**Handlungsleitfaden**

**Potentiale und Grenzen ehrenamtlicher**

**Besuchsdienste der Selbsthilfe
in Krankenhäusern**



**Inhaltsverzeichnis**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| I) | Ausgangslage | 4 |
| II) | Das Krankenhaus – Herausforderungen und Chancen für die Selbsthilfearbeit | 5 |
| III) | Planung des Angebots – Was müssen Selbsthilfeorganisationen beachten? | 7 |
| 1) | Aufgabe und Rolle der Aktiven | 7 |
| 2) | Anforderungen an die Aktiven | 8 |
| 3) | Rahmenbedingungen für die Besuchsdienste | 9 |
| 4) | Organisation vor Ort | 9 |
| 5) | Schulungen | 11 |
| 6) | Austausch/Supervision in der Besucherdienstgruppe | 11 |
| IV) | Geschenk, Erfüllung, Überforderung - Gefahren des Helfermodells | 12 |
| V) | Besuchsdienst – Partnerschaft mit den Besuchten | 13 |
| VI) | Psychologie der Gesprächsführung am Krankenbett | 15 |
| 1) | Übertragung und Gegenübertragung | 15 |
| 2) | Wer „führt“ das Gespräch | 16 |
| 3) | Gesprächsebenen unterscheiden | 17 |
| 4) | Gespräch und Berührung | 18 |
| 5) | Krankheitsbewältigung | 18 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VII) | Phasen des Besuchs | 19 |
| 1) | Vorbereitung | 19 |
| 2) | Vor der Tür und auf der Schwelle | 19 |
| 3) | Die ersten drei Minuten | 19 |
| 4) | Im Gespräch Zeit haben | 20 |
| 5) | Abschied | 20 |
| 6) | Von Tür zu Tür? | 21 |
| VIII) | Protokollierung, Datenschutz und Verschwiegenheit | 22 |
| IX) | Berücksichtigung der besonderen Belange von Menschen mit kognitiven und kommunikativen Einschränkungen | 23 |
| X) | Wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Besuchsdiensten der Selbsthilfe | 26 |

1. **Ausgangslage**
Das Verhältnis zwischen Selbsthilfe und Krankenhaus hat sich in den vergangenen Jahrzehnten erheblich gewandelt. War dieses Verhältnis lange Zeit eher von einem skeptischen Nebeneinander geprägt, so steht heute mehr und mehr die partnerschaftliche Kooperation im Mittelpunkt. Die hohe Arbeitsbelastung des Krankenhauspersonals, der Trend zu einer kürzeren Verweildauer, aber auch das Interesse der Selbsthilfe, möglichst früh Betroffenen zur Seite zu stehen, bieten hierfür vielfältige Ansatzpunkte.

Auch aus Sicht der Krankenhäuser bietet die Kooperation viele Chancen:

Selbsthilfegruppen erleichtern die Überleitung vom stationären in den ambulanten Bereich, weil sie Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner benennen können.

Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte können von den sehr differenzierten Erfahrungen der Selbsthilfe profitieren. Dies ist gerade bei seltenen Erkrankungen von großer Bedeutung.

Wenn Patientinnen und Patienten viele ihrer drängenden Fragen mit Aktiven aus der Selbsthilfe bereits klären können, bedeutet dies eine Entlastung des Pflegepersonals.

Aus diesen Gründen haben die Besuchsdienste der Selbsthilfe in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen.

Andererseits darf nicht übersehen werden, dass die Selbsthilfe auf ehrenamtlichem Engagement beruht. Grundsätzlich bestimmt jede Selbsthilfegruppe selbst, wie, wo und wann sie tätig wird. Selbsthilfe ist daher kein gesetzlicher Leistungsträger und auch keine verplanbare Dienstleistungseinrichtung im Krankenhaus. Nicht nur in zeitlicher, sondern auch in emotionaler Hinsicht kann die Wahrnehmung ehrenamtlicher Besuchsdienste für den Einzelnen sehr belastend sein. Auf die Selbsthilfegruppen und -organisationen fällt daher die Aufgabe zu, Überforderungen frühzeitig zu erkennen bzw. zu vermeiden und die in Besuchsdiensten Aktiven zu unterstützen. Es ist für Selbsthilfeorganisationen eine sehr anspruchsvolle Aufgabe, Besuchsdienste zu planen und zu organisieren. Dies wirft in der Praxis viele Fragen auf.

Auch inhaltlich stellen sich viele Fragen: Wo endet die persönliche und anteilnehmende Information der Betroffenen und ab wann mischt sich die Selbsthilfe unangemessen in fachliche Fragen des Behandlungsgeschehens ein? Wann bietet die Selbsthilfe hilfreiche Hilfsmitteltrainings an und wann schlägt dies in eine unzulässige Bewerbung von Produkten einzelner Hersteller um?

Beschränken sich die Besuche auf das Angebot emotionaler Unterstützung oder soll Wissen vermittelt werden?

Der vorliegende Leitfaden versucht, Potentiale und Grenzen ehrenamtlicher Besuchsdienste in Krankenhäusern aufzuzeigen und wichtige konzeptionelle Fragen zur Organisation der Besuchsdienste, zur Situation der ehrenamtlich Aktiven und zur Funktion der Besuche aufzuzeigen. Der Leitfaden richtet sich vor allem an diejenigen in der Selbsthilfe, die entweder erwägen, einen Besuchsdienst einzurichten oder die bereits über einen Besuchsdienst verfügen und diesen weiterentwickeln möchten.

Der Leitfaden kann aber auch den Verantwortlichen in Krankenhäusern sowie fördernden Institutionen, wie bspw. den gesetzlichen Krankenkassen, wichtige Einblicke in dieses sehr sensible Themenfeld geben.

Selbstverständlich gibt es in der Selbsthilfe auch zahlreiche ambulante Besuchsdienste. Auch für diesen Bereich kann der Leitfaden u. U. hilfreiche Anregungen geben.
2. **Das Krankenhaus – Herausforderungen und Chancen für die Selbsthilfearbeit**
Die Arbeitsteilung und die Komplexität der Behandlungsorganisation in modernen Krankenhäusern hat durch die technologischen Fortschritte der letzten Jahrzehnte erheblich zugenommen. Immer mehr Funktionsabteilungen sind nach und nach zu den Krankenstationen hinzugetreten. Ferner ist ein Schichtbetrieb erforderlich, da ein Krankenhaus nie Betriebsferien, Mittagspause oder Feierabend hat. Da aber Mitarbeitende auch mal Feierabend haben, kümmern sich immer sehr viele Personen um einen Patienten. Nicht selten aber unter den Bedingungen von Personalnot.

Hinzu tritt ein prinzipielles Problem: In einem Krankenhaus gibt es grundsätzlich zwei unterschiedliche Patientengruppen: Die eine Gruppe kommt angemeldet, um einen geplanten Eingriff vornehmen zu lassen. Die andere Gruppe kommt völlig unangemeldet, da es sich um Unfälle oder akut aufgetretene Erkrankungen handelt. Gerade letztere Gruppe lässt sich schwer in Regelarbeitszeiten und Kapazitätsgrenzen zwängen.

Dies alles verdeutlicht, dass eine hohe Betriebsamkeit, Störungen im geplanten organisatorischen Ablauf, Informationsdefizite Teile des üblichen Alltags im Krankenhaus sind.

Dies macht es für die Patientinnen und Patienten, aber auch für die im Krankenhaus tätigen ehrenamtlichen Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe nicht leicht.

Dabei geht es nicht nur darum, Opfer von Informationslücken zu werden bzw. einfach vergessen zu werden oder sonst wie im Ablauf „unter die Räder“ zu kommen.

Es geht auch darum, dass die emotionale Seite der Behandlung, die Ängste und Nöte der Patientinnen und Patienten zu kurz kommen. Das Hauptinteresse des Krankenhauses richtet sich vielmehr auf rasches Funktionieren der Abläufe und reibungslosen Verlauf der Behandlung.

Gerade Kranke mit infauster Prognose werden häufig Opfer der Herrschaft des „Machens“, wenn sie über ihren körperlichen Zustand nur im Hinblick auf die konkret „anstehenden Maßnahmen“ des Krankenhauses aufgeklärt werden, aber nicht indem man darauf eingeht, dass das „Machen“ sich jetzt seinem Ende nähert.

Gerade die beschriebene Situation macht aber deutlich, dass Patientinnen und Patienten, die dies alles durchlebt haben, die Informationsdefizite, Ängste, das Alleinsein mit der Erkrankung, überwunden haben, die Patientinnen und Patienten im Krankenhaus wirkungsvoll unterstützen können.

Dies ist die Triebfeder für die vielen Besuchsdienste, die die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen in Krankenhäusern anbieten.

Aus Sicht der Selbsthilfe stellt das Krankenhaus wiederum einen Raum dar, in dem man betroffene Patientinnen und Patienten beispielsweise nach einer Operation frühzeitig erreichen und damit wirkungsvoll begleiten kann.

Ferner ist es gerade Ausdruck der Verbundenheit in der Selbsthilfe, schon organisierte Gruppenmitglieder, die erkrankungsbedingt einen oder mehrere Krankenhausaufenthalte haben, auch in dieser Erkrankungsphase zu begleiten, zu beraten und zu unterstützen.

Das Krankenhaus ist somit ein Ort, in dem das Selbsthilfeprinzip, d. h. die gegenseitige Unterstützung, Beratung und Begleitung von Betroffenen im Umgang mit ihrer Erkrankung oder Behinderung, einen besonders wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Situation der Patientinnen und Patienten leisten kann.

Dies ist wiederum der Grund dafür, warum in fast allen Krankenhäusern auf die Möglichkeit zur Mitwirkung bzw. auf die Angebote der Selbsthilfe hingewiesen wird. Unter dem Stichwort „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ bzw. „Selbsthilfefreundliche Gesundheitseinrichtung“ haben sich Initiativen gebildet, die die Kooperation von Selbsthilfe und Krankenhäusern institutionell weiter vorantreiben.
3. **Planung des Angebots – Was müssen Selbsthilfeorganisationen beachten?**
Die nachhaltige Organisation von Besuchsdiensten in Krankenhäusern durch Selbsthilfeverbände setzt eine sorgfältige Planung dieses Angebots voraus.

Wie bereits geschildert wurde, sind die organisatorischen Abläufe in Krankenhäusern komplex. Besuchsdienste finden im gesamten Bundesgebiet statt, wobei in der Selbsthilfe oftmals durch personelle Fluktuation der ehrenamtlich Tätigen eine große Anzahl an Personen organisiert werden muss.

Aber auch inhaltlich gilt es, die Aufgaben und Rollen der Aktiven zu definieren, da sie ja in gewisser Weise auch die „Aushängeschilder“ des Verbandes sind. Anders als bspw. bei den sog. Grünen Damen geht es ja auch nicht nur um die Organisation einer lokalen, indikationsunabhängigen Aktivität am örtlichen Krankenhaus, sondern um eine indikationsspezifische Unterstützung, die bestimmten Standards folgen sollte.

Daher werden nachfolgend einige Bausteine eines solchen Konzepts aufgezeigt:

	1. **Aufgabe und Rolle der Aktiven**
		* Zunächst einmal sollte die Zielsetzung der Bereiche geklärt werden: Geht es vorwiegend um die psychische Unterstützung der Patientinnen und Patienten, um emotionale Zuwendung oder soll auch Wissen vermittelt werden? Letzterenfalls sollte definiert werden, welche Inhalte wie vermittelt werden sollen Es muss klar sein, dass weder emotionale Zuwendung noch Wissen aufgedrängt werden.
		* Es sollte geklärt sein, in welchem Umfang die Besuchenden im Rahmen der Gespräche auf medizinische Fragen eingehen. Hier ist zum einen zu beachten, dass stets das Risiko einer folgenschweren Fehlberatung besteht und dass andererseits eine Konkurrenzsituation zu den behandelnden Ärztinnen und Ärzten die dringend notwendige Akzeptanz des Besuchsdienstes bei den Behandlerinnen und Behandlern gefährdet.

		Auch sollte eine Abstimmung mit anderen Unterstützungsdiensten wie bspw. Schlaganfall-Helfern gesucht werden.
		* Es sollte geklärt sein, auf welche Weise auf die (weiterführenden) Informationen des jeweiligen Verbandes oder sonstiger Informationen hingewiesen wird.
		* Es muss sichergestellt sein, dass auch bei der Wahrnehmung der Besuchsdienste die Leitsätze der Selbsthilfe im Umgang mit Wirtschaftsunternehmen im Gesundheitswesen gewahrt werden. Keinesfalls dürfen Gespräche im Hinblick auf Arznei- oder Hilfsmittel werblichen Charakter haben.
		* Es sollte geklärt sein, wie die Aktiven verdeutlichen, dass sie nicht als Privatpersonen auftreten, sondern als ehrenamtlich Tätige des Verbandes (Dies kann im Wege der Vorstellung verdeutlicht werden, aber auch durch Namensschilder, besondere Kleidungsstücke etc.).
	2. **Anforderungen an die Aktiven**
		* Um den besuchten Patientinnen und Patienten bestmögliche Unterstützung geben zu können, sollten möglichst Gleichbetroffene die Besuche durchführen. Sie können besonders glaubwürdig und überzeugend Lebensmut vermitteln und ggf. konkrete Hinweise im Umgang mit der spezifischen Krankheitssituation/Behinderung geben. Die Gleichbetroffenheit bezieht sich dabei insbesondere auf die gleiche Ausprägung einer Erkrankung, nicht nur abstrakt auf die „Indikation.“
		* Es sollten auch bestimmte persönlichkeitsbezogene Kriterien definiert werden, wie bspw. Verlässlichkeit, Belastbarkeit, sympathisches Wesen, gepflegtes äußeres Erscheinungsbild etc. Es sollten innerverbandliche Instanzen bzw. Verfahren existieren, die hier steuernd eingreifen können, falls ein Aktiver/eine Aktive ungeeignet oder überfordert ist.
		* Es sollten hinreichende Kenntnisse zur Gesprächsführung und zu den psychologischen Grundlagen der Besuche vorliegen. Idealerweise wird dies durch die vorherige Teilnahme an verbandlichen Schulungsmaßnahmen dokumentiert.
		* Unter Umständen ist es wichtig, dass Partner und Familie der Aktiven die Mitarbeit im Besucherdienst akzeptieren.
	3. **Rahmenbedingungen für die Besuchsdienste**
	Es kann für die einzelnen Besuchsdienste sehr hilfreich sein, wenn der jeweilige Bundes- oder Landesverband bereits über eine Rahmenvereinbarung mit den Krankenhäusern klärt, auf welche Weise der örtliche Besuchsdienst etabliert werden kann.

	Dies betrifft ganz generell die Akzeptanz des Angebots bei der Krankenhausleitung, aber auch die Frage, welche Mitarbeiterin und welcher Mitarbeiter des Krankenhauses Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerin für die ehrenamtlich Tätigen ist, welche Besuchszeiten sinnvoll sind bis hin zu der Frage, ob Räumlichkeiten für persönliche Besprechungen mit den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt werden.

	Wo es keine überörtlichen Rahmenvereinbarungen gibt, muss dies auf örtlicher Ebene ausgehandelt werden. Es empfiehlt sich jedoch, für diese örtlichen Verhandlungen auch bereits verbandliche Anforderungen zu definieren, da es die örtlichen Verhandlungsführer dann leichter haben, sich durchzusetzen.

	Ein wichtiges Thema ist aber auch die Finanzierung der Besuchsdienste. Es muss vorab geklärt sein, wer bspw. die Fahrtkosten, Druckkosten für Flyer, Kosten für einheitliche Kleidung etc. übernimmt. Auch hier muss auf eine nachhaltige Lösung geachtet werden, da die Einführung eines Besuchsdienstes nur Sinn macht, wenn sie nachhaltig erfolgt.
	4. **Organisation vor Ort**
		* Der Aufbau und die Organisation örtlicher Besuchsdienste können nicht von der Bundesebene oder der Landesebene aus erfolgen, sondern müssen durch die Regional- oder Ortsebene der Selbsthilfestrukturen erfolgen. Die Bundes- und Landesebene kann hier nur unterstützend tätig werden. Dies bedeutet aber auch, dass Besuchsdienste nicht von oben nach unten als Angebot des Verbandes „geplant“ werden können.

		Einen gut funktionierenden Besuchsdienst aufzubauen, erfordert sehr viel Einfühlungsvermögen, Findigkeit und vor allem Geduld. Auf welchen Wegen und wie schnell ein Besuchsdienst eingeführt werden kann, hängt im Wesentlichen von den personellen Möglichkeiten und örtlichen Verhältnissen ab. Von einem überhasteten Aufbau ist dringend abzuraten. Man muss sich bewusst sein, dass es ein Gebot der Verlässlichkeit ist, dass ein einmal eingerichteter Besuchsdienst auch aufrechterhalten werden muss. Es ist daher behutsam vorzugehen. Beispielsweise kann in einem Gebiet mit mehreren Krankenhäusern der Besuchsdienst langsam und schrittweise, der vorhandenen Zahl der ehrenamtlich Engagierten entsprechend, entwickelt werden.
		* Es ist überaus wichtig, dass die Besuchten nicht von den Besuchsdiensten überrascht werden. Der Hinweis auf den Besuchsdienst sollte daher über Informationsmaterial wie bspw. Flyer sowie durch das Klinikpersonal erfolgen. Es ist sicherlich der falsche Weg, einfach so im Zimmer zu stehen und sich als Besuchsdienst vorzustellen.
		* Es hat sich als sinnvoll erwiesen, wenn sich eine Person bereitfindet, die die Leitung einer örtlichen Besuchsdienstgruppe übernimmt.

