

# Warum es Sinn macht, ganze Familien zu behandeln – Eine Evaluation des systemisch-familienmedizinischen Behandlungskonzepts der Familienrehabilitationsklinik Kandertal

Christian Roesler<sup>1</sup>, Anke Vollhardt<sup>1</sup>, Hendrik Stegner<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Katholische Hochschule Freiburg

<sup>2</sup> Rehaklinik Kandertal, Fachklinik für Familienrehabilitation Malsburg-Marzell

## Kurzfassung

Das in Deutschland einmalige systemisch-familienmedizinische Rehabilitationskonzept der Rehaklinik Kandertal, in welchem Familien als Ganzes sowie all ihre Mitglieder behandelt werden, wird beschrieben und in seiner Wirksamkeit evaluiert. Während des Rehaaufenthaltes kommt es zu signifikanten Verbesserungen in der psychischen als auch physischen Symptomatik. Indikatoren sprechen dafür, daß dieser Effekt durch Verbesserungen der Familienfunktionalität vermittelt wird, was wiederum die Wirksamkeit des familienorientierten Behandlungskonzepts bestätigt.

## Schlüsselwörter

systemische Familienmedizin  
 Familienrehabilitation  
 Evaluation  
 Multiproblemfamilien  
 Familienfunktionalität

## 1 Einführung

Ausgehend von der Erkenntnis des großen Einflusses des familiären Systems auf die Gesundheit und den Umgang mit Krankheiten bei den einzelnen Familienmitgliedern entwickelte sich ursprünglich in den USA die „Family Systems Medicine“, welche sich zunehmend auch in Deutschland als systemische Familienmedizin etabliert (McDaniel et.al., 1997). Kennzeichnend für entsprechende Behandlungskonzepte ist die Anwendung der Konzepte und Interventionen der systemischen Familientherapie auf Bereiche der biologischen Medizin. Der Fokus der Arbeit liegt dabei auf der engen Kooperation von Patienten, Angehörigen und Professionellen. Die Rehaklinik Kandertal in Malsburg-Marzell (ehemals Glotterbad, vgl. Stegner et.al. 2003) setzt diese Konzepte in bisher in Deutschland einzigartiger Form im

Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation um. Beider systemischen Familienmedizin handelt es sich um ein „biopsychosoziales Behandlungskonzept für Patienten mit körperlichen Erkrankungen und ihre Familien“ (Altmeyer et.al., 2002, S. 301). Theorie und Praxis der systemischen Familienmedizin basieren dabei auf drei Grundprinzipien:

- Gleichwertige Berücksichtigung und Einbeziehung von somatischen und psychischen Faktoren bei der Diagnostik und Behandlung der Patienten.
- Enge Kooperation mit Patientenfamilien und ihre routinemäßige Einbeziehung bei der Krankenversorgung
- Patientenbezogene Kooperation von Experten aus dem medizinischen und dem psychosozialen und nichtmedizinischen Bereich durch Bildung von interdisziplinären Behandlungsteams (ebd.).

Entsprechend der Erkenntnis, dass sowohl gesundheitsförderliche als auch -schädliche Verhaltenweisen in der Familie gelernt und dort auch geformt werden, erhält die Integration von Angehörigen in die Behandlung von Patienten einen besonders hohen Stellenwert. Nach McDaniel & Hepworth (2000) ist für den Erfolg einer Behandlung noch mehr als die bloße Einbeziehung der Patientenfamilien erforderlich. Entsprechend ihrer Auffassung gilt es, vor allem die Ressourcen der einzelnen Patienten und ihrer Angehörigen zu erkennen und in die „gemeinsame“ Behandlung zu integrieren. Dies bedeutet, dass Patienten und ihre Familien nicht als „Klienten“ gesehen werden sollen, sondern vielmehr als „Partner“, insbesondere, wenn es um die Erstellung von Diagnosen und Behandlungskonzepten geht. Dies setzt jedoch ein hohes Maß an Kooperation zwischen den Fachkräften der medizinischen, psychosozialen und nicht-medizinischen Bereiche voraus. Diese Herangehensweise erlaubt nicht nur einen ganzheitlicheren Zugang zum Patienten und seinen Problemen, sondern erweist sich auch als effektiv. Familieninterventionen zeigen insbesondere bei chronischen Erkrankungen wie Asthma oder Diabetes im Vergleich zur Einzelbehandlung von Patienten eine erhöhte Wirksamkeit (Campbell & Patterson, 1995). Des Weiteren sind bei Patienten mit Anorexia nervosa durch Familientherapien größere Erfolge zu erzielen als in Einzelbehandlungen. Die Einbeziehung der Familien in die Behandlung von Kindern mit Diabetes oder mit Krebserkrankungen kann zu positiven Veränderungen familiärer Beziehungen führen, was sich wiederum günstig auf die medizinischen Therapieergebnisse auswirkt (Weihs et al. 2002).

