

## **SYMPA: Vorschau auf ein Großexperiment zur systemischen Therapie und Forschung in der Akutpsychiatrie**

Jochen Schweitzer, Heidelberg; Hugo Grünwald, Zürich

Unter Mitarbeit von Christina Pieper, Wunstorf; Wolfgang Möller, Paderborn; Dieter Schmitz, Gummersbach; Kai v. Massenbach, Zürich; Elisabeth Nicolai, Heidelberg; Jimena Bernales, Heidelberg

### **Zusammenfassung**

Das SYMPA-Projekt („Systemtherapeutische Methoden psychiatrischer Akutversorgung“) will systemische Therapie als alltagstaugliches Rahmenkonzept akutpsychiatrischer Behandlung, unter starker Beteiligung der Pflege, in drei psychiatrischen Krankenhäusern implementieren. Zudem will es, mit der voraussichtlich bislang größten Outcome-Studie zur systemischen Therapie im deutschen Sprachraum, die Wirksamkeit systemtherapeutischer Methoden in der Akutpsychiatrie, in einem Prä-Post/add-on-Design mit etablierten Erhebungsinstrumenten wissenschaftlich überprüfen. Der Aufsatz schildert die Philosophie und die genaue Planung dieses komplexen Multicenter-Projektes, das im Herbst 2002 mit seiner Arbeit begonnen hat.

### **Summary**

The SYMPA-Project („Systems therapy methods in acute psychiatry care) intends to implement systemic therapy as a framing concept for acute, every-day psychiatric treatment in three psychiatric hospitals in Germany. Nursing staff will play a key role in this project. The project will be evaluated by an outcome study, probably the biggest one on systemic therapy in Germany until now. The effectiveness of systems therapy methods in acute psychiatry will be tested within a pre-post/ add-on design using well-established questionnaires and rating scales. The article describes the philosophy and the exact schedule and methods of this complex multi-center-project, which has started his work in the fall of 2002.

### **1. Zielsetzung**

Wir wollen in mehreren psychiatrischen Fachkrankenhäusern erproben, eine umfassende systemisch-familienorientierte Behandlung psychiatrischer Patienten als umfassendes Standardangebot zu etablieren und zu evaluieren. Dabei soll untersucht werden,

- wie systemische Gesprächs- und Verhandlungskulturen unkompliziert, zeitökonomisch, und kooperationserleichternd in den klinischen Alltagsprozeduren verankert werden können (die Organisationsentwicklungs-Perspektive)
- wie sich als Outcome die Qualität der Versorgung für Patienten und Angehörige sowie die Qualität der Arbeitssituation der Mitarbeiter dabei verändern (die Evaluations-Perspektive)

Kernstück des Projektes ist eine doppelte, gleichzeitige Intervention in den beteiligten Krankenhäusern:

- eine Veränderung der Behandlungs-Routinen im Sinne des systemisch-familienpsychiatrischen Ansatzes
- ein Training aller Stationsmitarbeiter, dabei besonders auch der der Pflege, in systemischem Krankheitsverständnis und systemischer Gesprächsführung

Diese doppelte Intervention beruht auf zwei Einschätzungen:

- dass die gesamte Entwicklung des Gesundheitswesens hin zu Behandlungsnetzen statt Einzelanbietern es nahe legt, lieber komplexe Behandlungssysteme statt allzu spezialisierte Einzelinterventionen als bedeutsame Interventions- und Forschungseinheiten zu betrachten.
- dass die systemische Therapie für die weitere Entwicklung der Psychiatrie wahrscheinlich als integrierende Gesamtbehandlungs-Perspektive, in die Maßnahmen anderer Therapieschulen gut eingebunden werden können, noch bedeutsamer sein wird denn als störungsspezifische Einzelintervention.

Was diese doppelte Intervention bewirkt, soll in einer kontrollierten Programmevaluation untersucht werden.

Von dem Projekt erhoffen wir uns als Nutzen:

- für die Psychiatrie-Praxis eine gleichzeitige Verbesserung der Ergebnisqualität psychiatrischer Behandlungen für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter. Besonders für die üblicherweise weniger beachteten Interessenlagen der Angehörigen und der Mitarbeiter erwarten wir neue, nützliche Erkenntnisse. Die ungewöhnlich prominente Rolle der Pflegemitarbeiter in diesem Projekt anerkennt und nutzt deren hohe Bedeutsamkeit in psychiatrischen Kliniken.
- für die psychiatrisch-psychotherapeutische Forschung den Beleg einer breiten Systemwirksamkeit des systemisch-familienpsychiatrischen Ansatzes – in unterschiedlichen Krankenhäusern; für unterschiedliche akutpsychiatrische Symptome; für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter.

## **2. Design und Zeitplan des Interventions-Experiments**

### **2.1 Zu den wesentlichen Design-Elementen gehören**

- ein kontrolliertes „add-on“ Prä-Post-Design: Die Phasen vor und nach einer Intervention (familienpsychiatrische Reorganisation der Behandlungspraktiken und systemische Weiterbildung aller Stationsmitarbeiter) werden daraufhin verglichen, ob die Behandlungsergebnisse und die Mitarbeitersituation sich verbessern. Weitere Umgebungsveränderungen, die eventuelle Qualitätsverbesserungen zusätzlich bedingen könnten, werden systematisch erfasst.
- vorwiegend standardisierte, teils selbstentwickelte Forschungsinstrumente: Durch standardisierte Erhebungsinstrumente sollen die Ergebnisse systemisch-familienpsychiatrischer Behandlung mit denen anderer Therapieansätze vergleichbar

gemacht werden. Nur in der Handlungsforschung sollen durch selbstentwickelte Erhebungsinstrumente die qualitativen Prozessveränderungen auf den Stationen abgebildet werden.

## **2.2 Zeitplan**

Die folgenden Phasen sollen aufeinander folgen:

**Phase 1:** Vorlauf - Vorstellung und Diskussion des Konzeptes in den Kliniken  
*(Zeitraum: ein halbes Jahr ( Monat 1-6) Mai bis Oktober 2002*

**Phase 2:** Bestandsaufnahme vor der Intervention („Baseline“)  
*Zeitraum: ein dreiviertel Jahr, (Monat 8-17), Nov. 2002 bis Juli 2003)*

In der gesamten Klinik wird vor Beginn des Großexperiments ermittelt:

- Praxis der Familienarbeit sowie der Gesprächs- und Verhandlungskulturen
- der subjektive Bedarf aller Beteiligten nach familienorientierten Interventionen
- die Ergebnisqualität aller Behandlungen in diesem Zeitraum
- Mitarbeiterdaten (Betriebsklima, Zufriedenheit, Gesundheit/ Belastung etc.)

**Phase 3:** Intensivtraining und Reorganisation der Behandlungspraktiken“  
*Zeitraum: ein Jahr (Monat 19-30), September 2003 bis August 2004*

Intensivtraining aller Mitarbeiter in systemischem Denken über psychiatrische Symptome, in systemischer Beratung psychiatrischer Patienten, in der Führung systemischer Familiengespräche

- beteiligt: alle ärztlichen, psychosozialen und pflegerischen Mitarbeiter, soweit interessiert (keine Verpflichtung, aber Freistellung hierzu)
- gemeinsame Fortbildung für alle drei Kliniken; aufgrund Zeitmanagement-Erfordernissen in zwei zeitversetzten Parallelkursen
- organisationale Verankerung systemischer Familiengespräche im Klinikalltag: Schritt für Schritt im Anschluss an jede Weiterbildung, begleitet durch Fallsupervision in den Kliniken

**Phase 4:** Untersuchung der Veränderungen nach der Intervention -  
Durchführung und Evaluation systemisch-familienpsychiatrischer  
Behandlungspraxis  
*Zeitraum: 9 Monate (31.-39. Monat), September 2004-Mai 2005*

Auf den Stationen wird wie vor Beginn der Intervention ermittelt:

- Praxis der Familienarbeit sowie der Gesprächs- und Verhandlungskulturen jetzt
- Bewertung der neuen Praxis durch alle Beteiligten
- die Ergebnisqualität aller (oder der meisten) Behandlungen in diesem Zeitraum.  
Erhebungszeitpunkt: Beginn vs. Ende stationäre Behandlung
- Mitarbeiterdaten (Betriebsklima, Zufriedenheit, Gesundheit/ Belastung etc.)

**Phase 5:** Datenauswertung, Interpretation, Publikationen; Vorbereitung einer Katamnese  
*Zeitraum: 11 Monate ( 40.-51. Monat) Juni 2005 bis April 2006*

Nicht hier mit beantragt, aber außerhalb dieses Projektes später ins Auge gefasst ist eine kleinere Nachuntersuchung zwei Jahre nach Ende der Intervention

- Katamnese einer Zufallsauswahl der Behandlungen; (mind. N= 30 Patienten)
- Katamnese Mitarbeiterdaten (Betriebsklima, Zufriedenheit, Gesundheit/ Belastung etc.)
- Prüfung der "Nachhaltigkeit" der Implementation der systemisch- familienpsychiatrischen Behandlung auf den Stationen sowie eventueller „Ausbreitungseffekte“

### Die Zeitplanung im Überblick

Phase	Titel der Phase	Dauer in Monaten	Projektmonate	Jahr
1	Vorstellung/ Diskussion in den Kliniken/ Ratertraining	7	1.-6.	Mai – Oktober 2002
2.	Bestandsaufnahme vor der Intervention („Baseline“)	9	8.-16.	November 2002 – Juli 2003
3.	Intensivtraining und Reorganisation	12	18.-29.	September 2003 – August 2004
4.	Durchführung und Evaluation systemisch-familien-psychiatrischer Behandlungspraxis	9	30.-38.	September 2004 – Mai 2005
5.	Auswertung, Abschlussbericht, Publikationen. Planung einer Zwei-Jahres-Katamnesestudie, die gesondert beantragt wird.	11	39.-49.	Juni 2005 – April 2006

### 3. Wie soll die Verankerung systemischer Familienorientierung als psychiatrisches Standardangebot in der Praxis aussehen?

#### 3.1 Familiengespräche

- (1) „*Familiengespräche*“: wir sprechen grundsätzlich von "Familiengesprächen", nicht von "Familietherapie", um sprachlich eine Pathologisierung der Familie zu vermeiden. Ergänzend zu Familiengesprächen können andere systemische Reflexionssettings angeboten werden: Angehörigenvisite, Kooperationsgespräche, Reflecting Families etc.
- (2) *Familiengespräche "ohne großen Bahnhof"*: Familiengespräche mit großem Aufwand (Einwegscheibe, Video, Team oder Co-Therapie) sollen für wenige besonders wichtige oder schwierige Gespräche reserviert werden. "Regelgespräche" hingegen können von einem Mitarbeiter in einem normalen Sprech- und Arbeitszimmer, ohne Kollegen, in 30-60 Minuten geführt werden, sollen aber nach einem vorgegebenen Schema dokumentiert werden.
- (3) *Aktives Angebot eines Familiengesprächs bei allen Neuaufnahmen*: Die Einrichtung bietet von sich aus aktiv bei jeder Neuaufnahme ein (evtl. kurzes) Familienerstgespräch an. Ziel: familiäre Situation kennen lernen, familiäre

Unterstützungsmöglichkeiten nutzen, familiäre Behandlungswiderstände frühzeitig einplanen.

- (4) *Spezielle Angehörigensprechstunde*,  
in der die Angehörigen *ihre* Sorgen loswerden und klären können, auch wenn der Patient den Kontakt ablehnt - im Regelfall mit einem anderen Mitarbeiter als dem Behandler.
- (5) *Ganz unterschiedliche Familienberatungsverläufe nach dem anfänglichen Angebot*:  
Wenn diese begeistert aufgegriffen wird, entwickelt sich eine „Familienberatung mit Kunden“ im de Shazer´schen Sinne. Wenn den Behandlern zuliebe eine eher passive Mitmachbereitschaft entsteht, wird ein „familiendiagnostisches Gespräch“ geführt, dass den Behandlern ihre Arbeit erleichtern soll. Wenn ein Familiengespräch aktiv abgelehnt wird und daher nicht zustande kommt, gibt es stattdessen systemische Einzelgespräche ("Familiengespräch ohne Familie").
- (6) *Manualisierung dieses Vorgehens in einem Ablaufplan*
  - (1) Angebot Familiengespräch an alle Neuaufgenommenen
  - (2) Wenn nein: Einzelgespräch über das „Warum nicht?“
  - (3) Wenn ja: Erstes Familiengespräch, ca. 45 Minuten: Problemmuster, Auftragslage, Genogramm, Verabredung eines weiteren Gesprächs?
- (7) *Ein fester Platz im Wochenplan*: Familienorientierte Aktivitäten sollten so wie Visiten, Gruppentherapien, Arbeitstherapie etc. einen festen Platz im Wochenplan bekommen - z.B. 2 mal wöchentlich nachmittags im Zeitfenster 15-18 Uhr.
- (8) *Ein fester Platz in der Akte*: Als Routineeintrag sollte ein Genogramm mit den verfügbaren Familieninformationen sowie ein Kurzprotokoll des ersten Familiengesprächs in jeder Akte liegen.
- (9) *Öffentlichkeitsarbeit*: über die Zeitungen, bei Tagen der offenen Tür, im Kontakt mit Angehörigen- und Betroffenenverbänden kann ein solches systemisch-familienpsychiatrisches Angebot aktiv bekannt gemacht werden.

