

Telefon: 0 233-49992 (S-II-E)
Telefax: 0 233-49630 (S-II-E)
Telefon: 0 233-47763 (RGU-GVO1)
Telefax: 0 233-47903 (RGU-GVO1)

Sozialreferat
Stadtjugendamt
S-II-E

**Referat für Gesundheit
und Umwelt**
Gesundheitsförderung von
Anfang an
RGU-GVO1

**Frühe Hilfen: Ausweitung der Frühen Hilfen als
stadtweites Angebot; Erweiterung der Frühen
Hilfen für Familien in verdichteten Wohnformen**
(Eckdatenbeschluss Haushalt 2019 Nr. 5 Sozialreferat
und Nr. 6 Referat für Gesundheit und Umwelt)

**Beschluss über die Finanzierung ab dem Jahr 2019
Änderung des Mehrjahresinvestitionsprogramms 2018 - 2022**

Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 12796

3 Anlagen

**Beschluss des Kinder- und Jugendhilfeausschusses, des Sozialausschusses und
des Gesundheitsausschusses in der gemeinsamen Sitzung vom 09.10.2018 (VB)**
Öffentliche Sitzung

I. Vortrag der Referentinnen

Mit einstimmigem Beschluss entschied sich die Vollversammlung des Münchner Stadtrates am 19.12.2007 für das „Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien“ (Vorl. Nr. 02-08 / V 10652) und traf damit eine richtungsweisende und in der Bundesrepublik viel beachtete Entscheidung. Seither wurde das Münchner Modell der Frühen Hilfen erfolgreich etabliert und umgesetzt. In tausenden Familien konnten Risiken für das Kindeswohl frühzeitig erkannt und passgenaue Hilfen eingeleitet werden.

Seit dem Stadtratsbeschluss vor zehn Jahren haben sich aber die Anforderungen an die Frühen Hilfen in quantitativer und qualitativer Hinsicht verändert. „Kein Kind fällt durchs Netz“ - wenn dieses Ziel weiterhin gelten soll, müssen die Kapazitäten des Münchner Modells der Frühen Hilfen deutlich aufgestockt werden. Mit dieser Beschlussvorlage wird insbesondere auf den soziodemographischen Wandel und die Zunahme der Anzahl der in München lebenden Kinder unter drei Jahren reagiert.

In Ziffer 1 wird unter anderem der Erfolg des „Münchner Modells der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien“ mit Erkenntnissen aus wissenschaftlich erfolgten Evaluationsuntersuchungen belegt, sowie die aktuellen Fallzahlenentwicklung dargestellt.

In Ziffer 2 werden die o.g. Entwicklungen und Herausforderungen beschrieben, sowie die daraus resultierenden Konsequenzen dargestellt und die notwendigen Maßnahmen zur

Anpassung auf veränderte Bedarfe formuliert.

In Ziffer 3 wird die notwendige Finanzierung dargestellt.

1. Problemstellung/Anlass

1.1 Ausgangslage

Anlässlich der schweren Misshandlung eines Kleinkindes durch seine alkoholisierte Mutter wurde das Sozialreferat/Stadtjugendamt in der Sitzung des Kinder- und Jugendhilfeausschuss am 07.11.2006 beauftragt (Vorl. Nr. 02-08 / V 09016), die Zusammenarbeit mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) zu intensivieren, um die Prävention von Kindeswohlgefährdungen zu verstärken.

Gemeinsam entwickelten beide Referate das „Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien“, welches in der Vollversammlung des Stadtrates am 19. Dezember 2007¹ einstimmig beschlossen wurde, eineinhalb Jahre vor der Einführung des Konzepts der Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi – Netzwerk frühe Kindheit) in Bayern. Die Umsetzung des Münchner Modells der Frühen Hilfen startete am 17.11.2008. Es basiert auf der engen verbindlichen Zusammenarbeit zwischen dem Sozialreferat/Stadtjugendamt und dem Referat für Gesundheit und Umwelt mit jeweils festgelegten Rollen.

Bereits seit zehn Jahren wird in München der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) konsequent in die Frühen Hilfen einbezogen. Dies entspricht nach den Erfahrungen der letzten Jahre einer aktuellen Forderung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und fand Eingang in das neue Bundeskinderschutzgesetz.

Mit dem Ziel: „Kein Kind fällt durchs Netz“ sichert das Münchner Modell der Frühen Hilfen eine verbindliche Kooperationsstruktur in einer Prozesskette aus Wahrnehmen – Vermitteln – Unterstützen. Mit zeitnahen, niederschweligen und passgenauen Hilfen für die Familien dient es sowohl der primären und als auch der sekundären Prävention und ist damit ein grundlegender Beitrag zum Kinderschutz.

Auch bezogen auf die Frühen Hilfen stehen RGU, Sozialreferat und die einbezogenen freien Träger der Kinder und Jugendhilfe im Austausch mit ihren jeweiligen Bezugssystemen, so dass ein umfassendes Netzwerk von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe entsteht.

1.2 Rechtliche Grundlagen

Die Frühen Hilfen sind eine dauerhafte, bürgernahe Pflichtaufgabe.

Die rechtlichen Grundlagen der Frühen Hilfen sind innerhalb internationaler, nationaler

¹ gemeinsame Sitzung von Kinder- und Jugendhilfeausschuss, Sozialausschuss und Gesundheitsausschuss am 04.12.2007, Vollversammlung am 19.12.2007 (Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 10652).

und landesrechtlicher Rahmenbedingungen angesiedelt. So bilden Artikel 19 der UN-Kinderrechtskonvention (Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung, Verwahrlosung) sowie Artikel 6 Abs. 2 und 3 des Grundgesetzes (Elternverantwortung, staatliches Wächteramt) das rechtliche Gerüst.

Der aufsuchende Beratungs- und Unterstützungsauftrag der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des RGU gründet auf den Artikeln 9 (Gesundheitsförderung und Prävention), 13 (Gesundheitliche Aufklärung und Beratung) und 14 (Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen) des Bayerischen Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes (GDVG).

Am 1. Januar 2012 trat das neue Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) in Kraft. Darin enthalten im Artikel 1 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) ist die Pflicht zur Information der Eltern über die Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren (§ 2 Abs. 1 und 2 KKG) und die Etablierung der Bundesinitiative Frühe Hilfen (§ 3 Abs. 4 KKG). Durch die Bundesinitiative sollen die bereits bestehenden Aktivitäten von Ländern und Kommunen zum Aufbau verbindlicher Netzwerke Frühe Hilfen und zur Einbindung von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich in diese Netzwerke ergänzt werden. Grundlage hierzu ist die Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern, die seit 1. Juli 2012 gilt.

Nach dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) ist die staatliche Gemeinschaft gehalten, Eltern ausreichend bei der Ausübung ihrer Erziehungsverantwortung zu unterstützen (§ 1 Abs. 3 KKG). Bezogen auf Frühe Hilfen bedeutet dies, dass Mütter und Väter schon frühzeitig Unterstützung bekommen sollen, indem ihnen Anleitung und Hilfestellung beim Aufbau der Beziehung zum Kind und bei der Versorgung des Säuglings bedarfsgerecht angeboten werden. Frühe Hilfen sollen dadurch präventiv dazu beitragen, Risiken für die Entwicklung des Kindes zu erkennen und zu vermeiden, sowie Sicherheit, Förderung und Bildung des Kindes und seiner Eltern zu unterstützen.

Im Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) werden die Aufgaben und Leistungen definiert, welche die öffentlichen und freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe zur Umsetzung der oben genannten Grundrechte zur Verfügung stellen. In Umsetzung des gesetzlichen Auftrags ist das Programm Frühe Hilfen in § 16 Abs. 3 SGB VIII angelegt, der besagt, dass Müttern und Vätern sowie schwangeren Frauen und werdenden Vätern Beratung und Hilfe in Fragen der Partnerschaft und des Aufbaus elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen angeboten werden sollen.²

1.3 Frühe Hilfen als primäre und sekundäre Prävention

Der Kerngedanke der Frühen Hilfen als ein soziales Frühwarnsystem besteht darin,

² LEITBILD FRÜHE HILFEN, BEITRAG DES NZFH-BEIRATS KOMPAKT, (Hrsg): Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), Beiratssitzung vom 02.04.2014, Auflage vom 25.07.2016, S. 6-7.

bereits im Vorfeld sich anbahnende Krisen anhand von Warnsignalen und Risikomerkmale zu erkennen und rechtzeitig passgenaue Hilfe und Unterstützung für Kinder und deren Familien anzubieten, um akute und lebensbedrohliche Gefährdungslagen möglichst zu verhindern.

Gerade in der labilen und vulnerablen Phase nach der Geburt spüren Eltern ihre Unsicherheiten und Unterstützungsbedarfe oft sehr stark und sind besonders motiviert, das Richtige für ihr Kind und sich selbst zu tun. In dieser Phase ist es wichtig, sie nicht mit evtl. psychosozialen Belastungen und Risiken alleine zu lassen.

Anders als Hilfen zur Erziehung, die in der Regel später zum Einsatz kommen, richten sich Frühe Hilfen vorrangig an schwangere Frauen, werdende Eltern und an Familien mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren, deren Lebenslagen durch hohe Belastungen gekennzeichnet sind. Diese Belastungen bergen ein erhebliches Risiko für Vernachlässigung und Misshandlung der Kinder. Säuglinge und Kleinkinder sind existenziell auf erwachsene Bezugspersonen angewiesen. Besonders in der frühen Kindheit können Nichtwissen, Überforderung oder die nicht ausgeprägten Fähigkeiten, angemessen auf die Bedürfnisse eines Kindes einzugehen, lebensbedrohlich sein (z.B. mangelnde Versorgung mit Flüssigkeit und Nahrung, invasives Füttern, Misshandlungen).

Ein gravierendes Beispiel für Nichtwissen und somit Aufklärungsbedarf zeigt eine bundesweite Repräsentativbefragung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen zu Schütteltrauma und Babyschreien³.

Die Diagnose Schütteltrauma wird in deutschen Kliniken ca. 100 - 200 mal im Jahr gestellt (Dunkelziffer vermutlich hoch). Lang-anhaltendes Babyschreien gilt als Hauptauslöser für gewaltsames Schütteln, aber 42% der Befragten ist der Begriff "Schütteltrauma" unbekannt, 24% der Befragten (21% mit Kindern im Haushalt) unterschätzen die Gefahr des Schüttelns, nur 39% der Befragten wissen, dass längeres, scheinbar grundloses Schreien in den ersten Lebensmonaten Teil der Entwicklung ist und 18% der Befragten stimmen der Frage zu, dass Babys manchmal nur schreien, um zu ärgern. Die Unkenntnis zum Thema Schütteltrauma und (Umgang mit) Babyschreien ist weit verbreitet, tritt aber häufiger auf bei jüngeren Befragten, bei Befragten mit niedrigem Einkommen, niedriger Bildung sowie mit Migrationshintergrund.

Die Stärkung der Gesundheitskompetenz⁴ und die Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen, gemessen an der Feinfühligkeit im Umgang mit dem Kind, sind wichtige Schritte in der Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung. Durch die

³ Faktenblatt zum Schütteltrauma, Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg), 17.11.2017, S. 1ff.

⁴ Robert Koch Institut: Gesundheitskompetenz (Health Literacy). Die Fähigkeiten und Fertigkeiten, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und für gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden, werden als „Gesundheitskompetenz“ bezeichnet, international wird von „Health Literacy“ gesprochen. Hierbei geht es nicht nur um Lese- und Schreibfähigkeit, sondern auch um Wissen, Motivation und Kompetenzen, um sich im Alltag über das Gesundheitswesen, die Krankheitsprävention und die Gesundheitsförderung eine Meinung zu bilden und Entscheidungen zu treffen, die die Lebensqualität im Lebensverlauf erhalten oder verbessern. RKI - Gesundheit A-Z - Allgemeines, Stand 01.09.2015, https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/GesKompetenz/Inhalt/gesundheitskompetenz_inhalt.html

systematische Früherkennung von Risikofaktoren und das Angebot der Frühen Hilfen mit verbindlichen passgenauen Interventionen wird eine gezielte Prävention von Vernachlässigung und Misshandlung erreicht. Die Initiierung einer Frühen Hilfe orientiert sich an den Risiken für die (drohende) Vernachlässigung von Kindern, im Gegensatz zu Hilfen, die konkret bestehende Erziehungsdefizite nach § 27 SGB VIII oder bereits eine eintretende Gefährdung nach § 8a SGB VIII voraussetzen.

In der Studie des Deutschen Jugendinstituts (DJI) wird von einer Längsschnittstudie in den USA über das Zusammenwirken mehrerer Risikofaktoren berichtet. In der Gruppe der Familien mit drei oder mehr Risikofaktoren, die 13% der untersuchten Eltern mit einem neugeborenen Kind umfasst, ereigneten sich etwas mehr als 50% aller bekannt gewordenen Gefährdungseignisse in den ersten drei Lebensjahren der Kinder. „Diese und ähnliche Befunde haben zu der Einschätzung geführt, durch gezielte Hilfsangebote an Familien mit vielen Risiken könnte ein relativ hoher Anteil an Vernachlässigungsfällen verhindert oder einer Chronifizierung der Vernachlässigung vorgebeugt werden.“⁵

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine bundesweite repräsentative Studie zur Verteilung von Belastungsfaktoren in Familien mit 0- bis 3-jährigen Kindern und zur Inanspruchnahme von psychosozialen Angeboten. In dieser Studie wurden die Eltern gefragt, ob ihr Kind jemals von einem Erwachsenen (nicht zwingend den Eltern) "körperlich verletzt oder geschüttelt" (Säugling) wurde, oder ob es schon einmal vorkam, dass ein Erwachsener sich "nicht ausreichend um das Kind gekümmert" habe. Die Ergebnisse zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eines dieser Items bejaht wurde, ansteigt, je mehr Risikofaktoren hinsichtlich psychosozialer Faktoren in der jeweiligen Familie auftreten. Bei Familien ohne Risikofaktoren liegt die Prävalenz je nach Alter zwischen 0,4 und 2,1%. Ein besonders großer Sprung der Prävalenz von Gewalt und Vernachlässigung in Familien wurde zwischen dem Vorliegen von drei Risikofaktoren zu vier oder mehr Risikofaktoren in Familien mit Kindern unter zwei Jahren festgestellt⁶ (s. Abb.1).

5 DJI- Abschlussbericht Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und soziales Frühwarnsystemen in den Bundesländern, (Hrsg): DJI, 18.01.2007, S.20

6 <https://www.fruehehilfen.de/forschung/praevaenz-und-versorgungsforschung/hauptstudie/?L=> (20.09.2017)

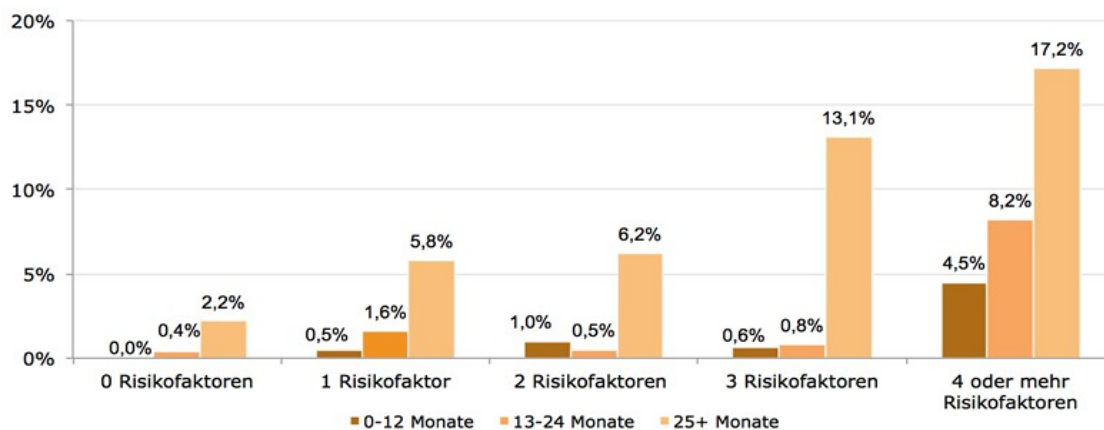


Abb. 1: Zusammenhänge der Anzahl von Risikofaktoren mit dem Vorkommen von Gewalt und Vernachlässigung; nach Alter (N = 8063); Quelle: <https://www.fruehehilfen.de/forschung/praevalenz-und-versorgungsforschung/hauptstudie/?L=> (20.09.2017)

1.4 Münchner Modell der Frühen Hilfen – ein Erfolgsmodell

Das verbindliche Zusammenwirken des Gesundheits- und Sozialbereichs hat sich bewährt. Die Ziele "Kein Kind fällt durchs Netz" und das Angebot passgenauer Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien können weiterhin erreicht werden, sofern die Personalausstattung mit dem soziodemographischen Wandel Schritt hält.

Die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des RGU suchen Familien mit erhöhten gesundheitlichen Beratungs- und Unterstützungsbedarfen auf und erreichen damit ca. 30% der Familien mit Neugeborenen. Dadurch gelingt ihnen gleichzeitig der Zugang zu den Familien mit besonderen Risiken und Belastungen für die Entwicklung des Kindes (s. Ziffer 1.4.2, Abb. 2).

1.4.1 Ergebnisse der Evaluation

Die detaillierten Ergebnisse der Evaluation wurden dem Stadtrat in einer gemeinsamen Sitzung des Kinder- und Jugendhilfeausschusses, des Sozialausschusses und des Gesundheitsausschusses am 11.01.2011 vorgestellt⁷. In der Evaluation des Münchner Modells der Frühen Hilfen konnte die Wirksamkeit der Frühen Hilfen und die Zufriedenheit der Eltern belegt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass es gelang, die Zielgruppe - Familien mit hohen psychosozialen Belastungen - tatsächlich zu erreichen, wobei es sich bei ca. 90% um Familien mit Mehrfachproblemen handelte. Die Familien reagierten offen und vertrauensvoll und mit hoher Akzeptanz gegenüber dem Frühen-Hilfen-Angebot. Die aktuellen Erfahrungen aus der Praxis bestätigen die Ergebnisse hinsichtlich der Art der Belastungsfaktoren und der Erreichbarkeit der Familien. Allerdings zeigt sich eine deutliche Steigerung von multifaktoriellen Belastungen in den Familien.

⁷ Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien; Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation; Beschluss der Kinder- und Jugendhilfeausschusses, des Sozialausschusses und des Gesundheitsausschusses in der gemeinsamen Sitzung vom 11.01.2011; Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 04876; S.17 ff

Im Rahmen der Evaluation des „Münchener Modells der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien“ durch das Helmholtz Zentrum München und die Universität Ulm konnten in der Zeit von Februar 2009 bis Februar 2010 in die Datenerhebung 686 Familien einbezogen werden⁸. Untersucht wurden die Bereiche „Bedarfserkennung und Vermittlungsverlauf im gesundheitlichen Bereich“, „Qualität der Frühen Hilfen und der Fallbearbeitung durch die Fachkräfte“, die „Qualität der regionalen Netzwerke“ und die „Zufriedenheit der Eltern“. Die Evaluation bewertet das Münchener Modell der Frühen Hilfen als erfolgreich. Dies bezieht sich sowohl auf die individuell angepassten und interdisziplinär angelegten Hilfen, die Förderung elterlicher Erziehungs- und Beziehungskompetenzen, die Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus der Familien als auch auf die Reduktion von Risikoindikatoren für eine mögliche Kindeswohlgefährdung.⁹

Durch das Münchener Modell der Frühen Hilfen – mit seiner verbindlichen Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialbereich – ist es gelungen, Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, die unter erhöhten psychosozialen Belastungen leben, frühzeitig zu erkennen und erfolgreich in die Frühen Hilfen zu vermitteln, in denen sie die jeweils individuell erforderliche Unterstützung erhielten.

Die Besonderheit und der Erfolg der Frühen Hilfen bestanden in der Verbindung von (psycho-)sozialen Entlastungsmaßnahmen für die Eltern mit einem kontinuierlichen Fokus auf der Interaktion von Mutter/ Vater und Kind.

Die meisten Familien mit Frühe-Hilfen-Bedarf hatten Mehrfachprobleme: Auf knapp 90% der Familien trafen mindestens drei oder mehr der 28 Indikatoren für psychosoziale Belastungen zu. Die häufigsten Belastungsfaktoren waren: Überlastung der Eltern (65%), Armut (41%) und fehlende soziale Unterstützung (41%), Isolation (40%) und Arbeitslosigkeit (34%).

Weitere Merkmale der Familien mit Frühe-Hilfen-Bedarf:

- 40 % der Familien hatten Kinder in geringem Altersabstand bzw. Mehrlinge;
- 28% der Mütter waren alleinerziehend;
- knapp 70% der Familien hatten einen Migrationshintergrund¹⁰.

1.4.2 Positive, bewährte Aspekte des Münchener Modells der Frühen Hilfen Feste Kooperationsbeziehungen

Sowohl auf der Steuerungs- wie auch auf der operativen Ebene sind die Rollen der einzelnen Akteurinnen und Akteure im System der Frühen Hilfen definiert und die

⁸ Münchener Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien; Abschlussbericht der Evaluation im Sozialbereich; (Hrsg): Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, September 2010, S. 22

⁹ Münchener Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien; Abschlussbericht der Evaluation im Sozialbereich; (Hrsg): Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm, September 2010; S. 44

¹⁰ Münchener Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien; Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation; Beschluss der Kinder- und Jugendhilfeausschusses, des Sozialausschusses und des Gesundheitsausschusses in der gemeinsamen Sitzung vom 11.01.2011; Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 04876; S. 7

Kooperationsbeziehungen auf allen fachlichen Ebenen verbindlich etabliert. Die komplementäre Fachlichkeit, das gemeinsame Wirken der gesundheitlichen und psychosozialen Bereiche ermöglichen ein ganzheitliches Arbeiten mit den Familien. So wird die Forderung des Bundeskinderschutzgesetzes nach verbindlichen Netzwerkstrukturen im präventiven Bereich erfolgreich umgesetzt.

Standardisierte Zugangswege

Die erste Kontaktaufnahme zu den Familien mit Säuglingen und Kleinkindern erfolgt immer durch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des RGU. Deren Zugangswege sind das proaktive Angebot der Hausbesuche in Schwerpunktadressen (erfahrungsgemäß erhöhter Beratungs- und Unterstützungsbedarf), Familien, die den Hausbesuch selbst anfordern und Vermittlungen der Akteure des Gesundheitswesens (wie Entbindungskliniken, Kinderkliniken, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte) und Bezirkssozialarbeit, Stadtjugendamt, Asylsozialdienste, u.a. (s. Abb. 2)

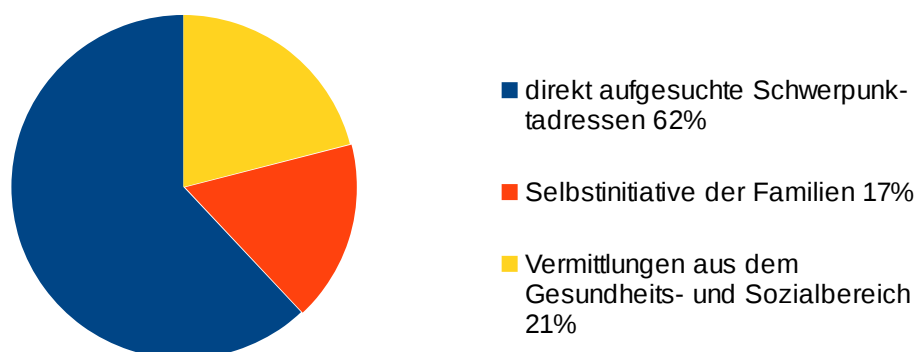


Abb. 2: Zugangswege der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des RGU (Quelle: Hausbesuchsstatistik 2017; N = 3864)

Im Rahmen der aufsuchenden gesundheitlichen Beratung identifizieren die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des RGU den Bedarf einer Familie an Frühen Hilfen aufgrund festgelegter Kriterien. Diese beziehen sich auf das Kind (z.B. stundenlanges Schreien), auf die Eltern (z.B. Schwierigkeiten beim Erkennen der Bedürfnisse des Kindes) und auf die soziale Situation der Familie (z.B. Armut). Bei bestehender Indikation und Einverständnis der Familie erfolgt die Vermittlung an die Teilregionsleitung Frühe Hilfen/Koordinierende Kinderschutzstelle (TRL-Frühe Hilfen/KoKi) im Sozialbürgerhaus, die ihrerseits die qualifizierten Fachkräfte der freien Träger der Frühen Hilfen oder des stadt eigenen Anbieters der Frühen Hilfen beauftragt, die Hilfe in der Familie verbindlich zu übernehmen. Den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des RGU gelingt es, die Indikation für Frühe Hilfen einheitlich und zuverlässig zu stellen und die Mehrheit der betroffenen Familien (ca. 80%) erfolgreich für deren Annahme zu motivieren. Besteht ein gesundheitlicher Beratungsbedarf, begleiten die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen die Familie weiter. (s. Abb. 3)

Erweiterung der Frühen Hilfen auf den vorgeburtlichen Bereich

Bereits vorgeburtlich haben viele werdende Mütter und Väter in Vorbereitung auf ihr Elternsein gesundheitlichen und psychosozialen Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Daher wurde das Münchner Modell der Frühen Hilfen durch den Einsatz von Familienhebammen¹¹ auf den vorgeburtlichen Bereich erweitert. Diese leisten während der Schwangerschaft und in den ersten drei Monaten nach der Geburt gesundheitsorientierte Familienbegleitung. Der Einsatz der Familienhebammen wird durch die Bundesstiftung Frühe Hilfen finanziert. (s. Abb. 3)

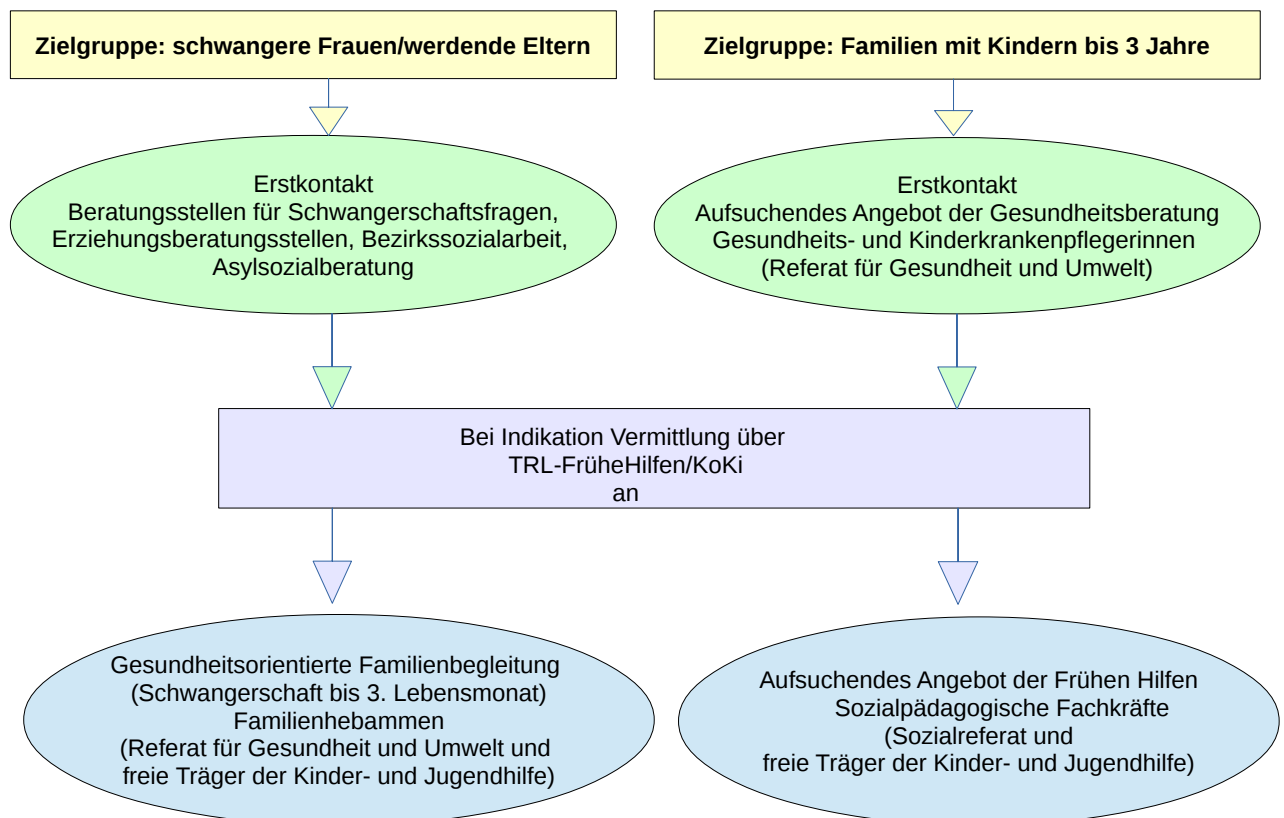


Abb. 3 Münchner Modell der Frühen Hilfen

¹¹ Beratung und Hilfe für Schwangere und Mütter in Konfliktsituationen, Beschluss des Kinder- und Jugendhilfeausschusses, des Sozialausschusses und des Gesundheitsausschusses in der gemeinsamen Sitzung vom 11.01.2011, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V04876

1.5 Fallzahlenentwicklung und Bedarfslagen

Der in den letzten Jahren zu beobachtende soziodemographische Wandel verbunden mit der Zunahme der Anzahl der in München lebenden Kinder unter drei Jahren wirkt sich auch auf die Frühen Hilfen in München aus.

Entgegen der Bevölkerungsprognose 2006¹², die bis 2020 von jährlich 12.921 Geburten ausging, hat die Zahl der Geburten in München um 36,4% auf 17.629¹³ (s. Abb. 4) und die Zahl der in der LHM lebenden Kinder unter drei Jahren von 36.433 um 32% auf 48.175 (s. Abb. 5) zugenommen.

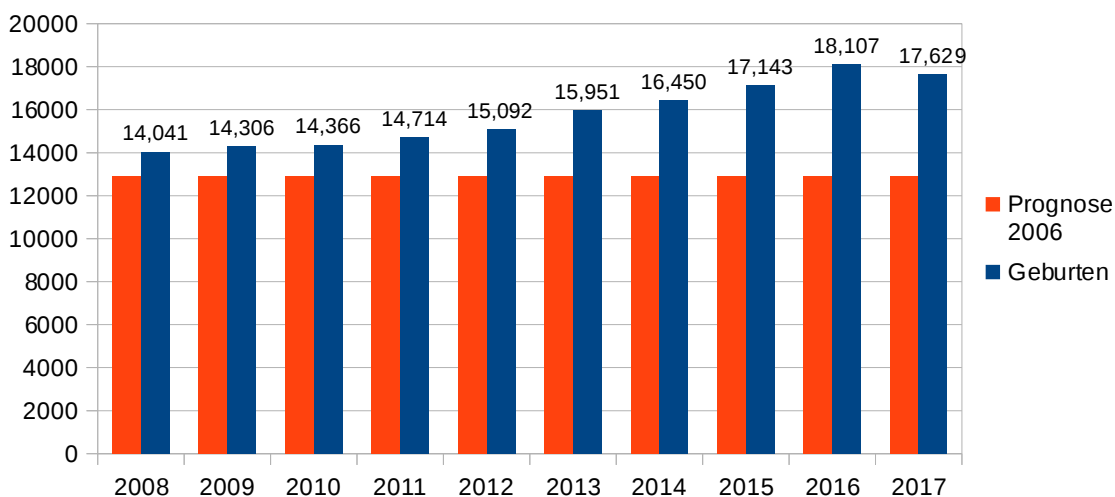


Abb. 4: Geburtenentwicklung (Quelle: Statistisches Amt der LHM).

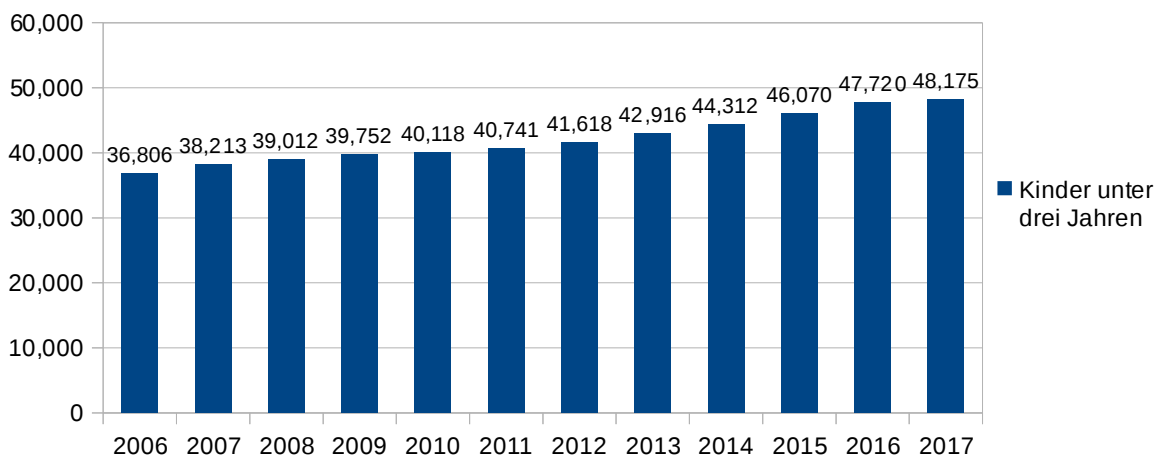


Abb. 5: Anzahl der Kinder unter drei Jahren (Quelle: Statistisches Amt der LHM)

12 Bevölkerungsprognosen 2006 der Landeshauptstadt München, Bekanntgabe in der Sitzung des Ausschusses für Stadtplanung und Bauordnung vom 10.01.2007
 13 Statistisches Amt, Stand 31.12.2017

Mit dem soziodemographischen Wandel ist auch ein sozialstruktureller Wandel verbunden. Es lässt sich ein Anstieg von Familien in Multiproblemlagen beobachten, die überwiegend auch von Armut betroffen sind.

Aus dem UNICEF-Bericht zur Lage von Kindern in Deutschland 2013 geht hervor, dass Kinder aus benachteiligten und sozial schwachen Familien weniger Sport treiben, mehr fernsehen und häufiger rauchen. Alltagsroutinen in der Familie wie Essgewohnheiten, Bewegungsverhalten oder Rauchen haben häufig einen lebenslangen Effekt auf Gesundheit und Risikoverhalten.¹⁴

Darüber hinaus ergab die KiGGS - Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, dass Kinder und Jugendliche aus Einelternfamilien häufiger chronisch krank sind¹⁵ und dass Kinder der unteren Sozialschicht besonders häufig von allergischen Erkrankungen und Adipositas betroffen waren¹⁶.

Gleichzeitig zeigt der Münchner Armutsbericht 2017¹⁷, dass

- die Zahl der im Stadtgebiet lebenden Alleinerziehenden seit 2007 um 4% geringfügig zugenommen hat (26311¹⁸ auf 27400),
- 42% der Alleinerziehenden von Armut betroffen sind (2011: 32,4%¹⁹), weitere 45,3% mit ihrem Einkommen lediglich in der „unteren Mitte“ liegen,
- 20% der Familien mit minderjährigen Kindern alleinerziehend sind,
- Familien mit Eltern oder Kindern mit Behinderungen und/oder chronischen (psychischen) Erkrankungen eine weitere Gruppe sind, die durch besondere Anforderungen und Belastungen ein vergleichsweise hohes Armutsrisiko haben,
- ein Fünftel der Kinder mit Behinderungen, damit überdurchschnittlich viele, bei Alleinerziehenden aufwachsen,
- Ende 2016 insgesamt 21.413 Kinder unter 15 Jahren, davon 9.363 Kinder unter sechs Jahren Leistungen nach dem SGB II bezogen.

Entsprechend ist davon auszugehen, dass sich auch die Anzahl der Kinder mit Frühe Hilfen-Bedarf erhöht hat.

Familien in verdichteten Wohnformen

Ein besonderer Handlungsbedarf besteht zudem im Bereich der Familien in verdichteten Wohnformen. Die Zunahme der Gesamtbevölkerung hat erhebliche Folgen für die

14 Münchner Armutsbericht 2017, S. 114

15 KiGGS study group Bundesgesundheitsblatt 2014 · 57:860–868

16 Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland- Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), Schlack R et al, Umweltmed. Forsch. Praxis 13 (4): 245-260

17 Münchner Armutsbericht 2017 (Seite 23, 46, 106, 108)

18 Statistisches Jahrbuch München 2008

19 Münchner Armutsbericht 2011 (Seite 18, 30)

Wohnraumversorgung der Stadt. So stieg, wie im Gesamtplan III München und Region, Soziale Wohnraumversorgung – Wohnungslosenhilfe²⁰ beschrieben, mit der Zunahme der Bevölkerung auch die Zahl der Wohnungsnotstandsfälle deutlich.

Von dieser Entwicklung sind viele Familien mit kleinen Kindern betroffen, die in verdichteten Wohnformen wie Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe (gewerbliche Beherbergungsbetriebe, städt. Notquartiere und Clearinghäuser), Einrichtungen für Asylsuchende und Einrichtungen des Kälteschutzes leben.

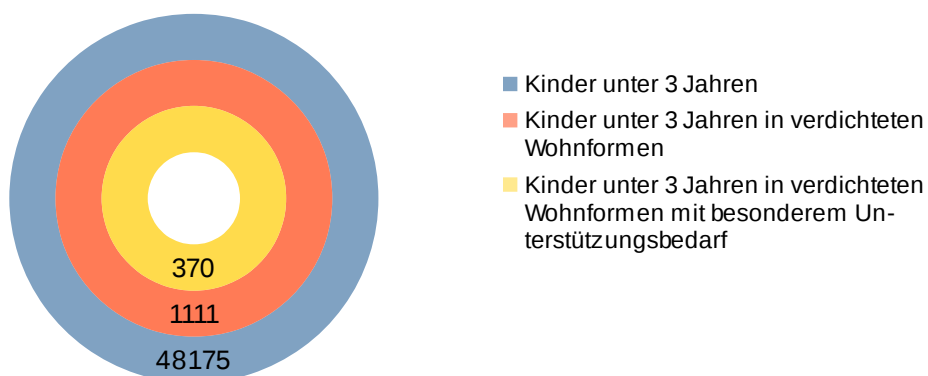


Abb.6 Anzahl der Kinder unter drei Jahren in verdichteten Wohnformen

Am 31.12.2017 lebten in den gewerblichen Beherbergungsbetrieben, den städt. Notquartieren und Clearinghäusern 399 Kinder unter drei Jahren und in den Einrichtungen für Asylsuchende waren 712 Kinder untergebracht (insgesamt 1.111 Kinder). Nach den bisherigen Beobachtungen und Einschätzungen im RGU haben ca. ein Drittel der Säuglinge und Kleinkinder in verdichteten Wohnformen zudem einen besonderen Unterstützungsbedarf.

Das Leben in verdichteten Wohnformen mit allen damit verbundenen räumlichen Einschränkungen, die unsichere Lebenssituation und -perspektive, Armut und Arbeitslosigkeit belasten die Familien extrem. Der Belastungsdruck wird oft durch mangelnde Deutschkenntnisse (besonders bei den Müttern), mangelhafte oder fehlende Kenntnis des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems und ein kulturell bedingtes anderes Gesundheits- und Erziehungsverständnis verstärkt.

Die Gesundheitskompetenz ist in vielen Familien sehr gering. Die aufgezählten Probleme verdecken häufig den Blick der Eltern auf das Kind mit seinen Bedürfnissen, was zu einer Kindeswohlgefährdung führen kann (z.B. Unterlassen einer erforderlichen medizinischen Behandlung aus Unkenntnis über die Vorgehensweise). Besonders Kinder mit

20 Gesamtplan III München und Region, Soziale Wohnraumversorgung – Wohnungslosenhilfe, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 07276, Beschluss des Sozialausschusses in der gemeinsamen Sitzung des Kinder- und Jugendhilfeausschusses und des Sozialausschusses vom 20.07.2017 sowie der Vollversammlung vom 26.07.2017 Seite 7

chronischen Erkrankungen, körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen sind von diesen Belastungen betroffen aber z.B. auch Säuglinge, deren Grundbedürfnisse zwar von den Eltern befriedigt werden, die aber darüber hinaus keinerlei Entwicklungsanreize erhalten.

Alle verdichteten Wohnformen zählen zu den Schwerpunktadressen. Das heißt, wenn die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des RGU vom Aufenthalt der Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in verdichteten Wohnformen Kenntnis erhalten, wird diesen eine Beratung angeboten. In Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende werden beispielsweise gesundheitsspezifische Gruppenschulungen und Sprechstunden von den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des RGU durchgeführt.

Das Ziel ist, alle Familien mit Säuglingen und Kleinkindern möglichst einmal zu erreichen. Dabei werden auch Familien mit vermehrtem Unterstützungsbedarf identifiziert und entsprechend individuell begleitet oder an die Frühen Hilfen vermittelt.

Zudem werden in den Aufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende mit Gruppenangeboten der freien Träger viele Familien erreicht, die gemeinsame Bedarfe an unterschiedlichen Themen haben. Besonders bedürftige Familien werden hierbei durch individuelle Kurzzeitinterventionen unterstützt.

1.6 Finanzierung der Frühen Hilfen

Mit Beschluss der Vollversammlung 19.12.2007 (Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 10652) wurde die stadtweite Einführung und damit verbunden ein Ausbau der Frühen Hilfen beschlossen. Das Sozialreferat beantragte in diesem Zusammenhang in Ziffer 2c die schrittweise Erhöhung des „Personalbudgets“ und des „Sachmittelbudgets“. Zudem wurde das Sozialreferat beauftragt, Verträge mit den Schwerpunktträgern „Frühe Hilfen“ in den Sozialregionen abzuschließen. Die Vertragsausgestaltung orientierte sich an den bereits bestehenden Verträgen im Bereich der ambulanten Hilfen zur Erziehung gem. § 27 ff. SGB VIII. Demnach wurde auch das Finanzierungsmodell (Pauschalfinanzierung) analog entwickelt. Die Auszahlung erfolgte im Rahmen von Transferleistungen.

Im Jahr 2011 kam es seitens der Stadtkämmerei zu einer Neubewertung der Finanzierungsgrundlage im Bereich des aufsuchenden Angebots der Frühen Hilfen. Aus Sicht der Stadtkämmerei legt der o.g. Beschluss dar, dass es sich bei den Frühen Hilfen um ein pauschalfinanziertes, budgetiertes Angebot handelt, das in seiner rechtlichen Grundlage und vertraglichen Ausgestaltung eher vergleichbar ist mit freiwilligen Leistungen des öffentlichen Trägers (Zuschuss), als mit gesetzlich verpflichtenden, rechtsanspruchsgesicherten Leistungen (Transfer).

Seit dem Jahr 2011 erfolgt die Finanzierung der Frühen Hilfen bei den freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe sowie beim stadteigenen Anbieter des Jugendamtes innerhalb der mit Beschluss der Vollversammlung vom 19.12.2007 festgelegten Budgetvorgabe.

Mit Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes im Jahr 2012 und Eingang der Frühen Hilfen in § 16 Abs. 3 SGB VIII erfolgte aus Sicht des Sozialreferats eine neue rechtliche Einordnung der Frühen Hilfen (siehe Ziffer 1.2). Die Vorschrift des §16 Abs. 1 SGB VIII als vorgeschalteter Absatz zum Absatz 3 ist als Soll-Bestimmung gefasst. Der örtliche öffentliche Träger ist im Regelfall verpflichtet, für die im ersten Halbsatz genannte Zielgruppe ein Angebot sozialpädagogischer Hilfen zur Förderung der Erziehung in Familien sicherzustellen. Nur bei gewichtigen Gründen kann er davon absehen.

Mit o.g. Beschluss der Vollversammlung vom 19.12.2007 hat der Stadtrat ausdrücklich seinen Willen bekundet, allen in München lebenden Familien bedarfsgerechte und passgenaue Leistungen der Frühen Hilfen im Rahmen des „Münchener Modells der Frühen Hilfen“ zukommen zu lassen und damit die Soll-Vorschrift gem. §16 Abs. 3 SGB VIII umzusetzen.

Wie bereits in Ziffer 1.4 dargelegt, hat sich das Münchener Modell der Frühen Hilfen bewährt. Es ist ein Erfolgsmodell des präventiven Kinderschutzes und trägt einen wichtigen Beitrag zur gesunden Entwicklung von Kindern in unserer Stadt bei. Um den Willen des Stadtrats mit der zentralen Zielsetzung "Kein Kind fällt durchs Netz" auch künftig umsetzen zu können, ist es erforderlich, die bedarfsgerechte Reaktionsfähigkeit der Stadtverwaltung auf die zunehmende wachsende Stadtbevölkerung (z.B. durch steigende Geburtenzahlen, zuziehende Familien) wieder herzustellen und ein schnelles, effizientes Handeln der Stadtverwaltung zu sichern.

Dies ist mit einer festgelegten Budgetvorgabe nicht möglich, da jede Form der Ausweitung von Ressourcen der Befassung des Stadtrates bedarf und diese unter Berücksichtigung der Vorgaben im Beschlusswesen mit langen Vorlaufzeiten (plus v.a. Dauer der Besetzungsverfahren) verbunden ist. Eine Reaktion auf Veränderungen in adäquater Zeit ist damit nicht möglich, was bei einer gesetzlichen Leistung durchaus problematisch sein kann.

In den letzten 10 Jahren hat sich im Bereich der Frühen Hilfen ein standardisiertes Verwaltungshandeln etabliert. Die grundlegende Konzeption und das Finanzierungsmodell, mit den zu Grunde gelegten Berechnungsmodellen (siehe Ziffer 2.2.2), haben sich bewährt. Das Sozialreferat bittet daher um Zustimmung, künftig die bedarfsgerechte Anpassung der Kapazitäten innerhalb des beschriebenen Münchener Modells der Frühen Hilfen bei den freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe sowie beim stadt-eigenen Anbieter des Stadtjugendamtes im Rahmen des gebundenen Verwaltungshandelns auszuüben und die Finanzierung und Auszahlungsmodalitäten im Sinne von Transferleistungen zu gestalten. Im Falle von neuen Erkenntnissen zu Zielgruppen und/oder veränderten Bedarfslagen,

die eine Überprüfung und ggf. Anpassung der Konzeption erforderlich machen, wird natürlich der Stadtrat – wie auch mit vorliegender Beschlussvorlage – befasst werden.

1.7 Fazit

Aufgrund der wachsenden Bevölkerungszahlen und dem damit einhergehenden Wandel der Sozialstruktur müssen die Kapazitäten innerhalb des bereits bestehenden „Münchner Modells der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien“ angepasst sowie das Modell hinsichtlich der besonderen Bedarfe von Familien in verdichteten Wohnformen weiterentwickelt werden.

Nur so ist gewährleistet, dass das Ziel der Frühen Hilfen, den präventiven Kinderschutz zu gewährleisten, durch die Stärkung der Gesundheitskompetenz, die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung und die Stärkung der Elternkompetenz erreicht und damit Kindeswohlgefährdungen vermieden werden.

2. Stellen- und Ressourcenbedarf

2.1 Aktuelle Kapazitäten

Trotz erheblicher Zunahme der Anzahl zu besuchender und zu betreuender Kinder gegenüber 2006 wurde bisher auf den Anstieg der Kinderzahl ausschließlich in den verdichteten Wohnformen reagiert.

Die Kapazität der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des RGU wurde mit Beschluss der Vollversammlung vom 25.02.2016 (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04661) um 3 VZÄ ²¹ auf insgesamt 32 VZÄ erhöht. Zudem stehen 3,5 VZÄ Verwaltungsunterstützung zur Verfügung.

Für das aufsuchende Angebot der Frühen Hilfen wurden mit Gründung 17 VZÄ²² (15,75 VZÄ bei den freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe sowie 1,25 beim stadt-eigenen Anbieter des Sozialreferats) bereitgestellt. Im November 2014 wurden die Kapazitäten der Frühen Hilfen bei den freien Trägern um 1,5 VZÄ* erweitert.

Abschnitt	Referat	Funktion	Stellenkapazität
2.2.1	Referat für Gesundheit und Umwelt	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	32 VZÄ
		Verwaltungsunterstützung	3,5 VZÄ
2.2.2	Sozialreferat	Sozialpädagogische Fachkräfte im Rahmen des aufsuchenden Angebots der Frühen Hilfen	1,25 VZÄ

21 Gesundheitsvorsorge von Flüchtlingen III, Personalmehrbedarfe, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04661, Beschluss der Vollversammlung des Stadtrates vom 25.02.2016, S.6

22 „Das Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien“, Beschluss des Kinder- und Jugendhilfeausschusses, des Sozialausschusses und des Gesundheitsausschusses in der gemeinsamen Sitzung vom 04.12.2007 sowie der Vollversammlung vom 19.12.2007, Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 10652, Seite 36

	Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe	-“-	17,25 VZÄ
--	--	-----	-----------

2.2 Zusätzlicher Bedarf

2.2.1 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des RGU

Bei der aktuellen Personalsituation haben viele Säuglinge und Kleinkinder keine Chance der Früherkennung von Vernachlässigung und Misshandlung durch den bewährten frühen Erstzugang durch die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen. Die im präventiven Kinderschutz dringend erforderliche Kooperation zwischen Sozial- und Gesundheitswesen wird so lückenhaft und kann nicht mehr standardisiert erfolgen. Es ist mit einem Anstieg nicht rechtzeitig entdeckter Kindeswohlgefährdungen und mit einer Verschlechterung der gesundheitlichen Lage von Kindern in hoch belasteten Wohn- und Lebensverhältnissen zu rechnen.

Das Münchner Modell der Früherkennung und Frühen Hilfen sieht vor, dass ca. 30% der Kinder eines Geburtsjahrgangs von den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des RGU erreicht werden. Dies gelang nach einer zweijährigen Aufbauphase in den Jahren 2010 bis 2014. Danach war die Zielgröße von 30% durch den demographischen Wandel nicht mehr zu erreichen. Auf Grund der stark gestiegenen Geburtenzahl und unveränderten Personalkapazität sank der Anteil der besuchten Säuglinge seit 2015 kontinuierlich auf zuletzt 22% im Jahr 2017 ab. Davon betroffen sind Familien, die in Schwerpunktadressen wohnen.

Abb. 7 Soziodemographischer Wandel und Fallzahlen

	Grundlagen/ Berechnungen im Beschluss der Vollversammlung des Stadtrates vom 19.12.2007 ²³	Zahlen 2017	
Geburten pro Jahr	12.921 ²⁴ (Prognose für 2005-2020)	17.629 ²⁵ (+ 36,4%)	
Kinder unter drei Jahren	36.433 ²⁶	48.175 ²⁷ (+ 32%)	
		Soll 2017	Ist 2017²⁸
Zu erreichende Kinder	4.300	5808	5.050
davon Säuglinge	ca. 3900 (30% von 12.921 Ki. < 1 J.)	5.289 (30%)	3864 (22%)
davon Kleinkinder	ca. 400 (1,7% von 23.512 Ki. 2-3 J.)	519 (1,7%)	399 (1,3%)
Kinder mit	900 ²⁹	1220	1122

²³ gemeinsame Sitzung von Kinder- und Jugendhilfeausschuss, Sozialausschuss und Gesundheitsausschuss am 04.12.2007, Vollversammlung am 19.12.2007 (Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 10652).

²⁴ Bevölkerungsprognosen 2006 der Landeshauptstadt München, Bekanntgabe in der Sitzung des Ausschusses für Stadtplanung und Bauordnung vom 10.01.2007

²⁵ Statistisches Amt LHM, Stand 31.12.2017

²⁶ Bevölkerungsprognosen 2006 der Landeshauptstadt München, Bekanntgabe in der Sitzung des Ausschusses für Stadtplanung und Bauordnung vom 10.01.2007

²⁷ Statistisches Amt, Stand 31.12.2017

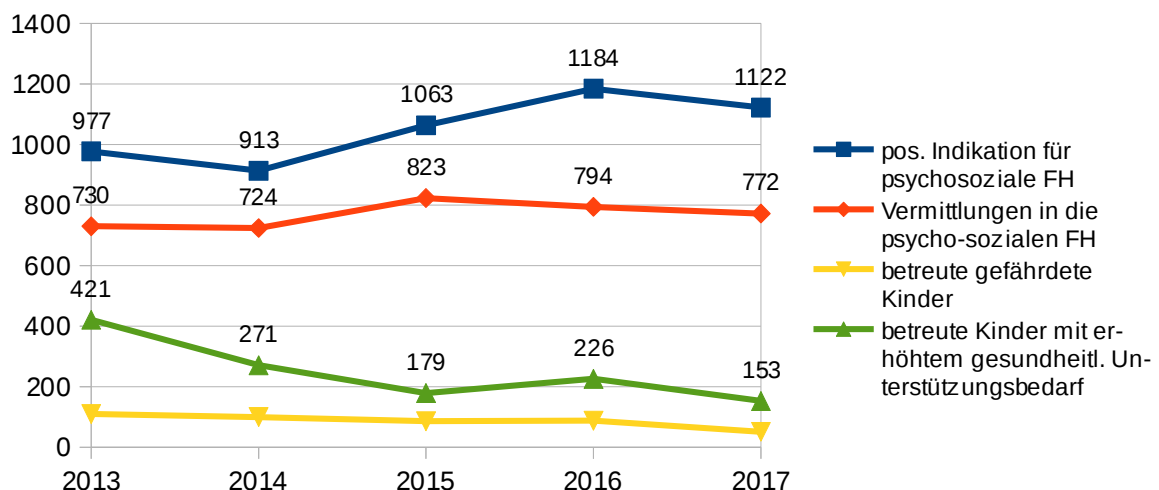
²⁸ RGU - Hausbesuchsstatistik

²⁹ Die ursprüngliche Zahl von 1200 Kindern mit FH-Bedarf (28% der besuchten Kinder) wurde 2009 auf 900 korrigiert. Die Evaluation der FH ergab, dass 21% der besuchten Kinder eine Indikation für FH hatten. Münchner Modell der Früherkennung

Frühe-Hilfen-Bedarf			
---------------------	--	--	--

Durch Fokussierung in ihrer Tätigkeit gelang es den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen trotz der gestiegenen Kinderzahl viele Familien mit Frühe Hilfen - Bedarf zu erreichen. Die Konzentration der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen auf die Frühen Hilfen bedingte eine Reduzierung der Aktivitäten in anderen wichtigen Bereichen. Dies betraf zum Beispiel Kinder mit erhöhtem gesundheitlichen Unterstützungsbedarf, der u.a. durch eine chronische Erkrankung bedingt sein kann. Die hierfür im Beschluss von 2007 angesetzte Zielgröße von 150 Kindern pro Jahr wurde stets übertroffen und gipfelte 2013 bei 421 Kindern. Auf Grund der limitierten Personalkapazitäten konnten in den darauf folgenden Jahren erheblich weniger dieser Familien versorgt werden (Abb. 8).

Abb. 8: Entwicklung der Fallzahlen 2013-2017 (Quelle: Hausbesuchsstatistik 2013-2017)



Die Fallzahlenentwicklung zeigt seit 2014 eine deutliche Zunahme der Anzahl an Kindern mit psychosozialen Frühe Hilfen-Bedarf (pos. Indikation für psychosoziale Frühe Hilfen) und im gleichen Zeitraum, bedingt durch Kapazitätsengpässe bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, einen Rückgang der betreuten Kinder mit einem erhöhten gesundheitlichen Unterstützungsbedarf.

Auch die Hausbesuche bei den drei- bis fünfjährigen Risikokindern mit gesundheitlichem Unterstützungsbedarf³⁰, die notwendige Vernetzung und Kooperation und die nachgehenden Besuche bei Familien waren mit den vorhandenen Ressourcen nur noch

und Frühen Hilfen für psychosozial hoch belastete Familien, Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation; Beschluss der Kinder- und Jugendhilfeausschusses, des Sozialausschusses und des Gesundheitsausschusses in der gemeinsamen Sitzung vom 11.01.2011; S. 11.

³⁰ Weiterentwicklung der Frühkindlichen Gesundheitsförderung, Hausbesuche der Kinderkrankenschwestern bei Risikokindern im Alter von 3 bis 6 Jahren, Beschluss der Vollversammlung des Stadtrates vom 19.12.2007, Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 11203.

sehr eingeschränkt bis gar nicht mehr möglich.

Demgegenüber steht die Empfehlung des Gesundheitsbeirats, Arbeitskreis Seelische Gesundheit anlässlich des „Berichts zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Landeshauptstadt München“, den Besuchsdienst der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen des RGU als bewährtes Modell der frühen gesundheitlichen Prävention proportional zum Anstieg der Kinderzahlen auszubauen.³¹

2.2.1.1 Handlungsbedarf

a) Bedarfsgerechte Anpassung der Kapazitäten

Unter Berücksichtigung des durch die hohe Anzahl an Geburten sowie des Zuzugs von Kindern unter drei Jahren bedingten Mehrbedarfs müssen die personellen Kapazitäten im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen sowie im Bereich der Verwaltungsunterstützung bedarfsgerecht angepasst werden, um den gesetzlichen Auftrag und den Auftrag des Stadtrats erfüllen zu können.

b) Konzeptionelle Weiterentwicklung betreffend die Zielgruppe „Familien in verdichteten Wohnformen“

Eine Vielzahl von Familien, die einen hohen Bedarf an Gesundheitsberatung und Frühen Hilfen haben, wohnen in sogenannten verdichteten Wohnformen. Nahezu alle diese Familien weisen vier oder mehr Risikofaktoren (Armut, alleinerziehend ohne Unterstützung, Suchterkrankung, psychische Probleme, etc.) auf, die Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern begünstigen können. Im Sinne des präventiven Kinderschutzes als kommunale Verpflichtung ist es daher erforderlich, das Angebot an die speziellen Bedarfe der Familien anzupassen, um dauerhaft effizient und effektiv handeln zu können.

Das im Oktober 2012 eingeführte Angebot der „gesundheitsorientierten Familienbegleitung“ bereits vor und in den ersten drei Monaten nach der Geburt durch die Familienhebammen im RGU findet große Akzeptanz bei den Frauen und Familien und hat sich besonders in den verdichteten Wohnformen bewährt.

Durch den Einsatz von Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen soll dieses Angebot auch für Kinder von null bis zwei Jahren in den Frühen Hilfen umgesetzt werden.

2.2.1.2 Geltend gemachter Bedarf

Um möglichst alle Familien mit potentiell Fröhe-Hilfen-Bedarf zu erreichen und die dauerhaften Pflichtaufgaben im Gesundheitsbereich wieder vollumfänglich zu erfüllen, ist eine rechnerische Stellenzuschaltung von 7,5 VZÄ Gesundheits- und

31 Bekanntgabe in der Sitzung des Gesundheitsausschusses vom 21.09.2017, Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 09552, Seite 7

Kinderkrankenpflegerinnen erforderlich.

Des Weiteren ist unter Berücksichtigung der konzeptionellen Weiterentwicklung des Angebots „gesundheitsorientierte Familienberatung“ der Einsatz von zusätzlich 5,0 VZÄ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen erforderlich, die zur Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin weitergebildet bzw. mit entsprechender Qualifikation eingestellt werden.

Damit ergibt sich ein rechnerischer Mehrbedarf von 12,5 VZÄ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen.

Unter Berücksichtigung des Haushaltseckdatenbeschlusses der Vollversammlung des Stadtrates vom 25.07.2018 und der problematischen Arbeitsmarktlage bei den Pflegefachkräften mit entsprechend schwieriger Akquise, wird aktuell eine Stellenzuschaltung von 8 VZÄ bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen beantragt.

Zudem wird zur Verwaltungsunterstützung eine zusätzliche Verwaltungsfachkraft im Umfang von 1,0 VZÄ beantragt.

Die Verwaltungsunterstützung von 1 VZÄ ist grundsätzlich unabhängig von der Anzahl der zusätzlichen Stellen für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen. Die Verwaltungsfachkraft setzt erhebliche Kapazitäten bei den Pflegefachkräften frei, die diese für ihre originären Tätigkeiten einsetzen können.

Die Personalkosten für Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen belaufen sich bei einer Stellenzuschaltung von 8,0 VZÄ auf jährlich 408.480,00 € (P8, JMB 2018 51.060). Die Personalkosten für eine Verwaltungsangestellte (1,0 VZÄ) belaufen sich auf jährlich 49.310,00 € (E6, JMB 2018).

Die gesamten Personalkosten im RGU belaufen sich somit dauerhaft auf 457.790,00 €. Neben den Personalkosten sind für die Stellenanzeigen, -ausschreibungen u.a. in Fachzeitschriften in 2019 zusätzlich einmalig Mittel in Höhe von 5.000 € vorzusehen. Für standardisiert vorgesehene Supervisionen bedarf es zudem ab 2019 dauerhaft Mittel in Höhe von 10.000 €.

2.2.1.3 Bemessungsgrundlage

Für die Personalbemessung wurde 2017 in einem methodischen Klärungsgespräch mit dem Personal- und Organisationsreferat (POR.P3) das Berechnungsschema abgestimmt. Es beruht auf Tätigkeitsbeschreibungen und Leistungszahlen der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen.

Der Bemessung des Personalbedarfs im Bereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin wurden folgende Betreuungsschlüssel zu Grunde gelegt:

Familien in Privathaushalten = 1:170 Kinder

Nach den Erfahrungswerten aus dem Hausbesuchsdienst führt eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin ca. 500 Hausbesuche pro Jahr durch. Durchschnittlich erhält jedes Kind drei Hausbesuche. Die Personalbemessung hat unter Berücksichtigung der Fallzahlenentwicklung (Stand 31.12.2017) für die fachgerechte Erledigung der Aufgaben der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen einen Bedarf von 30,5 VZÄ ermittelt. Dem gegenüber stehen derzeit 23 VZÄ. Damit ergibt sich ein Mehrbedarf von 7,5 VZÄ.

Familien in verdichteten Wohnformen = 1:135 Kinder

Im Bereich der verdichteten Wohnformen sind auf Grund der Gruppenangebote, des Case -Managements bei oft komplexen Krankheitsbildern und der erforderlichen aufwändigeren Betreuung, mitbedingt durch die Sonderregelungen der medizinischen Versorgung³², bei gleichbleibender durchschnittlichen Besuchsfrequenz von drei Hausbesuchen pro Kind ca. 400 Hausbesuche pro Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin möglich.

Nach der 2016 erfolgten Erhöhung der Personalkapazität um 3,0 VZÄ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Sitzungsvorlage Nr. 14-20 / V 04661) besteht in diesem Bereich aktuell kein weiterer Personalbedarf.

Familien in verdichteten Wohnformen mit besonderem Unterstützungsbedarf = 1:60 Kinder

Nach bisherigen Beobachtungen und Einschätzungen des RGU haben ca. ein Drittel der Säuglinge und Kleinkinder in verdichteten Wohnformen einen besonderen Unterstützungsbedarf.

Für die konzeptionelle Erweiterung des Angebots „gesundheitsorientierte Familienbegleitung“ über die ersten drei Lebensmonate hinaus konnte noch keine Stellenbemessung durchgeführt werden, da im Rahmen des Münchner Modells der Frühen Hilfen bisher noch keine praktischen Erfahrungen vorliegen.

Das RGU schätzt den Mehrbedarf auf zusätzliche 5,0 VZÄ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, die zur Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin weitergebildet bzw. mit entsprechender Qualifikation eingestellt werden.

2.2.2 Sozialpädagogische Fachkräfte im Rahmen des aufsuchenden Angebots der Frühen Hilfen

Auf Grund verschiedener Faktoren kommt es wiederholt zu Kapazitätsengpässen bei den sozialpädagogischen Fachkräften der Frühen Hilfen. So beträgt die Wartezeit von der Feststellung des Frühe-Hilfen-Bedarfs bis zur Fallaufnahme durch die Fachkräfte der Frühen Hilfen häufig acht Wochen, in seltenen Fällen sogar darüber hinaus.

32 §§ 4, 6 Asylbewerberleistungsgesetz

Diese Wartezeit ist für hoch belastete Familien schwierig. Zunehmend lehnen Familien aus diesem Grund die Hilfe ab, was auch mit Blick auf den präventiven Kinderschutz bedenklich ist.

Eine weitere Folge der Kapazitätsengpässe sind Vermittlungsstopps in die Frühen Hilfen, d.h. die Fachkräfte können keine neuen Familien aufnehmen. In der Situation verweisen die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen die betroffenen Familien je nach Belastung an die Bezirkssozialarbeit oder andere unterstützende Einrichtungen. Ein Teil der Familien bleibt jedoch ohne adäquate Hilfe.

Dies widerspricht dem Ziel „Kein Kind fällt durchs Netz“ und birgt die Gefahr der Zunahme der Anzahl von Kinderschutzfällen. 2017 konnten wegen Kapazitätsengpässen 88 Kinder (10% der Kinder mit festgestellter Frühe Hilfen-Indikation) nicht in die Frühen Hilfen vermittelt werden.

2.2.2.1 Handlungsbedarf

a) Bedarfsgerechte Anpassung der Kapazitäten

Unter Berücksichtigung des durch die hohe Anzahl an Geburten sowie des Zuzugs von Kindern unter drei Jahren bedingten Mehrbedarfs sind die personellen Kapazitäten im Bereich des aufsuchenden Angebots der Frühen Hilfen bedarfsgerecht anzupassen.

b) Konzeptionellen Weiterentwicklung betreffend die Zielgruppe „Familien in verdichteten Wohnformen“

Die bereits beschriebene Problematik, dass eine Vielzahl von Familien, die einen hohen Bedarf an Gesundheitsberatung und Frühen Hilfen haben, in sogenannten verdichteten Wohnformen leben, und nahezu alle diese Familien vier oder mehr Risikofaktoren (Armut, alleinerziehend ohne Unterstützung, Suchterkrankung, psychische Probleme, etc.) aufweisen, die Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern begünstigen können, bezieht sich auch auf den psychosozialen Bereich der Frühen Hilfen.

Daher ist es auch hier im Sinne des präventiven Kinderschutzes dringend erforderlich, das Angebot an die speziellen Bedarfe der Familien anzupassen, um dauerhaft effizient und effektiv handeln zu können.

Die spezielle Form der Gruppenangebote in den „Frühen Hilfen für Flüchtlinge in Erstaufnahmeeinrichtungen“ hat sich bewährt und soll beibehalten werden. Durch die Gruppenarbeit kann Eltern und ihren Kindern ein Rahmen geboten werden, der ihnen Zugang zu Informationen sowie in ihrer schwierigen Lebenslage Kontakt und Austausch ermöglicht. In diesem Setting wird deutlich, welche Familie einen darüber hinaus gehenden intensiveren Betreuungsbedarf hat.

Dieses niederschwellige Angebot, durch das eine hohe Zahl an Familien erreicht wird und einen schnelleren Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten schafft, soll deshalb auf alle verdichteten Wohnformen ausgedehnt werden.

2.2.2.2 Geltend gemachter Bedarf

Aufgrund des Anstiegs der Geburtenraten um 36,4%, der gestiegenen Anzahl der unter drei Jährigen um 32% wird die Finanzierung von Transferleistungen für insgesamt 4,5 VZÄ bei den freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe beantragt.

Des Weiteren unter Berücksichtigung der konzeptionellen Weiterentwicklung des Angebots für Familien in verdichteten Wohnformen benötigen die freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe zusätzliche 5,5 VZÄ.

Die Stellen im Bereich der Frühen Hilfen bei den freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe werden pauschal finanziert. Die jährliche Pauschale für 1,0 VZÄ (S 12 TVöD) betrug für das Jahr 2017 93.284,17 €³³. Bei einer Stellenzuschaltung von insgesamt 10,0 VZÄ werden daher für die Finanzierung zusätzliche Transfermittel in Höhe von 932.842,80 € benötigt.

2.2.2.3 Bemessungsgrundlage

Der Bemessung des Personalbedarfs im Bereich des aufsuchenden Angebots der Frühen Hilfen wurden folgende Betreuungsschlüssel zu Grunde gelegt:

Familien in Privathaushalten = 1:51 Kinder (4,5 VZÄ bei freien Trägern)

Nach den Ergebnissen der wissenschaftlichen Evaluation aus dem Jahr 2011, Sitzungsvorlage Nr. 08-14 / V 04876, liegt die durchschnittliche Betreuungskapazität bei den sozialpädagogischen Fachkräften in den Frühen Hilfen bei 51 Familien pro VZÄ. Jede Familie erhält hierbei 10 - 12 Hausbesuche in drei Monaten.

Die Fallzahlen im Jahr 2017 ergaben einen Ist-Stand von 1122 Kindern mit Frühe Hilfen-Bedarf. Mit den derzeit 17 VZÄ können aber bei einem Betreuungsschlüssel von 1:51 nur 867 Kinder erreicht werden. Die Personalbemessung ergibt unter Berücksichtigung der Fallzahlenentwicklung (Stand 31.12.2017) einen Bedarf von 22 VZÄ. Dem gegenüber stehen derzeit 17 VZÄ. Damit ergibt sich ein Mehrbedarf von 5,0 VZÄ (davon 4,5 VZÄ bei den freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe und 0,5 VZÄ beim stadteigenen Anbieter des Stadtjugendamtes). Aufgrund der Vorgaben für Stellenneuschaffungen aus dem Eckdatenbeschluss wird die Neuschaffung von 0,5 VZÄ Frühe Hilfen beim stadteigenen Anbieter des Stadtjugendamtes vorerst zurückgestellt.

Familien in verdichteten Wohnformen = 1:130 Kinder (5,5 VZÄ bei freien Trägern)

Nach den bisherigen Beobachtungen und Einschätzungen der Frühen Hilfen Fachkräfte

³³ Die Pauschale von 93.284,17€ für eine VZÄ setzt sich zusammen aus: 66.481,79€ Personalkosten, 16.675,38€ Sach- und Gemeinkosten, 380,00€ Personalentwicklung und 9.747,00€ Flexibles Betreuungsbudget.

in den Erstaufnahmeeinrichtungen kann von einem Betreuungsschlüssel in den verdichteten Wohnformen von 1:130 ausgegangen werden. Im Bereich der verdichteten Wohnformen ist es auf Grund der niedrighschwelligigen Gruppenangebote möglich, eine hohe Zahl an Familien zu erreichen und ihnen Kontakt und Austausch und Informationen zu ermöglichen. In diesem Setting ist es darüber hinaus auch möglich, einen intensiveren Betreuungsbedarf von Familien zu erkennen und passgenaue Hilfen anzubieten. Die Personalbemessung ergibt unter Berücksichtigung der Fallzahlenentwicklung (Stand 31.12.2017) einen Bedarf von 7,0 VZÄ für Familien in verdichteten Wohnformen. Dem gegenüber stehen derzeit 1,5 VZÄ. Damit ergibt sich ein Mehrbedarf von 5,5 VZÄ.

2.2.3 Angebot „KindErleben Ambulanz“

Das Angebot „KindErleben Ambulanz“ der Diakonie Hasenberg e.V. ist ein seit Jahren etabliertes Angebot zur videogestützten entwicklungspsychologischen Beratung für Risikofamilien mit Säuglingen und Kleinkindern bis zu drei Jahren und erhielt vor einigen Jahren den nationalen Präventionspreis.

Die Leistungen dieses Angebotes wurden von 2008 bis 2010 vom Bezirk Oberbayern im Rahmen der Frühförderung finanziert. Im Jahr 2010 wurde diese Förderung durch den Bezirk eingestellt.

Mit Beschluss des Kinder- und Jugendhilfeausschusses vom 04.12.2012³⁴ wurde die Finanzierung der KindErleben Ambulanz in Höhe von maximal jährlich 15.000 € durch das Stadtjugendamt München übernommen.

Seit der Übernahme der Finanzierung gab es laufend Kostensteigerungen im TVÖD bei gleichbleibendem maximalen Budget. Die mit den Kostensteigerungen verbundene Erhöhung des Stundensatzes von 48,05 € im Jahr 2011 auf 53,02 € im Jahr 2016 hat Auswirkungen auf die Anzahl der jährlichen Beratungsstunden, die sich rechnerisch von 312 Stunden im Jahr 2011 auf 283 Stunden im Jahr 2016 reduziert haben.

Um zumindest eine gleichbleibende Anzahl von Kindern weiterhin unterstützen zu können, ist für die Finanzierung des Angebots „Kind Erleben“ der Diakonie Hasenberg e.V. aufgrund der Kostensteigerungen in den letzten Jahren eine Erhöhung des vereinbarten Entgelts von 15.000 € auf 17.500 € erforderlich. Für die Finanzierung werden daher zusätzliche Transfermittel in Höhe von 2.500 € / Jahr benötigt.

2.2.4 Zusammenfassung Stellen- und Ressourcenbedarf

Um die Frühen Hilfen zukunftsfähig zu machen und auf die veränderten Bedarfslagen der Familien sowie die steigenden Geburtenraten in München zu reagieren und Belastungen in den Familien entgegenzuwirken, ist es notwendig, die bereits vorhandenen Kapazitäten den Entwicklungen anzupassen und die Angebote für Familien in verdichteten Wohnformen konzeptionell weiter zu entwickeln.

Wie in Ziffer 2.2.1 bis 2.2.3 dargelegt, ergeben sich folgende Ressourcenbedarfe:

Abschnitt	Referat	Bedarf	Ressourcenbedarf
2.2.1 „Gesundheits- und Krankenpflegerinnen des RGU“	Referat für Gesundheit und Umwelt	Neuschaffung von 8,0 VZÄ Gesundheits- und Krankenpflegerinnen Neuschaffung von 1,0 VZÄ Verwaltungsunterstützung	Personalkosten = 457.790 € Sachkosten = 10.000 € + 5.000 € (einmalig 2019)
2.2.2 Sozialpädagogische Fachkräfte des aufsuchenden Angebots der Frühen Hilfen	Freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe	Neuschaffung von 10 VZÄ bei freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe	Transfermittel = 932.842,80 €
2.2.3 Angebot „Kind Erleben Ambulanz“	Diakonie Hasenberg e.V.	Erhöhung des vereinbarten Entgelts	Transfermittel = 2.500 €

Mit zunehmenden Bevölkerungswachstums, ist zu erwarten, dass auch die Geburtenrate und die Anzahl der Kinder unter drei Jahren weiter zunehmen werden. Um auf diese Entwicklung qualitativ und quantitativ reagieren zu können, wird das Sozialreferat künftig gemeinsam mit dem RGU die erforderlichen personellen Ressourcen im Abstand von zwei Jahren regelmäßig überprüfen.

2.3 Alternativen zur Kapazitätsausweitung

Für eine gesetzeskonforme Wahrnehmung der Aufgaben im Bereich der Frühen Hilfen sind die beantragten Stellen zwingend erforderlich. Durch Fokussierung der Tätigkeit gelang es im RGU einige Zeit lang die steigenden Fallzahlen zu kompensieren. Unter Berücksichtigung der aktuellen Fallzahlentwicklung ist jedoch eine Kompensation bei gleichzeitigem Aufrechterhalten des Ziels „Kein Kind fällt durchs Netz“ nicht mehr möglich. Eine Alternative zur Kapazitätsausweitung gibt es aus Sicht des Sozialreferates und des RGU nicht.

Ohne Kapazitätsausweitung bei den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen muss die Anzahl der besuchten Familien deutlich reduziert werden. Dies würde, wie vorstehend beschrieben, das Risiko der Zunahme von nicht rechtzeitig entdeckten möglichen Kindeswohlgefährdungen sowie einer Verschlechterung der gesundheitlichen Lage von Kindern in hoch belasteten Wohn- und Lebensverhältnissen bedeuten.

Ohne Kapazitätsausweitung im Bereich des aufsuchenden Angebots der Frühen Hilfen müssten die Vermittlungsstopps aufrechterhalten bleiben und ein Teil der Familien mit festgestelltem Frühe-Hilfen-Bedarf bliebe ohne adäquate Hilfe. Bei weiteren Familien

könnten durch die langen Wartezeiten notwendige und geeignete Hilfen nicht zeitnah vermittelt werden. So steigt das Risiko, dass sich Gefährdungslagen manifestieren und intensivieren. Auch die Wirksamkeit und Motivation zur Inanspruchnahme der Hilfe wird erfahrungsgemäß mit zunehmender Wartezeit sinken.

2.4 Zusätzlicher Büroraumbedarf

Wie in Ziffer 2.2.3 dargestellt, wird die Neuschaffung von insgesamt 9,0 VZÄ beantragt. Davon müssen 9,0 VZÄ in den Verwaltungsgebäuden des Referats für Gesundheit und Umwelt untergebracht werden. Diese verteilen sich wie folgt:

Die 8,0 VZÄ Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie 1,0 VZÄ Verwaltungsunterstützung gehören zur Organisationseinheit Referat für Gesundheit und Umwelt, Hauptabteilung Gesundheitsvorsorge, Abteilung Gesundheitsförderung von Anfang an, Sachgebiet Frühkindliche Gesundheitsförderung (RGU-GVO12) und Sachgebiet Gesundheitsvorsorge für Menschen in Unterkünften (RGU-GVO14). Diese sind an den Standorten Bayerstr. 28a, Implerstr. 26, Pfälzer-Wald-Str.68 (wird z.Zt. erweitert), Angerer 8-10, Wintersteinstr.12/14, Landsbergerstr. 308 situiert. Für die 8,0 VZÄ Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sowie 1,0 VZÄ Verwaltungsunterstützung werden aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit der Stellenbesetzung bzw. unter Zugrundelegung der Teilzeitquote für diesen Bereich in aller Regel 14 Arbeitsplätze benötigt. Durch die beantragten Stellen/Arbeitsplätze wird Flächenbedarf ausgelöst, für den in den Bestandsflächen des Kernbereichs des RGU nur teilweise Kapazitäten zur Verfügung stehen. Vorgesehen ist die Unterbringung in den geplanten Neubauten Freiham, Messestadt Riem und Schulgebäudeneubau Quiddestraße. Falls diese Standorte nicht zur Verfügung stünden, können die beantragten 9 VZÄ nur noch vorübergehend durch weitergehende Verdichtung in den bisherigen zugewiesenen Büroflächen Bayerstr. 28a, Implerstr. 26, Pfälzer-Wald-Str.68 (wird z.Zt. erweitert), Angerer 8-10, Wintersteinstr.12/14, Landsbergerstr. 308 untergebracht werden. Eine Stellenbesetzung ist ab dem 01.01.2019 geplant. Die Suche nach einem Interimsstandort bis zur Fertigstellung des Neubaus an der Dachauer Straße wurde beim Kommunalreferat beantragt.

3. Darstellung der Kosten und der Finanzierung

3.1 Zahlungswirksame Kosten im Bereich der laufenden Verwaltungstätigkeit

Für die Umsetzung des Beschlusses entstehen die im Folgenden dargestellten zahlungswirksamen Kosten. Der Mittelbedarf entsteht ab 01.01.2019.

	dauerhaft	einmalig
Summe zahlungswirksame Kosten	1.410.333,-- ab 2019	5.000,-- in 2019
davon:		
Personalauszahlungen (Zeile 9)*	457.790,-- ab 2019	
Referat für Gesundheit und Umwelt 5,5 VZÄ, KST 13120100, SK 602000 (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, P8, JMB 51.060 €)	280.830,-- ab 2019	
2,5 VZÄ, KST 13120810, SK 602000 (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, P8, JMB 51.060 €)	127.650,-- ab 2019	
1,0 VZÄ, KST 13120810, SK 602000 (Verwaltungsangestellte/r, E6, JMB 49.310)	49.310,-- ab 2019	
Auszahlungen für Sach- und Dienstleistungen (Zeile 11)**	10.000,-- ab 2019	5.000,-- in 2019
Referat für Gesundheit und Umwelt KST 13129001, SK 632101 (Stellenausschreibungen)		5.000,-- in 2019
KST 13129001, SK 633200 (Supervisionen für 20 Personen á 500 €)	10.000,-- ab 2019	
Transferauszahlungen (Zeile 12)	935.343,-- ab 2019	
Sozialreferat 10,0 VZÄ KST , SK Frühe Hilfen bei freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe (1 VZÄ = 93.284,28 €)	932.843,-- ab 2019	
Angebot „KindErleben Ambulanz“ Diakonie Hasenberg e.V.	2.500,-- ab 2019	
Sonstige Auszahlungen aus lfd. Verwaltungstätigkeit (Zeile 13)	7.200,-- ab 2019	
Referat für Gesundheit und Umwelt lfd. Kosten Büroarbeitsplätze (VZÄ x 800 €)		
8,0 VZÄ, KST 13129001, SK 670100 (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in)	6.400,-- ab 2019	
1,0 VZÄ KST 13129001, SK 670100 (Verwaltungsangestellte/r)	800,-- ab 2019	
Zinsen und sonstige Finanzauszahlungen (Zeile 14)		

Nachrichtlich Vollzeitäquivalente (VZÄ)	9,0 VZÄ
---	---------

* Die nicht zahlungswirksamen Kosten (wie z. B. interne Leistungsverrechnung, Steuerungsumlage, kalkulatorische Kosten) können in den meisten Fällen nicht beziffert werden.
Bei Besetzung von Stellen mit einem Beamten/einer Beamtin entsteht im Ergebnishaushalt zusätzlich zu den Personalauszahlungen noch ein Aufwand für Pensions- und Beihilferückstellungen in Höhe von etwa 40 Prozent des Jahresmittelbetrages.

** ohne arbeitsplatzbezogene IT-Kosten

Ab 2015 gelten für die Verrechnung der Leistungen mit it@M die vom Direktorium und der Stadtkämmerei genehmigten Preise. Die zur Zahlung an it@M erforderlichen Mittel für die Services „Arbeitsplatzdienste“ und „Telekommunikation“ werden im Rahmen der Aufstellung des Haushalts- bzw. Nachtragshaushaltsplanes in die Budgets der Referate eingestellt. Eine gesonderte Beschlussfassung über die Mittelbereitstellung ist daher nicht mehr erforderlich.

Sonstige IT-Kosten, wie z.B. Zahlungen an externe Dritte, sind hier mit aufzunehmen!

3.2 Mehrjahresinvestitionsprogramm

Darstellung des Finanzbedarfs im Mehrjahresinvestitionsprogramm 2018 - 2022

Es handelt sich um die Pauschale für Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände, die mit 600.000 € Gesamtkosten im Entwurf des Mehrjahresinvestitionsprogramms 2018 - 2022, Maßnahme Nr. 9330, enthalten ist. Die Maßnahme löst Mehrkosten in Höhe von 33.180 € im Mehrjahresinvestitionsprogramm 2018 bis 2022 aus.

Das Mehrjahresinvestitionsprogramm 2018 – 2022 ist wie folgt zu ändern:

MIP alt: Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände, Maßnahmen - Nr. 9330, Rangfolgen - Nr. 1 (in T €)

Gruppierung	Gesamt-kosten	Finanz. bis 2017	Programmzeitraum 2018 bis 2022 (Euro in 1.000)					nachrichtlich		
			Summe 2018-2022	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Finanz. 2024 ff
(935)	600	0	500	100	100	100	100	100	100	0
Summe	600	0	500	100	100	100	100	100	100	0
St. A.	600	0	500	100	100	100	100	100	100	0

MIP neu: Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände, Maßnahmen - Nr. 9330, Rangfolgen - Nr. 1 (in T €)

Gruppierung	Gesamt-kosten	Finanz. bis 2017	Programmzeitraum 2018 bis 2022 (Euro in 1.000)					nachrichtlich		
			Summe 2018-2022	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Finanz. 2024 ff
(935)	633	0	533	100	133	100	100	100	100	0
Summe	633	0	533	100	133	100	100	100	100	0

St. A.	633	0	533	100	133	100	100	100	100	0
--------	-----	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

Abkürzungen

(Hinweis: bei mehreren Gruppierungen bitte in der dargestellten Reihenfolge abbilden):

(932) = Grunderwerb

(940) = Baukosten Hochbau ohne KGr. 100, 613 gem. DIN 276/08

(950) = Baukosten Tiefbauten

(960) = Baukosten Technische Anlagen

(935) = Erwerb von beweglichen Anlagevermögen

(930) = Erwerb von Beteiligungen, Aufstockung Eigenkapital

(98x) = Investitionsfördermaßnahmen

(92x) = Sonstige Investitionen

Z (36x) = Zuschüsse, sonst. Zuwendungen (z. B. Förderanteile ROB)

St. A. = Städtischer Anteil

(Hinweis : Bei Baumaßnahmen sind ggf. weitere Angaben erforderlich, z.B. eine zusätzliche Tabelle für die Risikoausgleichspauschale)

3.3 Nutzen

Das Münchner Modell der Frühen Hilfen hat sich bewährt. Es ist ein Erfolgsmodell des präventiven Kinderschutzes und trägt wesentlich zur gesunden Entwicklung von Kindern in unserer Stadt bei.

Um den mit Beschluss der Vollversammlung vom 19.12.2007 (Sitzungsvorlage Nr. 02-08 / V 10652) bekundeten Willen des Stadtrats der zentralen Zielsetzung "Kein Kind fällt durchs Netz" auch künftig umsetzen zu können, ist es erforderlich, die Kapazitäten in den Frühen Hilfen bedarfsgerecht anzupassen und das Konzept hinsichtlich der Zielgruppe „Familien in verdichteten Wohnformen“ weiterzuentwickeln.

Ohne Kapazitätsausweitung und konzeptionelle Anpassung besteht die Gefahr der Zunahme nicht rechtzeitig entdeckter Kindeswohlgefährdungen sowie das Risiko einer Verschlechterung der gesundheitlichen Lage von Kindern in hoch belasteten Wohn- und Lebensverhältnissen. Auch Vermittlungsstopps und lange Wartezeit auf notwendige und geeignete Hilfen würden dazu führen, dass sich Gefährdungslagen manifestieren und intensivieren. Zudem würde die Wirksamkeit und Motivation zur Inanspruchnahme der Hilfe erfahrungsgemäß mit zunehmender Wartezeit sinken.

