



Kopiervorlagen

IQZ-Arbeitsmaterialien

- 1 Reflexionsübung: Selbstbescheidung und Selbstbegrenzung
- 2 Reflexionsübung: Perspektivwechsel
- 3 Link zu Erhebungsbögen
- 4 Reflexion der eigenen Beratungspraxis
- 5 Transtheoretisches Modell: Phasen der Verhaltensänderung
- 6 Moderationskarten: Phasen der Verhaltensänderung
- 7 Motivierendes Elterngespräch
- 8 Simulationsübung: Motivierendes Elterngespräch – Fallbeispiel A und B
- 9 Austausch im Tandem: Kennenlernzeit
- 10 Austausch im Tandem: Umsetzung
- 11 Umsetzung auf einen Blick

Siebolds, Marcus (2024): Kopiervorlagen für Interprofessionelle Qualitätszirkel Frühe Hilfen (IQZ-Arbeitsmaterialien).
Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln



1 Reflexionsübung: Selbstbescheidung und Selbstbegrenzung

Frage:

Wie wird es mir gehen, wenn ich das Gefühl habe, in einer Sitzung nicht „alles und richtig“ bearbeitet zu haben d. h., wenn wichtige Fragen offengeblieben oder nicht abschließend beantwortet worden sind?

Tragen Sie Ihre Antwort hier ein und lassen Sie sie auf sich wirken!



2 Reflexionsübung: Perspektivwechsel

Frage:

Was halten die Teilnehmenden im IQZ für mein größtes Problem bei der Moderation?

Wenn ich Teilnehmerin bzw. Teilnehmer in meinem eigenen IQZ wäre und mir zuhören müsste, was würde mich am meisten ärgern?

Was glauben die Teilnehmenden in meinem IQZ, macht mir bei der Moderation am meisten Spaß?



Wenn ich Teilnehmerin bzw. Teilnehmer in meinem IQZ wäre und mir zuhören müsste, was würde mir am meisten an meiner Moderation gefallen?

Welches Argument würde mich am meisten überzeugen, wenn mich eine Moderatorin oder ein Moderator zur Teilnahme an einem IQZ überreden wollte?

Welche Argumente würde mich von der Teilnahme abhalten, wenn mich eine Moderatorin oder ein Moderator zur Teilnahme an einem IQZ überreden wollte?

Wie ging es Ihnen mit dieser Reflexionsübung?



3 Link zu Erhebungsbögen



Als Instrument zur Fallfindung stehen auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg drei Erhebungsbögen zur Verfügung:

› <https://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/fruehe-hilfen>

1. Postnataler Erhebungsbogen „Frühe Hilfen“ für Gynäkologinnen und Gynäkologen



› <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=2214>

2. Postnataler Erhebungsbogen „Frühe Hilfen“



› <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=1929>

3. Pränataler Erhebungsbogen „Frühe Hilfen“



› <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=2213>



4 Reflexion der eigenen Beratungspraxis

Frage:

Wie habe ich „Beraten“ gelernt?

Welche Erfahrungen habe ich in der Beratung von Eltern gemacht?

In welchen Situationen habe ich die Elternberatung als wirksam erlebt?

In welchen Situationen habe ich sie als weniger wirksam erlebt?

Was sollte sich aus Sicht der Eltern ändern?



5 Transtheoretisches Modell: Phasen der Verhaltensänderung

Das Transtheoretische Modell der Veränderung von Verhalten ist ein Modell zum Lernen Erwachsener. Es erläutert, welche inneren Prozesse ein Mensch durchläuft, bis sich sein Verhalten nach außen sichtbar verändert und betont dabei im Vergleich zu anderen Modellen die zeitliche Perspektive von Veränderungsprozessen. Das Modell wurde Ende der 1970er Jahre in den USA entwickelt.

Das folgende Zitat, eine ausführliche Erläuterung und Abbildung stehen als weiterführende Information online auf der Internetseite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Verfügung: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/erklaerungs-und-veraenderungsmoedelle-1-einstellungs-und-verhaltensaenderung/> (14.02.2024)

„Transtheoretisch“ verweist auf die Integration von Prozessen und Prinzipien aus verschiedenen psychologischen Theorien und therapeutischen Schulen. Dem Modell zufolge durchlaufen Menschen typischerweise bis zu sechs Stufen (Stages of Change), um ein bislang bestehendes Verhalten zu verändern bzw. ein neues Verhalten zu beginnen. Das Modell war zunächst im Kontext von Raucherentwöhnung und Drogenabhängigkeit entwickelt worden. Zunehmend wurde es auch auf andere gesundheitsrelevante Probleme angewandt wie z. B. Ernährung, Bewegung, Mammographie-Screening, Verhütung und Sonnenschutz. Die Stufen des TTM werden maßgeblich beeinflusst durch die Entscheidungsbalance (die wahrgenommenen Vor- und Nachteile) sowie die Selbstwirksamkeit (vgl. sozial-kognitive Theorie). Auch wenn die Stufen chronologisch verlaufen, variieren die Zeiträume innerhalb der Stufen, außerdem sind Rückfälle möglich [...].“

Quelle: Finne, Emily / Gohres, Hannah / Seibt, Annette C. (2021): Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Als selbstwirksam erleben sich Fachkräfte eher, wenn sie wissen:

- Veränderung ein Prozess!
- Interventionen sollten für das jeweilige Stadium des Prozesses angepasst sein.

Hieraus ergeben sich Maßstäbe für eine realistische Bewertung der Beratungssituation und des eigenen Anspruchs bzw. Erfolgs.



Für Fachkräfte, die Eltern begleiten und zu Änderungen ihres Verhaltens motivieren wollen, ist es hilfreich, die unsichtbaren Prozesse zu kennen und zu wissen, wie komplex und langwierig eine Verhaltensänderung in ihrer Entstehung sein kann. Fachkräfte, die wissen, wie sich Eltern in einem Veränderungsprozess womöglich fühlen und was der nächste Schritt in der mentalen Entwicklung ist, können ihre Begleitung und Beratung darauf ausrichten (zum Beispiel Stichwort „Kleinschrittigkeit“). Sie verstehen Langwierigkeit und mögliche Widerstände als natürlichen Prozess von Veränderung und sind nicht so schnell entmutigt.

Das Transtheoretische Modell (nach James O. Prochaska, vgl. Keller 1999) führt **fünf Stadien der Verhaltensänderung** auf. Beachten Sie diese von unten nach oben.



Quelle: NZFH/Felsenweg-Institut und Web Commerce, nach Stefan Keller (Hrsg.) (1999): Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis. Freiburg.

1. Absichtslosigkeit (»Precontemplation«)

In dieser Phase haben Personen keine Absicht, ein (problematisches) Verhalten zu verändern. Fachkräfte können in diesem Stadium Informationen anbieten. Sie können durch Wahrnehmung und sensible Gesprächsführung erkunden, ob Eltern den Wunsch oder die Notwendigkeit verspüren, ein Verhalten zu verändern. Sie können neue Perspektiven liefern, die vielleicht Nachdenken oder Fragen bei Eltern auslösen können. Konkrete Ratschläge für eine Verhaltensänderungen – auch wenn sie gut gemeint sind – können als Einmischung empfunden werden und in diesem Stadium starke Widerstände auslösen.



2. Absichtsbildungsstadium (»Contemplation«)

In dieser Phase haben Personen die Absicht, irgendwann das problematische Verhalten zu verändern. In diesem Stadium können Fachkräfte Eltern unterstützen zu einer Entscheidung zu kommen, indem sie gemeinsam erkunden, was spricht für, was aber auch gegen die Veränderung. Welchen Nutzen, welchen persönlichen Sinn hat das möglicherweise problematische Verhalten? Wie könnte möglicherweise ein alternatives Verhalten diesem Bedürfnis ebenfalls gerecht werden? In diesem Stadium ist zudem Ermutigung wichtig. Eltern brauchen Vertrauen in die eigene Fähigkeit sich weiterzuentwickeln und ihr Verhalten ändern zu können, um sich auf den Weg zu machen, neue Verhaltensmöglichkeiten auszuprobieren.

3. Vorbereitungsstadium (»Preparation«)

In dieser Phase planen Personen konkret, demnächst ihr problematisches Verhalten zu ändern, und unternehmen erste Schritte in Richtung einer Verhaltensänderung. Fachkräfte können in diesem Stadium dabei unterstützen, konkret und realistisch zu planen. Hat man sich erst einmal entschieden, ein Verhalten zu ändern, wünscht man sich oft schnelle Ergebnisse. Wenn diese ausbleiben, kann es zu Frust und zu Rückfällen kommen. Hier gilt es gemeinsam mit den Eltern zu überlegen: Was könnte ein erster kleiner Schritt sein? Wie und wann wird begonnen? Was genau soll verändert werden? Eine konkrete Veränderung wäre beispielsweise: "Wir rauchen nur noch auf dem Balkon, nicht mehr im Wohnzimmer mit dem Baby".

4. Handlungsstadium (»Action«)

In dieser Phase vollziehen Personen eine Verhaltensänderung. Fachkräfte können in diesem Stadium das Einüben neuer Verhaltensweisen unterstützen und immer wieder ermutigen. Verhalten zu verändern braucht Zeit und kann anstrengend sein. Beim Erproben neuer Verhaltensweisen können beispielsweise regelmäßige Wiederholungen, Visualisierungen von Handlungsschritten und das Feiern erster Erfolge hilfreich sein.

5. Aufrechterhaltungsstadium (»Maintenance«)

In dieser Phase haben Personen seit einem längeren Zeitraum das problematische Verhalten aufgegeben und eine neue Verhaltensweise verinnerlicht. Fachkräfte können in diesem Stadium immer mal wieder an die erfolgreiche Verhaltensänderung erinnern und Wertschätzung verdeutlichen. Und sie ermöglichen einen Wiedereinstieg in die „Veränderungstreppe“, falls Rückfälle auftreten.



Phasen der Verhaltensänderung

Motivierende Intervention / Strategien

1. Absichtslosigkeit

„Niemals“, „Wo ist das Problem?“

- Kein Problembewusstsein
- Kein Interesse, etwas zu verändern
- Auseinandersetzung wird vermieden
- Rebellion
- Resignation
- Rationalisierung

- Informationen geben
- Rückmeldung nach emotionalen Bezügen suchen
- Aufweisen von Widersprüchen zwischen Denken und Verhalten
- Anbieten alternativer Sichtweisen
- Aufbau von Selbstvertrauen
- Aktives Zuhören

2. Absichtsbildung

„Eines Tages“, „Ich könnte ja mal ...“

- Bewusste Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten, aber keine konkreten Pläne
- Starke Ambivalenz (Pro und Contra halten sich die Waage)
- Interessiert, aber nicht fest entschlossen

- Führen von Tagebüchern, Protokollen
- Pro und Contra herausarbeiten (Waage)
- Anstoß in Richtung Veränderung geben

3. Vorbereitung

„Bald“, „Ich werde demnächst ...“

- Motivation zur Veränderung (in den nächsten 30 Tagen)
- Treffen einer klaren Entscheidung für eine Verhaltensänderung

- Alternativen aufzeigen
- Suche nach realistischen und akzeptablen Veränderungsschritten
- Vereinbarungen treffen

4. Handlung

„Jetzt“, „Ich tu's!“

- Hohes Maß an Entschlossenheit und Engagement
- Konkrete, sichtbare Veränderungsschritte werden unternommen
- Hohes Risiko für Rückfälle

- Stärkung von Selbstvertrauen
- Rückfallprophylaxe
- Einrichten regelmäßiger Kontakte

5. Aufrechterhaltung

„Ich bleibe dabei ...“

- Veränderungen werden über einen längeren Zeitraum durchgehalten

- Kommunikationsübungen
- Skilltraining



6 Moderationskarten: Phasen der Verhaltensänderung

1. Absichtslosigkeit

2. Absichtsbildung



3. Vorbereitung

4. Handlung



5. Aufrechterhaltung

6. Stabilisierung



7 Motivierendes Elterngespräch

Ziele der Beratung

Überleitung

Die Bereitschaft der Eltern, Unterstützungsangebote der Frühen Hilfen anzunehmen, stärken

Stärkung der Familien

Die familiären Ressourcen im Umgang mit belastenden Situationen stärken

Selbstwirksamkeit der Familie

Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Familie, Einfluss auf die eigene positive Entwicklung nehmen zu können, stärken

Haltung der Ärztin bzw. des Arztes

Die Haltung sollte geprägt sein von Wertschätzung und Akzeptanz für die vielfältigen Möglichkeiten und Wege, auf denen Familien ihr Familienleben gestalten. Die Ärztin bzw. der Arzt sollte in ihren bzw. seinen Rückmeldungen authentisch und in Sprache und Auftreten glaubwürdig sein. Die gesamte Beratung soll ergebnisoffen sein. Ziel ist, sich empathisch in die Situation der Familie hineinversetzen zu können. Dabei sollte immer die Zweiseitigkeit der Lebenssituationen von Familien zwischen gelingender Familiarität und den Belastungen, die in dieser Lebensphase entstehen können, wahrgenommen und thematisiert werden.

Die gemeinsame Sorge um das Wohl des Kindes steht im Mittelpunkt der Gespräche – Eltern stellen sich neben das Kind, die Ärztin bzw. der Arzt neben die Eltern. Es geht darum, die Ressourcenlage der Familie zu erheben und zu stärken.

Häufig haben Eltern Ängste, die familiäre Situation vor Außenstehenden offenzulegen, und verhalten sich daher in einer solchen Situation ambivalent. Es gilt, diese Unentschlossenheit auszuhalten, ohne Druck auf die Eltern auszuüben. Diese wertschätzende und die Entscheidungen der Eltern ernst nehmende Haltung überlässt die Verantwortung der Entscheidung für oder gegen eine Annahme Früher Hilfen den Eltern. Dies ist die Haltung des „Family Empowerment“. Eltern sollen in diesem Sinne gestärkt werden, verantwortliche und verantwortete Entscheidungen für ihre Familie und ihre Kinder zu fällen.



Setting der Beratung

Zeitpunkt

Immer dann, wenn die Ärztin bzw. der Arzt mit der Methode der Fallfindung eine Familie mit psychosozialen Unterstützungsbedarf identifiziert hat

Zeitdauer

Maximal 10 Minuten

Dokumentation

„Kriterienliste NZFH“ und Patientenakte

Ablauf der Beratung

Die Beratung gliedert sich immer in vier Phasen.

1. Herstellen einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre und Rückmeldung der Wahrnehmung der Ärztin bzw. des Arztes

Methode: Anerkennung und Sorge spiegeln! In dieser Phase des sogenannten Joinings geht es darum, einen von würdiger Wahrnehmung und authentischer Rückmeldung gekennzeichneten Kontakt zur Familie herzustellen. Dazu eignet sich beispielsweise die Rückmeldung der Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchung.

2. Erhebung der Sichtweisen und der bisherigen Bewältigungsstrategien der Familie (Ressourcenlage)

Methode: Aktiv Zuhören und offene Fragen stellen. Eine gute Möglichkeit ist es, die Familie aufzufordern, ihre Stolz- und Sorgengeschichte bezüglich der Entwicklung der Kinder zu erzählen. Hier gilt es, gut zuzuhören und neugierig zu sein.

3. Information zu Angeboten der Frühen Hilfen und Überlegung, wie diese genutzt werden können

Methode: Informationen für Patientinnen und Patienten; auf Infomaterialien des NZFH oder der Kassenärztlichen Vereinigungen hinweisen und erklären, was Frühe Hilfen sind.

› <https://www.elternsein.info/was-sind-fruehe-hilfen>

› <https://www.fruehehilfen.de/service/materialien-fuer-eltern-und-familien>



4. Besprechung einer möglichen Überweisung/Überleitung

Methode: Klärung des Überleitungskontextes. Besprechung mit der Familie, was aus deren Sicht für oder gegen eine Kontaktaufnahme mit einer Fachstelle für Frühe Hilfen spricht. Am Ende der Beratung wird der Familie gegebenenfalls eine „Überweisung“ zur Fachstelle Frühe Hilfen in der Region, die die Vertragsärztin oder Vertragspsychotherapeutin bzw. der Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut persönlich kennt, mitgegeben. Die Ärztin bzw. der Arzt fragt beim nächsten Besuch nach, wie der Prozess in der Familie weitergegangen ist, und bietet gegebenenfalls Folgegespräche an.

Schwierige Beratungssituationen

Eine schwierige Beratungssituation entsteht möglicherweise, wenn die Familie aus Sicht der Ärztin oder des Arztes eine sinnvolle, aber nicht zwingend notwendige Unterstützung durch Angebote der Frühen Hilfen ablehnt. Hier hat die Ärztin bzw. der Arzt die Möglichkeit, weitere Gespräche zu führen, um der Familie in ruhiger und nicht drängender Weise die eigene Einschätzung rückzumelden. Letztendlich muss die Ärztin bzw. der Arzt im Sinne des Family Empowerments eine ablehnende Haltung der Familie aber akzeptieren.

Die problematischere Sachlage entsteht, wenn eine Familie einen aus Sicht der Ärztin bzw. des Arztes zwingend bestehenden psychosozialen Unterstützungsbedarf verneint. Hier liegt dann die Grenze zwischen Prävention und Kinderschutz, bis hin zur Verhinderung von Kindeswohlgefährdung. Auch hier kann die Ärztin bzw. der Arzt in weiteren Gesprächen versuchen, ein Arbeitsbündnis mit der Familie zu erreichen und gemeinsam mit der Familie überprüfbare Absprachen zur Verbesserung der Situation zu treffen.

Führt dies nicht zur Verbesserung der Lage und besteht die Sorge um das Wohl des Kindes weiterhin, kann die Ärztin bzw. der Arzt eine Beratung gemäß § 4 KKG (angeboten durch die Jugendämter) in Anspruch nehmen oder diesen Fall im Interprofessionellen Qualitätszirkel Frühe Hilfen vorstellen. In eskalierenden Fällen nimmt die Ärztin oder der Arzt nach Absprache mit der Familie Kontakt mit dem Jugendamt auf – sofern das Wohl des Kindes dadurch nicht gefährdet ist.



8 Simulationsübung: Motivierendes Elterngespräch – Fallbeispiel A

Pos.	Fallmerkmal	Erläuterung
1	Medizinische und Sozialanamnese	Frau (22 Jahre) alleinerziehend, eine Tochter (zwei Jahre). Der Kindsvater beteiligt sich an der Erziehung des Kindes nicht. Die Mutter ist zurzeit arbeitslos und lebt von ALG II (= Hartz IV). Sie habe ihr Leben bisher allein gut im Griff und komme mit allem klar. Zum Jugendamt möchte sie keinen Kontakt, da sie schlechte Erfahrungen mit dem „Amt“ gemacht habe. Sie hat als Hotelfachfrau bis zur Geburt des Kindes gearbeitet. Sie ist aus den neuen Bundesländern an den jetzigen Wohnort gezogen, um dort Arbeit zu finden. Sie hat keine weitere Familie am derzeitigen Wohnort. Ihre Mutter kann nur selten zu Besuch kommen. Sie hat wenig soziale Kontakte vor Ort.
2	Situation der Fallfindung	Sie erleben Mutter und Kind in den Früherkennungsuntersuchungen bisher ohne Auffälligkeiten. Die Mutter ist zugewandt, macht aber in Fragen der Erziehung einen unsicheren Eindruck. Ihre Unsicherheit thematisiert sie in der Sprechstunde ganz offen. Sie geht liebevoll mit dem Kind um, das gut gedeiht. Sie haben sich in den letzten Früherkennungsuntersuchungen schon gefragt, wie die Mutter das so gut schafft. Akut ist sie mit dem Kind wegen einer Mittelohrentzündung bei Ihnen. Sie erleben sie zum ersten Mal sehr erschöpft und anders als sonst. Diese Wahrnehmung irritiert Sie. Die Mutter wirkt nicht nur mitgenommen durch die akute Erkrankung der Tochter. Sie haben das Gefühl, dass es ihr schon länger nicht gut geht. Sie fragen sich wieder, wie die Mutter das alles schafft, und bieten ihr ein Gespräch an (ggf. unter zu Hilfenahme des Instruments „Identifikation von Familien in besonders belastenden Situationen“).
3	Befund des Gesprächs zur Einschätzung der Belastung	Die Mutter berichtet, dass sie trotz aller Unsicherheit einen hohen Anspruch an sich hat, alles mit dem Kind gut zu machen. Am meisten würde sie die soziale Isolation belasten. Sie könne niemanden um Rat bei Alltagsfragen der Erziehung bitten. Die starke Fixierung des Kindes auf sie erlebe sie zunehmend als Einengung. Es falle ihr immer schwerer, die Kleine sinnvoll zu beschäftigen, manchmal werde sie regelrecht wütend auf das Kind und erschrecke sich dann sehr.



8 Simulationsübung: Motivierendes Elterngespräch – Fallbeispiel B

Pos.	Fallmerkmal	Erläuterung
1	Medizinische und Sozialanamnese	<p>30 Jahre alte Soziologiestudentin, alleinerziehend. Zwillinge (22 Monate). Der Kindsvater unterstütze sie gelegentlich bei der Betreuung der Kinder, sei aber unzuverlässig. Zudem könne er keinen Unterhalt zahlen. Finanziell gehe es ihr schlecht. Sie bekomme nur Unterhaltsvorschuss vom Jugendamt, Hilfe zum Lebensunterhalt und Wohngeld. Damit komme sie hin, müsse sich aber mit allem einschränken. Ihre Eltern seien schon tot, Angehörige habe sie nicht. Das Studium könne sie zurzeit nicht beenden.</p> <p>Die Geburt mit Kaiserschnitt sei extrem anstrengend gewesen. Sie sei froh gewesen, eine Woche im Krankenhaus bleiben zu können. Sie sei dann mit den Zwillingen nach Hause gegangen und habe von der Krankenkasse, auf ihre Anfrage hin, für zwei Wochen eine Familienhelferin gestellt bekommen. Dann sei bei ihr auch noch eine Kieferverletzung festgestellt worden und sie habe sich wochenlang einer sehr schmerzhaften Behandlung unterziehen müssen. Sie sei sehr robust und habe das alles gut hinbekommen.</p>
2	Situation der Fallfindung	<p>Sie sehen die Zwillinge zur U 7. In den Voruntersuchungen haben Sie die Frau als eine sehr sympathische, differenzierte und kraftvolle Frau und Mutter kennengelernt. Sie hatten immer das Gefühl, dass sich die Mutter viel zumutet, aber eben auch sehr taff ist. Sie hatten ihr angeboten, dass sie Sie bei Problemen ansprechen könne. Die Mutter hat bei den Besuchen in der Praxis immer erzählt, die Kinder machen ihr viel Freude und sie erlebe die Zeit als sehr bereichernd und schön, auch wenn es manchmal hart sei. Es sei ihr sehr wichtig, allein klarzukommen und nicht abhängig von anderen zu sein. Hilfesuchen wäre nicht so ihr Ding. Sie nehmen wahr, dass die immer schon schlanke Mutter abgenommen hat und ihre Gesichtszüge sehr „vergrämt“ geworden sind. Sie bieten ein Gespräch an (ggf. unter Zuhilfenahme des Instruments „Identifikation von Familien in besonders belastenden Situationen“).</p>
3	Befund des Gesprächs zur Einschätzung der Belastung	<p>In der gemeinsamen Bearbeitung der Liste zeigt sich ein eigenartiger Unterschied von Fremd- und Selbsteinschätzung der Mutter bezüglich ihrer Belastungssituation.</p>



9 Austausch im Tandem: Kennenlernzeit

Tauschen Sie sich zu den folgenden Fragen aus:

Wie sieht Ihr Arbeitsfeld aus, in dem Sie tätig ist?

Was sind die besonderen Probleme, die im eigenen Arbeitsfeld zum Thema Frühe Hilfen auftreten?

Wo würden Sie besondere Unterstützung von ihrem Gegenüber erwarten?



10 Austausch im Tandem: Umsetzung

Frage:

Wann wollen Sie mit der Ansprache eines Qualitätszirkels beginnen?

Möchten Sie einen eigenen Zirkel gründen oder in einem bestehenden Zirkel das Thema Frühe Hilfen moderieren?

Wie sprechen Sie einen Zirkel an?

Wie wollen Sie im Zirkel starten?



11 Umsetzung auf einen Blick

Erfahrungswerte für die Gründungsphase eines IQZ

Zeitperspektive für die Gründung

- 3–6 Monate
- zwischen Ausbildung und Start nicht mehr als 6 Monate

Erste Arbeitsphase

4–6 Sitzungen

Teilnehmendenzahl

8–12 Teilnehmende (Kalkulation mit 16–18 Teilnehmenden)

Dauer

- Eine IQZ-Sitzung dauert in der Regel 90–120 Minuten
- Ein Moderationsteam stellt sich für ein Jahr zur Verfügung (Stichwort „Verfallsdatum“)

Ort

Abwechselnd an den Arbeitsorten der teilnehmenden Professionen



Vorstellung einer erprobten Zirkelsequenz

Für das erste Jahr des IQZ hat sich folgende Abfolge von Themen als gut herauskristallisiert. In der Gründungssitzung kann das Moderationsteam die hier dargestellte Sequenz als Vorschlag für das gemeinsame Arbeiten im IQZ vorstellen.

1. Sitzung	Gründungssitzung des neuen IQZ		 Dramaturgie 1 Gründung IQZ
2. Sitzung	Weiteres Kennenlernen der Teilnehmenden (TN) an ihren Arbeitsorten	Der IQZ trifft sich im Jugendamt oder in einer Praxis. Dort stellt sich die Moderatorin mit ihren bzw. der Moderator mit seinen speziellen Arbeitsabläufen vor.	
3. Sitzung	Arbeiten mit der Methode der Fallgeschichten	Mithilfe der Methode der Fallgeschichten machen die TN ihre eigenen, schwierigen Fallbeispiele mit Familien bearbeitbar. Die Methode fördert den Abbau von Unsicherheiten bei der Vorstellung.	 Dramaturgie 4 Fallgeschichten
4. Sitzung	Durchführung einer Familienfallkonferenz	Die TN nutzen die Methode der Familienfallkonferenz, die dabei hilft, eine reales, schwieriges Fallbeispiel systematisch zu bearbeiten. Ziel ist die Vernetzung der unterschiedlichen Hilfesysteme bei der praktischen Fallarbeit.	 Dramaturgie 7 Familienfallkonferenz
5. Sitzung	Arbeiten mit der Methode der Fallfindung	Die TN erarbeiten die Methode der Fallfindung belasteter Familien im IQZ und führen diese durch.	 Dramaturgie 5 Fallfindung
6. Sitzung	Arbeiten mit der Methode des motivierenden Elterngesprächs	<p>Die TN erarbeiten die Methode des motivierenden Elterngesprächs als Unterstützung für belastete Familien bei der Überleitung von der Vertragspraxis in die Angebotsstrukturen der Frühen Hilfen.</p> <p>Am Ende der Sitzung steht eine Abschlussreflexion der bisherigen IQZ-Arbeit. Zu klären bleibt, ob, und wenn ja, welche weiteren Aufgaben der IQZ bearbeiten und ob das Moderationsteam den IQZ weiter moderieren möchte.</p>	 Dramaturgie 6 Motivierendes Elterngespräch