### **3.2 Kommunikation über Patienten auf Station**

- (1) *In Fallbesprechungen: Patienten und Angehörige als Supervisoren der Behandler*.  
Patienten (häufiger) und Angehörige (seltener) werden als Gäste zu Fallbesprechungen eingeladen. Sie verfolgen zunächst zuhörend und kommentieren abschließend aus ihrer Sicht, inwieweit sie das Fallverständnis richtig und die beschlossene Vorgehensweise sinnvoll finden. Dies wird erhebliche Auswirkungen auf die patientenbezogene Kommunikationsstile in der Klinik haben.
- (2) *Arztbriefe: Patienten und Angehörige lesen und kommentieren Arztbrief über sich*.  
Der Arztbrief wird im Entlassungsgespräch zumindest den Patienten, idealerweise auch den Angehörigen noch kurz zum Lesen gegeben; sie können Zustimmung oder Protest gegen einzelne Passagen äußern.

### **3.3 Kommunikation mit Patienten (und Angehörigen) in kritischen Situationen**

- (1) *Verhandeln über Dosierung und Dauer der Medikation:* Die Wünsche und Antipathien der Patienten (ggf. der Angehörigen) hinsichtlich Psychopharmaka werden erfragt. Im Konfliktfall zwischen ärztlicher Indikation und Patientenwunsch werden zeitlich befristete Erprobungszeiten einer Medikation mit gemeinsamer Auswertung verabredet. Neben der Basismedikation wird auch über Bedarfsmedikation in Situationen besonderer Erregung mit dem Patienten schon vorab verhandelt. Hierzu wird das Pflegepersonal einbezogen, um dessen Sicherheitsbedürfnisse angemessen zu berücksichtigen.
- (2) *Verhandeln über Freiheitsbeschränkungen:* Den Patienten wird das stationäre Regelwerk verdeutlicht, innerhalb dessen selbst- oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen zu Freiheitsbeschränkungen (Beschränkung von Ausgang oder Wochenendbeurlaubung, in extremeren Fällen Fixierung und Zwangsbehandlung) und innerhalb dessen verschiedene Formen der Nichtkooperation zu Verlegung oder Entlassung führen würden. Es wird mit ihm besprochen, was er, seine Angehörigen, die Mitarbeiter beitragen können zu möglichst wenig unerwünschten Einschränkungen.
- (3) *Verhandeln über evtl. Wiederaufnahme und Behandlungsverträge:* Vor Entlassung wird mit solchen Patienten, die häufig akut erregt wiederaufgenommen werden, besprochen, wie sie in einer künftigen neuen Akutsituation behandelt werden. Dies wird auch vertraglich festgelegt.

## **4. Wie soll die Intervention in den Kliniken aussehen?**

### **4.1 Systemische Weiterbildung**

Für alle sechs Stationen der drei Kliniken gemeinsam soll über ein Jahr eine Kurzweiterbildung von insgesamt 12 ganzen Tagen in systemischem und familiendynamischem Denken, speziell Krankheitsverständnis, und systemischer Gesprächsführung, spez. Familien- und Einzelgespräche angeboten werden. Diese wird allen Stationsmitarbeitern, insbes. auch in der Pflege angeboten.

Das Training in der Weiterbildung wird geplant und koordiniert von Dr. Elisabeth Nicolai. Feste Trainer sind Dr. Elisabeth Nicolai, Heidelberg (2 Gruppen), Dr. Ulrike Borst, Konstanz/Meilen (1 Gruppe), Prof. Dr. Jochen Schweitzer, Heidelberg (1 Gruppe).

Die fortlaufende Supervision, ab Beginn der Weiterbildung und zumindest durch die Phase 4 hindurch, soll von erfahrenen Klinikmitarbeitern oder (wenn vorhanden) durch von den Kliniken bezahlte externe Supervisoren, im 14-tägigen Rhythmus, angeboten werden.

Angesichts der hohen Personalfuktuation bes. bei Assistenzärzten und in der Pflege sind 2 weitere Vertiefungsveranstaltungen a drei Tage nach dem Weiterbildungsjahr in den 9 Monaten der Phase 4 eingeplant.

## 4.2 Systemisch-familienpsychiatrische Reorganisation von Behandlungsprozeduren

Die im 3. Abschnitt beschriebenen Vorgehensweisen sollen in Schritten, beginnend mit dem Weiterbildungsblock, in dem sie erstmals vermittelt werden, in enger Diskussion mit allen Beteiligten allmählich im Verlauf eines Jahres eingeführt und erprobt werden. Es ist damit zu rechnen, dass die konkreten Formen sich in den Kliniken unterschiedlich entwickeln werden. Beachtet werden müssen dabei als methodische Prinzipien:

- Auf Basis mehrerer bereits verfasster Artikel über das erste OE-Projekt 1997-2000 wird von den TrainerInnen ein Rahmenmanual erstellt.
- Dieses wird allen Mitarbeitern intensiv vorgestellt, einzelne Elemente in Rollenspielen demonstriert.
- Die Weiterbildung wird in Teilen wesentlich auch zur Einübung der neuen Behandlungsprozeduren genutzt.
- Alle Neuerungen müssen so gestaltet werden, dass sie auch für die Mitarbeiter einen Gewinn abwerfen –z.B. in Form von Arbeitserleichterung, niedrigerer Konfliktspannung auf Station, interessanterer Tätigkeit, Spaß im Team o.ä. In der Baselineuntersuchung müssen daher von der systemischen Handlungsforscherin (Frau Dr. Nicolai) die Interessenlagen, Konfliktsituationen, Veränderungserwartungen auf den einzelnen beteiligten Stationen sorgfältig erfasst und in die Planungen einbezogen werden.

## 5. Forschung

### 5.1 Grundsätzlich

Geplant ist eine *Programmevaluation*: nicht eine einzelne Maßnahme bei einzelnen Patientengruppen (z.B. „systemische Therapie bei Psychosen“), sondern ein ganzes Komplexprogramm bei unterschiedlichen Symptomgruppen soll evaluiert werden.

Zwei Forschungsansätze sollen miteinander kombiniert werden:

- (1) *Systemische Handlungsforschung*: Analyse der Rahmenbedingungen, der Prozesse und des Umfangs, in dem die flächendeckende Einführung systemisch-familienorientierter Praktiken gelingt oder scheitert. Erhebungsmethoden sind teilnehmende Beobachtung, Interviews, Sammlung nonreaktiver Daten. Mit diesem Ansatz soll auch *Implementationsforschung* geleistet werden: was wird überhaupt tatsächlich neu eingeführt/ verändert?
- (2) *Ergebnisforschung*: was springt dann für die beteiligten Patienten, Angehörigen, Mitarbeiter und Institutionen schlussendlich dabei heraus. Dazu dient *Quantitative Outcome-Forschung* mit Fragebögen, Fremdratings und non-reaktiven Daten

### 5.2 Handlungs- und Implementationsforschung

Die systemische Handlungsforschung und die Implementationsforschung soll aufbauen auf den Ergebnissen des Projektes „Systemische Organisationsentwicklung in psychiatrischen Einrichtungen“, in dem wir 1997-2000 mit Förderung der Stiftung Bildung und Behindertenförderung Beobachtungs-, Reflexions- und Interventionsverfahren für psychiatrische Einrichtungen entwickelt haben.

Forschungsaufgaben der Handlungs- und Implementationsforschung in diesem Projekt sind in der Baseline-Erhebung vor der Intervention:

- die Praxis der Familienarbeit sowie der Gesprächs- und Verhandlungskulturen genau zu beschreiben
- den subjektiven Bedarf aller Beteiligten danach zu ermitteln
- Daten zur Arbeitersituation zu erheben (Betriebsklima, Zufriedenheit, Gesundheit/ Belastung etc.)

In der Interventionsphase soll die Rezeption der Intervention, die von ihr ausgelösten sozialen Prozesse, eventuelle Widerstände, Pros und Contras beobachtet werden und im Sinne des Handlungsforschungsansatzes an die Stationen zurückgemeldet und mit ihnen diskutiert werden.

In der Veränderungsuntersuchung nach der Intervention steht an:

- die Praxis der Familienarbeit sowie der Gesprächs- und Verhandlungskulturen zu erheben: wird jetzt anders gearbeitet?
- die Bewertung der neuen Praxis durch alle Beteiligten zu ermitteln: Wie schätzen Mitarbeiter, Patienten und Angehörige die neuen Arbeitsformen?
- Qualitative Daten (Interviews) zur Arbeitersituation zu erheben: Betriebsklima, Zufriedenheit, Gesundheit/ Belastung

In der Nachuntersuchung (nicht in diesem Projekt mit beantragt) wird es um die Prüfung der "Nachhaltigkeit" der Implementation der systemisch- familienpsychiatrischen Behandlung auf den Stationen sowie eventueller „Ausbreitungseffekte“ auf andere Stationen gehen.

Neben qualitativen Prozessbeschreibungen sollen einige wichtige Veränderungs-Indikatoren auch quantitativ erfasst und mit den Outcomedaten korreliert werden.

### **5.3 Outcomeforschung**

Die Outcomeforschung soll in einem Prä-Post-Design („add-on-Design“) multizentrisch an mehreren Kliniken durchgeführt werden. Dabei müssen die Behandlungsergebnisse in den beiden Phasen vor und nach der Intervention mit je zwei Erhebungszeitpunkten pro Behandlungsepisode untersucht werden – also das Befinden zu Beginn der stationären Therapie mit dem Befinden am Ende der stationären Therapie verglichen werden.

#### **5.3.1 Behandlungsergebnisse - Patienten- und Angehörige**

##### **Stichprobe:**

Alle Patienten auf Station, die

- zu den „großen Diagnosegruppen“ gehören (schizophrene Psychosen; affektive Psychosen; Demenzen; Persönlichkeitsstörungen; akute Anpassungs- und Konfliktreaktionen, Depressionen)
- mindestens 3 Tage lang auf Station sind
- hinreichend deutsch sprechen und verstehen
- zur Mitarbeit bereit sind

Erwartet haben wir, bei einer angenommenen Rücklaufquote vollständig auswertbarer Fragebögen von 50% in beiden Erhebungsphasen, als Schätzwert jeweils 520 Patienten und deren Angehörige. Erste Erfahrungen zeigen, dass aufgrund hoher Quoten zwangsuntergebrachter und daher nicht kooperationsbereiter, sowie des Deutschen nicht mächtiger Patienten diese Zahl niedriger liegen wird. Dennoch dürfte es sich bei dieser Studie um die bislang größte Outcome-Studie zur systemischen Therapie im deutschen Sprachraum handeln. Diese Stichprobengröße erlaubt auch getrennte Berechnungen für die großen Diagnosegruppen, zumindest für schizophrene Psychosen sowie für majore und minore Depressionen.

### **Erhebungsinstrumente:**

Grundsätzlich:

- Es soll die Verbesserung des Wohlbefindens sowohl bei Patienten als auch bei deren nächstem Angehörigen untersucht werden, letzteres um der besonderen Angehörigenorientierung des Projektes gerecht zu werden.
- Da ein hoher Prozentsatz (geschätzt 10-50%) allgemeinspsychiatrischer Patienten zum Ausfüllen von Fragebögen im akuten Zustand nicht in der Lage ist, muss Selbsteinschätzung durch Fremdeinschätzung ergänzt werden. Diese wird am besten durch die behandelnden TherapeutInnen und PflegemitarbeiterInnen gemacht, wobei ein Ratertraining erforderlich ist. Die drei neben der BADO empfohlenen Fremdeinschätzungsbögen sind sehr zeitökonomisch (zusammen fünf Minuten je Patient).

### **Selbsteinschätzungen der Patienten und Angehörigen:**

- Psychopathologische Symptomatik des Patienten und seiner Angehörigen durch die Kurzversion „Brief Symptom Inventory“ - BSI (BSI, Franke et al.) der „Symptom Check List“ (SCL-90, Derogatis et al.)
- Lebensqualität des Patienten und seiner Angehörigen (WHO-QoL, Deutsche Fassung: Angermayer et al.)
- Interpersonelle Probleme aus Sicht des Patienten und seiner Angehörigen (IIP-D von Horowitz und Korody)

### **Fremdeinschätzungen durch behandelnden Therapeut:**

- BADO (Basisdokumentation; Koordination der vor Ort bereits genutzten Basisdokumentationssysteme)
- BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)
- GARF (Global Assessment of Relationship Functioning)  
GAF (Global Assessment of Functioning)?

### **Fremdeinschätzung durch Pflege:**

- Fähigkeits-/Beeinträchtigungs-Score (FAE/BE) nach Kauder et al.  
(bei Pflegemitarbeitern sehr beliebt)

### **Non-reaktive Maße:**

- (Als Maß für weniger Zwangscharakter der Behandlung): Anteil Behandlungen, bei denen jenseits des dritten Tages noch ein richterlicher Behandlungszwang besteht
- (Als Maß für höhere Zeitökonomie der Behandlung): Krankenhaustage je Aufnahme und Wiederaufnahmequote, kombiniert betrachtet
- (Als Maß für einen verbesserten Rehabilitationseffekt): Empfehlungen bei Entlassung über Grad der Arbeitsfähigkeit sowie über Umfang empfohlener Nachbehandlung

### **5.3.2 Mitarbeiterbefragung**

#### **Stichprobe**

Hier genügt eine je einmalige Datenerfassung in den drei Phasen: vor der Intervention; nach der Intervention; (ebenso später: zur Katamnese).

Mitarbeiter pro Station durchschnittlich: ca. 15 Mitarbeiter  
x 6 Stationen: ca. 90 Mitarbeiter

#### **Erhebungsinstrumente:**

Zielvariablen sind: Betriebs-/Teamklima, Arbeitszufriedenheit, Gesundheit/ Belastung am Arbeitsplatz.

- Instrument zur Teamarbeitsqualität: Team-Klima-Inventar, deutsche Fassung von Müller u. Bierhoff
- Instrument zum persönlichen Wohlergehen: Maslach Burnout Inventory, deutsche Fassung von Büssing u. Perrar

**Nonreaktive Maße:** Kündigungsrate und Krankenfehltag der Mitarbeiter im Vergleich der beiden Erhebungszeiträume;

## **6. Welche Voraussetzungen erfüllen die am Projekt beteiligten Kliniken?**

- (1) ChefärztIn/ Chefarzt hat selbst eine systemische Weiterbildung absolviert und ist aktiv interessiert an der Veränderung klinischer Routineprozeduren.
- (2) In der Gesamtklinik gibt es eine bereits vorhandene „kritische Initial-Masse“ systemisch vorgebildeter und engagierter Mitarbeiter, die als Multiplikatoren wirken können.
- (3) Projektkoordinator: unterhalb der Chefarzzebene findet sich eine kliniksinterne ProjektkoordinatorIn mit eigener Projektmotivation
- (4) Die Klinik stellt Zeit-Ressourcen zur Verfügung. Sie gibt allen Stationsmitarbeitern die Zeit für insgesamt 18 Tage systemische Weiterbildung sowie für fortlaufende systemische Supervision. Sie stellt den Projektkoordinator mit wöchentlich einem ganzen Arbeitstag für dieses Projekt frei. Dieser überwacht insbesondere die Implementation der vorgesehenen Kliniksroutine-Veränderungen sowie die Verlässlichkeit der Datenerhebung. Die Klinik gibt Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern Zeit und Raum für das Ausfüllen von Erhebungsinstrumenten.

## **7. Was bekommen die Kliniken „von außen geboten“?**

- (1) 6 x 3 Tage systemische Weiterbildung im Stil eines Grundkurses des Heidelberger Helm Stierlin Instituts, durch Dozenten aus Heidelberg und Meilen/ Zürich, für alle im Projekt beteiligten Stationen. Angesichts der hohen Personalfluktuations durch Schichtdienst, Krankheitsausfälle und Vertretungen wird die Weiterbildung in zwei Parallelkursen mit je zwei Gruppen von ca. 24 Teilnehmern angeboten. Vermittelt werden die Grundthemen systemischer Therapie (Auftragsklärung/ Kundenorientierung; zirkuläres Denken, Fragen, Hypothesenbilden; positives Umdeuten von Symptomen; Systemische Selbstreflexion incl. Reflecting Team). Zusätzlich werden die neu einzuführenden psychiatriespezifischen Interventionsformen vorgestellt und eingeübt. Die Weiterbildung erfolgt überregional für alle drei Kliniken – im Wechsel an jeder der drei Kliniken für Mitarbeiter aller drei Kliniken.
- (2) Fortlaufende Beratung der klinikinternen Supervisoren, der Projektkoordinatoren und beteiligten Stationen beim Implementationsprozess durch das Heidelberger Projektbüro, telefonisch sowie durch regelmäßige Besuche in den Kliniken
- (3) monatliche Telefonkonferenzen und etwa vierteljährliche Projekttreffen, bei denen Klinikprojektteams und Forscherteams die im Prozess auftretenden Probleme besprechen und zu lösen versuchen.
- (4) Als Ergebnis der Outcomeforschung eine Dokumentation ihrer Ergebnisse, die sie als eigene Leistungsdokumentation gegenüber Trägern etc. verwenden können.

## **8. Teilnehmende Psychiatrische Kliniken sind:**

- Kreiskrankenhaus Gummersbach bei Köln  
(Leitende Ärztin: Dr. Beate Baumgarte; Projektkoordinator: Oberarzt Dieter Schmitz)
- Landeskrankenhaus Wunstorf bei Hannover  
(Leitende Ärztin Dr. Cornelia Oestereich; Projektkoordinatorin: Christina Pieper, Qualitätsmanagerin)
- Psychiatrisches Zentrum Paderborn  
(Leitender Arzt: Dr. Bernward Vieten, Projektkoordinator: Dipl. Päd. Wolfgang Möller).

## **9. Das Wissenschaftler-Team besteht aus:**

- Prof. Dr. Jochen Schweitzer, Abt. Medizinische Psychologie der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg sowie Helm Stierlin Institut Heidelberg: Gesamtleitung des Projekts
- Prof. Dr. Hugo Grünwald, Abt. Evaluation und Qualitätssicherung Hochschule für Angewandte Psychologie (HAP) Zürich,: Leitung der Outcome-Forschung
- Dr. Kai v.Massenbach, HAP Zürich: Datenplanung und Datenauswertung
- Dipl.-Psych. Jimena Bernales, Universität Heidelberg: Datencontrolling und Dateneingabe
- Dr. Elisabeth Nicolai, Universität Heidelberg: Handlungsforschung