3.5 Bezug zur Perspektive München

Folgende Ziele der Perspektive München werden unterstützt:

Aus dem Themenfeld Prävention und Gesundheitsförderung der thematischen Leitlinien sind dies:

Ziel
<p>Themenfeld 15 – Rundum gesund. Leitlinie Gesundheit: Herausforderungen begegnen, Perspektiven schaffen, Lebensqualität fördern</p> <p>15.1: Die LHM ermöglicht allen Menschen, die in München wohnen, den Zugang zu einer umfassenden und adäquaten gesundheitlichen Prävention und Versorgung, unabhängig von ihrem sozialen Status, ihren finanziellen Möglichkeiten sowie unabhängig von kultureller Zugehörigkeit, Minderheitenstatus, Alter, Geschlecht und sexueller Identität.</p>
<p>15.2: Die LHM richtet ihre Angebote zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention vor allem auf die Menschen aus, die von gesundheitlicher und sozialer Benachteiligung betroffen sind, diese werden gezielt unterstützt und in ihren Ressourcen für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil gestärkt.</p>
<p>15.3: Die LHM ergreift Maßnahmen vor allem dort, wo sich soziale und umweltbedingte Benachteiligungen und Risiken häufen, um die Belastungen der Bevölkerung zu verringern und damit ihre gesundheitlichen Chancen zu verbessern.</p>
<p>15.7: Die LHM setzt in der Prävention und Gesundheitsförderung einen besonderen Schwerpunkt bei Kindern und Jugendlichen, die von Armut und sozialer Benachteiligung betroffen sind.</p>

3.6 Finanzierung

Zur Finanzierung der erforderlichen Personalstellen sowie zur Auszahlung der Sach- und Dienstleistungen beim Referat für Gesundheit und Umwelt erhöht sich ab dem Haushaltsjahr 2019 das Produktkostenbudget des Produkts 33414200 Gesundheitsvorsorge dauerhaft um 474.990 € und einmalig um 5.000 €.

Zur Finanzierung der erforderlichen Personalstellen sowie zur Auszahlung der Sach- und Dienstleistungen beim Stadtjugendamt erhöht sich ab dem Haushaltsjahr 2019 das Produktkostenbudget des Produkts 60.2.2.1 dauerhaft um 935.343 €.

Die Beträge sind in voller Höhe zahlungswirksam. Die Finanzierung kann weder durch Einsparungen noch aus dem eigenen Referatsbudget erfolgen.

Die beantragte Ausweitung für das Referat für Gesundheit und Umwelt weicht von den Festlegungen im Eckdatenbeschluss für den Haushalt 2019 ab, siehe Nr. 6 der Liste der geplanten Beschlüsse des Referats für Gesundheit und Umwelt, weil andere Prioritäten festgelegt werden mussten.

Die beantragten erforderlichen Mittel bzw. VZÄ in dieser Sitzungsvorlage bewegen sich innerhalb des Rahmens der festgelegten Höchstgrenze nach dem Eckdatenbeschluss (siehe auch TOP 1 Ziffer 6 der gemeinsamen Sitzung des Gesundheitsausschusses mit

dem Umweltausschuss am 18.10.2018 mit der Bekanntgabe zum Controlling des Eckdatenbeschlusses für den Haushalt 2019 "Umsetzung geplante Beschlüsse"). Die beantragte Ausweitung im Sachkostenbereich für das Sozialreferat weicht von den Festlegungen im Eckdatenbeschluss für den Haushalt 2019 geringfügig ab, siehe Nr. 5 der Liste der geplanten Beschlüsse des Sozialreferats. Der Gesamtrahmen für das Sozialreferat wird jedoch eingehalten.

Der in den Listen der geplanten Beschlüsse benannte Stellenmehrbedarf von insgesamt 14,0 VZÄ beinhaltet die Neuschaffung von 12,5 VZÄ Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen und 1,0 VZÄ Verwaltung beim Referat für Gesundheit und Umwelt sowie von 0,5 VZÄ Frühe Hilfen beim stadteigenen Anbieter des Sozialreferats/Stadtjugendamt.

Unter Berücksichtigung des Haushaltseckdatenbeschlusses der Vollversammlung des Stadtrates vom 25.07.2018 werden 9,0 VZÄ der ursprünglich geplanten 14,0 VZÄ für das Jahr 2019 beantragt. Vorerst zurückgestellt, wird die ursprünglich geplante Neuschaffung 4,5 VZÄ Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen beim Referat für Gesundheit und Umwelt sowie von 0,5 VZÄ Frühe Hilfen beim stadteigenen Anbieter des Sozialreferats/Stadtjugendamt.

Anhörung des Bezirksausschusses

In dieser Beratungsangelegenheit ist die Anhörung eines Bezirksausschusses nicht vorgesehen (vgl. Anlage 1 der BA-Satzung).

Abstimmung mit anderen Referaten und Stellen

Die Beschlussvorlage ist mit der Stadtkämmerei abgestimmt.

Das Personal- und Organisationsreferat stimmt der Beschlussvorlage zu. Die Stellungnahme ist als Anlage 1 beigefügt.

Das Kommunalreferat hat der Sitzungsvorlage in der Fassung vom 30.08.2018 nicht zugestimmt. Die Stellungnahme liegt als Anlage 2 beigefügt. Die Einwände des Kommunalreferats wurden in der Beschlussvorlage berücksichtigt und entsprechend eingearbeitet.

Die Stellungnahme der Stadtkämmerei ist als Anlage 3 beigefügt.

Dem Korreferenten des Sozialreferates, Herrn Stadtrat Müller, der Korreferentin des Referates für Gesundheit und Umwelt, Frau Stadträtin Sabine Krieger, der Verwaltungsbeirätin des Sozialreferates, Frau Stadträtin Koller, der zuständige Verwaltungsbeirat des Referates für Gesundheit und Umwelt, Herrn Stadtrat Dr. Ingo

Mittermaier, der Stadtkämmerei, dem Personal- und Organisationsreferat, dem Kommunalreferat, der Frauengleichstellungsstelle und dem Sozialreferat/Stelle für interkulturelle Arbeit ist ein Abdruck der Sitzungsvorlage zugeleitet worden.

II. Anträge der Referentinnen

Der Gesundheitsausschuss beschließt:

- 1.** Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, die dauerhaft erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 474.990 € und die einmalig Haushaltsmittel in Höhe von 5.000 € in der Haushaltsplanaufstellung 2019 bei der Stadtkämmerei anzumelden.

2. Personalkosten

Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, die Einrichtung von 8,0 VZÄ Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen und 1,0 VZÄ Verwaltung sowie deren Besetzung beim Personal- und Organisationsreferat zu veranlassen.

Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, die dauerhaft erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von bis zu 280.830 € entsprechend der tatsächlichen Besetzung der Stellen bei den Ansätzen der Personalauszahlungen beim Kostenstellenbereich 13120100 und die dauerhaft erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von bis zu 176.960 € entsprechend der tatsächlichen Besetzung der Stellen bei den Ansätzen der Personalauszahlungen beim Kostenstellenbereich 13120810 im Rahmen der Haushaltsplanaufstellung 2019 beim Personal- und Organisationsreferat anzumelden.

Im Ergebnishaushalt entsteht bei der Besetzung mit Beamtinnen/Beamten zusätzlich zu den Personalauszahlungen noch ein Aufwand für Pensions- und Beihilferückstellungen in Höhe von 183.116 € (40 Prozent des JMB).

Das Produktkostenbudget des Produkts 33414200 Gesundheitsvorsorge erhöht sich um 457.790 €, davon sind 470.330 € zahlungswirksam (Produktauszahlungsbudget).

3. Sachkosten

Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, die einmalig erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 5.000 € und die dauerhaft erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 17.200 € im Rahmen der Haushaltsplanaufstellung 2019 bei der Stadtkämmerei anzumelden. Im Rahmen der Haushaltsplanaufstellung 2019 werden im investiven Bereich bei Finanzposition 5000.935.9330.8 Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände (Pauschale) 33.180 € eingestellt.

Das Produktkostenbudget des Produkts 33414200 Gesundheitsvorsorge erhöht sich

2019 einmalig um 22.200 €, davon sind 22.200 € zahlungswirksam, und dauerhaft ab 2020 um 17.200 €, davon sind 17.200 € zahlungswirksam.

4. Mehrjahresinvestitionsprogramm

Das Mehrjahresinvestitionsprogramm 2018 – 2022 ist wie folgt zu ändern:

MIP alt: Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände, Unterabschnitt 5000, Maßnahmen - Nr. 9330, Rangfolgen - Nr. 1 (in T €)

Gruppierung	Gesamt-kosten	Finanz. bis 2017	Programmzeitraum 2018 bis 2022 (Euro in 1.000)						nachrichtlich	
			Summe 2018-2022	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Finanz. 2024 ff
(935)	600	0	500	100	100	100	100	100	100	0
Summe	600	0	500	100	100	100	100	100	100	0
St. A.	600	0	500	100	100	100	100	100	100	0

MIP neu: Einrichtungs- und Ausstattungsgegenstände, Unterabschnitt 5000, Maßnahmen - Nr. 9330, Rangfolgen - Nr. 1 (in T €)

Gruppierung	Gesamt-kosten	Finanz. bis 2017	Programmzeitraum 2018 bis 2022 (Euro in 1.000)						nachrichtlich	
			Summe 2018-2022	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Finanz. 2024 ff
(935)	633	0	533	100	133	100	100	100	100	0
Summe	633	0	533	100	133	100	100	100	100	0
St. A.	633	0	533	100	133	100	100	100	100	0

Das Referat für Gesundheit und Umwelt wird beauftragt, die erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von insgesamt 133.180 € auf der Finanzposition 5000.935.9330.8 zum Haushaltsplanaufstellungsverfahren 2019 anzumelden.

5. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

Der Kinder- und Jugendhilfeausschuss beschließt:

1. Das Sozialreferat wird beauftragt, die dauerhaft erforderlichen Haushaltsmittel in Höhe von 935.343 € in der Haushaltsplanaufstellung 2019 bei der Stadtkämmerei anzumelden.

2. Sachkosten

Das Sozialreferat wird beauftragt, die ab dem Haushaltsjahr 2019 dauerhaft erforderlichen zahlungswirksamen Haushaltsmittel für die Zuschaltung von Stellen im Bereich Frühe Hilfen bei freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe in Höhe von bis zu 932.843 € und die dauerhaft erforderlichen zahlungswirksamen Haushaltsmittel für die Erhöhung der Zuwendungen für das Angebot „Kind Erleben“ der Diakonie Hasenberg e.V. in Höhe von bis zu 2.500 € im Rahmen der Haushaltsplanaufstellung 2019 zusätzlich anzumelden (Finanzposition 4554.761.0000.9).

3. Der Stadtrat stimmt dem Vorhaben des Sozialreferats zu, künftig die bedarfsgerechte Anpassung der Transferleistungen im Rahmen des Münchner Modells der Frühen Hilfen bei freien Trägern der Kinder- und Jugendhilfe und beim stadt-eigenen Anbieter des Stadtjugendamtes im Rahmen des gebundenen Verwaltungshandelns auszuüben.
4. Dieser Beschluss unterliegt nicht der Beschlussvollzugskontrolle.

III. Beschluss

nach Antrag.

Die endgültige Beschlussfassung obliegt der Vollversammlung des Stadtrates.

Der Stadtrat der Landeshauptstadt München

Die Vorsitzende

Die Referentin

Die Referentin

Christine Strobl
Bürgermeisterin

Stephanie Jacobs
Berufsm. Stadträtin

Dorothee Schiwy
Berufsm. Stadträtin

IV. Abdruck von I. mit III.

über D-II-V/SP

an das Direktorium – Dokumentationsstelle

an die Stadtkämmerei

an die Stadtkämmerei, HA II/11

an die Stadtkämmerei, HA II/12

an das Revisionsamt

an das Personal- und Organisationsreferat

z.K.

V. Wv. Sozialreferat

1. Die Übereinstimmung vorstehenden Abdrucks mit der beglaubigten Zweitschrift wird bestätigt.

2. An das Sozialreferat, S-III-MI/IK

An die Frauengleichstellungsstelle

An das Sozialreferat, S-GL-F (2 x)

An das Sozialreferat, S-GL-P/LG

An das Sozialreferat, S-GL-dIKA

An das Referat für Gesundheit und Umwelt RGU-RL-RB-SB

An das Kommunalreferat

z.K.

Am

I.A.