
Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen

Auf einen Blick

- Das Angebot der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung besteht in 87,9 % der Kommunen. In fast allen Kommunen wird es von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen durchgeführt.
- Trotz der Ausweitung des Angebotes fehlen geschätzt 375,25 Vollzeitäquivalente für eine bedarfsgerechte Versorgung.
- Der Mangel an Fachkräften ist das größte Problem, aber auch fehlende finanzielle Mittel stellen ein Hindernis für den Ausbau dar.
- Koordinierungsstellen für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften wurden bundesweit etabliert und die Einführung von Instrumenten der Qualitätsentwicklung ausgeweitet.
- Bei der konzeptionellen Gestaltung des Übergangs von Frühen Hilfen zu weiterführenden Unterstützungsleistungen besteht Entwicklungsbedarf.

Hintergrund

Der Einsatz von Familienhebammen (FamHeb) und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern (FGKiKP) ist der zweite Förderschwerpunkt der Bundesinitiative Frühe Hilfen (BIFH). Diese Gesundheitsfachkräfte werden in den Frühen Hilfen vor allem in der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern (LaB) eingesetzt. Diese Schwerpunktsetzung basierte auf der Erkenntnis, dass die Unterstützung durch eine aufsuchende Gesundheitsfachkraft bei Eltern hochgradig akzeptiert ist und nicht als stigmatisierend erlebt wird. Ziel der BIFH ist die möglichst bundesweite bedarfsgerechte Versorgung mit diesem Angebot.

Datengrundlage

Im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der BIFH wurden die geförderten Kommunen in den Jahren 2013, 2014 und 2015 zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen befragt. Dabei wurden auch die eingesetzten Gesundheitsfachkräfte und die Verbreitung von Einsatzmodellen und Qualitätsmerkmalen statistisch erfasst. Die vorgestellten Werte beziehen sich (sofern nicht anders ausgewiesen) auf 555 Kommunen, die an der letzten Befragung im Jahr 2015 teilgenommen haben. Dies sind 95,9 % der Kommunen in Deutschland, die örtliche Träger der Kinder- und Jugendhilfe sind.

Angebote und Fachkräfteeinsatz

Die längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung von Familien mit Kindern bis drei Jahre wird in 87,9 % der Kommunen angeboten (2015). In fast allen Kommunen (86,1 %) sind bei diesem Angebot FamHeb und/oder FGKiKP im Einsatz. In 36,5 % der 488 Kommunen mit diesem Angebot werden die Fachkräfte von Ehrenamtlichen unterstützt.

Zum Stichtag 30.6.2015 waren bundesweit 2.149 Gesundheitsfachkräfte in der LaB tätig¹, davon waren 1.293 Hebammen mit Zusatzqualifikation FamHeb, 133 Hebammen ohne abgeschlossene Zusatzqualifikation, 365 FGKiKP und 286 GKIKP. Für 1.688 Gesundheitsfachkräfte wurde angegeben, mit welchem Stellenumfang sie in der LaB tätig sind. Aufsummiert ergaben diese Angaben bundesweit 470,6 Vollzeitäquivalente (40 Std./Woche). Etwas mehr als zwei Drittel der Fachkräfte sind freiberuflich tätig (69 %), fast ein Viertel angestellt (24,8 %), weitere 6,2 % waren sowohl freiberuflich als auch angestellt tätig.

Stand der Versorgung

Die Einschätzung der Versorgungslage mit Angeboten im Bereich der LaB im Rahmen der Frühen Hilfen fällt in den Kommunen sehr unterschiedlich aus. 53,2 % der befragten Kommunen gehen Mitte 2015 von einer Unterversorgung aus, annähernd 40 % von einer bedarfsgerechten Versorgung. 2013 lag sowohl der Anteil der Kommunen mit einer Unterversorgung als auch mit einer bedarfsgerechten Versorgung etwas unter den Werten von 2015. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass 2015 weit mehr Kommunen hierzu Angaben gemacht haben. Bei der Frage, wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ) für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigt werden, gab es zwischen 2013 und 2015 einen leichten Rückgang von 423,5 VZÄ (N=256) auf 375,25 VZÄ (Summe des bundesweit geschätzten Bedarfs). Bei der Interpretation dieser Angaben sind Effekte zu berücksichtigen, dass die im Zuge der Bundesinitiative Frühe Hilfen angestoßene Fachdiskussion zu einer Sensibilisierung für familiäre Bedarfslagen und zu einer Beschäftigung mit Zielgruppen geführt haben dürfte, denen bislang wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Dies führt tendenziell zu einer erhöhten Einschätzung des Bedarfs an qualifizierten Unterstützungsangeboten.

¹ Für 708 Fachkräfte liegt die Information vor, dass sie auch in anderen Kommunen tätig sind. Dementsprechend können diese Personen mehrfach erfasst worden sein.

Probleme bei der Angebotsausweitung

2013 wurde das Fehlen von Fachkräften als Haupthindernis für die Ausweitung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften genannt (61,1 % der Kommunen, N=458). Darauf folgten nicht ausreichende Mittel (50,5 %, N=442) und strukturelle Merkmale des Sozialraums, die zu weiten Fahrwegen führen (49,3 %, N=467). An dieser Problembeschreibung hat sich auch 2015 kaum etwas geändert (vgl. Tabelle 1).

TABELLE 1: Beurteilung von Problemen bei der Ausweitung des Einsatzes von Familienhebammen und FGKiKP

	2013	2015
Es sind nicht genügend Fachkräfte verfügbar	61,1	56,8
Die Mittel reichen nicht aus	50,5	51,8
Es bestehen weite Wege im Sozialraum	49,3	49,3
Unterschiedliche Erwartungen über die Höhe der Vergütung	50,7	33,3
Unterschiedliche Haltungen hinsichtlich des Auftrags	29,1	18,0
Die Qualifikation der vorhandenen Fachkräfte ist nicht ausreichend	17,1	7,0

Prozentwerte, Anteile der Kommunen mit Antworten 1 und 2 auf einer Skala von 1 („trifft voll und ganz zu“) bis 5 („trifft gar nicht zu“)

Vergleich 2013 (N=434–467) und 2015 (N=457–523). Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der BIFH

Andere Hindernisse konnten hingegen in vielen Kommunen mittlerweile beseitigt oder gemindert werden. Dies betrifft insbesondere Fragen der konkreten Ausgestaltung der Angebote, die zwischen Auftraggeber – in der Regel dem örtlichen Jugendamt – und den Fachkräften geklärt werden mussten. Deutlich wird auch, dass eine mangelnde Qualifikation der Fachkräfte kaum als Hindernis für den Einsatz der Gesundheitsfachkräfte gesehen wird. Dieser Effekt ist vor allem auf die intensiven Qualifizierungsmaßnahmen in den Bundesländern zurückzuführen.

Einbindung in die Netzwerke Frühe Hilfen

Trotz anfänglicher Verständigungsprobleme erfahren FamHeb² bei den für die Netzwerke Frühe Hilfen Verantwortlichen in den Kommunen eine hohe Wertschätzung. Dies zeigt

² Bei dieser Frage wurden FGKiKP im Fragebogen nicht ausgewiesen.

sich auch in der mittlerweile fast flächendeckenden Einbindung dieser Gesundheitsfachkräfte in die fallübergreifende Netzwerkarbeit. Sie sind in 88 % (n=380) der Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen vertreten.³ Dies ist der höchste Wert von Akteuren aus dem Gesundheitswesen. Bei der Beurteilung der Kooperationsqualität liegen sie mit einem Mittelwert von 1,5⁴ an der Spitze aller Akteure in den Kommunen – wie bereits 2013 (1,6).

Unterschiedliche Einsatzprofile

FamHeb und FGKiKP werden nicht nur in der LaB eingesetzt, einem sekundärpräventiven Angebot, das sich überwiegend an eher schwer erreichbare Familien in belastenden Lebenslagen richtet. Sie werden auch in primärpräventiven Angebotstypen tätig, wie bspw. im Rahmen von sogenannten Willkommensbesuchen. Diese wurden 2015 in 62,2 % (n=345) der erfassten Kommunen angeboten, in 16,2 % mit Gesundheitsfachkräften. Insgesamt – so ein Ergebnis der Befragung 2014 – werden in 91,7 % der befragten Kommunen FamHeb und FGKiKP in den unterschiedlichsten Angeboten im Bereich Frühe Hilfen eingesetzt. In 39,6 % der Kommunen sind sie jedoch (auch) im Bereich der Hilfen zur Erziehung tätig und damit an der Schnittstelle zu Maßnahmen zum Schutz bei Kindeswohlgefährdung. Dieser Befund verweist auf einen weit verbreiteten Bedarf zur konzeptionellen Klärung von jeweiligen spezifischen Rollen und Aufgaben der Gesundheitsfachkraft gegenüber den betreuten Familien und im Zusammenwirken mit anderen, insbesondere sozialpädagogischen Fachkräften im Jugendamt und im Rahmen ambulanter Erziehungshilfen. Dies gilt insbesondere, wenn im Prozess der Familienbegleitung im Rahmen der Frühen Hilfen der Hilfebedarf die Unterstützungsmöglichkeiten einer Gesundheitsfachkraft überschreitet. Wie der Übergang von Frühen Hilfen zu weiterführenden Unterstützungsangeboten vor Ort gestaltet wird, ist sehr unterschiedlich. In 78 % der befragten Kommunen, in denen Gesundheitsfachkräfte in der LaB eingesetzt werden, bleibt die Gesundheitsfachkraft in der Betreuung und wird durch eine zusätzliche sozialpädagogische Fachkraft un-

terstützt. In 70,3 % der Kommunen wird die Betreuung an die sozialpädagogische Fachkraft übergeben, in 13,8 % erfolgt die Übergabe an eine andere, in der Erziehungshilfe tätige Gesundheitsfachkraft. Auch wenn diese unterschiedlichen Kooperationsmodelle, die zudem parallel in den Kommunen praktiziert werden (Mehrfachnennungen), nur sehr grob die konzeptionellen Lösungen vor Ort widerspiegeln, geben diese Befunde Hinweise auf die bislang wenig standardisierte Gestaltung der Fallübergänge zwischen der LaB im Rahmen der Frühen Hilfen und den Hilfen zur Erziehung. Hinweise aus der Praxis verweisen zudem auf einen hohen Qualitätsentwicklungsbedarf in diesem Kooperationsfeld.

Verbreitung von Qualitätsmerkmalen

Neben der Ausweitung des Angebots der längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern ist es auch Ziel der Bundesinitiative Frühe Hilfen, dieses Angebot fachlich abzusichern und qualitativ weiterzuentwickeln. Die psychosoziale Unterstützung von Familien ist eine komplexe Aufgabe, für deren Erfüllung die Gesundheitsfachkraft eine professionelle fachliche Unterstützung und Möglichkeiten zum kollegialen Austausch und zur Reflexion benötigt. Zudem haben sich die Koordination des Einsatzes durch eine hauptamtliche Fachkraft sowie die Teameinbindung einzelner Fachkräfte als wichtige Qualitätsmerkmale erwiesen.

Bis Mitte 2015 wurden in 92,1 % der befragten Kommunen Koordinierungsstellen für den Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen etabliert. In nahezu zwei Drittel der Kommunen sind sie beim Jugendamt angesiedelt (65,7 %), in 13,1 % beim Gesundheitsamt und in 16,2 % bei einem freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe. In 60 % der Kommunen werden die Koordinierungsaufgaben für die Netzwerke und die für den Einsatz von FamHeb und FGKiKP von ein und derselben Stelle wahrgenommen. Das Aufgabenprofil der Koordinierungsstellen für Gesundheitsfachkräfte fällt bundesweit recht einheitlich aus. Zentrale Aufgaben sind die fachliche Begleitung und Beratung in der Fallarbeit (82,5 % der Koordinierungsstellen, N=511, Mehrfachantworten), die Koordination des Einsatzes auf der Einzelfallebene (79,3 %), die Einschätzung des Hilfebedarfs bei Familien (79,6 %) und die Begleitung und Beratung der Gesundheitsfachkraft bei Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung im Rahmen ihrer aufsuchenden Tätigkeit (75,7 %).

3 Bei den Angaben zur Einbeziehung von Akteuren in die fallübergreifende Netzwerkarbeit ist zu berücksichtigen, dass sich die Voraussetzungen bei den einzelnen Akteursgruppen sehr unterschiedlich gestalten können. So ist es entsprechend einfacher, bspw. die einzige Geburtsklinik des Landkreises in die Netzwerkarbeit einzubinden als 25 kinderärztliche Praxen. In der Kommunalbefragung konnte lediglich abgebildet werden, ob eine Akteursgruppe überhaupt im Netzwerk vertreten ist, und sei es nur mit einer einzelnen Person.

4 Mittelwerte auf einer fünfstufigen Skala von 1 („sehr zufrieden“) bis 5 („sehr unzufrieden“), bezogen auf Kommunen mit genau einem Netzwerk Frühe Hilfen.

Neben dem flächendeckenden Ausbau von Koordinierungsstellen zeigt sich im Vergleich der Erhebungen 2013 und 2015 eine anhaltende Verbreitung von Instrumenten der Qualitätsentwicklung (Tabelle 2).⁵

TABELLE 2: Instrumente der Qualitätsentwicklung für den Einsatz von Familienhebammen und FGKiKP

	2013	2015
Falldokumentation davon: Vorlage des NZFH	88,5 ./.	89,5 46,3
Fortbildungen	82,8	87,9
Fachberatung	81,6	82,6
Fallsupervision	69,8	79,5
Empfehlungen/Arbeitshilfen	62,9	77,6
Schriftliches Konzept für Einsatz	72,1	74,9
Einbindung in multiprofessionelles Team	75,0	68,8

Prozentwerte, Vergleich 2013 (N=348) und 2015 (N=478)

Quelle: Kommunalbefragung des NZFH im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der BIFH

Insgesamt gesehen konnten im Zuge der BIFH die längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung durch Gesundheitsfachkräfte deutschlandweit als zentrales Angebot der Frühen Hilfen etabliert und wichtige Grundlagen der Qualitätsentwicklung erarbeitet werden. Der Aufbau einer bedarfsgerechten Versorgung bleibt jedoch weiterhin ein Entwicklungsziel, ebenso wie die konzeptionelle Gestaltung des Übergangs von Frühen Hilfen zu weiterführenden Unterstützungsleistungen.

Weiterhin Entwicklungsbedarf

Der von den Kommunen eingeschätzte Entwicklungsbedarf im Förderbereich „Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich“ der BIFH ist zurückgegangen. 2013 äußerten 46,7 % der Kommunen einen hohen bis sehr hohen Entwicklungsbedarf, 2015 waren es 38,4 %. Der Anteil von Kommunen mit geringem oder keinem Entwicklungsbedarf ist von 16,4 % auf fast ein Viertel der Kommunen (24,3 %) gestiegen.

⁵ Der Rückgang beim Merkmal „Einbindung in multiprofessionelles Team“ geht wahrscheinlich auf eine Sensibilisierung des Feldes zurück, wann dieses Kriterium als erfüllt gelten kann.



Impressum

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI)
Maarweg 149-161, 50825 Köln
www.fruehehilfen.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Prof. Dr. Sabine Walper (DJI)

Autorinnen und Autoren:

Ernst-Uwe Küster, Christopher Pabst, Alexandra Sann

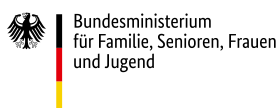
Stand:

1.2.2017

Zitierweise:

Küster, Ernst-Uwe/Pabst, Christopher/Sann, Alexandra (2017): Einsatz von Gesundheitsfachkräften in den Frühen Hilfen. Faktenblatt 7 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

Gefördert vom:



Träger:



In Kooperation mit:

