



Heinz Pilartz

Überblick: Ist Mediation im Zusammenhang mit Erkrankungen sinnvoll? Dieser Artikel soll Mediator:innen motivieren, ihre Kompetenzen auch im Themenfeld Krankheit anzubieten. In der Regel hat eine Krankheit Auswirkung auf Betroffene und deren Sozialsystem, in Abhängigkeit von Schwere und Bedrohlichkeit. Die Neuausrichtung betroffener Systeme kann die kompetente Begleitung durch externe Fachleute notwendig machen. Die Aufgabe von Mediator:innen ist dann nicht die Behandlung bestimmter Erkrankungen, sondern deren verbesserte Besprechbarkeit. Mit Blick auf Veränderungen des Zusammenlebens und die damit verbundenen zwischenmenschlichen Dynamiken können die Bedürfnisse der Menschen im betroffenen System geschützt werden.

Keywords: Einschränkungen müssen integriert werden, da diese gleichermaßen Auswirkungen auf Betroffene und System haben. Ein neuer Mitspieler im System gehört jetzt dazu – die Krankheit sitzt mit im „Entscheidungsgremium“.

<https://doi.org/10.25364/35.23:2026.1.9>

Erkrankung macht Mediation notwendig!?

Definition von Gesundheit und die Salutogenese

Die Definition von Gesundheit der WHO (1948)¹ beschreibt *körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden und das nicht Vorhandensein von Erkrankung*. Daran orientieren sich medizinisches Handeln und die Kostenübernahme durch die Krankenkassen; Diagnostik und Therapie stehen im Vordergrund. Die Bedeutung des sozialen Wohlbefindens wird allgemein anerkannt, entsprechende Maßnahmen werden aber nur ausnahmsweise (Psychoonkologie) im Gesundheitssystem eingeleitet. Jeder kennt das Auftreten körperlicher Symptome im Zusammenhang mit Stress, Ängsten oder Konflikten. Arbeitsfähigkeit und körperliche Befindlichkeit können stark behindert sein. Eine Bearbeitung der „sozialen Verursachung“ (z.B. Arbeitsplatzkonflikt) ist im Gesundheitssystem selten vorgesehen. Körperliche und seelische Erkrankungen lösen oft einen ganzheitlichen Prozess aus, da das gesamte Sozialsystem sich anpassen muss. Auch dieser wird zu wenig beachtet.

Salutogenese² bedeutet die Beschäftigung mit Bedingungen, die die Gesundheit stabilisieren und die Abwehrkraft gegen Krankheiten verbessern. Dabei stehen soziale Themen im Vordergrund. Gesundheit wird als fluktuierender Prozess beschrieben: Trotz bestehender Krankheit kann das subjektive Befinden gut sein, um-

gekehrt mag bei guter „messbarer“ aber Störungen im „sozialen System“, die Befindlichkeit schlecht sein und Menschen sich krank fühlen. Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass soziale Störungen einen massiven Einfluss auf das Immunsystem haben. Es spielen dann Stabilität der Beziehungen und Selbstanpassungsmechanismen eine große Rolle. (Eine Studie mit Witwen und Witwern zeigte, dass diese bei fehlender sozialer Anbindung und geringer Aktivität eine fast 10x höhere Sterberate hatten als die sozial eingebundenen Vergleichspersonen).

Sowohl die Definition der WHO als auch das Salutogenesekonzept können als Einladung zur Durchführung von Mediationen verstanden werden: Im sozialen System müssen mehrere Menschen einen neuen gemeinsamen Weg finden. Aus salutogenetischer Sicht wirkt Verstehen stabilisierend: Betroffene müssen die Abläufe, Denkweisen oder Empfindungen von Organisation und Mensch nachvollziehen können, um sich einlassen zu können. Bei zwischenmenschlichen Konflikten kann Mediation wechselseitig das Verständnis füreinander ermöglichen,

1) <https://who.int/about/governance/constitution>.

2) Aaron Antonovsky (1997) Salutogenese.

oft schon dadurch, dass die Konfliktbeteiligten (vielleicht erstmals) einander zuhören!

Krankheitserleben von Betroffenen

Viele junge Erwachsenen machen sich noch keine großen Gedanken um Gesundheit, Gesunderhaltung und Vorsorge, sie halten sich für „unschlagbar“ und „unverletzlich“ („Helden“ im Lebensradmodell von CG Jung). Ernährungsgewohnheiten oder sportliche Aktivität haben kaum gesundheitsmotivierte Gründe. Krankheit ist nicht „vorgesehen“. Umso dramatischer wird der Verlust der Gesundheit erlebt. Für die in der Situation notwendigen Anpassungen gibt es kaum Erfahrungswissen.

Später gehört zur Vorstellung und Erwartung der Menschen ein Leben und Altwerden in Gesundheit und Autonomie. Es gibt Wünsche, Erwartungen, fast jeder hat eine Erzählung für sich erfunden, die in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft stimmig ineinander gefügt wird. Krankheiten sind nicht vorgesehen! Wenn sie auftreten, ist der Beginn nicht selten schleichend, immer wieder geht einer definitiven Krankheitsdiagnose eine Phase mit Beunruhigung und Verunsicherung Betroffener voraus: Irgendetwas stimmt nicht, das Gewicht nimmt ab, unbekannte Symptome fallen (einem selbst oder anderen) auf. Die Geschichte des eigenen Lebens (Erfolg, Leistungsfähigkeit, Erlebnisse, Abenteuer) mag durcheinander geraten.

» **Erwartungen und Wünsche erscheinen nicht mehr erfüllbar, es hat sich etwas Wesentliches geändert.**

Vielleicht erstmals wird es notwendig, Selbststeuerungsmechanismen³ zu aktivieren: „Ich sollte kürzer treten, vielleicht sollte ich mir einen Arzttermin besorgen, ich muss meiner Familie oder meinen Kollegen etwas vorgaukeln oder diesen meine Befürchtungen mitteilen“. Die subjektive Wirklichkeit und die Erwartungen, die in der persönlichen Erzählung zum Ausdruck kommen, geraten mit der Realität in Widerspruch. Etwas lieb Gewonnenes, die Vorstellung des persönlichen „optimalen Lebens“, geht verloren. Für Erkrankte bedeuten die Veränderungen nicht selten eine narzistische Kränkung, für die es kaum eintrainierte Bewältigungsstrategien gibt. Das idealisierte Bild davon, wie das Lebensende aussehen soll (autonom, in der eigenen Wohnung, flexibel, kein langes Leiden, ...) muss möglicherweise neu formuliert werden und den Realitätscheck bestehen. Das Auftreten von ersten Krankheitssymptomen oder einer bedrohlichen Diagnose hat also einen dramatischen Effekt auf die Wunschvorstellungen: Die Krankheit gehört jetzt im-

mer (oder vorübergehend) dazu, ohne Einladung, ohne Ergebnisoffenheit, ohne Kompromisse (siehe Kasten Krankheitsskulptur). Die Änderung im Lebensverlauf, die sich erheblich vom idealisierten Wunschbild unterscheidet, hat großen Einfluss auf die Empfindungen: Erkrankte erleben die Auswirkungen bezogen auf alle Grundemotionen, typischerweise spielt sogar Scham eine wesentliche Rolle (weil man nicht mehr so kann, weil man erstmals um Hilfe bitten muss, weil die Krankheit mit unangenehmen Gerüchen oder anderen ekligen Veränderungen einhergeht, ...) Die Konsequenz kann der Verlust von Antrieb und Kraft sein, schon durch die betroffenen Grundemotionen begründet sich die Tendenz zum Rückzug, zum Verlust von Flexibilität, Kreativität und Entscheidungsfähigkeit. Angst (vor der ungeklärten Situation) und Trauer (um den Verlust der Gesundheit) behindern Entwicklung und Lösungsorientierung, lassen Betroffene vielfach in Erstarrung oder Hilflosigkeit fallen.⁴

Dabei stehen viele Aufgaben an: Sich innerhalb des Familiensystems in einer neuen Rolle einfinden – die veränderten Interaktionen der Zugehörigen richtig verstehen und jeweils in einen Kontext zu bringen, Missverständnisse vermeiden – eine neue Sichtweise der Zukunft (er)finden – neue Themen und Perspektiven finden – „Nein“ sagen lernen – wichtige Unterstützer im persönlichen und professionellen Kontext zulassen – Kritikfähigkeit und gesunde Skepsis behalten in einem Themenfeld, in der man kein Fachmann ist – Erlernen, Entscheidungen nicht spontan und panisch, sondern in Ruhe und mit Bewußtheit zu treffen, um keine Entwicklung oder Entscheidung zuzulassen, die man „eigentlich“ gar nicht will – Kultur und Sprache der „Krankheitswelt“ erlernen – Konsequenzen für Lebensführung und veränderte wirtschaftliche Möglichkeiten bearbeiten.

» **Tabus müssen zugelassen werden – neue Tabus entstehen.**

An Selbstkorrekturmassnahmen geht nichts vorbei.

Das Festhalten an alten Erwartungen funktioniert nicht. Die Krankheit verändert Vieles, man kann mit ihr nicht verhandeln. Werden die Erwartungen zu hoch angesetzt, sind Enttäuschungen (Ent-Täuschung) vorgeprogrammiert. Und die Konsequenz ist eine defizitäre Sichtweise („wenn doch nur ...“), die alles nur noch schlimmer macht: Ergebnis sind dann verbitterte, übel-launige, rechthaberische und zurückweisende Kranke.

3) Yuval Harari (2024) Nexus.

4) Vivian Dittmar (2014) Gefühle und Emotionen.

Ohne angepassten Lebenssinn haben Erkrankte kaum Aussicht auf eine vertretbare Lebensqualität.⁵

Unterstützung Erkrankter

Medizin und Mediziner legen die Betonung auf Behandlung und Diagnostik der **Krankheit**. Das ist ihre Aufgabe. Sie beantworten die Fragen verunsicherter Erkrankter mit Blick auf die Krankheit ; „Da kann man“, „da sollte man“, „wir können versuchen...“. Vielfach bezieht sich die Verunsicherung Betroffener weniger darauf, dass die Krankheit beherrscht wird, als darauf, wie die große Zahl von Anpassungsleistungen zu bewältigen ist und wie auch bei schlechter Prognose ein neuer Platz im Leben zu finden ist. In der noch ungewohnten Rolle als Kranke fällt die Formulierung persönlicher Bedürfnisse noch schwer, ein Widerspruch gegen ärztliche Vorschläge wird vermieden oder ist noch nicht eintrainiert, da entsprechendes Erfahrungswissen fehlt.

Und wie kann Mediation helfen? Mediation setzt in der Regel an einem Konflikt mit anderen an; für Erkrankte allein erscheint das Verfahren somit nicht passend.

»» **Wird die Krankheit⁶ selber zu einem Subjekt gemacht, wird eine Begleitung mit mediativen Techniken denkbar: Die Moderation zwischen Erkrankten und Krankheit.**

Ein solches Gespräch kann von Unbetroffenen begleitet werden, sie können Ideen einbringen, Hypothesen mitentwickeln und im Diskurs Lösungsideen mitgestalten. Anpassungsbedarf gibt es genug! Dieses Vorgehen kann einen großen Einfluss auf Erkenntnisgewinn, Klarheit und Verabschiedung von alten Vorstellungen haben. Grundsätzlich muss das Ziel Erkrankter lauten, eine Lebensgeschichte erzählen zu können, die nicht mit den Gegebenheiten in Widerspruch gerät, die durch das Schicksal vorgegeben ist. Diese Geschichte muss auch mögliche ärztliche Interventionen und persönliche Vorstellungen integrieren.

Mediative Gespräche unterstützen Erkrankte, die belastenden Veränderungen bewältigen zu können. Es geht um einen Lernprozess, um eine neue „Geschichte“ erzählen zu können. Die Perspektive in die Zukunft, die veränderten körperlichen Möglichkeiten, das Leben im sozialen Miteinander wird von einer alten in eine neue Zukunftsvision transformiert, möglicherweise gilt es auch den Gedanken an das nahende Lebensende zu integrieren. Wenn es gelingt, die neuen Gegebenheiten zu integrieren und (notgedrungen) anzunehmen, kann auch bei

starken Einschränkungen ein erfüllendes Leben möglich sein.⁷ Austausch oder Begleitung finden meist innerhalb der Familie statt mit der Folge von Überforderung oder „Durcheinander“ von Rollen. Dem können Mediator:innen entgegenwirken. Die eigenen praktischen Erfahrungen mit diesem Vorgehen waren in der Regel positiv.

Krankheit betrifft mehr als einen!

Grundsätzlich ist der Grund für eine Mediation das Auftreten von Konflikten. Obwohl in diesem Beitrag der eigentliche Grund durch Krankheit ausgelöst wird, kommt es im Familien- oder Sozialsystem Betroffener häufig zu schweren Konflikten. Angehörige und Zugehörige durchleben, mit anderen Schwerpunkten und persönlichkeitsabhängig, ähnliche Turbulenzen wie Betroffene. (Grund-) Emotionen, Konsequenzen und Perspektiven durch das Auftreten der Krankheit sind dann nicht selten sehr unterschiedlich und unterscheiden sich gegebenenfalls erheblich von denen Betroffener, was für alle Beteiligten verstörend wirken kann. Wenn es sich um existentielle Fragestellungen handelt, wirken die Themen belastend und angstausslösend. Das Themenfeld ist tabu-vermint. Und dazu gehört auch, dass „in einer solchen Situation nicht auch noch Konflikte“ auftreten dürfen. Werden Konflikte überhaupt wahrgenommen oder zugelassen, sind diese häufig sehr komplex, überfordernd, die Konfliktparteien haben häufig keine Expertise im Umgang mit dem Themenkomplex und reagieren sehr emotional, Werte und ethisch/moralische Fragen schwingen mit.

Geschichten erzählen

Trifft das System schwere Krankheit, hat das natürlich auch Einfluss auf die Geschichtenerzählung aller, auch auf die „Familiengeschichte“. Betroffene müssen die persönliche Geschichte umdenken (s.o.). Die Vergangenheit einer solchen Geschichte mag unverändert bleiben, die Vorstellungen und Ideen in die Zukunft verändern sich manchmal dramatisch und differieren stark. Aber auch jedes Mitglied des Systems muss eine neue Erzählung wagen, schaffen oder konstruieren. Und diese unterschiedlichen, oft nur schlecht stabilisierten Gedanken müssen zu einem Ganzen zusammengebracht werden und funktionieren. Manch einer im System mag noch die neue Wirklichkeit verdrängen, bei anderen sto-

5) Tatjana Schnell (2016) Psychologie des Lebenssinns.

6) Sonja Radatz (2018) Einfach beraten.

7) Tobias Esch, Eckhard von Hirschhausen (2018) Die bessere Hälfte.

Ben praktische Fragen, Wertethemen oder Fatalismus aufeinander.

»» **Das alles ist hochgradig konfliktgefährdet! Eine krankheitssensible Bearbeitung der entsprechenden Konflikte ist angezeigt.⁸**

Hinzu kommt, dass die gemeinsame „Familiengeschichte“ durch jahrelanges mehr oder weniger intensives Zusammenleben „einvernehmlich“ ist. Die unterschiedlichen Anpassungen aber führen nicht selten dazu, dass ein gemeinsames Verständnis in Krisenzeiten nicht existiert, noch nicht abgestimmt ist, noch nicht tragfähig ist! Das kann zu Missverständnissen, Enttäuschungen, natürlich auch zu Verständnislosigkeit oder Konflikten führen.

Da kann Mediation viel Gutes bewirken und Frieden schaffen.

Typische Konfliktfelder im Zusammenhang mit Krankheit

Abstimmung des Unterstützungsarrangements

Die Einschränkungen der Gesundheit beispielsweise eines Elternteils führt dazu, dass erwachsene Geschwister in die Alltagsorganisation einbezogen werden. Nicht selten wurde dazu ein konkreter Auftrag nie ausgesprochen. Die Geschwister haben möglicherweise eine unterschiedliche Vorstellung vom weiteren Vorgehen: Welche medizinische Diagnostik und Therapie ist einzuleiten? Stationär oder ambulant? Maximalmedizin oder therapeutische Zurückhaltung? Wie ist die Einstellung im Sterbeprozess? Oder auch: Versorgung zu Hause oder in Seniorenheim oder Hospitz? Einzug in der Wohnung eines Kindes? Offenheit in der Kommunikation oder „gnadenreiches Verschweigen“? ... Die Geschwister vertreten die persönliche Überzeugung, die auf Werten und Erfahrung fusst. Nicht selten ist es wechselseitig *nicht vorstellbar*, dass Vorstellungen oder Ideen unterschiedlich sind. Jeder handelt in der festen Überzeugung, dass die Entscheidungen *selbstverständlich* im Einvernehmen mit den Geschwistern durchgesetzt wurden. Enttäuschung, Zurückweisungsempfindungen, Verletztheit, etc. sind Empfindungen, die mögliche Konflikte begleiten. Vielfach erleben unterstützungswillige Geschwister (vor allem bei großer Geschwisterzahl), dass andere Entscheidungen umgesetzt werden. Alleingänge einzelner Geschwister sind nicht selten und werden in fester Überzeugung durchgeführt, im Namen der Anderen tätig geworden zu sein. Ergebnis ist Enttäuschung auf der einen Seite und Empörung auf der anderen.

Beziehungs- und Lebensgestaltung

Erkrankte und Hauptbetreuer sind dann in der Lage, eine gemeinsame neue Lebensform zu finden, die die Bedürfnisse aller/beider berücksichtigt. Die Krankheit kann zur Ursache für das Zelebrieren des „Opferstatus“ der/s Einen werden. Die andere Seite „wehrt“ sich aus Mitleid nicht und gerät in einen Mangelzustand, weil die eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund treten. Oft chronifiziert die Dynamik zum sogenannten Dramadreieck⁹. Eine Mediation mit den Konfliktparteien, gerne unter „Hinzunahme der Krankheit als eigenständiger Gast“, ist meist in der Lage, das Zusammenleben etwas zu normalisieren und Tabus (der/die Kümmerer hat keine Wahl...) aufzulösen. Durch wechselseitig wachsendes Verständnis und die Anerkennung der Mangelsituation, der nicht erfüllten Bedürfnisse aller Beteiligten, läßt sich wieder der Austausch auf Augenhöhe gestalten und eine (neue) Grundlage für respektvollen Umgang miteinander schaffen.

Rollen und Überforderung

Die Rollenverteilung innerhalb der Familie gerät durcheinander. Langjährig eingespielte Zuständigkeiten funktionieren durch die krankheitsbedingten Einschränkungen nicht mehr. Ohne angemessene Anpassung des Narrativs mit Realitätscheck „verknotet“ sich das Familiensystem häufig: zum Teil findet Anpassung statt, zum Teil überlastet sich ein Familienmitglied durch Übernahme aller Aufgaben ohne Ausgleich, es gibt Missverständnisse und Konflikte. Die Mediation mit dem gesamten Familiensystem ist häufig sehr befriedigend, da es zu einem klassischen Ablauf mit Themensuche, Interessenarbeit, Lösungsoptionen und Lösungsvereinbarung kommt. Die beteiligten Menschen wollen in der Regel alle nur das Beste. Ohne Begleitung stehen aber manche Beteiligte nicht ausreichend zu ihren persönlichen Bedürfnissen: Das „Mitleid“ mit Betroffenen führt vielfach dazu, dass diejenigen, die unterstützen, sich selbst überfordern, falsch einschätzen oder eigene Bedürfnisse und Empfindungen negieren. Auf die Dauer läßt sich so keine gute Begleitung gestalten.

8) Marja Költzsch (2025) Krankheit als Konfliktlöser.

9) Sascha Weigel (2014) Theory und Praxis der Transaktionsanalyse in der Mediation.

Schwierige Entscheidung am Lebensende

Besteht keine Einvernehmlichkeit über den Einsatz therapeutischer Maßnahmen (zum Beispiel am Lebensende)? Erkrankte selbst sind nicht in der Lage oder willens, sich mit ihrer Entscheidung einzubringen. Wenn in dieser dramatischen Phase beispielsweise zwischen Geschwistern nicht erreicht wird, die unterschiedlichen Überzeugungen zu integrieren, oder wenigstens zu hören, entwickelt sich nicht selten eine kaum heilbare Störung der Singular-Beziehung. Die Positionen reichen nicht selten von „eine Verlängerung des Lebens bedeutet doch am ehesten eine Verlängerung des Leidens“ oder „xx hätte das so nicht gewollt“ bis „das kann man doch nicht so lassen“, „da kann die Medizin doch noch etwas bewirken“! In einer solchen Konstellation hat die Mediation zunächst die Aufgabe, alle Anwesenden mit ihrer Vorstellung **in Ruhe** zu Wort kommen zu lassen. Wie Mediator:innen wissen, wächst durch Zuhören in der Regel das gegenseitige Verständnis.

Unterschiedliche Krankheitsverständnisse

Das Konzept der Krankheitskonzepte geht davon aus, dass es vier Grundformen und Übergänge gibt, wie der Umgang, das Verständnis von Krankheit ist, wie darüber kommuniziert wird etc.:

- 1 – Fehlendes Interesse
- 2 – Selbstverantwortung
- 3 – Beunruhigung
- 4 – Interesse an den Zusammenhängen und Ursachen.¹⁰

Manchmal offenbaren sich entsprechende Unterschiede erst bei bedrohlichen Krankheiten und können dazu führen, dass wechselseitiges Unverständnis, Sprachlosigkeit, Verzweiflung oder Zurückweisung erlebt werden:

» In Zeiten der Krise werden sich Partner „unerklärlicherweise“ fremd.

Bei der Begleitung in Konflikten kann die Aufgabe von Mediator:innen sein, die Sichtweisen zu „übersetzen“, Gesprächbarkeit zu ermöglichen und dann „Verhandlungen“ zu führen. Bei anfangs fehlendem Interesse an der eigenen Gesundheit beispielsweise ist es sehr wohl denkbar, dass Erkrankte den Wunsch des Partners erfüllen und sich diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen stellen.

Scham – ein Hindernis für die Kommunikation

Starke Empfindungen wie Scham und Beschämung beeinflussen das Zusammenleben. Auslöser kann zum

Beispiel sein, dass Betroffene nicht mehr leisten können, was sie selbst als notwendig erachten. Scham betrifft vielfach auch die Unterstützung der Hygienemaßnahmen durch den Partner / die Partnerin, was durch Hinzuziehen des Pflegedienstes leicht zu kompensieren ist, wenn erst mal Akzeptanz dafür geschaffen werden kann. Im Gegensatz zu den anderen konfliktverursachenden Themenfeldern bewirkt Scham Veränderungen des Betroffenen selbst und stört oder verhindert die Kommunikation. Die Umgebung nimmt das in der Regel wahr, weiß aber nicht, wie der Kontakt wieder aufgebaut werden kann. Das entsprechende Tabu belastet die Beziehung, Entlastung ist am ehesten „von aussen“ zu ermöglichen, auch hier kann Mediation unterstützen.

Fazit

Bei Auftreten von Erkrankungen sind alle im Stress! Das macht Konflikte wahrscheinlicher, diese werden meist als beziehungsbelastend erlebt. Beratung und Unterstützung durch die anerkannten Fachleute, Mediziner, Pflegekräfte bezieht sich auf die Beeinflussbarkeit der Krankheit, Pflege Themen oder Ähnliches. Der soziale Aspekt von Krankheit ist selten Thema: weil die Kompetenz nicht ausreicht, weil es nicht interessiert, weil es Zeit kostet. Mediator:innen als Fachkundige für Kommunikation und Konflikte können hier ihre Kompetenzen zielführend einbringen. Die Kostenfrage könnte leicht geregelt werden, wenn das entsprechende Bewusstsein bei den Krankenkassen und politisch entsprechend geschärft wäre: Es ist erwiesen, dass ein Zuwachs an Zufriedenheit und (emotionaler) Sicherheit den Verbrauch von Medikamenten, stationären Aufenthalten und Interventionen reduziert.

Mediator:innen haben eine gute Aussicht, mit vergleichsweise geringem Aufwand viel Frieden und Einvernehmen zu erzielen. Damit ist dann die Krankheit nicht gebannt, aber das notwendige Miteinander wird in einer Ausnahmesituation wieder tragfähig.

Entsprechende Mediationen sind in der Regel hochkomplex und emotional. Die Mediator:innen haben normalerweise einen großen Einigungswillen und sehen typischerweise wenig Alternativen zur Einvernehmlichkeit. Das ist der Grund dafür, dass entsprechende Mediationen typischerweise angenehm sind und die Beteiligten

¹⁰⁾ Heinz Pilartz (2017) Mediation für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz.

dankbar. Einigungsbereitschaft und Kreativität nehmen vielfach zu, wenn „die Krankheit“ mit am Tisch sitzt.

Krankheitsskulptur: Fallgeber:in berichtet von Inhalten und Personen rund um die Erkrankung. Die benannten Personen werden durch den:die Fallgeber:in als Stellvertreter im Raum aufgestellt. Auch die „Krankheit“ wird als eigenständiger Stellvertreter aufgestellt. Dann befragen Supervisor:innen alle Stellvertreter:innen dazu, wie sie sich am Platz fühlen und welche Veränderung ihrer Position Verbesserung erreichen kann. Zuletzt wird die „Krankheit“ befragt.

Der:die Fallgeber:in wird befragt, ob das neue „Bild“ zu Erkenntnisgewinn führt.

Unbedingt gründlich Entrollen (Krankheit!!)

Literatur

<https://who.int/about/governance/constitution>

Aaron Antonovsky (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgV.

Yuval Noah Harari, Nexus 2024, München, Verlag Penguin S.178.

Vivan Dittmar, Gefühle & Emotionen – eine Gebrauchsanweisung, Sept. 2014, Verlag VCS Dittmar, Edition Est.

Tatjana Schnell Psychologie des Lebenssinns 2016 Verlag Springer Berlin.

Sonja Radatz, Einfach beraten, 2018, Wien, Verlag relationales Management.

Tobias Esch/ Eckhard von Hirschhausen Die bessere Hälfte 2018, Hamburg, Verlag Rowolt.

Marja Költzsch Krankheit als Konfliktauslöser: Mediation in Familiensystemen, Spektrum der Mediation Nr.100 2025 Gießen, Psychosozialverlag.

Sascha Weigel Theorie und Praxis der Transaktionsanalyse in der Mediation 2014 Baden-Baden, Verlag Nomos.

Heinz Pilartz Mediation für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz 2017 Wiesbaden Verlag Springer.



Kontakt

Dr. med. Heinz Pilartz, mit Grundberuf Facharzt für Allgemeinmedizin und Naturheilkunde, ist seit vielen Jahren Mediator mit den Schwerpunkten: Mediation in Familiensystemen, in denen die Krankheit Konflikte verursacht. Beschäftigung mit betrieblicher Gesundheit. Tätigkeiten als Referent, Autor, Netzwerker (imug: Initiative Mediation und Gesundheit).

heinz.pilartz@forum-m-pilartz.de