

# Familienbegleitende Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen

## Auf einen Blick

- Das Angebot der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien in den Frühen Hilfen (LaB) ist als Kernangebot der Frühen Hilfen deutschlandweit etabliert. Es bestand 2020 in nahezu allen Kommunen mit einem Jugendamt und wurde dort von Gesundheitsfachkräften durchgeführt.
- In mehr als drei Vierteln der Kommunen werden die Fachkräfte über die Bundesstiftung Frühe Hilfen (anteilig) gefördert.
- Der Einsatz von Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden ist mittlerweile ebenso weit verbreitet wie der von Familienhebammen.
- Im Vergleich zu 2015 ist der Anteil an Beschäftigungen im Angestelltenverhältnis um mehr als zehn Prozentpunkte gestiegen, insbesondere bei Familienhebammen (+ 13,8 Prozentpunkte).
- Der Mittelwert an Vollzeitäquivalenten pro Kommune ist in sieben Jahren kontinuierlich gestiegen von 0,92 (2013), über 1,03 (2015) und 1,19 (2017) auf 1,29 (2020).
- Nach wie vor fehlten deutschlandweit aber Ende 2020 geschätzt rund 217 Vollzeitäquivalente, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.
- Der Mangel an Fachkräften war das größte Hindernis für den weiteren Ausbau der LaB, aber auch fehlende finanzielle Mittel, vor allem in Ostdeutschland, stellten ein Hindernis dar.
- Wichtige Merkmale und Instrumente der Qualitätsentwicklung waren in mindestens drei Vierteln der Kommunen etabliert.
- Bei der Einbindung von Familien in die Ausgestaltung der Angebote bestand im Jahr 2020 fast überall Entwicklungsbedarf.

## Hintergrund

Familienhebammen (FamHeb) und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende (FGKiKP) sind Hebammen und Kinderkrankenpflegende mit einer Zusatzqualifikation, die sie für den Einsatz im Rahmen von Frühen Hilfen qualifiziert. Diese Gesundheitsfachkräfte werden in den Frühen Hilfen vor allem in der Längerfristigen aufsuchenden Betreuung und Begleitung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern (LaB) eingesetzt. Die Unterstützung durch eine aufsuchende Gesundheitsfachkraft erfährt eine hohe Akzeptanz bei Eltern und wird kaum als stigmatisierend empfunden [1]. Die Gesundheitsfachkräfte unterstützen Familien in belasteten Lebenslagen – wie zum Beispiel in Armutslagen oder bei körperlicher und psychischer Erkrankung – bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben und fördern die Kompetenzen der Eltern in der Versorgung und Erziehung ihrer Kinder. Je nach beruflicher Grundausbildung sind sie dabei mit unterschiedlichen Schwerpunkten tätig. Bei Bedarf vermitteln sie zudem Eltern in weiterführende Angebote. Auch Willkommensbesuche bei Familien mit Neugeborenen, Lotsendienste in Geburtskliniken oder Sprechstunden in Familienzentren werden in manchen Kommunen von FamHeb oder FGKiKP übernommen.

Der Einsatz von FamHeb und FGKiKP in der aufsuchenden Arbeit in Familien ist ein Förderungsschwerpunkt der Bundesstiftung Frühe Hilfen. Ziel der Bundesstiftung ist die möglichst bundesweite bedarfsgerechte Versorgung mit diesem Angebot. Mithilfe der NZFH-Kommunalbefragungen kann im Zuge des Monitorings Frühe Hilfen für alle Kommunen in Deutschland nachgezeichnet werden, wie die Verantwortlichen für Frühe Hilfen in den Jugendämtern den Stand des Ausbaus einschätzen.

## Datengrundlage

Die NZFH-Kommunalbefragungen sind seit 2013 wiederholte, standardisierte, online durchgeführte Vollbefragungen von Kommunen zum Stand des Auf- und Ausbaus der Frühen Hilfen in Deutschland [2]. Sie richten sich an alle Kommunen, die öffentliche Träger der Jugendhilfe sind (Jugendamtsbezirke) und von den Landeskoordinierungsstellen Frühe Hilfen als Empfänger von Mitteln der Bundesstiftung Frühe Hilfen übermittelt wurden.

Die zuletzt ausgewertete Erhebungswelle der NZFH-Kommunalbefragungen wurde im Frühjahr 2021 zum Stichtag 31.12.2020 durchgeführt. Es nahmen alle 570 übermittelten Kommunen teil. Der Online-Fragebogen [3] wurde größtenteils von den Netzwerkkoordinierenden im Bereich Frühe Hilfen ausgefüllt (94,6 %). Im Rahmen dieser Befragung wurden wie bei den vorhergehenden Kommunalbefragungen Struktur-, Qualitätsentwicklungs- und Versorgungsfragen zur LaB erfasst sowie erstmals seit 2015 auch wieder Personalangaben zu den in der LaB eingesetzten Gesundheitsfachkräften erhoben. Damit kann der längsschnittliche Vergleich zu diesen Themen, der für die Daten der Kommunalbefragungen 2013, 2015 und 2018 bereits vorliegt [2], mit Angaben aus der Befragung 2021 ergänzt werden. Bei der Analyse von regionalen Unterschieden wurde zwischen städtischen und ländlichen Räumen auf Basis der siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) unterschieden [4].

## Angebote und Fachkräfteeinsatz

Die LaB wurde 2020 in 97,0 % der Kommunen angeboten. In fast allen Kommunen (93,3 %) waren bei diesem Angebot FamHeb und/oder FGKiKP im Einsatz. Damit hat sich die flächendeckende Ausweitung dieses Angebots seit 2013 fortgesetzt. Wie in der Zielsetzung der Bundesstiftung formuliert, ist in der LaB der Einsatz dieser Gesundheitsfachkräfte der weit verbreitete Standard [5]. Jedoch ist die längerfristige aufsuchende Betreuung und Begleitung von Familien in den Frühen Hilfen kein Tätigkeitsfeld, das den Gesundheitsfachkräften vorbehalten ist. In 41,6 % (2015: 37,5 %) aller Kommunen wurden 2020 (auch) Sozial- bzw. Diplom-Pädagoginnen und -pädagogen eingesetzt, deren Einsatz in diesem Angebot jedoch nicht mit Mitteln der Bundesstiftung Frühe Hilfen gefördert wird.

Die Anzahl an eingesetzten Gesundheitsfachkräften kann mit den Daten der Kommunalbefragungen nicht genau bestimmt werden, da sie in mehreren Kommunen parallel tätig sein können. Daher liegen nur Angaben zu Beschäftigungsverhältnissen vor. Insgesamt 38,9 % (2015: 32,9 %) der Beschäftigungsverhältnisse entfielen auf Personen, die in mindestens einem weiteren Jugendamtsbezirk tätig waren.

Zum Stichtag 31.12.2020 gab es bundesweit 2.713 Beschäftigungsverhältnisse von Gesundheitsfachkräften in der LaB. Zu 2.655 von ihnen liegen genauere Informationen zur Qualifikation vor (siehe Tabelle 1). Es waren 1.098 FamHeb, 1.176 FGKiKP und 90 mit beiden Qualifikationen. Die übrigen 49 Beschäftigungsverhältnisse gehörten zu Personen mit anderen, nicht weiter konkretisierten Ausbildungsabschlüssen im Gesundheitswesen. Bei den nachfolgenden Ausführungen zur Personalstatistik ist zu berücksichtigen, dass jeweils auch Personen mitgezählt wurden, bei denen die Zusatzqualifikation noch nicht abgeschlossen war.

