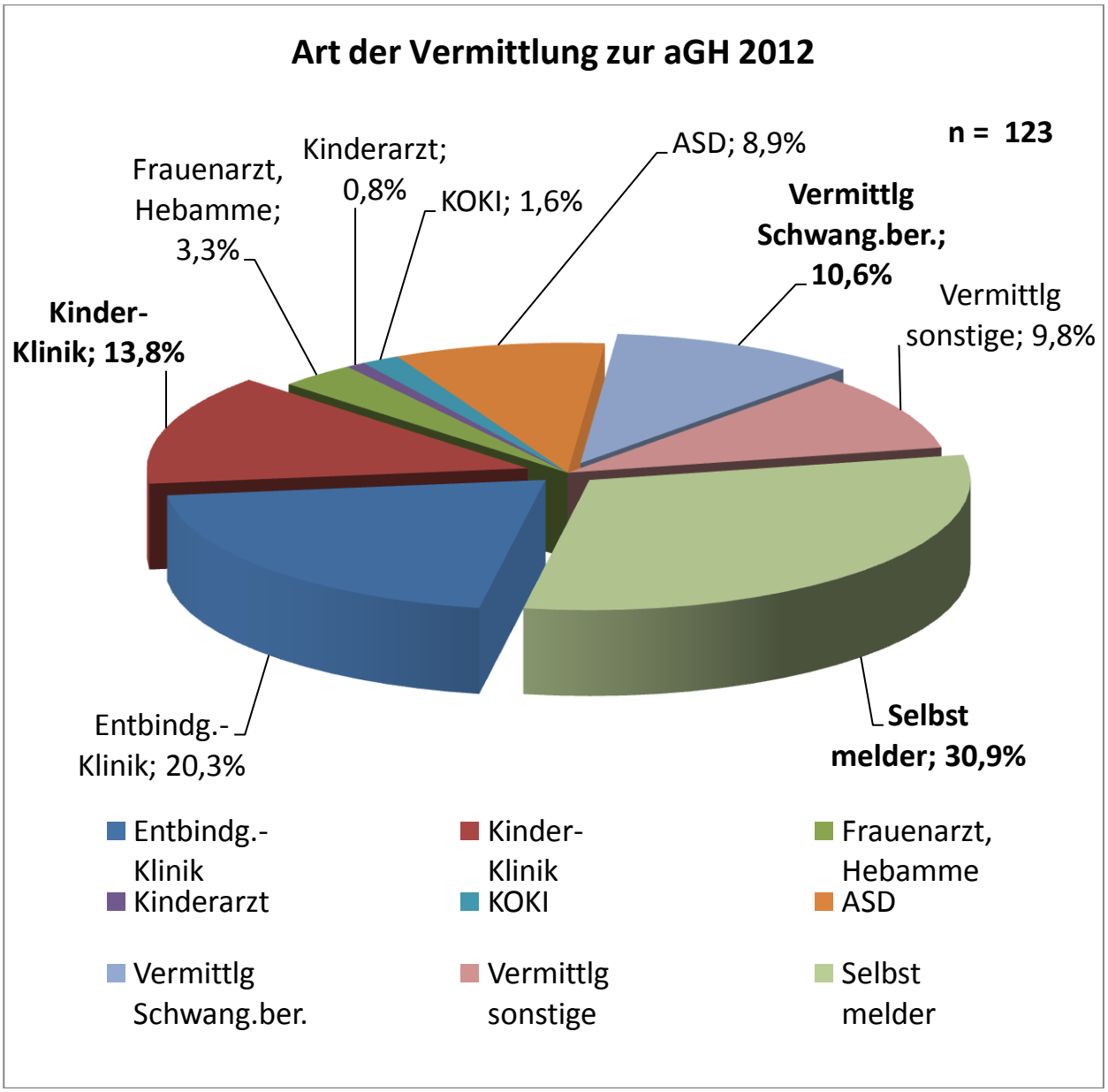
Seit September 2009 wurden der aGH insgesamt **552 Fälle** übermittelt (=akkumulierte Daten). Im Jahr **2012 wurden 123 Familien neu** aufgenommen.

b. Daten zur Übermittlung an die aGH

Zeitraum 01.09.2009 bis 31.12.2012



Zeitraum 01.01.2012 bis 31.12.2012



Ein Vergleich der Daten zeigt, dass

- der Prozentsatz der über die Entbindungskliniken vermittelten Familien im letzten Jahr stark abgenommen hat. Dies ist v.a. dadurch begründet, dass aufgrund der personellen Engpasssituation und der zunehmenden Anzahl der durch die aGH unterstützten Familien, welche über andere Kooperationspartner vermittelt wurden, die Präsenztage in den Entbindungskliniken in hohem Maß reduziert werden mussten. Dies bedeutet, dass die Anzahl der Fälle den Bedarf für die aGH nicht realistisch wiedergibt. - Insgesamt wurden bei den Präsenztagen in den Entbindungskliniken neben kurzen Informations- auch 16 intensivere Beratungsgespräche geführt.

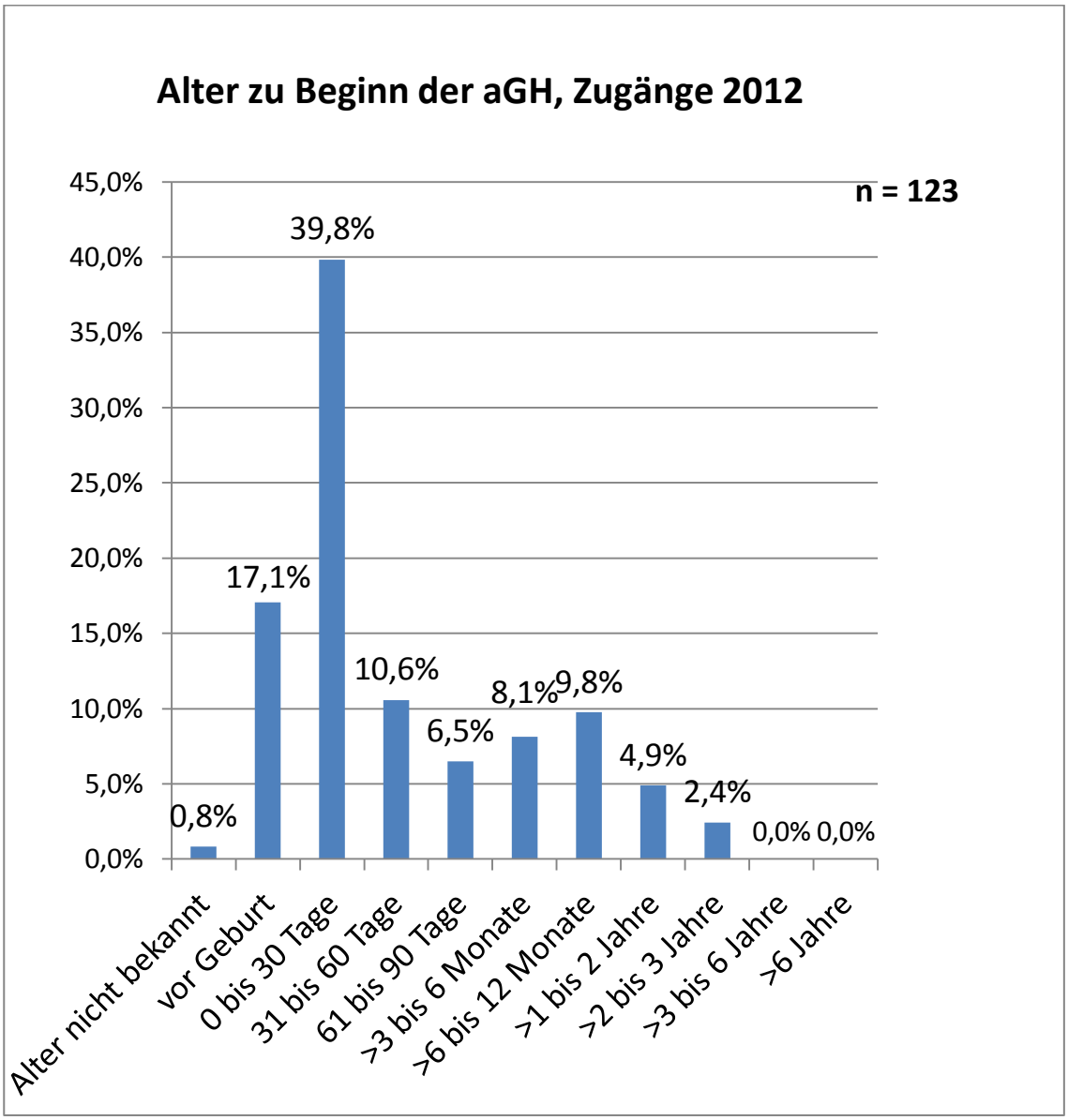
- Vermittlungen über die Schwangerenberatungsstellen und die Kinderkliniken zugenommen haben

- Und vor allem die Anzahl der „Selbstmelder" auf Empfehlung sehr stark angewachsen ist, was auf die hohe Akzeptanz des Dienstes schließen lässt

c. Daten zu den Familien

Ca. 15,5% der Mütter (bezogen auf den gesamten Tätigkeitszeitraum der aGH) waren Alleinerziehende.

Aus der Graphik (siehe unten) zum Alter der Kinder (zum Zeitpunkt des Beginns der Tätigkeit der aGH) geht hervor, dass auch bei den Neuzugängen 2012 **in den ersten 4 Wochen nach der Geburt am häufigsten durch die aGH unterstützt** wurde, wobei sich zunehmend auch Frauen vor der Geburt bei der aGH melden oder vermittelt werden und die aGH auch mehr als in den vergangenen Jahren Familien mit Kindern bis zum Ende des 1. Lebensjahres in die Betreuung aufgenommen hat (Neuzugänge 2012: 31 Tage bis 12 Monate alt: 35%; Zeitraum 01.09.2009 bis 31.12.2012: 21%).



Bezogen auf die Neuzugänge im Jahr 2012 unterstützte die aGH in **ca. 28 % der Fälle nach der Hebammennachsorge** sowie in **ca. 43 % parallel dazu**. Nähere Angaben siehe nachfolgende Tabelle; diese Angaben entsprachen in etwa denen aus den Vorjahresberichten.

Hebammen und aGH 01.01.2012-31.12.2012

aGH im Anschluss an Hebamme		**27,9%**	**Ca.28 %**
Hebamme und aGH parallel	Elternwunsch	**23,1%**	
	von externen Kräften empf.	**16,3%**	
	von aGH empf.	**2,7%**	
	von Hebamme empfohlen	**0,7%**	**Ca. 43 %**
aGH alleine in Familie	Ang. Hebamme nicht bekannt	**0,7%**	
	Hebamme nicht verfügbar	**10,2%**	
	Wunsch d.Fam.	**11,6%**	
	wg. Alter d.Kindes	**4,1%**	**Ca. 32%**
Übermittlung aGH an Hebamme		**2,7%**	
Summe		**100,0%**	

Die aGH erreicht mit ihrem Angebot prinzipiell **Familien aller sozialen Schichten sowie mit und ohne Migrationshintergrund**, wie den untenstehenden Graphiken zu entnehmen ist.

