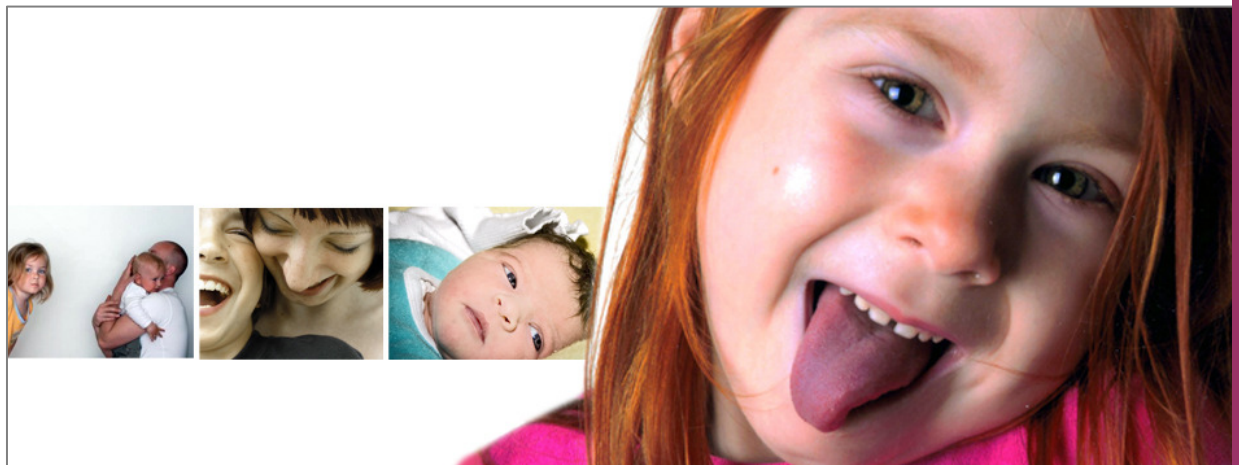


2008-2009

Dienst für Kind und Familie

TÄTIGKEITSBERICHT



EINLEITUNG

Die Familie ist mehr denn je ein wichtiger Grundpfeiler der Gesellschaft. In dieser Umgebung verbringen wir die meiste Zeit und (er-)leben Beziehungen, Freude und Konflikte. Familie gibt Stabilität und Sicherheit in Zeiten vielfältiger Belastungen.

Der Dienst für Kind und Familie (DKF) begleitet Eltern beim Einstieg in das spannende Abenteuer Familie. Und zwar von Anfang an:

Der Auftrag des DKF lautet „Unterstützung von Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren“. Größere Kinder können ebenfalls Anlass für eine Intervention des DKF sein, wenn sich aus der Betrachtung der Familie in ihrer Gesamtheit ein Bedarf ergibt. Auch die Art und Weise, in der die Eltern ihre Partnerschaft leben, hat deutlichen Einfluss auf das Lebensumfeld der Kinder. Schwierigkeiten in der Partnerschaft können daher gegebenenfalls Gegenstand der Arbeit des DKF sein.

Die Gesundheit der Säuglinge ist nach wie vor unser Einstiegsthema bei den Familien. Gesundheitsförderung und Prävention sind somit das Fundament unserer Arbeit.

Der DKF bietet darüber hinaus durch Beratung, Begleitung und Gespräche Familienunterstützung an. Ein Mehrwert für die Familien entsteht durch die vernetzte Arbeit mit anderen Diensten.

Die DKF-Beraterinnen spüren bei vielen Familien eine hohe finanzielle Belastung. Sei es durch Arbeitslosigkeit oder durch hohe Lebenshaltungskosten - die Familien geraten schneller denn je in die Schuldenfalle. Die Eltern müssen mit ihren Kindern gemeinsam lernen, mit den Verführungen unserer Konsumgesellschaft umzugehen. Außerdem werden Familien in der heutigen Zeit als Werbezielgruppe mit Informationen überflutet. Deshalb unterstützt der DKF die Eltern auch bei diesem Thema mit fachlicher und unabhängiger Beratung zu den Fragen „Was ist gut für mein Baby?“; „Was benötigt es für eine gesunde Entwicklung?“. Manchmal bedeutet das auch „weniger ist mehr“.

Die Tatsache, dass der DKF **alle** Familien aufsucht, ist ein Schlüsselement für die erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Familien. Damit wird eine Stigmatisierung von bestimmten Familien mit sozialen und/oder finanziellen Auffälligkeiten vermieden.

Die Erreichbarkeit des Dienstes ist hierbei von großer Bedeutung. Deshalb wurden die Telefonsprechstunden und zum Teil auch die Beratungszeiten in den Vorsorgestellen den Bedürfnissen der Eltern angepasst.

Der DKF passt sich den gesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahre an. Die kulturellen und sozialen Gegebenheiten werden auch in der Deutschsprachigen Gemeinschaft vielschichtiger, bunter... Die Betreuung von Familien mit Migrationshintergrund, Einwanderern und Asylanten stellt den DKF vor neuen Herausforderungen. Zum kulturellen Unterschied kommt manchmal eine Lebensgeschichte hinzu, die von Traumata wie Flucht, Vertreibung, Gewalt ... gekennzeichnet ist.

Ein weiteres Themenfeld, welches beim DKF mehr und mehr an Bedeutung gewinnt, ist die Erziehungsberatung. Das Wegbrechen traditioneller Werte und die Flut der vielfältigen Informationen zu verschiedenen Erziehungsstilen und zum Umgang mit Kindern verunsichert die Eltern. Der Platz der Kinder in den Familien hat sich verändert und viele kleine Familien fokussieren sich stark auf das oder die Kind(er). Auch aus diesem Grund bietet der DKF allen Eltern mit zweijährigen Kindern bei Bedarf Erziehungsberatung an.

Dieser Tätigkeitsbericht liefert einen Überblick über die tägliche Arbeit der Beraterinnen und Ärzte des DKF. Dahinter verbergen sich zahlreiche Familienfreuden, Einzelschicksale, Sorgen und Schwierigkeiten.

Um die Durchführung unseres Auftrages zu bewerten und dem Bedarf der Familien anzupassen, erfassen wir zudem Zahlenmaterial. Diese Daten stellen die aktuelle Situation von Familien im gesellschaftlichen Zusammenhang dar und sind diesem Tätigkeitsbericht beigefügt.

Durch die kontinuierliche Auswertung unserer Tätigkeit wird der Bedarf für neue Initiativen erfasst. So können bedarfsgerechte Angebote erarbeitet und umgesetzt werden. Diese Angebote und Maßnahmen werden entweder durch den Dienst für Kind und Familie oder in Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern in der Deutschsprachigen Gemeinschaft organisiert.

Doris Falkenberg,
Dienstleiterin des DKF

1. UNSER LEITBILD.....	4
2. DIE GEBURTEN IN DER DG.....	5
2.1. Geburtenzahlen und Entbindungsort pro Gemeinde	5
2.2. Die Geburtenrate in der Deutschsprachigen Gemeinschaft	7
3. DIE AKZEPTANZ DES DIENSTES IN DER BEVÖLKERUNG	9
4. DATEN ZU MUTTER UND KIND	12
4.1 Daten in Bezug auf die Entbindung	12
4.2. Die Nationalität der Mütter	13
4.3. Das Alter der Mütter	16
5. DIE AUFGABENFELDER DES DKF.....	20
5.1. Die verschiedenen Arbeitsfelder der Beraterinnen.....	20
5.2. Die Organisation der Kleinteams	22
5.3. Die Hausbesuche und die telefonische Beratung.....	22
5.4. Die Untersuchungen in den Vorsorgestellen	25
5.5. Die Impfungen in den Vorsorgestellen.....	28
5.6. Sehtests in den Vorsorgestellen	32
5.8. Der Fonds für Schwangere in Notsituationen.....	35
5.9. Die Familien mit hohem Begleitbedarf.....	40
6. STILLEN: JEDER TROPFEN ZÄHLT!	47
7. NEUE PROJEKTE UND ZIELSETZUNGEN.....	51
7.1. Stillförderung und Stillberatung.....	51
7.2. Das Projekt zur Prävention von Übergewicht bei Kleinkindern	52
7.3. Der Body-Maß-Index	54
8. DIE ZUSAMMENARBEIT MIT ANDEREN DIENSTEN	56
8.1. Die PMS- und Gesundheitszentren	56
8.2. Der Jugendhilfedienst (JHD)	56
8.3. Der Jugendgerichtsdienst (JGD)	57
8.4. Die öffentlichen Sozialhilfezentren (ÖSHZs)	57
8.5. Das Medienzentrum der DG	57
7.6. Die Frühhilfe Ostbelgien	57
8.7. Die Frauenliga	58
8.8. Die Krankenhäuser in der DG.....	58
8.9. Das Perinatale Zentrum (PZ)	59
9. ZUKUNFTSVISIONEN DES DKF.....	61
10. INTERNE ORGANISATION & FINANZIELLER BERICHT	62
10.1. Die Ausgaben des DKF	62
10.2. Die Vorsorgestellen.....	63
10.3. Das Personalverzeichnis der DKF-Beraterinnen 2008-2009	64

1. UNSER LEITBILD

Der DKF ist ein Dienst der Deutschsprachigen Gemeinschaft, der sein Angebot auf die Bedürfnisse der Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren abstimmt und seine Dienste ohne Wartezeiten und Kosten den Familien zur Verfügung stellt.

Das erste Ziel des DKF besteht darin, einen gesundheitsfördernden Lebensstil der schwangeren Frauen, der Kinder und der Familien zu unterstützen, um die optimale Entwicklung aller Kinder, insbesondere der chancenärmeren, auf gesundheitlicher und emotionaler Ebene zu fördern und ihre Persönlichkeitsentwicklung zu stärken.

Aus gesundheitlicher Sicht erfüllt der DKF zentrale Aufgaben. Unter anderem gewährleistet er den Impfschutz von Säuglingen und Kleinkindern und sorgt durch die Organisation regelmäßiger Untersuchungen bereits im frühesten Lebensalter für das Feststellen von Erkrankungen, die bei fehlender Früherkennung zu Langzeitschäden führen könnten.

Ein weiteres Ziel ist es, die Kompetenzen der Familien und das Selbstvertrauen der Eltern in ihre Erziehungsfähigkeit zu stärken. Dieser Bereich hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen, sind doch viele Eltern im Zeitalter der totalen medialen Information mit dem ihnen zur Verfügung gestellten Wissen verunsichert. Das innerhalb einer Familie übermittelte Wissen kann durch die Zersplitterung der Familienstrukturen nicht mehr so zum Tragen kommen, wie in der Vergangenheit.

Der DKF begegnet allen Familien offen und bietet eine Begleitung an, die bei der jeweiligen Lebenssituation der gesamten Familie ansetzt.

2. DIE GEBURTEN IN DER DG

Anhand unten angeführter Dokumente erfasst der DKF die Situation der Neugeborenen in der DG:

- Geburtsbescheide für die in Belgien geborenen Kinder, die bereits im jeweiligen Krankenhaus ausgefüllt werden,
- Registrierung der anderen Geburten aus den jeweiligen Gemeinderegistern,
- Erstellung einer Statistik, die jeweils pro Geburt 3,5 bis 6 Monate nach der Entbindung durch die Beraterinnen ausgefüllt wird.

2.1. Geburtenzahlen und Entbindungsort pro Gemeinde

Nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der registrierten Geburten pro Gemeinde:

Gemeinde	2005	2006	2007	2008	2009
Eupen	170	179	180	175	178
Kelmis	85	79	78	96	97
Lontzen	51	57	41	53	59
Raeren	101	70	98	92	100
St. Vith	91	73	74	95	76
Amel	44	50	46	59	73
Bütgenbach	63	70	43	54	66
Büllingen	53	66	42	42	56
Burg-Reuland	45	41	36	31	35
TOTAL	703	685	638	697	740

Zurzeit zeigt sich wieder eine positive Entwicklung der Geburtenzahlen. Seit 80er Jahre ist ein rapider Rückgang der Geburtenzahlen von damals noch fast 1.000 Geburten pro Jahr zu verzeichnen. Dieser Negativtrend scheint vorerst gestoppt: Erstmals ist die Zahl der Geburten in 2009 wieder auf dem Stand des Endes der neunziger Jahre. Es bleibt abzuwarten, ob dieser Trend sich in den kommenden Jahren fortsetzt.

In der nächsten Tabelle werden die Geburten pro *Geburtsort* angegeben. Der Großteil der Kinder in der Deutschsprachigen Gemeinschaft wird in den beiden Krankenhäusern der DG geboren, d.h. in Eupen und in St. Vith.

Im Grenzgebiet, vor allem in Raeren und Kelmis, werden die meisten Kinder der in Deutschland versicherten Grenzgänger in der BRD geboren.

Da der DKF keine Geburtsbescheide von ausländischen Familien erhält, sind der Geburtsort und auch andere wichtige Angaben wie z.B. das Alter der Mutter, die Nationalität usw. nicht bekannt. Diese werden daher für die nachfolgenden Statistiken unter ‚Ausland‘ oder ‚unbekannt‘ eingetragen.

Geburtsort 2008								
Familie wohnhaft in:		Eupen	St. Vith	Malmedy	anderes KH in Belgien	Ausland / unbekannt	Zuhause	Gesamt
		Eupen	147			17	11	
	Kelmis	52			5	38	1	96
	Raeren	39			3	49	1	92
	Lontzen	34			6	13		53
	St. Vith		73	15	6	1		95
	Amel	3	39	11	5	1		59
	Büllingen	3	29	7	1	2		42
	Bütgenbach	5	24	21		4		54
	Reuland		24	7				31
		283	189	61	43	119	2	697

Geburtsort 2009								
Familie wohnhaft in:		Eupen	St. Vith	Malmedy	anderes KH in Belgien	Ausland / unbekannt	Zuhause	Gesamt
		Eupen	146			14	17	1
	Kelmis	55			5	36	1	97
	Raeren	47			1	50	2	100
	Lontzen	38	1		10	9	1	59
	St. Vith		67	7	1	1		76
	Amel	1	60	9	2	1		73
	Büllingen	5	35	11	1	3	1	56
	Bütgenbach	4	34	19	5	4		66
	Reuland		25	8	2			35
		296	222	54	41	121	6	740

Anmerkung: Die hier aufgeführten Geburten werden anhand der ausgestellten Geburtsbescheide und laut Angaben der Gemeinden aufgelistet. Aufgrund der unterschiedlichen Registrierungsfristen der Gemeinden können die **offiziellen Geburtenzahlen**, die aus Datenschutzgründen noch nicht bekannt sind, hiervon abweichen.

Der Anteil der Kinder, die in Malmedy geboren werden, ist sehr schwankend. In 2006 wurden 70 Kinder und im Jahr 2007 lediglich 33 Kinder von Eltern, die in der DG wohnen, in Malmedy geboren.

Durch die relativ geringe Einwohnerzahl bzw. Geburtenzahl in der DG ist eine Interpretation dieser Statistik wenig aussagekräftig. Fakt ist, dass der Wohnort der Eltern und die Wahl des Gynäkologen eine Rolle spielt.

Die Geburten der Asylbewerber und der Familien ohne legale Aufenthaltsgenehmigung werden *nicht* in die Gemeinderegister eingetragen¹. Diese Familien werden uns nicht von den Gemeinden, sondern von den Gynäkologen, Krankenhäusern ... gemeldet und erhalten wie alle anderen Familien eine sozio-medizinische Betreuung durch den DKF.

In 2008 hat der DKF **13** Familien von Asylbewerbern in Manderfeld begleitet, in 2009 waren es **14** Familien.

Ab 2010 werden die Geburten und die Betreuungen der Kinder bis zu drei Jahren aus dem Asylbewerberheim Eupen „Belle Vue“ hinzukommen.

2.2. Die Geburtenrate in der Deutschsprachigen Gemeinschaft

In ganz Europa sinken die Geburtenraten², Belgien ist hier keine Ausnahme.

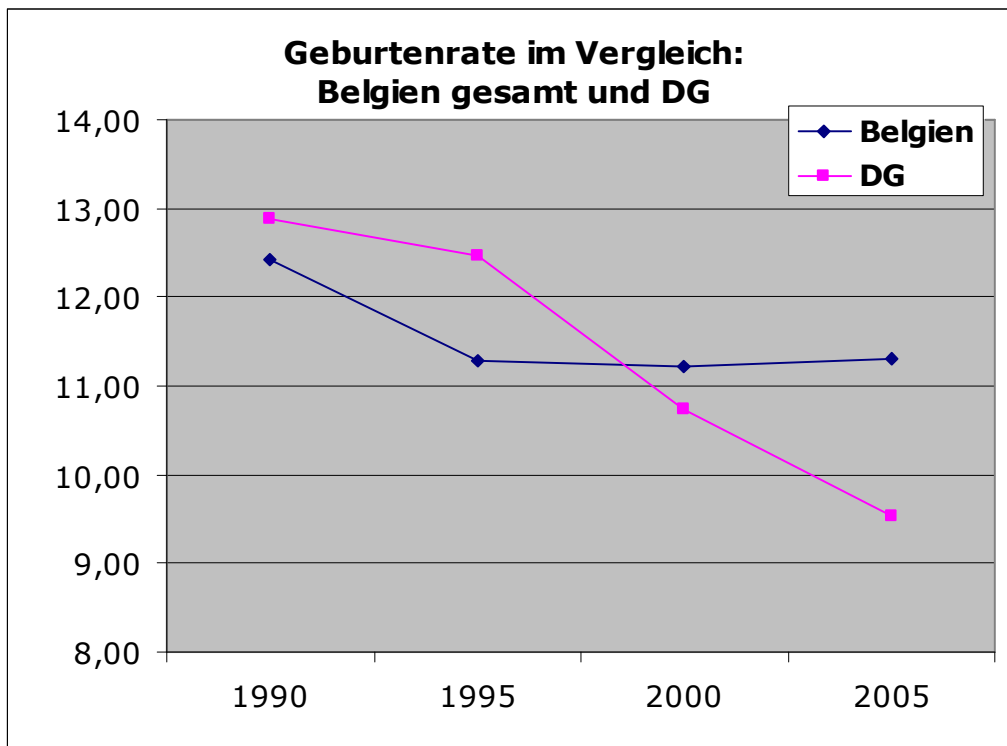
Im Vergleich zur restlichen Bevölkerung Belgiens ist die Geburtenrate in der DG am niedrigsten. Eine Erklärung hierfür ist vielleicht der höhere Anteil ausländischer Bevölkerung in den anderen Landesteilen; dort wird die Geburtenrate durch Zuwanderung stabilisiert.

Die Geburtenrate Belgiens im Vergleich zur DG:

Jahr	1990	1995	2000	2005
Belgien	12,42	11,28	11,22	11,30
DG	12,88	12,46	10,74	9,53

² Die Geburtenrate ist ein Fachausdruck der Demografie, mit dem die Anzahl Lebendgeborener pro Jahr bezogen auf 1.000 Einwohner angegeben wird.
Für das Jahr 2008 und 2009 sind aus nationalen Datenschutzgründen leider keine offiziellen Angaben vorhanden.

Der Vergleich in der grafischen Darstellung:



Für die DG hat der DKF 2009 einen leichten Anstieg der Geburten festgestellt. Der europäische Durchschnitt der Geburtenrate liegt in 2009 bei 10,7 Geburten. Belgien bildet mit den letzten vorliegenden Zahlen aus 2005 (11,3) im europäischen Vergleich also nicht das Schlusslicht.

Die Liste führt in 2008 Irland mit 16,8 Geburten pro 1.000 Einwohner vor Großbritannien mit 12,8 Geburten und Frankreich mit 12,7 Geburten an.

3. DIE AKZEPTANZ DES DIENSTES IN DER BEVÖLKERUNG

Die Betreuung einer Familie beginnt in der Regel mit einem ersten Hausbesuch bei der Familie und ihrem Neugeborenen. Oftmals treffen wir bei den ersten Hausbesuchen auch die Väter an. Durchschnittlich wird jede Familie ca. 4 Mal zuhause aufgesucht.

Ab dem Alter von 2 Monaten können die Eltern regelmäßig zur Vorsorgestelle kommen.

Die meisten Familien besuchen die Vorsorgestelle in ihrer Nähe. Manche Familien ziehen es vor, nicht die Vorsorgestelle aufzusuchen, sondern wünschen nur Hausbesuche (Zeitmangel, mangelnde Mobilität, ...) oder suchen die Vorsorgestelle der Nachbargemeinde auf, die leichter zu erreichen ist.

Von 2006 bis 2009 betreute der DKF die folgende Anzahl Familien der im jeweiligen Jahr geborenen Kinder:

- 2006: 600 von 685 Familien (88 %)
- 2007: 618 von 638 Familien (90 %)
- 2008: 577 von 697 Familien (83%)
- 2009: 626 von 740 Familien (85%).

Zusätzlich betreut der DKF Familien, die *nicht* in obigen Tabellen aufgeführt werden. Gründe hierfür sind:

- Familien aus dem Asylantenwohnheim, die nicht im Geburtsregister eingetragen werden,
- Familien mit (mehreren) kleinen Kindern, die illegal in Belgien sind,
- Familien, die zum Zeitpunkt der Registrierung der Geburt des Kindes noch nicht in der DG wohnten,
- Familien aus den frankophonen Randgemeinden, die aufgrund von Sprachschwierigkeiten nicht die ONE nutzen möchten,
- Familien, die einen hohen Betreuungsbedarf haben und über mehrere Jahre begleitet werden müssen bzw. die Familien, deren Kinder am Ende des Jahres geboren werden.

In 2008 waren dies zusätzlich 136 Familien: **der DKF hat in 2008 insgesamt 713 verschiedene Familien betreut.**

In 2009 waren dies zusätzlich 124 Familien: **der DKF hat in 2009 insgesamt 750 verschiedene Familien betreut.**

Da die Beraterinnen für jede Familie mit Kindern bis 3 Jahren erreichbar sind, werden nicht nur die im jeweiligen Jahr geborenen Kinder betreut (siehe auch Seite 42 und 43).

Auf der nachfolgenden Seite wird die Inanspruchnahme des Dienstes detailliert verdeutlicht:

2008	Eupen	Kelmis	Raeren	Lontzen	St. Vith	Amel	Büll.	Bütg.	Reuland	Total	in %
Beratungsstelle	131	61	36	30	82	50	8	41	28	467	67%
DKF andere Gemeinde	1	0	2	1	0	2	30	0	1	37	5%
Nur Vorsorge ohne HB	1	0	0	0	0	0	0		0	1	0%
Privat mit einem Besuch	6	1	5	1	2	0	0	0	1	16	2%
Nur Hausbesuche	11	0	9	6	9	5	4	8	1	53	8%
Kind verstorben	1	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0%
Total mit DKF	151	62	54	38	93	57	42	49	31	577	83%
Kein Kontakt zum DKF	24	34	38	15	2	2	0	5	0	120	17%
Total Geburten	194	97	108	60	106	64	46	62	33	697	100%

2009	Eupen	Kelmis	Raeren	Lontzen	St. Vith	Amel	Büll	Bütg.	Reuland	Total	in %
Beratungsstelle	139	60	43	37	66	68	9	61	28	511	69%
DKF andere Gemeinde	1	0	1	4	3	2	42	1	5	59	8%
Nur Vorsorge ohne HB	1	2	1	0	1	0	0	0	0	5	1%
Privat mit einem Besuch	5	2	3	3	1	0	1	0	0	15	2%
Nur Hausbesuche	16	1	3	4	4	2	3	1		34	5%
Kind verstorben	0	1	0	1	0	0	0	0		2	0%
Total mit DKF	162	66	51	49	75	72	55	63	33	626	85%
Kein Kontakt zum DKF	16	31	49	10	1	1	1	3	2	114	15%
Total Geburten	200	103	107	67	82	75	60	67	35	740	100%

4. DATEN ZU MUTTER UND KIND

Die Frauen aus Ostbelgien entbinden fast ausschließlich im Krankenhaus. Die Begleitung von freiberuflichen Hebammen nimmt jedoch auch in der DG zu. Einige Mütter entbinden ambulant oder verlassen nach kurzer Zeit das Krankenhaus. Die meisten Hausgeburten stammen von zugezogenen deutschen Müttern.

4.1 Daten in Bezug auf die Entbindung

Diese Daten werden anhand der Geburtsbescheide der belgischen Krankenhäuser ausgewertet. Die medizinischen Daten der im Ausland entbindenden Mütter sind unbekannt.

Daten zur Entbindung	2008	in %	2009	in %
Spontangeburt	363	52,0%	370	50,0%
Kaiserschnitt	137	19,6%	182	24,6%
Glocke	65	9,3%	74	10,0%
Zange mit Glocke	8	1,1%	5	0,7%
Daten unbekannt	22	3,3%	56	7,6%
vom DKF nicht gesehen	102	14,6%	53	7,2%
Total	697	100%	740	100%

Schmerzbehandlung bei der Entbindung	2008	in %	2009	in %
Ohne	125	17,9%	165	165
lokales Schmerzmittel	9	1,3%	10	10
Teilnarkose (peridural oder spinal)	409	58,6%	435	435
Vollnarkose	9	1,3%	14	14
Daten unbekannt	45	6,6%	63	63
vom DKF nicht gesehen	100	14,3%	53	53
Total	697	100,0%	740	740

2008 erhielten insgesamt 427 Frauen während der Entbindung eine Vollnarkose, eine Teilnarkose oder schmerzlindernde Mittel.

Laut medizinischer Auskunftsblätter haben im Jahr 2008 137 Mütter per Kaiserschnitt entbunden (19,7%), was natürlich eine Schmerzbehandlung erforderlich macht.

Wenn wir die Kaiserschnitte ausklammern, haben noch immer 290 Frauen, d.h. 51% der insgesamt 573 von uns erfassten Gebärenden ohne zwingende medizinische Ursache eine Teilnarkose (meist Periduralnarkose) in Anspruch genommen.

Dies lässt schlussfolgern, dass die natürliche Geburt immer mehr an Bedeutung verliert. Außerdem ist es eine Entwicklung des heutigen Zeitgeistes, schmerzfrei zu entbinden und den Geburtsschmerz nicht mehr als Teil eines natürlichen Prozesses zu betrachten.

In der Rubrik ‚Spontangeburt‘ stellen wir fest, dass im Jahr 2008 125 Frauen, d.h. 34%, ohne Schmerzmittel entbunden haben. Im Jahr 2009 waren es 44%, d.h. 165 der Frauen.

Der DKF versucht, durch das Fördern von Geburtsvorbereitungskursen zumindest eine optimale Information und Vorbereitung der werdenden Eltern zu bewirken und eventuell auch die Entwicklung zur natürlichen Geburt zu fördern.

4.2. Die Nationalität der Mütter

Auch in der DG steigt die Anzahl der verschiedenen Nationalitäten. Wir zählen mindestens 32 verschiedene Nationalitäten (siehe die beiden nächsten Seiten).

Bei den Geburten, zu denen die Angaben fehlen, handelt es sich meist um Mütter aus Deutschland, die in der Kategorie der Herkunftsländer nicht vertreten sind.

Wir wissen, dass die deutschen Frauen nahezu ausschließlich in Deutschland entbinden.

In 2008 waren 72,5 % der entbindenden Mütter belgischer Nationalität, in 2009 waren es 69,5 %.

Die Begleitung der ausländischen jungen Familien ist eine große Herausforderung. Es gilt, die kulturelle Identität zu respektieren und den manchmal sehr jungen Müttern und ihren Kindern optimal zu begleiten.. Bei sprachlichen Hindernissen begleiten Dolmetscher die Beraterinnen. Dem DKF ist es wichtig, die Integration dieser Familien und das Erlernen der deutschen Sprache zu fördern.

Untenstehend werden die verschiedenen Nationalitäten aufgelistet. In 2008 wurden Geburten von Müttern aus 31 Herkunftsländern registriert, in 2009 aus 36 Ländern.

2008	Eupen	Kelmis	Raeren	Lontzen	St. Vith	Amel	Büll.	Bütg.	Reuland	Total
Afghanistan		1								1
Amerika					2					2
Afrika							1			1
Albanien	1	2		2						5
Belgien	120	53	45	37	85	55	36	46	28	505
Bosnien		6	1							7
Brasilien								1		1
Deutschland	9	15	17			0	1		1	43
Estland			1							1
Georgien	1									1
Indien	1									1
Indonesien			1							1
Italien	1									1
Kamerun	1									1
Kenia								2		2
Kongo		2								2
Kroatien	1				1					2
Litauen						1				1
Luxemburg						1				1
Marokko	3	1					1			5
Montenegro	1									1
Nigeria		1								1
Pakistan	1									1
Peru					2					2
Philippinen	1									1
Rumänien	2		1							3
Russland	2		1				2		2	7
Thailand					2					2
Türkei	9	1	1	1		0				12
Tschetschenien	3	3				1		1		8
Vietnam						1				1
Unbekannt	17	14	24	13						76
	175	96	92	51	92	59	42	51	31	697

Anmerkung: Die Kurdinnen wurden der Türkei zugeordnet, da auf den Geburtsbescheiden der Krankenhäuser kein bestimmtes Land vermerkt wurde.

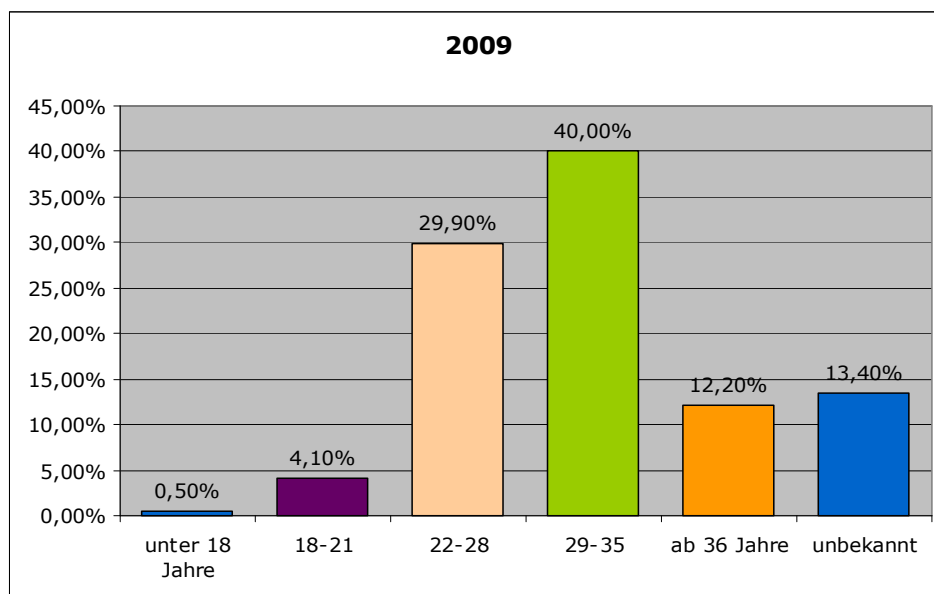
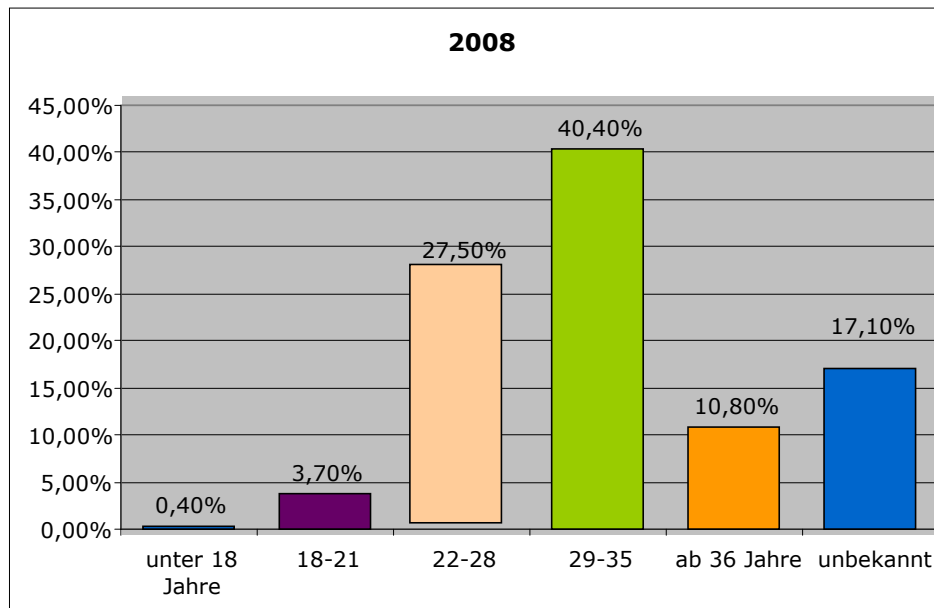
Amerika und Afrika: ohne nähere Bestimmung des Landes auf dem Geburtsbescheid.

Geburtsland unbekannt: Hierbei handelt es sich meist um Bürger aus der BRD, deren Daten dem DKF nicht übermittelt werden.

2009	Eupen	Kelmis	Raeren	Lontzen	St. Vith	Amel	Büll.	Bütg.	Reuland	Total
Afghanistan		1								1
Albanien	1				1					2
Afrika	1									1
Belgien	114	52	45	42	68	58	47	57	32	515
Bosnien	6		4							10
Brasilien				1						1
Deutschland	8	14	16	6	1	1	4	1	1	52
Frankreich	1			1						2
Honduras						1				1
Iran		1					1			2
Italien		1								1
Kamerun	1							1		2
Kasachstan				1						1
Kirgistan		1								1
Kongo			1	1						2
Kosovo	2		1							3
Kroatien					1					1
Madagaskar				1	1					2
Marokko	6	2		2		2		1		13
Mexiko	1									1
Montenegro									1	1
Niederlande		1		1		5				7
Nigeria		1								1
Pakistan	2	1								3
Polen						1	3	1		5
Ruanda		1								1
Rumänien	3		1				1			5
Russland	2									2
Serbien	8	1		1	1					11
Spanien	3									3
Syrien		1								1
Thailand		2								2
Türkei	8	2	1	2				1		14
Tschetschenien	6	4				1		1		12
Ungarn		1			1	1			1	4
Vietnam	1									1
unbekannt	4	10	31	2	2	1		3		53
	178	97	100	61	76	71	56	66	35	740

4.3. Das Alter der Mütter

Der Trend zur späten Mutterschaft setzt sich fort. In 2006 haben die meisten Frauen im Alter zwischen 25-29 Jahren entbunden, in 2008 und 2009 war die Gruppe der Mütter zwischen 29 und 35 Jahren am stärksten vertreten (40,4% und 40%).



Die Altersklassen in Zahlen:

2008	Total
unter 18 Jahre	3
18-21	26
22-28	191
29-35	281
ab 36 Jahre	75
unbekannt	119
	695

2009	Total
unter 18 Jahre	4
18-21	30
22-28	221
29-35	296
ab 36 Jahre	90
unbekannt	99
	740

Neben der Altersklasse der 29 bis 35-Jährigen werden auch bei den Spätgebärenden, d.h. Mütter ab 36 Jahren, immer mehr Geburten verzeichnet.

In 2008 war die älteste Mutter 44 Jahre alt, in 2009 war die Älteste 45 Jahre alt.

Die Zunahme der Spätgebärenden wird anhand folgender Tabelle verdeutlicht:

1995		
unter 18 Jahre	2	0,2%
18 bis 35 J. einschl.	756	92,6%
ab 36 Jahre	58	7,1%
	816	100%

2009		
unter 18 Jahre	4	0,5%
18 bis 35 J. einschl.	547	86,5%
ab 36 Jahre	90	12,2%
	641	576

Im Jahr 1995 waren 58 Frauen, d.h. **7,1%** aller Mütter in der DG 36 Jahre oder älter. Im Jahr 2009 liegt der Anteil bereits bei **12,2%**.

Ob die späte Mutterschaft zwangsläufig zu einer Senkung der Geburtenrate führt, ist schwer abzuschätzen.

Die Entwicklung der Teenagerschwangerschaften in der DG ist in den letzten Jahren nur leicht schwankend. Anbei ein Überblick:

	2005	2006	2007	2008	2009
Mütter unter 18 Jahren	5	5	4	3	4
Prozentual zu den Geburten	0,70%	0,85%	0,80 %	0,4%	0,5%

Viele Mütter sind bei der Entbindung gerade erst 18 Jahre alt. Sie sind dann als Teenagerschwangerschaft registriert, aber als Mutter volljährig.

So gab es in 2008 10 Teenager-Schwangerschaften, zum Zeitpunkt der Geburt waren nur noch drei Mütter minderjährig (die jüngste Mutter war 17 Jahre alt).

In 2009 gab es 9 Teenager-Schwangerschaften, zum Zeitpunkt der Entbindung waren noch 4 Mütter minderjährig (die Jüngste war 16 Jahre alt).

Die Jugendlichen haben heute einen leichten Zugangs zu Verhütungsmitteln (z.B. die kostengünstige Antibabypille bis 21 Jahren, Verkauf oder Verteilung von Kondomen im Jugendinformationszentrum und in den Jugendtreffs). Trotzdem gibt es immer wieder ungeplante Teenagerschwangerschaften.

Die DKF-Beraterinnen stellen fest, dass die sehr jungen Mütter versuchen durch die Schwangerschaft, ihre eigene Lebenssituation zu verbessern oder zu verändern. Die Schwangerschaft ist zwar nicht geplant, wird aber auch nicht verhindert.

Die Schwangerschaft dient als Lösung, was sich aber schnell als Trugschluss erweist. Der Betreuungsaufwand ist oft sehr hoch: von den neun Teenieschwangerschaften wurden sechs durch den Fonds für Schwangere in Notsituationen begleitet.

Besonders intensiv ist der Einsatz der DKF-Beraterinnen, wenn der familiäre Rückhalt für die junge Mutter fehlt oder die Partnerschaft nicht stabil ist.

4.4. Leicht steigende Gesamtfertilitätsrate (TFR)

Um die Frage zu klären, ob Frauen im Schnitt heute weniger Kinder als früher gebären, kann die Gesamtfertilitätsrate herangezogen werden (engl.: total fertility rate, TFR). Die Gesamtfertilitätsrate gibt an, wie viele Kinder eine Frau im Laufe ihres Lebens durchschnittlich bekommen würde. Diese Hochrechnung basiert auf der Annahme, dass die altersspezifischen Fruchtbarkeitsverhältnisse der betrachteten Bevölkerung gleich bleiben. Das nationale Planbüro hat diese Gesamtfertilitätsrate für 2000 bis 2007 errechnet.

Demnach steigt dieser Wert seit einigen Jahren leicht an. Lag die Gesamtfertilitätsrate in 2000 für die DG noch bei 1,68 Kindern, so erreichte sie 2007 bereits den Wert 1,84. Dies ist laut Nationalem Planbüro u. a. auf , das steigende Durchschnittsalter der Gebärenden zurückzuführen.

Die Gesamtfertilitätsrate steigt, weil die altersspezifische Fruchtbarkeit bei älteren Frauen stark angestiegen ist. Wie stark die Gesamtfertilitätsrate in Zukunft aufgrund dieses Phänomens der „Spätgebärenden“ ansteigen wird, ist schwer einzuschätzen³.

³ Quelle: www.dgstat.be, Demografiemonitor 2008 der Deutschsprachigen Gemeinschaft.

5. DIE AUFGABENFELDER DES DKF

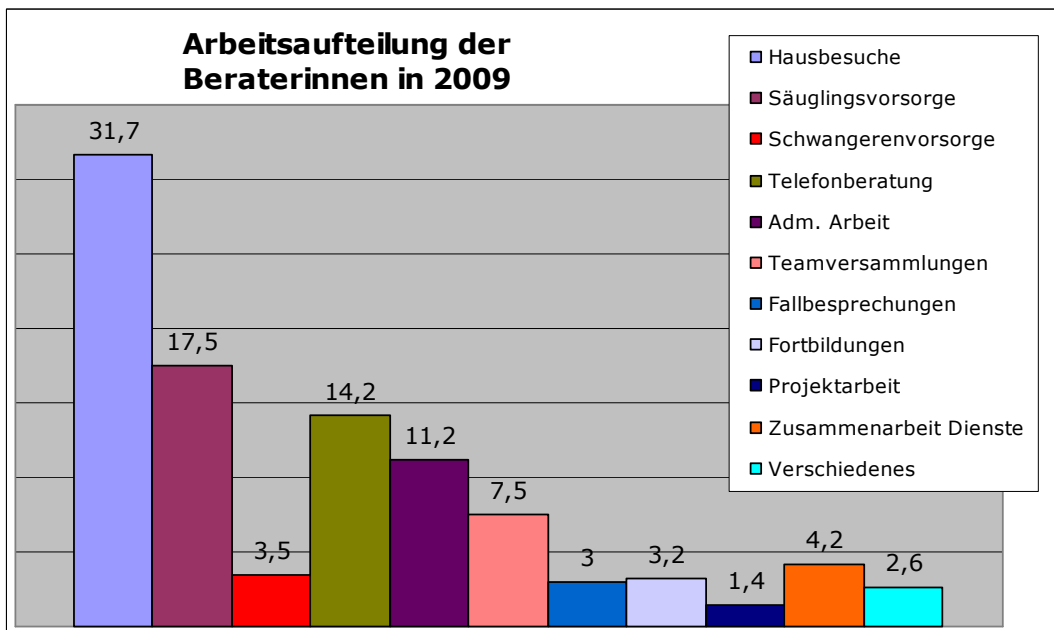
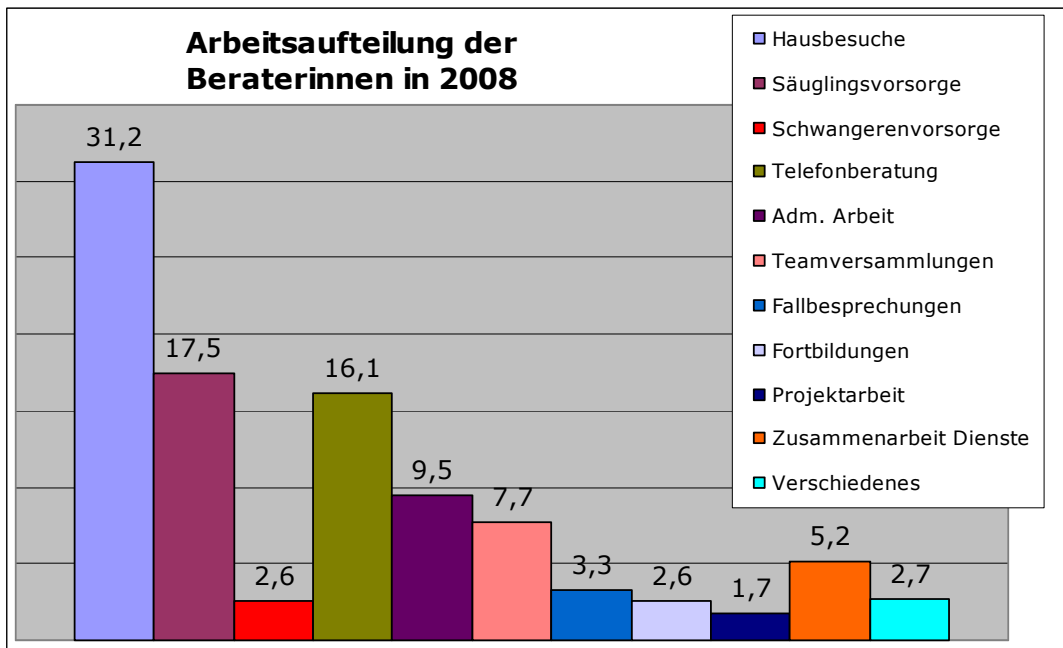
5.1. Die verschiedenen Arbeitsfelder der Beraterinnen

Der Dienst für Kind und Familie hat die spezifische Aufgabe, das Wohl jedes einzelnen Kindes und der jeweiligen Familie zu fördern. Der DKF erfüllt ein weites Aufgabenfeld für die Familien in der DG. Die Hauptaufgaben der DKF-Beraterinnen in 2008 und 2009:

- **Hausbesuche,**
- **Vorsorgeuntersuchungen** in Zusammenarbeit mit den Ärzten des DKF,
- **Tägliche Telefonsprechstunden,**
- **Besprechungen und Versammlungen:** Fallbesprechungen, Weiterbildungen, monatliche Teamversammlungen und individuelle Supervisionen,
- **Administrative Arbeit,**
- **Projektarbeit,**
- **Der Fonds für Schwangere in Notsituationen,**
- **Die Zusammenarbeit mit anderen Diensten** bezüglich problematischer Familien: Jugendhilfedienst, Jugendgerichtsdienst, Frühhilfe, KITZ, ÖSHZ usw...

Zusätzlich zu den Kernaufgaben erledigt jede Beraterin **individuelle Aufgaben, die ihrer Spezialisierung entsprechen (Tabelle siehe „Verschiedenes“)**:

- Betreuung der Geburtsvorbereitungskurse in St. Vith und Eupen,
- die Organisation der Eltern-Kind-Kurse im Perinatalen Zentrum bzw. die Zusammenarbeit mit verschiedenen Kursanbietern wie z.B. der Frauenliga,
- 2 x wöchentlich Kontaktaufnahme mit den jungen Müttern in den beiden Krankenhäusern in Eupen und St. Vith,
- Qualitätssicherung Stillen und Gesundheitsbeirat,
- die Anerkennung der selbstständigen Tagesmütter,
- die individuelle Beratung für Schwangere.



Aus den einzelnen Rubriken ist ersichtlich, dass **67,4%** bzw. **66,9%** der Arbeitszeit als unmittelbare Dienstleistung den Familien zugute kommt.

18,8/% bzw. 17,9% der Arbeitszeit fließt in die Entwicklung und Optimierung des Dienstes (Teamversammlungen, Fallbesprechungen, Weiterbildungen und Zusammenarbeit mit anderen Diensten). 13,9% bzw. 15,2% der Arbeitszeit wird für administrative Arbeiten benötigt.

5.2. Die Organisation der Kleinteams

In 2008 ist die neue, interne Struktur des Dienstes für alle verankert worden: fünf Kleinteams, eingeteilt in Team Kelmis, Team Eupen, Team Raeren, Team St. Vith und Team Bütgenbach, bilden die Basis für die Sektorenarbeit.

Die **Telefonberatung** durch die Mitarbeiterinnen ist in die Vorsorgestellen verlegt worden. Die Beratungszeiten wurden, im Vergleich zu 2005, deutlich erweitert und im Kleinteam aufgeteilt. Die Dienstleistung und Erreichbarkeit für den Kunden ist hierdurch erheblich verbessert worden. Ein positiver Nebeneffekt ist, dass die Beraterinnen durch die Anwesenheit in der Vorsorgestelle einander häufiger sehen und dadurch regelmäßiger miteinander kommunizieren. Außerdem ist die Trennung von privatem Bereich und Arbeitsplatz für die Beraterinnen klarer.

Die Kleinteams organisieren die Vertretungen für den Sektor und verteilen die Arbeit auf jedes Kleinteammitglied. Das erleichtert den Beratungsalltag enorm.

Die **Teambildung** ist ein Prozess des gemeinsamen Arbeitens, den jedes Team gestalten muss. So erarbeitet jedes Team Zielsetzungen und Formen der Kommunikation.

In 2008 wurden die letzten Vorsorgestellen mit **Laptops** ausgestattet, sodass die konstante Verbindung zu Ministerium/Intranet nunmehr gewährleistet ist.

Diese neuen Maßnahmen wurden in 2009 teilweise weiter verbessert, denn die Optimierung des Dienstes ist ein fortlaufender Prozess.

5.3. Die Hausbesuche und die telefonische Beratung

Falls die Mutter in Belgien entbunden hat, lernt sie bereits im Krankenhaus die DKF-Beraterin kennen. Die Mütter, die nicht in Belgien entbunden haben, erhalten einen Brief vom DKF oder die Mitarbeiterinnen statten den Müttern einen persönlichen Besuch ab.

In der Regel kann die DKF-Beraterin während des ersten Hausbesuches erfassen, ob mehrere Besuche erforderlich sind (z.B. bei Stillschwierigkeiten, bei Unsicherheiten der Mutter, ...). Die Anzahl der weiteren Hausbesuche entscheidet die Beraterin entsprechend des DKF-Risikoscreenings.

Nicht immer lassen sich alle Fragen der Eltern während der geplanten Hausbesuche klären. Denn mit einem Säugling gehören Überraschungen zum Alltag. Deshalb bietet jede DKF-Beraterin täglich zu festgelegten Zeiten eine telefonische Beratung an. Außerhalb dieser Zeiten nimmt ein Anrufbeantworter die Anfragen entgegen (siehe Liste der Beratungen im Anhang). Diese Beratung wird von den Eltern gern in Anspruch genommen: Sie entsprach in 2008 und 2009 16,1% bzw. 14,2% der gesamten Arbeitszeit.

Das **Themenfeld der telefonischen Beratung** ist sehr breit. Neben den zahlreichen Anrufen zwecks Terminänderung für Vorsorgeuntersuchungen bilden Anrufe zu unterschiedlichen Erziehungsinhalten (Schlafen, Essen, Grenzen setzen, ...) die zweite große Themengruppe.

Das Angebot der **Hausbesuche** ist unabhängig von der Tatsache, ob die ärztliche Betreuung in der Vorsorgestelle des DKF oder privat bei einem Haus- oder Kinderarzt geschieht. Mit dem Hausbesuch strebt der DKF eine medizinisch-soziale Beratung der Familien an. Der DKF unterstützt die Eltern bei der Aufgabe, ihr Kind zu erziehen und eine optimale gesundheitliche Entwicklung zu fördern.

Das Hauptziel besteht immer darin, die Eigenkompetenz der Familie zu fördern. Schwerpunktmäßig werden die meisten Hausbesuche bei Familien mit Kindern von 0 bis 1 Jahr geleistet.

Ausgehend von der Tatsache, dass die gesamte Dienstleistung des DKF auf Freiwilligkeit seitens der Eltern beruht, ist das Resultat beachtlich: Die Akzeptanz des Dienstes ist sehr hoch. Gerade bei den Hausbesuchen gewinnen die Mitarbeiterinnen des Dienstes für Kind und Familie - also Außenstehende - Einblick in die Privatsphäre der Eltern. Das Angebot des DKF wird in erster Linie als Hilfe angesehen und selten als Kontrolle. Der meist unbefangene Zugang zur Familie geschieht in den ersten Lebenswochen des Säuglings über die Themen Gesundheit und Ernährung.

Ein später Erstkontakt (z.B. durch Zuzug der Familie) ist manchmal problematisch. Denn bei der Begleitung von Familien mit älteren Säuglingen, wie z.B. ab dem 13. Lebensmonat stehen bereits heiklere Themen, wie soziale Fragen und Erziehungsthemen an. Der erste Kontakt und der Aufbau einer Beziehung ist dann nicht mehr so unbefangen möglich.

	Anzahl Hausbesuche insgesamt	Durch den DKF betreute Familien insgesamt ⁴	Hausbesuche pro Familie
2004	2.585	650	4
2005	2.645	665	4
2006	2.804	702	4
2007	2.517	723	3,5
2008	2.945	713	4,1
2009	3.229	750	4,3

Wir können feststellen, dass seit 2004 die Dauer der Hausbesuche gestiegen ist. Vor allem in Familien mit höherem Hilfebedarf (Siehe grüne, orange und rote Familien, Seite 42) deckt die DKF-Beraterin ein breites Themenfeld in den Gesprächen ab. Ein Hausbesuch dauert dann meist eine Stunde und länger.

Die Zahl der besuchten Familien ist die Gesamtzahl *aller* Familien, die Hausbesuche erhalten, also auch jene Familien, die über das Kindesalter von einem Jahr hinaus betreut werden (siehe Seite 11).

Von 2004 bis 2006 ist die durchschnittliche Anzahl von 4 Hausbesuchen konstant geblieben. In 2007 hat es einen leichten Rückgang in der Anzahl Hausbesuche gegeben (3,5 Hausbesuche) und seit 2008 steigen die Hausbesuche wieder.

Im Jahre 2008 stattete der DKF jeder Familie 4,1 Hausbesuche ab. Im Jahre 2009 wurde jede 4,3 mal besucht.

Hausbesuche erhalten:

- Eltern mit Neugeborenen (in der Regel 4 Hausbesuche pro Geburt),
- Werdende Mütter auf Anfrage (Schwangerenberatung),
- Selbstständig arbeitende Tagesmütter und Kandidatinnen,
- Familien mit hohem Begleitbedarf.

⁴ Die ‚Gesamtzahl‘ beinhaltet die Familien, die im entsprechenden Jahr der Geburt des Kindes Hausbesuche vom DKF erhalten und zusätzlich alle Familien, die über mehrere Jahre intensiv betreut werden. Siehe auch ‚Familien mit besonderem Hilfebedarf‘.

Generell werden Hausbesuche seit der Einführung des DKF-Risikoscreenings (2003) gezielter angeboten. Besonders bei der Begleitung der Familien mit erhöhtem Betreuungsbedarf spielen die Hausbesuche eine wichtige Rolle.

5.4. Die Untersuchungen in den Vorsorgestellen

Das DKF-Vorsorgekonzept beinhaltet 14 Untersuchungen, die in verschiedenen Entwicklungsstadien in den DKF-Vorsorgestellen durchgeführt werden. Hauptziel ist es, über den Gesundheitszustand des Kindes seine Entwicklung nachzuvollziehen und dementsprechend die Beratung und Unterstützung der Eltern in Erziehungs- und Gesundheitsfragen anzupassen. Dies erfolgt gemeinsam mit dem Kinderarzt oder dem Hausarzt. Die DKF-Beraterin und der Arzt führen die Vorsorge in partnerschaftlicher Zusammenarbeit durch.

Neben der Beratung und der medizinischen Vorsorge überprüft der DKF, ob das Kind sich altersgerecht entwickelt.

Die Schwerpunkte der 14 Vorsorgeuntersuchungen sind:

- 1 Monat : Ernährung und Vorbeugung des plötzlichen Kindstods,
- 2 Monate : Erste Impfung,
- 3 Monate : gesunde Ernährung, neurologische Untersuchungen und Impfungen,
- 4 Monate : Vorbeugung von Allergien,
- 5 Monate : Sicherheit im Haushalt und Nahrungsumstellung,
- 7 Monate : Spielzeug – Schlafen – Zahnpflege,
- 10 Monate : das richtige Schuhwerk, Unfallvermeidung und Laufhilfen,
- 13 Monate : Leseförderung – Zahnpflege – Körperhygiene,
- 15 Monate : Essgewohnheiten – Grenzen setzen – Schlafen,
- 18 Monate : Vorbeugung von Unfällen – das Töpfchen – Grenzen setzen,
- 23 Monate : Spiel & Schlaf – gesunde Zähne – Umgang mit dem Fernsehen,
- 24 Monate : Sehtestuntersuchung,
- 28 Monate : Beziehung Eltern/Kind – Kindergarten,
- 34 Monate : letzter Check-up und Übergabe an die Dienste der Schulgesundheitsvorsorge.

Die meisten Eltern in der DG kommen mit ihren Säuglingen zur örtlichen Beratungsstelle. Die folgende Tabelle erfasst die Anzahl der Untersuchungen, die seit 2006 in den jeweiligen Vorsorgestellen stattgefunden haben.

Beratungsstelle	2006	2007	2008	2009
Eupen	1.621	1.693	1.511	1.407
Kelmis	775	690	746	687
Lontzen	355	280	261	302
Raeren	390	437	476	450
Sankt Vith	696	764	740	795
Amel	516	481	472	550
Burg Reuland	191	220	230	133
Bütgenbach	480	525	421	401
Büllingen	447	421	378	421
Total	5.471	5.511	5.235	5.146

Die Inanspruchnahme des DKF im Norden der DG ist in den letzten beiden Jahren gesunken. Zum Vergleich: Die Beanspruchung des Dienstes in Raeren liegt bei ca. 50-55% (2008/2009). Dem gegenüber liegt die Beanspruchung unserer Dienste in Amel bei fast 100%.

Die geringe Nutzung im Norden ist zum einen auf die hohe Anzahl Mütter in den Grenzgemeinden der DG zurück zu führen, die im benachbarten Ausland entbinden und den Dienst des DKF nicht beanspruchen und zum anderen auf die Bevölkerungsfluktuation im Norden der DG.

Ein anderer Grund ist die instabile Personalsituation im Sektor Eupen. Die Mütter sehen ‚ihre‘ Beraterin als Vertrauensperson. Bei einem Personalwechsel innerhalb des Sektors muss die neue Beraterin erst den Kontakt bzw. das Vertrauensverhältnis zu den Eltern neu aufbauen.

Außerdem werben die Krankenkassen immer massiver mit der kostenfreien ärztlichen Betreuung im ersten bzw. bis zum dritten Lebensjahr. Dies kann auch zukünftig eine geringere Nutzung des Dienstes verursachen.

Um den berufstätigen Eltern zu ermöglichen, die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen zu können, bietet der DKF in fast allen Vorsorgestellen **abendliche Beratungen** an. Diese erfreuen sich großer Beliebtheit und ermöglichen auch Vätern den Zugang zu den Vorsorgeuntersuchungen.

Aber nicht nur Familien mit Kindern bis zu 12 Monaten suchen eine Vorsorgestelle auf. Der DKF bietet gezielte Vorsorgeuntersuchungen bis zum Alter von 3 Jahren an (die einzelnen Themen der Vorsorgeuntersuchungen finden Sie auf Seite 25).

Nach 18 Monaten sind die Impfungen abgeschlossen. Die Eltern sind im Allgemeinen sicher im Umgang mit ihren Kindern, medizinische oder die Entwicklung betreffende Fragen stehen nicht mehr im Vordergrund. Die Inanspruchnahme des Dienstes sinkt ab diesem Kindesalter.

Den Eltern wird seit der Entwicklung des Dienstes im Jahr 2004 vermehrt vermittelt, dass der DKF **Ansprechpartner für Erziehungsfragen** ist und auch von den Eltern bei Schwierigkeiten oder Fragen kontaktiert werden kann.

Der DKF arbeitet noch an seinem Profil und am leichteren Zugang zu Familien mit älteren Kleinkindern, um verstärkt in Erziehungsfragen beraten zu können. Oft hat der DKF durch den Sehtest im Alter von 2 ½ Jahren wieder Kontakt mit den Familien.

Das Ziel des DKF für die folgenden Jahre ist, die Familien mit Kindern zwischen 18 Monaten und 3 Jahren wieder vermehrt als Klienten zu gewinnen.

Prinzipiell kann man feststellen, dass die Familien in den Eifelgemeinden den DKF nicht nur stärker beanspruchen als im Norden, sondern dass die Familien darüber hinaus auch länger begleitet werden.

Im Süden der DG sind die geographischen Sektoren der Beraterinnen oft überschaubarer. Durch die langjährige Konstanz im Personalbereich wissen Familien, welche Beraterin zu ihnen kommen wird. Das führt zu einer engen Beziehung zum DKF und zu der einzelnen Beraterin. Die Betreuung durch den DKF ist eine Selbstverständlichkeit.

Das Perinatale Zentrum (PZ) in St. Vith und die Vorsorge des DKF befinden sich in den gleichen Räumlichkeiten. Oft schauen dann Mütter, die einen Kurs im PZ belegen, während der Telefonberatung bei den Beraterinnen herein.

5.5. Die Impfungen in den Vorsorgestellen

Die Untersuchungen in den Vorsorgestellen sind **präventiver Art**. Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit der Mediziner in den Vorsorgestellen sind die Impfungen, die nach dem Schema des Hohen Gesundheitsrats verabreicht werden.

Das Impfschema des DKF ist nach der Empfehlung des Hohen Gesundheitsrats um die Pneumokokken-Impfung ergänzt worden. Seit die Impfung kostenlos ist (2007), wird sie vermehrt verabreicht. Wurden von den in 2004 geborenen Kindern nur 22,4% beim DKF geimpft, so sind wir bei den in 2007 geborenen Kindern bereits bei 60,9%.

Im Rahmen des nationalen Plans zur Ausrottung von Masern und Röteln wird allen Eltern die MMR-Impfung (Masern-Mumps-Röteln) empfohlen. Wenn die Eltern die Impfung erstmalig verweigern, wird sie bei einer weiteren Vorsorge nochmals angesprochen.

Zwischen dem Impfstand der in 2004 und 2005 geborenen Kindern gibt es kaum Abweichungen (61,4% und 61,2% geimpft und 3,2% und 2,1% verweigerter Impfungen). Die in 2006 geborenen Kinder weisen einen bekannten Impfstatus von 66,1% auf und 1,9% verweigerten die Impfung. Das war seit 2001 (56,9%) der höchste Impfstand.

Der Impfzyklus beginnt bei Säuglingen im Alter von zwei Monaten und endet im Alter von 18 Monaten beim DKF. Wir sprechen dann von einem abgeschlossenen Impfstatus. In diesem Bericht stellen wir den abgeschlossenen Impfstatus für MMR bei den in 2006 geborenen Kindern fest. Von 685 Geburten wurden über den Impfzyklus von 2-18 Monaten 521 Kinder begleitet. Von den 685 Kindern sind 66% gegen MMR geimpft, 1,9%% der Eltern verweigerten die Impfung, bei 3,5% war sie unvollständig und bei 27,6% liegen uns keine Angaben vor, weil es sich hierbei um die Grenzgänger-Familien handelt.

Impfstatistik der Kinder geboren in 2004	Eupen	Lontzen	Kelmis	Raeren	Bütgenbach	Büllingen	Amel	St. Vith	B-Reuland	Gesamt	
Anzahl Geburten	187	45	82	88	53	56	53	76	44	684	100%
Anzahl Familien vom DKF begleitet	134	28	51	34	48	47	50	69	36	497	73%
POLIO											
geimpft DKF	99	27	45	31	45	37	49	65	32	430	62,9%
verweigert	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0,1%
unvollständig	34	1	6	0	3	8	2	3	5	62	9,1%
unbekannt	54	17	32	57	7	5	2	6	7	187	27,3%
TETANUS/DIPHtherIE											
geimpft DKF	99	27	45	31	45	37	49	65	32	430	62,9%
verweigert	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0,3%
unvollständig	34	1	6	0	3	8	2	3	4	61	8,9%
unbekannt	54	16	32	57	7	5	2	6	8	187	27,3%
PERTUSSIS (Keuchhusten)											
geimpft DKF	99	27	45	31	45	37	49	65	32	430	62,9%
verweigert	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0,3%
unvollständig	34	1	6	0	3	8	2	3	4	61	8,9%
unbekannt	54	16	32	57	7	5	2	6	8	187	27,3%
H INFLUENZA B											
geimpft DKF	98	27	45	31	48	37	49	59	32	426	62,3%
verweigert	1	1	0	0	0	0	0	3	1	6	0,9%
unvollständig	33	1	6	0	0	8	2	6	3	59	8,6%
unbekannt	55	16	32	57	7	5	2	7	8	189	27,6%
HEPATITIS B											
geimpft DKF	98	27	45	31	48	37	49	58	32	425	62,1%
verweigert	2	1	0	0	0	0	0	4	1	8	1,2%
unvollständig	33	0	6	0	0	8	2	6	3	58	8,5%
unbekannt	54	17	32	57	7	5	2	7	8	189	27,6%
MMR											
geimpft DKF	115	25	45	31	40	34	46	57	27	420	61,4%
verweigert	5	1	0	0	0	2	0	9	5	22	3,2%
unvollständig	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3	0,4%
unbekannt	67	17	37	57	15	14	7	9	12	235	34,4%
MENINGITIS C											
geimpft DKF	115	25	50	31	42	39	47	60	31	440	64,3%
verweigert	3	1	0	0	0	0	0	5	1	10	1,5%
unvollständig	0	2	1	0	0	0	0	0	0	3	0,4%
unbekannt	69	17	32	57	13	11	6	10	12	227	33,2%
PNEUMOKOKKEN											
geimpft DKF	17	2	12	7	21	18	27	41	8	153	22,4%
verweigert	0	1	33	0	0	0	19	24	25	102	14,9%
unvollständig	1	25	1	0	0	0	0	3	0	30	4,4%
unbekannt	169	17	37	81	34	32	7	6	12	395	57,7%

Impfstatistik der Kinder geboren in 2005	Eupen	Lontzen	Kelmis	Raeren	Bütgenbach	Büllingen	Amel	St. Vith	B-Reuland	Gesamt	
Anzahl Geburten	170	51	85	101	63	53	44	91	45	703	100%
Anzahl Familien vom DKF begleitet	137	27	55	43	59	49	40	72	32	514	73%
POLIO											
geimpft DKF	118	20	49	35	59	42	40	61	24	448	63,7%
verweigert	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1%
unvollständig	18	7	6	0	0	4	0	11	8	54	7,7%
unbekannt	33	24	27	66	10	6	4	21	13	204	29,0%
TETANUS/DIPHTHERIE											
geimpft DKF	118	20	49	35	59	42	40	61	24	448	63,7%
verweigert	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1%
unvollständig	18	7	6	0	0	4	0	11	8	54	7,7%
unbekannt	33	24	27	66	10	6	4	21	13	204	29,0%
PERTUSSIS (Keuchhusten)											
geimpft DKF	118	20	49	35	59	42	40	61	24	448	63,7%
verweigert	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1%
unvollständig	18	7	6	0	0	4	0	11	8	54	7,7%
unbekannt	33	24	27	66	10	6	4	21	13	204	29,0%
H INFLUENZA B											
geimpft DKF	117	20	48	35	59	42	39	61	24	445	63,3%
verweigert	2	0	1	0	0	0	1	0	0	4	0,6%
unvollständig	18	7	6	0	0	4	0	11	8	54	7,7%
unbekannt	33	24	27	66	10	6	4	21	13	204	29,0%
HEPATITIS B											
geimpft DKF	117	20	48	35	59	42	39	60	23	443	63,0%
verweigert	2	0	1	0	0	0	1	1	1	6	0,9%
unvollständig	18	7	6	0	0	4	0	11	8	54	7,7%
unbekannt	33	24	27	66	10	6	4	21	13	204	29,0%
MMR											
geimpft DKF	116	20	49	35	51	40	38	62	19	430	61,2%
verweigert	8	0	0	0	0	1	2	1	3	15	2,1%
unvollständig	0	7	0	0	0	0	0	0	0	7	1,0%
unbekannt	46	24	33	66	18	11	4	30	23	255	36,3%
MENINGITIS C											
geimpft DKF	119	20	48	35	51	40	38	63	21	435	61,9%
verweigert	5	0	1	0	0	0	2	0	3	11	1,6%
unvollständig	0	7	0	0	0	0	0	0	21	28	4,0%
unbekannt	46	24	33	66	18	12	4	30	0	233	33,1%
PNEUMOKOKKEN											
geimpft DKF	55	5	24	21	34	34	31	47	14	265	37,7%
verweigert	2	1	26	14	0	1	9	24	14	91	12,9%
unvollständig	1	21	1	7	0	0	0	1	1	32	4,6%
unbekannt	112	24	31	59	35	17	4	21	16	319	45,4%

Impfstatistik der Kinder geboren in 2006	Eupen	Lontzen	Kelmis	Raeren	Bütgenbach	Büllingen	Amel	St. Vith	B-Reuland	Gesamt	
Anzahl Geburten	179	57	79	70	70	66	50	73	41	685	100%
Anzahl Familien vom DKF begleitet	142	31	49	29	68	45	46	77	34	521	76%
POLIO											
geimpft DKF	128	26	45	28	68	41	45	67	29	477	69,6%
verweigert	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
unvollständig	16	5	4	0	0	3	1	5	5	39	5,7%
unbekannt	35	28	30	42	3	8	4	5	8	163	23,8%
TETANUS/DIPHTHERIE											
geimpft DKF	128	26	45	28	68	41	46	67	28	477	69,6%
verweigert	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0,3%
unvollständig	16	5	4	0	0	3	0	4	5	37	5,4%
unbekannt	35	28	30	42	3	8	4	5	8	163	23,8%
PERTUSSIS (Keuchhusten)											
geimpft DKF	128	26	45	28	68	41	46	67	28	477	69,6%
verweigert	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0,3%
unvollständig	16	5	4	0	0	3	0	4	5	37	5,4%
unbekannt	35	28	30	42	3	8	4	5	8	163	23,8%
H INFLUENZA B											
geimpft DKF	128	25	45	28	68	41	45	67	29	476	69,5%
verweigert	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3	0,4%
unvollständig	16	5	4	0	0	3	0	4	5	37	5,4%
unbekannt	35	28	30	42	3	8	4	5	8	163	23,8%
HEPATITIS B											
geimpft DKF	128	25	45	28	68	41	45	67	29	476	69,5%
verweigert	0	1	0	0	0	0	1	1	0	3	0,4%
unvollständig	16	5	4	0	0	3	0	4	5	37	5,4%
unbekannt	35	28	30	42	3	8	4	5	8	163	23,8%
MMR											
geimpft DKF	126	25	42	28	57	37	44	67	27	453	66,1%
verweigert	0	1	0	0	0	2	1	7	2	13	1,9%
unvollständig	16	5	0	0	0	0	0	3	0	24	3,5%
unbekannt	37	28	37	42	14	13	5	0	13	189	27,6%
MENINGITIS C											
geimpft DKF	124	25	40	28	59	41	45	64	29	455	66,4%
verweigert	2	1	2	0	0	0	0	3	0	8	1,2%
unvollständig	16	5	0	0	0	0	0	3	0	24	3,5%
unbekannt	37	28	37	42	12	11	5	7	13	192	28,0%
PNEUMOKOKKEN											
geimpft DKF	118	22	44	26	51	40	40	54	22	417	60,9%
verweigert	10	2	2	2	0	0	5	17	8	46	6,7%
unvollständig	16	7	0	0	0	0	0	1	4	28	4,1%
unbekannt	35	28	33	42	20	12	5	5	8	188	27,4%

5.6. Die Sehtests in den Vorsorgestellen

Seit Mitte 2003 gehört standardmäßig ein Augenscreening zum Vorsorgeprogramm. Das Screening wird von ausgebildeten Orthoptisten (Fachkräfte für Sehfähigkeitsprüfungen) ausgeführt.

In 2008 sind 488 Familien der Einladung zum Sehtest nachgekommen. Bei 70,9 % der Kinder war der Untersuchungsbefund nicht auffällig. In 2009 wurden 497 Kinder untersucht. Hier waren 74,4% der Befunde unauffällig.

Wenn der Befund unklar ist, können unterschiedliche Gründe vorliegen: das Kind war nicht kooperativ, zu müde, zu jung, ... um den Sehtest durchzuführen. Dies geschieht in 10-12% der Fälle. Diese Kinder werden 3 bis 6 Monate später noch einmal zum Sehtest eingeladen.

Kinder mit auffälligen Befunden (15-17%) werden an einen Augenarzt überwiesen. Dieser erhält eine Dokumentvorlage mit Rückumschlag, die er ausfüllen muss. Trotz frankiertem Rückumschlag bleibt die Rückmeldung lückenhaft.

Insgesamt haben die Orthoptisten in den letzten beiden Jahren 158 Kinder zwecks weiterführender Untersuchungen an die Augenärzte überwiesen. **Bei mindestens 50 Kindern** wurde daraufhin eine Behandlung (Brille oder regelmäßige Kontrolle durch den Augenarzt) eingeleitet.

Allerdings ist die Zahl der Rückmeldungen nicht vollständig: 78 Familien, also die Hälfte der Kinder mit „Befund auffällig“, waren entweder nicht beim Arzt oder sie haben ihrer Beraterin die Rückmeldung des Arztes nicht übergeben.

Trotz der lückenhaften Rückmeldung können wir schlussfolgern, dass durch den Sehtest frühzeitig notwendige Behandlungen eingeleitet werden.

Die Sehtests werden für alle Kinder der neun Gemeinden gebündelt in den Vorsorgestellen St. Vith, Bütgenbach, Eupen und Kelmis angeboten.

2008	Insgesamt einbestellte Kinder	Anzahl untersuchte Kinder	Befund unauffällig	Befund unklar	Befund	Verdacht bestätigt	Verdacht nicht bestätigt	lückenhafte oder keine Rückmeldung
					auffällig/ zum Augenarzt			
Eupen	254	183	125	19	39	9	7	23
St. Vith	163	133	99	22	12	3	0	9
Bütgenb.	120	89	65	10	14	6	4	4
Kelmis	112	83	57	8	18	5	1	12
Total	649	488	346	59	83	23	12	48
		100%	70,90%	12,09%	17,01%	27,71%	14%	58%

2009	Insgesamt einbestellte Kinder	Anzahl untersuchte Kinder	Befund unauffällig	Befund unklar	Befund	Verdacht bestätigt	Verdacht nicht bestätigt	lückenhafte oder keine Rückmeldung
					auffällig/ zum Augenarzt			
Eupen	266	163	115	15	33	6	5	22
St. Vith	181	157	124	22	11	4	5	2
Bütgenb.	154	123	92	10	21	11	7	3
Kelmis	82	54	39	4	10	6	1	3
Total	683	497	370	51	75	27	18	30
		100%	74,4%	10,3%	15,1%	36,0%	24,0%	40,0%

5.7. Das Gehörscreening bei Neugeborenen

Zwischen 2-4% aller Kleinkinder leiden unter schweren Hörverlusten. Wenn dieses Defizit vor dem 6. Lebensmonat aufgespürt wird, kann zunächst durch Hörhilfen und später durch Implantate, die Behinderung soweit gemindert werden, dass die sprachliche Entwicklung ganz oder fast ganz der eines normal hörenden Kindes entspricht. Zurzeit wird eine Hörschädigung bei Kindern oft erst viel später, manchmal erst im Alter von 3-5 Jahren entdeckt.

In Flandern werden Tests bereits seit 1999, in der Wallonie seit Oktober 2006 durchgeführt.

Der Dienst für Kind und Familie hat sich um die Einführung der Früherkennung von Hörschwächen in der DG bemüht.

Seit Januar 2007 wird das Gehörscreening bei allen Kindern, die in den beiden Krankenhäusern der Deutschsprachigen Gemeinschaft geboren werden, systematisch durchgeführt.

Kinder, die außerhalb der DG geboren werden, werden beim ersten Hausbesuch durch die DKF-Beraterin getestet, insofern das Krankenhaus kein Gehörscreening vorgenommen hat.

Der DKF hat den Ankauf der Screeninggeräte finanziell unterstützt. Die Kliniken und der DKF nutzen die Geräte nach Absprache gemeinsam.

Positiv getestete Kinder werden an den ortsansässigen HNO-Arzt weitergeleitet. Dieser führt eine erweiterte Diagnose durch. Falls sich der Verdacht auf eine Hörstörung erhärtet, leitet der Arzt den Patienten zwecks vertiefter Diagnoseverfahren an eine Referenzklinik (Citadelle oder Klinikum Aachen) weiter.

Zwischen 2007 bis 2009 ist bei zwei Kindern eine Hörauffälligkeit festgestellt worden, die eine Behandlung erforderlich machte. Bei einem Kind ist die Behandlung erfolgreich abgeschlossen, das zweite Kind ist weiterhin beim Facharzt in Behandlung.

5.8. Der Fonds für Schwangere in Notsituationen

Der "Fonds zum Schutz des ungeborenen Lebens" heißt seit 2009 „Fonds für Schwangere in Notsituationen“.

Der neue Name spiegelt den Inhalt der Arbeit und die wichtige Grundlage der Wertneutralität besser wider.

Die Gründung des Fonds wurde durch die geplante Einführung des Abtreibungsgesetzes im Jahre 1990 nötig. Gesetzliche Grundlage war das Dekret vom 9. Mai 1988 zur Übernahme gewisser Personalmitglieder des nationalen Kinderhilfswerkes sowie zur Regelung der Betreuung von Kindern bis zu 12 Jahren (Einführung des Fonds durch die Abänderung vom *21.01.1991*).

Der Fonds ist beim Dienst für Kind und Familie angesiedelt. Von 1991 bis Ende 2008 wurde der Fonds nur von einer teilzeitig beschäftigten Fonds-Beraterin (ca. 30% Vollzeitäquivalent) betreut. Seit 2009 haben wir ein Fonds-Team mit zwei Mitarbeiterinnen des Dienstes gebildet, die teilzeitig für den Fonds und teilzeitig für die Familienbegleitungen im Rahmen des DKF tätig sind. Eine dritte Beraterin wird 2010 hinzukommen.

Die Aufgaben des Fonds sind:

- Zentrale Kontaktstelle für Frauen/Partner, die im Konflikt oder Schwierigkeit mit der Schwangerschaft sind. Die Kontakte werden zumeist über die Frauenärzte hergestellt, die eng mit den Mitarbeiterinnen des „Fonds“ zusammenarbeiten.
- Soziale Beratung, schnelle und unbürokratische Hilfe und eventuell finanzielle Unterstützung von Schwangeren in Notsituationen und Familien mit Kindern bis zu 6 Monaten.

Die Fonds-Aufgaben sind sehr zeitintensiv und da immer mehr Frauen eine engmaschige Betreuung benötigen, ist die Arbeit der Fonds-Mitarbeiterin als Kernaufgabe zu betrachten.

Die Ziele der finanziellen Unterstützung sind:

- Sicherung der medizinischen Überwachung der Schwangeren und des ungeborenen Kindes,
- Sicherung der Nahrung und Hygiene des Babys in den ersten Lebensmonaten,
- Begleitung der Lebensumstände, in denen das Baby zur Welt kommt,

- Sicherung der Verhütung zur Vorbeugung zukünftiger unerwünschter Schwangerschaften.

Die Fonds-Beraterin gibt eine Hilfestellung zur Entscheidung für oder gegen die Schwangerschaft. Die Beraterin nimmt dabei eine neutrale Haltung ein.

Bei der Entscheidung für eine Abtreibung leitet der Fonds die Frauen an den entsprechenden Dienst (hier in der DG „Prisma“) weiter. In diesem Fall endet die Begleitung durch den Fonds.

Nur eine geringe Anzahl der Mütter entscheiden sich für eine Abtreibung. In 2006 waren es drei, in 2007 eine und in 2008 zwei Mütter.

Dies sind jedoch nicht die Abtreibungsstatistiken der DG. Dazu gibt es auch keine gesonderten statistischen Quellen. Es handelt sich lediglich um die Beratungen, die auf eine Abtreibung hinaus liefen und vom Fonds weiter geleitet wurden.

Die meisten Frauen mit unerwünschten und ungeplanten Schwangerschaften beginnen während der Begleitung ihre Schwangerschaft zu akzeptieren. Dies bestätigt die Notwendigkeit und Wirksamkeit der Fonds- Arbeit.

Die Entwicklung des Fonds: seit der Einsetzung im September 1990 ist die Anzahl der betreuten Familien drastisch gestiegen.

Ab Sept. 1990	1993	1994	1995	1996	1997
5	6	6	17	14	11
1998	1999	2000	2001	2002	2003
9	18	30	28	22	25
2004	2005	2006	2007	2008	2009
31	30	26	40	42	54

Von 2000 bis 2006 waren die Fondsanfragen in der Anzahl recht stabil. Seit 2007 erleben wir einen enormen Anstieg, der sich in 2008 und 2009 mit 42 und 54 betreuten Familien fortsetzt.

Wohnort	Anzahl Familien/ Mütter 2007	Anzahl Familien/ Mütter 2008	Anzahl Familien/ Mütter 2009
Eupen	16	19	20
Kelmis	9	17	13
Raeren	9	3	4
Lontzen	-	-	2
Süden der DG	6	3	15
Insgesamt	40	42	54
<i>Anteil hiervon Ausländerfamilien</i>	-	19	26

Platz des Kindes in der Familie, für das die Intervention erfolgte	2007	2008	2009
Erstes Kind	19	26	24
Zweites Kind	8	5	15
Drittes Kind	7	6	-
Mehr als drei Kinder	6	2	12
Kein Kind (Verhütungsmaßnahme)	-	3	3

Einkommen der Familie/Mütter	2007	2008	2009
Kein Einkommen	9	14	7
Integrationseinkommen	11	13	22
Arbeitslosenentschädigung	7	5	19
Arbeitsverhältnis	13	9	5
Rente	-	1	1

Vermittlung durch:	2007	2008	2009
DKF	18	6	16
Ministerium	1	1	5
Jugendhilfedienst	5	3	-
Arzt	16	23	20
Psychiatrie	-	-	1
ÖSHZ	-	5	6
PMS	-	2	3
Jugendgerichtsdienst	-	2	-
Bekannte	-	-	3

Zivilstand der Mütter	2007	2008	2009
Allein stehend	8	11	9
Stabile Beziehung	27	19	33
Unstabile Beziehung	5	12	12

Ausbildung der Mütter	2007	2008	2009
Ohne Ausbildung	29	26	39
Hochschulabschluss	1	3	1
Abschluss	4	3	8
Lehre	2	-	-
Schülerin	4	10	6

Von 10 Schülerinnen im Jahre 2008 haben fünf mit 18 Jahren die Schule abgebrochen.

Alter der Mütter	2007	2008	2009
Unter 18	2	10	4
Zwischen 18-21	7	7	12
Zwischen 21-30	24	18	29
Über 30	7	7	9

Die Probleme der Mütter	2007	2008	2009
Schwangerschaftsabbrüche	1	22	-
Fehlgeburt während der Betreuung	1	11	
Unerwünschte Schwangerschaft	1	2	10
Ungeplante Schwangerschaft	-	4	18
Alleinstehende Mutter oder Schwangere	5	-	8
Finanzielle Notlage	15	18	33
Psychische Problematik	5	2	9
Suchtproblematik	3	3	9
Illegaler Aufenthalt in Belgien	3	3	1
Minderjährige Schwangere	2	10	4
Schwere gesundheitliche Probleme der Mutter oder des Kindes	2	-	3
Chaotische Lebensumstände	1	-	-
Risikoschwangerschaft	1	-	2

Mehrfachnennungen:

Die beiden Abtreibungen in 2008 wurden auch unter „unerwünschte Schwangerschaften“ registriert.

Die Fehlgeburt in 2008 ist ebenfalls unter „minderjährige Schwangere“ registriert.

Die Situation ist nach der Problematik eingestuft, die bei der Anfrage als Hauptproblem erkannt wurde. Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft kommen oft noch multiple Probleme hinzu. Jede Anfrage ist – bis auf die erwähnten Mehrfachnennungen - nur einer Kategorie zugeordnet.

Die Entwicklung der Fallzahlen von 2008 zu 2009 erscheint alarmierend. Der Anstieg findet vor allem im Süden der DG statt. Noch nie gab es dort so viele Anfragen: seit 1989 waren es nie mehr als maximal 6 Fälle im Süden der DG, in 2009 verzeichnet der Fonds dort erstmalig 15 Anfragen (27,7%).

Es fällt auf, dass sich von Jahr zu Jahr die Häufigkeit der verschiedenen Problematiken stark unterscheidet. Die **finanzielle Notsituation** ist jedoch das häufigste Problem, mit der jedoch andere Schwierigkeiten einhergehen. Finanzielle Notlagen sind entweder der Ausgangspunkt für andere Schwierigkeiten oder die Folge von vielen anderen Umständen.

Neben den finanziellen Notlagen bilden die **unerwünschten und ungeplanten Schwangerschaften** immer noch die beiden Hauptgründe, eine Anfrage an den Fonds zu stellen. Die Beratung zu **Verhütung** ist daher ein wichtiger Bestandteil der Fondsarbeit. In 2008 und 2009 übernahm der Fonds dreimal Kosten für langfristige Verhütungsmaßnahmen.

Die vom Fonds unterstützten Familien beziehen zum großen Teil Integrations-Einkommen oder Arbeitslosenentschädigung. Anfragen von Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, sind selten. In 2007 waren es 13, in 2008 und 2009 neun und fünf.

Der Ausländeranteil, der erst seit 2008 statistisch erfasst wird, ist von 2008 zu 2009 nur leicht angestiegen: von 45% auf 48%.

Die Arbeit mit den ausländischen Familien stellt den DKF vor besondere Herausforderungen: einerseits gilt es, die kulturellen Eigenheiten zu respektieren, andererseits gilt es, Verbindlichkeit zwischen der Familie und dem DKF herzustellen.

Der Anteil der Interventionen des Fonds bei Frauen, die ihr erstes Kind bekommen, ist konstant geblieben. Der Anstieg in 2009 liegt bei Frauen, die ihr zweites, viertes oder fünftes Kind erwarten.

Wir stellen auch fest, dass viele junge Menschen, die durch den Fonds unterstützt werden, nicht in der Lage sind, zu erkennen, das Wohl und Hygiene des Kindes Vorrang haben.

In 2008 gab es die höchste Anzahl der Teenager-Schwangerschaften mit 10 Schwangeren unter 18 Jahren. Bei der Geburt waren aber nur noch 3 Mütter minderjährig (die jüngste Mutter war 17 Jahre alt). In 2009 waren 6 Teenies schwanger und nur noch 4 minderjährig bei der Geburt, wovon die jüngste Mutter 16 Jahre alt war.

Die am stärksten vertretene Alterskategorie der Frauen, die der Fonds unterstützt, ist die der 21 bis 30-jährigen Mütter.

Die finanzielle Hilfe durch den Fonds erfolgt nach einer intern erarbeiteten Leitlinie, die in 2009 neu überarbeitet wurde. Grundsätzlich werden Sachleistungen gewährt, d.h. Ankauf oder Ausleihe von Babymöbeln und -ausrüstung, Babynahrung, Windeln. Nur in seltenen Ausnahmefällen erfolgt eine Geldauszahlung.

Das Konzept, das Berichtswesen und die Arbeitsplanung wurden ebenfalls 2009 im Fondsteam überarbeitet. Die Kriterien zur finanziellen Intervention während der Schwangerschaft und nach der Geburt wurden klarer.

5.9. Die Familien mit hohem Betreuungsbedarf

Unser Ziel ist es, systematische, qualitätvolle und wirtschaftliche Lösungen für familiäre Situationen mit hohem Risiko für das Kindeswohl zu finden. Getreu dem DKF-Motto „**Da sein, wo man uns braucht**“. In den Familien mit hohem Betreuungsbedarf ist die Zusammenarbeit mit anderen Diensten von großer Wichtigkeit.

Auf der Basis der Qualifizierung in Gesprächsführung und systemischer Beratung klärt die DKF-Beraterin ihren Auftrag mit den Familien mit besonderem Hilfebedarf. Der DKF legt den Familien ein Unterstützungs- und Beratungsangebot vor, das auf deren Bedürfnisse nach Hilfe abgestimmt ist.

Der Risiko-Check-up des DKF dient der rechtzeitigen Risikoerfassung und Minimierung des Risikos. Er ist außerdem ein Instrument zur Objektivierung und Systematisierung des Vorgehens.

Aufbauend auf den Ressourcen, die in allen Familien vorhanden sind, passt der DKF seine Intervention - unter Berücksichtigung der vorhandenen Risiken - systematisch an.

Die Intervention des DKF orientiert sich an folgenden Leitlinien:

- Methodenvielfalt
- Effizienz/Wirksamkeit
- nachvollziehbares Schema/Transparenz
- Zielorientierung
- Individuelle Anpassung

Maßnahmen:

- Im Rahmen eines ersten Check-ups wird festgehalten, welche Familien eine intensivere Betreuung seitens des DKF benötigen. Diese Check-ups können beim Erstkontakt des DKF mit der Familie im Krankenhaus oder im Laufe der Hausbesuche stattfinden.
- Im Krankenhaus wird ein Auftrag zur Interventionsprüfung unter folgenden Umständen erteilt:
 - a) bei Verweigerung von Hausbesuchen,
 - b) bei Anzeichen für ernsthafte Probleme.Der Auftrag wird der zuständigen DKF-Beraterin mit dem Geburtsbescheid zugesandt.
- Je nach Resultat des Risiko-Check-ups wird die Intervention in der Familie geplant und quantifiziert. Familien, bei denen die Risikoeinschätzung gering ausfällt, erhalten eine Standardbegleitung. Bei Familien, die einen erhöhten Begleitbedarf haben, wird die Entwicklung über einen gewissen Zeitraum beobachtet. Familien, die eine intensive Begleitung benötigen, erhalten eine intensivere Betreuung, die auf ihre Situation angepasst wird.

Familien, die **keinen besonderen Begleitbedarf** haben, erhalten **maximal 4 bis 6 Hausbesuche**. Die Zahl der Hausbesuche ist davon abhängig, ob es das erste Kind der Familie ist und ob die Mutter stillt.

Familien, die einen **erhöhten Begleitbedarf** haben, erhalten maximal **6 bis 8 Hausbesuche**.

In Anschluss daran legt die Beraterin schriftlich fest, ob die Begleitung mit Hausbesuchen abgeschlossen ist. Wenn weitere Hausbesuche notwendig sind, plant sie diese anhand des standardisierten Berichtswesens.

Bei Familien mit **intensivem Begleitbedarf** erfolgt ein **wöchentlicher** Hausbesuch in den ersten 2 Monaten. Danach kann die Beraterin nach eigenem

fachlichem Ermessen während weiterer 4 Monate wöchentlich einen Hausbesuch anbieten.

Falls erforderlich erfolgt eine Vernetzung mit anderen Diensten bzw. die Weiterleitung an den Jugendhilfedienst.

Einige Familien können auch im Auftrag des Jugendgerichtes noch häufiger besucht werden (2-3 Mal pro Woche). Dies geschieht über eine Anordnung des Jugendgerichtes während einer begrenzten Zeitspanne.

Seit 2004 werden systematisch alle Familien erfasst, deren Kinder im Vorjahr geboren wurden, aber im folgenden Ziviljahr weiterhin betreut wurden.

Von den Familien, deren Kind in **2008** geboren wurde, waren:

- 519 Familien ohne besonderen
- 57 Familien mit erhöhtem und
- 29 Familien mit intensivem Betreuungsbedarf.

Hinzu kommen die Familien, deren Kinder bereits im Vorjahr geboren wurden und weiterhin betreut werden. Gründe hierfür sind u.a.:

- erhöhter Betreuungsbedarf aufgrund von Risiken für das Kind;
- Familie mit erhöhtem Betreuungsbedarf, ohne Kindeswohlgefährdung.

Insgesamt betreute der DKF im Jahr 2008 **713** Familien, davon

- 592 Familien ohne besonderen
- 79 Familien mit erhöhtem und
- 42 Familien mit intensivem Betreuungsbedarf.

Bei einer Geburt im vierten Quartal eines Jahres (ab Oktober bis Jahresende) wird die Familie natürlich auch im nächsten Jahr betreut. Hier spricht man allerdings nicht von einer Langzeitbetreuung.

Die Zahlen **2009**:

- 545 Familien ohne besonderen
- 64 Familien mit erhöhtem und
- 34 Familien mit intensivem Betreuungsbedarf.

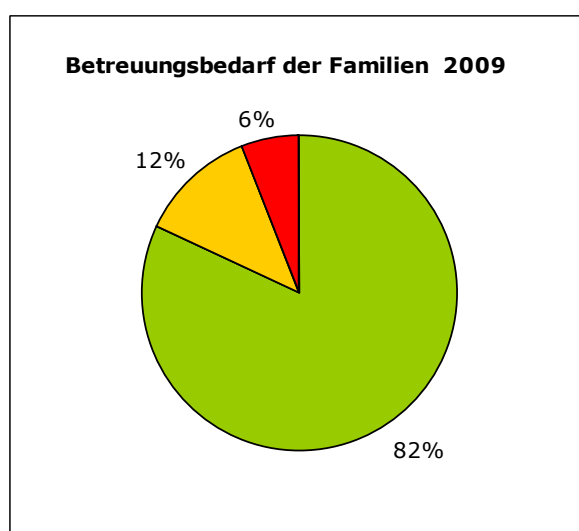
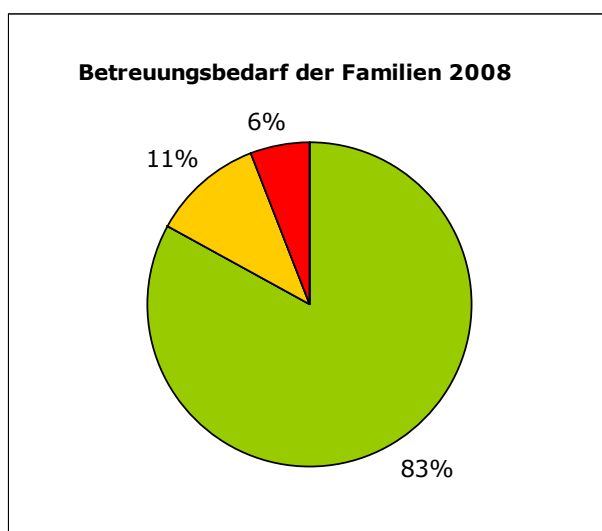
Inklusive Familien, die über mehrere Jahre betreut werden, sind dies:

- 614 Familien ohne besonderen
- 72 Familien mit erhöhtem und
- 44 Familien mit intensivem Betreuungsbedarf.

Insgesamt hat der DKF im Jahr 2009 **750** Familien betreut.

Die nachfolgenden Grafiken und Tabellen beinhalten die detaillierten Zahlen der beiden Jahre:

Grün = normaler Betreuungsbedarf
Orange = erhöhter Betreuungsbedarf
Rot = intensiver Betreuungsbedarf



Betreuungsbedarf der Familien in 2008											
	Eupen	Raeren	Kelmis	Lontzen	St. Vith	Bütgenb.	Büllingen	Amel	Burg-R.	TOTAL	in %
Familien mit normalem Betreuungsbedarf - 2008	148	44	41	33	86	48	41	49	29	519	83,0%
- vom Vorjahr	0	0	20	8	15	8	6	10	6	73	
Familien mit erhöhtem Betreuungsbedarf - 2008	13	4	14	5	6	5	1	7	2	57	11,1%
- vom Vorjahr	0	1	10	3	1	2	2	3	0	22	
Familien mit intensivem Betreuungsbedarf - 2008	7	0	8	2	1	1	10	0	0	29	5,9%
- vom Vorjahr	2	0	5	1	2	0	0	2	1	13	
Insgesamt betreute Familien	170	49	98	52	111	64	60	71	38	713	100%

Situation der Familien in 2009											
	Eupen	Raeren	Kelmis	Lontzen	St. Vith	Bütgenb.	Büllingen	Amel	Burg-R.	TOTAL	in %
Familien mit normalem Betreuungsbedarf - 2009	145	44	47	33	68	61	52	59	36	545	81,9%
- vom Vorjahr	4	2	13	9	15	5	13	8	0	69	
Familien mit erhöhtem Betreuungsbedarf - 2009	13	4	16	6	4	2	4	13	2	64	12,3%
- vom Vorjahr	1	2	12	7	2	0	1	3	0	28	
Familien mit intensivem Betreuungsbedarf - 2009	6	1	6	0	2	4	14	1	0	34	5,9%
- vom Vorjahr	5	1	2	1	1	0	0	0	0	10	
Insgesamt betreute Familien	174	54	96	56	92	72	84	84	38	750	100%

Generell hat sich in den letzten Jahren nach DKF-Angaben der Betreuungsbedarf der Familien nur geringfügig verändert.

Wir stellen jedoch fest, dass die Zahl der Familien mit intensivem Betreuungsbedarf in 2008 und 2009 (jeweils 6%) im Vergleich zu den Jahren 2006 und 2007 (jeweils 4%) leicht zugenommen hat. Die Zahl der Familien mit erhöhtem Betreuungsbedarf hat in dieser Zeit abgenommen, d.h. von 16% und 18% auf 11% und 12%. In einem Teil der Familien sind die Schwierigkeiten so ernsthaft, dass sofort nach der Geburt ein intensiver Betreuungsbedarf notwendig ist. Die Zunahme von Familien mit intensivem Betreuungsbedarf ist somit eine Verschiebung: Gab es früher noch zahlreiche Familien, die mit einem erhöhten Betreuungsaufwand durch den DKF zurecht kamen, nimmt die Anzahl der Familien mit drastischen Problemen, die eine intensive und zeitaufwändige Betreuung der Beraterinnen benötigen, zu.

Positiv: Die Zahl der Familien mit normalem Betreuungsaufwand ist ebenfalls leicht angestiegen, von 80% und 78% auf 83% und 82%.

Der reale Aufwand in der Begleitung der Familien lässt sich jedoch nicht nur von der Anzahl der betreuten Familien ableiten. Aufschlussreich ist hier vor allem die Anzahl Hausbesuche, die geleistet wurden.

Etwa 31% der Gesamtarbeitszeit wurden für die Hausbesuche beansprucht. Die DKF-Beraterinnen haben in 2008 und 2009 jede Familie durchschnittlich 4,1 bis 4,3 Mal zu Hause besucht. Aufgrund der zunehmenden **sozialen Probleme** in Familien (Trennung, soziale Nöte, Immigration) und der Zunahme an Erziehungsproblemen werden viele Familien auch nach dem 1. Geburtstag des Kindes begleitet.

In den letzten Jahren zeichnet sich folgender Trend ab: Der DKF betreut insgesamt nicht unbedingt mehr Familien, aber die Familien müssen länger betreut werden.

Der Anstieg der Langzeitbetreuungen hat zur Folge, dass ein Großteil der Familien, die keinen Betreuungsbedarf haben, weniger Hausbesuche beansprucht als im Standard vorgesehen und andere Familien mehr Hausbesuche erhalten.

Nicht alle Familien mit einem erhöhten Betreuungsbedarf erhalten während der ersten drei Lebensjahre des Kindes durchgehend Hausbesuche. Bei den Vorsorgeuntersuchungen wird jeweils der aktuelle Stand betrachtet. Bei Auffälligkeiten bietet die DKF-Beraterin einen Hausbesuch an, um dies anzusprechen.

In den letzten Jahren haben die Sozialdienste der DG noch ein anderes Phänomen beobachtet: die ansteigende Anzahl Dienste, die zeitgleich in ein und derselben Familie intervenieren. Diese Familien haben eine Vielzahl an Schwierigkeiten, die jeweils von einem spezialisierten Dienst mit der Familie bearbeitet werden. Wir sprechen hier von „**Familien mit vielfältiger Problembelastung**“.

In diesen Familien mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren ist meist der DKF der erste Dienst, der dann weitere Dienste einschaltet.

Um eine bessere Koordination der Hilfe und eine optimalere inhaltliche Abstimmung zu erreichen, hat der DKF in 2006 eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen. Die Dienste haben ihre Arbeitsweisen und Vorgehensweisen vorgestellt.

Diese Arbeitsgruppe wurde 2008 von der Sozialberichterstattung des Roten Kreuzes fortgeführt. Das Ziel war, die vorhandenen Dienste besser miteinander zu vernetzen und die bestehenden Ressourcen in der DG optimaler zu nutzen. 2009 wurden zwei Workshops organisiert, in denen die Sozialdienste der DG an einem Koordinationskonzept gearbeitet haben. Der Endbericht wird 2010 vorgestellt.

6. STILLLEN: JEDER TROPFEN ZÄHLT!

Verschiedenste Untersuchungen beweisen die Vorteile des Stillens (Stärkung der Immunabwehr, Vorbeugung von Allergien ...).

Der DKF fördert deshalb gezielt das Stillen. Jede Mutter hat Anspruch auf Hausbesuche und wird u.a. auf das Thema Stillen und Ernährung des Säuglings angesprochen.

Will die Mutter stillen und benötigt besondere Unterstützung, sind standardmäßig bis zu 6 Hausbesuche eingeplant.

Die DG liegt in den Stillstatistiken *vor* den anderen Gemeinschaften.

Auch innerhalb der DG gestaltet sich die Ernährung des Säuglings in den südlichen und den nördlichen Gemeinden der Deutschsprachigen Gemeinschaft leicht unterschiedlich:

Der durchschnittliche Prozentsatz der Stillenden in den südlichen Gemeinden ist etwas höher als in den nördlichen Gemeinden:

Gemeinden im Süden der DG - 2008	Amel	Büllingen	St. Vith	Reuland	Bütg.	Gesamt
Trockenmilch	10	10	29	11	13	73
Zwimilch	5	1	4	4	2	16
Muttermilch	43	31	59	16	34	183
Total Statistik	58	42	92	31	49	272
Total Muttermilch/Zwimilch	48	32	63	20	36	199
Prozentsatz Stillende	83%	76%	68%	65%	73%	73%

Gemeinden im Norden der DG - 2008	Eupen	Raeren	Kelmis	Lontzen	Gesamt
Trockenmilch	36	22	26	6	90
Zwimilch	5	4	3	2	14
Muttermilch	106	27	33	29	195
Total Statistik	147	53	62	37	299
Total Muttermilch/Zwimilch	111	31	36	31	209
Prozentsatz Stillende	76%	58%	58%	84%	70%

In 2008 haben durchschnittlich 71,5 aller dem DKF bekannten Mütter gestillt.

Grundlage der Statistik ist die Anzahl der bekannten Angaben und nicht die Gesamtzahl der Geburten.

Gemeinden im Süden der DG - 2009	Amel	Büllingen	St. Vith	Reuland	Bütg.	Gesamt
Trockenmilch	15	16	15	9	26	81
Zwimilch	6	3	4	2	0	15
Muttermilch	51	36	55	23	37	202
Total Statistik	72	55	74	34	63	298
Total Muttermilch/Zwimilch	57	39	59	25	37	217
Prozentsatz Stillende	79%	71%	80%	74%	59%	73%

Gemeinden im Norden der DG - 2009	Eupen	Raeren	Kelmis	Lontzen	Gesamt
Trockenmilch	40	12	24	16	92
Zwimilch	4	1	7	2	14
Muttermilch	118	38	35	33	224
Total Statistik	162	51	66	51	330
Total Muttermilch/Zwimilch	122	39	42	35	238
Prozentsatz Stillende	75%	76%	64%	69%	72%

In 2009 haben durchschnittlich 72,5 aller dem DKF bekannten Mütter gestillt.

Im Jahr 2008 beträgt der gemittelte Prozentsatz 71,5%, in 2009 steigt der Prozentsatz auf 72,5%

Die in Raeren ansässigen, ursprünglich aus Deutschland stammenden Familien, beanspruchen selten die Vorsorgeuntersuchungen, da sie in Deutschland die so genannten U1 bis U9-Untersuchungen nutzen. Aus bestehenden telefonischen Kontakten geht hervor, dass in diesen Familien oft eine große Stillkultur herrscht. Diese Familien sind jedoch nicht in unseren Statistiken erfasst, da sie nicht den Wunsch haben, vom DKF begleitet zu werden.

Die Muttermilch wird mit zunehmendem Alter des Kindes durch Trockenmilch ersetzt. Der Prozentsatz der Mütter, die ihrem Kind Zwimilch (Muttermilch in Ergänzung mit Trockenmilch) anbieten, ist gering. Die Mütter tun dies meist nur für einen kurzen Zeitraum (d.h. in den meisten Fällen höchstens bis zu 6 Wochen).

Den kontinuierlich höchsten Prozentsatz Stillende findet man in der Gemeinde Amel (2008: 83%), den niedrigsten in der Gemeinde Kelmis (58 bzw. 65%).

Wenn ausschließlich gestillt wird, entscheiden die Mütter meist, über einen längeren Zeitraum zu stillen. Die Stillkultur etabliert sich wieder. Dies ist eine positive Feststellung und bestärkt den Dienst in seinen Bemühungen, den Stillenden die bestmögliche Begleitung zukommen zu lassen.

2008: Stillen - wenn ja, wie lange?		
Kind wurde gar nicht gestillt	163	28,5%
Bis zu 6 Wochen	81	14,2%
zwischen 6 und 12 Wochen	83	14,5%
mehr als 12 Wochen	187	32,7%
gestillt, aber ohne Angabe der Dauer	57	10,0%
Total bekannte Angaben	571	100,0%
unbekannt	127	-
Total Geburten	698	

2009: Stillen - wenn ja, wie lange?		
Kind wurde gar nicht gestillt	173	27,55%
Bis zu 6 Wochen	85	13,54%
zwischen 6 und 12 Wochen	63	10,03%
mehr als 12 Wochen	268	42,68%
gestillt, aber ohne Angabe der Dauer	39	6,21%
Total bekannte Angaben	628	100,00%
unbekannt	114	-
Total Geburten	472	

Schauen wir uns die Entwicklung seit 2001 an, so ist der Gesamtsatz der stillenden Mütter um 10% angestiegen. Als zweite Beobachtung ist festzustellen, dass die Dauer des Stillens in 2009 in Bezug auf 2008 um 10% angestiegen ist.

Im Vergleich zu 2001 ist sie jedoch stark gesunken. Die längere Stilldauer muss weiterhin gefördert werden und ist eine Herausforderung für den DKF.

Seit 2006 ist konsequent an der Stillberatung (Standards, Qualitätssicherungsprojekt gemeinsam mit den Krankenhäusern der DG, ...) gearbeitet worden. In den nächsten beiden Jahren wird sich zeigen, ob die Bemühungen sich auch in der Dauer des Stillens widerspiegeln.

	2001	2002	2005	2008	2009
Insgesamt Stillende	62,7%	62,6%	72%	71,5%	73%
0 – 6 Wochen	19,7%	27,5%	18%	14,2%	13,5%
bis 12 Wochen	26,6%	24,8%	13%	14,5%	10,0%
Mehr als 12 Wochen	53,7%	47,8%	58%	32,7%	42,7%
Unbekannte Stilledauer					6%

Die Stillkultur etabliert sich wieder. Dies ist eine positive Feststellung und bestärkt den Dienst in seinen Bemühungen, den Stillenden die bestmögliche Begleitung zukommen zu lassen.

7. NEUE PROJEKTE UND ZIELSETZUNGEN

7.1. Stillförderung und Stillberatung

Stillförderung ist eine der Kernaufgaben des DKF. Daher hat der DKF 2005 einen Stillstandard entwickelt, mit dem Ziel, das Angebot der DKF-Beraterinnen zu vereinheitlichen und zu optimieren.

Der Standard enthält im Wesentlichen genaue Angaben zur Erfassung der Stillsituation einer Mutter beim ersten telefonischen Kontakt, Richtlinien zum Zeitpunkt der ersten Hausbesuche bei einer stillenden Mutter (spätestens 5 Tage nach Entlassung der Mutter aus dem Krankenhaus) und Anregungen zur Optimierung der Beratungsinhalte.

Wir stellten jedoch fest, dass es bei den Übergängen zwischen Entlassung von den Entbindungsstationen und dem ersten Hausbesuch des DKF noch Handlungsbedarf gab. Daher hat der DKF 2006 angeregt, das neue Qualitätssicherungsprojekt der KPVDB (Krankenpflegevereinigung der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens) – Projekt Q+ mit dem Thema Stillen zu beauftragen. Q+ ist ein Projekt der KPVDB zur externen Unterstützung bei der Förderung der Pflegequalität in den beiden Krankenhäusern der DG..

In einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitarbeitern der beiden Krankenhäusern und DKF-Beraterinnen, wurden folgende Zielsetzungen bearbeitet:

1. Entwicklung gemeinsamer Standards für die prä-, peri- und postnatale Phase sowie für die Überleitung vom Krankenhaus an den DKF,
2. Steigerung der Stillrate,
3. Verbesserung der Kohärenz in der Beratung: innerhalb eines Krankenhauses und jeweils mit dem DKF,
4. Gemeinsame Weiterbildung.

Die Arbeitsgruppe hat 2006 und 2007 Standards erarbeitet. Die Arbeit wurde in 2008 beendet und fand ihren Abschluss in einer gemeinsamen Weiterbildung des DKF, der Hebammen der Wochenstationen und der Kinderstation.

In dieser Weiterbildung wurden gemeinsame Handlungsrichtlinien vermittelt, die seither die Grundlage zur Stillberatung bei allen drei Partnern bilden.

Das Konzept zur Stillberatung in der DG „Ja zum Stillen“ wurde von Melanie Thies von der KPVDB (Deutschsprachige Krankenpflegevereinigung in Belgien VoG) im Dezember 2008 veröffentlicht.

Seitdem finden jährliche Auswertungen in Zusammenarbeit mit den krankenhausinternen Qualitätssicherungsverantwortlichen statt.

7.2. Das Projekt zur Prävention von Übergewicht bei Kleinkindern

Übergewicht und Adipositas⁵ bei Kindern sind eine große Herausforderung für die Gesundheitspolitik in den industrialisierten Ländern.

Aktuell ist in Belgien, je nach Alter und Region, ein Kind von fünf von Übergewicht oder Adipositas betroffen.

BMI⁶-Messungen von 192 Kindern im Vorschulalter (2 – 6 Jahre) in der Provinz Lüttich ergaben, dass:

- in 1996 **8%** der Kinder an Übergewicht leiden
- in 2002 bereits **13%** der Kinder übergewichtig waren.

Die Anzahl überwichtiger Kinder steigt weltweit: Man rechnet mit 1% Zunahme von übergewichtigen Kindern pro Jahr.

Die ‚WHO‘ bezeichnete schon 1997 die Adipositas als „globale Epidemie“ und konstatiert eine besorgniserregende Entwicklung weltweit. Laut WHO sind derzeit rund 20% der Kinder übergewichtig, hiervon wiederum 1/3 adipös. Im Jahr 2010 soll bereits eines von 10 Kindern adipös sein.

Das Thema Übergewicht bei Kleinkindern unter 3 Jahren ist für die Deutschsprachige Gemeinschaft von ähnlich großer Dringlichkeit wie in anderen Landesteilen oder Ländern (siehe BMI-Werte unten).

⁵ Bei Adipositas (lat. adeps = fett) bzw. Fettleibigkeit, Fettsucht, Obesitas (selten Obesität; im engl. aber fast nur „obesity“) handelt es sich um ein starkes Übergewicht, das durch eine über das normale Maß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes mit krankhaften Auswirkungen gekennzeichnet ist. Eine Adipositas liegt, nach WHO-Definition, ab einem Körpermasseindex (BMI) von 30 kg/m² vor, wobei drei Schweregrade unterschieden werden, zu deren Abgrenzung ebenfalls der BMI herangezogen wird. Indikatoren für den Anteil von Körperfett und dessen Verteilung sind der Bauchumfang und das Taille-Hüft-Verhältnis.

⁶ BMI (Body-Mass-Index) : Der BMI berechnet sich aus dem Körpergewicht [kg] dividiert durch das Quadrat der Körpergröße [m²]. Die Formel lautet:
BMI = Körpergewicht: (Körpergröße in m)². Die Einheit des BMI ist demnach kg/m².

Der Dienst für Kind und Familie legt bei seinen Vorsorgeuntersuchungen ein besonderes Augenmerk auf die Ernährung und die Entwicklung des Gewichtes beim Kleinkind.

Im Rahmen des Gesundheitsbeirates und des Projektes PEB (Programm für Ernährung und Bewegung) ist die Förderung einer gesunden Ernährung und Bewegung zu einer Priorität erklärt worden. Der DKF leistet seinen Beitrag zu diesem Projekt.

Bisher informierte der DKF bereits alle Eltern über eine gesunde und ausgewogene Ernährung ihres Kleinkindes. Dazu dienen die Hausbesuche und die Vorsorgeuntersuchungen. Die körperliche Entwicklung (Größe und Gewicht) aller Kinder, die die Vorsorge besuchen, wird überwacht und die Ergebnisse in die Wachstumskurve eingetragen. In Risikofamilien betreibt der DKF gezielte Vorbeugung.

Ab dem Alter von zwei Jahren wird der BMI berechnet. Bei auffälligen Werten wird zuerst den Eltern eine Beratung durch den DKF angeboten.

Der DKF hat festgestellt, dass diese Maßnahmen nicht ausreichen und eine spezialisierte Hilfe notwendig ist.

Wenn die DKF-Beratung nicht greift, wird seit September 2009 eine Ernährungsberaterin einbezogen. Wenn die Familie einverstanden ist, koordiniert der DKF diese Beratung. Diese findet in den DKF-Vorsorgeräumen statt und das erste Gespräch ist kostenfrei für die Eltern. Bei allen weiteren Sprechstunden zahlen die Eltern eine Eigenbeteiligung von 5 €. Der DKF bezuschusst pro Familie maximal 10 Sitzungen.

Die DKF-Beraterin informiert sich über den Verlauf der Ernährungsberatung und greift die Inhalte in ihrer Arbeit mit der Familie wieder auf. Ziel ist es, eine Veränderung der Lebens- und Ernährungsgewohnheiten in den Familien zu bewirken.

Diese Beratung ist auch für stark untergewichtige Kinder möglich.

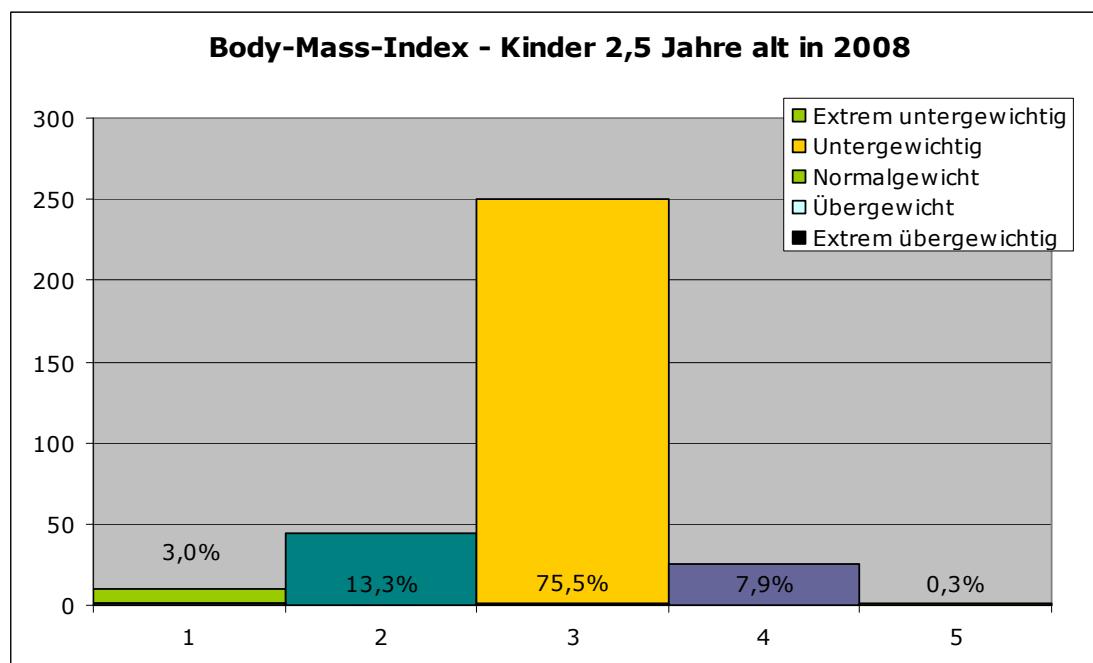
Die Pilotphase dauert von September 2009 bis Dezember 2010. Sollte die Auswertung (Nutzung, Entwicklung bei den Kindern) positiv ausfallen, wird über eine Beratung mit den Krankenkassen nachgedacht, um diese finanziell zu beteiligen.

7.3. Der Body-Mass-Index

Seit 2008 werden bei den Vorsorgeuntersuchungen die BMI-Werte (Body-Maß-Index) der 2,5-jährigen Kinder erfasst. In Zukunft werden diese Statistiken standardmäßig erhoben, um Entwicklungen aufzuzeigen. Die Daten der Dienste der Schulgesundheitsvorsorge und die des DKF werden anschließend zusammengefügt.

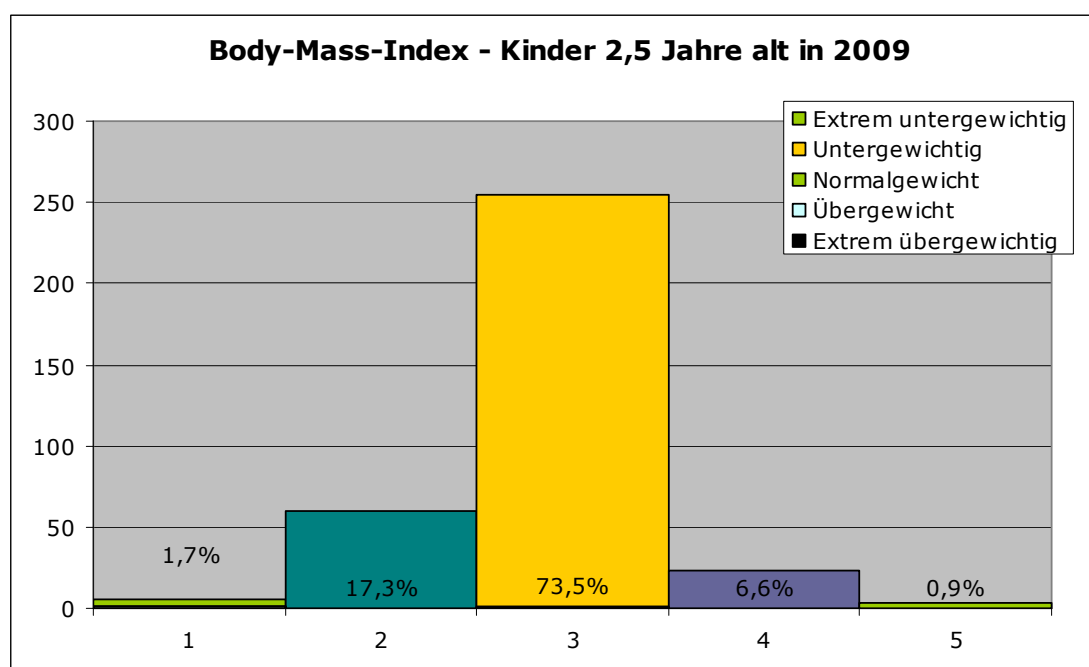
Die Werte für 2008 und 2009:

Gesamtübersicht der in 2008 erfassten Kinder						
	Mädchen		Jungen		Gesamt	in %
	Norden	Süden	Norden	Süden		
Extrem untergewichtig	4	1	2	3	10	3,0%
Untergewichtig	10	14	9	11	44	13,3%
Normalgewicht	62	61	68	59	250	75,5%
Übergewichtig	11	6	65	4	26	7,9%
Extrem übergewichtig	1	0	0	0	1	0,3%
Total Kinder					331	100 %



Gesamtübersicht der in 2009 erfassten Kinder

	Mädchen		Jungen		Gesamt	in %
	Norden	Süden	Norden	Süden		
Extrem untergewichtig	2	1	0	3	6	1,7%
Untergewichtig	18	14	17	11	60	17,3%
Normalgewicht	71	61	64	59	255	73,5%
Übergewicht	5	6	8	4	23	6,6%
Extrem übergewichtig	2	0	1	0	3	0,9%
Total Kinder					347	100 %



Wir stellen fest, dass 75,5% und 73,5% der 2,5 jährigen Kinder, die die Vorsorge noch besuchen, normalgewichtig sind.

Die Zahlen der untergewichtigen und übergewichtigen Kinder variieren leicht. 2008 waren 16,3% und in 2009 19% der Kinder untergewichtig. Übergewichtig waren 2008 8,2% der Kinder und 2009 7,5%.

Im Blick behalten sollten wir die extrem übergewichtigen Kinder, denn hier verzeichnen wir eine Steigerung von 0,3% zu 0,9%.

8. DIE ZUSAMMENARBEIT MIT ANDEREN DIENSTEN

8.1. Die PMS- und Gesundheitszentren

Der DKF ist zuständig für Kinder von 0 bis 3 Jahren. Mit dem Eintritt des Kindes in den Kindergarten sind die PMS (Psycho-Medizinisch-Soziale Zentren) – und Gesundheitszentren zuständig.

Der DKF zieht mit den Eltern eine Bilanz über die Entwicklung und Gesundheit des Kindes und übermittelt die medizinische Akte an die Dienste der Schulgesundheitsvorsorge.

Für Familien, denen der DKF eine engere Begleitung durch die Dienste der Schulgesundheitsvorsorge oder PMS-Zentren empfiehlt, findet zusammen mit den betroffenen Eltern, dem DKF und dem PMS-Mitarbeiter ein Übergabegespräch statt. Diese Form der Zusammenarbeit setzt das Einverständnis der Eltern voraus. Das neue Gesundheitsbuch, erarbeitet von den Diensten der Schulgesundheitsvorsorge und dem DKF, ist seit Ende 2005 eingeführt. Es umfasst die Entwicklung des Kindes ab der Geburt bis zum 18. Lebensjahr.

Das Gesundheitsbuch bleibt in Händen der Eltern. Nach der Betreuung durch den DKF nehmen die Kinder es zu den schulmedizinischen Untersuchungen mit. Somit haben die Eltern und die verschiedenen Akteure einen umfassenden Überblick über die gesamte Entwicklung des Kindes.

Ab 2011 wird eine gemeinsame medizinische Akte für DKF und Dienste der Schulgesundheitsvorsorge entwickelt. Diese Akte umfasst die Vorsorge-Daten der Kinder und Jugendlichen von 0 bis 18 Jahren. Der DKF gibt die Akte bei Erreichen des dritten Lebensjahres an die zuständigen Schulgesundheitsvorsorge-Stellen.

8.2. Der Jugendhilfedienst (JHD)

Der DKF meldet, wenn die Situation es erfordert, eine Risikofamilie beim JHD. Dieser erteilt nach Absprache mit der Familie dem DKF einen Begleitauftrag in der Familie.

Vor allem in den Familien mit intensivem Betreuungsbedarf findet diese Kooperation statt.

In 2007 haben DKF, JHD und JGD begonnen, mit einer externen fachlichen Begleitung die Zusammenarbeit besser zu strukturieren und ein gemeinsames

Berichtswesen zu erstellen. Dieses Berichtswesen wurde in 2008 von beiden Diensten positiv bewertet und wird nun standardmäßig angewendet.

8.3. Der Jugendgerichtsdienst (JGD)

Im Rahmen der gerichtlichen Jugendhilfe wird der DKF vom Jugendrichter per Gerichtsbeschluss mit einer Familienbegleitung beauftragt.

Der Jugendgerichtsdienst spezifiziert die Anfrage an den DKF und koordiniert die verschiedenen Hilfen in der betreffenden Familie.

In einem Bericht halten die DKF-Beraterinnen die Auswertung ihres Auftrages fest. Sie nehmen bei Anfrage auch an Koordinationsgesprächen und Gerichtsterminen teil.

8.4. Die öffentlichen Sozialhilfezentren (ÖSHZ)

Im Rahmen des „Fonds für Schwangere in Notsituationen“ ist eine Zusammenarbeit mit den ÖSHZ aller Gemeinden unerlässlich.

Generell sind die ÖSHZ Ansprechpartner, wenn eine Familie auch finanzielle Schwierigkeiten hat.

8.5. Das Medienzentrum der DG

Das Projekt des Medienzentrums „Mit Büchern groß werden“ wird vom DKF vor allem bei den Familien genutzt, die kaum Bücher besitzen. Die DKF-Beraterinnen verteilen dann das Bücherpaket.

Nachdem der DKF 2006 und 2007 ein besonderes Augenmerk auf die Medienkompetenz in Familien mit Kleinkindern gelegt hat, wurde 2009 ein Standard zum Umgang mit Medien erarbeitet. Unter anderem in Zusammenarbeit mit dem Medienzentrum hat der DKF seine Medienkompetenz erweitert und dieses Thema in die Beratungsarbeit integriert.

7.6. Die Frühhilfe Ostbelgien

Seit 2003 arbeiten der DKF und die Frühhilfe gemeinsam an einem Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der Betreuung von entwicklungsauffälligen und behinderten Kindern“.

Ziel ist es, Eltern von entwicklungsauffälligen und behinderten Kindern so früh wie möglich aufzufangen und mit ihnen die ersten Schritte einzuleiten, die für eine

bestmögliche Entwicklung des Kindes notwendig sind. Bei Bedarf bietet der DKF gemeinsam mit der Frühhilfe maximal zwei Hausbesuche an. Jährlich werden 2 – 5 Familien an die Frühhilfe vermittelt.

8.7. Die Frauenliga

Die DKF-Beraterinnen verfügen über einen Pauschalbetrag zur Durchführung von Vortragsabenden oder Animationen in den neun Gemeinden der DG. Partner für diese Bildungsangebote ist die Frauenliga. Hieraus hat sich eine sehr gute Zusammenarbeit ergeben, da die Frauenliga passgenau zu dem vom DKF erkannten Bedarf in den Gemeinden Angebote organisiert und durchführt..

Aus den Erfahrungen und gesellschaftlichen Beobachtungen der Frauenliga-Mitarbeiterinnen und den Erkenntnissen der DKF-Beraterinnen entwickeln sie gemeinsam das Programm.

Neben den regelmäßig laufenden Kursen der Babymassage und der Rückbildungsgymnastik wurden folgende Vorträge und Kurse angeboten:

Kochen für junge Mütter, Vorträge zu Erziehungsthemen (Kinderängste, Triple P, Fremdeln und Trennungsangst, Selbstwertgefühl bei Kindern), Erste-Hilfe-Kurse, Psychomotorik für Kinder unter 3 Jahren, Wadenwickel & Co, ...

8.8. Die Krankenhäuser in der DG

Der DKF arbeitet mit den Wochenstationen der Klinik St. Josef in St. Vith und des St. Nikolaus Krankenhauses in Eupen zusammen. Zusammen verfolgen wir das Ziel, den Übergang von der Wochenstation nach Hause für die Eltern so optimal wie möglich zu gestalten. Durch die Vorstellung des DKF bei den Müttern im Entbindungsheim und die Möglichkeit der Hebammen, die DKF-Beraterin direkt über Schwierigkeiten zu informieren, kann eine Mutter sehr schnell Hausbesuche erhalten.

Die Geburtsvorbereitungskurse für den Norden der DG werden in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Eupen angeboten und beworben.

Das Krankenhaus bietet **drei Informationsabende** an: den ersten mit dem Gynäkologen zum Ablauf der Entbindung, den zweiten und dritten mit einer Hebamme (Besichtigung der Kreissäle und der Entbindungsstation, pflegerische

Betreuung der Mutter und des Neugeborenen, Ernährung des Kindes und Besichtigung der Kinderstation).

Die **aktiven Geburtsvorbereitungskurse** werden durch den DKF organisiert. Für diese Kurse arbeitet der DKF mit zwei Geburtsbegleiterinnen zusammen.

Die sechs Abende dienen der aktiven Vorbereitung auf die Geburt für Frauen (nach Wahl in Begleitung der Ehemänner/Partner). Ziel ist es, die Eltern auf eine natürliche Geburt vorzubereiten.

Themen sind Körper- und Atemwahrnehmung für die Zeit der Wehen und der Geburt, Körperübungen, Tiefenentspannungsreisen, Bewegungsentspannung, Paarübungen mit bewusster Hinwendung zum Baby, Vorbereitung auf Elternsein und Paarsein, Wohlfühlmassagen, Geburtspositionen und Stillen.

8.9. Das Perinatale Zentrum (PZ)

Das Perinatale Zentrum ist in St. Vith angesiedelt. Dem Perinatalen Zentrum gehören Vertreter der Klinik St. Josef, Gynäkologen der Klinik sowie ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und die DKF-Beraterinnen der Sektoren St. Vith, Amel und Burg-Reuland an.

Das Perinatale Zentrum organisiert in eigener Trägerschaft Säuglingsvorsorgeuntersuchungen nach den Vorgaben des Dienstes für Kind und Familie, sowie verschiedene Angebote zur Geburtsvorbereitung in St. Vith. Die Kosten dieser Angebote werden durch den DKF getragen.

Die Geburtsvorbereitungskurse werden für schwangere Frauen und ihre Partner angeboten. Ziel ist es, durch Entspannungs- und Atemübungen die Frauen auf eine natürliche Entbindung vorzubereiten. Die Kurse in St. Vith werden von Hebammen, Frauenärzten und einer Kinesiotherapeutin durchgeführt.

Seit 2005 werden die Kurse wieder kontinuierlich angeboten und sind immer ausgebucht. Es werden durchschnittlich 6 Kurse mit jeweils 8 Schwangeren pro Jahr organisiert.

Zudem bietet das Perinatale Zentrum eine **Beratung der Schwangeren** durch Hebammen während der Sprechstunden der Gynäkologen der Klinik St. Josef an.

Diese Aktivität wurde zeitweise eingestellt. Seit Beginn 2005 werden alle Schwangeren, die in der Klinik St. Josef entbinden, wieder systematisch durch die dortigen Hebammen beraten.

Die DG unterstützt die Beratung der Schwangeren, insofern sie innerhalb der Gemeinschaft leben und in der Klinik St. Josef entbinden, mit +/- 84 € pro Mutter. Durchschnittlich sind dies 200 Mütter pro Jahr.

Das PZ organisiert zudem Kurse für **Rückbildungsgymnastik** mit externen Fachkräften. Diese Kurse sind ebenfalls sehr beliebt.

Ein zweiter Schwerpunkt der Aktivitäten ist die **Säuglings- und Kleinkindvorsorge**. Neben diesen Vorsorgeuntersuchungen stellt das PZ seine Räumlichkeiten für Kurse im Eltern-Kind-Bereich zur Verfügung, die der DKF in Eigenregie organisiert (Psychomotorik, Babymassage, Erste-Hilfe-Kurse, Referate über Kindererziehung ...).

Insgesamt hat das PZ für die Bereiche Schwangerenvorsorge, Säuglings- und Kleinkindvorsorge folgende Summe seitens der DG erhalten (inklusive Miet- und Funktionskosten):

	2008	2009
Schwangerenberatung & Geburtsvorbereitungskurse	6.952	6.875
Mütterberatung Klinik St. Josef	7.926	9.671
Säuglings- und Kleinkindvorsorge inkl. Mutter-Kind-Kurse	13.481	14.348
Zuschüsse insgesamt	28.361	30.894

9. ZUKUNFTSVISIONEN DES DKF

Der DKF entwickelt sich beständig weiter, um den Anforderungen der Familien und deren Entwicklungen gerecht zu werden.

Für die kommenden zwei Jahre wird der DKF, auch durch eine gezielte Weiterbildung, das Themenfeld „Kindeswohl und Eltern-Kind-Bindung“ spezifischer bearbeiten. Es geht darum, Elternkompetenzen noch genauer erfassen zu können und methodisch gezielter zu arbeiten.

Für das Jahr 2011 wird der DKF die Funktion des Koordinationsarztes wieder aktivieren. Dieser Pädiater koordiniert die Zusammenarbeit und die Weiterbildungen der Vorsorgeärzte. Er ist außerdem Ansprechpartner für diese Ärzte sowie für medizinische Fragen der DKF-Beraterinnen.

Der Koordinationsarzt sichert die Verbindung und Vernetzung zu den medizinischen Gremien des „Office de la Naissance et de l'Enfance“ (ONE) und zu „Kind en Gezin“ (K&G).

Durch die Zusammenarbeit der Dienstleitung mit dem Koordinationsarzt wird die medizinische Ausrichtung des Dienstes gesichert und kontinuierlich verbessert.

Dem DKF ist es wichtig, stets neue Kommunikationswege zu den Eltern zu erarbeiten. Sei es durch Mailkontakte, Kurzmitteilungen, ...

Die Kommunikationswege, über die die Beraterin die jungen Familien erreichen, haben sich verändert. Dazu kommen noch die sprachlichen Herausforderungen, die der Kommunikation Grenzen setzen. Der DKF wird versuchen, über andere Wege die Verbindlichkeit mit den Familien zu erhöhen, sei es durch die vermehrte Nutzung der elektronischen Kommunikation oder die regelmäßigeren Nutzung von Übersetzerdiensten.

10. INTERNE ORGANISATION & FINANZIELLER BERICHT

10.1. Die Ausgaben des DKF

Um die Wartelisten in den Vorsorgestellen abzubauen, hat der DKF mehr Termine für medizinische Beratungen vorgesehen. Dafür musste eine zusätzliche Ärztin eingestellt werden. Für die Ziviljahre 2008 und 2009 sind daher die Kosten des DKF besonders im Bereich der Arzthonorare und der Funktionskosten des Personals gestiegen.

Die Supervisionen des Personals wurden in 2008 zeitweise durch externe Fachkräfte geleitet, in 2009 war dies nicht mehr der Fall.

Untenstehend werden alle Ausgaben aufgelistet:

Posten	2007	2008	2009
Medizinische Beratungen	62.652	64.338	70.414
Miet-und Energiekosten	11.300	13.385	13.458
Vorsorgestellen: Funktionskosten	12.021	16.671	13.236
Personalkosten (Fahrten,...)	16.994	15.765	21.805
Supervisionen und Weiterbildungen	2.911	7.398	2.943
Eltern-Kind-Kurse	5.313	7.606	7.279
Selbstständige Tagesmütter	217	971	223
Geburtsvorbereitungskurse	1.777	1.127	1.304
Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen	7.108	4.376	9.895
Perinatales Zentrum	29.236	28.361	30.894
Total	149.529	159.998	171.451

10.2. Die Vorsorgestellen

Die Vorsorgestellen sind über das komplette Einzugsgebiet der Deutschsprachigen Gemeinschaft verteilt:

Eupen	: Sozialzentrum „Altes Schwesternheim“, Rotenberg 33
Kelmis	: Treffpunkt Gesundheit, Kappelstraße 34
Lontzen	: Vorsorgestelle der ONE in Welkenraedt, rue des Combattants 21
Raeren	: Kindergarten Gemeindeschule
Amel	: Vinzenzhaus im Dorfzentrum
Burg Reuland	: Kultur- und Begegnungszentrum Burg-Reuland
Bütgenbach	: Seniorenheim der Interkommunalen „Hof Bütgenbach“
Manderfeld	: Pfarrheim Dorfzentrum
St. Vith	: Perinatales Zentrum

In den meisten Vorsorgestellen werden die DKF-Beraterinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen unterstützt. Diese übernehmen z.B. das Wiegen der Babys. Lediglich die Vorsorgestellen von Bütgenbach und Reuland arbeiten ohne ehrenamtliche Mitarbeiterinnen.

Die Zusammenarbeit mit den Ehrenamtlichen ist für die Beraterinnen eine große Entlastung. Außerdem finden die Kunden oft bei den Ehrenamtlichen eine Hilfe, wenn sie z.B. mit mehreren Kindern die Vorsorgestelle besuchen.

In den letzten Jahren wurden für die Vorsorgestellen von Kelmis, Lontzen und Burg-Reuland andere, bzw. ansprechendere Räume gefunden.

10.3. Das Personalverzeichnis der DKF-Beraterinnen 2008-2009

SEKTOR	BERATERINNEN	KONTAKT
EUPEN & UMGEBUNG <u>Zusatzaufgaben:</u> - Selbst. Tagesmütter - Geburtsvorbereitungskurse	Rachel SIMON Birgit AGGEBE Béatrice SCHYNTS	087 558 100 Werktags von 08:45 - 10:30 Uhr dkf.eupen@dgov.be
KELMIS / LONTZEN <u>Zusatzaufgaben:</u> - Erstkontakt KH Eupen	Rita GEELEN Gaby MICHEL Myriam LENTZ	087 789 022 Werktags von 08:30 - 10:00 Uhr dkf.kelmis@dgov.be
RAEREN Zusatzaufgabe: Fonds für Schwangere in Notsituationen	Astrid PIETTE	0475 765 530 Werktags von 08:15 - 08:45 Uhr
BÜLLINGEN/ BÜTGENBACH <u>Zusatzaufgaben:</u> - Stillkomitee	Annette THOMAS Christa MELCHIOR	080 398 244 Werktags von 08:30- 09:30 Uhr dkf.buetgenbach@dgov.be
ST. VITH / AMEL BURG-REULAND <u>Zusatzaufgaben:</u> - Erstkontakt KH St. Vith - Geburtsvorbereitungskurse - Kontakt Perinatales Zentrum	Renate WIESEMES Inge HUPPERTZ Carine Michels Sabine PAASCH	080 398 850 Werktags von 08:45 - 10:15 Uhr außer mittwochs: 08:30-09:15 Uhr dkf.st.vith@dgov.be

Alle Vorsorgestellen sind mit einem Anrufbeantworter ausgestattet, sodass man auch außerhalb der Sprechstunden eine Nachricht hinterlassen kann.

Die Mitarbeiterinnen im Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft sind:

- Karin Cormann, Fachbereichsleiterin des DKF: 087 596 349
- Doris Falkenberg, Dienstleiterin und pädagogische Beraterin des DKF: 087 596 397
- Sylvie Winter, Koordinationsstelle/Sekretariat: 087 596 393