**Tabelle 1: Beschäftigungsverhältnisse von Gesundheitsfachkräften in der LaB**

	2015	2020
<b>Kommunen mit Angaben (N)</b>	<b>478</b>	<b>544</b>
<b>Anzahl Beschäftigungsverhältnisse Gesundheitsfachkräfte</b>	<b>2.149</b>	<b>2.713</b>
Davon:		
FamHeb	1.386	1.098
FGKiKP	606	1.176
FamHeb und FGKiKP	46	90
Abschluss in einem anderen Gesundheitsberuf	54	49
keine Angabe	57	300
<b>Beschäftigungsverhältnisse Gesundheitsfachkräfte pro Kommune</b>	<b>4,5</b>	<b>5,0</b>
<b>Vollzeitäquivalente Gesundheitsfachkräfte pro Kommune</b>	<b>1,03</b>	<b>1,29</b>

FamHeb und FGKiKP inklusive Personen, die noch in Weiterqualifikation sind. Vollzeitäquivalente nur für gültige Angaben, 2015: n = 459, 2020: n = 406.

Im Vergleich zu 2015 zeigt sich ein leichter Rückgang von Beschäftigungsverhältnissen mit FamHeb und ein deutlicher Anstieg mit FGKiKP, sodass ihr Wert nun etwas über dem für FamHeb liegt. Dabei ist ein großer Unterschied zwischen den Bundesländern festzustellen. Der Anteil an Beschäftigungsverhältnissen mit FamHeb reichte von 18,8 % in Bremen bis zu 73,3 % in Mecklenburg-Vorpommern, der Anteil an FGKiKP ist entsprechend gegensätzlich verteilt.

Für insgesamt 1.868 Beschäftigungsverhältnisse wurden auch Angaben zum Träger gemacht. Am häufigsten war mit 43,5 % das Jugendamt Träger (2015: 55,9 %), gefolgt von freien Trägern mit 31,0 % (2015: 22,6 %) und dem Gesundheitsamt mit 14,9 % (2015: 12,9 %). 10,6 % entfielen auf sonstige oder mehrere Träger (2015: 8,6 %). Im Vergleich zu 2015 zeigt sich der weiterhin große, wenn auch rückläufige Stellenwert der Jugendämter als wichtigster Beschäftigungsträger sowie die gewachsene Bedeutung von freien Trägern. Hierbei gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen FamHeb und FGKiKP.

Etwas weniger als zwei Drittel der Beschäftigungsverhältnisse wurden freiberuflich ausgeübt, über ein Drittel erfolgte im Angestelltenverhältnis, weitere 3,4 % sowohl freiberuflich als auch angestellt (siehe Tabelle 2). Im Vergleich zu 2015 wurden mehr Beschäftigungsverhältnisse angestellt ausgeübt (+ 10,6 Prozentpunkte), insbesondere von FamHeb (+ 13,8 Prozentpunkte). Auch bei FGKiKP waren mehr Beschäftigungsverhältnisse freiberuflich als angestellt, wenn auch nicht so deutlich wie bei den FamHeb.

**Tabelle 2: Beschäftigungsverhältnisse von Gesundheitsfachkräften nach Beschäftigungsart**

		2015	2020
<b>Angestellt</b>	<b>Gesamt</b>	<b>24,8</b>	<b>35,4</b>
	FamHeb	17,3	31,1
	FGKiKP	37,9	40,3
<b>Teils, teils</b>	<b>Gesamt</b>	<b>6,2</b>	<b>3,4</b>
	FamHeb	6,6	3,4
	FGKiKP	5,7	3,4
<b>Freiberuflich</b>	<b>Gesamt</b>	<b>69,0</b>	<b>61,2</b>
	FamHeb	75,6	65,5
	FGKiKP	56,2	56,3

Prozentwerte. Nur gültige Angaben. Gesamt Gesundheitsfachkräfte: 2015: n = 2.089, 2020: n = 2.414; davon FamHeb: 2015: n = 1.425, 2020: n = 1.158; FGKiKP: 2015: n = 651, 2020: n = 1.225.

Auffällig sind trägerspezifische Beschäftigungsmuster: Bei freiberuflichen Beschäftigungsverhältnissen überwog deutlich das Jugendamt mit 68,1 %, bei angestellten lag dieser Anteil lediglich bei 17,8 %. Andersherum lag bei Angestelltenverhältnissen der Anteil beim Gesundheitsamt Beschäftigter bei 25,8 %, bei Freiberuflichen bei nur 6,5 %. Freie Träger waren bei Beschäftigungen im Angestelltenverhältnis mit 47,0 % am häufigsten, bei freiberuflichen mit 17,4 % deutlich seltener. Damit erfolgten die meisten Festanstellungen über freie Träger und die meisten freiberuflichen Beschäftigungen über das Jugendamt.

Aus der Perspektive der Träger zeigen sich die Unterschiede nochmals deutlicher konturiert: In Jugendämtern überwogen mit 80,3 % deutlich freiberufliche Beschäftigungsverhältnisse (angestellt: 18,4 %, teils, teils: 1,4 %), in Gesundheitsämtern demgegenüber mit 77,0 % Anstellungen (freiberuflich: 21,9 %, teils, teils: 1,1 %), ebenso bei freien Trägern, bei denen 68,4 % der Beschäftigungsverhältnisse angestellt waren.

Im regionalen Vergleich zeigt sich, dass in kreisfreien Großstädten der Anteil an Beschäftigungen im Angestelltenverhältnis (60,9 %) besonders hoch war; ebenso überdurchschnittlich war hier die Bedeutung des Gesundheitsamtes als Träger (32,0 %), während von Jugendämtern getragene Beschäftigungen weit weniger verbreitet waren (20,0 %). Dadurch ergibt sich die Verteilung, dass Anstellungen häufiger in Gesundheitsämtern und in Großstädten erfolgen, während freiberufliche Beschäftigungen eher in Jugendämtern und in ländlichen Regionen erfolgen.

Besonders auffällig ist der höhere Umfang der geleisteten Arbeitsstunden bei angestellten Fachkräften, der mit durchschnittlich 18,8 Wochenstunden rund dreimal so hoch ausfällt wie der Beschäftigungsumfang freiberuflicher Fachkräfte mit durchschnittlich 5,5 wöchentlichen Arbeitsstunden. Es liegt nahe, dass die freiberuflich tätigen Gesundheitsfachkräfte ihre Arbeit in der LaB eher in Teilzeit ausüben. Dagegen hatte die Grundqualifikation keinen Einfluss: FamHeb leisteten 11,5 (2015: 10,8) und FGKiKP 11,8 (2015: 11,7) mittlere wöchentliche Arbeitsstunden. Insgesamt lag der Anteil an Beschäftigungsverhältnissen, die maximal zehn Wochenstunden umfassten, bei 60,3 % (2015: 66,2 %). Weitere 23,9 % (2015: 22,5 %) umfassten 11 bis einschließlich 20 Wochenstunden. Nur 15,8 % (2015: 11,3 %) der Fachkräfte arbeiteten mehr als 20 Wochenstunden. An dieser Verteilung hat sich seit 2015 kaum etwas verändert.

Zu 2.359 Beschäftigungsverhältnissen liegen auch Informationen zu ihrer Finanzierung vor. Sie erfolgte bei 37,1 % vollständig durch die Bundesstiftung und bei 40,3 % teilweise durch die Bundesstiftung. 22,6 % der Beschäftigungsverhältnisse waren 2020 ohne Bundesstiftung-Finanzierung. Dabei ergibt sich hinsichtlich der Beschäftigungsverhältnisse der Gesundheitsfachkräfte oder Träger kein eindeutiges Muster. Nicht nur bei der Finanzierung ergibt sich deutschlandweit ein heterogenes Bild, auch bei der Frage, welche Beschäftigungsart von Kommunen bevorzugt wurde. 33,7 % der Kommunen (n = 507) setzten nur angestellte Gesundheitsfachkräfte ein, 40,8 % nur freiberufliche und 25,5 % sowohl angestellte als auch freiberufliche. Dass es auch hierbei regionale Unterschiede gab, zeigt das Beispiel Nordrhein-Westfalen, das Bundesland mit den mit Abstand am meisten eingesetzten Gesundheitsfachkräften. Dort lag der Anteil von Kommunen mit nur angestellten Gesundheitsfachkräften bei 60,3 %, der Anteil mit nur freiberuflich tätigen bei 21,2 % (sowohl angestellte als auch freiberufliche: 18,5 %).