## 10. Vorarbeiten

- Zur systemischen Handlungs- und Implementationsforschung:  
Projekt „Systemische Organisationsentwicklung in psychiatrischen Einrichtungen“ (Projektleiter: J. Schweitzer, G. Weber; gefördert durch Stiftung für Bildung und Behindertenförderung Stuttgart 1997-2000)
- Zur Outcomeforschung systemischer Therapie:  
Mehrere Projekte von H. Grünwald und K. v. Massenbach in der Schweiz: „Outcome psychiatrischer Behandlungen“ (Winterthur-Projekt, läuft); Outcome systemtherapeutischer Behandlung (Brig-Projekt, abgeschlossen); Outcome ambulanter systemischer Therapien (im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft für Systemische Therapie, abgeschlossen)

## 10. Projektförderung:

Das Projekt wird von der Stiftung für Bildung und Behindertenförderung, Stuttgart, mit insgesamt 299.105 Euro gefördert. Wir suchen noch eine zusätzliche Förderung für eine Zwei-Jahres-Katamnese, die mit den bisherigen Mitteln (noch) nicht möglich ist. Denn es ist wahrscheinlich, dass systemische Therapie, auch in der Akutpsychiatrie, katamnestic noch bessere Ergebnisse erbringt als unmittelbar am Ende des stationären Aufenthaltes.

### Verfasser:

Prof. Dr. Jochen Schweitzer, Abt. Medizinische Psychologie der Psychosomatischen Universitätsklinik, Bergheimer Str. 20, 69115 Heidelberg. E-mail: [Jochen\\_Schweitzer-Rothers@med.uni-heidelberg.de](mailto:Jochen_Schweitzer-Rothers@med.uni-heidelberg.de)

Prof. Dr. Hugo Grünwald, Hochschule für Angewandte Psychologie Zürich, Minervastr. 30, CH-8032 Zürich, e-mail: [hgruenwald@fh-psy.ch](mailto:hgruenwald@fh-psy.ch)

### Literatur

- Aktion Psychisch Kranke (1996): Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Projekt 1994-96. Bonn: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 74
- U. Borst, P. Werther (1999): Schizophrenie-Patienten: Opfer, Kunden oder Mit-Täter der Behandlung? Qualitätsmanagement im Klinikalltag. Schizophrenie – Mitteilungsorgan der gfts 14: 7-12
- H.S. Grünwald, U. Hegemann, T. Eggel, L. Anthienen (1999): Ergebnisqualität systemischer Therapie. System Familie 12:17-24
- H. Grünwald, L. Anthienen (1997): Qualitätssicherung in der ambulanten Psychiatrie: Ein Praxismodell am Psychiatriezentrum Oberwallis (PZO). Psycho-scope 18 (2), 7-10
- H. Grünwald, K. v. Massenbach (2003): Ergebnisqualität ambulanter Systemischer Therapie (EAST)- eine Multicenter Studie in der deutschsprachigen Schweiz.

Psychosomatik, Psychotherapie und Medizinische Psychologie (PPmP) 53, 1-8. Online publiziert auf [www.orgalife.ch](http://www.orgalife.ch)

- S. Hollander, H. Mecklenburg, A. Ruth (2001): Multilaterale Verträge als Instrument systemisch-psychotherapeutischer Arbeit in einer psychiatrischen Abteilung mit Pflichtversorgung. *Familiendynamik* 26 (2): 181-187
- T. Keller, N. Greve (1996): *Systemische Praxis in der Psychiatrie*. Psychiatrie-Verlag: Bonn (2. Auflage Carl-Auer Systeme: Heidelberg 2002)
- C. Moser, J. Margreiter (2001): *Systemische Praxis in der Akutpsychiatrie*. *Familiendynamik* 26 (2): 135-151
- L. Nicolai, J. Schweitzer, G. Weber, N. Hirschenberger, R. Verres (2001): Systemisch arbeitende Einrichtungen: woran erkennt man sie und wie entwickelt man sie. *Familiendynamik* 25 (2)
- C. Oestereich, C. (2001): Interkulturelle Psychotherapie in der Psychiatrie. Eine professionelle Herausforderung. In: Hegemann, T., Salman, R. (Hg): *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S. 152-165
- J. Schweitzer, G. Weber, L. Nicolai, N. Hirschenberger, R. Verres (2000): Besuche mit der Reflexionsliste – Ein Instrument systemischer Organisationsentwicklung in psychiatrischen Einrichtungen. *Organisationsentwicklung* 19 (4): 40-49
- J. Schweitzer, G. Weber, L. Nicolai, N. Hirschenberger (eingereicht): *Family Systems Psychiatry – Results from a German action research project*. Submitted to *American Journal of Orthopsychiatry*
- B. Vieten (2001): *Von der Anstalts- zur Patientenorientierung. Organisatorische Fragen im Prozess der Enthospitalisierung*. Shaker Verlag: Münster. (Überarbeitete Fassung einer Habilitationsschrift, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld 1998)