

# **Alter und Krankheit im Kontext Familie: Familienmedizin konkret**

Ursula Becker

## **Zusammenfassung**

Der folgende Artikel beschreibt eine über acht Jahre verlaufende familienmedizinische Begleitung mit insgesamt 17 Gesprächen. Zu Beginn des Prozesses war die Autorin hausärztlich tätig und befand sich in systemisch-familientherapeutischer Weiterbildung, seit 2008 in eigener systemischer Praxis. Im Mittelpunkt stehen Mutter und Tochter, Frau Mittler und Frau Bode (beide Namen geändert), beide langjährige Patientinnen der hausärztlichen Praxis. Die Entwicklungsaufgabe von Frau Mittler bestand darin, in bleibender Wertschätzung für sich selbst Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit und damit Hilfebedürftigkeit im Sinne einer parentalen Reife zu akzeptieren. Frau Bode stand vor der Herausforderung, filiale Reife mit der Übernahme von Verantwortung für ihre Mutter bei erhaltenem Respekt vor ihr und ihrer Lebensleistung zu entwickeln.

**Schlagwörter:** Familienmedizin – Altern – Demenz – Primärversorgung – Selbstbestimmung – Ethik – Marte Meo

## **Summary**

### **Age and illness in the context of family: Family medicine in practice**

The following article describes a systemic counselling process in primary medical care. It lasted over eight years with 17 sessions. At the beginning of the process the author was working as a GP in advanced training in systemic and family therapy, and since 2008 as a systemic therapist in her own practice. The counselling process focuses on an aged mother and her adult daughter, Mrs. Mittler (mother) and Mrs. Bode (daughter) (names changed), both having been patients for many years of the previously mentioned general practice. Mrs. Mittler's developmental task was to accept her frailty and need for care thus consequently her requirements for help, without however losing her self esteem as a parent. Mrs. Bode had to face the challenge of developing filial maturity by taking on responsibility for her mother accompanied by ongoing respect for her and for what she had achieved in her life.

**Key words:** family medicine – ageing – dementia – primary medical care – self determination – ethics – Marte Meo

## 1 Die Krankheit hält Einzug (Dezember 2003 bis Juni 2005)

### 1.1 Die Ausgangssituation

Frau Mittler, geb. 1921, befindet sich seit vielen Jahren in hausärztlicher Behandlung. Im September 2003 tritt bei ihr ein Apoplex (Schlaganfall) mit Hemianopsie (Halbseitenblindheit) links und Hemineglect (Wahrnehmungsstörung für die betroffene Körperseite und deren Umgebung, so dass Defizite in diesem Bereich subjektiv nicht bzw. kaum wahrgenommen werden) links auf. Nach Therapie und Rehabilitation kehrt sie wieder zurück in ihr Haus in einer kleinen Landgemeinde im Rheinland. Aufgrund der medizinisch indizierten Blutverdünnung mit Marcumar zwecks Verhinderung eines weiteren Schlaganfalls kommt sie regelmäßig zu Blutkontrollen in die Praxis. Im Rahmen der Übermittlung des Ergebnisses finden dann häufiger kurze Gespräche zur allgemeinen Situation statt. Frau Mittler beschreibt sich bei diesen Gesprächen als weitgehend wiederhergestellt und recht zufrieden mit ihrer Lebenssituation.

Die Tochter, Frau Bode, befindet sich ebenfalls schon lange in meiner hausärztlichen Behandlung. Beratungsanlässe sind gelegentliche Infekte, Vorsorgeuntersuchungen und Ähnliches. Sie macht sich im Gegensatz zu ihrer Mutter Sorgen um deren Gesundheit und erlebt sie als deutlich eingeschränkt und unterstützungsbedürftig. Im Oktober 2003 sucht sie die Praxis wegen Schlafstörungen auf. Im Gespräch wird rasch deutlich, dass die veränderte gesundheitliche Situation der Mutter und deren unterschiedliche Einschätzung von ihr als sehr belastend erlebt werden. Hierin ist vermutlich auch die Ursache der Schlafstörungen zu sehen. Aktuell besteht aus ihrer Sicht die Notwendigkeit, die Versorgung der Mutter während des anstehenden Urlaubs von Herrn und Frau Bode zu organisieren. Dies hält die Mutter aber im Gegensatz zu ihrer Tochter absolut nicht für erforderlich.

Die Diskrepanz in der Einschätzung der Lebenssituation und insbesondere des Versorgungsbedarfs von Frau Mittler wird in den jeweiligen Gesprächen mit beiden Frauen sehr deutlich. Insbesondere Frau Bode formuliert an mich als Hausärztin die Erwartung, ich möge der Mutter doch sagen, dass sie nun mehr Hilfe annehmen müsse.

Als Hausärztin erlebe ich Frau Mittler auch eingeschränkter, als sie selbst sich sieht – gut nachvollziehbar aufgrund des vorliegenden Neglect-Syndroms. Die von ihr regelmäßig vorgetragene Behauptung, noch alles zu können und kaum Hilfe zu benötigen (die Tochter hat schon seit einiger Zeit in Absprache mit ihrer Mutter Putzen und Waschen übernommen), könnte neben der Wahrnehmungsstörung auch als Versuch verstanden werden, sich weiterhin als »intakt« zu sehen und möglicherweise bedrohlichen Defiziten aus dem Weg zu gehen. In dieser Situation unkritisch Anwältin der Tochter zu werden, scheint mir nicht angemessen.

## 1.2 Der familienmedizinische Prozess

Damit handelt es sich hier um einen klassischen familienmedizinischen Beratungskontext. Ausgangspunkt sind die Beschwerden der Tochter, die sich als Ausdruck der familiären Konfliktodynamik zeigen. Aus systemischer Sicht bietet sich in einer solchen Situation ein Gespräch mit allen Beteiligten gemeinsam an. Dies ist für die hausärztliche Praxis eher ungewöhnlich. Der Vorschlag wird von Frau Bode trotzdem bereitwillig angenommen, sie ist aber skeptisch, ob ihre Mutter dazu bereit sei. Ich biete an, der Mutter ein solches Gespräch vorzuschlagen. Diese willigt sofort ein.

Inwieweit ein solches Setting, bei dem sich Hausärztin und Familientherapeutin in einer Person treffen, empfehlenswert ist, wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Das klassische Psychotherapiesetting fordert eine klare Trennung der Funktionen. Ausgehend von der Prämisse, dass die Hauptfunktionen der systemischen Familienmedizin in der Beratung und Begleitung von Patienten und deren Familien liegt (Altmeyer u. Kröger, 2003; Hegemann, Asen u. Tomson, 2000; Kröger, Hendrichke u. McDaniel, 2000; McDaniel, Hepworth u. Doherty, 1997), ergeben sich allerdings gute Argumente für eine Bejahung dieser Doppelfunktion im Rahmen der familienmedizinischen Betreuung. Sie macht die Gleichzeitigkeit somatischer und interaktioneller Einflussfaktoren auf das Krankheitsgeschehen in der Person des Arztes/Therapeuten deutlich.

Bei den formalen Rahmenbedingungen für familienmedizinische Gespräche stößt das klassische hausärztliche Setting an seine Grenzen. Es lebt von enger Taktung; eine Gesprächsdauer von circa zehn Minuten pro Patient ist die Regel, diese kann im Einzelfall auf zwanzig bis dreißig Minuten verlängert werden, was sich allerdings kaum bis gar nicht in der Vergütung niederschlägt. Aufgrund der bislang fehlenden Anerkennung der Systemischen Familientherapie als GKV-Leistung ist diese auch nicht als eigenständige psychotherapeutische Leistung abrechenbar. Die Motivation für einen Hausarzt, sich dieser Herausforderung trotzdem zu stellen, kommt daher am ehesten aus dem entsprechenden Engagement heraus, einer damit einhergehenden tieferen Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit und möglicherweise auch aus der Idee bzw. Erfahrung, langfristig durch Einbeziehung der Familie sogar Zeit zu sparen. Im vorliegenden Fall werden die Gespräche zunächst im Rahmen der systemisch-familientherapeutischen Weiterbildung geführt und nicht gesondert abgerechnet, seit 2008 privat liquidiert.

Um ausreichend Zeit zur Verfügung zu haben, finden die hier beschriebenen familienmedizinischen Gespräche vorwiegend am Ende der Abendsprechstunde statt. Es steht jeweils ein Zeitrahmen von circa einer Stunde zur Verfügung. In einer ersten Phase finden insgesamt sechs Gespräche statt: zwei Gespräche mit Mutter und Tochter, ein Paargespräch mit dem Ehepaar Bode sowie drei Gespräche mit Frau Bode allein unter dem Fokus der Mutter-Tochter-Beziehung und des gemeinsamen Umgangs mit der Erkrankung.

Wesentliches Kennzeichen systemischen Arbeitens ist es, Systeme anzuregen und zu verstören mit dem Ziel, neue Sichtweisen und Möglichkeiten zu eröffnen. Hierzu steht der systemischen Therapeutin ein reichhaltiges Inventar an Methoden zur Verfügung. Im vorliegenden Fall wird dieses Inventar mit großer Vorsicht und Bedacht eingesetzt. Insbesondere bei Frau Mittler ist davon auszugehen, dass sie ein besonders hohes Maß an Sicherheit benötigt. Um die bestehende Vertrauensbasis auch in diesem neuen Setting zu stärken, ermögli- che ich zunächst beiden Beteiligten, ihre Sichtweise ohne Bewertung oder Kritik darzustellen. Für Frau Bode stellt dies zunächst eine Enttäuschung dar; hat sie doch die Erwartung an mich, der Mutter »doch endlich zu sagen, was jetzt nötig ist«. Gleichzeitig wird deutlich, dass beide Frauen ihre Erwartungen an die jeweils andere sehr klar formulieren können.

Mir als Hausärztin und Therapeutin stellt sich die Herausforderung, einerseits *Allparteilichkeit* zu wahren, andererseits die vorliegenden körperlichen Veränderungen und Wahrnehmungseinschränkungen nicht zu ignorieren. Eine rein konstruktivistische Sichtweise wäre der Situation nicht angemessen.

Vorsichtige *zirkuläre* Fragen ermöglichen beiden, sich zumindest ansatzweise in die Position des Gegenübers zu versetzen. Auch *Skalierungen* tragen dazu bei, die Positionen des »Entweder-oder« und damit des »Richtig-falsch« aufzuweichen. Schon beim hausärztlichen Beratungskontakt im Oktober teilt Frau Bode mit, dass sie demnächst in Urlaub fahren wolle und sich für diesen Zeitraum ganz besonders um die Mutter Sorge. Frau Mittler ist in der Lage, dies nachzuvollziehen und gemeinsam mit ihrer Tochter zu überlegen, wer in dieser Zeit nach ihr schauen und sich um sie kümmern könne. Damit wird aus der grundsätzlichen Frage, wer die Situation »richtig« beurteile, ein Gespräch über das konkrete Vorgehen in einer Ausnahmesituation (Urlaub). Beiden Frauen ermöglicht dies, sich als für die jeweils andere sorgend zu erleben und in der eigenen Wahrnehmung gesehen zu werden. Frau Bode kann zusätzliche Hilfsangebote für ihre Mutter einführen, in der Hoffnung, auch nach dem Urlaub das Eine oder Andere fortführen zu können. Frau Mittler kann ihrer Tochter zuliebe einiges akzeptieren in der Erwartung, dass dies ja nur für kurze Zeit sei und sich »auf Probe« mit der Annahme von Unterstützung auseinandersetzen. Damit kommt Bewegung in die verhärteten Fronten und beide erleben ein Modell, wie Konflikte in kleinen Schritten angegangen und anhand ganz konkreter Situationen bearbeitet werden können.

Dieses Vorgehen wird im Folgenden beibehalten. Frau Bode ermöglicht dies, zunehmend zu ihren eigenen Bedürfnissen zu stehen und diese der Mutter gegenüber auszudrücken. Damit wird für sie aus dem ursprünglich formulierten Satz »Ich möchte, dass meine Mutter mehr Hilfe annimmt, damit es *ih*r besser geht« der Satz: »Ich möchte, dass meine Mutter mehr Hilfe annimmt, damit es *mir* besser geht.« Dies kann Frau Mittler oft annehmen, da es nicht mit dem Eingeständnis ihrerseits verbunden ist, zunehmend hilfebedürftiger zu werden. Gleichzeitig übt sich Frau Bode darin, nicht optimale Zustände auch zu akzep-

tieren. Durch die Arbeit an ganz konkreten Fragestellungen (Ergotherapie, neues Bad, Besuch der Tagespflege) gelingt es, Lösungen zu finden. Deutlich wird, dass Frau Mittler Veränderungen annehmen kann, wenn diese primär dem Wohlbefinden der Tochter dienen, nicht zu eingreifend (ein komplett neues Bad wird ganz klar abgelehnt!) sind und sie selbst Einfluss auf die Rahmenbedingungen nehmen kann.

Um die Fixierung auf Problembereiche und Defizite aufzuweichen, frage ich bei allen Gesprächen nach »guten Momenten«; dem, was beide genießen können. Beide erweisen sich in der Lage, dies zu benennen. Insbesondere das gemeinsame Kaffeetrinken ist weiterhin ein Quell der Freude und kann sehr genossen werden.

Aus systemischer Sicht gehört zu diesem Mutter-Tochter-System auch der Ehemann von Frau Bode. Dieser tritt während des gesamten Prozesses kaum in Erscheinung. Frau Bode erlebt ihn als jemanden, der sie im Hinblick auf die Mutter unterstützt, aber auch Anwalt von ihr als Person und der Paarbeziehung ist. Dies wird in einem von insgesamt zwei *Paargesprächen* deutlich. Frau Bode kann dies annehmen als Chance, sich nicht selbst zu verlieren.

### 1.3 Mutter und Tochter

Frau M. ist seit 1994 verwitwet und hat nur ein Kind, ihre Tochter. Ihr verstorbener Ehemann war im mittleren Dienst bei der Bahn beschäftigt. Dieser Tätigkeit verdankt sie viele schöne Urlaubsreisen, an die sie sich gern erinnert. Vor circa vierzig Jahren bezog sie mit ihrer Familie ein kleines Haus in einer bäuerlich geprägten Landgemeinde im Rheinland. Bis 2003 versorgt sie sich selbst. Seit dem Apoplex hat ihre Tochter Putzen und Wäsche übernommen. Das kann sie annehmen. Ansonsten legt sie großen Wert auf ihre Selbstständigkeit. Sie ist katholisch und kirchlich stark gebunden. Im Gegensatz zu ihrem als gesellig beschriebenen verstorbenen Mann, gibt sie an, auch gern allein zu sein. Zu ihrer Schwester und deren Familie besteht seit Jahren kein Kontakt. Frau Mittlers Bruder kam im Alter von 14 Jahren während des Zweiten Weltkrieges durch einen Blindgänger zu Tode. Aus der eigenen Geschichte kennt Frau Mittler Pflegesituationen. Sie hat beide Elternteile längere Zeit gepflegt.

Die Tochter, Frau Bode, ist verheiratet und ungewollt kinderlos. Ihr Mann ist Schlossermeister in einem Industriebetrieb, sie selbst halbtags als Buchhalterin tätig. Das Paar lebt am selben Ort wie die Mutter und besitzt hier ein eigenes Haus. Nach der Arbeit schaut sie häufig bei der Mutter vorbei, am Wochenende kommt diese öfter zu ihr zu Besuch. Bis vor kurzem war dieses Engagement für beide Seiten befriedigend und ausreichend. Jetzt fühlt sich die Tochter zunehmend verantwortlich für die Mutter, möchte dieser Verantwortung auch gerecht werden, stößt aber häufig an ihre persönlichen Grenzen.

Die Beziehung zueinander wird von beiden unterschiedlich gesehen und nur im jeweiligen Einzelgespräch thematisiert. Frau Mittler hat die Beziehung zu

ihrer Tochter immer als gut erlebt und fühlt sich lediglich in der aktuellen Situation von dieser manchmal bedrängt. Sie ist stolz auf das, was ihre Tochter geleistet hat und hat ein gutes Verhältnis zu ihrem Schwiegersohn. Frau Bode dagegen beschreibt ihre Mutter als »harten Knochen«, als einen Menschen, der sehr rigoros sein und kaum Gefühle zeigen kann. Gleichzeitig kann sie aber auch wahrnehmen, was ihr die Mutter mitgegeben hat, nämlich Werte wie Durchhaltevermögen, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. In ihrer Paarbeziehung hat sie entwickelt, sowohl Nähe und emotionale Kommunikation zu leben als auch Konflikte auszutragen. Letzteres ist mit der Mutter kaum möglich, allerdings beschreibt Frau Bode die Mutter als nicht nachtragend.

So lange beide Frauen nicht wesentlich aufeinander angewiesen waren, funktionierte dieses Miteinander gut. Finanzielle oder sonstige Abhängigkeiten bestanden insofern, als Frau Mittler ihrer Tochter eine erhebliche Summe Geld zum Bau ihres Hauses zur Verfügung gestellt hat. Diese Leistung sei »bedingungslos« erfolgt, gewissermaßen als vorgezogenes Erbe. Inwieweit unausgesprochene »Bedingungen« bzw. Erwartungen damit verknüpft waren und sind, bleibt offen und steht als Hypothese im Raum. Wenn ja, mussten diese bisher aufgrund der gespannten Situation nicht eingelöst werden. Insgesamt kann bis zur Erkrankung von Frau Mittler von einer gleichrangigen Beziehung ausgegangen werden. Dies verändert sich jetzt in Richtung einer komplementären Beziehung.

Als einzige Tochter fühlt sich Frau Bode in ganz besonderem Maße für die Mutter verantwortlich. Dieser Verantwortung will sie sich stellen. Dabei gerät sie in Gefahr, das Autonomiebedürfnis ihrer Mutter aus dem Auge zu verlieren. Diese wiederum hat gelernt, auf ihre Unabhängigkeit zu bauen und nötigenfalls für andere da zu sein. Hilfe anzunehmen ist etwas, was sie kaum eingeübt hat.

## **2 Zwischen Selbst- und Fremdbestimmung (September 2005 bis September 2007)**

Zunehmende Schwäche und die Entwicklung einer Demenz kennzeichnen diese zweite Phase. Frau Mittler steht vor der Herausforderung, angesichts steigenden Unterstützungsbedarfs ein neues Bild von sich zu entwickeln. Von ihrer Tochter benötigt sie einerseits zunehmende Verantwortungsübernahme, andererseits trotz allem das Gefühl, in ihrer Selbstbestimmung respektiert zu werden.

Frau Bode fühlt sich mehr und mehr gefordert. Die Angst vor einem Notfall ist präsent. Jeden Tag fährt sie nach der Arbeit zu ihrer Mutter ohne das Gefühl, genug für diese zu tun. Aufgrund des ausgeprägten Konfliktvermeidungsverhaltens der Mutter werden Konflikte nicht ausgetragen, sondern »unter den Teppich gekehrt«; von Seiten der Mutter anscheinend relativ unproblematisch, von Seiten Frau Bodes mit anhaltendem Ärger und Vorwurfshaltung.

Frau Mittler kann komplexen Gesprächen immer weniger folgen. Gemeinsame Gespräche sind dadurch geprägt, dass ich die Sichtweise von beiden jeweils

nochmals in eigenen Worten wiederhole und damit als neutrale Person diese Wünsche und Bedürfnisse aus der Mutter-Tochter-Spannung heraushole.

Die meisten Gespräche führe ich nun mit der Tochter allein. Hierbei wird Frau Mittler immer symbolisiert, zum Beispiel in Form eines Blutdruckgerätes oder eines leeren Stuhls. Damit kann Frau Bode gut umgehen. Auch gelegentlicher Rollentausch – indem sie sich auf den für die Mutter freigehaltenen Stuhl setzt – gelingt, und ermöglicht ihr, sich in das Erleben der Mutter einzufühlen. Im Sinne einer *Erweiterung des Systems* erfolgt eine Klärung der Erwartungen, denen sie sich ausgesetzt sieht. Dies sieht folgendermaßen aus (Abbildung 1).

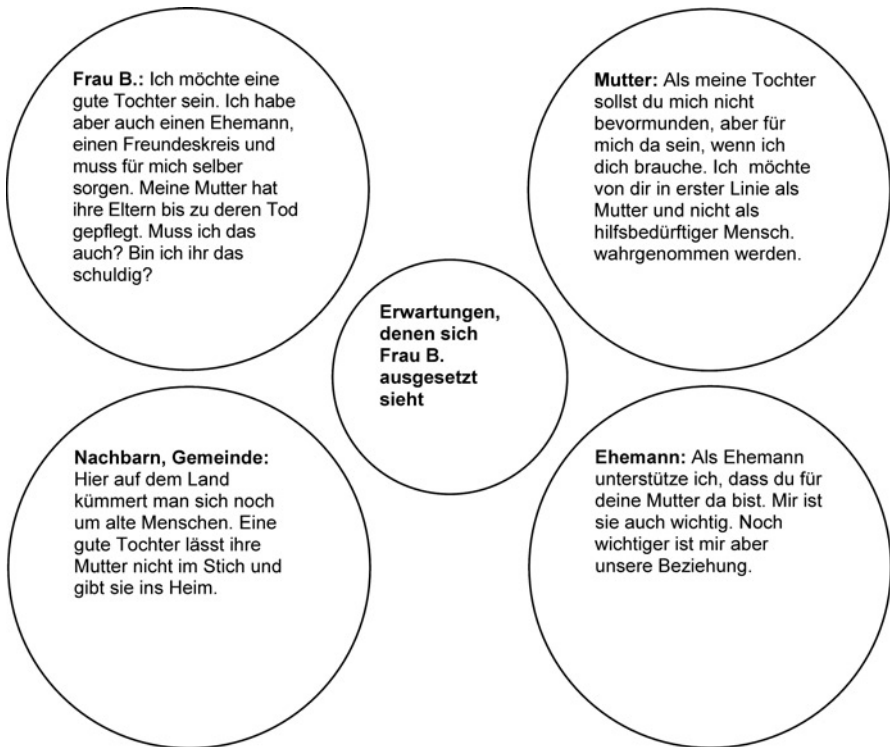


Abbildung 1: Klärung der Erwartungen

Über diese Klärung kann der auf die Mutter-Tochter-Beziehung bezogene Fokus erweitert und damit entspannt werden.

In einem weiteren Schritt arbeiten wir heraus, inwieweit das von der Tochter als ausgesprochen belastende Konfliktvermeidungsverhalten auch als sinnvolle

Schutzmaßnahme von Frau Mittler gesehen werden kann, sich ihrer kognitiven Einschränkungen in Auseinandersetzungen nicht stellen zu müssen.

Die *Suche nach Ausnahmen* ermöglicht es, hilfreiches Verhalten zu identifizieren. Frau Bode beschreibt dies mit dem Satz: »Wenn man energisch ist, dann funktioniert es.« Diese Erfahrung hat sie bei einigen ihr sehr wichtigen Veränderungen wie Augenoperation und Umgestaltung des Gartens gemacht. Frau Bode hat verständlicherweise Scheu, einen solchen Umgang mit strittigen Themen zur Leitlinie ihres Handelns zu machen. Denn damit würde eine deutliche Rollenumkehr eingeleitet und es bliebe die Frage nach der Autonomie der Mutter. Umgekehrt muss die Frage gestellt werden, ob die Zuschreibung von Autonomie, die eigentlich nicht mehr lebbar ist, respektvoll ist. Oder mit anderen Worten: Respektiere ich die Autonomie eines Menschen, indem ich ihn vor Entscheidungen stelle, die er nicht mehr treffen kann und gebe ich damit möglicherweise auch Verantwortung für mich selbst an einen Menschen ab, der sie nicht mehr tragen kann?

Interessant ist, wie Frau Mittler auf solche »eigenmächtigen« Entscheidungen der Tochter reagiert. Frau Bode hat den Eindruck, dass die Mutter dies letztlich sogar gut findet, sich möglicherweise sogar entlastet fühlt, ohne ihre eigene Schwäche offenlegen zu müssen. Nach dieser Klärung ist es ihr möglich, Kriterien zu entwickeln, anhand derer sie das Spannungsfeld Autonomie – Verantwortungsübernahme für sich zunehmend besser austarieren kann. Es gelingt ihr, Verantwortung für einschneidende Entscheidungen im Leben ihrer Mutter zu übernehmen und gleichzeitig die Mutter weiterhin als Mutter zu respektieren. In diesem Stadium erweisen sich zirkuläre Fragen und reframende Beschreibungen als hilfreiche Angebote zur Erweiterung ihrer Sichtweise.

Große Ressource ist in dieser Phase weiterhin die Paarbeziehung. Ein zweites Gespräch mit beiden Partnern dient der nochmaligen Klärung gegenseitiger Erwartungen und der Verdeutlichung dieser Ressource.

Das Thema »Verantwortung« durchzieht unsere Gespräche wie ein roter Faden. Die an Hausärzte oft gerichtete Bitte, ihr »Entscheidungen abzunehmen«, wird auch mehrfach von Frau Bode an mich herangetragen. Meine Gegenfrage: »Was würden Sie gern von mir hören?« kann sie immer gut beantworten und findet dadurch ihre eigenen Lösungen. Dies stärkt ihre Selbstwahrnehmung und die Sicherheit, auf sich zu vertrauen.

Heikles Thema bleibt lange die Frage einer Übersiedlung von Frau Mittler ins Pflegeheim. Hierzu wird nochmals ein gemeinsamer Gesprächstermin anberaumt. In diesem Setting kann Frau Bode ihrer Mutter gegenüber gut ihre eigenen Möglichkeiten und Grenzen formulieren. Dieses Gespräch »unter Zeugen« hilft ihr im weiteren Verlauf, auf diese Grenzen zu achten. Meine Aufgabe ist es, die jeweiligen Aussagen in einer auch für Frau Mittler gut verständlichen Sprache zu wiederholen und die darunterliegende dauerhafte emotionale Basis zu verdeutlichen. Auf diese Weise wird für beide Frauen Vorhersehbarkeit geschaffen: Frau Mittler weiß, dass ihre Tochter gegebenenfalls an ihre Grenzen kommen wird,



konnte gleichzeitig deutlich machen, dass Pflegeheim für sie nur eine Alternative darstellt, wenn es zuhause gar nicht mehr geht.

Nach einem erneuten Apoplex fällt die Entscheidung zur Heimaufnahme dann aufgrund der erheblichen Einschränkungen in der Selbstversorgung rasch. Die kurzzeitige Zwischenlösung des betreuten Wohnens endet mit einem Sturz Frau Mittlers mit anschließender heftiger Blutung (aufgrund der Blutverdünnung). Danach ist für beide klar, dass eine stationäre Unterbringung erforderlich ist. Die bereits zuvor erfolgte Klärung erleichtert gerade Frau Bode diesen Schritt. Auch Frau Mittler erlebt nach einiger Zeit die neue Lebenssituation trotz aller Trauer überwiegend als sicher und beschützend.

### **3 Anpassen an eine dauerhaft veränderte Situation und ethische Konflikte (2007 bis 2010)**

Nach einer mehrmonatigen Eingewöhnungsphase im Heim tritt eine Entspannung ein. Frau Bode stellt fest, dass sie ihre Mutter gern besucht. Sie erlebt es als befreiend, nicht mehr für die alltägliche Versorgung der Mutter zuständig zu sein, sondern »nur noch Tochter« sein zu dürfen. Als wesentliche »Tochteraufgabe« empfindet sie den Erhalt der gemeinsamen Geschichte und der emotionalen Beziehung, die sich jetzt zu vertiefen scheint. Der »harte Knochen« ist weich geworden, Nähe wird auch von der Mutter gewünscht und genossen. In einem unserer Gespräche beschreibt sie, dass aus ihrer Sicht das »Wesentliche« erhalten bleibt. Diese Wahrnehmung hilft ihr auch zu verarbeiten, dass die Mutter sie anfangs gelegentlich, später häufiger, nicht mehr als Tochter erkennt und zeitweilig ihren Namen vergisst. Gleichzeitig erfährt sie vom Pflegepersonal, dass für die Mutter alles, was mit »Elisabeth« (ihrem Vornamen) verbunden ist, große Bedeutung hat. Dies ermöglicht ihr zu erkennen, dass sie für die Mutter – unabhängig davon, mit welchem Namen bzw. in welcher Rolle diese sie anspricht – eine ganz wichtige Person bleibt, die von der Mutter mit der Vorstellung von Sicherheit und Liebe verbunden wird.

Lange leidet Frau Bode darunter, dass ihre Mutter sich zwar jedes Mal über ihren Besuch freut, aber beim Abschied immer traurig und enttäuscht ist. Das Gefühl, es nicht »gut genug« machen zu können, besteht. Durch Symbolisierung der Mutter und zirkuläre Fragen gelingt es ihr, Verständnis für das Recht der Mutter, traurig und enttäuscht zu sein, zu entwickeln – ohne sich für diese Gefühle verantwortlich fühlen zu müssen. Aus ärztlicher Sicht kann ich ihr verdeutlichen, dass die Mutter aufgrund ihrer Erkrankung zunehmend weniger in der Lage ist, die Bedürfnisse anderer Menschen wahrzunehmen und diese zu berücksichtigen. Frau Bode entwickelt hierüber die Idee, dass es nun auch ihre Aufgabe sei, sich die Erlaubnis zu geben, sich abzugrenzen und die Mutter zu enttäuschen.

Ging es in Phase 1 und teilweise Phase 2 darum, die unterschiedlichen Vorstellungen und Bedürfnisse von Frau Mittler und Frau Bode in Bezug auf die

Versorgung von Frau Mittler abzugleichen, so stellt Frau Bode nun sehr deutlich fest, dass die zunehmende demenzielle Entwicklung ihrer Mutter mehr und mehr stellvertretende Entscheidungen erfordert. Sie stellt sich dieser Aufgabe sowohl in konkreten Situationen (Batteriewechsel Schrittmacher) als auch prospektiv, indem sie mögliche zukünftige Themen wie künstliche Ernährung und erneuter Krankenhausaufenthalt thematisiert und sich damit auseinandersetzt. Die Symbolisierung der Mutter in unseren Gesprächen erleichtert die Einfühlung in die Bedürfnisse und möglichen Wünsche der Mutter. Im Sinne einer Ressourcenorientierung unterstütze ich Frau Bode in ihrer Kompetenz als Tochter, Zeichen der Lebensqualität ihrer Mutter zu erkennen und zu benennen und damit Entscheidungen in deren Sinne zu treffen und an Pflegepersonal und Hausärztin heranzutragen.

Im Zuge dieser Entwicklung kann Frau Bode Begriffe wie Liebe, Verantwortung und ethisches Handeln mit konkreten Vorstellungen füllen.

Die Paarbeziehung zeigt sich auch in den letzten Gesprächen als stabil. Beide haben einen guten Weg gefunden, sich auszutauschen. Frau Bode hat mit ihrem Mann verabredet, dass dieser sie nach ihren Besuchen bei der Mutter nicht fragt, wie es war, sondern sie selbst entscheidet, wann und wie sie darüber sprechen möchte. Dieses Vorgehen kann ich ihr als sehr respektvoll sich selbst und ihrem Mann gegenüber spiegeln.

#### **4 Die letzte Lebensphase (2011 bis 2012)**

Im letzten Lebensjahr von Frau Mittler besteht von Frau B. kein Gesprächsbedarf mehr. Sie hat einen guten Weg gefunden, mit der Situation umzugehen. Frau Mittler ist mittlerweile stark dement und kann kaum noch verständlich kommunizieren.

Im Jahr 2011 findet im Pflegeheim, in dem Frau Mittler lebt, eine von mir durchgeführte Inhouse-Fortbildung zu Marte Meo statt (Aarts, 2011; Hawellek, 2012). In einem der erstellten Videos wird auch Frau Mittler vorgestellt. Hier wird deutlich, dass die üblichen Fragen zu Wünschen von ihr nicht mehr beantwortet werden können. Stattdessen benötigt sie Menschen, die sich liebevoll und klar um sie kümmern – die Beziehung steht im Mittelpunkt (Becker, 2009). Was sie tun kann, tritt in den Hintergrund gegenüber der Frage, wer bei ihr ist. Bei der Frage, ob es angebracht sein könnte, Frau Mittler mit ihrem Vornamen anzusprechen, um sie besser zu erreichen, wird Frau Bode nochmals mit einbezogen. Sie kann diese Frage aus der Biografie und der Verbundenheit mit ihrer Mutter klar verneinen. Das wird von allen akzeptiert. Auf diese Weise bleibt die Stimme Frau Mittlers bis zuletzt erhalten.

Im Juni 2012 verstirbt Frau Mittler, begleitet von ihrer Tochter. Die Beerdigung findet an ihrem Namenstag statt – ausgewählt von Frau Bode, die damit ein letztes Mal ihren Respekt vor diesem Menschen bekundet.

## Literatur

- Aarts, M. (2011). *Marte Meo – ein Handbuch*. Eindhoven: Aarts Productions.
- Altmeyer, S., Kröger, F. (2003). *Theorie und Praxis der Systemischen Familienmedizin*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Becker, U. (2009). *Marte Meo – auf die Beziehung kommt es an*. *Zeitschrift Pflegen: Demenz*, 12, 42–45.
- Hawellek, C. (2012). *Entwicklungsperspektiven öffnen – Grundlagen beobachtungsgeleiteter Beratung nach der Marte Meo-Methode*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hegemann, T., Asen, E., Tomson, P. (2000). *Familienmedizin für die Praxis*. Stuttgart u. New York: Schattauer.
- Kröger, F., Hendrichke, A., McDaniel, S. H. (2000). *Familie, System und Gesundheit. Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- McDaniel, S., Hepworth, J., Doherty, W. (1997). *Familientherapie in der Medizin*. Heidelberg.

**Korrespondenzadresse:** Dr. med. Ursula Becker, Herseler Weg 7, 53347 Alfter bei Bonn;  
E-Mail: kontakt@ursulabecker-bonn.de