## Versorgungsstand

Für 406 Kommunen mit Gesundheitsfachkräften in der LaB wurde eine Angabe zu den durchschnittlich geleisteten Wochenstunden aller Gesundheitsfachkräfte gemacht. Aufsummiert ergaben sich bundesweit 521,9 Vollzeitäquivalente (VZÄ, 40 Std./Woche) in der LaB. Der Mittelwert an VZÄ pro Kommune ist in sieben Jahren kontinuierlich gestiegen von 0,92 (2013), über 1,03 (2015) und 1,19 (2017) auf 1,29 (2020).

Die Einschätzung, ob dieser Personaleinsatz für eine bedarfsgerechte Versorgung ausreicht, fiel in den Kommunen sehr unterschiedlich aus: 47,5 % (2017: 60,7 %) der befragten Kommunen (n = 524) gingen Ende 2020 von einer Unterversorgung aus, 52,3 % (2017: 39,3 %) von einer bedarfsgerechten

Versorgung und 0,2 % von einer Überversorgung. Damit ist der Anteil an Kommunen mit einer bedarfsgerechten Versorgung um 13 Prozentpunkte gestiegen und lag erstmals leicht höher als der Anteil unterversorgter Kommunen.

Bei der Einschätzung, wie viele zusätzliche VZÄ für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigt werden, gab es zwischen 2017 und 2020 einen deutlichen Rückgang von bundesweit insgesamt 461,0 VZÄ (n = 527) auf 217,3 VZÄ (n = 524; inklusive Hochrechnung fehlender Angaben). Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass Ende 2020 aufgrund der Corona-Pandemie erhebliche Kontaktbeschränkungen bestanden. Die Vermutung liegt nahe, dass auch aus Angst vor Ansteckungen seltener eine aufsuchende Fachkraft angefragt wurde und sich dies auf die benannten Bedarfe ausgewirkt hat [6].

Der Mangel an Fachkräften wurde von den Kommunen zunehmend als Haupthindernis für die Ausweitung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften genannt (siehe Tabelle 3). Dies gilt sowohl für eine generelle Unterversorgung mit Hebammen als auch bei speziell für Frühe Hilfen qualifizierten Fachkräften. 2020 wurde in den Kommunalbefragungen erstmalig hinsichtlich fehlender Fachkräfte getrennt nach FamHeb und FGKiKP gefragt. Hier zeigt sich, dass beide Gruppen betroffen sind, jedoch unterschiedlich weit verbreitet: FamHeb fehlten in zwei Dritteln der Kommunen, FGKiKP in knapp der Hälfte.

Weiterhin wurden nicht ausreichend zur Verfügung stehende Mittel und strukturelle Merkmale des Sozialraums (zum Beispiel lange Wegstrecken) nahezu unverändert von jeweils etwas mehr als der Hälfte der Kommunen als Hindernisse benannt.

Jedoch zeigten sich bei der Verbreitung von Problemen bei der Ausweitung des Einsatzes zum Teil deutliche regionale Unterschiede (nicht abgebildet): Während der Mangel an FamHeb deutschlandweit gleich verbreitet war, fehlten FGKiKP in Ostdeutschland häufiger (60,5 %) als in Westdeutschland (44,8 %). Besonders deutlich sind die Unterschiede bei der Unterfinanzierung des Angebots (Ost: 71,1 %, West: 42,6 %) und dem Problem weiter Wege im Sozialraum (Ost: 72,8 %, West: 51,4 %).

