

A. Sachstand - Personelle Besetzung der aGH

Das gemeinsame Konzept von Jugend- und Gesundheitsamt „Frühwarnsystem und frühe Hilfen für Eltern und Kinder in Nürnberg, Schwerpunkt 0-3 Jahre“, erstellt im Jahr 2008, sieht für die aGH 3,0 VK-Stellen für Kinderkrankenschwestern und 0,75 Stellen für eine Kinder- und Jugendärztin bzw. einen Kinder- und Jugendarzt vor. Davon hatte der Stadtrat bis 2013 -gesamstädtisch finanziert- 1,5 VK-Stellen Kinderkrankenschwestern und 0,25 VK-Stellen Kinderarzt/-ärztin beschlossen.

In den Haushaltsberatungen 2014 wurden zur Besetzung weitere 0,25 VK-Stellen für einen Kinderarzt/eine Kinderärztin (Deckung über das Gh- Budget) sowie 1,5 VK-Stellen für Kinderkrankenschwestern (Deckung über die Mittel der Bundesinitiative Familienhebammen und vergleichbar qualifizierter Berufsgruppen) beschlossen. 0,5 Stellenanteile der 1,5 VK-Stellen /Kinderkrankenschwestern werden von den bisherigen Mitarbeiterinnen der aGH übernommen, eine VK – Stelle wurde ebenso wie 0,5 VK- Stellen für einen/eine Kinderarzt/-ärztin extern ausgeschrieben.

Voraussichtlich kann die noch freie VK-Stelle/Kinderkrankenschwester aGH ab 09/14 durch zwei neue Mitarbeiterinnen besetzt werden. Auf die ausgeschriebenen 0,5 VK- Stellen für einen/eine Kinderarzt/-ärztin gingen aufgrund der derzeit im ärztlichen Bereich äußerst schwierigen Bewerberlage keine qualifizierten Bewerbungen ein, so dass erneut ausgeschrieben werden muss.

Die Besetzung der aGH liegt somit in 06/14 bei 3,0 Stellen/ Kinderkrankenschwestern sowie 0,25 Stellen/Kinderärztin, welche derzeit noch von einer Ärztin des KJÄD mit übernommen ist.

Gemäß der Absprache mit J werden die Familien künftig in drei Zielgruppen eingeteilt:

Zielgruppe 1: Familien mit medizinisch- pflegerischem Bedarf (entspricht in etwa den bisherigen „unkomplizierten“ Fällen der aGH)

Zielgruppe 2: zusätzlich emotionaler Unterstützungsbedarf, sofern in der Familie keine weiteren Problemlagen bestehen, die intensivere (psycho)soziale Unterstützungsangebote sinnvoll oder notwendig machen (entspricht in etwa den bisherigen Intensivfällen mit medizinisch- pflegerischem Schwerpunkt- über die Bundesinitiative abzurechnen)

Zielgruppe 3: Familien mit zusätzlichem multiplem psycho-sozialen Beratungs- und Unterstützungsbedarf (entspricht in etwa den bisherigen „kombinierten“ Intensivfällen -über die Bundesinitiative abzurechnen)

Der Zugang zur aGH erfolgt wie bislang zum einen über die Geburtskliniken, zum anderen über den ASD, die KoKi oder andere Kooperationspartner sowie als Selbstmelder. Eine Zuordnung zu den o.g. Zielgruppen wird in den gemeinsamen Fallbesprechungen mit der Fachkraft der Koki getroffen. Die Absprache hinsichtlich der Vermittlung geeigneter weiterer früher Hilfen erfolgt unter Beachtung der Vorgaben des Datenschutzes.

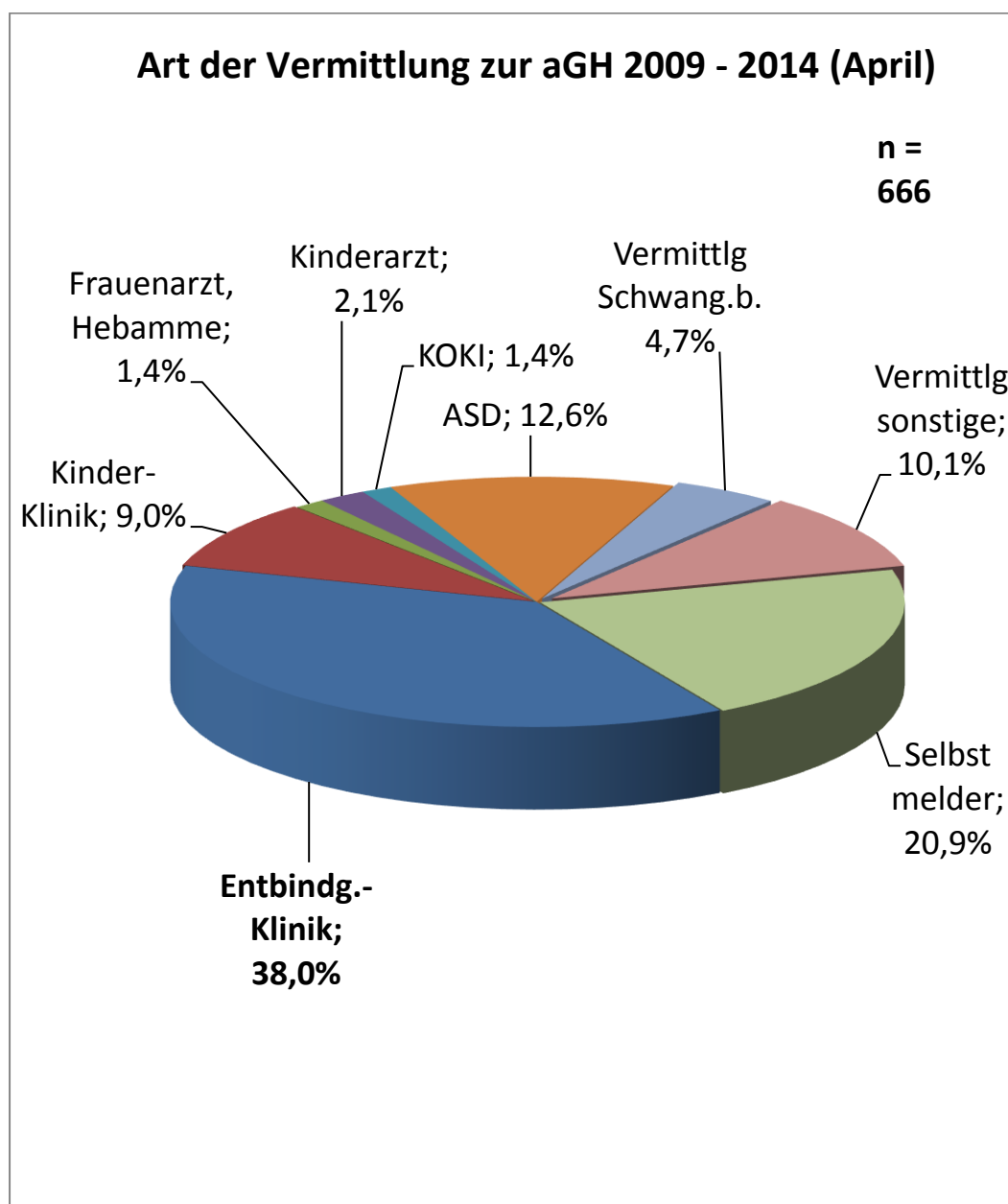
B. Daten zur aGH

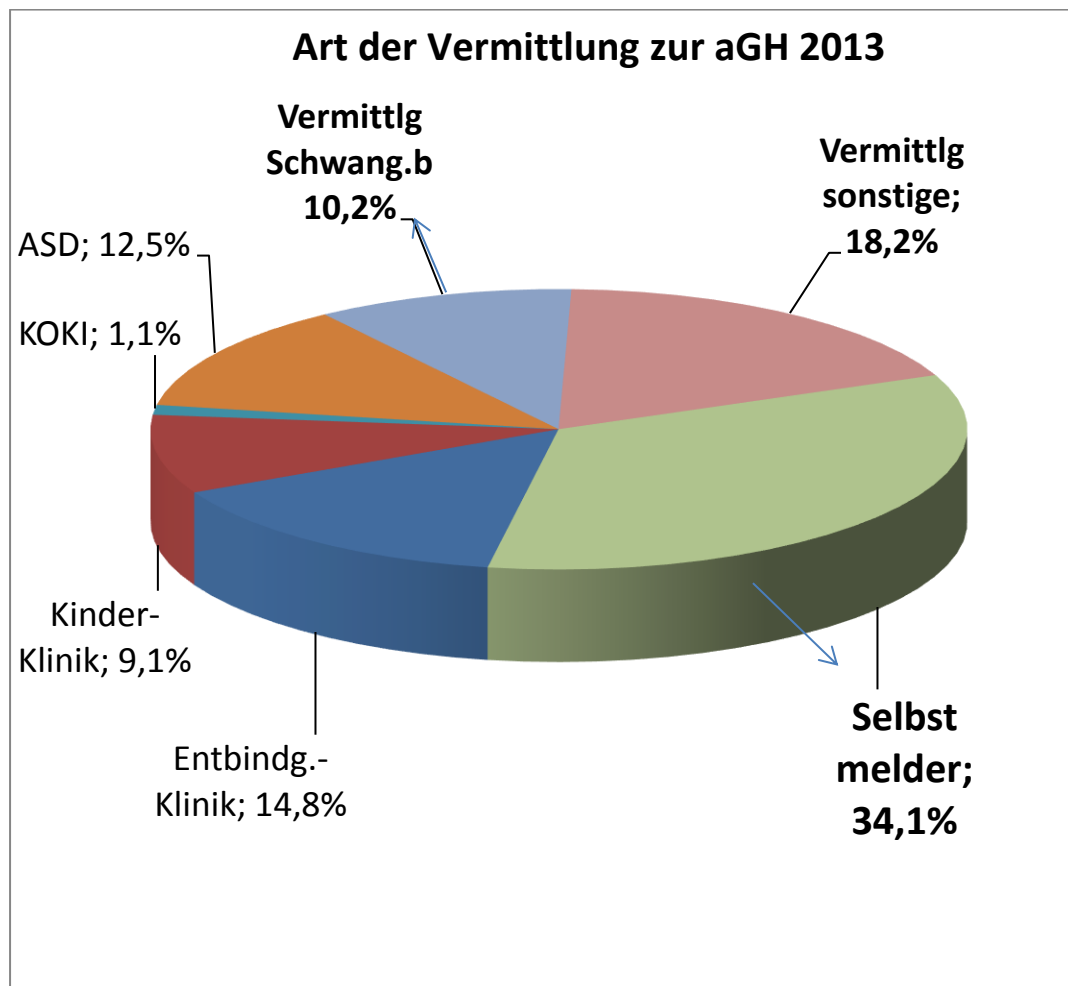
a. Fallzahlen seit 01.09.2009 bis 28.04.2014 und Neuzugänge im Jahr 2013

Seit September 2009 wurden der aGH insgesamt **666 Fälle** übermittelt (=akkumulierte Daten). Im Jahr **2013 wurden 88 Familien neu** aufgenommen. Diese Anzahl liegt weit unter der des Jahres 2012 (n=128), da einerseits nur noch in sehr begrenztem Umfang die Beschäftigung von Honorarkräften möglich, andererseits es aber auch nicht mehr verantwortbar war, dass die Mitarbeiterinnen der aGH im 4. Jahr nach Aufnahme des aGH-Dienstes weiterhin Mehrarbeitsstunden im bisherigen Umfang leisteten. Dem Bedarf an Unterstützung durch die aGH konnte in 2013 daher nur begrenzt begegnet werden.

b. Daten zur Übermittlung an die aGH

Zeitraum 01.09.2009 bis 30.04.2014





Ein Vergleich der Daten 2013 mit den kumulierten Daten zeigt, dass

- der Prozentsatz der über die Entbindungskliniken vermittelten Familien im letzten Jahr weiter 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 weiter reduziert werden mussten. Die Anzahl der Fälle gibt den Bedarf für die aGH somit nicht realistisch wieder. -- Insgesamt wurden bei den Präsenztagen in den Entbindungskliniken neben kurzen Informations- auch 16 intensive Beratungsgespräche geführt.
- die Vermittlungen über die Schwangerenberatungsstellen, über sonstige Vermittlungspartner wie gesetzliche Betreuer, Klabautermann, Sozialdienst/Haus für Frauen, Starterpaket, Kinderhaus Stapf etc. und die Zahl der Selbstmelder weiter zugenommen haben.

c. Daten zu den Familien

Ca. 15,5% der Mütter (bezogen auf den gesamten Tätigkeitszeitraum der aGH, hier ergeben sich über die Jahre keine Veränderungen) waren Alleinerziehende. 52% der Neuzugänge 2013 waren Jungen, 48% Mädchen.

Auch bei den Neuzugängen 2013 begann die Unterstützung durch die aGH am häufigsten **in den ersten 4 Wochen nach der Geburt**, 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.

Bezogen auf die Neuzugänge im Jahr 2013 unterstützte die aGH in **ca. 18 % der Fälle nach der Hebammennachsorge** sowie in **ca. 39 % parallel dazu** (wobei hier auch die Fälle erfasst sind, in denen nur eine kurze gemeinsame Betreuung zur Übergabe stattfand) . Nähere Angaben siehe nachfolgende Tabelle; diese Angaben entsprachen in etwa denen aus den Vorjahresberichten.

aGH im Anschluss an Hebamme		ca. 18%
Hebamme und aGH parallel	Elternwunsch	Ca. 25 %
	von externen Kräften empf.	Ca. 13 %
	von aGH empf.	Ca. 3%
	von Hebamme empfohlen	Ca. 1%
		Ca. 41%
aGH alleine in Familie	Ang. Hebamme nicht bekannt	Ca. 2%
	Hebamme nicht verfügbar	Ca. 14 %
	Wunsch d.Fam.	Ca. 11%
	wg. Alter d.Kind	Ca. 12 %
		Ca. 39%
Übermittlung aGH an Hebamme		Ca. 2%

Die aGH erreicht mit ihrem Angebot prinzipiell **Familien aller sozialen Schichten sowie mit und ohne Migrationshintergrund**.

Bei den durch die aGH unterstützten Familien ergibt sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in Deutschland eine Verschiebung hin zu Familien in sozial schwierigeren Verhältnissen (Prekariat ca. 44% im Vergleich zu 21%, unt. Mittelschicht ca. 32% im Vergleich zu 58% , Mittelschicht ca. 20% im Vergleich zu 19% und Oberschicht ca. 4% im Vergleich zu 2%).

Im Mittel hatten entsprechend des Anteils an der Nürnberger Bevölkerung knapp 60% der Eltern einen Migrationshintergrund.

d. Daten zu den Hausbesuchen

Durchschnittlich fielen im Zeitraum 01.09.2009 – 31.12.2013 **monatlich 43 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 5 Fällen bei über 25 Besuchen lag. Es zeigt sich über die Zeit eine geringfügige Erhöhung der Anzahl der Hausbesuche pro Familie.

2013 fielen insgesamt 724 Hausbesuche, 538 kurze (unter 10 min) sowie 127 längerdauernde (über 10 min) telefonische Beratungen der Familie sowie 154 Telefonate mit dem ASD oder der KoKI an.

Zusätzlich zu den fallbezogenen Aufgaben wurden im Jahr 2013 noch insgesamt 30 (2012: 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.

In ca. **40% lag die Dauer der Fallbetreuung bei 0-13 Tagen**, bei ca. 19% bei 31- 60 Tagen, bei ca. 14% bei 61-90 Tagen und bei insgesamt ca. 27 % bei über 3 Monaten bis 2 Jahren.

Ein Vergleich der Daten im Laufe der Jahre 2009- 2013 zeigt eine eindeutige **Tendenz zu höheren Anteilen bzgl. einer Betreuungsdauer von >3- 6 Monaten und <6 bis 12 Monaten**,, oft auch dadurch bedingt, dass eine Weiterbetreuung aufgrund der Geburt von Geschwisterkindern durchgeführt wird.

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

Die Fälle wurden 2013 wie in den Vorjahren grundsätzlich in 2 Kategorien eingeteilt:

1. Unkomplizierte Beratungsfälle, bei welchen d maximal drei Hausbesuche notwendig waren.
2. Langdauernde Fälle, welche häufigere Hausbesuche erforderlich machten und bei welchen der ASD oder weitere frühe (auch medizinische) Hilfen beteiligt waren oder wurden.

Ca. **56 (Vorbericht: 62%) gehörten 2013 zu den unkomplizierten, ca. 44 (Vorbericht:38%) zu den länger zu betreuenden Fällen**. Im Verlauf der Jahre zeigt sich eine eindeutige Verschiebung hin zu intensiver zu betreuenden Fällen, wobei die überwiegende Mehrzahl nach wie vor zu den unkomplizierten Fällen gehört. Inhaltlich ließen sich die Fälle zu ca. **46% einer rein medizinisch-pflegerischen, zu ca. 50% einer kombinierten medizinisch-pflegerischen /psychosozialen und zu unter 10% einer rein sozialen Problemlage** zuordnen. Diese Verteilung entspricht im Wesentlichen den Daten der Vorberichte.

Bei insgesamt **ca. 45% (in 2012: 35%)** wurde eine **Vernetzung** durchgeführt (abgeschlossene Fälle 2013) :

- Eltern- Kind- Gruppen ca. 46%
- Ehrenamtliche Unterstützung ca. 32%
- Soziale Beratung ca. 29%
- Elterntraining ca. 26%
- Weiterbehandelnde Ärzte ca. 22%
- Psychiatrische Untersuchung ca. 14%
- Erziehungsberatung ca. 12%
- SPFH und Schreiambulanz je ca. 10%

f. Daten zur Einbeziehung des ASD durch die aGH

Die kumulierten Daten zeigen bei insgesamt **22 Fällen eine aktuelle Zuziehung des ASD durch die aGH**. Soweit feststehend – in 338 Fällen -, war zu ca. 35 % die Familie dem ASD bereits bekannt, zu ca. 44% 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

Die Erfahrungen der letzten Jahre - siehe die regelmäßigen Berichte bzgl. der aGH im Gesundheitsausschuss der Jahre 2010, 2011, 2012, 2013 - zeigen, dass die aGH mit ihrem niederschweligen Konzept mit großem Erfolg - in enger Abstimmung mit der Sozialpädagogin der Koki - gearbeitet hat. Durch die jetzt- zumindest was die Ausstattung des Dienstes mit Kinderkrankenschwestern angeht- realisierte personelle Besetzung, die dem Beschluss aus 2008 entspricht, ist davon auszugehen, dass das Konzept realisiert und um wesentliche Bausteine wie die intensivierte Zusammenarbeit mit der Straßenambulanz und den Asylbewerberheimen erweitert werden kann.