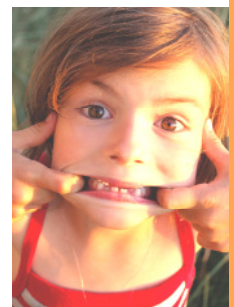
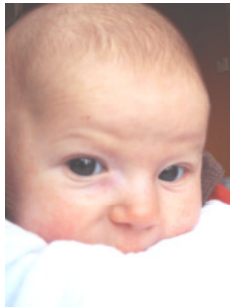


**Tätigkeitsbericht**

**2006-2007**

**Dienst für Kind und Familie**



## **EINLEITUNG**

*Die Familie ist auch in unserer heutigen Zeit ein wichtiger Grundpfeiler der Gesellschaft. In dieser Umgebung verbringen wir die meiste Zeit und (er-)leben Beziehungen, Freude und Konflikte.*

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

*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.*

*Medizinische Vorsorge bleibt ein wichtiges Thema für alle Familien.*

*Außerdem werden Familien in der heutigen Zeit als Werbezielgruppe mit Informationen überflutet. Daher ist es wichtig, die Eltern fachlich und unabhängig zu beraten. Was ist gut für das Baby? Was benötigt es für eine gesunde Entwicklung?*

*Damit dies gelingt, ist es wichtig, dass die Beraterinnen des DKF sich als Ansprechpartner für alle Familien mit Kleinkindern positionieren. Die Tatsache, dass der DKF alle Familien aufsucht, ist ein Schlüsselement für die erfolgreiche Zusammenarbeit. Damit wird ebenfalls eine Stigmatisierung von bestimmten Familien mit sozialen und/oder finanziellen Auffälligkeiten vermieden.*

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

*Das Tätigkeitsfeld des DKF hat sich insgesamt verändert: die kulturellen und sozialen Gegebenheiten werden auch in der Deutschsprachigen Gemeinschaft vielschichtiger. Die professionellen Dienste müssen sich diesen Veränderungen anpassen und sich den neuen Herausforderungen stellen.*

*Der Armutsbericht 2007 der DG belegt einen Anstieg der Armut in der DG. Auch der DKF erlebt diese Realität immer wieder in betreuten Familien und muss ihr in seiner Beratung Rechnung tragen.*

*Ein weiteres Themenfeld, welches beim DKF mehr und mehr an Bedeutung gewinnt, ist die Erziehungsberatung.*

*Im Dschungel der vielfältigen Informationen zu verschiedenen Erziehungsstilen und Umgang mit Kindern sind die Eltern verunsichert. Der DKF arbeitet derzeit an einem neuen Konzept zur Erziehungsberatung, um die Eltern in ihren Erziehungskompetenzen noch besser zu unterstützen und sein Beratungsprofil in diesem Bereich zu schärfen.*

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

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

*Um die Durchführung unseres Auftrages zu bewerten und dem Bedarf anzupassen, benötigen wir Zahlenmaterial, welches die aktuelle Situation von Familien, Vätern, Müttern und Kindern darstellt. Dabei stehen die Sammlung von empirischen Daten und die Erfassung von Zusammenhängen im Vordergrund.*

*Mein Dank gilt Doris Falkenberg und Sylvie Winter, die maßgeblich an der Erstellung dieses Berichts mitgewirkt haben.*

*Karin Piraprez-Cormann*

*Dienstleiterin bis März 2009.*

<b>1. UNSER LEITBILD .....</b>	<b>6</b>
<b>2. DIE GEBURTEN .....</b>	<b>6</b>
2.1. GEBURTENZAHLEN UND ENTBINDUNGSORT PRO GEMEINDE .....	7
2.2. DIE GEBURTENRATE IN DER DG .....	9
2.3. DIE GEBURTENRATE IM VERGLEICH.....	9
2.4. DIE VERTEILUNG DER GESCHLECHTER.....	11
<b>3. DATEN ZU MUTTER UND KIND .....</b>	<b>12</b>
3.1. DIE NATIONALITÄT .....	12
3.2. DATEN IN BEZUG AUF DIE ENTBINDUNG.....	13
3.3. DAS ALTER DER MÜTTER BEI DER ENTBINDUNG .....	16
3.4. DIE BESCHÄFTIGUNG DER MÜTTER VOR UND NACH DER ENTBINDUNG .....	19
<b>4. DIE KERNAUFGABEN DES DKF .....</b>	<b>20</b>
4.1. DIE AUFGABENFELDER DER DKF-BERATERINNEN .....	20
4.2. DIE ORGANISATION DER KLEINTEAMS.....	22
4.2.1. Die Kleinteams.....	22
4.2.2. Personaldichte 2006 -2007: .....	22
4.3. HAUSBESUCHE UND TELEFONISCHE BERATUNG.....	22
4.4. VORSORGEUNTERSUCHUNGEN .....	25
4.4.1. Die Schwerpunkte der 14 Vorsorgeuntersuchungen: .....	25
4.4.2. Die Anzahl der Untersuchungen.....	26
4.4.3. Die postnatale Betreuung in den Vorsorgestellen .....	26
4.4.4. Impfungen in den Vorsorgestellen .....	28
4.4.5. Sehtests in den Vorsorgestellen.....	29
4.5. STILLEN: JEDER TROPFEN ZÄHLT! .....	31
<b>5. BESONDERE AUFGABENFELDER DER BERATERINNEN .....</b>	<b>35</b>
5.1. DER FONDS ZUM SCHUTZ DES UNGEBORENEN LEBENS .....	35
5.2. BEGLEITUNG VON FAMILIEN MIT BESONDEREM HILFEBEDARF.....	39
5.3. DIE SCHWANGERSCHAFTSBEGLEITUNG .....	45
5.3.1. Individuelle Beratung .....	45
5.3.2. Die Geburtsvorbereitungskurse in Eupen .....	46
5.4. DAS HÖRSCREENING .....	46
5.5. ZUSAMMENARBEIT MIT DEN ÄRZTEN DES DKF .....	47
5.6. ANERKENNUNG UND BEZUSCHUSSUNG VON JUGENDFERIENLAGERN .....	49
5.7. UNSERE VERÖFFENTLICHUNGEN .....	49
5.8. ANGEBOTE IM ELTERN-KIND-BEREICH .....	51
<b>6. NEUE PROJEKTE UND ZIELSETZUNGEN.....</b>	<b>52</b>
6.1. STILLFÖRDERUNG UND STILLBERATUNG.....	52
6.2. GETRENNTE BERATUNGEN IN DEN VORSORGESTELLEN .....	53
6.3. DIE QUALITÄTSSICHERUNG.....	54
6.3.1. Sicherung der systemischer Beratung für alle Interventionen der Beraterinnen	54
6.3.2. Standardisiertes Berichtswesen .....	55
6.3.3. Die Standards .....	55
6.4. ERZIEHUNGSPROJEKT „WEGE AUS DER BRÜLLFALLE“ .....	56

6.5.	ELTERNKURSE.....	57
6.6.	MÜTTERGRUPPE KELMIS.....	57
<b>7.</b>	<b>DIE ZUSAMMENARBEIT MIT ANDEREN DIENSTEN .....</b>	<b>58</b>
7.1.	DIE PMS- UND GESUNDHEITZENTREN.....	58
7.2.	JUGENDHILFEDIENST (JHD).....	58
7.3.	JUGENDGERICHTSDIENST (JGD) .....	58
7.4.	ÖSHZS .....	59
7.5.	MEDIENZENTRUM .....	59
7.6.	FRÜHHILFE OSTBELGIEN .....	59
7.7.	FRAUENLIGA .....	60
7.8.	KRANKENHAUS EUPEN .....	60
7.9.	DAS PERINATALE ZENTRUM (PZ).....	60
<b>8.</b>	<b>DIE KINDERBETREUUNG IN DER DG .....</b>	<b>62</b>
8.1.	DAS REGIONALZENTRUM FÜR KLEINKINDBETREUUNG (RZKB).....	62
8.1.1.	Der Tagesmütterdienst des RZKB .....	64
8.1.2.	Das Sozialstatut der Tagesmütter .....	66
8.1.3.	Anzahl Tagesmütter (TM) .....	66
8.1.4.	Die Kinderkrippe.....	66
8.1.5.	Die Ferienprojekte des RZKB.....	67
8.2.	FINANZIELLER BERICHT DG-RZKB .....	68
8.3.	DIE QUALIFIKATION DER KINDERBETREUER IN DER DG.....	69
8.4.	DIE ANERKENNUNG UND QUALITÄTSCONTROLLING VON SELBSTSTÄNDIGEN TAGESMÜTTERN .....	69
8.5.	DIE AUSSERSCHULISCHE BETREUUNG (AUBE) IN DER DG .....	69
8.5.1.	Die Entwicklung der Standorte .....	69
8.5.2.	Bezuschussung der AUBE .....	71
8.5.3.	Die Kommunalen Beratungsausschüsse für Kinderbetreuung (KBAK).....	71
8.6.	DIE KINDERHORTE .....	72
8.6.1.	Kinderhort Kelmis .....	72
8.6.2.	Kinderhort Eupen .....	72
8.6.3.	Kinderhort St. Vith.....	73
9.	INTERNE ORGANISATION & FINANZIELLER BERICHT .....	74
9.1.	AUSGABEN DES DKF .....	74
9.2.	DIE VORSORGESTELLEN.....	75
9.3.	PERSONALVERZEICHNIS der DKF-Beraterinnen 2007 .....	76

## **1. UNSER LEITBILD**

Der DKF ist ein Dienst der Deutschsprachigen Gemeinschaft, der sein Angebot auf die Bedürfnisse der Familien mit Kindern im Alter von 0-3 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 überfordert. Das innerhalb einer Familie übermittelte Wissen kann durch die Zersplitterung der Familienstrukturen nicht mehr so zum Tragen kommen, wie es in der Vergangenheit der Fall war.

## **2. DIE GEBURTEN**

Anhand unten angeführter Dokumente versucht der DKF, die Situation der Neugeborenen in der DG zu erfassen:

- Geburtsbescheide für die in Belgien geborenen Kinder, die bereits im jeweiligen Krankenhaus ausgefüllt werden;
- Registrierung der anderen Geburten aus den jeweiligen Gemeinderegistern;
- Erstellung einer eigenen DKF-Statistik 2006, die 3,5 Monate nach der Entbindung durch die Beraterinnen ausgefüllt wird.
- Auswertung der erweiterten DKF-Statistik 2007, die durch die ONE einkodiert wurde.

## 2.1. GEBURTENZAHLEN UND ENTBINDUNGSORT PRO GEMEINDE

Nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl registrierter Geburten pro Gemeinde:

Wohnort	2003	2004	2005	2006	2007
Eupen	160	187	170	179	180
Kelmis	83	82	85	79	78
Lontzen	48	45	51	57	41
Raeren	70	88	101	70	98
Amel	71	53	44	50	46
Büllingen	65	56	53	66	42
Burg-Reuland	46	44	45	41	36
Bütgenbach	43	53	63	70	43
St. Vith	91	76	91	73	74
<b>Total</b>	<b>677</b>	<b>684</b>	<b>703</b>	<b>685</b>	<b>638</b>

Der Großteil der Kinder in der Deutschsprachigen Gemeinschaft wird in Eupen und St. Vith geboren. Der Anteil der Kinder, die in Malmedy geboren werden, sinkt. Allerdings sinkt auch in der Klinik St. Josef aufgrund der rückläufigen Geburtenzahlen die Anzahl Entbindungen von Müttern aus der DG.

Die Geburten der Asylbewerber aus Manderfeld und der Familien ohne legale Aufenthaltsgenehmigung werden nicht in die Gemeinderegister eingetragen. Die sozio-medizinische Betreuung in diesen Familien ist jedoch oftmals sehr zeitintensiv. In 2007 betreute der DKF 13 Kinder von Bewohnern des Asylantenwohnheims und drei Kinder von Familien, die sich illegal in Belgien aufhalten.

Zwei Kinder wurden in einer Gemeinde abgemeldet und in einer anderen nicht wieder angemeldet.

Das macht in 2007 insgesamt 656 Kinder, die in der DG geboren wurden.

Entbindungsort 2006								
Eltern wohnhaft in	Klinik =>	Eupen	St. Vith	Malmedy	andere KH in Belgien	Ausland/ unbekannt.	Haus- geburten	Total
	in Eupen	143	0	0	17	16	3	<b>179</b>
	Kelmis	40	0	0	5	34	0	<b>79</b>
	Raeren	27	1	0	2	39	1	<b>70</b>
	Lontzen	33	2	0	9	12	1	<b>57</b>
	St. Vith	0	57	14	1	1	0	<b>73</b>
	Büllingen	2	37	18	4	5	0	<b>66</b>
	Bütgenbach	8	33	19	7	3	0	<b>70</b>
	Reuland	0	30	10	1	0	0	<b>41</b>
	Amel	0	40	9	1	0	0	<b>50</b>
		<b>253</b>	<b>200</b>	<b>70</b>	<b>47</b>	<b>110</b>	<b>5</b>	<b>685</b>

Entbindungsort 2007 <sup>1</sup>								
Eltern wohnhaft in	Klinik =>	Eupen	St. Vith	Malmedy	andere KH in Belgien	Ausland/ unbekannt	Haus- geburten <sup>2</sup>	Total
	Eupen	148	0	0	13	19		<b>180</b>
	Kelmis	46	0	0	2	30		<b>78</b>
	Raeren	50	0	0	2	46		<b>98</b>
	Lontzen	20	0	0	5	16		<b>41</b>
	St. Vith	1	52	12	3	6		<b>74</b>
	Büllingen	2	28	8	4	0		<b>42</b>
	Bütgenbach	2	24	5	5	7		<b>43</b>
	Reuland	0	30	0	4	2		<b>36</b>
	Amel	2	34	8	1	1		<b>46</b>
		<b>271</b>	<b>168</b>	<b>33</b>	<b>39</b>	<b>127</b>	<b>0</b>	<b>638</b>

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. Der DKF wünscht eine Zusammenarbeit mit den in der DG tätigen Hebammen, um die Kontinuität nach der Intervention der selbständigen Hebamme zu sichern. Dies wird in 2008 in Angriff genommen.

<sup>1</sup> Ein Großteil der 127 Kinder, die unter der Rubrik 'Geburtsort Ausland/unbekannt' registriert sind, wurden in der BRD (Aachen) geboren, weil die Eltern als Grenzgänger in der BRD krankenversichert sind

<sup>2</sup> Für das Jahr 2007 sind die Hausgeburten statistisch nicht erfasst worden.



Der Anteil der Entbindungen von Müttern aus der DG in der Malmedyer Klinik ist im Vergleich zum vorhergehenden Jahr stark gesunken: 39 Geburten gegenüber 70 Geburten in 2006.

## 2.2. DIE GEBURTENRATE IN DER DG

„Geburtenrate“ oder „Geburtenziffer“ ist ein Fachausdruck der Demografie, mit dem die Anzahl der Geborenen pro Jahr bezogen auf 1000 Einwohner angegeben wird.

Der Bevölkerungsdurchschnitt wird errechnet, indem der Mittelwert der Bevölkerungszahl zu Beginn des Jahres und zum Ende des Jahres genommen wird.

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007
Einwohner	71.735	72.206	72.816	73.398	73.922
Geburten	677	684	706	685	638
Geburtenrate	9,4%	9,5%	9,7%	9,33	8,63

## 2.3. DIE GEBURTENRATE IM VERGLEICH

Die Tabelle 2006 zeigt, dass die Geburtenrate im Norden im Vergleich zum Süden leicht unterschiedlich ist. Die Zahlen belegen, dass im Süden proportional zur Bevölkerung in 2006 *mehr* Kinder geboren wurden als im Norden.

Geburtenrate Norden - Süden 2006					
Gemeinde	Einwohnerzahl am 01.01.2006	Einwohnerzahl am 31.12.2006	Durchschnitt Gesamt 2006	Reg. Geburten Ziviljahr 2006	Geburtenrate
Eupen	18.248	18.313	18.281	179	9,79
Kelmis	10.396	10.472	10.434	79	7,57
Lontzen	5.071	5.175	5.123	57	11,13
Raeren	10.091	10.199	10.145	70	6,90
<b>Total Norden</b>			<b>43.983</b>	<b>385</b>	<b>8,75</b>
Amel	5.282	5.331	5.307	50	9,42
Büllingen	5.385	5.453	5.419	66	12,18
Burg-Reuland	3.903	3.957	3.930	41	10,43
Bütgenbach	5.574	5.585	5.580	70	12,55
St. Vith	9.169	9.190	9.180	73	7,95
<b>Total Süden</b>			<b>29.415</b>	<b>300</b>	<b>10,20</b>

In 2007 ist das Gegenteil der Fall: im Süden beträgt die Geburtenrate lediglich 8,20. Allerdings ist die Anzahl der Geburten in der DG zu gering, um Tendenzen ableiten zu können.

<b>Geburtenrate Norden - Süden 2007</b>					
<b>Gemeinde</b>	<b>Einwohnerzahl am 01.01.2007</b>	<b>Einwohnerzahl am 31.12.2007</b>	<b>Durchschnitt Gesamt 2007</b>	<b>Reg. Geburten Ziviljahr 2007</b>	<b>Geburtenrate</b>
Eupen	18.313	18.408	18.361	180	9,80
Kelmis	10.472	10.566	10.519	78	7,42
Lontzen	5.175	5.267	5.221	41	7,85
Raeren	10.199	10.312	10.256	98	9,56
<b>Total Norden</b>			<b>44.356</b>	<b>397</b>	<b>8,95</b>
Amel	5.331	5.345	5.338	46	8,62
Büllingen	5.453	5.471	5.462	42	7,69
Burg-Reuland	3.957	3.948	3.953	36	9,11
Bütgenbach	5.585	5.610	5.598	43	7,68
St. Vith	9.190	9.242	9.216	74	8,03
<b>Total Süden</b>			<b>29.566</b>	<b>241</b>	<b>8,15</b>

Insgesamt ist jedoch mit Sicherheit festzustellen, dass die Geburtenrate in der DG deutlich niedriger ist als im Landesdurchschnitt.

Zum Vergleich<sup>3</sup>: in 2007 liegt die Geburtenrate in Flandern bei 10,74, in der französischen Gemeinschaft bei 11,30. In der Region Brüssel beträgt die Zahl 15,67. Dies ist sicherlich bedingt durch den hohen Prozentsatz immigrierter Familien, die in der ersten Generation meist noch mehr Kinder als üblich im Auffangland gebären, meist aber in der zweiten oder dritten Generation ihr Geburtsverhalten dem Lande anpassen und demnach weniger Kinder bekommen<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Quelle: INS, Institut Nationale des Statistiques (www.statbel.fgov.be)

<sup>4</sup> Quelle : Rapport 2005 ONE, p.20

## 2.4. DIE VERTEILUNG DER GESCHLECHTER

In 2006 wurden insgesamt 685 Kinder geboren. Für 675 Kinder stehen uns Daten zur Verfügung:

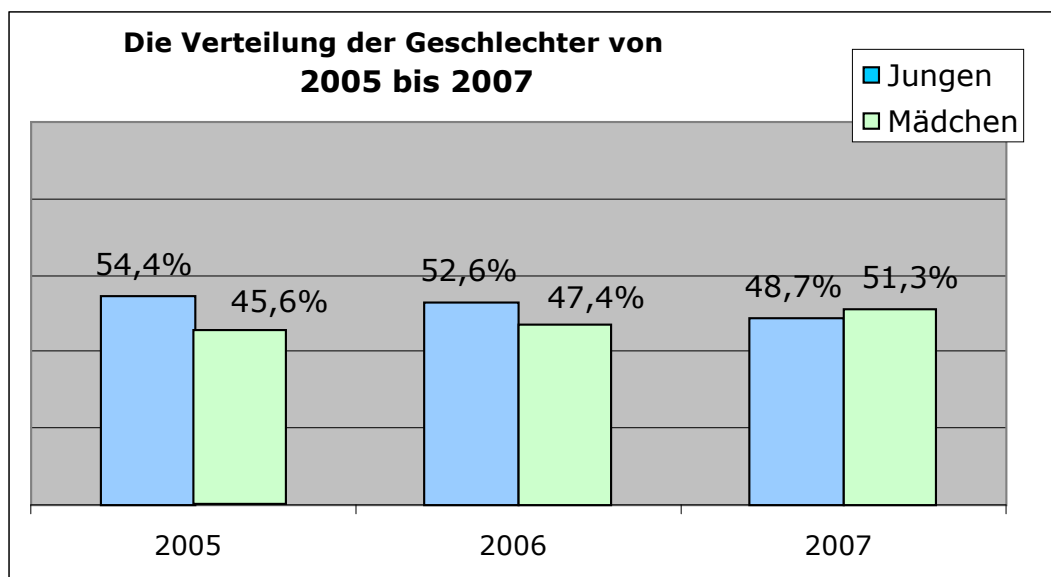
- 355 Jungen : 52,60 %
- 320 Mädchen : 47,40 %

In 2007 wurden insgesamt 638 Kinder geboren, hiervon stehen dem DKF 501<sup>5</sup> Angaben zur Verfügung:

- 244 Jungen : 48,70%
- 257 Mädchen : 51,30%.

Insgesamt werden europaweit zurzeit mehr Jungen geboren: 106 Jungen auf 100 Mädchen.

Im Lebensalter von 45-50 Jahren gleicht sich das Verhältnis aus. Ab dem Alter von 75 Jahren beträgt der Anteil der Männer in der Gesamtbevölkerung weniger als 30%.<sup>6</sup>



<sup>5</sup> Aufgrund der Statistikführung durch die ONE (nur in 2007), die keine Geburtsbescheide aus der BRD erhält, sind die Angaben für 2007 unvollständig. Es fehlt die Angabe des Geschlechtes für 137 Kinder. Der Umbruch in der Geschlechterverteilung ist demnach nicht aussagekräftig.

<sup>6</sup> Quelle: 'ONE, Banque de données médico-sociales 2005-2006'

### 3. DATEN ZU MUTTER UND KIND<sup>7</sup>

#### 3.1. DIE NATIONALITÄT

Auch in der DG steigt die Anzahl der verschiedenen Nationalitäten. Wir zählen mindestens 19 verschiedene Nationalitäten.

Herkunftsländer der Mütter in 2007	
Belgien	336
Türkei	6
Polen	3
Bosnien-Herzegowina	2
Pakistan	2
Russland	2
Kongo	2
Kroatien	1
Spanien	1
Südafrika	1
Ungarn	1
Serbien-Montenegro	1
Rumänien	1
Slowenien	1
Marokko	1
Syrien	1
Thailand	1
Vietnam	1
fehlende Angaben	150
<b>Insgesamt</b>	<b>514</b>

Bei den 150 verschiedenen Geburten, zu denen die Angaben fehlen, handelt es sich meist um Mütter aus der BRD, die in der Kategorie der Herkunftsländer nicht vertreten sind. Aus Erfahrung wissen wir, dass die deutschen Frauen auch fast ausschließlich in Deutschland entbinden.

Bei 65% der Geburten handelt es sich um Belgierinnen, die in der DG entbinden.

---

<sup>7</sup> Eine Erklärung für in vorliegendem Bericht teilweise lückenhafte Angaben ist die Tatsache, dass ein erheblicher Teil unserer Bevölkerung im Ausland (meist BRD) entbindet. Diese Mutter-Kind-Daten können statistisch nicht erfasst werden. Eine weitere Erklärung ist die Tatsache, dass in 2006 der DKF seine Daten ‚hausintern‘ verarbeitet hat und diese Aufgabe in 2007 der ONE anvertraut wurde, die spezifische Gesundheitsdaten einkodiert hat.

### 3.2. DATEN IN BEZUG AUF DIE ENTBINDUNG

Anzahl Kinder Pro Entbindung	
1 Kind	494
2 Kinder	20
<b>Total</b>	<b>514</b>

4% der Entbindungen sind Zwillingsgeburten.

Schmerzbehandlung der Mutter 2007		
Keine Schmerzbehandlung	149	29%
Narkose	7	1%
Peridurale Narkose	316	61%
Andere Schmerzbehandlung	33	6%
Keine Angaben	9	2%
<b>Total</b>	<b>514</b>	<b>100 %</b>

Wir stellen fest, dass 356 Frauen während der Entbindung entweder eine Vollnarkose, eine Teilnarkose oder schmerzlindernde Mittel verabreicht wird.

Laut medizinischer Auskunftsblätter haben 122 Mütter per Kaiserschnitt entbunden (23,7%), was eine Schmerzbehandlung erforderlich macht. 68 von diesen Kaiserschnitten waren geplant.

Wenn die 33 Frauen, die eine andere (wahrscheinlich lokale) Schmerzbehandlung erhalten haben und die obligatorischen schmerzbehandelten Kaiserschnitte ausgeklammert werden, haben noch immer 39% der Frauen ohne zwingende medizinische Ursache eine peridurale Narkose 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.

Der DKF versucht, durch Fördern von Geburtsvorbereitungskurse zumindest eine optimalere Information und Vorbereitung der werdenden Eltern zu bewirken.

Das Fördern der natürlichen Geburt geht einher mit der Stillförderung. Babys, die ohne Schmerzbehandlung geboren werden, trinken eher, suchen selber die Brust

der Mutter und das Bonding<sup>8</sup> in den ersten Stunden nach der Geburt findet unter optimaleren Bedingungen statt.

<b>Direktes Anlegen nach der Geburt 2007</b>		
Ablehnung	80	17,39%
Sofortiges Anlegen	363	78,91%
Späteres Anlegen	17	3,70%
Keine Angaben	54	
<b>Total</b>	<b>460</b>	<b>100 %</b>

Trotzdem stellen wir erfreulicherweise fest, dass in den Entbindungsheimen der DG die Säuglinge sofort angelegt werden und dies von den meisten Müttern auch so gewünscht wird.

<b>Gesundheitszustand des Neugeborenen 2007</b>		
Entlassung vorgesehen	291	90,09%
Weiterleitung spezialisierte Klinik	7	2,17%
Kind unter klinischer Beobachtung	21	6,50%
Kind im Mutterleib verstorben	2	0,62%
Bei der Geburt verstorben	2	0,62%
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>100 %</b>

<b>Gestation (Schwangerschaftsdauer)</b>		
22 bis 33 Wochen	8	1,60%
34 - 36 Wochen	41	8,22%
37 Wochen und mehr	450	90,18%
<b>Total</b>	<b>499</b>	<b>100 %</b>

---

<sup>8</sup> Bonding ist der erste, bindungsentwickelnde Hautkontakt zwischen Mutter und Neugeborenem direkt nach der Geburt

Apgar-Score nach 1 Minute			Apgar-Score nach 5 Minuten		
0 bis 4	7	1,43%	1 bis 6	5	1,03%
5 bis 7	19	3,89%	7 bis 10	481	98,97%
8 bis 10	462	94,67%			
	<b>488</b>	<b>100 %</b>		<b>486</b>	<b>100 %</b>

Der Apgar-Score ist ein Punkteschema (Scoring-System), mit dem sich der klinische Zustand von Neugeborenen standardisiert beurteilen lässt. Mit Hilfe dieses Scores gelingt es, die Anpassung an das Leben außerhalb der Gebärmutter und die Überführung des fetalen in den neonatalen Zustand zu beschreiben. Weiter lässt sich der Effekt von Reanimationsmaßnahmen erfassen. Der Apgar-Score umfasst fünf Komponenten: Herzfrequenz – Atemantrieb – Reflexauslösbarkeit – Muskeltonus – Hautfarbe. Die Bestimmung erfolgt 1, 5 und 10 Minuten nach der Geburt. Die maximal erreichbare Punktzahl ist 10.

Die optimale Punktzahl für Neugeborene sind 9–10 Punkte. Bei Wertungen zwischen 5–8 gilt das Neugeborene als gefährdet, bei unter 5 als akut lebensgefährdet.

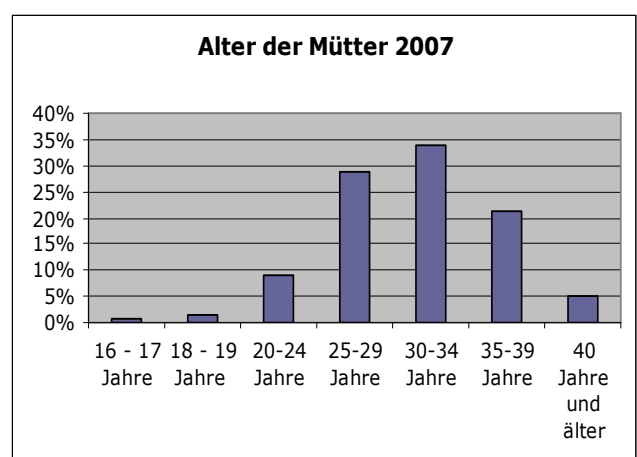
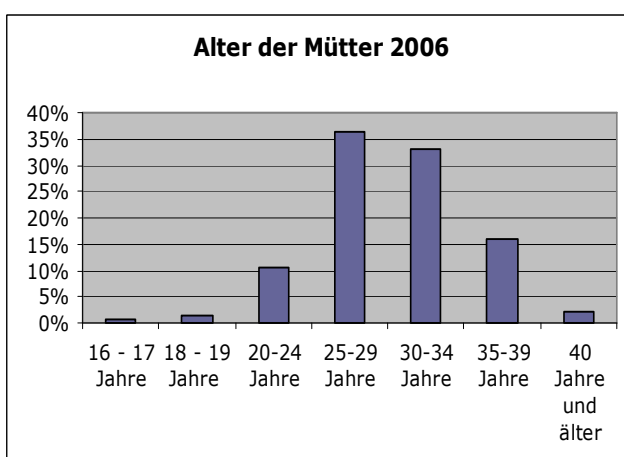
### 3.3. DAS ALTER DER MÜTTER BEI DER ENTBINDUNG<sup>9</sup>

In 2006 gab es 5 Teenager-Schwangerschaften (die jüngste Mutter war 16 Jahre alt), aber auch vermehrt Spätgebärende (die älteste Mutter war 47 Jahre alt). In 2007 war die jüngste Mutter bei der Entbindung 17 Jahre alt.

Der Trend zur späteren Mutterschaft setzt sich fort: in 2006 haben die meisten Frauen im Alter zwischen 25-29 Jahren entbunden, in 2007 ist es die Gruppe der Mütter zwischen 30-34 Jahren. Insgesamt wurden bei den ‚älteren Müttern‘ mehr Geburten verzeichnet. In der Altersgruppe der Mütter ab 40 Jahren liegt der Anteil der Mütter in 2007 bei fast 5% Prozent.

Alter der Mütter bei der Entbindung in 2006*		
16 - 17 Jahre	5	0,9%
18 - 19 Jahre	8	1,4%
20-24 Jahre	62	10,5%
25-29 Jahre	213	36,2%
30-34 Jahre	194	33,0%
35-39 Jahre	94	16,0%
40 Jahre und älter	12	2,0%
<b>Insgesamt</b>	<b>588</b>	<b>100%</b>

Alter der Mütter bei der Entbindung in 2007*		
16 - 17 Jahre	4	0,8%
18 - 19 Jahre	8	1,6%
20-24 Jahre	45	8,8%
25-29 Jahre	146	28,7%
30-34 Jahre	173	34,0%
35-39 Jahre	108	21,2%
40 Jahre und älter	25	4,9%
<b>Insgesamt</b>	<b>509</b>	<b>100%</b>



<sup>9</sup> Bedingt durch Mehrlingsgeburten weicht die Anzahl der Mütter von der Anzahl der Geburten ab. Nicht alle Geburtsdaten, insbesondere der Mütter im Grenzgebiet, sind dem DKF bekannt.



Seit 1995 ist der Anteil der Mütter, die bei Geburt des Kindes älter als 35 Jahre sind, kontinuierlich angestiegen:

1995:	7,1%	2000:	10,5%
1996:	8,2%	2004:	10,8%
1997:	8,4%	2007:	<b>26,1%!</b>

Bei der demographischen Entwicklung stellt sich die Frage, ob die späte Mutterschaft zwangsläufig zu einer Senkung der Geburtenrate führt.

Das Alter der Mütter bei der Entbindung					
1995			2007		
		in %			in %
unter 18 Jahre	2	0,2%	unter 18 Jahre	4	0,8%
18 - 35 Jahre	756	92,6%	18 - 35 J.	372	73,1%
über 35 Jahre	58	<b>7,1%</b>	über 35 Jahre	133	<b>26,1%</b>
<b>Total</b>	<b>816</b>		<b>Total</b>	<b>509</b>	

Der Zahlenvergleich mit Flandern ergibt, dass dort bei der Erstgeburt 2,1 % der Mütter jünger waren als 20 Jahre. Das durchschnittliche Alter bei der Entbindung beträgt dort 29,5 Jahre<sup>10</sup>.

Die Entwicklung der Teenagerschwangerschaften in der DG ist schwankend. Anbei ein Überblick:

	1997	1998	1999	2000	2004	2005	2006	2007
Mütter unter 18 Jahren	5	3	9	1	3	5	5	4
Prozentual zu den Geburten	0,61%	0,37%	1,18%	0,13%	0,40%	0,70%	0,85%	0,80 %

<sup>10</sup> Quelle: Jahresbericht „Kind & Gezin“ 2005

Generell ist ein leichter Anstieg bei den Teenagerschwangerschaften in den letzten Jahren festzustellen. Trotz des leichten Zugangs zu Verhütungsmitteln (z.B. die kostengünstige Antibabypille bis 21 Jahren, leichter Zugang zu Kondomen über den Verkauf oder die Verteilung im Jugendinformationszentrum und die Jugendtreffs), gibt es immer wieder ungeplante Teenagerschwangerschaften.

Der DKF stellt jedoch auch fest, dass die sehr jungen Mütter oftmals durch die Schwangerschaft versuchen, ihre eigene Lebenssituation ihrer Ansicht nach zu verbessern oder zu verändern. Die Schwangerschaft ist zwar nicht geplant, aber auch nicht verhindert worden. Die Schwangerschaft dient ursprünglich als Lösung, was sich aber schnell als Trugschluss erweist.

Der Betreuungsaufwand bei diesen jungen Müttern oder Eltern ist oftmals sehr hoch und verschärft sich durch fehlenden familiären Halt oder un stabile Partnerschaften.

### 3.4. DIE BESCHÄFTIGUNG DER MÜTTER VOR UND NACH DER ENTBINDUNG

Nachfolgende Tabelle verdeutlicht grafisch die unten stehenden Angaben. Die Befragung der Mütter findet 9 Monate nach der Entbindung statt, wenn auch die ersten medizinischen Angaben des Kindes vorliegen.

Die Zahlen beziehen sich auf 2007. In 2006 fand diese Erhebung nicht statt.

Beschäftigung der Mütter 9 Monate nach der Entbindung - 2007		
Hausfrau oder Arbeitslosigkeit	119	28,3%
Komplette Laufbahnunterbrechung oder Elternurlaub	27	6,4%
Vollzeitbeschäftigt	33	7,9%
Teilzeitbeschäftigt einschl. teilz. Laufbahnunterbrechung	235	56,0%
Schule oder Studium	5	1,2%
Andere Situationen	1	0,2%
<b>Total bekannte Situationen</b>	<b>420</b>	<b>100%</b>

In der DG sind 63,8% der Mütter nach dem Mutterschutz und eventuellen Elternurlaub wieder berufstätig, hiervon ist ein geringer Teil (7,9%) vollzeitbeschäftigt.

Zum Vergleich die Zahlen der ONE in 2005<sup>11</sup>:

- Hausfrau oder Arbeitslosigkeit: 51,8%
- Vollzeitbeschäftigung: 32,5%
- Teilzeitbeschäftigung einschl. Teilzeiturlaub: 10,8%.

Im Vergleich zur Französischen Gemeinschaft ist ein höherer Anteil Frauen wieder berufstätig, aber ein viel geringerer Anteil ist vollzeitig beschäftigt. Die meisten Frauen gehen einer Teilzeitbeschäftigung nach.

Dies hat Auswirkungen auf den Bedarf und die Anforderungen an Kinderbetreuung, da oftmals ein theoretischer Kinderbetreuungsplatz von mehreren Kindern genutzt werden kann. Die logistische Arbeit des Regionalzentrums für Kleinkindbetreuung und die Einteilung der Tagesmütter und des Kinderpflegepersonals auf diese wechselnden Kinder stellt eine Herausforderung dar.

<sup>11</sup> Quelle: ONE, Banque de données medico-sociales 2005-2006, S. 91. Die Erhebung findet ebenfalls 9 Monate nach der Entbindung statt.

## 4. DIE KERNAUFGABEN DES DKF

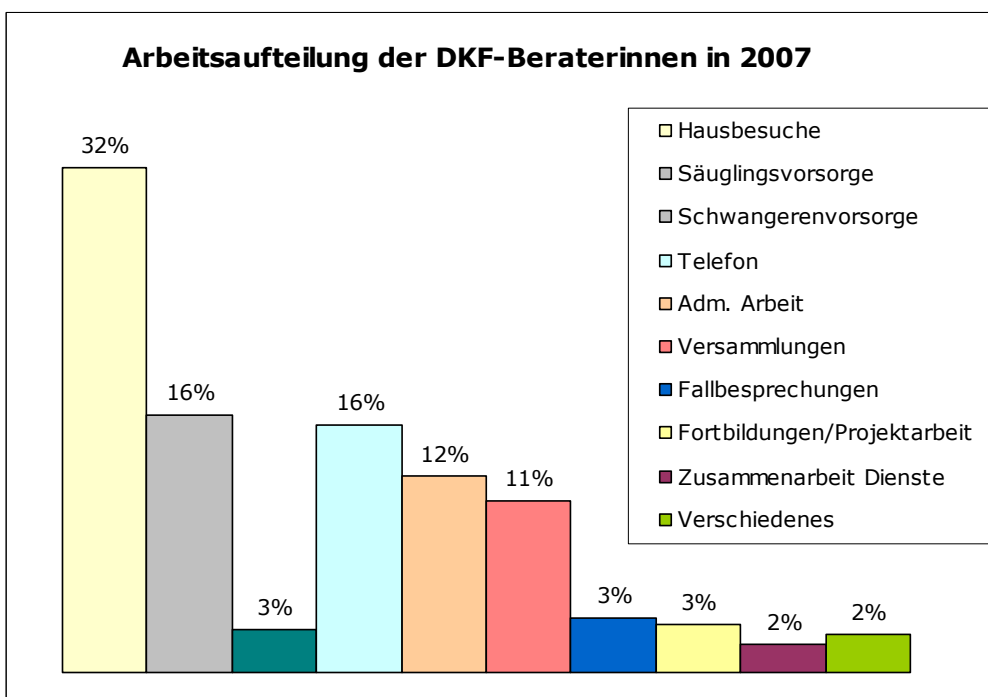
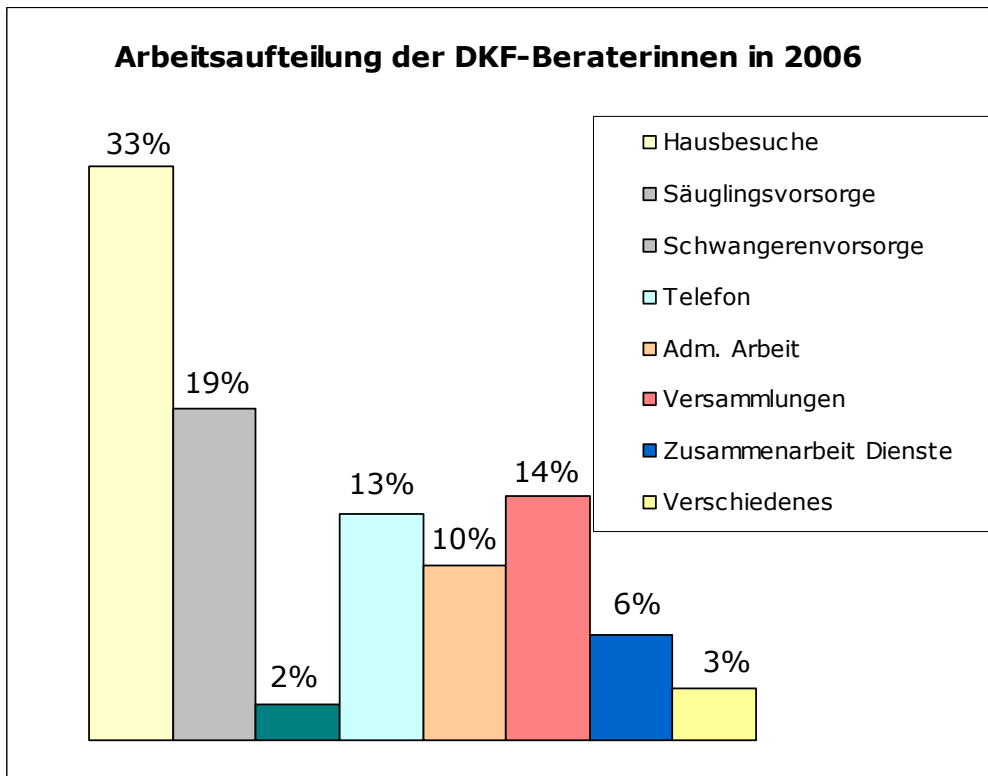
### 4.1. DIE AUFGABENFELDER DER DKF-BERATERINNEN

Als Teil der Abteilung Beschäftigung, Gesundheit und Soziales im Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft hat der Dienst für Kind und Familie die spezifische Aufgabe, sowohl das Wohl jedes einzelnen Kindes als auch das der dazugehörenden Familien zu fördern. Der DKF erfüllt ein weites Aufgabenfeld für die Familien in der DG. Die Hauptaufgaben der DKF-Beraterinnen waren in 2006 bzw. 2007:

- **Hausbesuche:** 32/33% der Gesamtarbeitszeit
- **Vorsorgeuntersuchungen** in Zusammenarbeit mit den Ärzten des DKF: 16/19%
- **Tägliche Telefonsprechstunden:** 13/16 %
- **Besprechungen und Versammlungen:** Kontakte mit dem Jugendhilfedienst, Jugendgerichtsdienst, Jugendgericht, ÖSHZ und allen anderen Diensten bezüglich konkreter Familiensituationen, Weiterbildungen (insbesondere die Weiterbildung in systemischer Beratung), monatliche Teamversammlungen, Fallbesprechungen und individuellen Supervisionen: 14% in 2006.  
Ab 2007 werden die Versammlungen spezifischer bezeichnet: monatliche Teamversammlungen und ähnliche Versammlungen, die das ganze Team betreffen (11%) und die individuellen Fallbesprechungen (3%)
- **Administrative Arbeit:** 10/12%
- **Zusätzlich** zu den Kernaufgaben hat jede DKF - Mitarbeiterin ihr **spezielles Aufgabenfeld**, was in 2006 insgesamt 2/6% der Arbeitszeit beträgt:
  - Betreuung der Geburtsvorbereitungskurse in St. Vith & Bütgenbach
  - Betreuung der Angebote für Kleinkinder im Perinatalen Zentrum
  - 2 x wöchentlich Kontaktaufnahme mit den jungen Müttern in den beiden Krankenhäusern in Eupen und St. Vith
  - Stillkomitee und Gesundheitsbeirat
  - Betreuung der Müttergruppe Kelmis
  - Fonds zum Schutz des ungeborenen Lebens (insgesamt 3%)
  - Die Anerkennung der selbstständigen Tagesmütter
  - Individuelle Beratung für Schwangere
  - Zusammenarbeit mit verschiedenen Kursanbietern wie z.B. der Frauenliga.

Diese Aktivitäten werden im weiteren Verlauf näher beschrieben.

Ab 2007 wurden die Aufgabenfelder der Beraterinnen spezifischer aufgeteilt. Insgesamt sind diese ab 2007 klarer ersichtlich.



## **4.2. DIE ORGANISATION DER KLEINTEAMS**

### **4.2.1. Die Kleinteams**

In 2006 und 2007 hat sich die interne Struktur des Dienstes verändert. Progressiv, nach einer Pilotphase, ist das Team in Kleinteams eingeteilt worden: Team Kelmis, Team Eupen, Team Raeren, Team St. Vith und Team Bütgenbach.

Die Telefonberatung ist in die Vorsorgestellen verlegt worden. Die Beratungszeiten wurden deutlich erweitert und im Kleinteam aufgeteilt. Somit ist die Dienstleistung und Erreichbarkeit für den Kunden verbessert worden und die Beraterinnen haben die Möglichkeit, regelmäßiger miteinander zu kommunizieren. Außerdem ist die Trennung von privatem Bereich und Arbeitsplatz für die Beraterinnen besser vollzogen.

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

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

Ab 2007 wurden progressiv die Vorsorgestellen mit Laptops ausgestattet, sodass die konstante Verbindung zwischen Ministerium – Intranet nunmehr gewährleistet ist.

### **4.2.2. Personaldichte 2006 -2007:**

Ingesamt arbeitete der DKF in:

2006 mit 6,3 VZÄ (= Vollzeitäquivalenz)

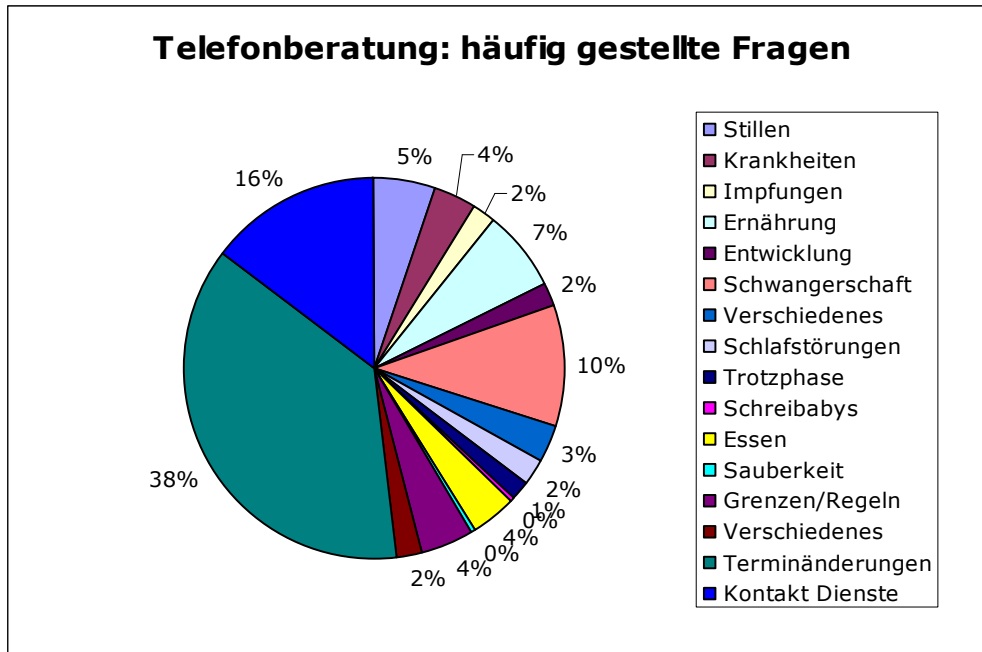
2007 mit 6,8 VZÄ

## **4.3. HAUSBESUCHE UND 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 Post vom DKF oder die Mitarbeiterinnen statten den Müttern einen persönlichen Besuch ab.

In der Regel kann die DKF-Beraterin während des ersten Hausbesuchs erfassen, ob mehrere Besuche erforderlich sind (z.B. bei Stillschwierigkeiten, bei Unsicherheiten der Mutter, beim ersten Kind generell). Anschließend erfolgen die Anzahl der Hausbesuche entsprechend des ab 2003 entwickelten Risikoscreenings.

Nicht immer lassen sich alle Fragen der Eltern während der geplanten Hausbesuche klären. Unvorhergesehenes im Leben mit einem Säugling ist alltäglich. 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 und entspricht 13-16% der Arbeitszeit.



Das Themenfeld der telefonischen Beratung ist sehr breit. Neben den zahlreichen Anrufen zwecks Terminänderung für Vorsorgeuntersuchungen (38%) sind mit 13% die Anrufe zu unterschiedlichen Erziehungsinhalten (Schlafen, Essen, Grenzen, ...) vertreten.

Ein weiteres wichtiges Arbeitsfeld ist die Zusammenarbeit mit anderen Diensten, die hier über die telefonischen Kontakte zu den Diensten, 16%, sichtbar wird.

Das Angebot der Hausbesuche ist unabhängig von der Tatsache, ob die ärztliche Betreuung nun 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 erreichen.

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 weiterhin sehr hoch. Gerade bei den Hausbesuchen gewinnen die Mitarbeiterinnen des Dienstes für Kind und Familie - also Außenstehende - Einblick in die Privatsphäre der Eltern. Das vom DKF vorgehaltene Angebot wird mehr als Hilfe denn als Kontrolle empfunden. 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 einer Familie) kann sich, bedingt durch die Schwerpunktthemen, die ab dem 13. Lebensmonat auch um soziale Fragen und Erziehungsthemen kreisen, manchmal schwieriger gestalten.

	Anzahl Hausbesuche insgesamt	Durch den DKF betreute Familien insgesamt <sup>12</sup>	Hausbesuche pro Familie
<b>2004</b>	2.585	650	4
<b>2005</b>	2.645	665	4
<b>2006</b>	2.804	702	4
<b>2007</b>	2.517	723	3,5

Wir können feststellen, dass seit 2004 die Dauer der Hausbesuche gestiegen ist. Aufgrund der erweiterten Qualifikation der DKF-Beraterinnen deckt sie mehrere Themenbereiche in einem Gespräch ab.

Seit 2004 stellen wir fest, dass ein Hausbesuch durchschnittlich etwas länger, im Gegensatz zu vorher, als eine Stunde dauert.

Die Zahl der besuchten Familien ist die Gesamtzahl *aller* Familien, die Hausbesuche erhalten, also ebenfalls die Familien, die über das Kindesalter von einem Jahr hinaus betreut werden.

Von 2004 bis 2006 ist die durchschnittliche Anzahl von 4 Hausbesuchen konstant geblieben. In 2007 hat es einen Rückgang in der Anzahl Hausbesuche gegeben und der DKF registriert zurzeit 3,5 Hausbesuche pro Familie.

<sup>12</sup> Die ‚Gesamtzahl‘ beinhaltet die Familien, die im entsprechenden Jahr der Geburt des Kindes Hausbesuche vom DKF erhalten und zusätzlich die Familien, die über mehrere Jahre intensiv betreut werden. Siehe auch ‚Familien mit besonderem Hilfebedarf‘.



Trotz der höheren Personaldichte in 2007 wurden weniger Hausbesuche gemacht. Wir führen dies unter anderem auf die Tatsache zurück, dass einige Beraterinnen ersetzt wurden (Schwangerschaft, Krankheit) und dass das Ersatzpersonal weniger schnell in der gleichen Wirksamkeit einsatzbereit war.

Generell werden Hausbesuche über das Screening gezielter angeboten. Besonders bei der Begleitung der Familien mit erhöhtem Bedarf spielen die Hausbesuche eine wichtige Rolle.

#### **4.4. VORSORGEUNTERSUCHUNGEN**

Das Vorsorgekonzept beinhaltet 14 Untersuchungen, die in verschiedenen Entwicklungsstadien in den DKF-Beratungsstellen 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 in Zusammenarbeit mit dem Kinderarzt oder dem Hausarzt.

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

##### **4.4.1. Die Schwerpunkte der 14 Vorsorgeuntersuchungen:**

- 1 Monat : Ernährung und Vorbeugung des plötzlichen Kindstodes
- 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 Gesundheit

#### 4.4.2. Die Anzahl der Untersuchungen

Die folgende Tabelle erfasst die Anzahl der Untersuchungen, die seit 2004 in den jeweiligen Vorsorgestellen stattgefunden haben. Die Anzahl variiert in den Gemeinden entsprechend der Zahl der Geburten.

Beratungsstelle	2004	2005	2006	2007
Eupen	2218	2283	1621	1693
Kelmis	725	689	775	690 <sup>13</sup>
Lontzen	340	269	355	280
Raeren	443	366	390	437
Amel	515	537	516	481
Burg Reuland	314	300	191	220
Bütgenbach	708	769	480	525
Büllingen	97	98	447	421
Sankt Vith	669	681	696	764
<b>TOTAL</b>	<b>6.029</b>	<b>5.992</b>	<b>5.471</b>	<b>5.511</b>

Vor allem in Eupen ist der Rückgang der Anzahl Vorsorgeuntersuchungen spürbar. Diese Vorsorgestelle hatte auch in den beiden Jahren den häufigsten Personalausfall, vor allem in 2007.

#### 4.4.3. Die postnatale Betreuung in den Vorsorgestellen

Die meisten Eltern in der DG kommen mit ihren Säuglingen zur örtlichen Beratungsstelle. Zählt man die Eltern hinzu, die nur Hausbesuche in Anspruch genommen haben, sowie die Eltern, die aus praktischen Gründen eine andere Beratungsstelle des DKF aufsuchen, so betreute der DKF

in 2006: 600 von 685 Familien (87,6 %)

in 2007: 618 von 638 Familien (89,7 %)

der im jeweiligen Jahr geborenen Kinder.

Die Inanspruchnahme des DKF im Norden der DG ist in den letzten zwei Jahren leicht gesunken; dies 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 an die

<sup>13</sup> Die sinkende Untersuchungszahl in Kelmis ist bedingt durch den Weggang von Dr. Heinrichs

Bevölkerungsfluktuation in 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 einen Einbruch des Nutzungsgrades bewirken.

Die Beanspruchung des Dienstes in Raeren liegt bei ca. 55/60% (2006/2007). Dem gegenüber liegt die Beanspruchung unserer Dienste in Amel bei 100%.

Der Weggang einer Ärztin aus dem Ärzteteam des Dienstes für Kind und Familie ist sicherlich ebenfalls ein Grund für die in 2007 gesunkenen Zahlen. Die neuen Ärzte müssen zunächst Akzeptanz gewinnen.

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 24).

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

Der DKF arbeitet noch an seinem Profil und einem besseren Zugang bezüglich der Erziehungsberatung bei Familien mit älteren Kindern. Den Eltern wird seit der Entwicklung des Dienstes ab dem Jahre 2004 vermehrt vermittelt, dass der DKF Ansprechpartner für Erziehungsfragen ist und auch von den Eltern oder der Zielgruppe bei Schwierigkeiten oder Fragen kontaktiert werden kann.

Ab dem Alter des Kindes von 2 Jahren werden in den Familien die Erziehungsthemen vorrangig bearbeitet.

Oft hat der DKF durch den Sehtest im Alter von 2 – 2 ½ Jahren wieder Kontakt mit den Familien. Ziel des DKF für die folgenden Jahre ist es, die Kinder zwischen 18 Monaten und 3 Jahren wieder vermehrt als Klientel zu gewinnen. Dazu wird in

2009 ein Pilotprojekt gestartet. Bei der in diesem Kindesalter sehr wichtigen Weichenstellung ist der DKF bestrebt, vorrangig Ansprechpartner in Erziehungsfragen zu sein.

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.

Der DKF hat die Nutzung der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder ab 18 Monaten ermittelt: die Bestandsaufnahme erfolgte bei den Kindern, die in 2004 geboren wurden und demnach in 2007 die Vorsorgeuntersuchungen beim DKF abgeschlossen haben:

<b>Nutzung der Vorsorgestellen für Kinder &gt; 18 Monate</b>					
<b>Erfassung der Kinder geboren in 2004</b>					
Beratungsstelle	Kinder geboren in 2004	Insgesamt zur Vorsorge	> 18 M 1 x zur Vorsorge	> 18 M mehrmals zur Vorsorge	%-Satz der Kinder, die ab 18 Monate die Vorsorge aufsuchen
Eupen	185	157	27	104	83%
Kelmis	83	56	4	44	86%
Raeren	88	36	2	30	89%
Lontzen	45	29	5	18	79%
St. Vith	76	74	10	47	77%
Büllingen	56	53	12	19	58%
Bütgenbach	54	47	9	27	77%
Burg-Reuland	44	37	5	16	57%
Amel	53	48	7	37	92%
<b>Total</b>	<b>684</b>	<b>537</b>	<b>81</b>	<b>342</b>	<b>79%</b>

Im Allgemeinen betreut der DKF über den 18. Lebensmonat hinaus immerhin noch fast 80% der Kinder, die die DKF Vorsorge zu Beginn in Anspruch nahmen.

#### **4.4.4. Impfungen in den Vorsorgestellen**

Die Arbeit in den Vorsorgestellen ist präventiver Art. Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit der Mediziner in den Vorsorgestellen sind die Impfungen, die nach dem Schema des Hohen Rates für Hygiene verabreicht werden.

Das Impfschema ist um die Pneumokokken-Impfung ergänzt worden.

Im Tätigkeitsbericht 2008 – 2009 wird ein gesondertes Kapitel dem Impfstatus der 0 bis 3-Jährigen der letzten Jahre gewidmet sein.

#### 4.4.5. Sehtests in den Vorsorgestellen

Seit Mitte 2003 gehört standardmäßig ein Augenscreening zum Vorsorgeprogramm. Jedes Kind, das mindestens zweimal die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen hat, wird systematisch zum kostenlosen Sehtest eingeladen.

Wenn der Befund auffällig ist, können unterschiedliche Gründe vorliegen: ein Grund kann sein, dass das Kind nicht kooperativ war, um den Sehtest durchzuführen. Dies geschieht in 8-9% der Fälle. Unter diesem Umstand wird das Kind 3-6 Monate später noch einmal zum Sehtest eingeladen.

Kinder mit negativen Befunden werden an einen Augenarzt weitergeleitet. Dieser erhält eine Dokumentenvorlage mit Rückumschlag, die er ausfüllen muss. Trotz frankiertem Rückumschlag bleibt die Rückmeldung lückenhaft.

2006 Sektor	Einbestellte Kinder	Unter- suchte Kinder	Befund unauffällig	Befund unklar	Befund auffällig/ Augenarzt	Verdacht bestätigt	Verdacht nicht bestätigt	Unvoll- ständige/ keine Antwort
Eupen	242	168	129	20	19	6	3	10
St. Vith	183	147	128	11	8	6	1	1
Bütgenb.	145	104	96	4	4	3	1	0
Kelmis	95	66	52	8	6	2	1	3
<b>Total</b>	<b>665</b>	<b>485</b>	<b>405</b>	<b>43</b>	<b>37</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>13</b>
		<b>100%</b>	<b>84%</b>	<b>8%</b>	<b>7%</b>	<b>49%<sup>14</sup></b>	<b>16%</b>	<b>35%</b>

<sup>14</sup> Der Prozentsatz 'Verdacht bestätigt' und die beiden nachfolgenden Tabellen bezieht sich auf die Gesamtzahl in der Rubrik 'Befund auffällig'.

2007 Sektor	Einbestellte Kinder	Unter- suchte Kinder	Befund unauffällig	Befund unklar	Befund auffällig/ Augenarzt	Verdacht bestätigt	Verdacht nicht bestätigt	Unvoll- ständige/ keine Antwort
Eupen	198	151	111	15	25	11	7	13
St. Vith	162	137	119	10	8	5	0	3
Bütgenb.	89	66	58	5	3	1	0	2
Kelmis	83	68	49	6	13	4	3	6
<b>Total</b>	<b>532</b>	<b>422</b>	<b>337</b>	<b>36</b>	<b>49</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>18</b>
		<b>100%</b>	<b>80%</b>	<b>9%</b>	<b>12%</b>	<b>43<sup>15</sup></b>	<b>20%</b>	<b>37%</b>

Der Nutzungsgrad des Sehtests lag in 2006 bei 73% und in 2007 bei 79% (Anzahl ‚Einbestellte Kinder‘ im Vergleich zu ‚Untersuchte Kinder‘).

Bei 84% (in 2006) bzw. 80% (2007) der Kinder ist der Untersuchungsbefund nicht auffällig.

Insgesamt haben die Orthoptisten in den beiden Jahren 86 Kinder zwecks weiterführender Untersuchungen an die Augenärzte überwiesen. Bei 39 Kindern (49% bzw. 43% der auffälligen Befunde) wurde daraufhin eine Behandlung (Brille oder regelmäßige Kontrolle durch den Augenarzt) eingeleitet.

Allerdings ist die Zahl der Rückmeldung nicht vollständig: in 2006 und 2007 haben insgesamt 31 Familien, deren Kinder Auffälligkeiten aufwiesen, keine Rückmeldung gegeben.

Die Sehtests werden in St. Vith, Bütgenbach, Eupen und Kelmis angeboten.

<sup>15</sup> Der Prozentsatz ‚Verdacht bestätigt‘ und die beiden nachfolgenden Tabellen bezieht sich auf die Gesamtzahl in der Rubrik ‚Befund auffällig‘.

#### 4.5. STILLEN: JEDER TROPFEN ZÄHLT!

Die Ernährung der Kleinkinder gestaltet sich in den südlichen und den nördlichen Gemeinden der Deutschsprachigen Gemeinschaft unterschiedlich:

Bei der Analyse der Zahlen stellen wir fest, dass der durchschnittliche Prozentsatz der Stillenden in den südlichen Gemeinden höher ist als in den nördlichen Gemeinden. Dies wird verdeutlicht am Beispiel der Zahlen von 2006:

2006 Süden	Amel	Büllingen	St. Vith	Reuland	Bütgenb	Gesamt
Trockenmilch	15	13	14	9	15	66
Zwielmilch	3	8	4	5	2	22
Muttermilch	32	37	55	27	52	203
Total Statistik	50	58	73	41	69	291
Total Muttermilch	<b>35</b>	<b>45</b>	<b>59</b>	<b>32</b>	<b>54</b>	225
<b>% stillende Mütter</b>	<b>70%</b>	<b>78%</b>	<b>81%</b>	<b>78%</b>	<b>78%</b>	<b>77%</b>

2006 Norden	Eupen	Raeren	Kelmis	Lontzen	Gesamt
Trockenmilch	41	17	20	15	93
Zwielmilch	12	2	3	1	18
Muttermilch	98	26	32	26	182
Total Statistik	151	45	55	42	293
Total Muttermilch	<b>110</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>27</b>	200
<b>% stillende Mütter</b>	<b>73%</b>	<b>62%</b>	<b>64%</b>	<b>64%</b>	<b>68%</b>

**Durchschnitt stillende Mütter in der DG: 73% (2006)**

Im Jahr 2006 beträgt im Norden der gemittelte Prozentsatz 68%, im Süden hingegen 77%.

Im Süden bleibt die Kultur des Stillens weiterhin bestehen. Die Bodenständigkeit der ‚Eifeler‘, bauend auf Tradition und Werte, fördert das Stillen.

Im Jahr 2007 wurde die Stillstatistik durch die ONE ausgewertet. Insgesamt ergibt die Auswertung, dass knapp 70% der Mütter in der DG ihr Kind stillen. Dies wäre ein Rückgang im Vergleich zu 2006, allerdings fehlen für 7,8% der Befragten die Angaben.

Die geringere Stillbereitschaft in Kelmis hat auch einen soziokulturellen Hintergrund: die DKF-Beraterinnen des Sektors stellen fest, dass die Stillkultur weniger verankert ist.

<b>Stillbilanz nach 9 Monaten (2007)</b>		
	<b>Anzahl</b>	<b>%</b>
Kind wurde gar nicht gestillt	121	30,3%
Stillen eingestellt	252	63,2%
Kind wird weiter gestillt	26	6,5%
<b>Gesamt</b>	<b>399</b>	<b>100,0%</b>
keine Angaben	31	7,8%

Die in Raeren ansässigen, ursprünglich aus Deutschland stammenden Familien, beanspruchen selten die Vorsorgeuntersuchungen, da sie in Deutschland die so genannte U-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 vom DKF begleitet werden.

Die ONE hält folgende Schlussfolgerungen im Bereich Stillen fest<sup>16</sup>:

- Mütter über 25 Jahre stillen vermehrt. Sehr junge Mütter (unter 20 Jahre) stillen nur zu 55 %.
- Es gibt weiterhin einen Einbruch in den Stillstatistiken nach der Entlassung der Mütter aus dem Entbindungsheim. Zwischen dem 5. und 9. Lebenstag des Säuglings gehen ungefähr 10 % der Mütter zur Trockenmilch über. Anzumerken ist hier, dass dadurch die Zahl der stillenden Mütter von ca. 72% auf ca. 62% absinkt.
- Mütter mit niedrigem und mit hohem Bildungsgrad stillen vermehrt.

<sup>16</sup> Quelle: Banque de données médico-sociales de l'ONE, 2004.



- Die Stilldauer beträgt im Durchschnitt 15 Wochen. 15% der Mütter stillen ihr Kind noch bis zu 6 Monaten. Diese Resultate motivieren die ONE zu weiteren Kampagnen im Bereich der Stillförderung im Sinne der WHO.

Nach der Muttermilch folgt die Trockenmilch als bevorzugte Ernährungsweise.

Die Muttermilch verliert mit zunehmendem Alter jedoch an Bedeutung zugunsten der Trockenmilch. Der Prozentsatz der Mütter, die ihrem Kind Zwiemilch 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 höchsten Prozentsatz Stillende findet man in der Gemeinde St. Vith (81%), den niedrigsten in der Gemeinde Raeren (62%).

Wenn ausschließlich gestillt wird, entscheiden sich die Mütter meistens über einen längeren Zeitraum zu stillen<sup>17</sup>.

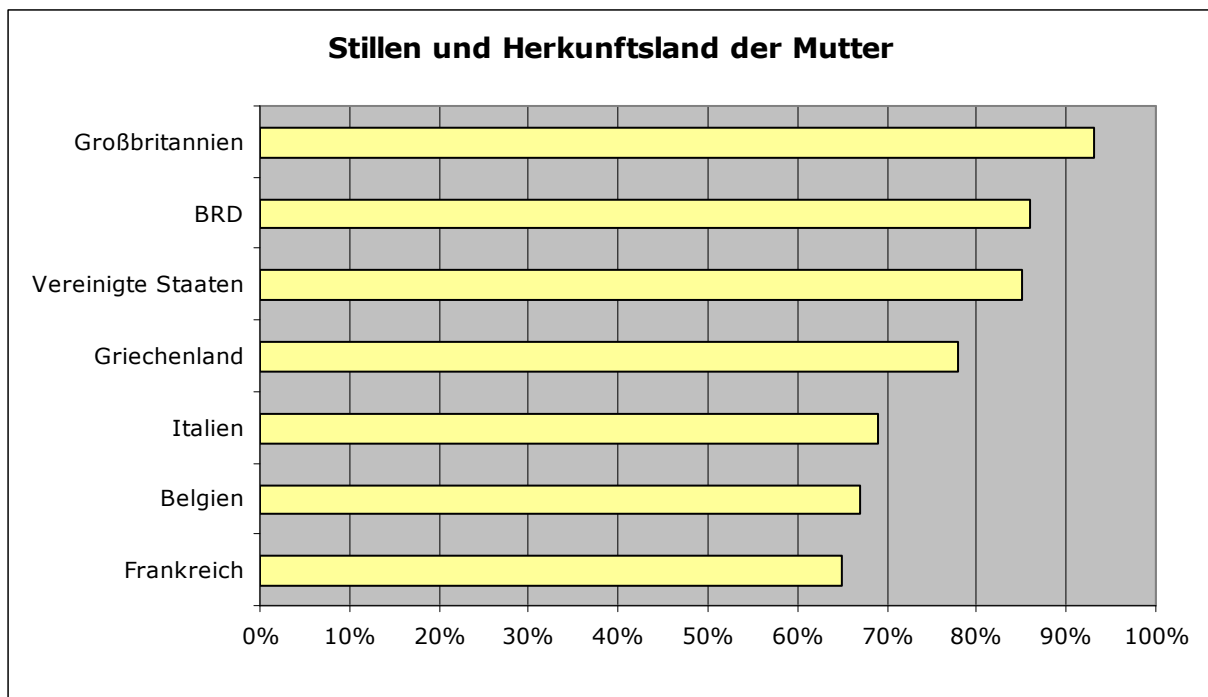
Stillen - wenn ja, wie lange? (2007)		
	Anzahl	%
Kind wurde gar nicht gestillt	121	30,3
weniger als 12 Wochen	77	19,3
zwischen 12 und 23 Wochen	108	27,1
mehr als 24 Wochen	93	23,3
<b>Total bekannte Angaben</b>	<b>399</b>	<b>100,0</b>
unbekannt	31	
<b>Gemittelte Stilldauer</b>	<b>17 Wochen</b>	

Mit dem Stillkonzept und dem Stillstandard (siehe ‚Besondere Tätigkeiten‘, Seite 54), versucht der DKF angepasste Interventionen zu entwickeln, um das Stillen zu fördern.

Schlussfolgernd erweist es sich, dass der Prozentsatz stillender Mütter in der DG geringfügig niedriger ist als in der Französischen Gemeinschaft (77%), jedoch höher liegt als in der Flämischen Gemeinschaft (62,9%).

<sup>17</sup> Grundlage für Statistik sind 72% stillende Mütter und nicht die Gesamtzahl der Mütter

Stillen im internationalen Vergleich<sup>18</sup>:



Unser obiger Vergleich bezieht sich bewusst auf Länder mit ähnlichen kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Gegebenheiten für Familien.

Hierbei ist festzustellen, dass Großbritannien eine sehr starke Stillkultur hat und Länder wie Belgien oder Frankreich das Schlusslicht bilden.

Die nord- und südafrikanischen Länder sowie Lateinamerika führen mit 90 bis 99% die Liste der Stillstatistiken an.

<sup>18</sup> Quelle: Banc de données M-médico-sociales ONE, 2004

## 5. BESONDERE AUFGABENFELDER DER BERATERINNEN

### 5.1. DER FONDS ZUM SCHUTZ DES UNGEBORENEN LEBENS

Der DKF hat die Aufgabe, werdende Mütter in Notsituationen zu beraten, zu begleiten und gegebenenfalls finanziell zu unterstützen. Da diese Aufgabe sehr zeitintensiv ist und immer mehr Frauen eine enge Betreuung erfordern, ist die Arbeit der Fonds-Mitarbeiterin als Kernaufgabe zu betrachten.

In 2006 gab es 26 neue Anfragen, im Jahr 2007 wurden 40 neue Anfragen registriert.

Die Fonds-Mitarbeiterin wurde in den letzten beiden Jahren meist intern durch den DKF, aber inzwischen auch vermehrt durch Ärzte benachrichtigt. Hin und wieder wird der Fonds auch vom Jugendhilfedienst oder anderen Sozialdiensten eingeschaltet. Bei der Begleitung arbeitet sie intensiv mit dem zuständigen ÖSHZ, dem Jugendhilfedienst, dem Jugendgerichtsdienst, dem Tagesmütterdienst, allen Schulen, dem Familienhilfsdienst, dem Frauenhaus, ... zusammen.

Die meisten Frauen, die die Unterstützung des Fonds benötigen, wohnen im Norden der Deutschsprachigen Gemeinschaft:

Wohnort	Anzahl Familien/ Mütter 2006	Anzahl Familien/ Mütter 2007
Eupen	21	16
Kelmis	3	9
Raeren	-	9
Süden der DG	2	6
<b>Insgesamt</b>	<b>26</b>	<b>40</b>
<i>Anteil hiervon Ausländerfamilien</i>	7	14

Platz der Kindes in der Familie, für das die Intervention erfolgte:	2006	2007
Erstes Kind	12	19
Zweites Kind	4	8
Drittes Kind	1	7
Mehr als drei Kinder	8	6
Kein Kind (Verhütungsmaßnahme)	1	-

<b>Einkommen der Familie/Mütter</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Kein Einkommen	7	9
Integrationseinkommen	6	11
Arbeitslosenentschädigung	4	7
Arbeitsverhältnis	7	13
Rente	2	-

<b>Vermittlung durch:</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
DKF	13	18
Ministerium	4	1
Jugendhilfedienst	4	5
Arzt	3	16
Kinderhäuser (Mosaik)	1	-
Jugendtreff	1	-

<b>Zivilstand der Mütter</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Allein stehend	15	8
Stabile Beziehung	9	27
Unstabile Beziehung	7	5

<b>Ausbildung der Mütter</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Ohne Ausbildung	15	29
Hochschulabschluss	3	1
Abschluss	4	4
Lehre	1	2
Studentin	3	4

Alter der Mütter	2006	2007
Unter 18	4	2
Zwischen 18-21	6	7
Zwischen 21-30	13	24
Über 30	3	7

Probleme der Mütter	2006	%	2007	%
Schwangerschaftsabbrüche	3	11,5%	1	2,5%
Fehlgeburt während der Betreuung	-	-	1	2,5%
Unerwünschte Schwangerschaft	5	19,2%	1	2,5%
Ungeplante Schwangerschaft	1	3,8%	-	-
Alleinstehende Schwangere/Mutter	2	7,7%	5	12,5%
Finanzielle Notlage	7	27%	15	37,5%
Psychische Problematik	2	7,7%	5	12,5%
Suchtproblematik	1	3,8%	3	7,5%
Illegaler Aufenthalt in Belgien	2	7,7%	3	7,5%
Minderjährige Schwangere	1	3,8%	2	5%
Schwere gesundheitliche Probleme, Mutter und/oder Kind	1	3,8%	2	5%
Unterbringung der anderen Kinder der Familie	1	3,8%	-	-
Chaotische Lebensumstände	-	-	1	2,5%
Risikoschwangerschaft	-	-	1	2,5%

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 jedoch nur einer Kategorie zugeordnet.

Weiterhin finden wir mit 92% und 85% einen Großteil der vom Fonds unterstützten Familien im Norden der DG, wobei in Bezug auf die Bevölkerungszahlen in 2007 Kelmis und Eupen gleichermaßen vertreten sind.

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

Trotz des Anstieges der Nutznießer, die in einem Arbeitsverhältnis stehen (Frau oder Partner), fehlt es in den Familien oft an elementaren Dingen. Die Lebensumstände durch Verarmung bzw. Überschuldung von Familien bringen meist auch psychische Auffälligkeiten mit sich. Hinzu können wir sagen, dass Arbeit keine Garantie mehr ist für eine ausreichende finanzielle Versorgung der Familie. Jedoch spielen auch hier immer verschiedene Faktoren eine Rolle.

Zudem sind die meisten Nutznießer niedrig qualifiziert oder ganz ohne Ausbildung.

Wir stellen auch fest, dass die Prioritäten bei vielen der jungen Menschen, die durch den Fonds unterstützt werden, nicht immer beim Kind oder in der Lebenshygiene liegen. Dies stellt die Mitarbeiter vor großen Herausforderungen in der Begleitung.

Die meisten Interventionen des Fonds finden bei Frauen statt, die ihr erstes Kind bekommen, das entweder ungewollt oder ungeplant ist.

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

Der Fonds unterstützt auch ausländische Familien, die sich illegal in Belgien aufhalten.

Die finanzielle Intervention erfolgt nach einer intern erarbeiteten Leitlinie. Grundsätzlich erfolgt die Intervention in Form von Sachleistungen, d.h. Ankauf oder Ausleihe von Babymöbeln und -ausrüstung, Babynahrung, Windeln. In besonderen Fällen kann eine finanzielle Intervention in Form von Geld erfolgen. Dies ist jedoch selten der Fall.

## 5.2. BEGLEITUNG VON FAMILIEN MIT BESONDEREM HILFEBEDARF

Nicht immer läuft im Leben alles glatt. Kind oder Mutter werden ernsthaft krank oder es treten andere Härtefälle auf. Das kann bei allen Familien vorkommen.

Unser Ziel ist es systematisch, qualitativ und wirtschaftlich risikogeneigte Situationen nach dem Motto **„Da sein, wo man uns braucht“** zu bewältigen. Bei Bedarf arbeiten wir natürlich auch mit anderen Diensten zusammen.

Auf der Basis der Qualifizierung in Gesprächsführung und systemischer Intervention klärt die DKF-Beraterin ihren Auftrag mit den Familien mit besonderem Hilfebedarf. Gemäß fachlichem Ermessen und den Bedürfnissen der Familien legt der DKF den Familien ein Unterstützungs- und Beratungsangebot vor.

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

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
- Zielorientiert
- Individuelle Anpassung

### Maßnahmen:

- Es wird im Rahmen eines ersten Checks festgehalten, welche Familien eine intensivere Betreuung seitens des DKF benötigen. Diese Check-ups können beim Erstkontakt des Dienstes für Kind und Familie mit der Familie im Krankenhaus und in jedem Fall beim ersten oder bei weiteren Hausbesuchen stattfinden.
- Im Krankenhaus wird ein Auftrag zur Interventionsprüfung unter folgenden Umständen erteilt:
  - a) bei Verweigerung von Hausbesuchen
  - b) bei Vermutung einer Problemsituation

Der Auftrag wird der zuständigen Krankenpflegerin mit dem Geburtsbescheid zugesendet.

- Je nach Resultat des Risiko-Checkups 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 der Situation über einen gewissen Zeitraum weiter beobachtet und Familien, die einen intensiven Begleitungsbedarf aufweisen, erhalten eine intensivere Betreuung, die auf ihre Situation angepasst wird.

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

Familien, die einen erhöhten Begleitbedarf benötigen, 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, beschreibt sie kurz die Zielsetzung und stellt die Situation in der Fallbesprechung vor.

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.

Nach Erfordernis erfolgt eine Vernetzung mit anderen Diensten bzw. die Weiterleitung oder die Information des Jugendhilfedienstes.

Alle drei Monate wird die Situation der Familie in der Fallkonferenz angesprochen, bei Bedarf auch häufiger. Wenn sich die Situation stabilisiert, wird dies abschließend in der Fallkonferenz besprochen und schriftlich hinterlegt. Wenn sich die Situation nicht stabilisiert, werden nach fachlichem Ermessen weitere Hausbesuche geplant.

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

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



Von den Familien, deren Kind in **2006** geboren wurde, waren:

- 501 Familien ohne besonderen
- 84 Familien mit erhöhtem und
- 15 Familien mit intensivem Begleitbedarf.

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

- erhöhter Betreuungsbedarf mit Risiko für das Kind;
- Familie mit erhöhtem Betreuungsbedarf, aber ohne Risiko für das Kind.

Insgesamt betreute der DKF im Jahr 2006 **702** Familien, wovon

- 560 Familien ohne besonderen
- 115 Familien mit erhöhtem und
- 27 Familien mit intensivem Begleitbedarf.

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 **2007**:

- 503 Familien ohne besonderen
- 100 Familien mit erhöhtem und
- 15 Familien mit intensivem Begleitbedarf.

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

- 566 Familien ohne besonderen
- 128 Familien mit erhöhtem und
- 29 Familien mit intensivem Begleitbedarf.

Insgesamt hat der DKF im Jahr 2007 **723** Familien betreut.

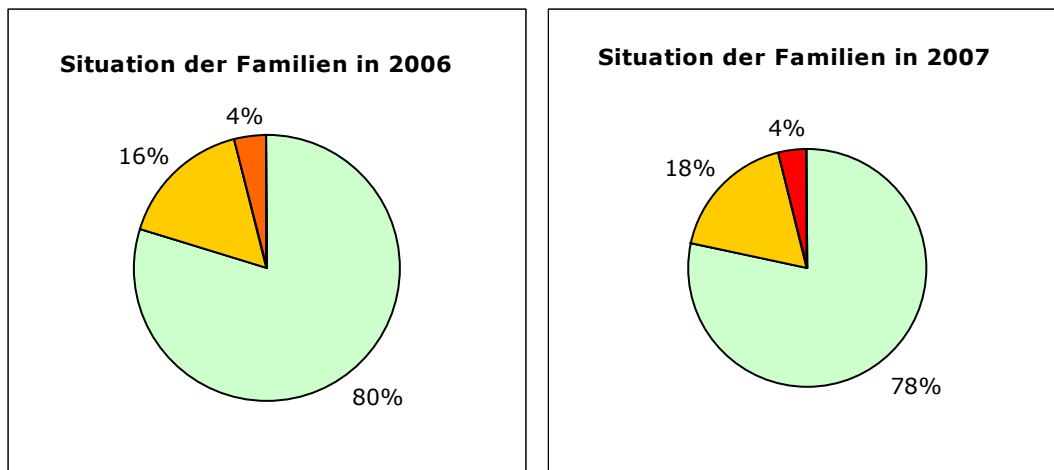
Die nachfolgenden Tabellen beinhalten die detaillierten Zahlen der beiden Jahre:

### Situation der Familien in 2006

	Eupen	Raeren	Kelmis	Lontzen	St. Vith	Bütgenbach	Büllingen	Amel	Reuland	TOTAL	in %
Familien ohne besonderen Hilfebedarf	129	32	39	44	68	57	54	42	36	<b>501</b>	79,8%
<i>inklusive Vorjahr</i>	3	0	19	6	13	8	0	8	2	<b>59</b>	
Familien mit erhöhtem Hilfebedarf	28	4	14	4	4	14	3	7	6	<b>84</b>	16,4%
<i>inklusive Vorjahr</i>	2	4	14	0	2	1	0	6	2	<b>31</b>	
Familien mit intensivem Hilfebedarf	4	1	3	1	3	0	1	1	1	<b>15</b>	3,8%
<i>inklusive Vorjahr</i>	2	0	4	1	3	0	0	1	1	<b>12</b>	
<b>Nutzung DKF</b>	<b>168</b>	<b>41</b>	<b>93</b>	<b>56</b>	<b>93</b>	<b>80</b>	<b>58</b>	<b>65</b>	<b>48</b>	<b>702</b>	<b>100%</b>

### Situation der Familien in 2007

	Eupen	Raeren	Kelmis	Lontzen	St. Vith	Bütgenbach	Büllingen	Amel	Reuland	TOTAL	in %
Familien ohne besonderen Hilfebedarf	151	51	47	28	69	34	41	49	33	<b>503</b>	78,3%
<i>inklusive Vorjahr</i>	0	1	5	10	18	6	8	10	5	<b>63</b>	
Familien mit erhöhtem Hilfebedarf	28	6	40	4	4	6	4	5	3	<b>100</b>	17,7%
<i>inklusive Vorjahr</i>	2	4	13	0	2	1	1	4	1	<b>28</b>	
Familien mit intensivem Hilfebedarf	4	2	3	1	1	0	1	1	2	<b>15</b>	4,0%
<i>inklusive Vorjahr</i>	2	0	4	2	3	0	0	3	0	<b>14</b>	
<b>Nutzung DKF</b>	<b>187</b>	<b>64</b>	<b>112</b>	<b>45</b>	<b>97</b>	<b>47</b>	<b>55</b>	<b>72</b>	<b>44</b>	<b>723</b>	<b>100%</b>



Generell hat sich in den letzten Jahren nach DKF-Angaben die Situation der Familien nicht wesentlich verändert. Der Anteil der oben aufgeführten Familien steht in ähnlichem Proporz.

Das gesamte DKF-Team stellt jedoch fest, dass die Betreuung von Familien mit geringem Hilfebedarf im Vergleich zu den vorherigen Jahren mehr Zeit in Anspruch nimmt. Ein kleiner Anteil dieser Familien ist verunsicherter und erhält Betreuung außerhalb des Standardprogramms: waren es in 2006 noch 115, sind es in 2007 bereits 128 Familien, und dies, obwohl die Geburtenzahlen sinken.

In 2006 haben von diesen 560 ‚grünen‘ Familien mindestens 25 einen und maximal 3 zusätzliche Hausbesuch(e) erhalten. Bei 50% dieser Familien ging es um Ernährungsberatung (Unsicherheit beim Stillen, zu geringes Gewicht des Säuglings), bei den anderen 50% um Erziehungsberatung.

Die reale Arbeit und Begleitung der Familien lässt sich nicht von der Anzahl Familien ableiten, sondern von der Anzahl Hausbesuche, die geleistet wurden.

So haben in 2006 und 2007 die DKF-Beraterinnen jede Familie durchschnittlich 3,5 bis viermal zu Hause besucht, was mit einem erheblichen Zeitaufwand einhergeht. 32 – 33% der Gesamtarbeitszeit wurden für die Hausbesuche beansprucht.

Aufgrund der zunehmend anzutreffenden sozialen Problematik in Familien (Trennung, soziale Nöte, Immigration) und der Zunahme an Erziehungsproblemen werden viele Familien auch nach dem 1. Geburtstag des Kindes begleitet.

Aus diesem Diagramm ist ersichtlich, dass der DKF insgesamt nicht unbedingt mehr Familien betreut, aber einen Anstieg der Langzeitbetreuungen verzeichnet. Es muss beobachtet werden, ob sich diese Tendenz auch in den kommenden Jahren bestätigt.

Aus dem Anstieg der Langzeitbetreuungen können wir schließen, 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 durchgehend während 3 Jahren Hausbesuche. Bei den Vorsorgeuntersuchungen erfolgt eine Bilanz. Bei Bedarf bietet die DKF-Beraterin noch einen Hausbesuch an, um die aufgefallenen Aspekte anzusprechen. So gibt es Familien, die mit Unterbrechungen immer wieder Hausbesuche erhalten.

Das standardisierte Berichtswesen umfasst neben allgemeinen Angaben zum Kind und zur Entwicklung auch Auffälligkeitsberichte.

Entwicklungen und Aspekte in einer Familie, die der DKF-Beraterin besonders auffallen, da sie das Familiensystem schwächen oder aus der Waage bringen, werden dokumentiert. Hierbei handelt es sich nicht nur um die Auffälligkeiten in den Familien mit intensivem Betreuungsbedarf, sondern auch um punktuell zusätzliche Interventionen in den anderen Familien, die es schriftlich festzuhalten bedarf.

In 2006 sind 225 und in 2007 163 Berichte mit Auffälligkeiten in den Familien eingegangen. Es geht um medizinische, erzieherische und soziale Auffälligkeiten.

Wenn auch der Großteil der Auffälligkeitsberichte zu Familien mit einem erhöhten Betreuungsbedarf zählt, so gibt es durchaus Familien, in denen punktuelle Schwierigkeiten auftreten, die die DKF-Beraterin aufgreift, schriftlich festhält und die, dank ihrer Intervention, gelöst werden.

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 weisen meist eine große Anzahl verschiedener Schwierigkeiten auf, die jeweils von einem spezialisierten Dienst mit der Familie

bearbeitet werden. Wir sprechen hier von sogenannten *Multiproblemfamilien*. In diesen Familien mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren ist meist der DKF der erste Dienst, der dann die Kooperation mit anderen Diensten anstrebt.

Um eine bessere Koordination so wie auch 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 wird in 2008 von der Sozialberichterstattung des Roten Kreuzes fortgeführt mit dem Ziel, die vorhandenen Dienste besser miteinander zu vernetzen und die bestehenden Ressourcen in der DG optimaler zu nutzen.

### **5.3. DIE SCHWANGERSCHAFTSBEGLEITUNG**

#### **5.3.1. Individuelle Beratung**

Auf Wunsch erhalten Schwangere zu Hause eine individuelle Beratung durch die Beraterinnen des Dienstes für Kind und Familie. Neben rechtlichen Informationen, wie z.B. Urlaubsformen nach der Entbindung, erhalten die Schwangeren auch Informationen über Geburtsvorbereitungskurse und die Entbindung, Beratungen bei Schwangerschaftsbeschwerden, Stillinformationen, sicheres Kinderzimmer, Babyausstattung usw. Die Anzahl dieser Beratungen ist leicht angestiegen. Meistens jedoch erfolgen Kontakte während der Schwangerschaft über den Fonds zum Schutz des ungeborenen Lebens.

Allerdings wäre es in gewissen Situationen wünschenswert, wenn der Dienst für Kind und Familie schon vor der Geburt des Kindes Kontakt mit der Familie aufnehmen könnte. Es handelt sich hierbei um Situationen, die nicht so schwerwiegend sind, dass eine Intervention des Fonds erforderlich wäre. Es könnten jedoch schon viele Probleme vor der Geburt geregelt werden.

Das Perinatale Zentrum im Süden der DG organisiert systematisch Geburtsvorbereitungskurse und bietet Schwangerenberatung an. Hierbei erfolgt eine Weiterleitung an den Dienst für Kind und Familie, wenn Hausbesuche erforderlich sind. Die Aktivitäten des PZ werden ab Seite 56 gesondert beschrieben.

Der DKF hat seit Ende 2006 Informationsmappen mit allen wichtigen DKF Broschüren für Erstgebärende zusammengestellt. Die Mappen werden über die Gynäkologen an alle Erstgebärende verteilt. Wir stellen jedoch fest, dass die Verteilung in Norden der DG immer noch nicht reibungslos verläuft. Die Aushändigung der Mappen durch die Gynäkologen erfolgt lückenhaft.

Im Süden der DG wird die Verteilung der Mappen systematisch durch die Mütterberatung in der Klinik St. Josef organisiert.

Die Mappe beinhaltet folgende Broschüren und Faltblätter: den Mutterpass des DKF, das Angebot des DKF, die Geburtsvorbereitungskurse, Ernährung in der Schwangerschaft und für Kinder von 0 – 3 Jahren, Mutterschaft und Beruf, Faltblätter zum Thema Rauchen, Alkohol und Medikamente in der Schwangerschaft, Einrichtung des Kinderzimmers und Babyausstattung, Sicherheit im Straßenverkehr.

### **5.3.2. Die Geburtsvorbereitungskurse in Eupen**

Seit Mai 2007 ist das bestehende Angebot des Krankenhaus Eupen (3 Informationsabende durch die Gynäkologen und Hebammen) in der Zusammenarbeit DKF und Krankenhaus strukturell erweitert worden.

Zusätzlich zu den drei Informationsabenden beginnt nun im 6-Wochen-Rhythmus ein aktiver Geburtsvorbereitungskurs, der 7 Abende und ein Nachtreffen umfasst. Die Inhalte der Abende zur aktiven Vorbereitung auf die Geburt sind die Körper- und Atemwahrnehmung für die Zeit der Wehen und der Geburt, Körperübungen, Tiefenentspannungsreisen und Bewegungsentspannung, Paarübungen mit bewusster Hinwendung zum Baby, Vorbereitung auf Elternsein und Paarbleiben, Wohlfühlmassagen und Geburtspositionen.

Ziel ist es, die werdenden Eltern auf eine natürliche Geburt und die erste Zeit nach der Geburt vorzubereiten. Die Kurse werden von zwei Geburtsvorbereiterinnen gegeben.

### **5.4. DAS HÖRSCREENING**

Zwischen 2-4% aller Kleinkinder leiden unter schweren Hörverlusten. Insofern eine Aufspürung dieses Defizits vor dem 6. Lebensmonat erfolgt, kann mittels Behandlung, zunächst durch Hörhilfen und später durch Implantate, die Behinderung soweit gemindert werden, dass die Kinder später ein unbeeinträchtigtes Leben führen können und ihre 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 Absprachen 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 zwecks vertiefter Diagnoseverfahren an eine Referenzklinik (Citadelle oder Klinikum Aachen) weiter.

Seit 2007 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.

Krankenhaus	Anzahl getesteter Kinder	Weitere Behandlung
St. Vith	258	0
Eupen	337	2

## 5.5. ZUSAMMENARBEIT MIT DEN ÄRZTEN DES DKF

Um auch den mit dem DKF zusammenarbeitenden Ärzten die neuesten Erkenntnisse im Präventionsbereich zu vermitteln, bietet der DKF regelmäßige spezifische Fortbildungsseminare an.

Im Bedarfsfall werden diese Weiterbildungen auch für weitere Ärzte in der DG angeboten.

Anlässlich des Ankaufs von zwei Hörtestgeräten durch die Krankenhäuser in der DG wurde im März 2007 eine Weiterbildung zum Thema **„Früherkennung von Hördefiziten bei Säuglingen“** veranstaltet.

Referentin des Abends war Frau Dr. Grodos-Lhuissier, HNO-Ärztin, spezialisiert auf die Behandlung von Kleinkindern.

Bei dieser Weiterbildung ging es vor allen Dingen darum, die aktuellen Methoden zur Aufspürung von Hörschäden und die Vorgehensweise bei Verdacht eines Hörschadens zu beleuchten.

Einige Ärzte haben auf Wunsch an einer internen Weiterbildung mit dem Thema **Hüftluxationsdiagnose** teilgenommen. Referentin war Frau Dr. Allington, Kinderorthopädin an der CHU La Citadelle. Die Weiterbildung fand Mitte 2006 statt.

Im Mai 2007 wurde eine interne Weiterbildung für die DKF-Ärzte und alle Kinderärzte in der DG angeboten zum Thema „**Reanimation/Notfallmedizin im Kleinkindalter**“.

Dr. Ley, Internist und DKF-Arzt, bot an diesem Abend ein theoretisches und praktisches Intensivtraining mit den Schwerpunkten:

- Notfallmanagement
- Basismaßnahmen der Reanimation bei Kindern und Erwachsenen
- Notfallmedikation im Säuglings- und Kleinkindalter
- Reanimationshilfen

In 2006 haben die Ärzte des DKF insgesamt **5.471** Kinder und in 2007 insgesamt **5.511** Kinder in den Vorsorgen untersucht (siehe auch ‚die Arbeit in den Vorsorgestellen‘).

In Zusammenarbeit mit den Beraterinnen des DKF, den Krankenpflegerinnen und den Ärzten des DKF und der Schulgesundheits wurde ein neues Gesundheitsbuch für Kinder im Alter von 0 bis 18 Jahren entwickelt und die medizinische Akte, die im Sinne der Strukturierung der Vorsorgeuntersuchungen auch Vorgaben zu den anzusprechenden Schwerpunktthemen nach Alter festhält und der damit verbundenen gezielten Verteilung von Faltblättern. Aus der Zusammenarbeit mit den Ärzten entwickeln sich auch permanent Ideen zur Optimierung des Beratungsrahmens und dessen Ablaufs.

Das System der Übergabeblätter DKF/Schulmedizin hat sich nicht bewährt. Der Rücklauf der Übermittlungsblätter der Eltern hin zur Schulgesundheitsvorsorge war unzureichend. Zurzeit erhalten die Gesundheitszentren wieder die vollständigen medizinischen Akten vom DKF.



Im Jahr 2006 und 2007 konnte der DKF zwei neue Ärzte einstellen:

Dr. Ley, Internist, wurde am 01. September 2006 eingestellt und Dr. Jung, Allgemeinmediziner, am 01. März 2007.

Der DKF wird in medizinischen Fragen (Organisation, Fortbildungen, spezifische Fragen) durch einen medizinischen Berater unterstützt, der zudem auch medizinischer Berater bei der Partnerorganisation ONE ist.

## **5.6. ANERKENNUNG UND BEZUSCHUSSUNG VON JUGENDFERIENLAGERN**

Bei Einhalten gewisser Bedingungen (Mindestanzahl Tage, Anzahl aller Betreuer und deren Qualifikation, Lagerkodex, mit Tagesablauf und Maßnahmen zur Gewährleistung von Hygiene des Lagers) können Jugendgruppen für Lager, die innerhalb Belgiens oder höchstens 100 km außerhalb der belgischen Grenze stattfinden, finanziell unterstützt werden.

Der DKF gewährt einen Zuschuss von 1 Euro pro Tag und Kind.

In 2006 hat der DKF insgesamt 11.978 € für 51 anerkannte Ferienlager ausgezahlt.

In 2007 hat der DKF insgesamt 11.727 € für 52 anerkannte Lager ausgezahlt.

Auf Anfrage der Eltern stellen die Jugendorganisationen eine Steuerbescheinigung aus, die zu der Absetzbarkeit der Kosten bis zu 11,20 € pro Tag und pro Kind unter 12 Jahren berechtigt.

## **5.7. UNSERE VERÖFFENTLICHUNGEN**

Jede betreute Familie erhält, passend zur Entwicklungsphase des Kindes, Broschüren zu verschiedenen Themen. Der DKF bietet folgende Broschüren an:

- Ernährung: insgesamt 4 Faltblätter für die entsprechenden Altersgruppen
- Impfungen: alles Wissenswerte über die vom DKF verabreichten Impfungen und die vom Hohen Rat für Hygiene empfohlenen Impfungen
- Spielzeug und Spielen: insgesamt 6 Faltblätter
- „Geruhssame Nächte für Eltern und Kind“: Tipps und Informationen, damit Nächte zur echten Erholung werden - für Baby und Eltern
- „Baby schläft sicher“ – Broschüre zur Vorbeugung des plötzlichen Kindstodes, die bereits beim Erstkontakt im Krankenhaus verteilt wird
- Das richtige Schuhwerk
- Früherkennung von Sehschwächen – im Alter von ca. 24 Monaten
- Zahnhygiene: „Zähne wie Perlen, ein Leben lang“

- Stillen von A bis Z - eine umfassende Broschüre, die die häufigsten gestellten Fragen beantwortet
- ‚Vorsicht – zerbrechlich!‘ – Faltblatt zur Vorbeugung des Schüttelsyndroms bei Säuglingen
- Mutterschaft & Beruf, neu aufgelegt in 2006
- Mutterpass: wurde in 2007 neu aufgelegt und inhaltlich stark verändert
- Angebote für Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren
- „Wir helfen kleinen Menschen, groß zu werden“, (Vorstellungsbroschüre des Dienstes für Kind und Familie

Der Mutterpass sowie das Gesundheitsbuch für Kinder von 0 bis 18 Jahren wurden in den letzten zwei Jahren ganz neu aufgelegt und inhaltlich verändert. Mit den jeweiligen Partnern (Gynäkologen, Entbindungsstationen der Krankenhäuser, Schulgesundheitsvorsorge) wurden die Dokumente so gestaltet, dass sie interessant für die Eltern sowie auch für die Professionellen bleiben. Ziel war vor allem, die Kommunikation bei den Übergängen, in dem einem Fall Schwangerschaftsvorsorge – Geburt – erste Babyzeit und in dem anderen Fall der Übergang vom DKF zur Schulgesundheitsvorsorge, mit wenig Aufwand und vollständig zu sichern.

Alle Broschüren findet man auch unter [www.dglive.be](http://www.dglive.be).

Einige Faltblätter zu wichtigen Erziehungsthemen sind in Bearbeitung (z.B. Umgang mit Medien).

Entgegen der bis vor einigen Jahren üblichen Praxis des Auslegens von Broschüren, die man hier und dort ankauft oder zur Verfügung gestellt bekam, hat der Dienst für Kind und Familie das von ihm verteilte Broschürenwerk stark reduziert. Diese Broschüren liegen nicht aus, sondern werden jeweils zu bestimmten Entwicklungsmomenten als Verstärkung der mündlichen Information bei den Hausbesuchen und/oder der Vorsorgen verteilt. Angesichts der Tatsache, dass die meisten Eltern durch den Überfluss an allgemeinen Informationen überfordert sind, haben wir uns entschlossen, die Publikationen zielgerichtet herauszugeben. Es handelt sich hierbei in der Hauptsache um kleine Faltblätter mit wenig Text und geringem Kostenaufwand.

Bei Bedarf verleihen wir an Eltern auch themenbezogene Bücher (Schlaf, Grenzen setzen, Sauberkeit, ...) und greifen auf von anderen Organisationen erstellte Broschüren (bspw. zum Thema Allergien oder Stillen) zurück.

## **5.8. ANGEBOTE IM ELTERN-KIND-BEREICH**

In Zusammenarbeit mit anderen Organisationen (z.B. Frauenliga) und auch in Eigenregie bietet der DKF Eltern-Kind-Kurse, Weiterbildungen und Informationsabende für Eltern an.

Die Kurse werden entsprechend dem aktuellen Bedarf geplant, aber auch Wünsche der Eltern werden berücksichtigt.

Pro Kind, das im vorhergehenden Jahr in der Gemeinde geboren wurde, wird ein Betrag von 12 € zur Verfügung gestellt.

Beliebte Angebote sind: Rückbildungsgymnastik, Babymassage, Erste-Hilfe-Kurse, Kochen für junge Eltern, Psychomotorik.

Durch Hausbesuche und Kontakte in der Vorsorge stellt die Beraterin den aktuellen Bedarf der Eltern fest, der von Sektor zu Sektor sehr verschieden sein kann.

## **6. NEUE PROJEKTE UND ZIELSETZUNGEN**

### **6.1. STILLFÖRDERUNG UND STILLBERATUNG**

Stillförderung ist eine der Kernaufgaben des DKF. In Anbetracht der sinkenden Stillstatistiken hat der DKF einen Stillstandard entwickelt, mit dem Ziel, das Angebot der DKF-Beraterinnen zu vereinheitlichen und zu optimieren. Dieser Standard ist in 2005 fertig gestellt worden und wird seitdem vom gesamten Team umgesetzt.

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 eine Optimierung der Beratungsinhalte.

In 2006 hat der DKF angeregt, das neue Qualitätssicherungsprojekt der KPVDB (Krankenpflegevereinigung) – 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, d.h. Hilfestellung von außen in Qualitätsprojekten.

In einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitarbeitern der beiden Krankenhäusern und des 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 in 2006 und 2007 die Standards erarbeitet. Die Arbeit wird in 2008 fortgesetzt und beendet. Eine gemeinsame Weiterbildung, DKF, Hebammen der Wochenstationen und der Kinderstation, ist bereits geplant.

## 6.2. GETRENNTE BERATUNGEN IN DEN VORSORGESTELLEN

Das Projekt wurde ab Oktober 2005 in den Vorsorgestellen Bütgenbach und Eupen durchgeführt. Das Konzept sah vor, dass in der Vorsorgeberatung die Eltern zuerst die Beraterin und anschließend den Arzt aufsuchen.

Ziel des Pilotprojektes, das in Flandern seit einigen Jahren als bewährte Maßnahme läuft, war zu prüfen, ob die getrennte Beratung durch Arzt und Beraterin einen Mehrwert für die Qualität der Beratungstätigkeit darstellt

- a) auf Ebene des Arztes und der DKF Beraterin
- b) auf Ebene der Eltern.

Das Pilotprojekt ist am 1. Oktober 2005 gestartet und endete am 31.03.2006.

Die Auswertung des Projektes ist im Mai 2006 erfolgt. Eine Zufriedenheitsanalyse bei den Eltern (Fragebogen) und ein Auswertungsgespräch mit den teilnehmenden Ärzten und Beraterinnen haben zu folgendem Ergebnis geführt.

- a) Qualität der Beratung für DKF – Beraterin und Arzt:

Die Ärzte hatten unterschiedliche Meinungen zur Trennung: einige empfanden einen Mehrwert (besserer Kontakt zu den Eltern), anderen fehlte der Austausch mit der Beraterin.

Auch bei den Beraterinnen wurde die Trennung unterschiedlich erlebt: die einen bevorzugten die Trennung, weil sie ihre Beratung besser planen konnten und auch bei den Eltern im Rahmen der Vorsorge eine höhere Empfänglichkeit für die Beratung in Abwesenheit der Arztes beobachteten. Die Eltern konnten sich auf das Gespräch mit der Beraterin konzentrierter einlassen. Die anderen Beraterinnen empfanden keinen Mehrwert in der getrennten Beratung. Ihnen fehlte auch der Austausch mit dem Arzt oder die medizinische Bestätigung in bestimmten Themenfeldern.

- b) Qualität der Beratung für die Eltern:

In Bütgenbach waren die Eltern eindeutig unzufriedener mit der getrennten Beratung.

In Eupen waren die Eltern zufrieden mit der Trennung.

Aus dem Pilotprojekt geht nicht generell eine Verbesserung der Vorsorge hervor. Aus diesem Grund wurde die Trennung der Beratung eingestellt.

Auch wenn das Projekt eingestellt wurde, so konnten einige Aspekte als Verbesserung der Beratung festgehalten werden. Ein wesentlicher Punkt ist die Feststellung, dass die Erziehungsberatung bei der gemeinsamen Beratung zu kurz kam.

Aus diesem Grund wird für das Jahr 2007 und 2008 das Arbeiten an folgenden Schwerpunkten festgelegt:

- Stärkung der Position der DKF-Beraterin als Ansprechpartner im Bereich Erziehung
- Optimierung der Beratung in der Vorsorge
- Verbesserung der Zufriedenheit der Eltern und auch der Ärzte
- Kinder über 18 Monaten wieder als Zielpublikum für den DKF gewinnen.

### **6.3. DIE QUALITÄTSSICHERUNG**

#### **6.3.1. Sicherung der systemischer Beratung für alle Interventionen der Beraterinnen**

Die ressourcenorientierte Beratung mit einer ganzheitlichen Sicht der sozialen Wirklichkeit und die damit einhergehenden Methoden haben alle Beraterinnen in ihre alltägliche Arbeit integriert.

Bis Mitte 2006 fanden weiterhin Fallbesprechungen in kleinen Gruppen statt, um die Qualität der Beratungen zu sichern.

Ab September 2006 hat der DKF, in zwei Gruppen unterteilt, die kollegiale Beratung anhand der Balint-Methode praktiziert. Bei dieser Methode präsentiert die Beraterin nach einem bestimmten Verfahren den Fall ihren Kolleginnen, die als neutrale Beobachter die Situation unbefangen betrachten können und durch wertvolles, kritisches Feedback neue Sichtweisen aufzeigen und neue Lösungsansätze erkennen lassen.

Für die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen oder zur Förderung einzelner Beraterinnen fanden Einzelsupervisionen statt. In 2006 und 2007 erhielten jeweils drei Mitarbeiterinnen Einzelbegleitungen.

### **6.3.2. Standardisiertes Berichtswesen**

Seit 2005 hat der Dienst sein Berichtswesen angepasst. Das Berichtswesen umfasst zwei Standardformulare.

Das erste allgemeine Formular wird mit den Angaben zu Kind (Geburtsdatum, allgemeine Angaben zum Gewicht, Größe, usw.) und Eltern (Namen, Schwangerschaft der Mutter, Alter, Berufstätigkeit, usw.) sowie sozialem Umfeld und eventuellen Besonderheiten versehen. Außerdem werden alle Hausbesuche mit einer kurzen inhaltlichen Notiz aufgeführt. Wenn sich bei Hausbesuchen Themen von allgemeiner Bedeutung für den DKF herauskristallisieren, werden diese ebenfalls vermerkt.

Das zweite Standardformular befasst sich mit den Auffälligkeiten in den Familien. Die DKF-Beraterin füllt dieses Berichtsblatt aus, wenn sie Auffälligkeiten in einer Familie bemerkt.

Anhand von Arbeitshypothesen aus systemischer Sicht, allgemeinen Zielen und Zielen für den Hausbesuch leitet die Beraterin ihr eigenes methodisches Vorgehen ab. Auswertung und weiteres Vorgehen wird ebenfalls vermerkt.

Aus dem Abschnitt „Zusammenarbeit mit anderen Diensten“ wird sichtbar, welche verschiedenen Dienste intervenieren, seit wann und wer die Interventionen koordiniert.

Alle Auffälligkeitsberichte werden von der pädagogischen Beraterin gelesen und bei Bedarf mit der Beraterin besprochen.

In 2006 sind 225 und in 2007 163 Berichte mit Auffälligkeiten in den Familien eingegangen. Es geht um medizinische, erzieherische und soziale Auffälligkeiten.

### **6.3.3. Die Standards**

Unter den unten beschriebenen Standards versteht man eine einheitliche Vorgehensweise in der Beratung. Bisher erarbeitete Standards sind:

- Risikomanagement
- Erstkontakt im Krankenhaus
- Basisbesuch
- Allergien
- Stillen
- Zahnhygiene
- Impfungen
- Jugendferienlager

- Sehtest
- Früherkennung von Misshandlungen
- Früherkennung von Hörschäden
- Die Vorsorgeuntersuchungen
- Die telefonische Beratung
- Die Ernährung des Säuglings
- Schwangerenberatung
- Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Qualität der administrativen Arbeit
- Besprechungskultur
- Kooperation Jugendhilfedienst – Jugendgerichtsdienst
- Jugendferienlager
- Der Fonds zum Schutz des ungeborenen Lebens

Um eine uniforme Arbeitsweise der DKF-Beraterinnen zu garantieren, werden die Vorgaben hinsichtlich der Inhalte und der Vorgehensweisen der erarbeiteten Standards eingehalten.

Die Standards werden von der gesamten Gruppe erarbeitet.

#### **6.4. ERZIEHUNGSPROJEKT „WEGE AUS DER BRÜLLFALLE“**

Zur Unterstützung in der Erziehungsbegleitung arbeitet der DKF seit 2006 mit der DVD „Wege aus der Brüllfalle“. Der Film gibt Einsicht in die Lebenswelt von Kleinkindern und Kindern und wie Eltern mit ihren Kindern ohne Eskalation, gewaltfrei den Alltag meistern können. Außerdem bietet der Film einen Einstieg in die Erziehungsberatung.

Der DKF hat in 2007 den Regisseur und Autor des Films, Wilfried Brüning, zu einem Vortragsabend für die breite Öffentlichkeit eingeladen, der ein großer Erfolg war. Die Kooperation wird in 2008 fortgesetzt. Zudem hat das DKF-Team mit Herrn Brüning einen Austausch zu der Arbeit mit dem Film und den Erfahrungen der Beraterinnen gehabt.

Die Beraterinnen integrieren den Film in ihre Einzelberatung oder bei der Arbeit mit kleinen Elterngruppen.



## **6.5. ELTERNKURSE**

Nach einer Pilotphase werden seit 2006 in der DG regelmäßig, im Norden wie im Süden der DG Elternkurse angeboten.

Der DKF arbeitet mit verschiedenen Partnern zusammen: vorrangig mit der ASL (Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung), aber auch mit der Frauenliga und selbstständigen Anbietern.

Ziel ist es, mindestens einmal im Jahr im Norden und im Süden einen Kurs anzubieten.

Die ASL hat darüber hinaus ein sogenanntes angepasstes Angebot für Eltern oder Alleinerziehende. Dieser Kurs richtet sich an ein eher sozial schwaches Publikum und der Arbeitsrhythmus passt sich den Bedürfnissen der Eltern an. Der DKF begleitet diese Familien oft vor, während und nach dem Elternkurs, um die Eltern oder Mütter zur Teilnahme an dem Kurs zu motivieren und die Umsetzung in den Alltag zu sichern.

## **6.6. MÜTTERGRUPPE KELMIS**

Die Müttergruppe Kelmis bestand von 1998 bis März 2006. Nach acht Jahren Müttergruppe wurde diese Initiative aufgrund mangelnder Teilnahme im letzten Bestandsjahr eingestellt.

Die erste Generation Mütter war der Gruppe durch ihre positive Entwicklung entwachsen, die zweite Generation hat sich nur sehr langsam eingefunden.

Die Organisatoren (DKF-SPZ und ÖSHZ) stellen fest, dass das Konzept nicht mehr greift und andere Wege gesucht werden müssen, um die Mütter zu erreichen und einen Treffpunkt einzurichten. Verschiedene Überlegungen wie wir Mütter, die in schwierigen Lebenssituationen sind, in ihren Ressourcen stärken können, werden weiter verfolgt. Die Idee, Mütter mit ihren Kindern zu einem Mütter-Kind-Treff zu orientieren, wäre ein erster Weg. Nach Modellen und Methoden suchen verschiedene Dienste noch gemeinsam.

## **7. DIE ZUSAMMENARBEIT MIT ANDEREN DIENSTEN**

### **7.1. DIE PMS- UND GESUNDHEITZENTREN**

Der DKF ist zuständig für Kinder von 0 bis 3 Jahren. Mit dem Eintritt des Kindes in den Kindergarten sind die PMS- und Gesundheitszentren zuständig.

Der DKF zieht mit den Eltern eine Bilanz zur Entwicklung und Gesundheit des Kindes und übermittelt die medizinische Akte an die Schulgesundheit.

Für Familien, denen der DKF eine weitere engere Begleitung durch die Dienste der Schulgesundheit 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 der Schulmedizin und dem DKF, ist seit Ende 2005 eingeführt. Es umfasst die Entwicklung des Kindes von 0 bis 18 Lebensalter. 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.

### **7.2. JUGENDHILFEDIENST (JHD)**

Die Zusammenarbeit gestaltet sich auf zwei Ebenen: 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, wenn die Familie ihre Ressourcen nicht mehr ausreichend einsetzen kann.

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

### **7.3. 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 Interventionen 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.

#### **7.4. ÖSHZS**

Im Rahmen des Fonds zum Schutz des ungeborenen Lebens ist eine Zusammenarbeit mit den ÖSHZ aller Gemeinden unerlässlich.

Generell sind die ÖSHZ Ansprechpartner, wenn es um die soziale Begleitung einer Familie geht und auch finanzielle Schwierigkeiten vorliegen.

#### **7.5. MEDIENZENTRUM**

Das Projekt des Medienzentrums „Mit Büchern groß werden“ wird vom DKF vor allem in den Familien verstärkt unterstützt, in denen das Medium Buch weniger genutzt wird. Die DKF-Beraterinnen verteilen in diesem Fall gezielt das Bücherpaket.

Die Zusammenarbeit von Vorlesepaten des Medienzentrums mit dem DKF wird auch in manchen Familien genutzt.

In 2006 und 2007 hat der DKF ein besonderes Augenmerk auf die Medienkompetenz in Familien mit Kleinkindern gelegt. Unter anderem in Zusammenarbeit mit dem Medienzentrum hat der DKF seine Ressourcen im Bereich Umgang mit Medien erweitert und diese in die Beratungen in den Familien integriert. Eine standardisierte Verfahrensweise wird noch erarbeitet.

#### **7.6. FRÜHHILFE OSTBELGIEN**

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

Ziel ist es, Eltern von entwicklungsauffälligen und behinderten Kindern so früh wie möglich aufzufangen und mit ihnen die ersten Schritte einzuleiten, die für eine harmonische Entwicklung des Kindes notwendig sind.

Bei Bedarf bietet der DKF gemeinsam mit der Frühhilfe maximal zwei Hausbesuche an.

In 2006 wurden 6 Anfragen für Kinder von 0 bis 3 Jahren durch den DKF an die Frühhilfe vermittelt, in 2007 waren es 3.

## 7.7. FRAUENLIGA

Die DKF-Beraterinnen verfügen entsprechend der Anzahl der Geburten in ihrer Gemeinde über einen Pauschalbetrag, den sie zur Durchführung von Vortragsabenden oder Animationen im Themenbereich Familie, Kinder von 0-3 Jahren einsetzen können. Hieraus hat sich eine sehr gute Zusammenarbeit mit der Frauenliga ergeben, die passgenau zu dem vom DKF auf Ebene der jeweiligen Gemeinde erkanntem Bedarf, Angebote organisiert und durchführt. Der jeweilige Pauschalbetrag wird dazu genutzt.

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

## 7.8. KRANKENHAUS EUPEN

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

Außerdem arbeiten DKF und die beiden Wochenstationen eng im Q+ Projekt (S. 52) zusammen.

## 7.9. 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 Mitarbeiter und die DKF-Beraterinnen der Sektoren St. Vith, Amel und Burg-Reuland an. Letztere haben die Funktion der fachlichen Beratung.

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 Kinesitherapeutin 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 190 Mütter pro Jahr.

Das PZ organisiert ebenfalls **Rückbildungsgymnastikkurse**, wobei externe Fachkräfte als Referenten verpflichtet werden. 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.

Diese Kurse sind u.a. 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):

	2005	2006	2007
Schwangerenberatung & Geburtsvorbereitungskurse	11.292 €	15.317	15.766
Säuglings- und Kleinkindvorsorge inkl. Mutter-Kind-Kurse	16.582 €	17.081	13.470 <sup>19</sup>
<b>Zuschüsse insgesamt</b>	<b>27.874 €</b>	<b>32.398</b>	<b>29.236</b>

<sup>19</sup> Ab 2007 werden die Arzthonorare nicht mehr über das PZ ausgezahlt, dementsprechend sinken die Ausgaben

## 8. DIE KINDERBETREUUNG IN DER DG

Die Lissabon-Kriterien zur Förderung von Beruf und Familie haben als Zielsetzung, einen Deckungsgrad in der Kinderbetreuung für die 0 bis 3-Jährigen von 33% zu erreichen.

Im Jahr 2006 konnte die DG bereits einen Deckungsgrad von **27,53 %** vorweisen, der sich in 2007 noch auf **32,18 %** gesteigert hat. Die Zielgerade zur Erfüllung der Lissabonkriterien ist erreicht!

In der Französischen Gemeinschaft beträgt der Deckungsgrad in 2006 24,2% und in 2007 24,8%. In Flandern sind bereits in 2006 39% und in 2007 42% erreicht.

Grundlage für die Organisation, Anerkennung und Bezuschussung von jeglicher Kinderbetreuung in der DG ist der Erlass der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft über Kinderbetreuung vom 18. Januar 2007 zur Kinderbetreuung, der den Erlass von 1999 ersetzt.

Eine wesentliche Abänderungen ist die Neuregelung der personellen Umrahmung der Tagesmütter: die Personal- und Betreuungsnormen orientieren sich nicht mehr nach der Anzahl Tagesmütter, sondern nach der Anzahl Betreuungstage. Außerdem wurde eine Mindestauslastung bei den Tagesmüttern eingeführt. Eine weitere Änderung ist die Erweiterung der Einkommenskategorien zur Festlegung der Elternbeiträge von einem Einkommen von 3.000 € auf 5.000 €.

Neben den selbstständigen Tagesmüttern und einem Standort der außerschulischen Betreuung wird die gesamte - offiziell anerkannte - Kinderbetreuung fast ausschließlich durch das Regionalzentrum für Kleinkindbetreuung (RZKB) organisiert.

### 8.1. DAS REGIONALZENTRUM FÜR KLEINKINDBETREUUNG (RZKB)

In der DG gibt es bisher nur eine einzige anerkannte Betreuungsstruktur für Kinder: das „Regionalzentrum für Kleinkindbetreuung“ (RZKB). Dieses Zentrum bietet folgende Dienste:

- a. **Tagesmütterdienst:** Das RZKB betreut im Schnitt 85 Tagesmütter in der DG.
- b. **Kinderkrippe:** Die Kinderkrippe mit 24 Plätzen befindet sich im Haus des RZKB, in der Hillstraße Nr. 9 in Eupen. Eine Kinderkrippe im Süden der DG ist bisher nicht realisiert worden.

- c. **Ferienbetreuungen:** Das RZKB organisiert Ferienbetreuungen in allen Schulferien, zentralisiert am Standort Haasstraße in Eupen. In St. Vith und Kelmis werden sporadisch Ferienbetreuungen angeboten.
- d. **Außerschulische Betreuung:** In 2007 bietet das RZKB an 17 Standorten eine außerschulische Betreuung an.

In 2006 hat die Regierung mit dem RZKB einen zweiten Geschäftsführungsvertrag abgeschlossen.

Folgende Schwerpunkte beinhaltet der GFV mit dem RZKB:

- a) **RZKB-Zentralverwaltung:** Die pädagogische Begleitung ist in der RZKB-Zentralverwaltung angesiedelt. Diese Begleitung ist zuständig für die Begleitung und Weiterbildung des Personals aller Standorte der außerschulischen Betreuung des RZKB und der anderen Träger. Zudem hat die pädagogische Begleitung eine unterstützende Funktion im Tagesmütterdienst und in der Kinderkrippe, bei der Erstellung der Rollenprofile und der pädagogischen Arbeit.
- b) **Kundenservice:** Entwicklung eines Beschwerden-Managements und eines Informationskonzeptes für die Eltern mit Bekanntmachung freier Plätze und Elternversammlungen.
- c) **Tagesmütterdienst:** Progressive Auslastung des Tagesmütterdienstes bis zu einem Durchschnitt von 70% und Erarbeitung eines Profils der Sozialarbeiter im Dienst.
- d) **Kinderkrippe:** Optimierung der Auslastung.
- e) **Außerschulische Betreuung:** Erstellung eines Alternativmodells zur aktuellen Berechnung der Elternbeiträge nach Einkommen. In diesem Modell soll es einen Festbetrag und einen Sozialtarif geben.
- f) **Finanzverwaltung:** Die Finanzberatung soll durch einen Finanzexperten gewährleistet sein. Das RZKB muss aus der Sicht eines wachsenden Unternehmens die Finanzführung angehen. Das Verhältnis zwischen administrativem Aufwand und Terrainarbeit muss ausgewogen sein.

### **8.1.1. Der Tagesmütterdienst des RZKB**

Der Tagesmütterdienst hat zur Hauptaufgabe, die Betreuung von Kleinkindern (0 bis 3 Jahre) bei Tagesmüttern zu organisieren.

Der Dienst vermittelt die Kinder, in der Regel von berufstätigen Eltern, an die vom RZKB anerkannte Tagesmutter und gewährleistet die kontinuierliche psycho-soziale Begleitung der betreuten Kinder in Bezug auf deren Entfaltung, Erziehung und Gesundheit.

Die Tagesmütter betreuen die Kinder in ihren eigenen vier Wänden und erhalten eine pauschale Aufwandsentschädigung pro betreutes Kind.

Die Eltern zahlen eine Beteiligung an den Betreuungskosten, die nach Einkommen der Familie gestaffelt ist.

Der Vertrag zwischen Tagesmutter und Tagesmütterdienst garantierte den Tagesmüttern in 2006 und 2007 einen Tagessatz bei einer Ganztagsbetreuung pro Kind von 16,10 € (indexgebunden).

Diese Summe gilt als Unkostenentschädigung und ist steuerfrei. Der Selbstkostenanteil der Eltern für die Betreuung ihres Kindes wird entsprechend dem Einkommen der Familie berechnet, wobei eine Kostenreduzierung um 30% für Familien mit drei Kindern gewährt wird oder bei einer gleichzeitigen Betreuung von mindestens zwei Kindern einer Familie.

Der Elternbeitrag pro Familie wird einkommensabhängig berechnet. Die Kosten, die die Eltern pro Tag und pro Kind zahlen, sind sehr unterschiedlich.

Er variiert zwischen 1,29 € für eine Ganztagsbetreuung bei einem monatlichen Einkommen bis 495,78 € und 27,00 € bei einem monatlichen Einkommen ab 5.057,03 €.

Berücksichtigt wird das monatliche Nettohaushaltseinkommen. Die Einkommens-Staffelung ist in dem neuen Erlass von 2007 erweitert worden, d.h. der vorherige Maximaltarif von 16,58 € bei einem Einkommen von 2.975 € bleibt weiter bestehen, jedoch wurden die Einkommenskategorien bis zu einer Summe von 5.057,03 € progressiv erweitert.

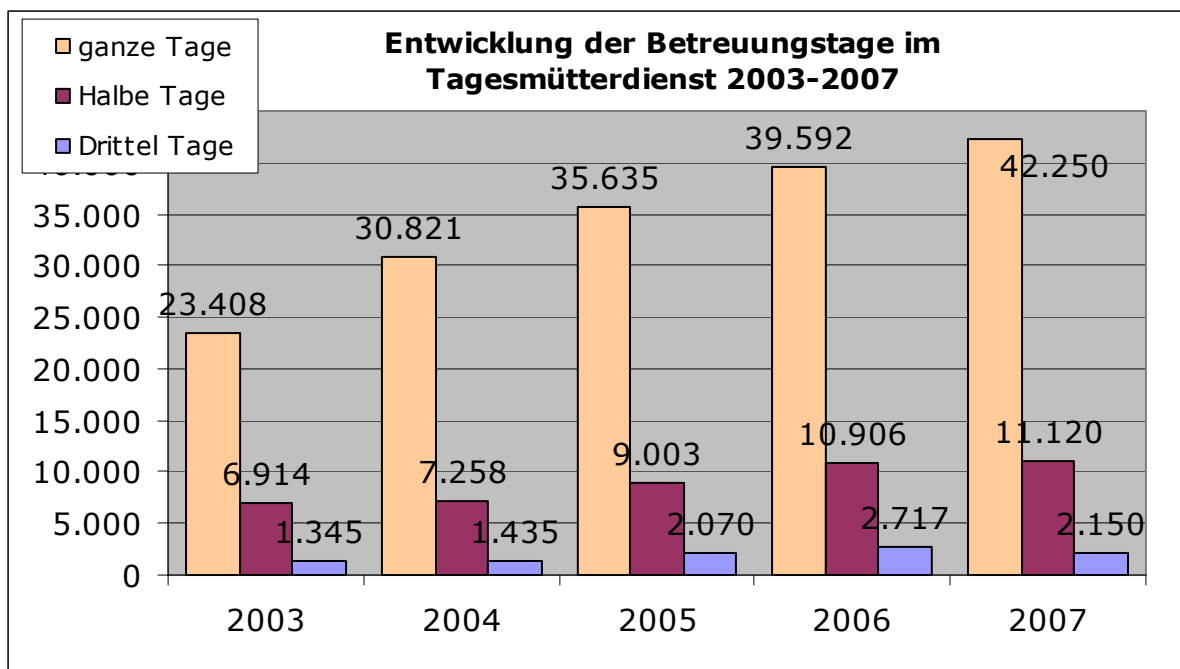
Der durchschnittliche Elternbeitrag betrug in 2006 11,08 € pro Tag und pro Kind und in 2007 10,16 €. In den letzten Jahren, und ab 2007 auch bedingt durch die Erweiterung der Staffelung, die ab dem 1. April 2007 in Kraft getreten ist, sind die Elternbeiträge angestiegen.



Jahr	Zuschuss DG/BGSO	Anzahl Tage <sup>20</sup>	Finanzielle Beteiligung der DG pro Kind pro Tag
2004	405.223 €	34.928	11,60 €
2005	441.413 €	40.827	11,26 €
2006	494.220 €	44.612	11,08 €
2007	493.119 €	48.517	10,16 €

Die steuerliche Absetzbarkeit ist auf 11,15 € pro Tag und pro Kind begrenzt und dies für Kinder bis zu zwölf Jahren. Außerdem können seit dem 01. Januar 2005 auch die Teilnahme an Ferienlagern und Ferienanimationen steuerlich abgesetzt werden.

Nachfolgende Grafik verdeutlicht den Anstieg der Betreuungen, insbesondere der Ganztagsbetreuungen.



Im Vergleich zu 2003 ist der Anstieg der Ganztagsbetreuungen von 23.408 Betreuungen insgesamt auf 42.250 gestiegen. Dies ist eine Steigerung von 80%.

Ca. 85 % aller Betreuungen im Tagesmütterdienst sind Ganztagsbetreuungen.

<sup>20</sup> Die halben und drittel Betreuungstage werden für die Bezuschussung im Proporz berechnet, sodass man für die Berechnung der Betreuungskosten immer von einem festen Wert ausgehen kann: ganze Tage.

### **8.1.2. Das Sozialstatut der Tagesmütter**

Seit April 2003 ist seitens des Föderalstaates das Teilsozialstatut für die Tagesmütter der Tagesmütterdienste in Kraft getreten.

Das Statut bietet den Tagesmüttern soziale Absicherung, d.h. Krankenversicherung, Altersrente unter der Berücksichtigung des Berufseinkommens, Anzahl der Berufsjahre, dem Beschäftigungsgrad und der familiären Situation, Kindergeld, Geburtsprämie und Adoptionsprämie, wenn die Tagesmutter mindestens halbtags beschäftigt ist und eine Entschädigung für zeitweilige Nichtbeschäftigung.

Die Umsetzung des Statutes bringt trotzdem weiterhin Schwierigkeiten mit sich. Die Übermittlung der Sozialangaben vom Tagesmütterdienst an das Landesamt für soziale Sicherheit funktioniert nur bedingt und hat bereits zu Ausfällen in der Krankenversicherung der Tagesmütter geführt. Die Umsetzung des Statutes bedarf noch einiger Feinabstimmungen.

Die DG zahlte in 2007 insgesamt 82.980 € Arbeitgeberlasten für ca. 88 Tagesmütter.

### **8.1.3. Anzahl Tagesmütter (TM)**

Die Anzahl der Tagesmütter ist in 2006 (84 TM) und 2007 (88 TM) im Vergleich zu 2004 (93) und 2005 (90) gesunken. Die Einführung des Statutes hat zu einem kurzen „Boom“ geführt, der aber schnell wieder abgeflaut ist.

### **8.1.4. Die Kinderkrippe**

Bei der Kinderkrippe handelt es sich um eine Betreuungseinrichtung für Kinder berufstätiger Eltern von 0 bis 3 Jahren. Die Umgebung und der Tagesablauf sind so gestaltet, dass die Kinder sich kreativ entfalten können.

Die Kinderkrippe hat seit April 2003 eine Kapazität von 24 Plätzen.

Obwohl das Krippenpersonal in 2006 fünf Kinder weniger betreute, ist die Auslastung um fast 7% gestiegen. Diese Zahl beweist, dass der Belegungsplan der 24 Plätze optimiert wurde.

In 2007 wurden wieder mehr Kinder betreut, die Belegung war nach wie vor sehr zufriedenstellend (81,84%).

Auslastung Krippe	2005	2006	2007
Anzahl Kinder/Jahr	45	40	46
Anzahl Anwesenheiten <sup>21</sup>	4.049	4.409	4.321
Durchschnittliche Belegung	76,69%	83,43%	81,84%

Allerdings ist das Angebot an Krippenplätzen nach wie vor nicht ausreichend. Eine Erweiterung der Öffnungszeiten wäre notwendig, um vor allem Eltern mit flexiblen Arbeitszeiten oder in Schichtarbeit einen verlässlichen Betreuungsplatz zu bieten.

Die Elternbeteiligung wird gleich der Regel beim Tagesmütterdienst entsprechend dem Familieneinkommen berechnet.

#### 8.1.5. Die Ferienprojekte des RZKB

Innerhalb der letzten Jahren erfährt das Angebot ‚Ferienprojekte‘ eine stark ansteigende Inanspruchnahme. Diese Betreuungsform während der Schulferien ist mittlerweile zu einem festen Bestandteil des Kinderbetreuungsangebotes geworden.

Für den Norden findet in Eupen zentralisiert in der Haasstraße während der Schulferien eine Betreuung statt, sporadisch auch in Kelmis und St. Vith.

Die Inanspruchnahme der Ferienprojekte steigt kontinuierlich:

Jahr	Ferienprojekte des RZKB									
	2003		2004		2005		2006		2007	
	GT	HT/DT	GT	HT/DT	GT	HT/DT	GT	HT/DT	GT	HT/DT
Kleine Projekte	237	60	164	25	271	78	336	143	367	91
Ostern	213	100	262	100	302	91	340	156	423	113
Juli	590	281	518	206	487	159	548	207	805	250
August	485	189	528	214	539	251	777	227	883	423
	<b>1.525</b>	<b>630</b>	<b>1.472</b>	<b>545</b>	<b>1.599</b>	<b>579</b>	<b>2.001</b>	<b>733</b>	<b>2.478</b>	<b>877</b>

Neben den Ferienprojekten des RZKB gibt es auch Ferienprojekte der Stadt St. Vith (nur in den Sommerferien) und der Vereinigung der Familien (Osterferien in Eupen), die ebenfalls von der DG offiziell anerkannt und bezuschusst werden.

<sup>21</sup> Halbe oder ganze Tage

## 8.2. FINANZIELLER BERICHT DG-RZKB

Im Laufe der letzten Jahre ist der Zuschuss für Kinderbetreuung, insbesondere für das RZKB, enorm angestiegen. Folgende Faktoren erklären diesen Anstieg:

- die Kosten des Sozialstatuts der Tagesmütter
- der Anstieg der Anzahl Tagesmütter sowie der Anwesenheitstage der Kinder,
- der Anstieg der Krippenplätze von 21 auf 24 Plätze
- der Geschäftsführungsvertrag, der besondere Maßnahmen und Zuwendungen vorsieht.

Insgesamt wurden in den letzten 5 Jahre folgende Zuschüsse gezahlt<sup>22</sup>:

Posten	2003	2004	2005	2006	2007
Tagesmütterdienst	312.020	405.223	448.789	494.220	493.119
Krippe	120.641	117.535	120.793	140.053	161.775
Ferienprojekte	17.525	19.432	21.244	26.588	32.556
Optimierung Informatik	6.028	2.931	0	0	0
Leitung/pädag. Begleitung	66.352	77.061	73.021	79.165	87.712
<b>Gesamt</b>	<b>521.777</b>	<b>622.182</b>	<b>663.847</b>	<b>740.026</b>	<b>775.162</b>

Obwohl die Anzahl Betreuungen in 2007 angestiegen sind, sind die Ausgaben im Tagesmütterdienst konstant geblieben. Dies ist die Folge der Erweiterung der Einkommensstaffelung bei den Elternbeiträgen.

<sup>22</sup> Die Zahlungen für ein Kalenderjahr erfolgen teilweise im folgenden Jahr. Um vergleichendes Zahlenmaterial zu haben, werden daher die Kosten aufgelistet, die sich laut Belege auf das jeweilige Jahr beziehen. Das tatsächliche Auszahlungsdatum des Zuschusses spielt hierbei keine Rolle.

### **8.3. DIE QUALIFIKATION DER KINDERBETREUER IN DER DG**

In der Deutschsprachigen Gemeinschaft gibt es keine strukturelle Möglichkeit, eine Ausbildung als Kinderpfleger/in bzw. als Kinderbetreuer/in zu verfolgen. Mit dem Ausbau des Kinderbetreuungssektors (AUBE, Kinderkrippe, Ferienbetreuung) ist jedoch der Bedarf an Fachkräften gegeben.

Daher ist in 2007 ein Ausbildungsprojekt mit der Familienhilfe VOG, der KPVDB VOG in Zusammenarbeit mit dem Ministerium der DG und dem Europäischen Sozialfonds erarbeitet worden, welches eine integrierte Ausbildung zum/zur Familienhelfer/in, Pflegerhelfer/in und Kinderbetreuer/in beinhaltet., erarbeitet worden. Diese Ausbildung startet im Januar 2008 und erstreckt sich über 18 Monate. Ab Mitte 2009 werden diese ausgebildeten Personen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

### **8.4. DIE ANERKENNUNG UND QUALITÄTSCONTROLLING VON SELBSTSTÄNDIGEN TAGESMÜTTERN**

Der DKF ist für die Anerkennung der selbstständigen Tagesmütter zuständig. In den letzten Jahren steigt das Interesse für die Tätigkeit als Tagesmutter auf selbstständiger Basis.

Seit 2005 hat der DKF Richtlinien zur Anerkennung der selbstständigen Tagesmütter, die die Vorgehensweise in der Anerkennungsprozedur regelt. Dieses Verfahren wird konsequent umgesetzt und erleichtert die Entscheidung bei einer Anerkennung.

In 2006 waren 17 selbstständige Tagesmütter aktiv und haben 65 Kinder gehütet.

Seit 2007 gibt es 20 selbstständige Tagesmütter in der DG, die insgesamt 71 Kinder gehütet haben.

### **8.5. DIE AUSSERSCHULISCHE BETREUUNG (AUBE) IN DER DG**

#### **8.5.1. Die Entwicklung der Standorte**

Seit 2003 hat sich die außerschulische (oder nachschulische) Betreuung stark entwickelt, vor allem im Süden der Gemeinschaft, und seit 2005 ist sie fast flächendeckend vertreten.

Die außerschulische Betreuung beginnt in der Regel ab 7 Uhr morgens und endet zwischen 17.30 Uhr und 18 Uhr abends. Die AUBE findet nur während der Schulöffnungszeiten statt – manche Standorte bieten jedoch auch mittwochs eine Betreuung bis 18 Uhr an.

Folgend eine Übersicht der Standorte in der DG:

	Standort	Adresse	Träger
1	Eupen	Zentraler Standort Haasstraße	RZKB
2	Eupen	SGO – Hisselgasse	RZKB
3	Eupen	Königliches Athenäum	Athenäum
4	Eupen	Pater Damian-Schule	Pater Damian-Schule
5	Eupen	SG Kettenis	RZKB
6	Kelmis	Kirchstraße	RZKB
7	Raeren	Grundschule Plei	RZKB
8	Raeren	Grundschule Eynatten	RZKB
9	Bütgenbach	Elsenborn – zum Brandt	Elternvereinigung Elsenborn
10	Bütgenbach	Nidrum	RZKB
11	Bütgenbach	Schule Bütgenbach	RZKB
12	St. Vith	Poliklinik	RZKB
13	St. Vith	Gemeindeschule Recht	RZKB
14	Büllingen	BIB	RZKB
15	Büllingen	Gemeindeschule Manderfeld	RZKB
16	Burg-Reuland	Kultur- und Begegnungszentrum	RZKB
17	Amel	Gemeindegrundschule	RZKB

Die Standorte an der Schule Bütgenbach und in Nidrum sind seit 2006 in die Trägerschaft des RZKB übergegangen.

Das Betreuungsangebot in der Gemeinden Lontzen ist in Planung. Außerdem wird über eine Erweiterung der AUBE in Burg-Reuland nachgedacht.

Die Anzahl der **Betreuungen** der Standorte unter Trägerschaft des RZKB fassen sich wie folgt zusammen:

2003	2004	2005	2006	2007
7.635	13.160	17.472	29.181	34.524

Diese steigende Zahl hängt im Wesentlichen damit zusammen, dass die Standorte des RZKB nicht alle zeitgleich, sondern im Laufe der letzten drei Jahre eröffnet wurden.

### **8.5.2. Bezuschussung der AUBE**

Jeder Standort hat innerhalb der ersten beiden Jahre nach Anerkennung Anrecht auf Ersteinrichtungszuschüsse (50% der tatsächlichen Kosten) und jährlich auf eine 50 %ige Übernahme eines eventuellen Defizits, der abhängig ist von der durchschnittlichen Anwesenheiten.

Insgesamt hat die DG von 2002 bis 2007 ausgezahlt:

Ersteinrichtungszuschüsse: 21.521 €

Defizitbezuschussungen: 18.408 €

Haupteinnahmequelle der außerschulischen Betreuungsstandorte sind die FESC - Zuschüsse. FESC (Fonds des équipements et des services collectifs) ist ein Fonds der sozialen Sicherheit, der die außerschulische Kinderbetreuung bezuschusst.

### **8.5.3. Die Kommunalen Beratungsausschüsse für Kinderbetreuung (KBAK)**

Der Dienst für Kind und Familie gewährleistet die Begleitung und das Sekretariat der KBAK. Die Bilanz der KBAK ist positiv: in allen Gemeinden gibt es einen KBAK. Im Juni 2007 ist der KBAK in der letzten Gemeinde, Lontzen, eingesetzt worden.

Der KBAK hat folgende Aufgaben:

- Bestandsaufnahme der bestehenden Kinderbetreuung in der Gemeinde;
- Ermittlung des kurz- und mittelfristigen Bedarfs von Kinderbetreuung in der Gemeinde;
- Formulierung von Handlungsempfehlungen zur Verbesserung des Angebots der Kinderbetreuung unter Beachtung der lokalen Gegebenheiten;
- Unterstützung bei der Umsetzung der Empfehlungen;
- Übermittlung der ersten Handlungsempfehlungen an den Minister spätestens ein Jahr nach Gründung des KBAK;
- Erstellung eines Entwicklungsberichts zur Kinderbetreuung in der Gemeinde einschließlich überarbeiteter Handlungsempfehlungen alle drei Jahre ab Einsetzungsdatum;

- Stellungnahme zu anderen Bereichen der Familienpolitik auf Anfrage des Ministers oder auf eigene Initiative.

Der Entwicklungsbericht und die Handlungsempfehlungen werden sowohl dem Gemeinderat als auch der Regierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft übermittelt.

Der KBAK bezieht gegenüber dem Minister zu allen neuen lokalen Initiativen der Kinderbetreuung Stellung.

In allen KBAK tagen Vertreter der Gemeinde, der Kinderbetreuung, der ÖSHZ, der Elternräte und der Schulleitung gemeinsam mit dem Ziel, angepasste Lösungen für Betreuungsfragen in der Gemeinde zu suchen.

Fast alle KBAK haben sich mit der dringenden Frage der außerschulischen Betreuung befasst.

## **8.6. DIE KINDERHORTE**

Die Kinderhorte bieten eine punktuelle Betreuung für alle Familien an. Der DKF ist für die Qualitätssicherung zuständig und die Hortbetreuerinnen werden vorab vom DKF anerkannt.

Für die Weiterbildung der Betreuerinnen ist der jeweilige Träger zuständig.

Alle Kinderhorte werden von der DG finanziell unterstützt. Jeder Hort erhält bei durchschnittlich fünf Anwesenheiten pro Öffnungstag eine Pauschale von 30 €.

### **8.6.1. Kinderhort Kelmis**

Der Kinderhort in Kelmis ist in Trägerschaft der Frauenliga. Er ist seit 2002 geöffnet und bietet an zwei Vormittagen pro Woche eine Betreuung an. Die Frauenliga sichert regelmäßig die Weiterbildung der Hortbetreuerinnen.

In 2006 und 2007 wurden folgende Summen zugunsten des Kinderhorts ausgezahlt: 3.157,50 € bzw. 3.694 €.

### **8.6.2. Kinderhort Eupen**

Der Kinderhort in Eupen ist in Trägerschaft der Vereinigung der Familien. Die strukturellen Schwierigkeiten und internen, personellen Problemen dauern weiter an und die Vereinigung der Familien hat aufgrund der geringen Auslastung die Öffnungstage reduzieren müssen. In Folge dessen wird in 2006 und 2007 der Kindhort Eupen keinen Zuschuss erhalten.



2008 wird zeigen, ob der Hort in Trägerschaft der Vereinigung der Familien weiter bestehen kann.

### **8.6.3. Kinderhort St. Vith**

Der Kinderhort in St. Vith ist ebenfalls in Trägerschaft der Vereinigung der Familien. Er ist im September 2007 eröffnet worden und der Hort wird gerne genutzt. Für das erste Jahr ist die Bezuschussung an eine minimale Auslastung von durchschnittlich drei Kindern gekoppelt. Danach gilt die gleiche Regelung wie für die beiden anderen Horte.

## 9. INTERNE ORGANISATION & FINANZIELLER BERICHT

### 9.1. AUSGABEN DES DKF

Für die Ziviljahre 2006 und 2007 haben die Kosten des DKF sich besonders im Bereich der Kleinkindbetreuung stark entwickelt.

Untenstehend werden alle Ausgaben aufgelistet:

Posten	2006	2007
DKF-Ärzte, Sehtests und Medizinische Beratungen	52.926	62.652
Miet- und Energiekosten	11.176	11.300
Funktionskosten der Vorsorgestellten	8.438	12.021
Funktionskosten des Personals (Telefon, Versand...)	14.843	16.994
Perinatales Zentrum	32.398	29.236
Supervisionen und Weiterbildungen	2.822	2.911
Eltern-Kind-Kurse	4.641	5.313
Selbst. Tagesmütter/KBAK	172	217
Geburtsvorbereitungskurse	-	1.777
Fachliteratur und Abonnements	395	1.225
Druckerzeugnisse & Publikationen	5.057	5.883

Im Bereich Kinderbetreuung und Jugendferienlager:

Posten	2006	2007
RZKB (Tagesmütterdienst, Kinderkrippe, Leitung)	740.026	775.161
Außerschulische Betreuung	9.133	12.104
Osterprojekt der Vereinigung der Familien	999	1.095
Kinderhort Kelmis	3.693	3.068
Jugendferienlager	11.978	11.727

## 9.2. DIE VORSORGESTELLEN

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

Eupen	: Sozialzentrum „Altes Schwesternheim“, Rotenberg
Kelmis	: Treffpunkt Gesundheit, Kappelstraße 34
Lontzen	: Vorsorge in Welkenraedt, rue des Combattants 21
Raeren	: Kindergarten Gemeindeschule
Amel	: Vinzenzhaus Dorf
Burg Reuland	: KUZ
Bütgenbach	: Seniorenheim der Interkommunalen ‚Hof Bütgenbach‘
Manderfeld	: Pfarrheim
St. Vith	: Perinatales Zentrum

In den meisten Vorsorgestellen werden die DKF-Beraterinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen unterstützt. So übernehmen diese 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 Vorsorge besuchen.

Seit 2006 finden die Vorsorge-Untersuchungen für die Gemeinde Burg-Reuland in Räumlichkeiten des KUZ in Burg-Reuland statt.

Auch für die Vorsorgeuntersuchungen der Familien in Lontzen konnte eine Lösung gefunden werden: seit Ende 2007 nutzen der DKF und die ONE gemeinsam die Räumlichkeiten der Vorsorge Welkenraedt.

In Kelmis ist die Vorsorge in das „Haus der Gesundheit“ der AIOMS umgezogen.

Nur für die Vorsorgestelle in Manderfeld muss noch eine Lösung gefunden werden.

### 9.3. PERSONALVERZEICHNIS der DKF-Beraterinnen 2007

SEKTOR	BERATERINNEN	KONTAKT
<b>EUPEN EYNATTEN/HAUSET</b>  <u>Zusatzaufgaben:</u> - Selbst. Tagesmütter - Geburtsvorbereitungskurse  <a href="mailto:dkf.eupen@dgov.be">dkf.eupen@dgov.be</a>	Béatrice SCHYNTS  Myriam LENTZ  Rachel SIMON	<b>087 558 100</b>  Mo- Di - Fr: 08:45 - 10:30 Uhr  Mi & Do: 08:45 - 09:15 Uhr
<b>KELMIS / LONTZEN</b>  <u>Zusatzaufgaben:</u> - Erstkontakt KH Eupen  <a href="mailto:dkf.kelmis@dgov.be">dkf.kelmis@dgov.be</a>	Rita GEELEN  Gaby MICHEL	<b>087 789 022</b>  täglich von 08:30 - 10:00 Uhr  außer mittwochs: 08:00 - 09:00 Uhr
<b>RAEREN</b> Zusatzaufgabe: Fonds zum Schutz des ungeborenen Lebens	Astrid PIETTE	<b>0475 765 530</b>  werktags von 08:15 - 08:45 Uhr
<b>BÜLLINGEN/ BÜTGENBACH</b>  <u>Zusatzaufgaben:</u> - Stillkomitee	Annette THOMAS  Christa MELCHIOR	<b>080 398 244</b>  werktags von 08:30- 09:30 Uhr
<b>ST. VITH / AMEL BURG-REULAND</b>  <u>Zusatzaufgaben:</u> - Erstkontakt KH St. Vith - Geburtsvorbereitungskurse - Kontakt Perinatales Zentrum  <a href="mailto:dkf.st.vith@dgov.be">dkf.st.vith@dgov.be</a>	Renate WIESEMES  Inge HUPPERTZ  Sabine PAASCH	<b>080 398 850</b>  werktags von 08:45 - 10:15 Uhr  außer mittwochs: 08:30-09:15 Uhr (keine Terminvereinbarung)

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

Die Mitarbeiterinnen im Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft sind:

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