Andere Hindernisse waren unverändert weniger weit verbreitet. Dies betrifft insbesondere Fragen der konkreten Ausgestaltung der Angebote, die zwischen Auftraggeber und den Fachkräften geklärt werden mussten. Deutlich wird auch, dass eine mangelnde Qualifikation der Fachkräfte kaum als Hindernis für den Einsatz der Gesundheitsfachkräfte gesehen wurde.

**Tabelle 3: Beurteilung von Problemen bei der Ausweitung des Einsatzes von Gesundheitsfachkräften**

	2015	2017	2020
Es sind nicht genügend Gesundheitsfachkräfte verfügbar	56,8	62,1	n. e.
Es sind nicht genügend FamHeb verfügbar	n. e.	n. e.	66,1
Es sind nicht genügend FGKiKP verfügbar	n. e.	n. e.	47,2
Die finanziellen Mittel reichen nicht aus	51,8	50,2	47,2
Es bestehen weite Wege im Sozialraum	49,3	50,0	54,7
Unterschiedliche Erwartungen über Höhe der Vergütung	33,3	34,4	33,1
Unterschiedliche Haltungen hinsichtlich des Auftrags	18,0	14,1	12,0
Nicht genügend Plätze zur Weiterqualifizierung	n. e.	14,2	12,0
Qualifikation der Fachkräfte ist nicht ausreichend	7,0	8,0	6,4

n. e. = nicht erhoben. 2015 und 2017 wurde nicht zwischen der Unterversorgung mit FamHeb bzw. FGKiKP unterschieden. Anteile mit Antworten 1 und 2 auf einer fünfstufigen Skala von 1 = „trifft voll und ganz zu“ bis 5 = „trifft gar nicht zu“. Prozentwerte. N variiert: 2015: n = 457–523; 2017: n = 393–532; 2020: n = 375–521.

## Verbreitung von Qualitätsmerkmalen

Neben der Ausweitung der LaB mit Gesundheitsfachkräften ist es auch Ziel der Bundesstiftung, dieses Angebot fachlich abzusichern und qualitativ weiterzuentwickeln. Die psychosoziale Unterstützung von Familien ist eine komplexe Aufgabe, für deren Erfüllung Gesundheitsfachkräfte Möglichkeiten zur Fortbildung, zum kollegialen Austausch und zur Reflexion benötigen. Zudem haben sich die fachliche Unterstützung durch eine Koordination sowie die Einbindung einzelner Fachkräfte in ein multiprofessionelles Team als wichtige Qualitätsmerkmale erwiesen.

Die Einbindung in ein multiprofessionelles Team sehen 77,0 % der Kommunen vor. Bei der Zusammenführung dieser Angabe auf Ebene der Kommunen mit den Angaben aus der Personalstatistik zeigt sich, dass die Teameinbindung je nach Beschäftigungsart unterschiedlich weit verbreitet ist. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die für die gesamte Kommune getroffenen Angaben nicht auf alle dort beschäftigten Gesundheitsfachkräfte zutreffen müssen, falls es beispielsweise zeitgleich zwei Träger mit unterschiedlichen Konstellationen in der Kommune gibt. Freiberufliche Gesundheitsfachkräfte waren demnach seltener in multiprofessionelle Teams eingebunden als angestellte: Während eine solche Einbindung nur 73,7 % (2015: 64,5 %) der freiberuflichen Beschäftigungsverhältnisse zugeordnet werden konnte, wiesen 89,4 % (2015: 86,5 %) der Beschäftigten im Angestelltenverhältnis eine solche Einbindung auf. FamHeb (82,2 %) und FGKiKP (78,6 %) unterschieden sich diesbezüglich kaum. Auch der Träger hatte Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit der multiprofessionellen Einbindung: Beim Jugendamt beschäftigte Gesundheitsfachkräfte waren zu 77,6 % (2015: 60,8 %) in multiprofessionelle Teams eingebunden, bei der institutionellen Verortung am Gesundheitsamt waren es 91,4 % (2015: 85,2 %) und bei freien Trägern 88,4 % (2015: 80,7 %). Dies hängt vermutlich vor allem mit der unterschiedlichen Beschäftigungsart in den einzelnen Institutionen zusammen.



