

Nationales Zentrum  
Frühe Hilfen



## Implementierungsprozess der vertragsärztlichen Qualitätszirkel „Frühe Hilfen“ in Baden- Württemberg

Sysco Gesellschaft  
für Weiterbildung  
und Coaching mbH

# **Problemlagen aus Sicht der Versorgungsforschung**

Prof. Dr.med. Marcus Siebolds  
RVS 2 vL

# Unklare Perspektive auf den Versorgungsendpunkt- und format

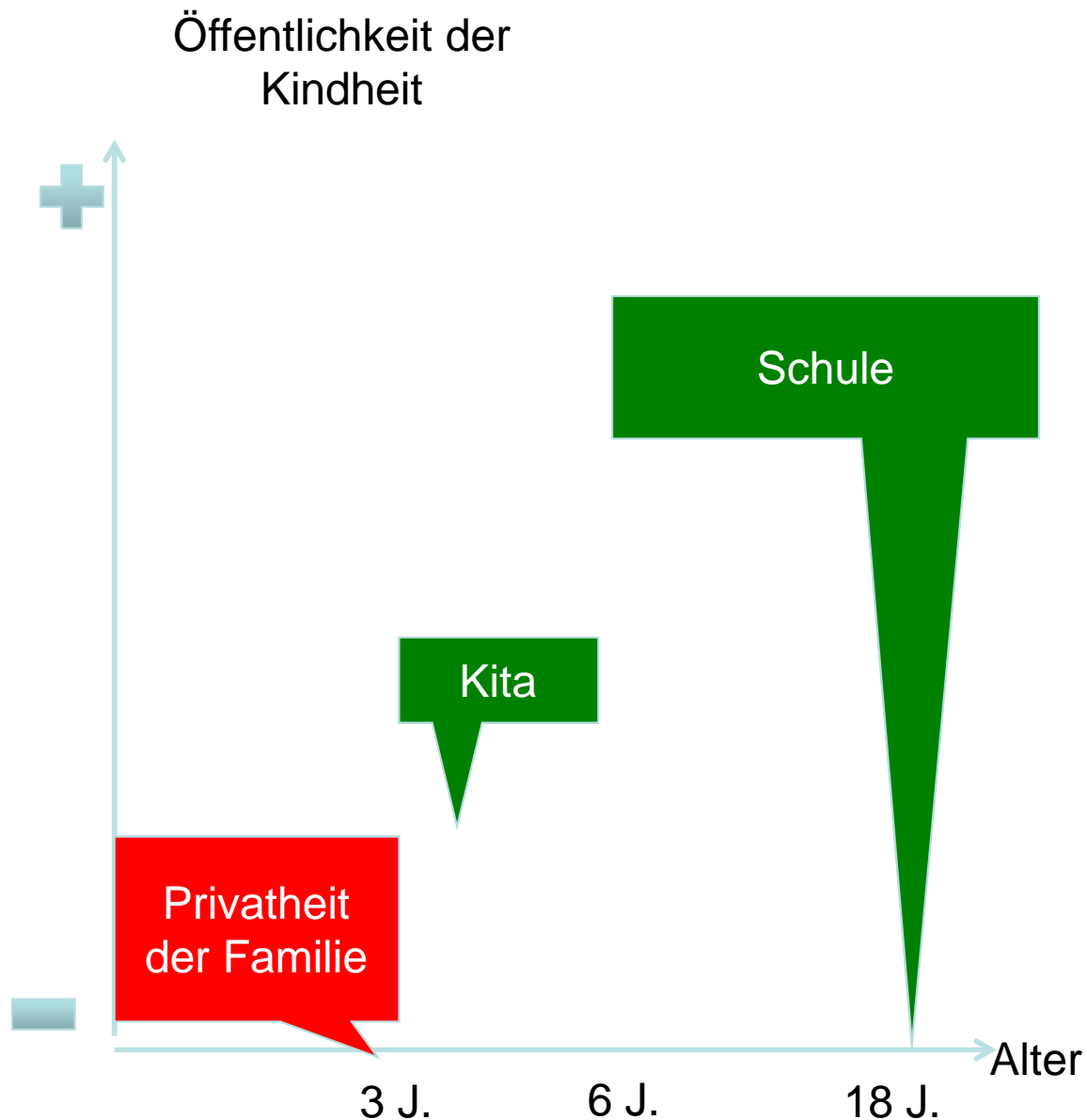
- VertragsärztInnen: Gering entwickeltes Bewußtsein für den **Unterschied** zwischen **reaktiven Vorgehen** im Bereich der Kindeswohlgefährdung und dem **präventiven Vorgehen** im Bereich der Frühen Hilfen
- Im Gesundheitssystem steht die **Flächenversorgung grosser Patientengruppen** bezüglich klarer Versorgungsendpunkte im Vordergrund (Massenversorgung)
  - HausarztIn: longitudinal
  - FacharztIn: Interventionell
- Im Hilfesystem der Frühen Hilfen steht die Bearbeitung **komplexer Problemlagen im Einzelfall** im Vordergrund (kleinere Clustergruppen)
  - Episodisch

## Das nicht öffentliche Setting der Familie

Kinder bis 3 Jahre leben größtenteils „nicht im öffentlichen Setting“

Öffentlichkeit nur:

- *Schwangerschaftsvorsorge*
- *Geburtsklinik*
- *U-Untersuchungen*



# Nicht anschlußfähige Systemarchitekturen im SGB V und SGB VIII

## KV im SGB V

- Regionaler Versorger mit Sicherstellungsauftrag
- ÄrztInnen **FreiberuflerInnen** in einer Körperschaft
- Letztverantwortung im Fall
- **Keine Vergütung** von spez. Leistungen „Frühe Hilfen“ für VertragsärztInnen

## Jugendhilfe im SGB VIII

- Lokaler Versorger in Stadt- und Landkreisen mit Sicherstellungsauftrag
- Mitarbeitende **weisungsgebunden**
- Garantenstellung und Wächteramt
- Vergütung über **Globalbudgets im kommunalen Haushalt**

# Ungünstige Haltungen und Attributionen der Handelnden

Kurzzusammenfassung von 12 Interviews

## 6 ÄrztInnen/Psychoth.

- Frühe Hilfen als **bedeutendes** Thema
- **Keine Differenzierung** von Frühen Hilfen und Kindeswohlgefährdung
- **Unklares Verständnis** von Frühen Hilfen und Prävention („ist doch alles irgendwie Kindeswohlgefährdung“)
- **Wenig Kenntnisse** zu BKiSchG, Datenschutz und Forensik
- „Thema muss behandelt werden, **soll aber nicht belasten**“
- Keine **Bezahlung** der Leistungen

## 6 Befragte Jugendhilfe

- Vernetzung findet nicht auf allen Ebenen statt, besonders **nicht in gemeinsamer Fallarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen**
- Zuständigkeiten **unklar verteilt**, oft **negative Zuschreibungen** zur Arbeit der Anderen
- **Gegenseitige Vorurteile** VertragsärztInnen und Jugendamt, wenig Wissen
- Wenig **Wissen um die Grenzen und Mögl.** der Jugendhilfe bei ÄrztInnen
- Angst, dass VertragsärztInnen die **Verantwortung auf die Jugendhilfe verschieben wollen.**

# Von „Kind-Patient“ zum Familiensystem

## Paradigmenwechsel In der Kinderheilkunde

- Im Sinne des SGB V ist das **Kind** der Empfänger medizinischer Leistungen.
- Der Blick wendet sich zunehmend auf das **Familiensystem**.
- In der Kinderarztpraxis entwickelt sich ein stetig **zunehmender Bedarf an psychosozialen Beratungsleistungen** für die Eltern.
- Die Angebote der Frühen Hilfen können vom Arzt/von der Ärztin **„nicht verordnet werden“**. Sie sind im KKG verortet und können nur **angeboten und vermittelt** werden.

# Projektziele

Prof. Dr.med. Marcus Siebolds  
RVS 4 eV



***Erprobung von Instrumenten, Strukturen und Prozessen zur Überleitung von belasteten Familien aus der Vertragsarztpraxis (SGB V) in die Angebotsstrukturen der Frühen Hilfen (SGB VIII)***

- 1. Stärkung der Haltung von ÄrztInnen und Jugendhilfe, in einer Verantwortungsgemeinschaft bei der Prävention von Gedeihbenachteiligungen von Kindern, miteinander zu arbeiten.***
- 2. Nutzung vertragsärztlicher Qualitätszirkel als Implementierungsplattform für die interprofessionelle Zusammenarbeit der VertragsärztInnen mit der Jugendhilfe.***
- 3. Entwicklung von Instrumenten zur Gestaltung der Überleitungsprozesse von der Vertragsarztpraxis in die Frühen Hilfen.***

# 1. Stärkung der Entwicklung angemessener professioneller Haltungen



- Stärkung einer gemeinsamen **Haltung als Verantwortungsgemeinschaft für die Prävention** der Entwicklungsbenachteiligung von Kindern in belasteten Familien zu arbeiten
- Schaffung eines **institutionalisierten Rahmens** für diese Verantwortungsgemeinschaft im QZ
  - Vom “runden Tisch” zum institutionalisierten Netzwerk von QZ, Frühen Hilfen und KV Koordination
- Von der Organisation der Rahmenbedingungen zur **interprofessionellen Fallarbeit**

# Verantwortungsgemeinschaft in der Prävention von VertragsärztInnen und Jugendhilfe

(Siebolds et al. 2014 in Publ.)

## Verantwortungsgemeinschaft bei Kindeswohlgefährdung

- Per Gesetz vorgegeben  
**§ 8a SGB VIII**
- In der Berufshaltung  
**unbestritten**
  - ArztIn:  
**Letztverantwortung im Fall**
  - ASD:  
**Wächteramt/Garantenstellung**



## Verantwortungsgemeinschaft bei Prävention in den Frühen Hilfen

- Keine **bindende** Gesetzesnorm
- Unklares **gemeinsames Verständnis** der Förderung gelingender Familiarität
- **Haltungen** statt formaler Rollen

# Family Empowerment

“Als Eltern empowert zu sein, heisst motiviert zu sein, erzieherische und elterliche Aufgaben bewußt wahrnehmen zu wollen. Empowerte Eltern empfinden diese Aufgaben als bedeutsam. Sie fühlen sich kompetent, diese Aufgaben in einer Weise zu bewältigen, in der Sie das Gefühl haben, Einfluss auf die Entwicklung der Familie nehmen zu können.”

*In Anlehnung an: Houser, M. L. and Frymier, A. B. (2009). The role of student characteristics and teacher behaviors in students' learner empowerment. Communication Education,*

# 2 Vertragsärztliche QZ als Implementierungsplattform

QZ sind  
Satzungsaufgaben der  
KVen



## Zahlen 2013 KBV

- Sind in allen Kven **institutionell verankert.**
- Werden von **Unterstützungsstrukturen getragen** (KV und KBV Konzepte)
  - **Ausbildung**
  - Entwicklung von Inhalten in Modulen (**Handbuch QZ der KBV**)
  - Qualitätssicherung
- **8.866** registrierte und zertifizierte QZ
- ca. **68.300** QZ-Teilnehmende
- **7.000** ausgebildete, aktive ModeratorInnen
- Module des NZFH Projektes sind im Handbuch Qualitätszirkel der KBV veröffentlicht und vorgestellt.



# Haben QZ Effekt

## “Gesamteffekt”

- Verschreibungsmuster  
(Welschen 2004; 2010; Wensing, 2009; Bugnon, 2012, Zaher 2012)
- Diagnostisches Verhalten  
(Verstappen, 2003 and 2004)

## Komponenten

- Moderation (Dogherty et al., 2010, Baskerville et al., 2012)
- Workshop (O’Brian, 2001 ,Forsetlund, 2009)
- Outreach visits (O’Brian, 2007)
- Audit and feedback (Ivers, 2012)
- Use of local opinion leaders  
(Flodgren, 2011)

# Moderatorentandems für Qualitätszirkel zum Thema Frühe Hilfen

## Vom Kollegen zum Tandem



## Ausbildung

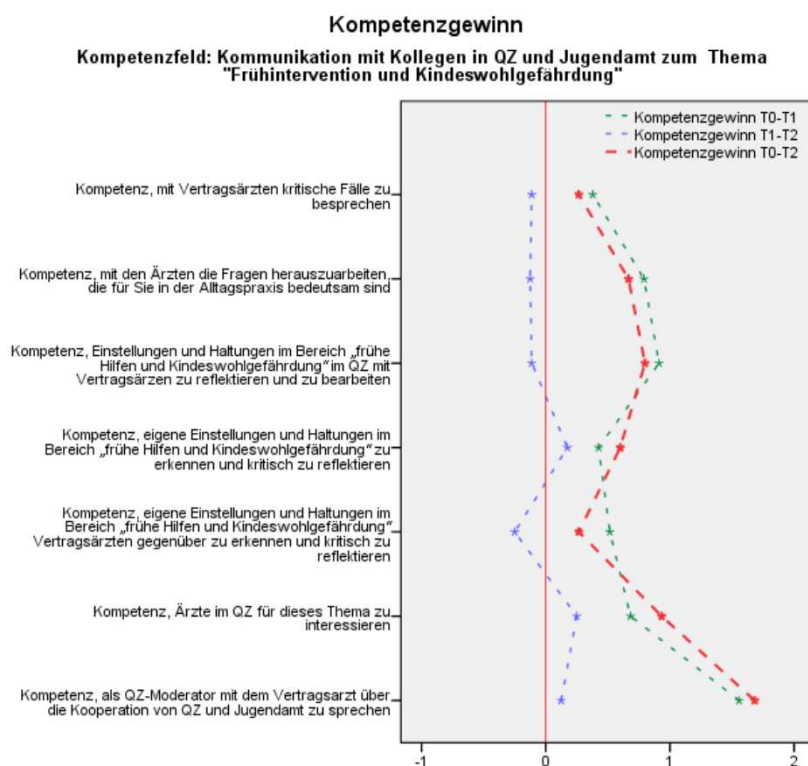
- Grundausbildung QZ Moderation Frühe Hilfen 1.5 Tage
  - Dramaturgie Familienfallkonferenz
- Zwei Supervisionen / Jahr
- Multiplikatorentraining
  - Technik der Fallfindung
  - Motivierendes Elterngespräch

# Umsetzung der Qualitätszirkel

- Ausbildung und Supervision **von 44 Moderatoren-tandems** aus ärztlichen QZ-ModeratorInnen und Mitarbeitenden der Jugendhilfe
- Gründung von QZ Frühe Hilfen **in 75% der Städte und Landkreise**
- In den gegründeten QZ werden **regelmäßig Familienfallkonferenzen durchgeführt**
- Ausbildung von mehr als **100** interessierten ÄrztInnen
  - **Methode zum Casefinding** belasteter Familien
  - Beratungsalgorithmus zum motivierenden **Elterngespräch** durch den Arzt/die Ärztin
- Zunehmende Gründung von QZ, die **alle Berufsgruppen** umfassen (z.B. Tübingen, Heidelberg)



# Fazit: Zirkel als Implementierungsplattform Ergebnisse



- Die Ausbildung der Tandems **ist komplex und sollte zentral organisiert werden.**
- Zur Stärkung der Idee der **Verantwortungsgemeinschaft** ist die verbindliche Einbindung der Jugendhilfe notwendig.
- Die **Flächendissemination** in weiteren Kven braucht eine fachliche, finanzielle und politische Unterstützung.
- Die Zirkel brauchen **Freiraum für lokal** angepasste Umsetzung des Projektes.

***3. Ziel: Entwicklung von  
Instrumenten zur Gestaltung  
der Überleitungsprozesse***

# Fallarbeit als Einstieg

## Verantwortungs- gemeinschaft



## Familienfallkonferenz

- Fallanalytisches Verfahren
- Hermeneutische Fallbesprechung mit den Zielen:
- Lernen am Fall
  - Entwicklung eines vertieften **familiendynamischen Fallverständnisses**
  - Peerreview der unterschiedlichen **Risikoeinschätzungen** der Professionen
  - Entwicklung einer Haltung der **Verantwortungsgemeinschaft aus der Fallperspektive**
  - Die Planung einer **Präventionsstrategie**



# Instrument der Fallfindung in der Vertragsarztpraxis

## Modell: Klinische Fallfindung

- Kein **Screeninginstrument**
- Bearbeiten der Kriterienliste des NZFH **gemeinsam mit den Eltern** im Sinne einer gemeinsamen Vergewisserung
  - **Aufmerksamkeit** schulen
  - **Haltung** bilden
  - Wendung der Perspektive vom **Problem zur Entwicklungsaufgabe**

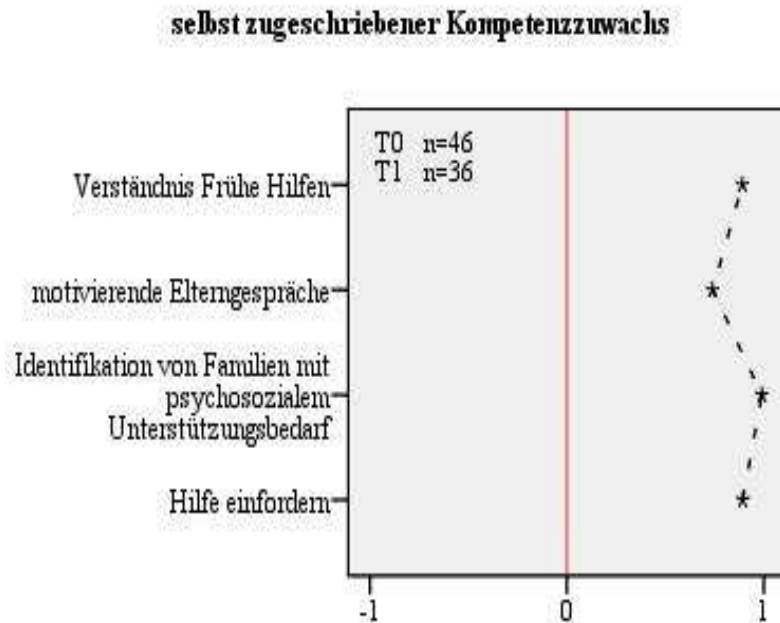
# Motivierendes Elterngespräch als Unterstützungsmethode zur Erhöhung der Annahmefähigkeit der Angebote der Frühen Hilfen bei den Eltern

## Instrument

- **Modell: Systemische Kurzzeitintervention**
  - Grundlage: Lit. **Review** und qualitative **Interviews**
  - Zeitbedarf: **10** Minuten
    - Joining, Thematisieren der **Zweiseitigkeit von gelingender Anstrengung und Belastung!!!!**
    - Erhebung der **bisherigen Bewältigungsstrategien**
    - Informationen geben zu **Angeboten der Frühen Hilfen**
    - Begleitung der Familie **in ihrer Entscheidung !!**
  - Kann **drei mal** wiederholt werden

# Fazit: Instrumente

## Ergebnisse Ausbildung ÄrztInnen Fallfindung und motivierendes Elterngespräch



- Die Familienfallkonferenz ist die ideale Startplattform, um wirksam **Kompetenzen im Bereich Frühe Hilfen** zu stärken.
- Die Instrumente Fallfindung und Elterngespräch sind **durch Tandems effektiv vermittelbar**.
- Der starke Wunsch der ÄrztInnen, mehr Kompetenzen in diesem Bereich zu erwerben, **braucht kontinuierliche Schulungsangebote**.