## 2 Beschreibung der Klinik

Die Rehaklinik Kandertal - Fachklinik für Familienrehabilitation - steht unter der Trägerschaft der Kur + Reha GmbH des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Baden-Württemberg. Nach ihrer Gründung im Jahr 1994 als Fachklinik Glotterbad im Glottertal wechselte sie 2005 ihren Standort nach Malsburg-Marzell. Mit dem Umzug gingen eine Erweiterung der Bettenanzahl und des Therapieangebots einher: die Fachklinik besitzt seither 140 Betten für die Familienrehabilitation (55 Betten für Erwachsene und 85 Betten für Kinder und Jugendliche) und 40 Betten für die

zusätzlich entstandene Rehabilitation für Jugendliche und junge Erwachsene.<sup>5</sup> (Rehaklinik Kandertal 2006, 2010). Entsprechend §111 des SGB V ist die Rehaklinik Kandertal als Vorsorge- und Rehabilitationsklinik für alle Kostenträger in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen. Die Zuweisung durch die Rentenversicherungen erfolgt bei erwachsenen Patienten gemäß § 15 SGB VI und bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 31 Abs. 1 Nr. 4 SGB VI. Die Mitaufnahme von Eltern eines rehabilitationsbedürftigen Kindes kann über § 5 Abs. 2 KIHb-Richtlinien geregelt werden.

### Indikationen für die Abteilung Familienrehabilitation

In die Abteilung Familienrehabilitation werden Kinder und Jugendliche von 0 bis 16 Jahren mit mindestens einer erziehungsberechtigten Person aufgenommen. Die Aufnahme eines Kindes, Jugendlichen oder Erwachsenen erfolgt, wenn

- ein eigener Rehabilitationsbedarf besteht,
- der Einbezug in die Behandlung eines anderen Familienmitglieds hilfreich oder auch erforderlich ist, um das jeweilige Behandlungsziel zu erreichen.

Kinder und Jugendliche können zudem als Begleitpersonen aufgenommen werden, wenn eine Versorgung während der Rehabilitationsmaßnahme zu Hause nicht möglich ist. Grundsätzlich wird jedes aufgenommene Familienmitglied, soweit dies der jeweilige Kostenträger unterstützt, als „Patient“ betrachtet und behandelt. Bei den aufgenommenen Familien handelt es sich in der Regel um so genannte „Multiproblemfamilien“, bei denen das Zusammenwirken mehrerer Krankheiten und Probleme eine stationäre Behandlung durch ein interdisziplinäres Behandlungsteam und ein entsprechend breit gefächertes Therapieangebot erfordert.

Neben den rehabilitationstypischen Basisangeboten bestehen indikationsspezifische Therapieangebote der Abteilung Familienrehabilitation:

Tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch orientierte Einzelgespräche; tiefenpsychologisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie; Gruppen zur Depressions- und Angstbewältigung; Skilltraining (bei Persönlichkeitsstörungen oder Ängsten zur Spannungsminderung); Schmerzgruppe; Gruppe zur Förderung der sozialen Kompetenz; Asth-

maschulung; Adipositasgruppe; Gruppe für Essstörungen; ADHS-Elterngruppe; Paar- und Familiengespräche; Kunsttherapie; Körpertherapie; Psychomotorik; Sozialtherapie u.a. Zu den indikationsspezifischen Therapieangeboten für Kinder und Jugendliche gehören neben der gezielten Förderung in der Klinikschule Angebote wie Heilpädagogik (einzeln und in Gruppen); Kunsttherapie; Bewegungstherapie (einzeln und in Gruppen); Psychomotorik-Gruppe (Kinder mit ADHS); Asthmaschulung; Adipositasgruppe; Entspannungsgruppe; u.a.

Zu den gemeinsamen Therapieangeboten für Kinder, Jugendliche und Eltern gehören Familiengespräche; Familien-Heilpädagogik; Eltern-Kind-Kunsttherapie; Eltern-Kind-Psychomotorik; Eltern-Kind-Massage.

### 3 Untersuchungsdesign

Für die Evaluation des Behandlungskonzepts der Rehaklinik Kandertal wurde ein prospektives Prä-Post-Design eingesetzt. Folgenden Forschungsfragen wurde nachgegangen:

- Wie hoch ist die Belastung der behandelten Familien zu Beginn der Rehabilitation?
- Wie verändert sich die Belastung der Erziehungsberechtigten und der Kinder durch psychische und physische Symptome während des Verlaufs der stationären Familienrehabilitation?
- Wie verändert sich die Funktionalität der Familien während des Verlaufs der stationären Familienrehabilitation?

Die Befragung der einzelnen Familienmitglieder erfolgte innerhalb der ersten fünf Tage nach der Anreise (Prä-Messung: T1) und innerhalb der letzten fünf Tage vor der Abreise (Post-Messung: T2). In die Studie eingeschlossen wurden alle Familien, die im Untersuchungszeitraum von Mitte September bis Anfang Dezember 2010 in die Abteilung Familienrehabilitation aufgenommen wurden und einen Rehabilitationsprozess durchlaufen haben (Nicht-teilnehmende Familien 4; Teilnahme t1: 42 Familien; Teilnahme t2: 33 Familien).

Zur Erfassung der psychischen Belastung wurde die Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke 2002) eingesetzt, darüber hinaus die Familienbögen (Cierpka & Frevert 1994), ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches die familiäre Funktionalität untersucht. Es liegen für die Beschreibung des Familienprozesses

Fragebögen zur individuellen, zur dyadischen und zur gesamtfamiliären Perspektive vor. Für die Auswertung des gesamten Testsystems wurden Referenzwerte zu fünf lebenszyklischen Phasen der Familie erarbeitet. Im Rahmen dieser Studie wurde lediglich der „Allgemeine Familienbogen (FB-A)“ eingesetzt. Dieser beurteilt die Funktionalität der Gesamtfamilie sowie ihre Ressourcen und ihre Problembereiche anhand 28 Items zu folgenden sieben Dimensionen: Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation, Emotionalität, Affektive Beziehungsaufnahme, Kontrolle, Werte und Normen. Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen wurde der KINDL-R-Fragebogen in seinen altersspezifischen Versionen (Ravens-Sieberer & Bullinger 2000) eingesetzt. Erweitert wurde die Datenerhebung durch Informationen aus den Entlassungsbriefen und der Bewertung des Rehabilitationserfolges durch den Patienten und den Bezugstherapeuten.

### 4 Ergebnisse

Belastung der Patienten: Die Ergebnisse zeigen bei den Erziehungsberechtigten im Durchschnitt eine leichte Erhöhung der allgemeinen Belastung sowie der Intensität der einzelnen Symptome insbesondere durch „körperliche“ Beschwerden und durch „depressive“ Symptome bei Beginn der Rehabilitationsbehandlung. 36 der 47 untersuchten Erziehungsberechtigten liegen mit mindestens einem Skalenwert außerhalb der Norm, insbesondere bei Zwangs- und Angstsymptomatik. Im KINDL-R weisen die meisten Werte auf eine klinisch unbedenkliche gesundheitsbezogene Lebensqualität hin, lediglich die Skala „Selbstwert“ zeigt teilweise auffällige Werte. Valide Aussagen zur Familienfunktionalität lassen sich durch die vorliegende Untersuchung leider nicht geben, bei erhöhten wie auch bei niedrigen Werten außerhalb des Normbereichs der „Sozialen Erwünschtheit“ und der „Abwehr“ muss von einer Verzerrung der Ergebnisse ausgegangen werden. Berücksichtigt man die Ungültigkeit dieser Fragebögen nicht, zeigt die Gesamtauswertung aller vorliegenden Daten eine allgemeine Familienfunktionalität, die sich zwar an der Grenze zur möglichen Dysfunktionalität befindet, letztendlich aber doch im Normbereich liegt. Lediglich die Dimension der familiären „Kommunikation“ weist hier auf Problemwerte hin.

Wirksamkeit der Behandlung: Insgesamt kann eine signifikante und deutliche Verbesserung der Belastung bei den Eltern durch die Familienrehabilitation bei physischen und psychischen Symptomen festgestellt werden. Insbesondere in den Bereichen der somatischen, zwanghaften und depressiven Symptomatik lässt sich die Belastung deutlich verringern, was auf die Wirksamkeit des Behandlungskonzepts hinweist (s. Abb. 1 und 2).

Lässt man die Ungültigkeit einiger Daten zur Familienfunktionalität außer Acht, zeigt sich hier am Ende der Behandlung eine Verringerung verschiedener Werte in den Normbereich, der Wert der Skala „Rollenverhalten“ kann sogar soweit verbessert werden, dass er am Ende der Behandlung im so genannten „Stärkebereich“ der Familien liegt (s. Abb. 3).

Dies deckt sich interessanterweise mit dem Ergebnis der bereits durchgeführten Evaluation der stationär familiensystem-orientierten Rehabilitation von Familien mit „ADHS-Kindern“ in der Rehaklinik Kandertal (Scheib et al., 2007). Hier konnte eine signifikante Verbesserung des „Rollenverhaltens“ vom Zeitpunkt des Behandlungsbeginns bis zum Zeitpunkt 6 Monate nach Entlassung nachgewiesen werden. Dies weist auf eine besondere

	Messzeitpunkt	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung	Signifikanz (2-seitig)
GSI	T1	37	59,24	10,15	,00
	T2	37	51,32	10,30	
PSDI	T1	29	59,17	10,03	,00
	T2	29	51,1	9,70	
PST	T1	29	58,69	9,78	,00
	T2	29	50,45	9,09	

Abbildung 1

Vergleich der Globalen Werte zur Belastung (SCL-90-R) der Erziehungsberechtigten zum Messzeitpunkt T1 versus T2

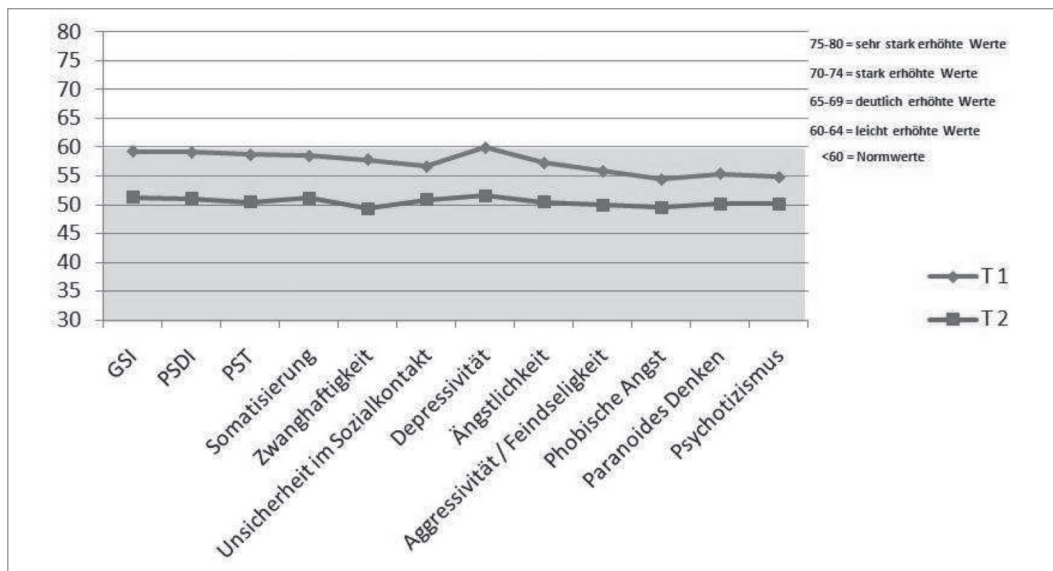


Abbildung 2

Vergleich der Globalen Werte und Skalenwerte zur Belastung (SCL-90-R) der Erziehungsberechtigten zum Messzeitpunkt T1 versus T2

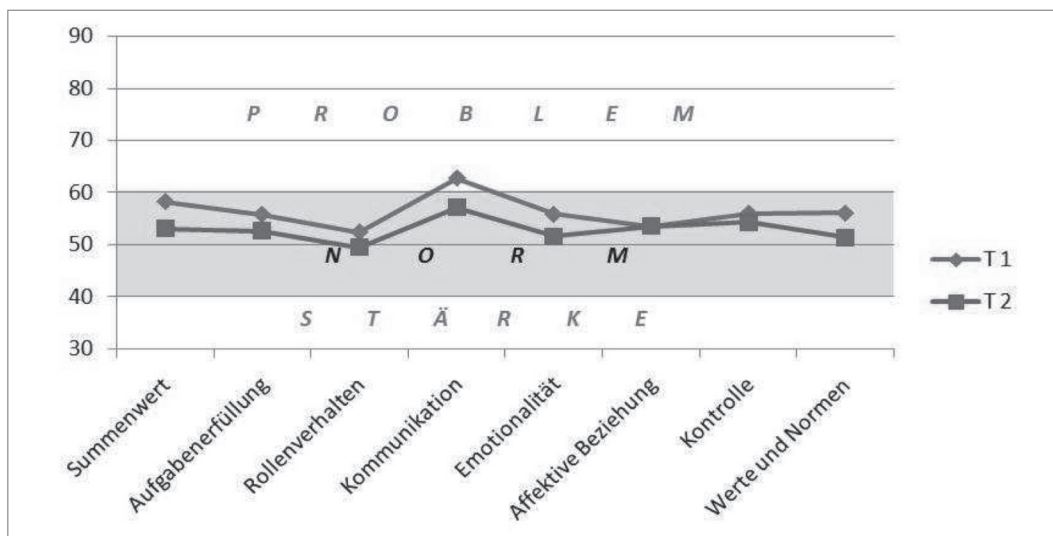
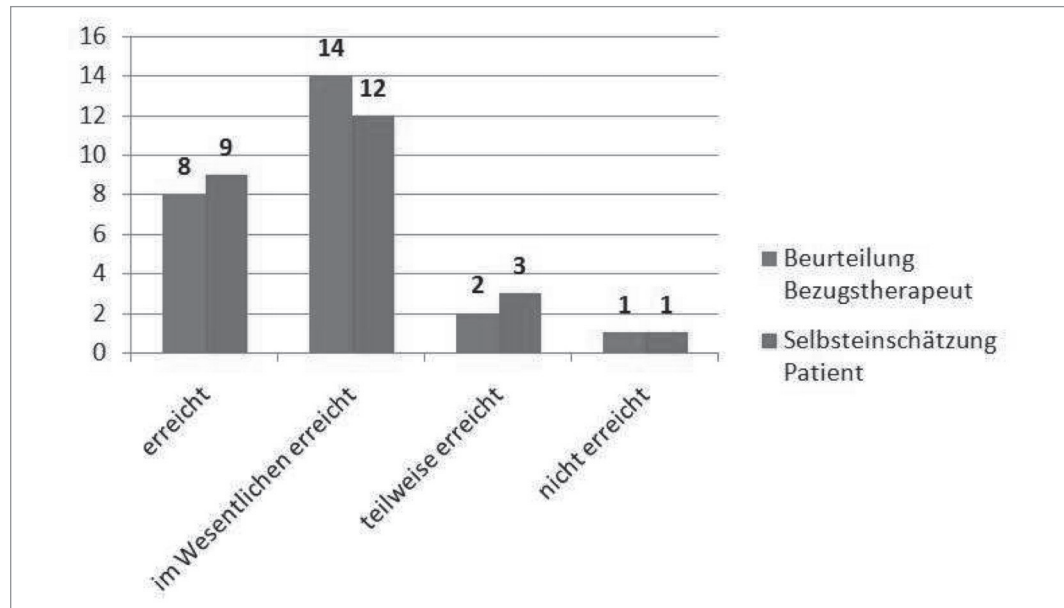


Abbildung 3

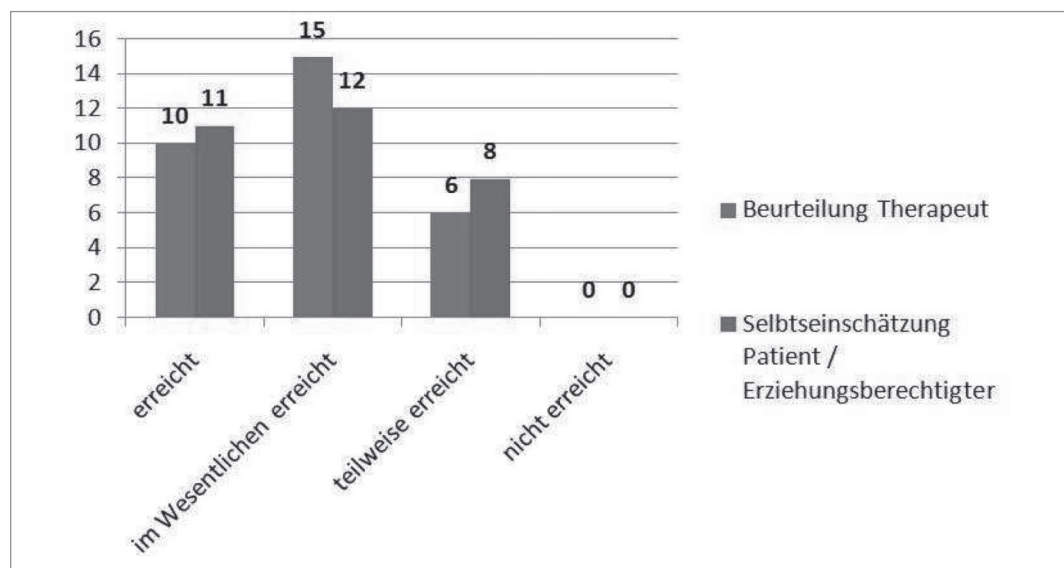
Vergleich der Summen- und Skalenwerte zur Familienfunktionalität (FB-A) zum Messzeitpunkt T1 versus T2 (einschließlich „ungültige“ Bögen)

**Abbildung 4**

Bewertung der Rehabilitationsziele bei den Erziehungsberechtigten

**Abbildung 5**

Bewertung der Rehabilitationsziele bei den Kindern und Jugendlichen



Nachhaltigkeit der RehaMaßnahme in diesem Bereich hin.

Sowohl bei den erwachsenen Patienten als auch bei den Kindern zeigt sich, dass die Behandlungsziele in den meisten Fällen im Wesentlichen bzw. voll und ganz erreicht werden, Unterschiede in den Bewertungen der Bezugstherapeuten und der Patienten selbst liegen nur in seltenen Fällen vor (s. Abb. 4 und 5).

## 5 Fazit

Die Ergebnisse dieser Studie sprechen für die Wirksamkeit des systemisch-familienorientierten Behandlungskonzepts in der stationären

Familienrehabilitation. Zwar muß die Aussagekraft der Daten vor dem Hintergrund der begrenzten Stichprobe und teilweise fehlender oder ungültiger Daten betrachtet werden. Bezieht man allerdings die schon stattgefundenen Evaluation (Scheib et.al. 2007) mit ein, so zeigt sich eine deutliche Gleichsinnigkeit der Ergebnisse, die die Wirksamkeit des Behandlungskonzepts bestätigt. Aus den Daten zur Familienfunktionalität lässt sich zudem vermuten, dass die Reduktion der Symptomatik bis hin in den Normbereich durch Verbesserungen der familiären Funktionsfähigkeit (Kommunikation und Rollenverhalten) vermittelt ist. Dies wäre ein eindrücklicher Beleg dafür, dass die Behandlung der gesamten Familie stärkere und

nachhaltigere Wirkungen auch auf die Symptomatik der einzelnen Familienmitglieder hervorbringt. Ausblickend wäre es interessant, in einer kontrolliert-randomisierten Studie einen Vergleich zwischen dem familienorientierten und einem klassischen einzelfallorientierten Behandlungsvorgehen durchzuführen.

## Literatur

- Altmeyer, S., Kröger, F. & McDaniel, S. (2002). Systemische Familienmedizin. In M. Wirsching & P. Scheib (Hrsg.), Paar- und Familientherapie (S. 297-312). Heidelberg: Springer-Verlag Berlin.
- Campbell, T. L. & Patterson, J. M. (1995). The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21 (4), 545-583.
- Cierpka, M. & Frevert, G. (1994). Familienbögen - ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen (FB). Handanweisung. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Franke, G. H. (2002). SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis – Deutsches Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- McDaniel, S., Hepworth, J. & Doherty, W. J. (1997). Familientherapie in der Medizin. Ein biopsychosoziales Behandlungskonzept für Familien mit körperlich Kranken. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag.
- McDaniel, S. & Hepworth, J. (2000). Kooperation mit Patienten, ihren Familien und dem Behandlungsteam. Ein neuer Ansatz im Umgang mit Macht und Abhängigkeit. In F. Kröger, A. Hendrichke & S. McDaniel (Hrsg.), Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen (S. 184-206). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Ravens-Sieberer, U & M. Bullinger (2000). KINDL®. Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Revidierte Form. Manual.
- Rehaklinik Kandertal - Fachklinik für Familienrehabilitation (Hrsg.) (2006). Neue Perspektiven im Kandertal. Medizinisches Leistungsprofil.
- Rehaklinik Kandertal – Fachklinik für Familienrehabilitation (2010). Klinik-Konzept. Unveröffentlichte Ausgabe. Stand: 14.07.2010.
- Scheib, P., Austel, S., Hiss, I., Jungmann, J. & Stegner, H. (2007). Evaluation stationärer familiensystem-orientierter Rehabilitation von Familien mit ADHS-Kindern. *Psychodynamische Psychotherapie*, 6, 197-209.
- Weihls, K., Fisher, L. & Baird, M. (2002). Families, Health, and Behavior. A Section of the Commissioned Report by the Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy. *Families Systems & Health*, 20 (1), 7-46.

### **Prof. Dr. Christian Roesler**

Dipl.-Psych., Psychologischer  
Psychotherapeut  
Psychoanalytiker (C.G.Jung-Institut Zürich)  
Professur für Klinische Psychologie und  
Arbeit mit Familien  
Katholische Hochschule Freiburg  
Catholic University of Applied Sciences  
Karlsstr. 44  
79104 Freiburg  
www.kh-freiburg.de  
E-Mail: christian.roesler@kh-freiburg.de

### **Anke Vollhardt, Heilpädagogin (BA)**

Katholische Hochschule  
Karlsstr. 63  
79104 Freiburg

### **PD Dr. med. Dipl.-Psych. Hendrik Stegner**

Chefarzt  
Rehaklinik Kandertal  
Fachklinik für Familienrehabilitation  
79429 Malsburg-Marzell  
www.kur.org