Bedeutsam für die Qualität der Angebote sind zudem spezifische Regelungen zur Sicherung des Kinderschutzes und Dokumentationen zur Unterstützung der Selbstevaluation. Entsprechende Qualitätsmerkmale und Instrumente der Qualitätsentwicklung waren seit 2015 in mindestens drei Vierteln der Kommunen etabliert, einige flächendeckend (siehe Tabelle 4). Verschriftlichte Regelungen zu Übergängen von der LaB zu intensiveren Hilfen, insbesondere zu Hilfen zur Erziehung, die 2020 erstmals erfasst wurden, waren weniger verbreitet. Hier besteht Weiterentwicklungsbedarf, ebenso bei der Fixierung des Aufgabenprofils der Koordinierungsstelle. Noch wenig verbreitet waren Instrumente und Verfahren zur Partizipation von Familien [7]. Lediglich 19,2 % der Kommunen erfassten die Zufriedenheit der betreuten Familien und nur 15,1 % der Kommunen wendeten Beschwerdeverfahren an, die Eltern bei Kritik nutzen können.

**Tabelle 4: Instrumente zur Qualitätsentwicklung (Auswahl)**

	2015	2017	2020
Koordinierungsstelle für Gesundheitsfachkräfte	95,7	96,5	n. e.
Regelung zum Vorgehen bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung	n. e.	n. e.	95,6
Falldokumentation durch die Gesundheitsfachkraft	89,5	92,2	93,2
Statistik zu den betreuten Familien	n. e.	n. e.	87,1
Fortbildungen für Gesundheitsfachkräfte	87,9	89,3	86,6
Führungszeugnis von Gesundheitsfachkräften gem. § 72a SGB VIII	n. e.	n. e.	85,1
Schriftliches Konzept für den Einsatz der Gesundheitsfachkräfte	74,9	79,7	78,8
Einbindung der Gesundheitsfachkräfte in multiprofessionelles Team	68,8	80,3	77,0
Fallsupervision für Gesundheitsfachkräfte	79,5	78,7	76,2
Regelung zur Gestaltung von Übergängen von der LaB zu intensiveren Hilfen	n. e.	n. e.	71,6
Rollen-/Aufgabenprofil der Koordination von Gesundheitsfachkräften	n. e.	n. e.	66,3
Bei Übergängen zu intensiveren Hilfen: Regelung zum Mitwirken der Gesundheitsfachkräfte bei Hilfeplangesprächen nach § 36 SGB VIII	n. e.	n. e.	58,9
Rückmeldebogen zur Erfassung der Zufriedenheit der betreuten Familien	n. e.	n. e.	19,2
Beschwerdeverfahren, die Eltern bei Kritik nutzen können, bzw. Ombudsstellen, an die sie sich wenden können	n. e.	n. e.	15,1

n. e. = nicht erhoben. Prozentwerte. 2015: n = 478; 2017: n = 488; 2020: n = 543.



## Entwicklungsbedarf und Schlussfolgerungen

Der von den Kommunen eingeschätzte allgemeine Entwicklungsbedarf beim Einsatz von Gesundheitsfachkräften im Kontext Früher Hilfen ist weiter zurückgegangen. 2013 äußerten 46,7 % der Kommunen einen hohen bis sehr hohen Entwicklungsbedarf, 2015 waren es 38,4 %, 2017 noch 36,3 % und 2020 schließlich 30,5 %. Der Anteil von Kommunen, die einen geringen oder keinen Entwicklungsbedarf angaben, ist im Gegenzug von 16,4 % (2013) auf 30,3 % (2020) kontinuierlich gestiegen.

