



## Erster Bericht zur Evaluation des häuslichen Beratungsprogrammes „TippTapp – Gesund ins Leben“

September 2009 Eberhard Zimmermann

### Implementation gelungen! Neues Arbeitsfeld des Gesundheitsamtes zum Kinderschutz wird gut angenommen!

Der erste Evaluationsbericht zum Arbeitsfeld „TippTapp“ des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes am Gesundheitsamt Bremen fokussiert auf die Implementationsphase des Programms. Dazu wird die Beratungstätigkeit zu Kindern beleuchtet, welche vom 01.04.2008 bis zum 30.06.2008 geboren wurden und während eines oder mehrerer der drei Beratungszeitpunkte ihren Wohnsitz im Interventionsgebiet hatten.

Das Konzept selbst wird im Bericht nicht noch einmal dargestellt, es wird diesbezüglich auf die Kurzpräsentation im Anhang hingewiesen.

#### **Start und Inanspruchnahme des neuen Beratungsangebotes**

Das Arbeitsfeld startete im April 2008. Während der ersten sechs Monate wurden nur die Beratungen nach Geburt durchgeführt, zum 01.10.2008 kamen die Beratungen im Alter von 6 Monaten hinzu; seit 01.04.2009 finden parallel auch die Hausbesuche bei 12 Monate alten Kindern statt.

Durchgeführt werden die Hausbesuche nicht von ausschließlich für diese Tätigkeit eingesetzten Mitarbeiterinnen. Die häusliche Beratung ist vielmehr Querschnittsaufgabe aller Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, in deren regionalen Zuständigkeitsbereich die Interventionsgebiete liegen.

In der Planungsphase des Projekts war vorgesehen, entsprechend der Ressourcenzuweisung zunächst mit weniger Ortsteilen zu beginnen und danach stufenweise bis zur ursprünglich geplanten Einbeziehung von 20 – 25 Prozent der stadtbremischen Bevölkerung auszuweiten. Während der rund einjährigen Vor-



bereitungsphase zeigte sich aber, dass es hinsichtlich Schulung und Motivation der Mitarbeiterinnen günstiger war, in der geplanten bevölkerungsbezogenen Endausbaustufe, dafür aber nicht mit drei, sondern zunächst mit nur einem Beratungszeitpunkt (Neugeborenen-Hausbesuch) zu beginnen. Im Rückblick zeigt sich, dass diese Umstellung des Implementationsablaufs auch hinsichtlich der Kontaktaufnahme mit Kooperationspartnern und für die Öffentlichkeitsarbeit Vorteile gebracht hat.

Tabelle 1 Beteiligte Ortsteile / Interventionsgebiet

<b>OTKZ</b>	<b>Ortsteil</b>	<b>Stadtteil</b>	<b>Geburten 2008</b>
112	Bahnhofsvorstadt	Bahnhofsvorstadt	47
233	Kattenturm	Kattenturm	117
242	Sodenmatt	Sodenmatt	66
332	Neue Vahr Nord	Neue Vahr	100
334	Neue Vahr Südwest	Neue Vahr	45
335	Neue Vahr Südost	Neue Vahr	69
373	Tenever	Tenever	108
383	Hemelingen	Hemelingen	104
441	Lindenhof	Gröpelingen	82
442	Ohlenhof	Gröpelingen	113
443	Gröpelingen	Gröpelingen	110
533	Lüsum-Bockhorn	Lüsum-Bockhorn	93
		Summe	1054

Aus Tabelle 1 geht hervor, dass im Jahr 2008 im Interventionsgebiet 1054 Kinder geboren wurden. Da gesamtstädtisch im selben Jahr 4601 Lebendgeborene verzeichnet wurden, erschließt das Interventionsgebiet mit den ausgewählten Ortsteilen 23,0% des Geburtsjahrganges. Von den Belastungskennziffern her gesehen wäre es wünschenswert, wenn das Programm noch auf die Ortsteile Huckelriede (Neustadt) und Grohn (Vegesack) ausgedehnt werden könnte.

Allerdings wurde durch die Umstellung die ursprünglich beabsichtigte Endausbaustufe des Programms früher erreicht, als es die Planung für die Bereitstellung von Personal und sonstiger Ressourcen vorsieht. Dass die Arbeit im Projekt derzeit dennoch ungestört verläuft hat im wesentlichen zwei Ursachen: zum einen ist die entstandene Diskrepanz zwischen vorhandenen Ressourcen und Arbeitsaufwand kleiner als nach der ursprünglichen Planung zu erwarten gewesen wäre, da die Inanspruchnahme des Angebots geringer war als ursprünglich angenommen; zum anderen ist die Beratungstätigkeit aus Sicht der Mitarbeiterinnen derart sinnhaft und befriedigend, dass die Bereitschaft besteht, eine vorübergehend erhöhte Arbeitsbelastung zu akzeptieren.

Für die im zweiten Quartal 2008 geborene Kinderkohorte sollte der Neugeborenenhausbesuch 6 – 8 Wochen nach Geburt durchgeführt werden. Die Beratung im Alter von 6 Monaten sollte innerhalb eines Monats nach Erreichen dieses



Zeitpunktes und die Beratung im Alter von 12 Monaten ebenfalls innerhalb eines Monats nach dem ersten Geburtstag stattfinden. Dies bedeutet, dass die letzten der für die Evaluationskohorte vorgesehenen häuslichen Beratungen zum 31.07.2009 abgeschlossen sein sollten. Der vorliegende Bericht bezieht sich somit ausschließlich auf die Anfangsschritte von „TippTapp“.

Tabelle 2 Inanspruchnahme der häuslichen Beratung durch Kinder  
des Geburtszeitraums 01.04.2008 - 30.06.2008

#### Neugeborenenbesuch

<b>Gemeldete Adressen</b>	<b>193</b>	<b>100,0%</b>
In Familienhebammen-Betreuung	8	4,1%
Sonstige nachvollz. Nichtbeteiligung	8	4,1%

<b>Zielgruppe</b>	<b>177</b>	<b>100,0%</b>
<b>Zustandegekommene Hausbesuche</b>	<b>108</b>	<b>61,0%</b>
2 x vergeblich aufgesucht	22	12,4%
Abgelehnt	47	26,6%

#### 6-Monatsbesuch

<b>Gemeldete Adressen</b>	<b>239</b>	<b>100,0%</b>
In Familienhebammen-Betreuung	14	5,9%
Sonstige nachvollz. Nichtbeteiligung	11	4,6%

<b>Zielgruppe</b>	<b>214</b>	<b>100,0%</b>
<b>Zustandegekommene Hausbesuche</b>	<b>140</b>	<b>65,4%</b>
2 x vergeblich aufgesucht	19	8,9%
Abgelehnt	55	25,7%

#### 12-Monatsbesuch

<b>Gemeldete Adressen</b>	<b>238</b>	<b>100,0%</b>
In Familienhebammen-Betreuung	6	2,5%
Sonstige nachvollz. Nichtbeteiligung	16	6,7%

<b>Zielgruppe</b>	<b>216</b>	<b>100,0%</b>
<b>Zustandegekommene Hausbesuche</b>	<b>131</b>	<b>60,6%</b>
2 x vergeblich aufgesucht	22	10,2%
Abgelehnt	63	29,2%

Die Zahlen der zu den Interventionszeitpunkten vom Einwohnermeldeamt übermittelten Adressen differieren, wie die Tabelle 2 ausweist, geringfügig zwischen 6-Monatsbesuch und 12-Monatsbesuch. Hier spiegeln sich vor allem Wanderungsbewegungen (Zuzüge und Wegzüge) wider. Die bedeutendere Differenz zwischen den für den Neugeborenenbesuch gemeldeten Adressen und den für



den 6- und 12-Monatsbesuch gemeldeten beruht auf der noch unvollständigen Repräsentanz der Neugeborenen in der Einwohnermeldedatei zum Zeitpunkt der Datenübermittlung. Ursächlich hierfür sind verzögerte Anmeldungen von Kindern beim Standesamt sowie schleppende Übermittlungen vom Standesamt zum Einwohnermeldeamt. Würde der „Neugeborenenbesuch“ später erfolgen, wäre die Adressenlage zwar vollständiger, zu berücksichtigen ist jedoch, dass der Besuch bereits jetzt am Ende der Neugeborenenperiode stattfindet.

Durch Datenabgleich innerhalb der sozialpädiatrischen Abteilung des Gesundheitsamtes werden Familien, die bereits in Familien-Hebammenbetreuung sind, aus dem präventiven Kinderschutzprogramm TippTapp herausgenommen. Ebenfalls nicht zur Zielgruppe gezählt („Sonstige nachvollziehbare Nichtbeteiligung“) werden bspw. Kinder, für die nach Mitteilung eines Hausbesuchstermins in Erfahrung gebracht wird, dass das Kind mit Mutter für ein halbes Jahr bei der Großfamilie in der Türkei ist, oder dass ein Kind einen langwierigen Krankenhausaufenthalt hat.

Die verbleibenden Kinder bilden die Zielgruppe des Programms. Die Tabelle weist aus, dass es in 60 – 65 Prozent der Fälle zu einem Hausbesuch kam. Für den Start eines „amtlichen“ Programms, das sich vornehmlich an Risikoklientel wendet und die immanente Kontrollfunktion im Ankündigungsinfo explizit erwähnt, ist dies ein bemerkenswertes Ergebnis. Auch die Tatsache, dass nur zwischen 9 und 12 Prozent der Eltern die Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes „ins Leere“ laufen lassen, ansonsten aber mitteilen, wenn ein Hausbesuch nicht gewünscht wird, bezeugt von einem erfreulich kultivierten Umgang der Zielgruppe mit dem amtlichen Angebot. Dennoch stellen die vergeblich zu Hause Aufgesuchten ein Ressourcenproblem dar, das hinsichtlich seiner weiteren Entwicklung beobachtet und ggf. konzeptionell bearbeitet werden sollte.

### **Inaugenscheinnahme von Kind und U-Heft**

Die nachfolgenden Angaben und Analysen beziehen sich auf die tatsächlich zustande gekommenen Hausbesuche. Abhängig vom Berichtsgegenstand sind Angaben zu allen drei Hausbesuchsterminen oder nur zum Neugeborenenbesuch erhoben worden.

Tabelle 3 belegt, dass bei nahezu jedem Beratungsbesuch auch das Kind in Augenschein genommen wurde, für den Neugeborenenbesuch gilt dies sogar zu 100 Prozent. Nicht immer wurde das Kind mehr oder weniger unbekleidet inspiziert; die Anteile in denen dies geschah, rekrutieren sich aus beiläufiger Gelegenheit (Windelwechsel) und aus gezieltem Vorhaben. Auch dem Einblick in das U-Heft (Dokumentation der Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen) wurde zu allen Zeitpunkten eine große Bedeutung beigemessen.

Tabelle 3 Inaugenscheinnahme von Kind und U-Heft



	Neugeborenen- besuch		6 Monats- besuch		12 Monats- besuch	
	n=	in %	n=	in %	n=	in %
Kind gesehen	108	100,0	136	97,1	128	97,7
Kind ausgezogen	17	15,7	27	19,3	11	8,4
U-Heft vorgelegt	103	95,4	121	86,4	113	86,3

### Die Gesprächspartner

Zum Neugeborenenbesuch liegen Angaben über die elterlichen Gesprächspartner vor: in 97 % der 108 Besuche war Gesprächspartner die Mutter, in 70 % war sie dies alleine. Der Vater war in 29% der Neugeborenenbesuche anwesend, bei 3% der Beratungen war er alleiniger Gesprächspartner.

Tabelle 4 Muttersprache der Eltern

Muttersprache	Neugeborenenbesuch Mutter		Neugeborenenbesuch Vater	
	n=	in %	n=	in %
Keine Angabe	2	1,9	12	11,1
Deutsch	32	29,6	22	20,4
Polnisch	2	1,9	3	2,8
Arabisch	9	8,3	10	9,3
Russisch	13	12,0	9	8,3
Türkisch	24	22,2	23	21,3
Sonstige	26	24,1	29	26,9
Total	108	100,0	108	100,0

Tabelle 4 zeigt, dass 4 von 5 Kindern, für die der Neugeborenenbesuch zustande kam, einen Migrationshintergrund aufwiesen. Andere Analysen zeigen, dass trotz der nichtdeutschen Muttersprachlichkeit die Verständigung mit der Hälfte der Mütter problemlos war. Die Verständigung mit 40% der Mütter war mehr oder weniger stark beeinträchtigt, mit knapp 10% der Mütter war eine Verständigung nicht möglich. In diesen schwierigen Fällen halfen oftmals der Partner bzw. hinzugezogene Bekannte aus.

Gezielte Nachfragen bestätigen die Vermutung, dass gerade im Rahmen einer häuslichen Beratung und wenn es um praktische Aspekte der Versorgung des Säuglings geht, Sprachprobleme durch Zeigen und praktisches Üben in ihrer Auswirkung relativiert werden können.



## Vorbereitung auf und Betreuung nach der Geburt

Die nachstehende Tabelle zeigt, dass nicht einmal eine von drei Schwangeren an einem Geburtsvorbereitungskurs, noch nicht einmal jede 20. Schwangere an einem Säuglingspflegekurs teilgenommen hat. Zwar ist letzterer im Prinzip nur zur Vorbereitung auf die Versorgung des ersten Kindes erforderlich, doch auch aus der Gruppe der Erstgebärenden besucht nicht einmal jede 10. Schwangere einen solchen Kurs. Die Beteiligung an Geburtsvorbereitungskursen ist zwar höher, dennoch ist der Sachverhalt, dass nur 3 von 10 Frauen an Schwangerschaftsgymnastik und Vorbereitung auf die Geburt teilnahmen, Hinweis darauf, dass trotz (Über-)Angebots an derartigen Kursen durch Geburtskliniken und niedergelassene Hebammen passgenaue Angebote für bestimmte Zielgruppen fehlen. Die Begründung des Projekts „TippTapp“ ergibt sich zum Teil aus diesen defizitären Verhältnissen: „TippTapp“ wird hier sozialkompensatorisch wirksam.

Tabelle 5 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen um die Geburt  
(nur Neugeborenenhausbesuch, n=108)

<b>Inanspruchnahme</b>	absolut	in %
Geburtsvorbereitungskurs	33	30,6
Säuglingspflegekurs	4	3,7
Nachsorge Hebamme	75	69,4

Demgegenüber ist die Inanspruchnahme der Wochenbettbetreuung durch niedergelassene Hebammen verhältnismäßig gut, auch die in diesem Rahmen stattfindende Beratung wird von den Müttern als hilfreich empfunden. So haben einige Mütter ihre Absage an den Neugeborenenhausbesuch explizit mit der Wochenbettnachsorge durch die niedergelassene Hebamme begründet. Sollte sich die Inanspruchnahme der Wochenbettnachsorge noch deutlich verbessern, wäre zu prüfen, ob sich hieraus ein Argument für einen später terminierten Erstbesuch ergibt.

## Problemlage der Familien

Aus den elternseitig berichteten Problemlagen ergeben sich in der Regel auch die Beratungsinhalte. Tabelle 6 zeigt für die drei Beratungszeitpunkte vorrangige kindbezogene, elternbezogene und haushaltsbezogene Problemlagen auf.

Die Zusammenschau der kindbezogenen Probleme lässt erkennen, dass diese hinsichtlich der erforderlichen Beratungskompetenzen geradezu auf die Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern zugeschnitten erscheinen. Dass unter den elternbezogenen Problemen der Aspekt Isolation am häufigsten genannt wird, bestätigt die Bedeutung der Vernetzungsleistungen im Konzept von TippTapp. Der Blick auf die haushaltsbezogenen Problembereiche zeigt unterschiedliche Tendenzen bei den Aspekten Unfallgefährdung und plötzlicher Kindstod. Die Ursachen des Plötzlichen Kindstod bleiben über das gesamte erste Lebens-



jahr gleich, insofern weist die seltenere Nennung zum 12-Monatsbesuch auf eine erfolgreiche Beratung beim Neugeborenenbesuch hin. Die typischen Unfallsituationen dagegen variieren mit dem Zugewinn von Aktionsmöglichkeiten des Säuglings und sind somit vom Neugeborenenhausbesuch (Fallen vom Wickeltisch) bis zum 12-Monatshausbesuch (Steckdosensicherung) immer wieder neu Anlass zum Aufgreifen dieses Themas.

Tabelle 6 Problemlagen der Familien (Mehrfachnennungen möglich)

Kindbezogene Probleme	Neugeb.- hausbesuch n=108	6 Monats- besuch n=140	12 Monats- besuch n=131
	in %	in %	in %
Stillen und Ernährung	33,3	41,4	23,7
Schreien	22,2	9,3	8,4
Schlafen	14,8	15,7	12,2
Pflege	12,0	8,6	16,0
Behinderung	4,6	3,6	3,8
Frühgeburt/Dystrophie	3,7	3,6	2,3
V. a. gestörte Kindbezieh.	1,9	0,7	0,8
V. a. Entwicklungsverzög.	0,0	2,1	3,1

Elternbezogene Probleme	Neugeb.- hausbesuch n=108	6 Monats- besuch n=140	12 Monats- besuch n=131
	in %	in %	in %
Isolation	10,2	7,1	7,6
Familiäre Probleme	5,6	10,7	8,4
Überforderung	9,3	7,9	3,1
Materielle Probleme	4,6	4,3	9,2
Behinderung	1,9	5,7	3,8
Bereits fremdplatziertes Kind	2,8	0,0	1,5
Drogen-/ Alkoholsucht	0,0	0,7	0,8
Seelische Erkrankung	0,0	0,0	0,8

Hauhaltsbezogene Problem	Neugeb.- hausbesuch n=108	6 Monats- besuch n=140	12 Monats- besuch n=131
	in %	in %	in %
Unfallgefährdung	8,3	12,9	9,2
Risiken Plötzlicher Kindstod	10,2	4,3	2,3
Hygiene	3,7	2,9	1,5



## Wer unterstützt die Familien?

Aus Tabelle 7 ist zu entnehmen, dass Eltern mit Neugeborenen in erster Linie Unterstützung durch Verwandte erhalten. Nur jede zweite Familie erhält Unterstützung aus dem Freundeskreis. Nachbarn spielen zumindest in den hier einbezogenen Wohnquartieren eine recht marginale Rolle.

Tabelle 7 Unterstützung der Familien zum Zeitpunkt des Neugeborenenbesuchs

Unterstützung durch	Verwandte		Freunde		Nachbarn	
	n=	in %	n=	in %	n=	in %
ja	84	77,8	54	50,0	13	12,0
nein	21	19,4	44	40,7	78	72,2
keine Angabe	3	2,8	10	9,3	17	15,7
Total	108	100,0	108	100,0	108	100,0

Im Laufe weiterer Evaluation des Programms sollte der Frage nachgegangen werden, inwieweit die geringe nachbarschaftliche Unterstützung auch als Defizit angesehen wird, und auf welche Bereiche sich ggf. Unterstützungswünsche beziehen. Aus den Erkenntnissen könnte ggf. ein Programm zur Aktivierung nachbarschaftlicher Hilfe konzipiert werden.

## Zusammenfassende Beurteilung von Kindesversorgung und –Entwicklung

Ingesamt ergibt die Einschätzung der Qualität der Versorgung des Kindes und seines unmittelbaren Lebensumfeldes, soweit dies die punktuellen Eindrücke während der drei Hausbesuche zulassen, ein erfreuliches Bild: Für rund 85% der Kinder konnten die Beraterinnen ein gutes bis sehr gutes Umfeld bzw. Versorgungsniveau konstatieren. (Zu den zugrundeliegenden Dimensionen der Beobachtung vgl. die einschlägigen Folien in der Anlage).

Tabelle 8 Bewertung des kindlichen Umfelds und Versorgungsniveaus

Einschätzung Umfeld, Versorgung	Neugeb.- hausbesuch n=108	6 Monats- besuch n=140	12 Monats- besuch n=131
	in %	in %	in %
Keine Angabe	0,0	0,0	3,1
gut / sehr gut	83,3	85,0	87,8
Befriedigend / ausreichend	0,9	4,3	9,2
Mangelhaft / ungenügend	15,7	10,7	0,0
Total	100,0	100,0	100,0

Eine mangelhafte bis ungenügende Situation wurde beim Neugeborenenbesuch in 15,7%, beim 6-Monatsbesuch in 10,7% und beim 12-Monatsbesuch in keinem





Fall mehr festgestellt. Es zeigt sich hier eine bemerkenswerte Stabilisierung der Verhältnisse, die ihre Entsprechung im Anwachsen der als befriedigend/ ausreichend beurteilten Familiensituationen findet.

Tabelle 9 Bewertung von Gedeihen und Entwicklung

<b>Gedeihen, Entwicklung</b>	Neugeb.- hausbesuch n=108	6 Monats- besuch n=140	12 Monats- besuch n=131
	in %	in %	in %
Keine Angabe	0,0	4,3	2,3
gut / sehr gut	89,8	88,6	87,8
Befriedigend / ausreichend	1,9	5,0	9,9
Mangelhaft / ungenügend	8,3	2,1	0,0
Total	100,0	100,0	100,0

Noch günstiger stellt sich die Lage hinsichtlich der zusammenfassenden Beurteilung von Gedeihen und Entwicklung der Kinder dar: In rund 88% der Fälle wurde über die drei Besuchszeitpunkte hinweg die Entwicklung und das Gedeihen als gut oder sehr gut eingeschätzt. Mangelhaftes / ungenügendes Gedeihen war hier bereits beim Neugeborenenbesuch nur bei 8,3% festgestellt worden. Auch hier fand sich zum 12-Monatsbesuch kein Kind mehr in dieser Kategorie wieder. Bekanntlich schlägt sich nicht jede unzureichende Versorgungssituation in einer beeinträchtigten Entwicklung der Säuglinge nieder (vgl. Resilienzdiskussion).

### **Wie kommen die Hausbesuche an?**

Für den vorliegenden Bericht wurde, um die Akzeptanz des Angebots annähernd zu erfassen, auf die Einschätzung der Beraterinnen über die beim Hausbesuch herrschende Atmosphäre zurückgegriffen.

Tabelle 10 Atmosphäre beim Hausbesuch

<b>Atmosphäre</b>	Neugeb.- hausbesuch n=108	6 Monats- besuch n=140	12 Monats- besuch n=131
	in %	in %	in %
Keine Angabe	0,0	4,3	2,3
Eher freundlich	93,5	90,0	95,4
Neutral	6,5	5,7	2,3
Eher unfreundlich	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0

Tabelle 10 weist das Ergebnis aus. Bei aller Vorsicht der Interpretation sprechen die Angaben für sich und gewinnen auf dem Hintergrund, dass nach Hausbesu-



chen bislang keinerlei kritische Anmerkungen oder gar Beschwerden vorgebracht worden sind, zusätzliches Gewicht.

Für die Folgeevaluation ist unter anderem eine Kurzbefragung von Frauen nach dem 12-Monatsbesuch zur Bewertung des häuslichen Beratungsangebotes vorgesehen.

### Veranlassungen im Kontext der Beratungen

Nur wenige Beratungsinhalte, bspw. Empfehlungen zur Minimierung der Risiken für den plötzlichen Kindstod oder Erläuterungen der Ursachen und Folgen eines Schütteltraumas sind fixe Bestandteile der Hausbesuche. Überwiegend richten sich die Beratungsschwerpunkte nach den von den Müttern vorgetragenen Problemen bzw. den von der Beraterin erkannten Schwierigkeiten in der Versorgung des Kindes oder im kindlichen Umfeld. Darüber hinaus gehende Veranlassungen sind in Tabelle 11 gelistet. Zu einer Ergänzungsberatung, d.h. einem zweiten Hausbesuch zu demselben Beratungszeitpunkt kommt es nur selten, seltener auch als im Konzept angenommen. Ob dies der Bedarfslage entspricht oder eher mit der Ressourcensituation zusammenhängt, lässt sich derzeit noch nicht beurteilen.

Tabelle 11 Eingeleitete Maßnahmen

Maßnahmen	Neugeb.- hausbesuch n=108	6 Monats- besuch n=140	12 Monats- besuch n=131
	in %	in %	in %
Keine	(90,7)	49,4	73,2
Ergänzungsberatung	2,8	2,1	3,1
Einverständliche Vermittlung in ergänzende Angebote	(4,6)	47,1	23,7
Im Einverständnis Mitteilung an JA über Unterstützungsbedarf	0,9	1,4	0,0
Ohne Einwilligung Mitteilung an JA wg. Zweifel am Kindeswohl	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0