Als Anhalt für die Einschätzung der Zugehörigkeit zu den „Schichten" wurde folgende Zuordnung verwendet (nach K. Wenzig, 2002):

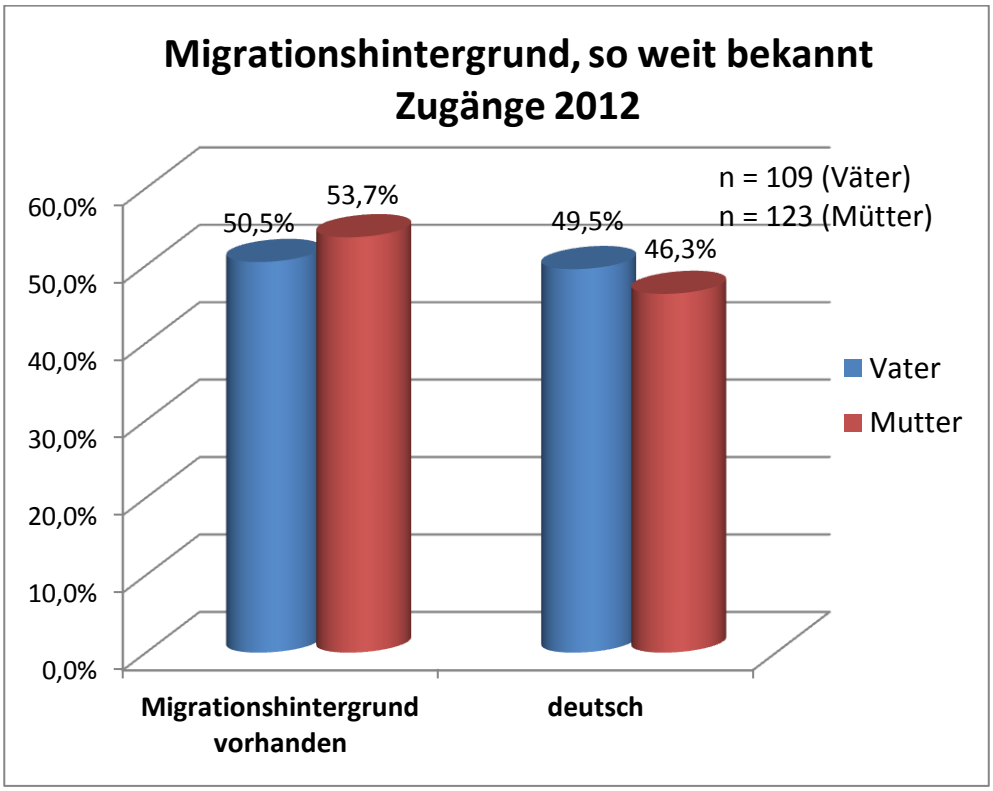
- **Oberschicht,** ca. 2% der Bevölkerung
  - diejenige Bevölkerungsgruppe, die über 1,5x des Durchschnittseinkommens pro Person, welches derzeit bei € 20.000,--/Jahr liegt, verdient
- **Mittelschicht**, ca. 77%
  - teilt sich auf in obere (5%), mittlere (14%) und untere (58%) Mittelschicht
  - <u>Obere Mittelschicht:</u>
    - Diese Personengruppe kann sehr gut mit regelmäßiger Arbeit ihren Lebensunterhalt bestreiten, 110 – 150% des Durchschnittseinkommens
  - <u>Mittlere Mittelschicht</u>

        - Diese Gruppe kann gut mit regelmäßiger Arbeit den Lebensunterhalt bestreiten, ca. 90 – 110% des Durchschnittseinkommens stehen zur Verfügung, die Wohn- und Lebensverhältnisse sind „bürgerlich"
    - Untere Mittelschicht:
        - Der Lebensunterhalt kann knapp mit regelmäßiger Arbeit bestritten werden,die Wohnverhältnisse liegen im Standard- bis leichten Substandardbereich, 70 – 90% des durchschnittlichen Einkommens stehen zur Verfügung
- **Prekariat**, ca. 21% der Bevölkerung
    - unter 70% des durchschnittlichen Einkommens stehen zur Verfügung, der Lebensunterhalt kann nicht mit regelmäßiger Arbeit allein bestritten werden, schlechte Wohnverhältnisse, prekäre Lebensverhältnisse, Multiproblemverhältnisse

Die Neuzugänge im Jahr 2012 ließen sich in den Fällen, in denen einigermaßen valide Angaben möglich waren, folgendermaßen zuordnen:

- Oberschicht ca. 2,1 % (Durchschnitt 2%)
- Mittelschicht ca. 59,4 %% (Durchschnitt obere und mittlere Mittelschicht 19%)
- Untere Mittelschicht ca. 40,6 % (Durchschnitt 58%)
- Prekariat ca. 38,5 % (Durchschnitt 21%)

Somit ergibt sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in Deutschland eine Verschiebung hin zu Familien in sozial schwierigeren Verhältnissen. Die Daten entsprechen in etwa denen aus den Vorberichten.

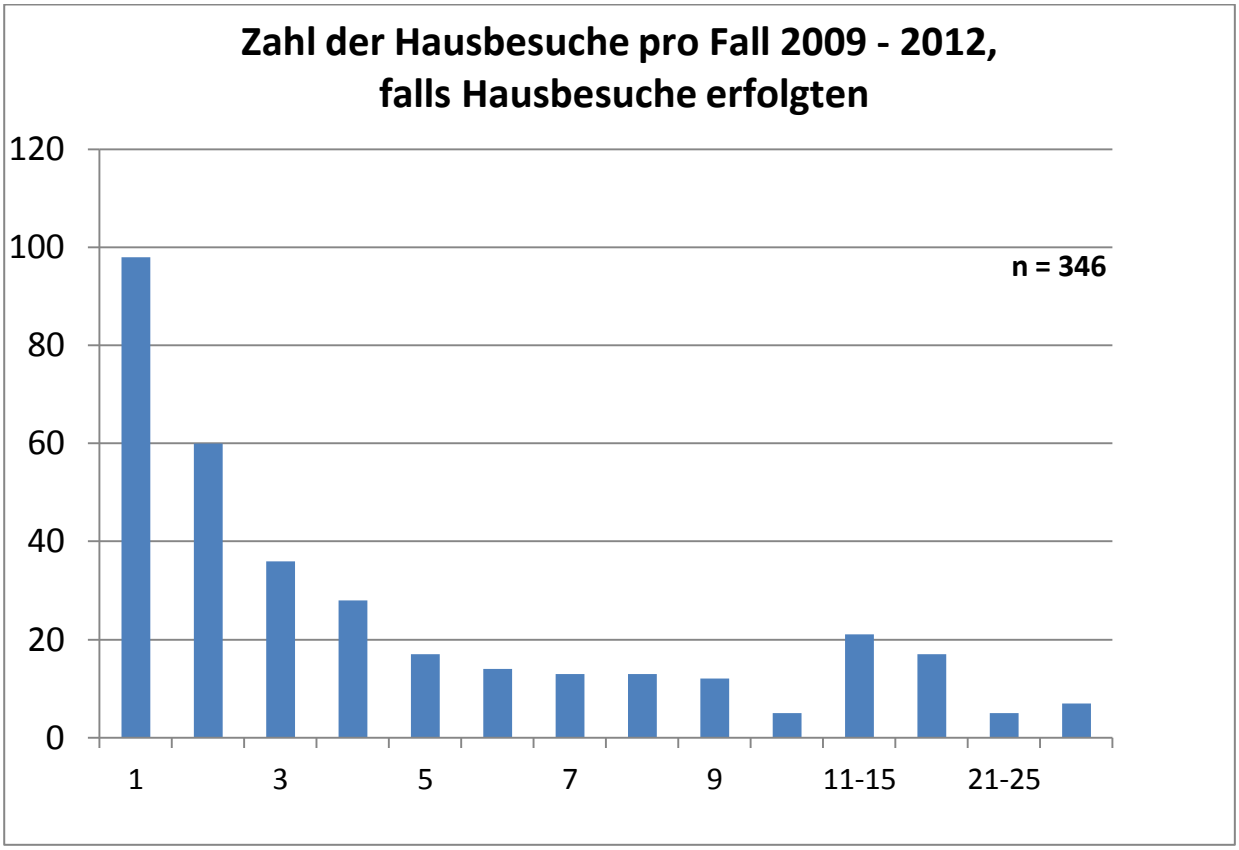


51% der Neuzugänge 2012 waren Jungen, 49% Mädchen.

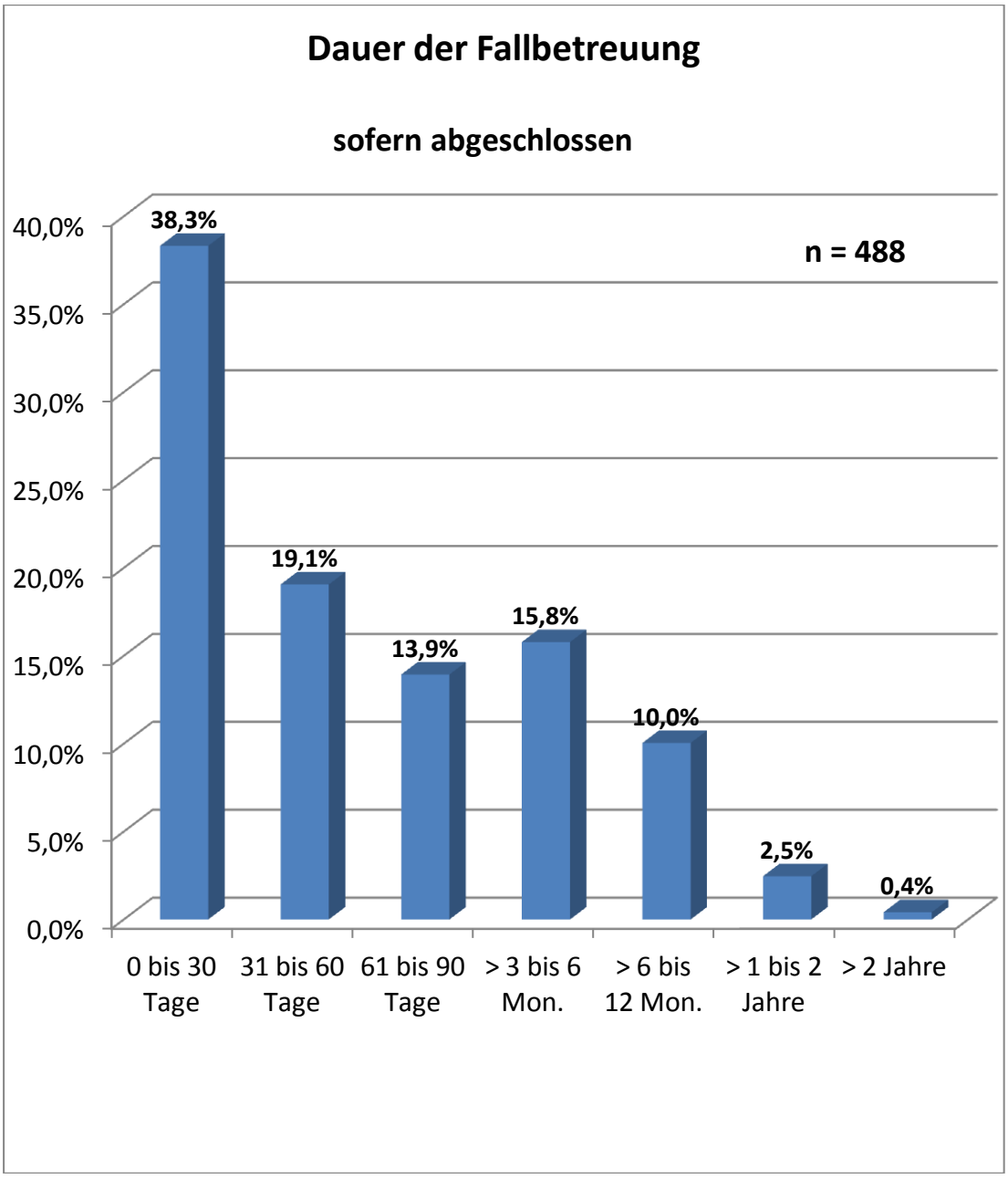
d. Daten zu den Hausbesuchen

Durchschnittlich fielen im Zeitraum 01.09.2009 – 31.12.2012 **monatlich 41 Hausbesuche für die aGH -Kinderkrankenschwestern** – mit Vor- und Nachbereitung wie Dokumentation- an. Wenn Besuche durchgeführt wurden, kam es **pro Fall im Durchschnitt zu 4- 5 Hausbesuchen**, wobei das Maximum in drei Fällen bei über 25 Besuchen lag. Es zeigt sich im letzten Jahr eine geringfügige Erhöhung der Anzahl der Hausbesuche pro Familie, wobei noch nicht sicher gesagt werden kann, ob sich diese Tendenz fortsetzen wird.

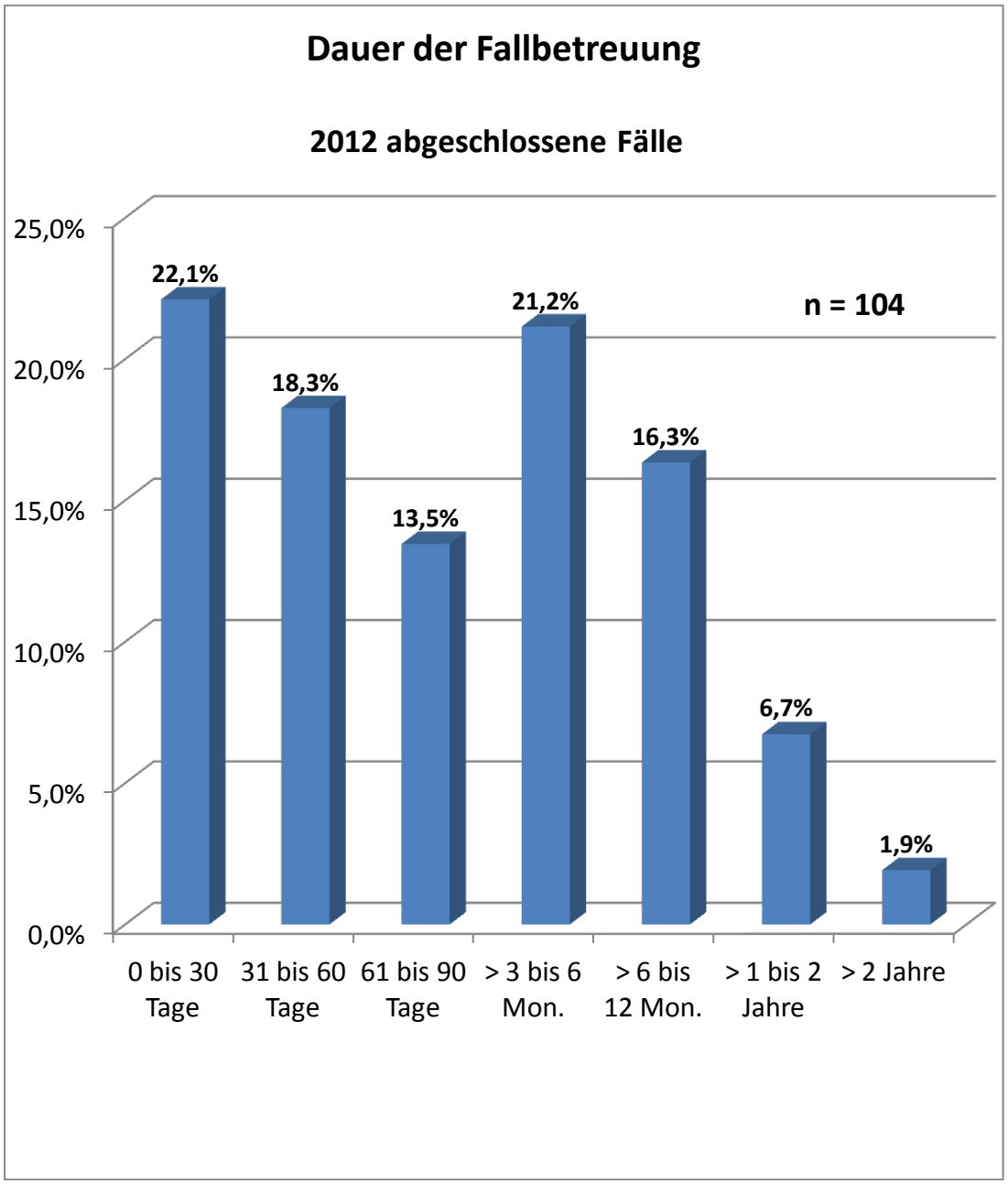
Die nachfolgenden Graphiken zeigen die Verteilung der Hausbesuchsfrequenz und der Dauer der Fallbetreuung durch die aGH.



Zeitraum 01.09.2009 bis 31.12.2012



Zeitraum 01.01.2012 bis 31.12.2012



Ein Vergleich der Daten der beiden Zeiträume zeigt eine **Tendenz zu höheren Anteilen bzgl. einer Betreuungsdauer von >3- 6 Monaten und <6 bis 12 Monaten**.

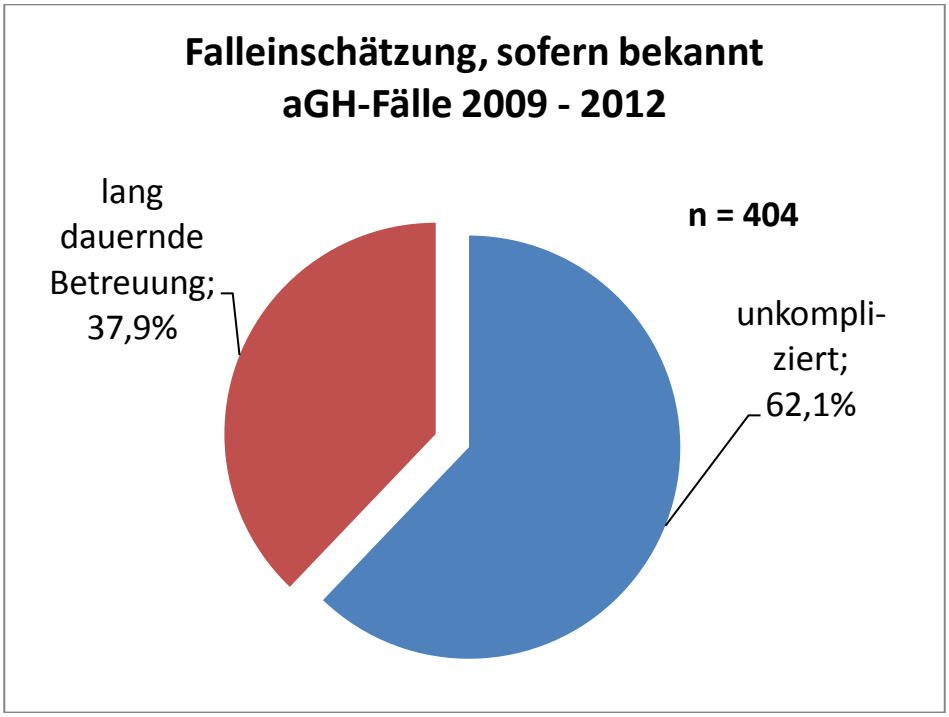
e. Einteilung der Fälle der aGH nach Ausmaß und Art des Unterstützungsbedarfs

Die Fälle werden grundsätzlich in 2 Kategorien eingeteilt:

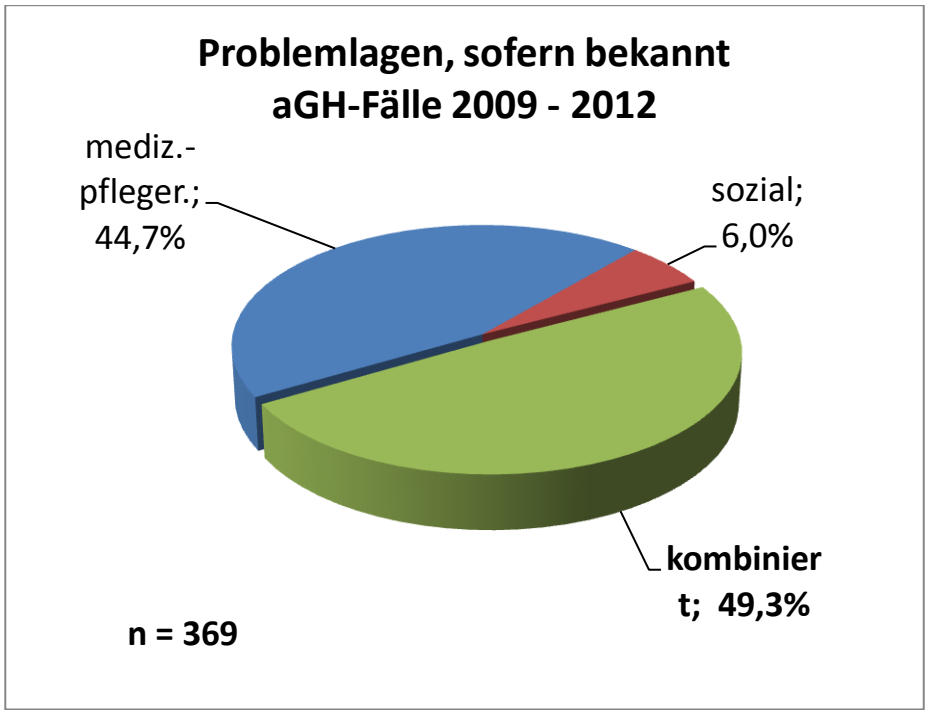
1. Unkomplizierte Beratungsfälle, bei welchen die Familien entweder 1. nur durch die aGH oder 2. im Anschluss an die Hebammennachsorge oder 3. parallel mit dieser unterstützt wurden und maximal drei Hausbesuche notwendig waren.

2. Langdauernde Fälle, welche häufigere Hausbesuche erforderlich machten und bei welchen der ASD oder weitere frühe Hilfen beteiligt waren oder wurden.

Bei insgesamt 404 Fällen ließ sich eine eindeutige Zuordnung treffen: **ca. 62% gehörten zu den unkomplizierten, ca. 38% zu den länger zu betreuenden Fällen**; in den restlichen Fällen war eine eindeutige Zuordnung z.B. wegen der kurzen Betreuungsdauer nicht möglich. Im Verlauf der Jahre zeigt sich eine leichte Verschiebung hin zu intensiver zu betreuenden Fällen, wobei die überwiegende Mehrzahl nach wie vor zu den unkomplizierten Fällen gehört.



Inhaltlich ließen sich die Fälle wie folgt einer rein medizinisch-pflegerischen, einer psychosozialen oder einer kombinierten Problemlage zuordnen:



Diese Verteilung entspricht im Wesentlichen den Daten der Vorberichte.

Die folgenden Tabellen zeigen die Anzahl der Unterstützungsbereiche pro Fall, die Häufigkeit der wesentlichsten Unterstützungsbereiche sowie die Einschätzung der aGH bzgl. der(en) weiteren Entwicklung in der Familie. Auch diese Verteilung entspricht im Wesentlichen den Daten der Vorberichte.

Zahl der Unterstützungsbereiche je Fall (abgeschlossene Fälle 2012)

1	**13,5%**
2	**13,0%**
3	**10,1%**
4	**11,9%**
5	**12,5%**
6	**13,2%**
7	**6,5%**
8	**5,2%**
9	**4,4%**
10	**4,2%**
11	**2,6%**
12	**1,0%**
13	**1,0%**
14	**0,5%**
15	**0,3%**
Summe	**100,0%**

Häufigkeit der Unterstützungsbereiche und Wirkungseinschätzung (abgeschlossene Fälle 2012)

Unterstützungsbereiche		davon		
	liegt vor in %	verbessert	unverändert	verschlechtert
Allgemeine Unsicherheit der Eltern	45,1%	61,8%	6,4%	0,4%
Beratung zum Handling durchgeführt	9,6%			
Probleme in Mutter-/Eltern-Kind-Interaktion	31,3%	50,3%	17,9%	1,7%
emotionale Unterstützung v. Mutter/Vater	13,6%	64,0%	13,3%	0,0%
erhöhter Beratungsbedarf (elterl. Indikat.)	8,7%	39,6%	31,3%	0,0%
Verhaltens-/Regulationsstörung des Kindes	15,4%	58,8%	3,5%	0,0%
Beratung zur gesunden Entwicklung des Kindes	31,7%	51,4%	11,4%	0,0%
Entwicklungsrückstand	5,1%	39,3%	14,3%	0,0%
Still-/Ernährungsberatung	51,1%	64,9%	9,9%	0,0%
Pflegeberatung	34,2%	73,5%	4,8%	1,1%
Beratung bei Behinderung des Kindes	0,9%	40,0%	40,0%	0,0%
Unterstützung bei Frühgeborenen	3,3%	72,2%	5,6%	0,0%
Unterstützung bei akuten Erkrankungen d. Kindes	10,3%	80,7%	0,0%	0,0%
Unterstützung bei chron. Erkrankungen d. Kindes	5,8%	37,5%	15,6%	0,0%
Vorsorgeuntersuchungen nicht eingehalten				
Hygieneberatung	9,8%	48,1%	31,5%	3,7%
Beratungsbedarf bezügl. Unfallprophylaxe	23,6%	61,5%	13,8%	0,8%
Pflegemängel, pfleger. Vernachlässigung	0,4%			
Unterstützung bei chron. Erkrankg. eines Elternteils	3,8%	42,9%	9,5%	0,0%
Unterstützg. bei psych. bzw. Suchterkrankung	9,2%	21,6%	29,4%	0,0%

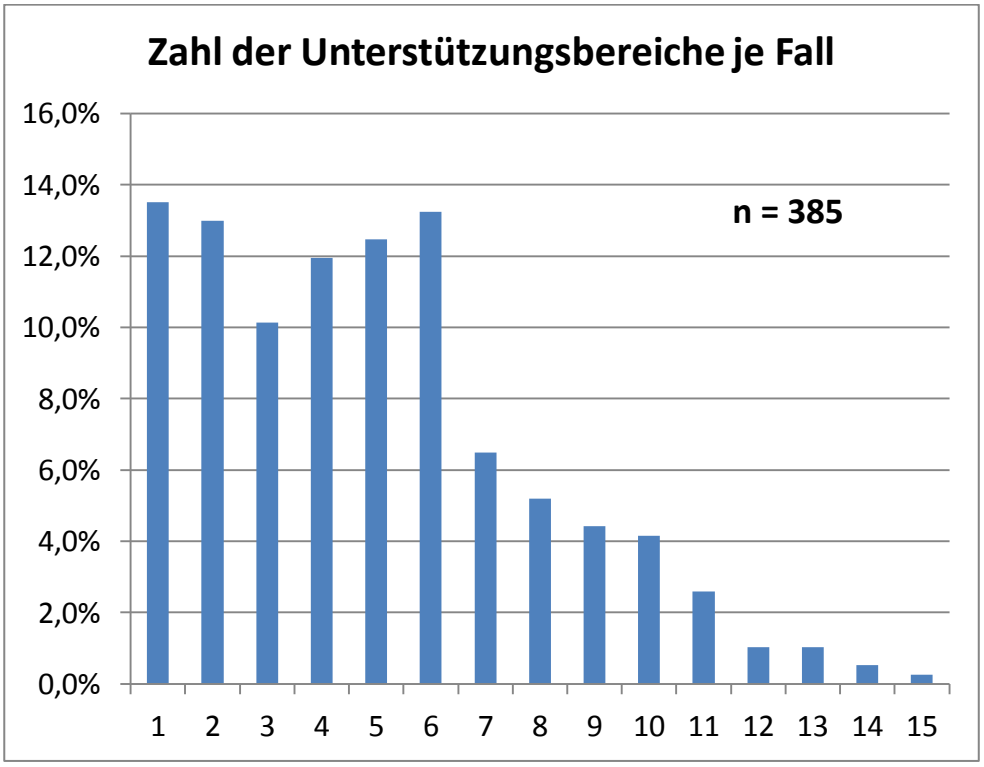
Daten zur Vernetzung (abgeschlossene Fälle 2012)

Die nachfolgende Tabelle zeigt, zu welchen weiteren Frühen Hilfen durch die aGH vermittelt wurde:

Ehrenamtl.	Elt.-Kd.-Gr.	Eltern-Training	Erz.-beratg.	SPFH	Schreiamb.	weiterbeh. Ärzte etc.	psychiatr. Unters.	soziale Beratg.
35,7%	53,6%	38,1%	9,5%	13,1%	9,5%	9,5%	17,9%	29,8%

Der nächsten Graphik lässt sich entnehmen, wie häufig mehr als ein Unterstützungsbereich vorlag.

Zahl der Unterstützungsbereiche pro Fall/abgeschlossene Fälle 2012



Dies entspricht im Wesentlichen den Daten des Vorberichts.

Zusätzlich zu den fallbezogenen Aufgaben wurden im Jahr 2012 noch insgesamt 53 telefonische Beratungen durchgeführt, wobei in ca. der Hälfte der Anrufe zum Angebot der aGH und zu anderen frühen Hilfen informiert wurde und sich die restlichen Anrufe auf inhaltliche Beratungen mit dem Schwerpunkt Still- und Ernährung bezogen.

f. Daten zur Einbeziehung des ASD durch die aGH

Über den gesamten bislang gegebenen Tätigkeitszeitraum wurde in insgesamt **19 Fällen der ASD durch die aGH entweder neu oder aktuell zugezogen**. Soweit feststehend – in 338 Fällen -, war zu ca. 50% die Familie dem ASD bereits bekannt, zu ca. 46% war der ASD während der Unterstützung durch die aGH überhaupt nicht involviert. Die Angabe bzgl. des ASD wurde von der aGH nicht explizit abgefragt. Es erscheint wahrscheinlich, dass die Familien, bei denen der Status nicht bekannt war, überwiegend keine Verbindung zum ASD hatten.

H: Zusammenfassung und Ausblick

Zu den wesentlichen Charakteristika des Konzepts der aGH, denen der Dienst seine guten Erfolge verdankt, gehören die Niedrigschwelligkeit durch ein nicht-stigmatisierendes Angebot, die Freiwilligkeit der Annahme des Unterstützungsangebots, ein familienbezogener, integrativer Ansatz sowie das Erkennen von Familien mit psychosozialem und medizinisch-pflegerischem

Unterstützungsbedarf - unterhalb der KWG- Schwelle – auch solcher, die dem ASD noch nicht bekannt sind.

Die Erfahrungen der letzten Jahre - siehe die regelmäßigen Berichte bzgl. der aGH im Gesundheitsausschuss der Jahre 2010, 2011, 2012 - zeigen, dass die aGH mit großem Erfolg familien- und situationsbezogen sowie flexibel- in enger Abstimmung mit der Sozialpädagogin der Koki - gearbeitet hat.

Das bewährte und beschlossene aGH- Konzept sollte mit den wie geplant erweiterten personellen Ressourcen bedarfsgerecht (eine intensivierte Zusammenarbeit auch mit der Straßenambulanz und den Asylbewerberheimen ist geplant) weitergeführt werden können.

II. Herrn Dr. Beier, Gh/L

III. Herrn Ref. III zur Vorlage im Gesundheitsausschuss

Nürnberg, 06.05.13
Gh/MD
i.A.

Dr. Günther
Med.-Direktorin

Anlage: Beschluss des Gesundheitsausschusses, Sitzung 21.03.2013, zu TOP 4.A