Insgesamt gesehen ist die LaB als Kernangebot der Frühen Hilfen deutschlandweit etabliert. Zentrale Indikatoren aus der Personalstatistik zeigen einen weiter anhaltenden Ausbau seit 2013. Jedoch ist der Versorgungsstand zwischen Kommunen sehr unterschiedlich. Nur in der Hälfte der Kommunen kann bislang ein bedarfsgerechtes Angebot vorgehalten werden. Welchen Einfluss die Kontaktbeschränkungen aufgrund der Corona-Pandemie auf die Versorgungseinschätzung hatte, wird sich erst in zukünftigen Erhebungen zeigen. Der Mangel an zusätzlichen Finanzierungsquellen und Gesundheitsfachkräften sind die wichtigsten limitierenden Faktoren. Dass innerhalb von fünf Jahren der Anteil an Beschäftigungsverhältnissen mit FGKiKP verdoppelt werden konnte, ist als ein beachtlicher Erfolg zu werten und zeigt die besondere Agilität des Handlungsfeldes. Jedoch scheint auch dieser Personalpool nicht unbegrenzt zu sein. 47,2 % der Kommunen gaben an, dass nicht genügend FGKiKP verfügbar waren. Weiterhin auffällig sind starke regionale Disparitäten, insbesondere im Ost-West-Vergleich und bei den zur Verfügung stehenden Finanzmitteln.

Wichtige Instrumente der Qualitätsentwicklung sind ebenfalls weit verbreitet. Der größte Handlungsbedarf besteht bei der Einbindung von Familien in die Ausgestaltung der Angebote vor Ort. Dokumentationen der eigenen Arbeit und kommunale Statistiken zur Erfassung der betreuten Familien sind demgegenüber flächendeckend etabliert.

Nicht zuletzt bleibt der weitere Ausbau einer bedarfsgerechten Versorgung weiterhin ein Entwicklungsziel, ebenso wie die konzeptionelle Gestaltung des Übergangs von Frühen Hilfen zu weiterführenden Unterstützungs- und Hilfeleistungen.

## Literatur

- [1] Renner, Ilona / Scharmanski, Sara (2016): Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Hat sich ihr Einsatz bewährt? In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 59. Jg., H. 10, S. 1323–1331
- [2] Sann, Alexandra / Küster, Ernst-Uwe / Pabst, Christopher / Peterle, Christopher (2022): Entwicklung der Frühen Hilfen in Deutschland. Ergebnisse der NZFH-Kommunalbefragungen im Rahmen der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen (2013–2017). Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- [3] [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH-Kommunalbefragung-2021-Fragebogen-b.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH-Kommunalbefragung-2021-Fragebogen-b.pdf) (23.02.2023)
- [4] <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html> (23.02.2023)
- [5] Paul, Mechthild / Renner, Ilona (2014): Familienhebammen. In: Melzer, Wolfgang / Hermann, Dieter / Sandfuchs, Uwe / Schäfer, Mechthild / Schubarth, Wilfried / Daschner, Peter (Hrsg.): Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen. Bad Heilbrunn, S. 380–384
- [6] Peterle, Christopher / Küster, Ernst-Uwe (2023): Kommunale Frühe Hilfen während der Corona-Pandemie. Faktenblatt zu den NZFH-Kommunalbefragungen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- [7] Peterle, Christopher / Küster, Ernst-Uwe (2023): Partizipation von Familien in den Frühen Hilfen. Faktenblatt zu den NZFH-Kommunalbefragungen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

## 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  
<https://www.fruehehilfen.de>

### Verantwortlich für den Inhalt

Prof. Dr. Sabine Walper (DJI)

### Autorin und Autoren

Susanne Ulrich, Christopher Peterle, Ernst-Uwe Küster, NZFH, DJI

### Stand

12.05.2023

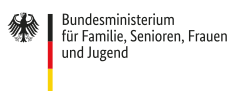
### Artikelnummer

D81000258

### Zitierweise

Ulrich, Susanne M. / Peterle, Christopher / Küster, Ernst-Uwe (2023): Familienbegleitende Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen. Faktenblatt zu den NZFH-Kommunalbefragungen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln  
<https://doi.org/10.17623/NZFH:FBKBGfK>

Gefördert vom:



Träger:



In Kooperation mit:

