



## Abschlussbericht

für die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie,  
Beratung und Familientherapie (DGSF) im Rahmen  
der Forschungsförderung

---

Multifamiliengruppen als systemisches Angebot im Bereich somatischer Erkrankung und  
Behinderung: Vorbereitende Studie / Phase für eine mögliche Multicenterstudie

---

Projektverantwortliche: Prof. Dr. Andrea Goll-Kopka, SRH Hochschule HD  
in Zusammenarbeit mit Julia Salomon, M.Sc. Psychologie,  
Kathrin Roch, Dipl.-Psych. und  
Lennard Böhnke, wissenschaftliche Hilfskraft; im B.Sc. Studium

Heidelberg, November 2019

**Auszüge dieses Forschungsberichtes werden veröffentlicht in**

Behme-Matthiessen, Ulrike, Pletsch, Thomas (Hrsg.) (1/2021) Lehrbuch der  
Multifamilientherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendungsfelder. Heidelberg: Springer

## Inhalt

Vorbemerkungen .....	5
Danksagung .....	6
1. Theoretischer Hintergrund - Einführung in das Thema & Entstehungskontext der Studie.....	7
2. Zielsetzungen dieses Forschungsprojektes.....	11
3. Drei Säulen des Forschungsprojektes .....	12
3.1 Erste Säule des Forschungsprojektes: Die Fragebogenstudie .....	13
3.1.1 Fragebogendesign, Stichprobe und Ablauf der Fragebogenstudie .....	13
3.1.2 Ergebnisse der Fragebogenstudie .....	14
3.2 Zweite Säule des Forschungsprojektes: MFG-Fachtag .....	17
3.2.1 Durchführung & Aufbau der Expertenfokusgruppe.....	17
3.2.2. Datengrundlage / Datenauswertung der Expertenfokusgruppe .....	18
3.2.3. Ergebnisse der Expertenfokusgruppe .....	18
3.2.4. Zusammenfassung der Expertenfokusgruppe.....	22
3.3. Dritte Säule des Forschungsprojektes: Manual für MFG im Kontext somatischer Erkrankung und Behinderung .....	22
3.3.1 Bezugsrahmen .....	23
3.3.2 Kernkonzept und Ziele .....	24
3.3.3 Zielgruppe und Indikation .....	26
3.3.4 Setting.....	26
3.3.5 Therapeutische Komponenten / Ablauf / Spezifische Interventionen .....	27
3.3.6 Herausforderungen und Grenzen .....	28
4. Zukünftige multizentrische Studie zu MFG: Forschungskonsortium und Rahmen .....	29
4.1. Praxispartner für eine multizentrische Studie.....	29
4.2. Forschungspartnerschaften und Forschungskonsortium .....	30
4.3. Möglicher zukünftiger Forschungsrahmen für eine multizentrische Studie zu MFT.....	30
4.3.1. Variante A: Versorgungsforschung.....	31
4.3.2. Variante B: Klinisch-kontrollierte Studie.....	32

4.3.3.	Variante C: DFG-Forscher-Netzwerk (Nachwuchsförderung) .....	32
4.3.4.	Variante D: Kompromissvorschlag unter den aktuell gegebenen Ressourcen.....	32
5.	Zusammenfassung und Weiterführung dieses Projektes / Ausblick.....	32
6.	Nicht-publizierte Forschung.....	35
Anhang	.....	37

## **Abbildungen**

Abbildung 1: Systemische Perspektive auf Erkrankung und Beeinträchtigung.....	9
Abbildung 2: Geografische Verbreitung von MFG.....	14
Abbildung 3: Kontext der Einrichtung mit MFG-Angebot.....	14
Abbildung 4: Involvierte Berufsgruppen .....	15
Abbildung 5: Finanzierung des Angebots in den Einrichtungen.....	16
Abbildung 6: Übersicht konzeptuelle Grundlagen (illustrativ) .....	16

## **Vorbemerkungen**

### **Verwendete Abkürzungen**

Im deutschsprachigen und im angloamerikanischen Raum finden unterschiedliche Begrifflichkeiten und Abkürzungen für die therapeutischen Gruppen mit mehreren Familien Anwendung: Multifamiliengruppen (MFG), Multifamilientherapie (MFT), Multi-Familientherapiegruppen, Mehrfamiliengruppen (MFG) und Mehrfamilientherapie (MFT), um nur einige davon zu nennen. Aus den Benennungen lassen sich zunächst keine Gemeinsamkeiten oder Differenzen in der Konzeptualisierung ableiten; gerade dies zu erforschen, war u.a. Ziel der vorliegenden Studie. Im Rahmen dieses Abschlussberichts werden vorwiegend die Begriffe Multifamiliengruppe (MFG) oder Multifamilientherapie (MFT) genutzt. Die Abkürzung MFG steht sowohl für die einzelne Gruppe als auch für mehrere Gruppen.

### **Gendergerechte Sprache**

Die Verwendung einer gendergerechten Sprache wurde im Rahmen des Abschlussberichts angestrebt; aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf Wortpaare wie „Patienten und Patientinnen“ oder „Patient/in“ verzichtet. Bei der Verwendung männlicher Formen (wie „Patient“) ist die weibliche Form („Patientin“) jeweils mit eingeschlossen; gleiches gilt auch umgekehrt bei der Verwendung der weiblichen Form von Begriffen und Bezeichnungen.

## **Danksagung**

Wie die Menschen und die Familien, mit denen wir in Mehrfamiliengruppen arbeiten, hat auch dieses Forschungsprojekt eine Geschichte und einen sozialen Kontext. Die Geschichte dieses Forschungsprojektes ist mit unterschiedlichen Begebenheiten und sich fügenden Ereignissen verwoben. Texte wie dieser Abschlussbericht sind immer auch Produkte von Diskussions- und Arbeitszusammenhängen.

Folgende soziale Kontexte, Institutionen und die vertretenden Menschen dieser Organisationen haben auf ihre jeweils eigene bedeutungsvolle Art und Weise zum Entstehen dieses Projektes und dieses Abschlussberichtes beigetragen, bei allen bedanke ich mich sehr:

Bei der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST) für die Bewilligung und Finanzierung dieses Projektes, bei der Forschungsabteilung der SRH Hochschule Heidelberg für die unterstützende administrative Verwaltung des Projektes, bei der bundesweiten Forschungsgruppe zu Multifamilientherapie für die Konstituierung und der Organisation von kontinuierlichen Forschungstreffen, beim Essener Weiterbildungsinstitut für systemische Familientherapie, Supervision und Organisationsentwicklung (IFS) für die spontane Unterstützung der Fragebogenstudie rund um die Ausrichtung der Bundestagung für Multifamilientherapie im Mai 2018 in Essen, beim Forschungskolloquium der SRH Hochschule Heidelberg für die weiterführende Diskussion zu gelingenden Bedingungen der Durchführung der Studie, bei den Mitgliedern der MFT Forschungsgruppe für die Veränderungsvorschläge bei der Entwicklung des Fragebogens und bei den Experten der jeweiligen MFT Ansätze für die Präsentationen und Teilnahme an der Podiumsdiskussion beim 1. (regionalen) Fachtag zu MFT an der SRH Hochschule Heidelberg im Oktober 2018.

Abschließend möchte ich mich sehr herzlich bei den beiden Mitarbeiterinnen des Projektes Frau Julia Silomon, M.Sc. und Frau Dipl.-Psych. Kathrin Roch, bei der wissenschaftlichen Hilfskraft Herrn Lennart Böhnke für die sehr engagierte Mitarbeit, für die vielen innovativen Ideen, die selbstständig umgesetzt wurden und die lebendigen und anregenden Projekttreffen bedanken!

Heidelberg im November 2019

Andrea Goll-Kopka

## 1. Theoretischer Hintergrund - Einführung in das Thema & Entstehungskontext der Studie

Eine gravierende somatische Erkrankung, Funktionsbeeinträchtigung oder Behinderung stellt für Betroffene und deren Angehörige eine einschneidende und lebensverändernde Zäsur dar. Alle Beteiligten müssen angesichts dieser Herausforderungen umfassende Anpassungsleistungen erbringen, und dies nicht nur einmalig, sondern in der Regel fortlaufend im Rahmen der sich entwickelnden Erkrankung oder Einschränkung.

Dank der medizinischen Fortschritte in den letzten Jahrzehnten leben Neugeborene, Kinder, Jugendliche und Erwachsene unter Bedingungen, die früher nicht realisierbar waren, oder mit Funktionseinschränkungen, die nicht mit dem Leben zu vereinbaren waren. Durch die erhöhten Überlebensraten bei extremen Frühgeburten, die zunehmenden Erfolge bei komplizierten Operationen oder bei neuen medizinischen Interventionen hat die Anzahl der Kinder und Erwachsenen, die mit den oftmals langfristigen chronischen körperlichen Folgen und Einschränkungen dieser medizinischen Fortschritte leben, zugenommen (Aylward, 2009; Kazak, 2006; Merrick & Carmeli, 2003; Strassmann, 2012). Es ist eine Verschiebung von akuten zu chronischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen mit hohem oder komplexen Therapie- und Rehabilitationsbedarf im Kindes- und Jugendalter zu verzeichnen (Oepen, 2011; Wilson & Lawman, 2009). Das heißt, es kann von einem Anstieg der Prävalenz von chronischen Erkrankungen und Behinderungen im Kindes- und Jugendalter ausgegangen werden (Merrick & Carmeli, 2003; Wilson & Lawman, 2009). Je nach Einschlusskriterien kann man in

Deutschland davon ausgehen, dass 13 % bis 23 % aller Kinder einen erhöhten Betreuungsbedarf und komplexere Reha- und Therapiemaßnahmen benötigen oder unter chronischen Erkrankungen und Einschränkungen mit langfristigen Folgen leiden (Kamtsiussis, Atzpodien, Ellert, Schlack & Schaud, 2007; Oepen, 2011; Scheidt-Nave, Ellert, Thyen & Schlaud, 2007).

Eine Erkrankung oder Beeinträchtigung kann aber nicht nur als körperliches oder medizinisches Phänomen eines Einzelnen oder unter psychosozialen Gesichtspunkten der individuellen und familiären Prozesse betrachtet werden, sondern sie stellt auch ein gesellschaftlich bedingtes Unterscheidungsmerkmal dar (Dederich, 2007). Das Erleben einer Erkrankung oder Behinderung ist auch abhängig von den gesellschaftlichen Wertvorstellungen zu Gesundheit, Behinderung und Inklusion. Diese Wertvorstellungen zeigen sich auf vielfältige Art und Weise u.a. in den Bemühungen zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte für Menschen mit Behinderungen zur gesellschaftlichen Teilhabe oder in der materiellen Ausstattung der medizinischen, rehabilitativen und pädagogischen Systeme. Diese gesellschaftlichen Ausgangsbedingungen beeinflussen und formen die individuellen und familiären Bewältigungsprozesse.

Bei somatischen Erkrankungen und Funktionsbeeinträchtigungen mit erhöhtem Therapie- und Rehabilitationsbedarf bestehen komplexe Wechselwirkungen von individuellen, familiären Faktoren krankheitsbezogenen Merkmalen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Abbildung 1 gibt die

komplexen Wechselwirkungen, Anforderungen und Merkmale einer Erkrankung und der Situation eines Individuums und der Familie in einem Systemischen Modell wieder. Die Bewältigung der komplexen Anforderungen kann besser gelingen, wenn in der (psychosozialen) Begleitung von Einzelnen und ihren Familienangehörigen die verschiedenen psychosozialen und körperlich-medizinischen Perspektiven (vgl. Abbildung 1) zusammengeführt werden. Insbesondere wenn die Kommunikation und Interaktion zwischen allen Beteiligten in der Familie und die sie umgebenden signifikanten Bezugspersonen fokussiert werden, verbessert sich das Befinden Aller und es kann insgesamt ein signifikant positiver Effekt auf den körperlichen und psychischen Zustand nachgewiesen werden.

Aufbauend auf verschiedenen theoretischen Konzeptualisierungen zu der Interaktionsdynamik von krankheits- und behinderungsbezogenen Merkmalen und dem familiären Anpassungsprozess wird hier ein von der Projektverantwortlichen systemisches Modell zum Verständnis der Situation dieser Familien vorgestellt.

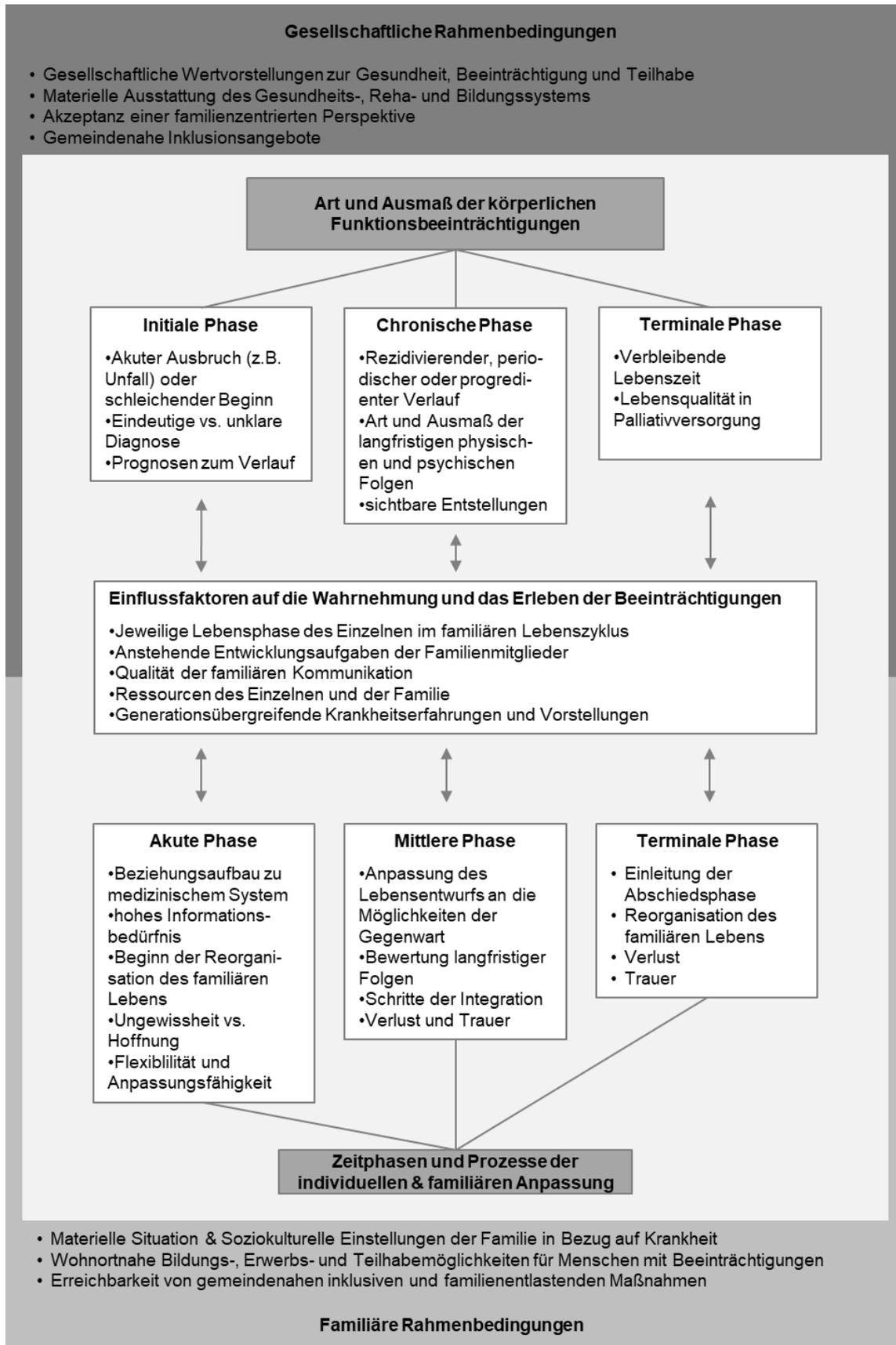


Abbildung 1. Systemische Perspektive auf Erkrankung und Beeinträchtigung (Goll-Kopka, 2012b; Rolland, 2000)

Abbildung 1: Systemische Perspektive auf Erkrankung und Beeinträchtigung

Die Bewältigung der komplexen Anforderungen kann besser gelingen, wenn in der Unterstützung von Familien die verschiedenen psychosozialen und körperlich-medizinischen Perspektiven (vgl. Abbildung 1) zusammengeführt werden.

Insbesondere wenn die Kommunikation und Interaktion zwischen allen Beteiligten in der Familie fokussiert werden, verbessert sich das Befinden der Angehörigen und es kann insgesamt ein signifikant positiver Effekt auf den körperlichen und psychischen Zustand nachgewiesen werden (Altmeyer u. Hendrichke, 2012; Retzlaff, 2016; Ward, Smith, James, Novelle u. Bruder, 2011).

Um diese Familien nachhaltig bei Therapie und Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen, erfordert es eine differenzierte Sichtweise, die der Komplexität der Anforderungen gerecht wird.

### ***Multifamiliengruppen im Kontext somatischer Erkrankung und Behinderung***

In dieser kontextorientierten systemischen Perspektive geht es darum, Familien in ihrem in Phasen verlaufenden Auseinandersetzungsprozess mit somatischen Funktionseinschränkungen eines Angehörigen zu verstehen und sie in ihren herausfordernden Themen angemessen zu begleiten. Multifamiliengruppen (MFG) stellen ein kontextbezogenes, psychosoziales Unterstützungsangebot für sechs bis zehn Familien dar, die gemeinsame Themen teilen, und sich somit gegenseitig bei der Bewältigung ihrer komplexen familiären Anforderungen zu unterstützen (Goll-Kopka u. Born, 2018).

Dieser systemisch basierte Ansatz der Multifamilientherapie (MFT) hat den Anspruch, Betroffene und deren Angehörige angemessen im Rahmen ihrer Bewältigungsprozesse zu begleiten und damit anhaltend zu einer Verbesserung der Situation der Familie und jedes Einzelnen beizutragen.

Die MFG wurde bisher bei zahlreichen medizinischen Zuständen u.a. bei Krebserkrankungen, erworbenen Hirnschädigungen, Multiple Sklerose, genetisch bedingten Erkrankungen und Schmerzzuständen angewandt (Asen u. Scholz, 2015; Gonzalez u. Steinglass, 2002; Lemmens, Eisler, Heireman, van Houdenhove u. Sabbe, 2005).

Verschiedene pädiatrische Arbeitsgruppen haben vor allem im englischen Sprachraum multifamilientherapeutische Gruppen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und somatischen chronischen Erkrankungen durchgeführt (Glueckauf et al., 2002; Kazak, Rourke u. Navsaria, 2009; LaRoche, Koinis-Mitchell u. Gualdron, 2006; Wamboldt u. Levin, 1995). In Deutschland wurden u.a. zu Cystischer Fibrose (Goldbeck u. Babka, 2001), für Asthma (Ollefs u. von Schlippe, 2003), für Kinder mit Behinderungen (Goll-Kopka, 2009; 2012; Kinderzentrum Ludwigshafen, 2017) und Diabetes (Theiling u. von Schlippe, 2003; Spierling 2017) ambulante Mehrfamiliengruppen durchgeführt.

Im stationären Kontext gibt es Angebote für die Aufnahme von ganzen Familien oder Multifamiliengruppen, in denen Kinder und Jugendliche an somatischen chronischen Erkrankungen wie bspw. Tumor- oder Herzerkrankungen, Diabetes, Mucoviscidose oder Behinderungen leiden (Spierling, 2017; Ummenhofer u. Kessler, 2006; Klinikum Weimar, 2017).

Im englischen Sprachraum (u.a. in den USA, UK, Belgien oder Neuseeland) werden MFG als Intervention bei chronisch somatischen Erkrankungen und Behinderung sehr viel umfassender eingesetzt (vgl. Glueckauf et al., 2002; Kazak, Rourke und Navsaria, 2009; LaRoche, Koinis-Mitchell und Gualdron, 2006; Wamboldt, und Levin, 1995).

### *Entstehungskontext der Studie*

Eine systematische Evaluation der Wirksamkeit sowie Nachhaltigkeit des Ansatzes der MFT / MFG im deutschsprachigen Raum anhand ausreichend großer, repräsentativer Stichproben steht zum aktuellen Zeitpunkt aus. Es existieren derzeit keine systematisch empirisch erhobenen Erkenntnisse im Hinblick auf den bundesweiten allgemeinen Einsatz von MFG und auch nicht zur Praxis der MFG bei chronisch somatischen Erkrankungen und Behinderungen. Es gibt nur einzelne praxisbasierte Erfahrungsberichte und Studien, zufällig verstreut in verschiedenen Publikationen, zu den unterschiedlichen Themenfeldern und Kontexten der MFG.

Somit entstand in Zusammenarbeit mit Herrn Dipl.-Psych. Henner Spierling, SPZ Rottenburg, eine allererste Skizze zur systematischen Bestandsaufnahme der Praxis der MFG im deutschsprachigen Raum. Diese erste konzeptuelle Studienidee wurde im November 2017 beim ersten bundesweiten Forschungstreffen an der Universität Magdeburg zu MFT vorgestellt, diskutiert und von den Anwesenden dahingehend befürwortet, dass es zunächst eine bundesweite Erhebung zum Implementationsgrad der MFG und Forschungsinteresse geben sollte, bevor als weiterer Schritt eine multizentrische Studie zur Wirksamkeit der MFG angestrebt werden sollte.

## 2. Zielsetzungen dieses Forschungsprojektes

Aufbauend auf dem oben skizzierten theoretischen Hintergrund, dem Entstehungskontext und konzeptuellen Überlegungen zu diesem Forschungsprojekt wurden folgende Zielsetzungen erarbeitet und formuliert:

### (1) Bestandsaufnahme als Grundlage für eine mögliche Multicenterstudie:

Die Studie soll einen umfassenden Überblick über die MFG-Landschaft im deutschsprachigen Raum schaffen, und damit detaillierte Erkenntnisse darüber liefern, welche Institutionen MFG praktizieren und in welcher Form diese MFG eingesetzt werden. Es stellt sich die Frage, ob man heute noch von einer einheitlichen MFG sprechen kann, nachdem inzwischen eine bundesweite Implementierung der MFG in den verschiedenen Kontexten – Institutionen / Themen / Aufgabenfelder / Zielgruppen etc – stattgefunden hat.

### (2) Weitere Differenzierung der Konzeptualisierungen in der Praxis:

Die vorliegende Studie soll zur weiteren Differenzierung der zugrundeliegenden Konzeptualisierungen / Vorgehensweisen von MFG beitragen. Welche Gemeinsamkeiten und Differenzen lassen sich in den Konzeptualisierungen und in der Praxis bei den MFG Angeboten identifizieren? Diese zweite Komponente der Studie soll gleichzeitig dazu beitragen, einen Überblick zur inhaltlichen Konzeptualisierung der MFG im allgemeinen und in der spezifischen Ausformung bei chronischen somatischen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen zu gewinnen und damit die Frage beantworten, in welcher Hinsicht sich die verschiedenen MFG-Angebote inhaltlich unterscheiden.

- (3) Rekrutieren von Praxis- und Forschungspartnern für eine mögliche Multicenterstudie:  
Durch die Studie können Praxis- und Forschungspartner für eine randomisierte, kontrollierte Multicenterstudie zur Evaluation von Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der MFG im allgemeinen und im spezifischen Kontext chronisch somatischer Erkrankung und Behinderung rekrutiert werden.
- (4) Schaffen eines Stimmungsbildes über Interessen und Möglichkeiten zur Forschung
- (5) Schaffen von Transparenz über bereits existierende Forschungsarbeiten und -initiativen, die in eine systematische Evaluierung mit einbezogen werden könnten
- (6) Weiterentwicklung eines Konzeptionsrahmens oder Manuals für die MFG im Kontext somatischer Erkrankung und Behinderung

### 3. Drei Säulen des Forschungsprojektes

Entsprechend den in Kapitel 1 und 2 formulierten konzeptuellen Überlegungen, dem Hintergrund, Entstehungskontext und der Zielsetzungen des Projektes wurden verschiedene Teilkomponenten des Forschungsprojektes entwickelt mit den entsprechenden Vorgehensweisen und Methoden der Datengewinnung, Datenerhebung, um eine weiter- und zielführende Erkenntnisgewinnung zu erreichen: (1) Durchführung einer Fragebogenstudie mit der Grundgesamtheit der derzeitigen Anbieter von MFG im deutschsprachigen Raum und (2) Durchführung einer Expertenfokusgruppe zu MFG in Form eines Fachtages mit führenden Vertretenden der derzeit aktuellen MFG-Ansätze. Die dritte Säule beinhaltet die (3) Weiterentwicklung eines Konzeptionsrahmens / Manuals einer MFG im Kontext somatischer Erkrankung / Funktionsbeeinträchtigung und Behinderung. Diese drei Komponenten / Säulen des Forschungsprojektes werden mit ihren entsprechenden Methoden zur Datengenerierung, Datenergebnissen und konzeptuellen weiterführenden Überlegungen im Folgenden dargestellt.

### 3.1 Erste Säule des Forschungsprojektes: Die Fragebogenstudie

#### 3.1.1 Fragebogendesign, Stichprobe und Ablauf der Fragebogenstudie

Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe eines für die Befragung entwickelten, halbstandardisierten Fragebogens mit quantitativen und qualitativen Fragestellungen. Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte in einem mehrstufigen Prozess. Der auf der Grundlage von Literatur und Studien zu MFG und Therapiestudien im Projekt entwickelte Fragebogen wurde zunächst im Forschungskolloquium der SRH Hochschule Heidelberg vorgestellt und diskutiert. Die überarbeitete Fassung wurde mehreren Experten der bundesweiten Forschungsgruppe MFG vorgelegt zur Korrektur und Veränderung. Diese dritte Fassung des Fragebogens bildete die Grundlage für unsere Fragebogenstudie.

Der finale Fragebogen gliedert sich in zwei Teile (siehe Anhang für Originalfragebogen):

#### I. Praxis der MFG der jeweiligen Einrichtung

Die Fragen in Teil I fokussieren die Umsetzung der MFG in der jeweiligen Einrichtung; neben allgemeinen Daten (wie Ansprechpartner, Adressen) wurde versucht, einen detaillierten Einblick in die folgenden Aspekte zu gewinnen:

- Themen und Zielgruppen für die MFG
- Rahmenbedingungen (involvierte Berufsgruppen, Anzahl der Beteiligten, Finanzierungsmodell)
- Konzeptionelle Grundlage

#### II. Forschungsinteresse und mögliche Bereitschaft zur Mitwirkung an Forschung zur MFG

Vorrangiges Ziel dieses zweiten Fragebogenteils war es, Praxispartner für eine mögliche Multicenterstudie zu rekrutieren; neben der Abfrage des Kooperationsinteresses wurden bisherige Studien erfragt und weitere Forschungsinteressen der Studienteilnehmer zusammengetragen.

Vom ursprünglichen Vorhaben, den Fragebogen digital als Online-Fragebogen zur Verfügung zu stellen und per elektronischer Mail zu verteilen, wurde nach Rückmeldung durch das Forschungskolloquium der SRH Heidelberg abgesehen. Um den Rücklauf zu erhöhen und die Qualität der Antworten zu steigern wurde der finalisierte Fragebogen zu Beginn der 4. Bundestagung für MFT in Essen mit Unterstützung des Essener Instituts für Familientherapie präsentiert und in Zusammenarbeit verteilt. Die ausgefüllten Fragebögen wurden nach mehrmaligen Erinnerungsrunden direkt vor Ort in Essen eingesammelt. Desweiteren wurden die Anwesenden gebeten, bei der Veranstaltung fehlende Institutionen zu nennen bzw. Fragebögen für diese mitzunehmen, um den Rücklauf zu steigern. Bei der Bundestagung nicht anwesende Institutionen und mögliche weitere Interessenten wurden im Anschluss

per Mail angeschrieben und um Zusammenarbeit gebeten; gleiches gilt für die BAG MFT und die Arbeitsgruppe MFT des DGSF. Auf diese Weise konnte eine repräsentative Grundgesamtheit erreicht werden. Insgesamt konnte von allen Seiten Unterstützung für das Forschungsvorhaben verzeichnet werden und der finale Rücklauf belief sich auf eine Grundgesamtheit von  $N=87$ .

### 3.1.2 Ergebnisse der Fragebogenstudie

Die Fragebogenstudie liefert differenzierte Daten zum Einsatz der MFT/MFG im deutschsprachigen Raum. Konzeptualisierung und Umsetzung der MFG weisen gravierende Unterschiede auf; die Notwendigkeit einer multizentrischen Studie wird durch die Ergebnisse noch einmal unterstrichen.

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Fragestellungen noch einmal differenziert dargestellt. Auch die Grenzen der gewählten Methode werden noch einmal skizziert.

#### **Geografische Verteilung**

Multifamiliengruppen werden grundsätzlich deutschlandweit eingesetzt; in insgesamt 77 Städten in Deutschland findet der Interventionsansatz Anwendung; in einzelnen Städten, darunter Essen, Ludwigshafen und Berlin gibt es sogar mehrere Standorte, an denen MFT angeboten wird. Auch in der Schweiz gibt es Erfahrungen mit der Methode – fünf Standorte in der Schweiz geben an, mit Multifamiliengruppen zu arbeiten. Für Österreich liegen derzeit keine aktuellen Daten vor.

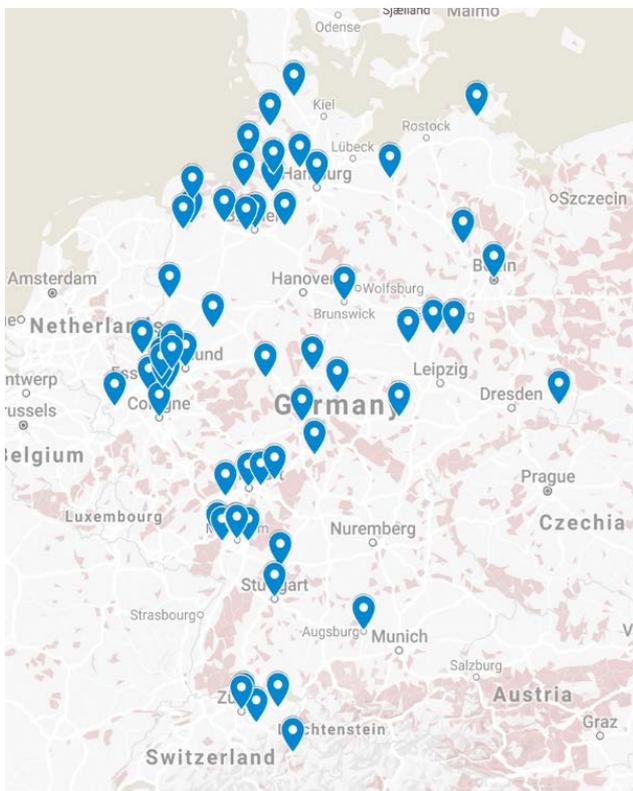


Abbildung 2: Geografische Verbreitung von MFG

#### **Einsatzkontext**

Unsere Befragung zeigt, dass Multifamiliengruppen vor allem in der Kinder- und Jugendhilfe Einsatz finden ( $n=45$ ). Aber auch im klinischen Kontext werden MFG

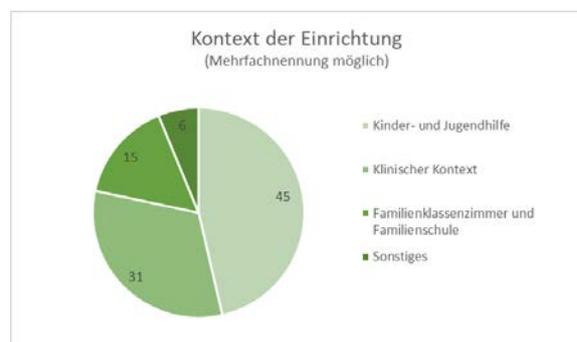


Abbildung 3: Kontext der Einrichtung mit MFG-Angebot

vermehrt eingesetzt (n=33). In beiden Fällen adressiert die Methode vor allem Familien mit Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen bzw. psychosomatischen Beeinträchtigungen. Lediglich zwei der befragten Institutionen geben explizit an, dass MFG im Zusammenhang mit somatischen Themen angewendet werden; hier werden vor allem die folgenden somatischen Störungsbilder adressiert: Diabetes Mellitus Typ I, Adipositas im Kinder und Jugendalter, Familien mit Kindern mit besonderen Bedürfnissen (Behinderung). Die Ergebnisse stützen die Annahme, dass die spezifischen Ausformungen der MFG vor allem an bestimmte Personen gebunden sind; verlassen diese Personen die Einrichtungen, geht mit ihnen auch das entsprechende Angebot verloren.

### ***Involvierte Berufsgruppen***

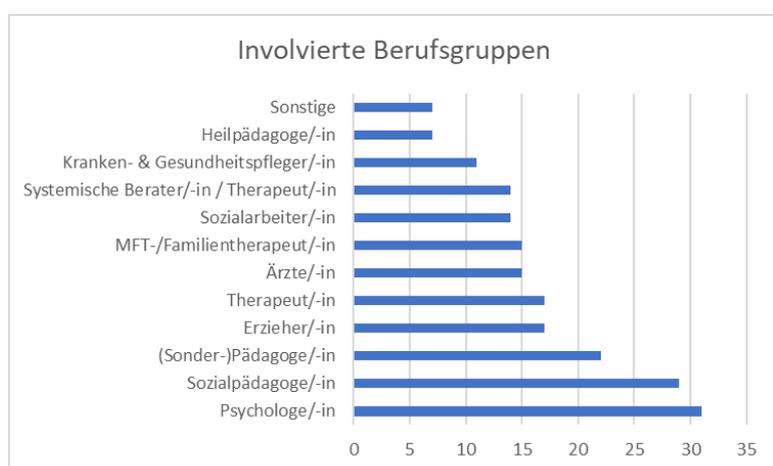


Abbildung 4: Involvierte Berufsgruppen

Die teilnehmenden Institutionen geben an, dass im Durchschnitt zwei bis drei Therapeuten pro Multifamiliengruppe die Gruppe leiten; diese Therapeuten können verschiedenen Berufsgruppen zugeordnet werden. Ein großer Teil der MFG wird von Psychologen, Sozialpädagogen, Pädagogen, Ärzten und Kranken- & Gesundheitspflegepersonal geleitet.

In den meisten Fällen arbeiten verschiedene Berufsgruppen zusammen. Je nach Arbeitsfeld und Einsatz von multimodalen Methoden wie z.B. Musik- / Bewegungs- oder Ergotherapeutischen Verfahren kommen weitere Berufsgruppen wie Ergo- / Musik- und Physiotherapeuten, Kunst- oder Tanztherapeutinnen und Dolmetscher mit ins Boot der Gruppenleitung oder Assistenz. Nur in einzelnen Fällen wird die MFT spezifisch als Ausbildungshintergrund der beteiligten Therapeuten genannt. Insgesamt lässt sich feststellen, dass der Ausbildungshintergrund der beteiligten Personen im Hinblick auf das Thema MFG/MFT eine große Spannweite aufweist und von formaler Weiterbildung bis hin zum Erfahrungslernen durch praktische Teilnahme an Multifamiliengruppen bzw. entsprechenden Angeboten reicht.

### ***Finanzierung***

Die Finanzierung der MFG erfolgt zumeist durch Jugendhilfe und Jugendamt, sowie durch Schulamt und Bildungsministerium; da ein großer Teil der befragten Einrichtungen aus dem Kontext der Kinder-

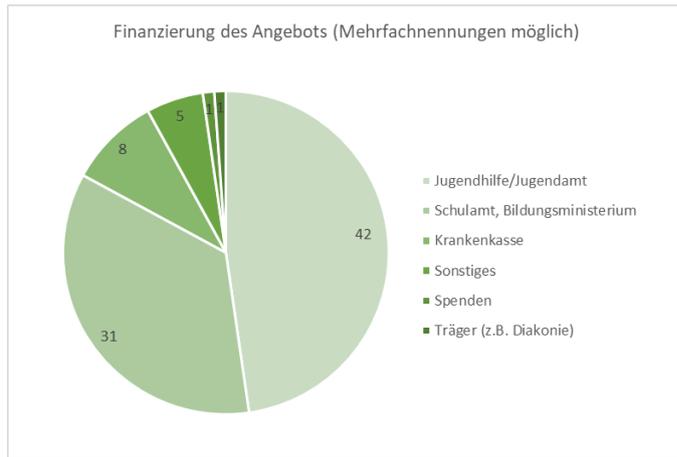


Abbildung 5: Finanzierung des Angebots in den Einrichtungen

und Jugendhilfe stammt, ist ein solcher Schwerpunkt im Hinblick auf die Finanzierung zu erwarten. Im klinischen Kontext sind die Krankenkassen die vorwiegenden Finanzgeber. Nur vereinzelt kommen Träger wie Diakonie und Spenden zum Einsatz.

### **Konzeptuelle Grundlage**

Ein großer Teil der befragten Institutionen in Deutschland und der Schweiz arbeitet mit der konzeptuellen Grundlage nach Asen & Scholz. Der systemische Beratungs-/Therapieansatz als solcher wird ebenso als konzeptuelle Grundlage genannt. Unklar ist dabei, ob dies erfolgt, weil MFT als ein Verfahren auf Grundlage der systemischen Therapie angesehen wird, oder ob davon ausgegangen wird, dass die systemische Ausbildung als solche

ausreichend ist, um MFG anzuwenden. Ein großer Anteil der befragten Institutionen gibt an, „eigene / kreative Methoden“ einzusetzen, welche eine Vergleichbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Methode erschweren.

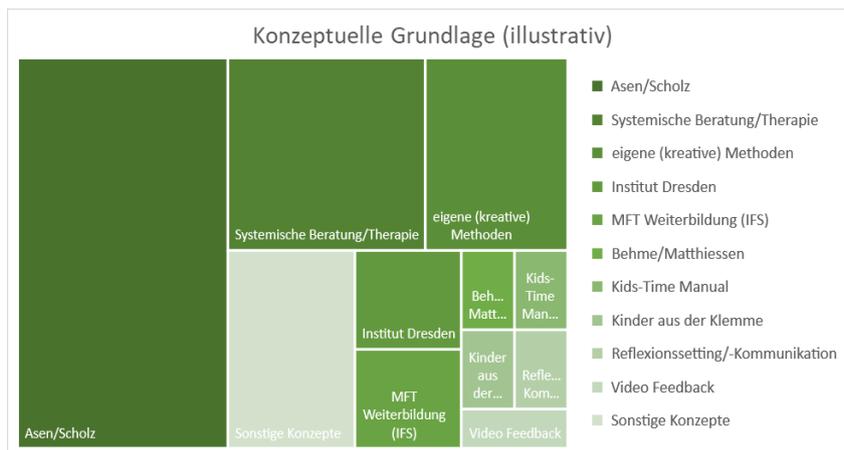


Abbildung 6: Übersicht konzeptuelle Grundlagen (illustrativ)

Bandbreite im Hinblick auf die konzeptuelle Grundlage und es sind wenig Gemeinsamkeiten zu erkennen. Die Fragebogenstudie zeigt, dass die verschiedenen Experten in den unterschiedlichen Kontexten nur wenig voneinander wissen; eine Vernetzung der Ansprechpartner in den Institutionen erscheint dringend erforderlich, um Synergien zu schaffen. Langfristiges Ziel könnte es so zum Beispiel sein, ein „Therapeutentraining“ oder „User Manual“ für die MFT zu entwickeln.

### **Bedingungen der MFG in der Praxis**

Die Teilnehmenden der Fragebogenstudie lieferten neben den Daten zu dem bestehenden MFG-Angebot wichtige Erkenntnisse und Anregungen aus ihrem Arbeitsalltag und den Rahmenbedingungen und Setting, welche aus Ihrer Sicht zusätzlichen Einfluss auf Durchführung, Nachhaltigkeit und Wirksamkeit der MFG haben. Die folgende Aufzählung liefert eine zusammenfassende, nicht-erschöpfende Übersicht dieser Themen:

- Freiwilligkeit vs. angeordnete Teilnahme und in diesem Zusammenhang auch Freistellung bzw. Verfügbarkeit der einzelnen Familienmitglieder; wie kann man in einem freiwilligen Kontext eine regelmäßige Teilnahme der Gruppenmitglieder gewährleisten bzw. fördern?
- Unterschiedliche Lebenssituationen / Kontexte / Vorerfahrungen der Klienten
- Randbedingungen der MFG wie z.B. Fahrtkostenerstattung für teilnehmende Familien
- Zusammenstellung der Gruppen (offen, halboffen oder geschlossen) und Veränderungen der Gruppenzusammensetzung durch Entlassungen, Neuaufnahmen, Ausscheiden von ganzen Familien oder einzelnen Familienmitgliedern; begleitete oder unbegleitete Neuaufnahme von Familien bei halboffenen oder offenen Gruppensettings; Relation der teilnehmenden Kinder sehr verschiedener Altersklassen (Kitaalter, Grundschulalter und Jugendlicher) zu Eltern

Diese von den Teilnehmern adressierten Aspekte sollten bei der Konzeptionierung einer möglichen multizentrischen Studie bzw. bei weiteren differenzierenden Forschungsvorhaben mit berücksichtigt werden, damit eine tatsächliche Vergleichbarkeit und systematische Evaluation der verschiedenen Angebote erfolgen kann.

### ***Aktueller Forschungsstand***

Die Fragebogenstudie ergab einen umfangreichen Überblick über bestehende Forschungsarbeiten und Publikationen im Bereich der MFG; eine umfassende Übersicht hierzu findet sich im Anhang. Auf den Umgang mit diesen Arbeiten und Veröffentlichungen wird in Kapitel 6 dieses Berichts noch einmal umfassend eingegangen.

## **3.2 Zweite Säule des Forschungsprojektes: MFG-Fachtag**

Die Expertengruppe mit den ausgewählten Fachexperten stellt die zweite Säule des Forschungsprojekts dar; diese Expertengruppe wurde in Form eines Fachtages am 19.10. 2018 an der SRH Hochschule Heidelberg unter Teilnahme von 7 Vertreterinnen und Vertreter unterschiedlicher MFG Ansätze, zwei Studierendengruppen der Sozialen Arbeit und Interessierte aus dem Jugendamt, Sozialamt, sozialen Einrichtungen des Rhein-Neckar Kreises durchgeführt. Das Programm dieses Fachtages befindet sich im Anhang.

### **3.2.1 Durchführung & Aufbau der Expertenfokusgruppe**

Diese Expertengruppe bestand aus sieben Verantwortlichen aus der Praxis der unterschiedlichen derzeitigen aktuellen MFG Ansätze / Arbeitsfelder. Es wurden zunächst Vorträge / Darstellungen der jeweiligen MFG Ansätze zu vorgegebenen Punkten von den Vertretenden gehalten und anschließend

eine gemeinsame Fokusgruppe bzw. Plenumsrunde der Fachreferentinnen und Referenten zu den Herausforderungen / Differenzen / Gemeinsamkeiten etc. der verschiedenen Ansätze durchgeführt.

### 3.2.2. Datengrundlage / Datenauswertung der Expertenfokusgruppe

Es wurden drei sehr ausführliche, verbale Mitschriften / Protokolle der Vorträge und der gemeinsamen Podiums-Fokusgruppe von drei Teilnehmenden des Fachtages erstellt. Zwei der MFG-Anbieter und Verantwortlichen stellten ihre Präsentationen zur Verfügung. Es erfolgte eine inhaltsanalytische Auswertung dieser Mitschriften und Präsentationen nach induktiv und deduktiv erstellten Kategorien.

### 3.2.3. Ergebnisse der Expertenfokusgruppe

Nachfolgend werden die induktiv und deduktiv erstellten Kategorien der inhaltsanalytischen Auswertung der Expertenfokusgruppe vorgestellt. Die Reihenfolge der genannten Kategorien und ihre jeweiligen zugeordneten verbalen Daten stellen keine Priorisierung der inhaltlichen Aspekte dar. Dem Pilotstudiencharakter dieser Untersuchung entsprechend wird bei der nachfolgenden Darstellung der Ergebnisse auf Vollständigkeit aller erhobenen verbalen Daten Wert gelegt.

#### **Ausschlusskriterien für eine Teilnahme an MFG – hier graduelle Unterschiede in den Kontraindikationen bei den verschiedenen Ansätzen**

In Bezug auf die Eltern: Keine verfügbaren Eltern; Elternteile mit sehr starken psychischen Beeinträchtigungen bis hin zu psychotischen Phasen oder aktuell beeinträchtigenden Suchterkrankungen

Eskalierende familiäre Gewalt - Kindeswohlgefährdung

In Bezug auf die Kinder: Wenn Kinder noch nicht gruppenfähig sind

Bei MFG zu familiärer Gewalt sind die Indikationen oftmals die Kontraindikationen bei den anderen Gruppen

#### **Unterschiede / Differenzen der einzelnen MFG Angebote in den Settings und Rahmenbedingungen:**

Verankerung der MFG im Gesamtkonzept der Einrichtung: Wie finden die Familien zur MFG?

MFG als fester vorgegebener Bestandteil wie in Kliniken; Teilnahme der Familie durch Zwangskontext geregelt im ambulanten Bereich; Teilnahme auf freiwilliger Basis

Ist es ein alleiniges ambulantes Angebot oder fester Bestandteil in einem komplexen, mehrstufigen, multimodalen Behandlungssetting wie in einer stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung oder stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Setting oder als alleiniges ambulantes Angebot eines Anbieters für diese Familien, zusätzlich zur aufsuchenden Familientherapie (AFT) als Angebot

Frequenz / Zeiten – unterschiedliche Settingbedingungen: Zwischen 6 und 10 MFG Sitzungen je 2 ½ Stunden als ambulantes Angebot; einen ganzen Tag ambulant oder teilstationär; ein Wochenende stationär; über 3 bis 6 Monate alle 14 Tage in einem halboffenen Gruppensetting – für neue Eltern gibt es Paten; Wie werden neue Familien integriert bei halboffenen und offenen Gruppen – Ansatz des Patens;

Bei Wochenende – Vollverpflegung – zusätzliche Leistungen, die eine Regenerierung der Familien auch ermöglichen im Gegensatz zu ambulanten Angeboten, wo es zum oftmals belastenden Familienalltag noch dazu kommt.

Familienklassenzimmer: Zusammenarbeit mit Schulen unterschiedlich graduell – auch Lehrerinnen MFT Fortbildungen

Vor – und Nachtreffen der eigentlichen MFT Gruppentreffen wird unterschiedlich in den verschiedenen Ansätzen realisiert

### **Mitarbeitende / MFG Gruppenleitende**

Gruppenleitende arbeiten fest als Duo / Tandem oder Trio zusammen mit Assistenten oder werden für jedes MFG Angebot neu zusammengestellt

Wurde von Kinder- und Jugendpsychiatrie & SPZ genannt: Freudvoll / spaßvoll – manchmal können in MFG Projekte gar nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter integriert werden, die mitarbeiten wollen  
Uns Mitarbeitenden gibt es sehr viel

Fortbildung der Mitarbeitenden durch verschiedene Wege – Inhouse-Fortbildungen oder außer Haus  
Sehr unterschiedliche Qualifikationen – Voraussetzungen der Mitarbeitenden: Zusätzlich zu Familientherapeutischer oder systemischer Ausbildung noch eine längere MFG Ausbildung bis hin zu keine systemische Ausbildung und auch keine MFG spezifische Ausbildung

Möglichkeit als multiprofessionelles Team zusammenzuarbeiten und mit Cotherapeuten zusammenzuarbeiten

Schatzkiste – kreative Teamarbeit möglich

Konsequente MFG Umsetzung verändert Team Kommunikation und Strukturen zu mehr Offenheit, Transparenz und zu mehr Partizipation – Begegnung Familien gegenüber auf Augenhöhe

### **Es ist das Familientherapieangebot, das sich am konsequentesten auf den Einbezug aller Familienmitglieder einlässt, d.h. z.B. Kinder als feste, miteinbezogene Zielgruppe im Blick hat**

Z.B. in der Planung und Durchführung des Angebotes darum Kinder als feste konsequente miteinbezogene Zielgruppe in der MFG

Setzt explizit auf Kindereinbezug – Beteiligung der Kinder

Kinder sind nirgendwo innerhalb der systemischen Therapie / Familientherapieangebote so demokratisch / partizipativ einbezogen wie bei MFG Gruppenansatz

Kursorische Aussagen von Kindern:.....ich finde das total cool.....

Weite Altersspanne – vom Säugling bis hin zu 18 Jahre

### **MFG als partizipativer, transparenter Mehrgenerationenansatz**

Einbezug von Großeltern / Pflegeeltern / Stiefeltern / Partner / Mehrgenerationenansatz bei einigen MFG Angeboten – alle MFG Anbieter sind offen dafür, nicht bei allen Anbietern realisiert,

Eltern geben als Rückmeldung:“ .....wir sind konsequent miteinbezogen worden.....“

Auch Kinder geben das in den erhobenen Evaluationen als Rückmeldung: „.....cooles Angebot.....wir sind dabei und treffen noch andere Kinder hier, denen es so geht...“

Beziehungen auf Augenhöhe zwischen Professionellen und teilnehmenden Familien

Kinderaltersspezifische Gruppen: Kleinkinder, Schulalter, Jugendliche – oder eben kinderaltersübergreifend und störungsübergreifend

Kind wird hier nicht repariert als Botschaft durch MFT – konsequenter Einbezug der Eltern auf Augenhöhe

Hohe Akzeptanz aller teilnehmenden Eltern / Kinder

### **Konsequenter Einbezug von erlebnisorientierten, multimodalen Methoden**

Produktion eines Filmes; Thematische Bühnenbilder werden erstellt; Kunstpädagogin mit im Boot

Musiktherapeuten – Bandprojekt mit den Jugendlichen, die dann auf Weihnachtsfeiern oder anderen Anlässen was vorstellen

Ergotherapeuten, Motopäden, Physios mit dabei – je nach multimodalen Angeboten

Eltern- Kind Yoga um Körperkontakt zu ermöglichen

Erlebnisorientierte / multimodale / non-verbale Wege erforderlich durch Einbezug unterschiedlicher Altersstufen und Kompetenzen

### **Wie wird Familien ermöglicht daran teilzunehmen**

Teilweise Krankschreibungen im Kliniksetting aber auch im ambulanten Bereich

Fahrtkostenerstattung

### **Wirksamkeitsfaktoren / Effekte**

Reduktion des Elternstress durch Ermutigung und gespiegelten Erfahrungen (über Bande gespielt)

Positive Ressourcenfördernde Methoden und Haltung der Gruppenleitenden und in der Durchführung

Modellfunktion des Teams für Eltern – wie die Mitarbeitenden untereinander umgehen miteinander, deren Kommunikation / Wertschätzung

Konsequente erlebnispädagogische, multimodale Vorgehensweisen durch Einbezug aller Altersgruppen

Es braucht keinen Druck Familien zur Mitarbeit zu bewegen  
An Bindungssicherheit arbeiten

### **Methoden / Verfahren**

Ansatz des Mentalisierens; Alltagsnähe des Ansatz – in dem man zusammen isst, zusammen etwas unternimmt, alltagsnahe, familienorientierte Aktivitäten realisiert gemeinsam

Sozialrechtliche Beratung bei einigen MFT Angeboten integriert

Eine MFG braucht klare Regeln

Bildung von Subgruppen: Geschwister, Eltern, Kinder

Psychoedukation; Videofeedback

### **Finanzierungsmodelle**

Eigenanteil von Familien; Förderverein der Institution gibt etwas dazu; Sozialhilfe; Hilfen zur Erziehung; Krankenkassen

### **Herausforderungen / Hürden auf Kontextebene oder struktureller Ebene:**

Bei Jugendhilfeträger stellt sich die Hürde, dass die jeweiligen SD Mitarbeiter – also die zuweisenden MFT Träger - eine hohe Fluktuation am Arbeitsplatz haben

MFT ist kein Selbstläufer – muss man immer wieder werben – wenn im Jugendhilfekontext; immer wieder auf Werbung bei zuweisenden Stellen ASD, Jugendamt angewiesen

Implementationsphase eines MFG Angebotes: 1 Jahr Planungsphase – Pilotprojekt; Fortsetzung von SPFH's

### **Herausforderungen / Hürden auf inhaltlicher Ebene oder bei der Zielgruppe in der Durchführung der MFG**

Teilweise keine kontinuierliche Teilnahme der Familien bei freiwilligem ambulanten Angebot; „unklarer“ Zwangskontext; der Einbezug der „abwesenden“ Väter; Fehlen der Eltern obwohl attraktives Angebot

### **Wie finden Evaluationen zu MFG statt**

Bachelor- und Masterarbeiten; schriftliche Fragebögen; mündliche Rückmeldungen der Familien; Reflexionsgespräch zwischen Familie, MFT und Jugendamt

**Bilder / Metaphern / Vergleiche / Klare deutliche Aussagen zu MFG**

MFG als „Treibhausatmosphäre“ / Peer-zu-Peer Beratungsansatz

Es ist das Familientherapieangebot, das sich am konsequentesten auf den Einbezug aller Familienmitglieder einlässt – sich in der Planung und Durchführung des Angebotes darum konsequent bemüht – alle Familienmitglieder und deren Voraussetzungen, Möglichkeiten im Blick hat

Freude / Regenerativer Effekt für alle Beteiligten – Zielgruppe und Mitarbeiter bei spezifischen Rahmenbedingungen / Settings – Wochenendform zum Beispiel

Magritte Bild – Kind trägt psychisch kranke Mutter -young carers

„Do you think you can bring your team a little bit away from psychodrama“

Familie wird konsequent als Team - alle Mitglieder – angesprochen

MFG verändert Team Kommunikation und Strukturen s.o. & partizipativer Umgang mit Familien s.o.

### 3.2.4. Zusammenfassung der Expertenfokusgruppe

Die im Rahmen der Fokusgruppe gewonnenen Erkenntnisse stimmen mit den Ergebnissen aus der Fragebogenstudie überein und spiegeln noch einmal deutlich die unterschiedlichen Konzeptualisierungen, Settings und Rahmenbedingungen von den MFG Angeboten wider. Gleichzeitig zeigen die Experten Faktoren auf, die den Nutzen und die Wirksamkeit der MFG in der Praxis beeinflussen können und welche Wirksamkeitsfaktoren aus Ihrer Sicht sich zeigen in der MFG. Die Herausforderungen auf struktureller Ebene und bei den Zielgruppen, die sich in der Praxis stellen, ergänzen die Daten aus der Fragebogenstudie. Deutlich wurde benannt, dass die MFG als das Familientherapieangebot angesehen wird, das sich am konsequentesten auf den Einbezug aller Familienmitglieder einlässt, d.h. z.B. Kinder als feste, miteinbezogene Zielgruppe im Blick hat und diesen deutlich eine aktive Teilnahme ermöglicht durch den konsequenten Einbezug erlebnisorientierter Methoden. MFG wurde hier auch als Angebot gesehen, welches einen partizipativer, transparenter Mehrgenerationenansatz verfolgt. Der Einbezug von MFG und die konsequente Umsetzung von MFG verändert die Kommunikation und Strukturen im Team hin zu mehr Offenheit, Transparenz und je nach Kontext und Zielgruppe auch hin zu mehr Freude und Spaß beim Arbeiten und zu einem partizipativeren Umgang mit den jeweiligen Familien in den Institutionen.

### 3.3. Dritte Säule des Forschungsprojektes: Manual für MFG im Kontext somatischer Erkrankung und Behinderung

Die beiden Säulen „Fragebogenstudie“ und „Expertengruppe“ werden durch die dritte Säule des Forschungsprojektes „Manual für MFG im Kontext somatischer Erkrankung und Behinderung“ ergänzt,

welche in den Folgenden Abschnitten detailliert ausgeführt wird. Da bislang kein Konzeptionsrahmen / Manual für die Durchführung von MFG im Kontext somatischer Erkrankungen und Behinderung existiert, wurde im Rahmen des Forschungsprojektes aufbauend auf der Dissertation und relevanter Publikationen der Projektverantwortlichen der Konzeptionsrahmen bzw. ein zukünftiges Manual für die Durchführung der MFG im Kontext somatischer Erkrankung und Behinderung weiterentwickelt (Goll-Kopka, 2012; Goll-Kopka & Born, 2018; Goll-Kopka, 2019). Ein Manual bzw. ein vergleichbares Programm nachdem die jeweiligen MFG arbeiten, die sich in einer multizentrischen Studie beteiligen, stellt die notwendige Voraussetzung für die Vergleichbarkeit der Daten dar.

Die hier vorgestellte Fassung für Mehrfamiliengruppen eignet sich für einen flexiblen Einsatz in vielfältigen ambulanten und stationären Bereichen des Gesundheits- oder Rehabilitationswesens oder in Bildungszusammenhängen wie Schulen oder Tagesfördergruppen. Die Rahmenkonzeption enthält folgende Teilkapitel:

- Bezugsrahmen: Der Empowerment Ansatz und die Systemische Therapie
- Kernkonzept und Ziele
- Zielgruppe
- Setting
- Therapeutische Komponenten / Ablauf / Spezifische Interventionen
- Herausforderungen und Grenzen

### 3.3.1 Bezugsrahmen

Der Bezugsrahmen der MFG im Kontext somatischer Erkrankung und Beeinträchtigung wird innerhalb spezifischer Grundlagen und Konzepte des Empowerment-Ansatzes, den Disability Studies und der Systemischen Therapie gespannt. In diesem Rahmen des Projektabschlussberichtes werden hier die wesentlichen Bezugspunkte skizziert, die weiter auszubauen und zu verbinden sind.

Das Konzept des Empowerments und die Systemische Therapie verbindet eine fokussierte und forcierte Hinwendung zu den Stärken und Ressourcen der Menschen. Die Ausrichtung der Empowermentperspektive an den Stärken und Kompetenzen, die Betonung von Selbst- und Mitbestimmung und die Orientierung an der Lebenswelt und dem Netzwerk ermöglicht eine Verknüpfung mit der Systemischen Therapie, die sich ebenfalls konsequent zur Ermutigung und Unterstützung der kompetenten und aktiv-gestalterischen Seiten der Menschen hinwendet. Es geht u.a. um die folgenden Aspekte:

- (1) Einen verstehenden geschützten Rahmen in der Begegnung zu schaffen, anstatt „Sprach“Konstruktionen und Interventionen korrekt nach Ablaufplan anzuwenden. Hier geht es um ein Verstehen in der therapeutischen Begegnung in einem affektiv-schützenden Rahmen (vgl. Hildenbrand,

2011; Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2004). Diese Bereitschaft in der therapeutischen Begegnung, leidvolle Geschichten auszuhalten, stellt in dem hier vertretenen therapeutischen Ansatz eine wesentliche grundlegende Haltung dar.

(2) Narrative bieten Sinnstrukturen für individuelle Erfahrungen und subjektives Erleben oder familiäre Geschichten und Überzeugungen: „Das Erleben von Krankheit und Behinderung ist, wie menschliches Erleben und alle menschlichen Handlungen überhaupt, in einen erzählerischen oder auch narrativen Kontext eingebunden ... Das Erzählen von Geschichten ist ein Prozess der Wirklichkeitskonstruktion, durch den familiäre Konstrukte und Familienparadigmen entstehen, verändert und tradiert werden“ (Retzlaff, 2010, S. 138 f.). In einem affektiv tragenden Kontext mit als bedeutsam erlebten Zuhörern die eigene Geschichte erzählen zu können, kann heilsam wirken. Bei Menschen mit Krankheiten, Behinderungen oder körperlichen Einschränkungen geht es in diesem Verstehen um „zwei Wirklichkeiten“ einer Geschichte: eine innere, erlebte und erlittene Wirklichkeit, sowie eine äußere, erkannte und konstruierte Wirklichkeit. Das Verstehen der „erlittenen Wahrheit“ beinhaltet auch die Thematisierung, das Aushalten, die Akzeptanz und den Umgang mit ambivalenten, schwierigen und belastenden Gefühlen wie Trauer, Ärger, Wut, Ohnmacht, Kontrollverlust, Enttäuschung, Resignation etc. der Familienangehörigen oder der einzelnen betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen.

(3) Aktivieren von Ressourcen und Stärkung der Resilienz. Dies gilt insbesondere für die Arbeit mit Menschen mit besonderen Bedürfnissen und deren Familienangehörigen (Altmeyer & Kröger, 2003b; Retzlaff, 2010). In der Mehrfamiliengruppenarbeit sind Menschen als Experten ihrer Alltags- und Lebenssituation zu respektieren und in dieser Expertenrolle ernst zu nehmen, indem die MFG auf Stärken und Kompetenzen der Betroffenen aufbaut.

In der kritischen Reflexion des ressourcenorientierten Ansatzes der Systemischen Therapie und des Empowerment-Ansatzes gilt es im Blick zu haben, dass nicht vorschnell auf Lösungen, positive Bewältigungsstrategien und Resilienzfaktoren hingearbeitet wird. Schwierige und belastende „tabuisierte“ Gefühle und Themen brauchen einen entsprechenden geschützten Raum und genügend Zeit, in der mit der gebotenen Sensibilität und Behutsamkeit gearbeitet wird. Darüber hinaus plädiert Keupp (2003) dafür, Ressourcen auch deutlich als gesellschaftlich ungleich verteiltes Handlungspotenzial zu sehen. Hier besteht m.E. eine Verantwortung und Verpflichtung, sich gegen eine psychologisch verkürzte Ressourcenperspektive zu wenden. Sozialstrukturelle Rahmungen von individuellen Ressourcen setzen einer selbstbestimmten, selbstgestalteten und souveränen Lebensführung zuweilen deutliche Grenzen.

### 3.3.2 Kernkonzept und Ziele

Das oben dargestellte Systemische Modell (vgl. Abbildung 1), auf dem der hier vorgestellte MFG basiert, begreift Krankheit und Behinderung auch als Konstruktionen in sozialen Situationen. Es existieren Wechselbeziehungen zwischen den gesellschaftlichen und spezifischen familiären Rahmenbedingungen, den familiären Vorerfahrungen, den familiären Grundüberzeugungen oder der Kommunikation und den körperlichen Funktionseinschränkungen.

Dieses multiple Bedingungsgefüge nimmt Einfluss auf den familiären Umgang mit den jeweiligen Funktionseinschränkungen. Die einzelnen Familienmitglieder berichten häufig von einer emotionalen und sozialen Isolation innerhalb der Familie und im erweiterten sozialen Netzwerk. Die MFG soll eine Begegnung mit anderen Familien in ähnlich anspruchsvollen Situationen ermöglichen.

### ***Empowerment***

Die Familien sind als „Experten in eigener Sache“, die über ein besonderes Wissen bezüglich der Belange des Erkrankungs- und Bewältigungsmanagements in ihrem Alltag verfügen, zu respektieren und wertzuschätzen. Gemeinsam mit den Familien werden Suchprozesse eingeleitet für familiäre Geschichten, die die Aspekte einer guten Balance zwischen den Bedürfnissen der Familie und den Anforderungen im Sinne einer Kohärenz betonen.

Im Sinne der Förderung des Empowerments und den Selbstgestaltungsmöglichkeiten der teilnehmenden Familien, wird zum Abschluss der jeweiligen MFG aktiv eine mögliche Weiterführung unabhängig von der jeweiligen Institution mitinitiiert und angeregt. Das Spektrum der Weiterführung kann von unabhängig sich organisierenden Selbsthilfegruppen bis hin zu Familien, die sich anfreunden oder sich gegenseitig helfen bei bestimmten anfallenden Themen und Aufgaben, reichen. Das jeweilige MFG Team kann diese Weiterführung unterstützen z.B. durch jahreszeitlich-gestaltete Treffen für alle Familien.

### ***Schutzraum und Aktivierung von Ressourcen***

Die MFG vermittelt Wertschätzung und Respekt z.B. durch eine ressourcenorientierte Gesprächsführung und Grundhaltung, systemisch-orientierte Fragen, wertschätzende Kommentare, positive Konnotationen, das Erstellen eines ressourcenorientierten Genogrammes und die Differenzierung positiver Stimmungen und Gefühle. Diese Grundhaltung und Interventionen in einem geschützten Rahmen können Schlüssel der Veränderung für neue Erkenntnisprozesse und Handlungsoptionen darstellen.

### ***Entwicklung eines Narrativs und Transformation***

Dieses Verstehen der „erlittenen Erlebniswelt“ beinhaltet auch die Thematisierung, das Aushalten, die Akzeptanz und den Umgang mit ambivalenten, schwierigen und belastenden Gefühlen wie Trauer, Wut,

Ohnmacht, Kontrollverlust, oder Resignation der Familienangehörigen und der betroffenen Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen (vgl. Goll-Kopka, 2012; Retzlaff, 2016).

### 3.3.3 Zielgruppe und Indikation

Die MFG ist für ein Spektrum von verschiedenen Erkrankungen offen. Der angestrebte Fokus der Gruppe liegt auf den diagnoseunabhängigen psychosozialen Folgen und Herausforderungen, die von den Teilnehmenden als bemerkenswert ähnlich erlebt werden (vgl. auch Gonzalez u. Steinglass, 2002; Retzlaff, 2016). Das heißt zum Beispiel an den Gruppen können Kinder und Jugendliche mit körperlich-neurologischen Erkrankungen (u.a. Hirnfehlbildungen, Epilepsien, Cerebralparesen), globalen Entwicklungsretardierungen, Zuständen nach Früh- oder Risikogeburten oder seltenen Erkrankungen, für die teilweise noch keine Diagnosen bekannt sind, teilnehmen. Bei einem Teil der Kinder und Jugendlichen können noch (weitere) somatische chronische Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen wie Atemwegserkrankungen, verschiedene Allergieformen, Stoffwechselstörungen, Sinnesbehinderungen oder Diabetes vorliegen.

Zum Rahmen der Kontraindikationen lässt sich festhalten, dass die Funktionseinschränkungen oder Beeinträchtigungen der Kinder für die Teilnahme an einer MFG keine Hürden darstellen sollte haben. Hier ist im Vorfeld der Gruppe mit Sorgfalt zu eruieren, welche Maßnahmen und Vorrichtungen für das Alltagsmanagement der jeweiligen Erkrankung notwendig sind, um diese vorhalten zu können. Grenzen der Teilnahme der MFG sind sehr heftige offene Ehekonflikte der Eltern, die in einem Gruppenprozess nicht gehalten werden können. Hier gilt es, sensibel abzuwägen, inwieweit singuläre Familien-, Ehe- oder Einzelsitzungen von Familienmitgliedern vor, während oder nach einer MFG sinnvoll sein könnten, damit alle Gruppen- und Familienmitglieder von der MFG profitieren können.

### 3.3.4 Setting

Die MFG spezifisch für diese Zielgruppe sollte nach der Erprobung und Evaluation verschiedener Setting-Varianten in Form eines Zwei-Tages-Formats (inklusive Übernachtung) in einem barrierefreien, familienfreundlichen und serviceorientierten Tagungshaus mit Mahlzeiten in einer landschaftlich erholsamen, naturnahen Umgebung angeboten werden.

Dieser Zeitrahmen hat sich hinsichtlich der Bedürfnisse überlasteter Familien, berufstätigen Erwachsenen, Schulzeiten von gesunden Geschwisterkindern und von den Familien, die weiter entfernt von der Institution wohnen, als sehr sinnvoll erwiesen. Durch dieses Setting erfahren die teilnehmenden Familien gleichzeitig einen Regenerationseffekt, der es ihnen ermöglicht sich besser auf die Dichte von psychosozialen Themen einzulassen.

### 3.3.5 Therapeutische Komponenten / Ablauf / Spezifische Interventionen

Die MFG wird idealerweise von zwei - einem männlichen und weiblichen - Leitenden angeboten. Hierzu können erfahrene Studierende der Sonder- oder Rehabilitationspädagogik als Assistenten unterstützend hinzukommen oder je nach Teamzusammensetzung und den multimodalen Angeboten weitere Therapeutinnen aus dem Physio-, Ergo, Musik- oder Tanztherapiebereich.

An den zwei Tagen und Abenden kann die MFG drei 90-minütige Sitzungen für alle Familienmitglieder gemeinsam anbieten und sechs 90-minütige Subgruppen.

Es finden sechs 90-minütige Subgruppen für die Eltern, für die älteren Geschwisterkinder und für die betroffenen Kinder, jeweils parallel statt. Das Schaffen von familiären Subkontexten – d.h. getrennten Arbeitssequenzen von Eltern und Kindern – ist für spezifische sozioemotionale Themen, bei denen die familiären Subgrenzen gewahrt werden sollen, vorgesehen. Die ausführlichere Betrachtung von komplexen, oftmals belastenden Themen können jüngere Kinder und Kinder mit stärkeren Funktionseinschränkungen zeitlich oder aufgrund der emotionalen „Dichte“ dieser Themen teilweise nicht tolerieren. Ältere Kinder werden als Experten zu ihrer eigenen Perspektive für bestimmte Themen wie Benachteiligungsgefühlen oder familiärer Alltag in die Erwachsenengruppe eingeladen. In der Elterngruppe werden zusätzlich themenspezifische oder geschlechtshomogene Kleingruppen gebildet. Die Auswahl der (psycho)-edukativen Themen wird zur gezielteren Vorbereitung mit den einzelnen Familien in einem gemeinsamen Gruppengespräch im Vorfeld identifiziert. Die Vermittlung von spezifisch gewünschten Wissen oder allgemeiner Informationen erfolgt bspw. mit Hilfe von Kurzreferaten, Filmen oder der Einladung externer Referenten. Weiterhin gibt es bestimmte Zeiten für informellen Kontakt untereinander: Sieben gemeinsame Mahlzeiten, bewegungsorientierte (naturnahe) oder kreative Aktivitäten sowie Angebote an den beiden Abenden.

Multimodalen, tanz- und bewegungsorientierten sowie kreativen Methoden wird ein besonderer Stellenwert in dieser Form der MFG eingeräumt, um eine Integration aller Beteiligter besser zu ermöglichen und diese eher erlebniszentrierten Aktivitäten unterstützen den Ausdruck und die Bearbeitung emotionaler (belastender) Prozesse (Goll-Kopka, 2000; Goll-Kopka & Born, 2018).

Bei den Einheiten, in denen einzelne Teilnehmer oder Familien ein psychosoziales Thema einbringen, wird der Fokus auf einen lösungsorientierten Ansatz mit der Betonung der positiven Aspekte, Stärken und Kompetenzen gelegt. Es können u.a. auch Rollenspiele mit den Teilnehmern durchgeführt werden. In diesen Angeboten liegt der Fokus auf der Suche nach gelingenden Wegen zur Zusammenarbeit mit den Vertretern des medizinischen, rehabilitativen oder pädagogischen Systems.

Die Kinder- und ältere Geschwistergruppen finden parallel zur Elternrunde statt. Manchmal sind die Kinderbetreuer die ersten familienfremden Personen, denen das erkrankte noch sehr junge Kind anvertraut wird, oder es nimmt zum ersten Mal an einer Gruppe teil. Kinder, die in Gruppen zuhause Schwierigkeiten haben, können durch die gezielten Interventionen der geschulten Kinderbetreuer (wieder) positiv in eine Kindergruppe integriert werden. In der Geschwistergruppe bieten sich den

Kindern und Jugendlichen Möglichkeiten, Gefühle und Einstellungen zu ihrem erkrankten Geschwisterkind spielerisch, mit kreativen und bewegungsorientierten Angeboten und in Gesprächen auszutauschen. Die Erfahrungen und Wahrnehmungen aus den einzelnen Subgruppen werden fortlaufend miteinander in den Gesamtgruppen und im Mitarbeiterteam ausgetauscht.

Familienalltagsnahe Aktivitäten wie gemeinsame Mahlzeiten, Spaziergänge, ein Grillfest, gemeinsame Spielsequenzen oder kleinere Ausflüge werden in die MFG eingebunden. Durch die Haltung als teilnehmende Beobachterinnen seitens der Gruppentherapeutinnen und Kinderbetreuer an den alltagsnahen Aktivitäten, können typische Erziehungssituationen in der gebotenen Sensibilität von den Therapeuten aufgegriffen und gemeinsam mit den Eltern en passant zeitnah reflektiert werden. Wichtig ist hierbei, dass nicht eine kritisch-bewertende Grundhaltung eingenommen wird, sondern eine einladende, solidarische Einstellung. Eltern werden somit in einer „natürlichen“ Umgebung beim unmittelbaren Tun in ihrer Erziehung erlebt und spezifische Erziehungsthemen können aufgegriffen werden.

Spezifische Interventionen stammen aus der systemischen Methodik, u.a. die Fishbowl-Technik, resilienzbetonende Fragen, die Time-Line-Arbeit, ressourcenfokussierte Angebote, Familienskulpturen oder auch strukturierte Übungen (vgl. Bleckwedel, 2008; Rieforth & Graf 2014). Aus der Tanz- und Bewegungstherapie stammen u.a. strukturierte einfache Tänze, Singspiele, Schwungtuchsequenzen, Bewegungsangebote zu psychosozialen Themen oder Atem- und Entspannungsangebote. Kreative Angebote wie Tonskulpturen, Familienwappen, Fotocollagen, Drehen von Videofilmclips oder Gestaltungsarbeiten mit verschiedenen Medien können ebenfalls zum Einsatz kommen.

### 3.3.6 Herausforderungen und Grenzen

Für die psychosoziale und therapeutische Arbeit in einer Gruppe mit acht bis zehn Familien, die sehr unterschiedliche Lebensformen und verschiedene sozial-kulturellen Hintergründe mitbringen, ergeben sich verschiedene Herausforderungen:

- Eindämmung von destruktivem Verhalten einzelner Gruppenteilnehmer: Gestaltung eines wertschätzenden, aber eindeutig begrenzenden Umgangs mit einzelnen Teilnehmern, die die Arbeit in der Gruppe gefährden oder gar sprengen können.
- Teilnehmende Familien können einen Migrationshintergrund haben, das heißt es geht auch um Diversity-Kompetenz im Umgang mit Menschen aus kultursensibler Sicht.
- Steuerung des Gruppenprozesses: Die sozial sehr heterogene Zusammensetzung einer MFG und die teilweise komplexen innerfamiliären Themen benötigen Zeit und Raum für Reflexionen der Gruppenleiterinnen untereinander und außerhalb des Gruppenprozesses. Hier gilt es, die Komplexität der jeweiligen Schwierigkeiten zu verstehen und Lösungen des Umgangs damit zu finden. Zuweilen tauchen hier auch Aspekte zu innerfamiliäre Deprivations- und Vernachlässigungsthemen auf. Es sind auch immer wieder Familien in

sogenannten Multiproblemlagen in einer Gruppe dabei. In diesen Familien gibt es neben dem Kind mit besonderen Bedürfnissen weitere, teilweise komplexe psychosoziale Belastungen, wie z.B. ökonomische Armutslagen, Arbeitslosigkeit der Eltern, prekäre Wohnsituationen, psychische Beeinträchtigungen erwachsener Familienmitglieder oder ein ungeklärter Aufenthaltsstatus bei ausländischen Familien.

#### 4. Zukünftige multizentrische Studie zu MFG: Forschungskonsortium und Rahmen

Das Forschungsprojekt liefert durch die Fragebogenstudie einen umfassenden Überblick über die Verbreitung der MFG/MFT im deutschsprachigen Raum und liefert damit wichtige Voraussetzungen für eine aufbauende Multicenterstudie zur Evaluation der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der MFG. Bestehende Erwartungen wurden bestätigt – die zugrundeliegenden Konzeptualisierungen der verschiedenen Ansätze und die Rahmenbedingungen und Settings unterscheiden sich in großem Ausmaß und übergreifend über die verschiedenen Kontexten und Institutionen bestehen bisher kaum Synergien.

Im Rahmen einer multizentrischen Studie muss hier bei den Ausgangsbedingungen der MFG Angebote darauf geachtet werden, die sehr unterschiedlichen konzeptuellen Grundlagen, Rahmenbedingungen und Settingvarianten herauszuarbeiten, zu strukturieren und für eine vergleichbare Datengrundlage zu vereinheitlichen. Es sollte auch darauf geachtet werden Synergien zwischen den bestehenden Angeboten zu schaffen. Erste Schritte dahingehend z.B. bei der sich im Laufe dieses Forschungsprojektes sich konstituierenden bundesweiten Forschungsgruppe und ihren Treffen wurden bereits unternommen.

##### 4.1. Praxispartner für eine multizentrische Studie

Durch diese Studie wurden Ansprechpartner in ganz Deutschland sowie in der Schweiz identifiziert, die zum Thema MFG-Angebote in den jeweiligen Praxiseinrichtungen dezidiert Auskunft geben können und auch für eine eventuelle gemeinsame zukünftige Zusammenarbeit in Bezug auf zu realisierende Forschungsprojekte und spezifisch für die multizentrische Studie zur Verfügung stehen würden. Dies trägt maßgeblich zur Erweiterung des bestehenden Forschungs-Netzwerks im Hinblick auf die MFG bei und es konnten konkrete Ansprechpartner zur Identifizierung von Praxispartnern für eine multizentrische Studie gewonnen werden.

Es wurden mit zwei bereits bestehenden Praxispartnerkontakten – mit Herrn Dipl.-Soz. Karl-Heinz Münch, AGFJ Mannheim, und mit Frau Dipl.-Psych. Gudrun Bohlender, SPZ Ludwigshafen, drei Abschlussarbeiten der Studiengänge für Soziale Arbeit der SRH Hochschule realisiert: eine Bachelorarbeit der Sozialen Arbeit zu MFG bei familiärer Gewalt der AGFJ Mannheim und zwei

Masterarbeiten der Sozialen Arbeit zu MFG Angeboten am SPZ Ludwigshafen bei Familien mit einem Kind mit kognitiven oder / und körperlichen Beeinträchtigungen.

#### 4.2. Forschungspartnerschaften und Forschungskonsortium

Im Rahmen dieser Studie hat die Projektverantwortliche an drei von bisher vier veranstalteten bundesweiten Forschungsnetzwerktreffen zu MFT teilgenommen und an allen drei Forschungstreffen zu diesem Projekt referiert, über den Fortgang des Projektes berichtet und offene Fragen / Themen mit den anwesenden Experten und Expertinnen diskutiert. Die konstituierende Sitzung des ersten bundesweiten Forschungstreffen zu MFT fand am 24.11. 2017 an der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Kindes- und Jugendalters der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg – initiiert und verantwortet von Frau Dr. Ulrike Röttger und Frau Dr. Jeanette Schadow. Die Bildung eines Konsortiums für eine Antragsstellung und das Herausarbeiten eines möglichen (finanziellen) Rahmens für die Multicenterstudie waren Tagesordnungspunkte der drei bundesweiten Forschungsnetzwerktreffen in Magdeburg und Essen.

Am 4. bundesweiten Forschungstreffen zu MFT am 29. November 2019 an der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Kindes- und Jugendalters der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg wird über die wesentlichen Ergebnisse des Projektes berichtet und daraus resultierenden möglichen Fort- und Weiterführungen zukünftiger Forschungsideen und deren zu lösender Herausforderungen im Sinne des Forschungsantrages vorgestellt und diskutiert.

Darüber hinaus haben zusammen mit potentiellen Forschungsantragsstellern mit Frau Dr. Ulrike Röttger, Frau Dr. Jeanette Schadow, beide Universität Magdeburg, Herrn Prof. Dr. Holger von der Lippe, MSB Medical School Berlin Hochschule für Gesundheit und Medizin Lindemann, Medical School Berlin und Herrn Prof. Dr. Matthias Ochs, University of Applied Science Fulda weitere Abstimmungen stattgefunden.

Mit Herrn Dipl.-Psych. Henner Spierling wurde ein Forschungsworkshop im Rahmen der Bundestagung MFT in Essen-Werden im Mai 2018 durchgeführt und eine kooperative Zusammenarbeit bei der Durchführung von zwei Masterarbeiten der SRH Hochschule Heidelberg zu Kids-Time – ein Mehrfamiliengruppenangebot für Familien mit psychisch kranken Eltern am SPZ Rotenburg – realisiert.

#### 4.3. Möglicher zukünftiger Forschungsrahmen für eine multizentrische Studie zu MFT

Bei den oben skizzierten Aktivitäten wurden folgende mögliche Forschungsrahmen für eine multizentrische Studie und weitere nachfolgende Schritte zur weiteren Entwicklung der MFG

konkretisiert, welche im Folgenden noch einmal ausgeführt werden (Quellen: Fragebogenstudie, sowie Protokolle der Forschungstreffen).

#### 4.3.1. Variante A: Versorgungsforschung

Ziel dieser ersten Variante wäre eine detaillierte Untersuchung des MFG-Angebotes, welches im Rahmen der oben beschriebenen Fragebogenstudie aufgezeigt wurde, um eine weitergehende Differenzierung und des bestehenden Angebotes zu erreichen. Mögliche Fragestellungen zur Untersuchung der MFT in den verschiedenen Kontexten (u.a. Jugendhilfe, Kliniken und Schulen) wären in diesem Zusammenhang:

- In welchen Institutionen wird MFT durch welche Therapeuten mit welcher Klientel in welcher Frequenz angewandt?
- Handelt es sich um ein offenes, halboffenes oder geschlossenes Setting?
- Wird MFT als Baustein in einer multimodalen Behandlung oder als isolierte Methode eingesetzt? Wie ist MFT eingebunden in ein bestehendes Gesamtkonzept?
- Werden die MFG im entsprechenden Kontext störungsspezifisch zusammengestellt, oder werden betroffene Familien mit unterschiedlichen Störungsbildern zusammen behandelt?
- Handelt es sich um ein freiwilliges Setting oder nehmen die Klienten durch Anordnung (z.B. Schule) an den MFG teil?
- Was liegt an Hinweisen über den Nutzen dieses Verfahrens in dem konkreten Setting vor?
- Welche Qualifikationen und Richtlinien liegen der Anwendung der MFT in den jeweiligen Settings zugrunde?
- Welche Hinweise gibt es hinsichtlich der ökonomischen Vor- und Nachteile der MFT?
- Welches Wissen liegt in den Institutionen über mögliche Risiken in Bezug auf die MFT Angebote vor?

Mögliche Finanzierungspartner für eine solche Versorgungsforschung könnten u.a. die folgenden Institutionen darstellen:

- VolksWagen-Stiftung
- Robert Bosch Stiftung
- Heidehof Stiftung
- Kirchliche Träger
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

#### 4.3.2. Variante B: Klinisch-kontrollierte Studie

Die Variante der klinisch-kontrollierten Studie bietet den Vorteil, dass die spezifische Wirksamkeit der Methode systematisch untersucht werden könnte. Eine solche Studie wäre im klinischen Behandlungskontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie am ehesten durchführbar; MFG-Angebote von sozialen Trägern könnten vermutlich nicht berücksichtigt werden. Die im Rahmen der Fragebogenstudie identifizierten forschungsinteressierten Kliniken könnten zu einer Multicenterstudie mit einheitlichem Forschungsdesign zusammengeschlossen werden, um Behandlungsangebote mit MFT und Behandlungen ohne MFT miteinander zu vergleichen.

#### 4.3.3. Variante C: DFG-Forscher-Netzwerk (Nachwuchsförderung)

Ziel eines zu beantragenden Forscher-Netzwerkes für die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) bestünde darin, die an der Evaluation und Weiterentwicklung der MFT beteiligten Wissenschaftler und forschenden Praktiker formal zu einem Netzwerk zu verbinden. Hierbei könnten kleinere Forschungsprojekte mit unterschiedlichen Ausrichtungen konzipiert, koordiniert und durchgeführt werden. Es würde zum einen darum gehen, die theoretische und die praktische Umsetzung der MFT im deutschsprachigen Raum voran zu bringen und zum anderen, standardisierte und praktikable Instrumente für die entsprechende Evaluation zu entwickeln.

#### 4.3.4. Variante D: Kompromissvorschlag unter den aktuell gegebenen Ressourcen

Aktuell fehlen allen beteiligten Institutionen noch die personellen Ressourcen, einen Antrag zu einer multizentrischen Studie zu stellen. Deshalb werden zunächst die Varianten A (Versorgungsforschung) & B (klinischkontrollierte Studie) weiterverfolgt und die Variante C (DFG-Forscher-Netzwerk) als wichtige Erweiterung bzw. Option beibehalten. Darüber hinaus gibt es die Idee einer gemeinsamen zu realisierenden Publikation der oben genannten Forschungspartner zum aktuellen Stand der Forschung zu MFG / MFT im deutschsprachigen Raum.

Weiter verfolgt werden könnte auch ein Anschluss an die von der DGSF genehmigte Studie zur Wirksamkeit in der AFT in der Jugendhilfe in der Mitgliederversammlung der DGSF in Hamburg im September 2019. Hierzu wurde eine Lenkungsgruppe gebildet - das betrifft allerdings nur MFG /MFT Angebote im Jugendhilfebereich, die von Trägern der AFT angeboten werden.

### 5. Zusammenfassung und Weiterführung dieses Projektes / Ausblick

In der Einleitung dieses Abschlussberichtes wurde skizziert wie aufgrund der Zunahme somatischer chronischer Krankheiten und medizinischer Zustandsbilder mit erhöhtem Therapie- und

Rehabilitationsbedarf Familien zunehmend gefordert sind, Wege zu finden, mit den psychosozialen Folgen und den langfristigen Herausforderungen der somatischen Erkrankungen und Funktionseinschränkungen umzugehen.

Aufbauend auf verschiedenen theoretischen Konzeptualisierungen zu der Interaktionsdynamik von krankheits- und behinderungsbezogenen Merkmalen und dem familiären Anpassungsprozess wird im ersten Kapitel ein von der Projektverantwortlichen entwickeltes systemisches Modell zur Situation dieser Familien vorgestellt.

Diese familienökologische und systemische Perspektive erlaubt eine differenzierte und umfassende Betrachtung des Spannungsfeldes, in dem Familien mit Angehörigen, die eine somatische Erkrankung oder Behinderung haben, leben. Dieses systemische Modell im ersten Kapitel dargelegt, bildet eine Grundlage zur Konzeption und Evaluation von geeigneten familienbezogenen Interventionen in der medizinischen und rehabilitativen Versorgung.

Neben der Darstellung der theoretischen und konzeptuellen Grundlagen für einen Mehrfamiliengruppenansatz im Kontext somatischer Erkrankung und Behinderung erfolgte in einer Pilotstudie, vorgestellt im zweiten und dritten Kapitel des Abschlussberichtes zunächst eine umfassende Bestandsaufnahme im Hinblick auf den Einsatz der MFG im deutschsprachigen Raum – in Form einer Fragebogenstudie wurden insgesamt N=87 Probanden zur Anwendung von MFG in ihrer jeweiligen Einrichtung befragt.

In diesem Überblick der Ergebnisse der Studie zur MFG Landschaft im deutschsprachigen Raum wird der Implementationsgrad der einzelnen MFG Angebote im deutschsprachigen Raum in Hinblick auf Rahmenbedingungen, Settings, Finanzierungsmodelle, Zielgruppen, Gruppenleitenden und konzeptuellen Grundlagen dargelegt.

Die Ergebnisse der Pilotstudie zeigen Einblicke in die inhaltliche Konzeptualisierung und Umsetzung der MFG in den verschiedenen Einsatzbereichen. Sie liefert auch mögliche Praxispartner für weitergehende Untersuchungen. Diese erste Säule der Pilotstudie wurde ergänzt durch eine zweite Komponente, die Expertenfokusgruppe, in deren Rahmen der Mehrfamiliengruppenansatz, dessen Vor- und Nachteile, Nutzen, Wirksamkeit sowie Herausforderungen umfassend gemeinsam in Form eines Fachtages exploriert wurde. Die Ergebnisse der Fokusgruppe bzw. dieses MFG Fachtages spiegeln und vertiefen noch einmal die Erkenntnisse, welche im Rahmen der Fragebogenstudie gewonnen wurden.

In der Expertengruppe und in der Fragebogenstudie wurde deutlich, dass die MFG als das Familientherapieangebot angesehen wird, das sich am konsequentesten auf den Einbezug aller Familienmitglieder einlässt, d.h. Kinder als feste, miteinbezogene Zielgruppe im Blick hat und diesen deutlich eine aktive Teilnahme ermöglicht durch den konsequenten Einbezug erlebnisorientierter Methoden. MFG wird als das Familientherapie – oder systemische Angebot - gesehen, welches einen konsequenten partizipativen, transparenten Mehrgenerationenansatz verfolgt und einen deutlichen positiven Einfluss auf die Kommunikation, Strukturen und Haltungen im Team hat.

Die konsequente Einführung und Durchführung von MFG beeinflusst und führt Teamstrukturen hin zu mehr Offenheit, Transparenz und partizipativeren Haltungen untereinander und gegenüber den Familien und mehr Freude und Spaß stellt sich insgesamt dadurch bei der Arbeit ein.

Die Weiterentwicklung eines „Manuals“ oder eines Konzeptionsrahmenentwurfs für MFG im Allgemeinen und im Kontext somatischer Erkrankung und Behinderung stellt die dritte Säule des Forschungsprojekts bzw. der Pilotstudie dar; zum aktuellen Zeitpunkt existiert kein einheitlicher Konzeptionsrahmen für die Durchführung von MFG.

Ein solches „Manual“ oder Konzeptionsrahmenentwurf kann die Grundlage für die teilnehmenden Institutionen einer multizentrischen Studie bilden, um so eine Vergleichbarkeit bei einer Multicenterstudie zur Beurteilung der Wirksamkeit und des Nutzens von MFG zu ermöglichen. Die im Rahmen dieses Abschlussberichts vorgestellte Fassung eines möglichen „Manuals“ oder eines Konzeptionsrahmenentwurfs eignet sich für einen flexiblen Einsatz in vielfältigen ambulanten und stationären Bereichen des Kinder- und Jugendhilfebereiches, Gesundheits- und Rehabilitationswesens sowie in Bildungseinrichtungen.

Möglichkeiten der Weiterführung des vorliegenden Forschungsprojektes bestehen auf der konzeptuellen, empirischen und praktischen Ebene:

Eine Weiterentwicklung besteht u.a. in der Fortschreibung der hier vorgestellten Rahmenkonzeption im Hinblick auf eine Darstellung der Durchführungspraxis der einzelnen Interventionen, die spezifisch für diese MFG entwickelt oder adaptiert wurden. In diesem Therapierahmenprogramm für die MFG für somatische Erkrankungen und Beeinträchtigungen werden die auf die konkrete Praxis ausgerichteten Durchführungsprinzipien beschrieben. Konzeptuell kann eine diskursive Auseinandersetzung mit den Grenzen und Herausforderungen der MFG weitergeführt werden. Hier gilt es, gute Antworten auf Fragen des Umgangs mit einer sehr heterogenen und weitgespannten Gruppenzusammensetzung in Hinblick auf kulturelle und lebensweltliche Unterschiede und Spannungsfelder zu finden.

Für die empirische Weiterführung wurden mehrere Ansatzpunkte in Kapitel vier dargelegt. Eine Differenzierung und Fundierung der therapeutischen Langzeiteffekte von MFG sollte in der Form einer multizentrischen randomisierten Kontrollgruppenstudie untersucht werden für die verschiedene hier aufgezeigte Eingangsvoraussetzungen zu gewährleisten sind.

Aufgrund der Anforderungen an quantitative Datenauswertungen und Signifikanzprüfungen und der Verallgemeinerung der Ergebnisse wäre in einer Randomized-Controll-Study eine hohe Anzahl von Studienteilnehmern sowohl in der Grundgesamtheit der Untersuchungsgruppe als auch in der aktiven Kontrollgruppe anzustreben. Eine solche randomisiert-kontrollierte Studie muss gute, gelingende Antworten auf die schwierigen Ausgangsbedingungen in der Forschung mit einer angestregten, hochbelasteten Zielgruppe finden: Schwierigkeiten bei der Gewinnung von motivierten und möglichst vielen Untersuchungsteilnehmern, die auch über einen längeren Zeitraum hinweg bereit sind, Zeit für Forschung aufzuwenden, trotz Krisen in der Erkrankungssituation oder in der Familie. Dies sind nicht

zu unterschätzende Hindernisse und Herausforderungen für die Forschung im pädiatrisch-medizinisch-rehabilitativen Bereich. „These are obstacles and challenges faced by current pediatric family research "in `real-life settings´ with severely ill children and their families: small sample sizes, recruitment, and adherence concerns" (Kazak, Rourke, et al., 2009, S. 666).

Das bedeutet, dass eine zukünftige multizentrische Studie gelingende Antworten auf eine Drop-Out Rate und inwieweit noch Ressourcen dieser Zielgruppen mit teilweise hohen Herausforderungen für eine freiwillige Teilnahme an Forschung bestehen.

Das gleiche gilt für die beteiligten Kooperationspartnerschaften auf der Forschungsebene.

In dieser Weiterführung der Forschung wäre es sinnvoll, mit mehreren Institutionen zusammen zu arbeiten und nicht nur, wie bei den bisherigen Forschungen, auf eine Institution angewiesen zu sein. Im Rahmen dieser vorbereitenden Studie wurden potentielle Forschungspartner und mögliche Praxispartner gewonnen – diese Möglichkeiten wurden in Kapitel drei und vier dargelegt.

Durch einen multizentrischen Forschungsansatz könnte die Anzahl der parallelen Untersuchungsgruppen und der Studienteilnehmer erhöht werden und die Einführung von Kontrollgruppen wäre möglich. Diese potenziellen aktiven Kontrollgruppen könnten durch eine motivierende Ansprache direkt vor Ort und einem verminderten Angebot wie z.B. einer einmaligen Beratung wahrscheinlich besser zu einer Mitarbeit gewonnen werden.

Interessant fände ich auch eine internationale Variante der Fortführung der Forschung. In Neuseeland und in den USA werden aktuell ambulante MFG für schwerwiegende medizinische Erkrankungen wie erworbene Hirnschädigungen durchgeführt, da diese dort eine gute Finanzierung durch das Gesundheitssystem erfahren.

Eine andere Variante der empirischen Weiterführung könnte der Vergleich der Effekte zwischen den verschiedenen kontextuellen Rahmenbedingungen sein, wie MFG als Bestandteil eines multimodalen Behandlungssettings, als alleiniges Angebot oder ein Vergleich zwischen ambulanten und stationären Multifamiliengruppen. Durch eine eher „programm-basierte“ Durchführung der MFG ist eine Vergleichbarkeit der Gruppen und somit der Ausgangsdaten besser sicherzustellen.

## 6. Nicht-publizierte Forschung

Das Projekt hat im Rahmen der vorliegenden Studie eine Auflistung des (soweit uns gegenüber angegebenen) existierenden Grundstocks an nicht-publizierten Forschungsarbeiten in Form von Masterarbeiten, Bachelorarbeiten und bisherigen MFG-begleitenden Forschungsprojekten erarbeitet, welches im Rahmen dieses Abschlussberichtes als eigener Anhang zur Verfügung gestellt wird. Um zukünftig Synergien zu schaffen und einzelne aufwändige Insellösungen („nicht bei jedem Forschungsprojekt zu MFG das Rad neu erfinden“) zu vermeiden, erscheint es uns sinnvoll und weiterführend für zukünftige MFG Forschung im Sinne eines Forschungs-Netzwerkes auf diese

Arbeiten zurückzugreifen. Existierende Forschungsergebnisse können genutzt werden, um Parallelen zwischen Untersuchungen zu verdeutlichen, und so die Grundgesamtheit der teilnehmenden Probanden zu erhöhen. Bestehende Forschungslücken konnten transparent gemacht und weitergehende Forschungsinteressen abgefragt werden, was eine Planung künftiger Forschungsvorhaben im Bereich der MFG maßgeblich erleichtert.

Zu klären ist, an wen die von uns erstellte Datenbank (siehe Anhang zur Übersicht) nicht-publizierter Forschungsarbeiten übergeben werden kann und wer diese weiter pflegt.

Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. Andrea Goll-Kopka, SRH Hochschule Heidelberg, Ludwig-Guttmann-Straße 6, 69123 Heidelberg; [andrea.goll-kopka@t-online.de](mailto:andrea.goll-kopka@t-online.de)

## Anhang

- a. Konzeptuelle Grundlagen für MFT
- b. Übersicht bestehender Forschungsarbeiten (Datenbank)
- c. Zusammenfassung weiterführende Forschungsideen
- d. Flyer / Programm zum MFG-Fachtag
- e. Originalfragebogen
- f. Literaturliste

## a. Konzeptuelle Grundlagen für MFT

Asen & Scholz	Systemische Beratung/Therapie
kreative Methoden/eigenes Material	Institut Dresden
MFT Weiterbildung (IFS)	Behme/Matthiessen
Kids-Time Manual	Kinder aus der Klemme
Reflexionssetting/-Kommunikation	Video Feedback
	BAG Richtlinien
Bindungsbasierte Therapie (Brisch München)	Eggemann-Dann
Erlebnispädagogik	Konzept Familienhaus
Konzept soz. Gruppe Elternarbeit	NVR (Haim Omer, Anna Freud London)
Psychomotorik	Rueckkehrkonzept
Schleswiger Modell	Weiterbildung Connect

## b. Übersicht bestehender Forschungsarbeiten

Titel/Thema	Einrichtung	Form
Lisa Meng, rein qualitativ	Oekumenisches Hainich Klinikum gGmbH Muehlhausen/Thueringen	Masterarbeit
Kerstein Klappstein, salutogenetische Entwicklungsprozesse von Frauen mit verhaltensauffaelligen Kindern im Rahmen der Multifamilientherapie	HELIOS Klinikum Schleswig	Doktorarbeit – auch veröffentlicht
ESCAPMSchool, ADOPT, TDM-vigil, CC School	Medizinische Hochschule Brandenburg	Veröffentlichung?
Jule Grell, MFT in der Diabetologie, Kidstime	Agaplesion Diakonieklinikum Rotenburg	Bachelorarbeit
A. Eckart-Ringel, Kinder aus der Klemme	Regio Kliniken GmbH	Abschlussarbeit
Kinder aus der Klemme: Medical School of Berlin	Jugendwohnen im Kiez, Berlin	Abschlussarbeit
Partizipation, Sexualpaed., Traumapaed.	Eylarduswerk Bad Bentheim	Studie
Evaluation durch Studenten	Erziehungshilfe St. Klara	Studie
Familienklassenzimmer - Ort der Begegnung, und andere	Therapiehaus Fuerstenwald	Publikation?
SDQ, SCORE-15 Prae-Post, eigener Feedbackbogen Post, SFB-Post bei Bedarf	HELIOS Kliniken Schwerin	Schriftliche Evaluationen
Multifamiliengruppen als therapeutisches Angebot bei somatischer Erkrankung und Behinderung	Goll-Kopka, Universität Oldenburg	Doktorarbeit
Prae-Post 4 Wochen/ohne KG/mit ESG, Rating Skala fuer Therapie Bausteine	SKH Grossschweidnitz, Klinik fuer KJPP	Studie
Pharma vor ca. 20 Jahren, Reflektionierende Familien, Uni Osnabrueck	Kinder- und Jugendpsychiatrie Marien Hospital Papenburg Aschendorf	Studie
Wirksamkeit von MFT am bsp. Familienklassenzimmer	Stiftung Jugendhilfe aktiv	Publikation?
laufende Evaluation, Auftragsklaerung, Mentalisieren in der Familienklasse	Familienklasse Limmattal	Masterarbeit
Masterarbeit der Hochschule fuer Heilpaedagogik	Schulpsychologischer Dienst Zuerich Glatta	Masterarbeit
Relationale Soz. → Wirkfaktoren	FAN Familienanlauf e.V.	Studie

Reiser/Urban, Beratungssystem (Leibniz Uni Hannover)	AWO Bezirksverband Braunschweig e.V.	Studie
Qualitative Evaluation, FiSch-Familie in Schule	Klinik fuer Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	Masterarbeit
Pilotstudie zu MFT?, Fragebogen bei Familienfreizeiten	SKF Essen-Mitte, Tagesgruppe Mehrfamilienhaus	Studie
quantitative und qualitative und methodeneuebegreifende Studien	KJPP Uniklinik MD	Studien
Gemeinsam sind wir stark – Multifamiliengruppe als stärkender Faktor der (Familien-)Resilienz?	SRH Hochschule Heidelberg Fachbereich Soziale Arbeit Sabrina Scheuer	
Selbstwertstärkung von Geschwisterkindern in der MFG durch Live-Rollenspiele	Kira Clemens	
MFG Kids-Time: Auswirkungen auf die Kinder	Luisa Hofman	
MFG Kids-Time: Auswirkungen auf die Eltern	Julia Nesci	Masterarbeiten
MFG familiäre Gewalt in Mannheim als Ansatz der sozialen Arbeit	Elcin Ersoy	Bachelorarbeit

### c. Übersicht weiterführende Forschungsideen

Überblick über weiterführende Forschungsideen – Angaben aus der Fragebogenstudie	
Vermeidung von stationärer Unterbringung	Kompetenzerweiterung aller Familienmitglieder
Vorteile störungsspezifischer Gruppen	MFT in der Schule
Studien zu gemeinsamer Behandlung von psychisch Kranken, Nachkontrolle zur Effektivität	MFT als Baustein der AFT
Elternfragebögen, Kinderfragebögen, Interviews	MFT in Großfirmen
Kreativtherapie in der MFG	Katamnesestudien

MFT mit jungen Familien (Safe/Steep)	<b>Veraenderung der Familiendynamik/Symptomreduktion*</b>
MFT in Kombination mit SPFH-Klienten	PTSD Behandlung
Motivation zur Teilnahme von Multiproblemfamilien im Tagesgruppenkontext	MFT im multikulturellen Kontext (Asyl)
Einbezug/Befragung der Lehrenden	Evos/Exis im Einsatz in einer Gruppe
<b>Langzeitstudie zur Nachhaltigkeit*</b>	Wirksamkeit bei versch. Patientengruppen (z.B. Altersgruppen)
Wirksamkeit von Familienklassen	MFT bei Diabetes Typ 1
<b>Langzeitstudie zur Wirksamkeit*</b>	MFT und Adipositas im Kindesalter
<b>Wirkfaktoren der Methode*</b>	MFT vs Elternkurs in der Sozialpaediatric
Kosten, Return on Investment (ROI)	Rückwirkung auf Team/Organisation
Leitersituation unseres Eltern-Kind-Konzepts inklusive MFT mittels SNS (Synergetisches-Navigation-System)	

\*Mehrfachnennung

d. Flyer / Programm MFT-Fachtag

Prof. Dr. Andrea Goll-Kopka  
SRH Hochschule Heidelberg  
Andrea.Goll-Kopka@srh.de

Heidelberg im September 2018

**ERSTER (REGIONALER) FACHTAG ZU MEHRFAMILIENGRUPPEN (MFG) /  
MULTIFAMILIENTHERAPIE (MFT): UNTERSCHIEDE UND GEMEINSAMKEITEN DER  
VERSCHIEDENEN MFG / MFT ANSÄTZE**

**Termin und zeitlicher Rahmen:** Freitag, den 19. Oktober 2018 von 9.30 Uhr bis 15.30 Uhr

**ORT:** SRH Hochschule Heidelberg, Ludwig-Gutmannstrasse 6; Blauer Turm 10. Stock

**Anreise:** Straßenbahn Linie 5 (Richtung Mannheim) Haltestelle „SRH Campus“ / Buslinie 34/35 (Richtung Wieblingen) Haltestelle „Bonhoefferstraße“. Mit PKW: Tiefgarage gegenüber dem Turm

**Zielgruppe:** Fachinteressierte für Mehrfamiliengruppenarbeit und Studierende der SRH

**Anmeldung per Mail:** Bitte eine formlose Anmeldung an [Andrea.Goll-Kopka@srh.de](mailto:Andrea.Goll-Kopka@srh.de) Erfolgt keine Absage aufgrund von Raumkapazitäten, sind Sie gerne eingeladen.

**Geplanter Programmablauf:**

9.30 Uhr Ankommen mit Kaffee / Tee

10 Uhr: Begrüßung und kurze Einführung in die Thematik und in den Ablauf

10.15 Uhr bis 12.30 Uhr: Vorstellung der verschiedenen Ansätze der Mehrfamiliengruppenarbeit durch die verschiedenen Referierenden mit Nachfragen / Kommentaren durch das Publikum

12.30 Uhr bis 13.30 Uhr: Mittagspause – Möglichkeiten zum informellen Austausch

13.30 Uhr bis ca. 14.30 Uhr: Podiumsdiskussion aller Referierenden unter Einbezug des Publikums. Möglichkeiten zu thematischen Kleingruppen

Ca. 14.30 Uhr bis ca. 15 Uhr: Forschungsprojekte zu Mehrfamiliengruppen / Multifamilientherapie Bachelor – und Masterarbeiten des SRH Fachbereiches Soziale Arbeit

Ca. 15.00 Uhr bis ca. 15.30 Uhr: Austausch (in Kleingruppen) zu Wünschen oder Ideen zur Fortführung: z.B. Forschungsprojekte, weitere Treffen, thematisches Arbeiten, Anträge

15.30 Uhr: Abschluss und Dank

**Referierende:**

Sozialpädiatrisches Zentrum, Ludwigshafen: Dipl.-Psych. Gudrun Bohlender & Nicole Seebach

Kinder- und Jugendpsychiatrie & Psychotherapie, Klinikum Weissenhof: Dr. Tina Schlüter & Team

Multifamilientherapeutische Tagesgruppe Grundschule Pfefferwerk Berlin: Susanne Wengler, Leitung

AGFJ Familienhilfe-Stiftung: Karl-Heinz Münch, Leitung Regionalgruppe Mannheim

Multifamilienteam Ludwigshafen: Dipl.- Psych. Stefanie Brunschede, Dipl.-Psych. Ulrike Beck

Kids-Time, Norddeutschland – MFG mit psychisch kranken Eltern: Dipl.-Psych. Henner Spierling

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Uniklinik Magdeburg: Dr. Ulrike Röttger und Dr. Jeanette Schadow

Studierende des Bachelor- und Masterstudienganges der Sozialen Arbeit, SRH Hochschule Heidelberg

Spontan an dem Fachtag ergänzt durch FAN-FamilienANlauf e.V., Berlin – vertreten durch Frau Cornelia Adolf

- e. Originalfragebogen

**Fragebogen zur Studie „Überblick über die Multifamiliengruppenarbeit im deutschsprachigen Raum“. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Teil 1 – Praxis der Multifamiliengruppe in Ihrer Einrichtung

**1) Allgemeine Angaben zu Ihrer Einrichtung**      *\*\*\*Datenschutzbestimmungen siehe Rückseite*

- a. Name und Adresse der Einrichtung
- b. Ansprechpartner\*in der Einrichtung für MFG / Ihr Name:
- c. Zu welchem Kontext kann Ihre Einrichtung gezählt werden?
- Kinder- und Jugendhilfe
  - Klinischer Kontext
  - Familienklassenzimmer und Familienschule
  - Andere:
- Stationär       Teilstationär       Ambulant       Andere:

**2) Zu welchen Themen für welche Zielgruppen bietet Ihre Einrichtung MFGGruppen an?**

**3) Rahmenbedingungen Ihrer Multifamiliengruppen**

- a. Welche Berufsgruppen in welcher Funktion (Therapeut, Co-Therapeut, Vorbereitung der MFT, Unterstützung bei der Durchführung von Aufgaben etc.) sind an der Umsetzung der MFT beteiligt?
- b. Wie viele Personen sind im Schnitt an der Durchführung der MFG beteiligt?
- c. Wie sieht Ihr Finanzierungsmodell für die MFG aus?

**4) Auf welcher konzeptuellen Grundlage basiert die MFG in Ihrer Einrichtung?**  
(Therapiematerialien? Wesentliche Grundbausteine? Usw.)

## Teil 2 – Forschungsinteresse und mögliche Bereitschaft zum Mitwirken an Forschung

**1) Besteht in Ihrer Einrichtung prinzipiell Interesse an Forschung mitzuwirken?**

- Ja, abhängig von der Intensität
- Eher kein Interesse.

**2) Dürfen wir Sie bei möglichen Forschungsprojekten unverbindlich anschreiben?\*\*\* Siehe unten Datenschutzbestimmungen**

- Ja → Kontaktaufnahme unter: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner\*in: \_\_\_\_\_
- Nein

**3) Wurden bei Ihnen in der Einrichtung bereits Studien durchgeführt?**

- Ja, und zwar Folgende:
  - Publikationen / Abschlussarbeiten usw. mit folgenden Themen:
- Nein

**Welche eigene Forschungsideen oder Vorschläge haben Sie?**

---

**Welche Bedingungen / Erfahrungen aus Ihrem MFG-Arbeitsalltag, die wichtig zu wissen sind, haben Ihrer Meinung nach im Fragebogen gefehlt?**

**Welche Einrichtungen kennen Sie, die MFG anbieten und auf der Tagung (eventuell) nicht vertreten sind?**

**Kommentare, Anmerkungen oder Ergänzungen**

---

**\*\*\*Datenschutzbestimmungen:** Ihre Daten werden nur anonymisiert für einen allgemeinen Überblick für unsere Studienauswertung verwendet.

Falls Sie für eine Mitarbeit bei Studien kontaktiert werden wollen – benötigen wir hier nachfolgend eine Zustimmung per Unterschrift:

**Vielen herzlichen Dank für Ihr Mitwirken!**

## f. Literaturliste

- Asen, E., Scholz, M. (2015). *Praxis der Multifamilientherapie*. Carl Auer.
- Altmeyer, S. u. Hendrichke, A. (2012). *Einführung in die systemische Familienmedizin*. Carl Auer.
- Altmeyer, S. & Kröger, F. (2003b). *Theorie und Praxis der Systemischen Familienmedizin*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Aylward, G.P. (2009). Neonatology, Prematurity, and Developmental Issues. In: M.C. Roberts & R. G. Steele (Hrsg.), *Handbook of Pediatric Psychology* (4<sup>th</sup> ed., pp 241-253).
- Bleckwedel, J. (2008). *Systemische Therapie in Aktion. Kreative Methoden in der Arbeit mit Familien und Paaren*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dederich, M. (2007). *Körper, Kultur und Behinderung – eine Einführung in die Disability Studies*. Bielefeld: Transcript.
- Glueckauf R.L., Liss, H.J., McQuillen, D.E., Webb, P.M., Dairaghi, J., & Carter, C.B. (2002). Therapeutic alliance in family therapy for adolescents with epilepsy: An exploratory study. *The American Journal of Family Therapy*, 30 (2): 125-139.
- Goll-Kopka, A. (2009). Multifamilientherapie (MFT) mit Familien von entwicklungsbeeinträchtigten, chronisch kranken und behinderten Kindern: „Das Frankfurter MFT-Modell“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58: 716-732.
- Goll-Kopka, A. (2012b). Multifamiliengruppen als therapeutisches Angebot bei somatischer Erkrankung und Behinderung. Dissertationsschrift, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Goll-Kopka, A. & Born, A. (2018). Multifamiliengruppen als psychosoziales und kontextorientiertes Angebot bei somatischer Erkrankung und Behinderung. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 67: 568-586.
- Goldbeck, L. u. Babka, C. (2001). Development and evaluation of a multi-family psychoeducational program for cystic fibrosis. *Patient Education & Counseling*, 44 (2): 187-192.
- Gonzalez, S. u. Steinglass, P. (2002). Application of Multifamily Groups in Chronic Medical Disorders. In: Farlane, W.R. (2002), *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorder*. New York: Guilford. Pp 315-390.
- Kamtsiuris, P., Atzpodien, K., Ellert, U., Schlack, R. & Schlaud, M. (2007). Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 5/6, 686-699.
- Kazak, A. (2006). Pediatric Psychosocial Preventative Health Model (PPPHM): Research, practice, and collaboration in pediatric family systems medicine. *Families, Systems, & Health*, 24(4), 381–395.
- Kazak, A., Rourke M., Navsaria, N. (2009). Families and other systems in pediatric psychology. In: Roberts, M., Steele, R. (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology*. New York: Guilford Press. Pp 656-671.

- Keupp, H. (2003). Ressourcen als gesellschaftlich ungleich verteiltes Handlungspotential. In: H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (S. 555-573). Tübingen, DGVT-Verlag.
- Klinikum Weimar, 2017 – Forschungsprojekt FiSch: Familie in Schule. Erreichbar unter <http://www.fisch-online.info/forschung/index.html> (zuletzt aufgerufen am 27.11.2019).
- LaRoche, M.J., Koinis-Mitchell, D. u. Gualdrón, L. (2006). A culturally competent asthma management intervention: A randomized controlled pilot study. *Annals of Asthma & Immunology*, 96: 80-85.
- Lemmens, G., Eisler, I., Heireman, M., Van Houdenhove, B. u. Sabbe, B. (2005). Family discussion groups for patients with chronic pain: A pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 26, 21-32.
- Merrick, J. & Carmeli, E. (2003). A Review on the Prevalence of Disabilities in Children. The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology, 3 (1). Verfügbar unter: <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-pediatrics-and-neonatology/volume-3-number-1/a-review-on-the-prevalence-of-disabilities-in-children.html> (zuletzt aufgerufen am 27.11.2019).
- Oepen, J. (2011). Epidemiologie von chronischen Krankheiten. Vortrag gehalten bei der Tagung „Rehabilitation in der Kinder- und Jugendheilkunde“, Berchtesgaden, 14.01.2011. Verfügbar unter: [http://www.klinikschoensicht.de/de/pdf/Dr\\_J\\_Oepen\\_-\\_Epidemiologie\\_von\\_chronischen\\_Krankheiten.pdf](http://www.klinikschoensicht.de/de/pdf/Dr_J_Oepen_-_Epidemiologie_von_chronischen_Krankheiten.pdf) (zuletzt aufgerufen am 27.11.2019)
- Ollefs, B. u. von Schlippe, A. (2003). Der „Luftkurs“ – ein familienmedizinisches Angebot für Kinder und Jugendliche mit Asthma Bronchiale. In: Altmeyer, S. & Kröger, F.: *Theorie und Praxis der systemischen Familienmedizin: Vandenhoeck & Ruprecht*, 2003.
- Retzlaff, R. (2010). *Familien-Stärken. Resilienz, Behinderung und systemische Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Retzlaff, R. (2016). *Spiel-Räume – Lehrbuch der systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rieforth, J. & Graf, G. (2014). *Tiefenpsychologie trifft Systemtherapie: Eine besondere Begegnung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rolland, J.S. (2000). Krankheit und Behinderung in der Familie. Modell für ein integratives Behandlungskonzept. In F. Kröger, A. Hendrichke, & S. McDaniel (Hrsg.), *Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen* (S. 62-104). Heidelberg: Carl-Auer.
- Scheidt-Nave, C., Ellert, U., Thyen, U. & Schlaud, M. (2007). Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 5/6, pp 750-756.

- Spierling, K.H. (2017). Multifamilienarbeit in der Komplexbehandlung von Jugendlichen mit Diabetes Mellitus Typ 1. In: Asen, E., Scholz, M. (2017, in Druck). Handbuch der Multifamilientherapie.
- Sprenkle, D.H. & Piercy, F.P. (2005). Research methods in Family Therapy (2nd Ed.). New York: Guilford Press.
- Strassmann, B. (2012, 26.01.). Im Überleben allein gelassen. *DIE ZEIT*, S. 29-30.
- Theiling, S. & von Schlippe, A. (2003). Diabetesbetreuung bei Kindern und Jugendlichen nach systemisch-familienmedizinischem Konzept. In: Altmeyer, S. & Kröger, F. (Hrsg.) (2003): Systemische Familienmedizin. Göttingen, S.163-182.
- Ummenhofer, A., Kessler, E. (2006). Stationäre Eltern-Kind herapie. Ein Behandlungsangebot für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. In R. Franck (Hrsg.), *Geistige Behinderung. Verhaltensmuster und Verhaltensauffälligkeiten* (S. 206-230). Freiburg: Lambertus.
- Wamboldt, M.Z. & Levin, L. (1995). Utility of multifamily psychoeducational groups for medically ill children and adolescents. *Family Systems Medicine*, 13 (2), 151-16.
- Ward, C.D., Smith, A., James, H., Novelle, L. u. Bruder, M. (2011). Using systemic approaches, methods and techniques in rehabilitation medicine. *Clinical Rehabilitation*, 2011, Jan 25 (1), 3-13.
- Wilson, D.K. & Lawman, H.G. (2009). Health Promotion in Children and Adolescents: An Integration of the Biopsychosocial Model and Ecological Approaches to Behavior Change. In: M.C. Roberts & R.G. Steele (Hrsg.), *Handbook of Pediatric Psychology* (4<sup>th</sup> ed., S. 603-617). New York: Guilford Press.