Beim 6-Monats- und 12-Monatsbesuch unerwartet hoch dagegen ist die Quote der einverständlichen Vermittlung in meist wohnquartiernahe Angebote, die den aktuellen Bedürfnislagen der Mütter entsprechen (z. B. Angebote der Häuser der Familie, von Gesundheitstreffen oder auch Angebote der Kirchengemeinden). Die Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern im Beratungsprogramm sind gehalten, sich ständig über alle Angebote für Schwangere und junge Familien in ihrem Zuständigkeitsbereich kundig zu machen. Da das Konzept bei den Kooperationspartnern außerordentlich günstig aufgenommen wurde, setzen auch diese selbst das Gesundheitsamt von Angebotsänderungen in Kenntnis. Was „Vermitt-

lung“ hier meint, ist heterogen und reicht von der Aushändigung eines Infos bis hin zur (einverständlichen) Anmeldung der Klientin durch die Beraterin bei einem weiterführenden Angebot. Die geringe Zahl der „Vermittlungen“ beim Neugeborenenhausbesuch ist ein Artefakt, die Anleitung zur Dokumentation war zunächst missverständlich.

Eine Mitteilung an das Jugendamt über jugendhilferelevante Unterstützungsbedarfe war, wie die Tabelle zeigt, dagegen nur in wenigen Fällen erforderlich und erfolgte ausschließlich im elternseitigen Einverständnis.

Insgesamt dürfte das Programm positive Langfristwirkungen insbesondere über den hohen Anteil von Vermittlungen in weiterführende Angebote aufgrund frühzeitig erkannter Problemlagen der Familien entfalten. Hier werden auch in vollem Umfang die mit dem Konzept verknüpften Erwartungen an quartiersbezogene Vernetzungsleistungen erfüllt. Die eingangs beschriebene Durchführung von TippTapp als Querschnittsaufgabe der Schwestern in den dezentral arbeitenden Stadtteilteams des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes stellt diesbezüglich wohl die entscheidende Rahmenbedingung dar.

### **Ausblick und Resümee**

Die Arbeitsergebnisse des Programms in der Alltagspraxis werden erweisen, ob seine Effizienz noch steigerungsfähig ist.

Gedacht ist hier zunächst an eine Erhöhung der Beteiligungsquote der Zielgruppe, eventuell könnte eine positive Mundpropaganda über die häusliche Beratung sich diesbezüglich günstig auswirken. Wie realistisch eine solche Erwartung ist, kann möglicherweise die bereits angesprochene „Kundenbefragung“ klären. Augenmerk wird auch auf die zwar kleine, aber doch Ressourcen verbrauchende Gruppe derjenigen Haushalte zu richten sein, die wegen fehlender Terminabsage die Hausbesucherinnen zu frustrierten Wegen zwingen.

Die weitere Erschließung problembehafteter Wohnquartiere (Grohn, Huckelriede) durch das Projekt ist vor allem eine Frage der zur Verfügung gestellten Ressourcen.

Mit Blick auf die aktuelle Quote zustande gekommener Hausbesuche und die diese betreffende Datenlage kann aber bereits jetzt resümiert werden, dass nach einer sehr intensiven Vorbereitungsphase die Implementation des neuen Arbeitsfeldes im gesundheitlichen Kinderschutz insgesamt nicht nur problemlos und konfliktfrei, sondern erfolgreich verlief:

- **Das Projekt steht in der guten Tradition des ÖGD, sich der Dialektik von Fürsorge und Kontrolle zu stellen.**
- **Es erreicht bevorzugt sozialbenachteiligte Zielgruppen, ohne die einzelnen Gruppenzugehörigen zu stigmatisieren.**



- **Das Projekt stellt einen vergleichsweise kostengünstigen Beratungsansatz im Hochrisikomilieu dar, obwohl das Projekt primär aufsuchend arbeitet.**
- **Es schließt eine Lücke bei der Erkennung jugendhilferelevanter Problemlagen und deren Zuweisung an etablierte Angebote der Jugend- und Gesundheitshilfe.**
- **Es erfüllt die Türöffnerfunktion, die im aktuellen Jugendhilfediskurs den elternseitig meist positiv bewerteten Gesundheitsberatungsangeboten zugeschrieben wird.**
- **Es stimmt mit Vorgaben der Obersten Landesjugend- und Gesundheitsbehörden überein: Vorhandene Strukturen müssen effektiver genutzt, „Gehstrukturen“ für bestimmte Zielgruppen verstärkt und Hilfen für junge Familien besser vernetzt werden.**

Anhang