



## Heinz Pilartz

**Überblick:** Krankheit eines Familienmitgliedes kann die Familienmitglieder sowohl in der Bewältigung der Verlusterfahrung, der alltagspraktischen Folgen als auch in der Neustrukturierung ihrer Beziehungen stark fordern. Bisherige Bewältigungsmuster versagen oft. Familiendynamische Muster beeinflussen die Kommunikation, und dies nicht immer in konstruktiver Weise. Dieser Beitrag beschreibt anhand eines Praxisfalles notwendige Überlegungen des Mediators hinsichtlich der Gestaltung des Settings.

**Keywords:** Mediation, Krankheit, Setting, TeilnehmerInnen, asymmetrische Beziehungen.

# Mediation und Krankheit

## Wer soll an der Mediation teilnehmen?

Wenn Krankheit im Familiensystem als komplizierender Faktor hinzukommt oder gar die Ursache für Konflikte wird, verändert sich viel. Das hat auch Konsequenzen für die Mediation. Verschiedene „feste“ Regeln für mediative Arbeit geraten durcheinander. In der Folge soll eine Konstellation betrachtet werden, die sich im Zusammenhang mit Mediation bei Konflikten durch Erkrankung ergibt. Erkrankungen im Sinne dieses Artikels sind schwerwiegende und chronische Zustände, die existentielle oder alltagsrelevante Konsequenzen nach sich ziehen.

### Beobachtungen aus der Praxis

Innerhalb der betroffenen Familie kommt es dann nicht selten zu einer großen Zahl von missverständlichen oder kontrovers verstandenen Einzelsituationen: Eingespielte Verhaltensmuster funktionieren nicht mehr, Rollen und Status geraten durcheinander, die „Augenhöhe“ geht verloren, der Anpassungszustand an die veränderte Situation findet bezogen auf die Familienmitglieder nicht synchron statt, Werte und Überzeugungen stoßen zusammen... Nicht selten agieren die mitbetroffenen Familienmitglieder in der festen Überzeugung, trotz fehlender Absprache im Sinne aller tätig zu sein. Vieles ist nicht abgestimmt, oft erlaubt der Zeitablauf keine Gespräche. Vertrauen ist gefordert, wo ein labiles, fragiles Gefüge vorliegt und leicht Enttäuschungen, Ver-

letzung, Verärgerung oder Zurückweisung verursacht werden.

- Nicht selten besteht Uneinigkeit, ob und wie die Krankheit überhaupt benannt werden darf.
- Wechsel von Rollen und Status werden oft nicht thematisiert und abgestimmt.
- Krankheit geht einher mit Tabus.
- Durch mangelnde Erfahrung in der Bewältigung gemeinsamer Projekte von existentieller Bedeutung fallen die Familienmitglieder in (unterschiedliche) Muster zurück.
- Damit werden Rivalitäten, Enttäuschungen, Verletzungen etc. reaktiviert.
- Altes Eltern/Kinder-Rollenverständnis wandelt sich, zum Teil mit schlechtem Gewissen auf Seiten der Kinder oder EhepartnerInnen ...
- Die Familienmitglieder bedienen sich eingespielter Verhaltensmuster und kommen aus diesen nur schwer heraus.

### Kreis der Teilnehmenden als Streitfrage

Hier soll nur ein Einzelproblem herausgegriffen werden, das regelmäßig unter MediatorInnen kontrovers diskutiert wird: Wenn sich die Familie zu einer Mediation im Kontext von Krankheit entscheidet, wer soll dann an der Mediation teilnehmen?

Es gibt viele denkbare Konstellationen: Nur die Familienmitglieder, das Pflege- und Betreuungs-Team, mit Professionellen oder ohne sie. Aufgrund der (emotionalen) Belastung der Beteiligten besteht häufig eine hohe Emotionalität. Die Mediationen werden in der Regel sehr dankbar angenommen. Die Einigungsbereitschaft ist groß. An einer Frage allerdings scheiden sich oft auch innerhalb der Familie die Gemüter: Soll der Betroffene zum Gespräch dazugehören?

Normalerweise ist diese Frage für Mediationen klar zu beantworten. So eindeutig ist dieser Punkt im Kontext von Krankheit allerdings nicht. Wie verhält man sich bei bestimmten Erkrankungen (z.B. Demenz)? Wie verhält man sich bei konkreten Fragestellungen (z.B. Pflegeorganisation)? Wie verhält man sich, wenn Kraft oder Wille des/r Betroffenen eingeschränkt sind?

Im Falle von Demenz, aber auch bei anderen Krankheiten, ist der/die Betroffene ab einem gewissen Schweregrad der Erkrankung nicht mehr in der Lage, den Inhalten und Konsequenzen des Gesprächs zu folgen. Konzentrationsvermögen, Abstraktionsfähigkeit mögen eingeschränkt sein, das eigentliche Krankheitsthema mag scham- oder bedeutungsbelastet sein. Im Gesprächsverlauf müssen aber vielleicht Formulierungen und Beispiele gewählt werden, die verletzen und die Würde angreifen können. Konkrete Abstimmungen verlangen eine offene, unmissverständliche Ausdrucksweise.

Die lösungsorientierte Arbeitsatmosphäre führt im günstigen Fall dazu, dass protokolliert wird, dass Listen erstellt werden: Dazu mag es nötig werden, „über den Kopf“ des Kranken hinweg Ergebnisse und Wege zu bestimmen, damit die dazu gehörende Last sich tragen und verteilen lässt und die Unterstützung wunschgemäß funktionieren kann. Die Ergebnisse werden sich nicht immer mit den Wünschen des Kranken decken. Der Betroffene mag in seiner Selbstwahrnehmung und in seinen Wunschvorstellungen ganz andere Wege präferieren. Aber auch der Schutz der unterstützenden Familienmitglieder ist ein hoher Wert. Die unterschiedlichen Wünsche und Vorstellungen werden oft keinen Ausgleich finden, soll nicht „der Gesunde am Kranken krank werden“.

### Unausweichliche Dilemmata auf Augenhöhe besprechen

Eine Ausgangslage wird bei der Arbeit mit Familien im Kontext von Krankheit immer wieder deutlich: Es

wird nach Wegen gesucht, die dazu führen, dass der/die Betroffene einer Entscheidung oder einer Lösung zustimmt (z.B. Unterbringung in einer beschützten Einrichtung). Aber genau diese Zustimmung wird kaum zu erwarten sein: wegen des fehlenden Abstraktionsvermögens, wegen Wunschvorstellungen, wegen der Angst vor Neuem, wegen ...

Und was passiert dann? Müssen dann die Angehörigen eine Aufgabe übernehmen, die nicht mehr zu leisten ist? Müssen Gefährdung des/r Erkrankten oder Fremder in Kauf genommen werden? Muss die Familie warten, bis ein krisenhaftes Ereignis die Einflussnahme von außen bedeutet? Muss sich erst ein Unfall ereignen? Das Dilemma ist offensichtlich, Entscheidungshilfen werden eingefordert.

Das Besondere in der Mediation ist, dass alle beteiligten PartnerInnen mit ihren Bedürfnissen gleichwertig begriffen werden. Die Erkrankung führt zu keiner Sonderrolle, alle MediandInnen werden auf Augenhöhe angesprochen. In der Welt von Krankenhaus, Pflege und Beratung ist das anders: der Fokus ist fast ausnahmslos auf den/die Erkrankte gerichtet. So erklären sich dann Sprüche: „Bitte passen Sie auf, dass Sie sich nicht erkälten. Dann hätte Ihr Partner keine Hilfe mehr...“ Mit dem entsprechenden Erleben ergibt sich ein Einfluss auf das Familiensystem und damit auf jeden Einzelnen. Rollen mögen sich verschieben, das Selbstbewusstsein des/r hauptbetroffenen Angehörigen mag leiden.

### ➤ Letztlich bedeutet das die herausragende Stellung eines/r Einzelnen zu Lasten Anderer.

Die mediative Allparteilichkeit verlangt die gleichwertige Beachtung aller Einzelbedürfnisse. Gegebenenfalls muss dann ein Einzelner gestützt werden, falls keine ausreichende Selbstvertretung möglich ist. Das muss nicht der/die Erkrankte sein. Im Gegenteil, nicht selten benötigt der/die hauptbetreuende Partner/in oder ein anders Familienmitglied Unterstützung und Stärkung.

Wie im folgenden Fallbeispiel herausgearbeitet wird, kann es besser sein, den/die Betroffene nicht an den strukturierenden Gesprächen teilnehmen zu lassen. Sei es krankheitsbedingt (schlechter Zustand, existentielle Bedrohung, fehlendes kritisches Bewusstsein), sei es themenbedingt (zunächst Abstimmung nur der Helfer z.B. zur Frage der Machbarkeit...) oder aus weiteren Gründen (Scham, Verzweiflung), bei Mediation und

Gesundheit wird der/die Erkrankte in vielen Fällen am Gespräch nicht teilnehmen.

### Ein Fallbeispiel – Ausgangssituation

In einer Familie mit 6 Kindern haben sich diese dafür eingesetzt, dass trotz Einschränkungen die Mutter in ihrer eigenen Wohnung verbleiben konnte. Sie bewohnte ein kleines Haus in dörflicher Umgebung und war in der Dorfgemeinschaft gut eingebunden. Die Dorfgemeinschaft war bereit, vieles möglich zu machen und war für die Mutter eine „weitere Familie“. Für die medizinische Betreuung sorgte die jüngste Schwester, Ärztin, die einmal wöchentlich aus ihrem Heimatort aus 50 km Entfernung anreiste. Auch die anderen Geschwister besuchten die Mutter regelmäßig. Alle Beteiligten waren mit diesen Regelungen einverstanden, wenn auch manchmal Situationen auftraten, die aus medizinischer Sicht fragwürdig waren. Die Mutter akzeptierte diese Situationen vor allem auch, da für sie das Verbleiben in ihrer Wohnung oberste Priorität hatte.

Im Zuge einer akuten Verschlechterung veranlasste die jüngste Tochter eine Krankenhauseinweisung, zumal sie am selben Tag zu einem Kongress reisen wollte/musste. Während des Krankenhausaufenthaltes verschlechterte sich der Zustand. Bei dem Besuch der ältesten Tochter, die aus einem Ort 200 km entfernt angereist war, veranlasste der behandelnde Arzt die Entlassung mit den Worten: „Wir können hier nichts mehr tun, am besten nehmen Sie die Mutter mit nach Hause“. Das machte sie auch und sagte später immer wieder: „Ich musste sie ja mitnehmen. Ich hab' mir das nicht ausgesucht“.

Am folgenden Tag reiste die jüngste Tochter nach dem Kongress direkt ins Krankenhaus und stellte dort fest, dass die Mutter entlassen war. Erst nach längerer telefonischer Suche war es ihr möglich, herauszufinden, wo die Mutter abgeblieben war.

Einige Wochen später meldete sich eine dritte Schwester, um die Mediation einzuleiten. Der Grund: Zwischenzeitlich habe es viele Irritationen zwischen den Schwestern gegeben, die Mutter sei aber weiterhin bei der Ältesten. Es gebe keinen Austausch zwischen dieser und der Jüngsten. Die Mutter habe jetzt einen anderen Arzt und sei somit nicht mehr auf die ärztliche Versorgung durch die Ärztin-Tochter angewiesen. Der Bewusstseinszustand der Mutter sei nicht eingeschränkt, ihre körperlichen Befunde aber weiterhin beunruhigend.

In der Mediation sollten Wege gefunden werden, wie sowohl der Gesundheitszustand angemessen berücksichtigt werden könne als auch die unterschiedlichen Sichtweisen der Geschwister sich in einer machbaren Lösung wiederfinden. Sie wolle ihre Schwestern zu dieser Mediation „einladen“, damit endlich wieder Frieden wäre.

### Auftragsklärung

Die Auftraggeberin berichtete, dass es aufgrund der Vorfälle eine starke Polarisierung der Geschwister gäbe. Die jüngere und ältere Schwester, früher eng verbunden, sprächen kein Wort mehr miteinander. Sie müsse ständig vermitteln. Für ihre Mutter gäbe es nur die Lösung, wieder in ihr Dorf zu ziehen. Objektiv sei die gesundheitliche Situation allerdings angespannt. Die Mutter liege fest im Bett. Sie selbst sei dankbar, dass die Älteste von Haus aus Krankenschwester sei.

In diesem ersten Telefonat stellte ich die Frage, wer denn an der Mediation teilnehmen solle. Alle Geschwister sollten sich beteiligen. Die Mutter selbst würde das Gespräch nur stören.

### Diskussion

Nach den dargestellten Fakten würde es in der Mediation um eine Person gehen, die an den Gesprächen nicht teilnehmen soll. Unter den Bedingungen der Mediation ein klassisches „no go“. Die Informationen, die zu diesem Wunsch führten, waren „aus dritter Hand“.

»> Sollte hier über einen Menschen verhandelt werden? Wurde hier die Autonomie der Mutter mit Füßen getreten?

Ich habe lange über die Frage nachgedacht und sowohl Inter- wie Supervision in Anspruch genommen.

Rund um das Thema Krankheit und die Konflikte, die durch Krankheit ausgelöst werden, ergeben sich im Familienverband immer wieder Fragestellungen, die man nur durch genauere Betrachtung der Situation erfassen kann. Vordergründig lauten die Themen im Kontext immer wieder (...und praktisch auch hier bestätigt): Die Krankheit, die Konsequenzen der Krankheit, die Organisation der Versorgung... Aber auch andere Fragestellungen können sich hinter dem zunächst anvisierten Thema verstecken. Nicht selten haben die jeweiligen

GesprächspartnerInnen auch unterschiedliche Vorstellungen davon, was es zu besprechen gibt. Es ist also eine differenziertere Betrachtung notwendig, wenn es um die Entscheidung geht, wer an der Mediation beteiligt sein soll.

Die Familien, mit denen ich im Laufe der letzten Jahre Mediationen im Zusammenhang mit Krankheit oder Einschränkung durchgeführt habe, zeigten fast alle die gleiche Reaktion: Das Thema „Krankheit“ wurde nicht weiter spezifiziert. Erst bei genaueren Nachfragen bekam ich weiterführende Hinweise. „Es geht um die Betreuung“, „es geht um die Finanzierung“, „es geht darum, eine gemeinsame Position zum Lebensende zu formulieren.“

Bedeutsam ist besonders, dass das Mediationsthema aufgetrennt werden muss: Zum einen wird über „*meine Krankheit*“ gesprochen, zum anderen über „*eine Krankheit*“. „Meine Krankheit“ hat viel zu tun mit der Hilflosigkeit, der Verzweiflung, mit notwendigem Trost, Anerkennung der neuen Situation, vielleicht auch mit Scham, Verlust oder Versagen. „Eine Krankheit“ als Thema führt zum Austausch über praktische Organisation, Verteilung von Aufgaben, Einfluss auf das Leben aller Beteiligten... Erfahrungsgemäß empfiehlt es sich, zunächst „meine Krankheit“ zu bearbeiten, da dieses Thema mit Wertschätzung und Anerkennung der besonderen Situation des/der Betroffenen zu tun hat. Hat darüber Austausch stattgefunden, können danach die praktischen und sachlichen Themen bearbeitet werden.

Und auch sonst gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Themen, die so im Vorfeld den Gesprächsteilnehmern nicht klar sind:

- Wie sprechen wir (der/die Betroffene, die Angehörigen) über das Thema Krankheit? Gibt es Tabus?
- Schließen sich die Bedürfnisse *aller* Beteiligten gegenseitig aus, gibt es Kompromisse?
- Wie gehen wir, die erwachsenen Kinder, im Angesicht der Erkrankung miteinander um? Wie soll unser Austausch aussehen, wie unsere gegenseitige Information?
- Gerechtigkeitsthemen in der Versorgung, aber auch um den Umgang mit den helfenden und unterstützenden Kindern durch die ältere Generation. (Nicht selten übernimmt ein Kind alle Aktivitäten, der betroffene Elternteil heroisiert vor diesem dann diese Geschwister.)
- Gibt es Einflüsse auf das Verhältnis Betroffener/Angehöriger?
- Gibt es rechtliche Unklarheiten?

- Gibt es finanzielle oder versorgungsbezogene Unklarheiten?
- Welche ethisch-moralischen Vorstellungen haben die Angehörigen jeweils? Wie soll mit dem Ende des Lebens umgegangen werden? Haben sich die Geschwister damit schon beschäftigt?
- Gibt es Konflikte aufgrund unterschiedlicher Auffassungen oder Konzepte im Umgang mit Krankheit?

Diese Auswahl von „schlummernden“ Themen habe ich im Zusammenhang mit Mediation und Krankheit alle schon erlebt. Je größer die betroffene Gruppierung, desto eher ist zu erwarten, dass auch unterschiedliche Themen aufeinanderstoßen. Damit wird es mit zunehmender TeilnehmerInnenzahl auch schwieriger, das „richtige“ Setting für die Mediation zu finden.

### Auftragsklärung, 2. Teil

Der Wunsch der Gesprächspartnerin war, eine Mediation nur mit den Schwestern stattfinden zu lassen. Die Mutter wurde so beschrieben, dass gesundheitliche Einschränkungen bestünden, sie aber wohl bis vor kurzem einen eigenen Haushalt führen konnte.

Warum also sollte eine Mediation organisiert werden, bei der die „Hauptperson“ nicht anwesend sein sollte?

Die Vielzahl der oben benannten Themen, die in einer Mediation im Kontext von Krankheit gemeint sein könnten, skizziert schon die unterschiedlichen Erwartungen und Störungen, auf die sich MediatorInnen gefasst machen sollten.

➤ **Sicher müssen sie sehr wachsam sein, wenn als Mediationsthema pauschal „Krankheit eines Familienmitgliedes“ benannt wird.**

Im geschilderten Kontext ging das Auftragsgespräch weiter: Ob denn die Schwestern einer Meinung seien, dass die Mutter nicht teilnehmen solle? Die Meinungen der Schwestern waren sehr unterschiedlich und es gab kein Einvernehmen, was die Teilnahme der Mutter betraf. Exemplarisch seien hier wiedergegeben: „Für die Mutter ist es enttäuschend zu erfahren, dass mehrere ihrer Kinder einen tiefgreifenden Streit haben.“ „Mutter muss beteiligt werden, da sie allein entscheiden kann, wie es weitergeht.“ „Mutter soll dabei sein, damit es ihr leichter fällt, zu erkennen, wer sich für sie einsetzt.“ „Mutter kann nicht dabei sein, da wir sonst nicht in einer Sitzung fertig werden. Ihr wisst ja, dass ich extra aus dem Ausland anreisen muss und da ist es wichtig, am

Ende des Tages ein Konzept zu haben.“ „Ich glaube, dass sich Mutter schnell wieder erholen wird. Ich glaube nicht, dass wir die Sache überhaupt so offiziell besprechen müssen“...

Im weiteren Gesprächsverlauf der Auftragsklärung zeigte sich, dass die Schwestern noch nie über das Thema Zukunft/Betreuung und Versorgung/Erwartungen... der Mutter gesprochen hatten. Die Mutter selbst hatte in der Vergangenheit jegliche Gesprächsangebote der Geschwister abgewendet mit den Worten: „Ihr werdet das alles richtig machen...“. Durch Beruf und Lebensmittelpunkt gab es kaum Berührungspunkte zwischen den Angehörigen, wohl aber die gleichlautende Überzeugung, „für Mutter da zu sein und alles für sie zu tun“. Nach meiner Wahrnehmung im Vorgespräch war diese Bereitschaft sehr pragmatisch und ernsthaft gemeint. Zwischen einzelnen Schwestern gab es zum Teil viel und intensive Nähe, es gab aber auch langdauernde Konflikte und Konkurrenzen, Enttäuschungen, ausgesprochene Ablehnung. Neu war der tiefgehende Konflikt im Zusammenhang mit den akuten Krankheitszuständen der Mutter zwischen der ältesten und der jüngsten Schwester. Dieser Konflikt hatte alle Geschwister sehr betroffen gemacht und die Notwendigkeit einer intensiveren Auseinandersetzung mit der Zukunft der Mutter verdeutlicht.

## Diskussion 2

Es gab Einiges zu überlegen und zu integrieren, wenn die Mediation in einem passenden Rahmen stattfinden sollte. Da waren sehr unterschiedliche Erwartungen, Überzeugungen und Ausgangssituationen miteinander zu koordinieren. Es gab eine Zeitvorgabe, die aufgrund der Teilnehmerzahl nicht großzügig war. Ich nahm an, dass neben den angesprochenen Themen noch vieles im Verborgenen schlummere. Sicherlich gab es wechselseitige Verletzungen und Enttäuschungen, die im Zuge einer Mediation Raum bekommen sollten.

Die Mutter schien recht autonom und stark zu sein, die Informationen, die ich erhielt, führten zu der Annahme, dass sie allerdings aktuell kein starkes Realitätsbewusstsein habe. Die ältere Dame hatte möglicherweise Schwierigkeiten damit, Wunsch und Wirklichkeit zu differenzieren. Würde die Kondition für eine Tagesveranstaltung ausreichen?

» **Aus langjähriger Erfahrung weiß ich zudem, dass rund um die Themen Versorgung und Wohnortwechsel von Seiten der Betroffenen oft nur geringe Kooperationsbereitschaft besteht.**

Auch in zugewandten und offenen Familien habe ich selten erlebt, dass dem nachvollziehbaren Anliegen der Kinder zugestimmt und damit deren schwere Entscheidung entlastet wurde. Ich befürchtete, dass die Anwesenheit der Mutter die Bearbeitung der Konflikte der Schwestern verhindern könnte und dass die Unterhaltung nicht ergebnisoffen wäre.

Ich entschied mich nach längerem Abwägen, dem Anliegen der Auftraggeberin zu entsprechen: Es wurde ein Ganztagestermin vereinbart, nur mit den Schwestern. Es wurde zunächst offengehalten, ob im Anschluss ein Termin mit ein bis zwei Schwestern und der Mutter stattfinden sollte.

## Die Mediation

Für den Zweck dieses Artikels stehen der Verlauf und vor allem das Ergebnis der Mediation nicht im Vordergrund. Es war eine turbulente Sitzung mit vielen Tränen und mehreren Unterbrechungen, um wieder alle an einen Tisch zu bringen. Es wurde aber auch sehr konstruktiv gearbeitet und hart verhandelt.

Das Ergebnis sah unter anderem vor, dass die Mutter im Haushalt der ältesten Schwester verbleiben sollte. Es wurden Aufgaben, Informationsdienst und anderes abgestimmt. Aufgaben und Verantwortlichkeiten wurden verteilt. Der Konflikt zwischen den beiden Schwestern konnte (teil)bereinigt werden. Viele Punkte blieben unbesprochen, aber die grundsätzliche einvernehmliche Planung wurde erreicht. Feinabstimmungen fanden später ohne große Schwierigkeiten statt. Eine weitere Mediationsitzung wurde nicht erforderlich.

Die Mutter wurde im Nachhinein von dem Treffen in Kenntnis gesetzt. Dieses Gespräch führten die beiden Schwestern, die zunächst miteinander im Streit waren, mit ihrer Mutter. Diese wurde gebeten, sich die Ergebnisse erst einmal in Ruhe anzuhören. Bei diesem Gespräch wurde sehr achtsam mit der Autonomie und den Empfindungen der Mutter umgegangen. Unerwartet für die Geschwister war sie dankbar für den gemeinsamen Einsatz der Schwestern, und sie willigte in die Überlegungen ihrer Töchter ein.

## Das Rollenspiel

Für die Weiterbildung „Mediation im Gesundheitswesen“ wurde dieser Fall vereinfacht und als Rollenspiel formuliert. Um keine unnötige Verwirrung zu verursachen, beschränkte ich mich auf drei Schwestern. Die Rückmel-

dung zum Lerngewinn des Falles war in verschiedenen Weiterbildungen sehr positiv, die KollegInnen entwickelten ein gutes Empfinden für die Komplexität der Fragestellungen und die Bedeutung der Überzeugungen der Schwestern für den Lösungsprozess.

Dann kam es durch ein Versehen dazu, dass in einem Rollenspiel auf einmal „eine Mutter“ mitspielte. Und erstmals kam es zu *keinen* Ergebnissen in der Trainingsgruppe: Im Austausch nach dem Rollenspiel hörte ich folgende Rückmeldungen von den „Töchtern“: „Ich konnte mein Anliegen nicht richtig vertreten!“ „Ich habe den Konflikt mit meiner Schwester nicht bearbeiten können.“ „In Anwesenheit von Mutter konnte ich nicht offen meine Meinung aussprechen.“ „Ich wusste nicht, wie ich die Einschränkungen von Mutter vor ihr benennen sollte ...“.

In der Folge ließ ich immer 2 Versionen parallel bearbeiten und die unterschiedlichen Verläufe durch die KollegInnen diskutieren.

### Fazit

In der gesamten „Laufbahn“ dieses Rollenspiels kam es regelmäßig relativ schnell zu (unterschiedlichen) Ergebnissen der „Mediation“ nur mit den Schwestern. Es fanden sehr emotionale Verläufe statt, dennoch kamen sehr kreative Ergebnisse heraus. Es gab Versionen mit „Trennung“ der beiden Schwestern bei trotzdem möglicher Versorgung der Mutter.

### »» Nie allerdings gab es eine „vernünftige“ Mediation in Anwesenheit der Mutter!

Mehrmals kam es zu Abbrüchen durch die Übungsgruppe mit Mutter.

Dieses Ergebnis hat mich sehr fasziniert. Warum ist das so? Welcher Lerngewinn lässt sich für MediatorInnen daraus ableiten? Hätte die Mutter nicht trotzdem bei der ursprünglichen Sitzung einbezogen werden müssen?

Ich glaube, dass die Teilnahme der Mutter dazu führt, dass die Anliegen der Geschwister zurückgestellt und das angestammte Rollenverständnis innerhalb der Familie nicht in Frage gestellt wird. Zwar mag bei den Schwestern ein Rollenwechsel stattgefunden haben, aber in Anwesenheit der Mutter wurden diese neuen Rollenverständnisse nie durchgesetzt. Hat das etwas damit zu tun, die Würde der Mutter nicht anzutasten? Oder soll verhindert werden, in Anwesenheit der Mutter

deren Gesundheitszustand zu deutlich anzusprechen? Gibt es da ein Tabu, das zwischen den Geschwistern nicht existiert?

Auch habe ich immer wieder (nicht nur im Fallbeispiel) festgestellt, dass die Kindergeneration versucht, „unattraktive“ Entscheidungen – oft ohne Erfolg – so zu verpacken, dass die Eltern generation zustimmen kann. Die Kinder zeigten oft ein „schlechtes Gewissen“, wenn eine Entscheidung Einschränkungen bei den Eltern bedeutete. Gilt es, solch unattraktive Themen zu „verkaufen“, wird im Vorfeld von den Kindern häufig „Kreide gefressen“: Bloß nichts falsch machen, wir dürfen Mutter/Vater nicht verärgern! Der Wunsch der Kinder lautet eigentlich immer, möglichst nichts gegen den Willen der Eltern durchzusetzen (es sei denn, der Zustand hat schon zu negativen Folgen bei den Betreuenden geführt).

Streitigkeiten auf der Kinderebene werden in der Regel vor den (alten) Eltern nicht aufgedeckt, genauso wenig wie Konkurrenz, Neid, Verletzungen.

### »» Die entsprechenden Empfindungen widersprechen dem Harmoniebedürfnis der älteren Generation.

Das wird in der Regel von den Geschwistern respektiert. Wahrscheinlich steht dahinter ein Gedanke wie „Die Einschränkungen von Vater sind schon so schwerwiegend. Dann wollen wir ihn nicht auch noch mit Streitereien behelligen“.

Ein weiterer Grund für die Entwicklung im Fallbeispiel (wie auch im „richtigen Leben“) könnte sein, dass alle Kinder eine eingespielte Routine im Verhältnis zu Mutter/Vater haben, diese aber im Umgang untereinander verloren haben. „Wie kann man das formulieren? Wird diese Bemerkung auf Widerstand stoßen? Befinde ich mich in der Mehrheit geborgen oder habe ich allein diese Meinung?“

Unpopuläre Positionen lassen sich in Anwesenheit des Betroffenen nicht ehrlich bearbeiten.

Die oben angesprochenen Punkte sind Argumente für die beschriebene Entscheidung im Fallbeispiel bzw. für die Gründe, warum im Übungsfall keine Ergebnisse erzielt werden konnten. Bedeutsamer erscheint mir aber im Zusammenhang mit der Entscheidung das Mediationsthema zu sein. Im Nachhinein betrachtet ging es um „Konflikte und Abstimmung der Schwestern untereinander zum Umgang mit einer Erkrankung im Famili-



ensystem“. In der eigentlichen Mediation wurde dieses Thema erst im Gesprächsverlauf so deutlich. Es erklärt, dass die Mutter (im Übungskontext) dieses Thema stört: Sie gehört nicht in diese Gruppe!

Ein weiterer Grund für mich, in der Ursprungsmediation die Mutter nicht dazu zu bitten, war folgender: Nach der Konfliktanalyse im Vorgespräch mit der beauftragenden Schwester erschien mir der Konflikt zwischen den Schwestern als das neueste Thema im Familiensystem. Für mich erschien dieser Konflikt als vorrangig – im Sinne von: Störungen haben Vorrang. Soll eine Pflege- oder Versorgungsleistung eines Familienmitgliedes im Familiensystem bewerkstelligt werden, muss wenigstens eine gewisse Einvernehmlichkeit der Beteiligten erreicht werden. Damit müssen aktuelle Konflikte zunächst bearbeitet oder wenigstens angesprochen werden. Erst wenn so die Geschwister in die Lage versetzt sind, *gemeinsame* Entscheidungen zu treffen, kann das vermeintlich drängendere Thema angegangen werden. Die Diskussion der unterschiedlichen Überzeugungen über den Umgang mit den gesundheitlichen Einschränkungen kann nur dann offen und ungeschminkt stattfinden, wenn der/die Betroffene nicht anwesend ist. Die sachliche Bearbeitung der Einschränkungen und Notwendigkeiten („eine Krankheit“) könnte sonst stark verletzen, Missverständnisse und Enttäuschungen auslösen („meine Krankheit“).

Das Ergebnis dann achtsam und (wenigstens zum Teil) ergebnisoffen mit dem/r Betroffenen zu besprechen, sollte als nächster Schritt eine Selbstverständlichkeit sein.

Ich hoffe, mit diesem Artikel die Aufmerksamkeit auf Feinheiten im Zusammenhang von Mediation bei Krankheit geschärft zu haben. Ich lade interessierte Leser zur Kontaktaufnahme mit mir ein: Vor wenigen Tagen haben wir die „Initiative Mediation und Gesundheit e.V.“ gestartet (Web-Seite in Arbeit). Wir suchen überregional KollegInnen, die in dieses Mediationsthema miteinsteigen wollen.



## Kontakt

Dr. med. Heinz Pilartz, Facharzt für Allgemeinmedizin u. Sportmedizin, eigene Praxis von 1982–2009 (ab 1987 Gemeinschaftspraxis), Arzt für Naturheilkunde, Mediator, seit 2003 Mediationsbüro Pilartz gemeinsam mit A. Pilartz, heute keine ärztlich Tätigkeit mehr, dafür Mediationen, Vorträge und Publikationen (Mediation im Gesundheitswesen), 2015 Gründung „Initiative Mediation und Gesundheit e.V.“, 1. Vorsitzender.

**[www.Forum-M-Pilartz.de](http://www.Forum-M-Pilartz.de)**  
**[kontakt@Forum-M-Pilartz.de](mailto:kontakt@Forum-M-Pilartz.de)**