		Diese Person ist dann als Ansprechpartner für das Krankenhaus erkennbar und kann organisatorische Fragen der Besuche klären.

		Dabei ist es besonders hilfreich, wenn diese Person neben organisatorischem Geschick auch ein gutes Gespür dafür hat, was sich bei den Besuchen auf der Beziehungsebene ereignet. Dadurch kann diese Person den übrigen Aktiven helfen, besser zu verstehen, was sie bei ihren Besuchen erlebt haben. Zugleich kann die Person wahrnehmen, was sich in der Gruppe der Aktiven abspielt.

		Die Wahrnehmung des Besuchsdienstes kann auch sehr belastend sein. Der Leiter/die Leiterin der Besuchsdienstgruppe muss darauf achten, dass keiner in Krisen allein bleibt. Entweder er/sie bietet sich selbst als Gesprächspartner/in an oder er/sie lädt dazu ein, Probleme in der Besuchsdienstgruppe anzusprechen.

		Dabei kann der Leiter/die Leiterin schon durch sein/ihr eigenes Verhalten dazu beitragen, dass die Angst, sich zu äußern und etwas von sich zu erkennen zu geben, allmählich abgebaut wird. Dies kann dadurch geschehen, dass Gesprächsbeiträge und Besuchsberichte der anderen nicht bewertet werden. Stattdessen kommt es darauf an, immer wieder verstehende Beiträge zu bringen, in denen an den Gefühlen und dem Befinden der Berichtenden Anteil genommen wird.
		* Eine wichtige Schnittstelle vor Ort ist auch die Kooperation mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Krankenhauses auf der Station.

		Grundsätzlich erfreuen sich die Besuchsdienste der Selbsthilfe bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus großer Akzeptanz. Leider ist es für sie durch viele Vorgaben und Zwänge nicht immer möglich, den Patientinnen und Patienten das Maß an Zuwendung zu geben, das sie selbst gern geben würden. Darum schätzen sie die ehrenamtlich Tätigen der Besuchsdienste sehr, weil durch sie eine wesentliche Entlastung herbeigeführt werden kann.

		Andererseits sind die Stationszimmer Orte, an denen vieles zusammenläuft. Hier werden Termine koordiniert, Medikamente sortiert, Informationen dokumentiert, es finden Besprechungen zwischen Ärzten und Pflegekräften statt und es müssen Angehörige betreut werden. Nicht selten kommen sich die ehrenamtlich Tätigen hier wie zusätzliche Störenfriede vor.

		Unabdingbar ist es aber, dass eine Kontaktaufnahme mit dem Stationszimmer stattfindet und dass der Informationsaustausch zwischen Hauptamt und Ehrenamt effizient organisiert wird. Auch insoweit sind grundsätzliche Absprachen hilfreich.

		Mitunter muss aber auch betont werden, dass der Besuchsdienst nur eine Ergänzung ist und nicht eine Hilfstätigkeit für das Pflegepersonal. Die Besuchsdienste dürfen nicht in dem Sinne fest eingeplant werden, dass sie Personaldefizite kompensieren.
	5. **Schulungen**
	Nach alledem wird deutlich, dass Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen das Angebot indikationsspezifischer Besuchsdienste in Krankenhäusern nur dann in einer angemessenen Art und Weise vorhalten können, wenn zumindest die Leiterinnen und Leiter der Besuchsdienstgruppen für diese Aufgabe regelmäßig geschult werden. Anderenfalls droht eine massive Überforderung der aktiv Tätigen, aber mindestens genauso schlimm eine Belastung, anstatt einer Unterstützung der betroffenen Patientinnen und Patienten im Krankenhaus.

	Beispielsweise führt die Deutsche ILCO schon seit dem Jahr 1978 regelmäßig sog. Seminare für Besucherdienst-Mitarbeiter auf der Basis eines umfassenden Curriculums durch. Dieses Seminar wird durch weitere Seminarangebote, bspw. zur Gesprächsführung mit Betroffenen, flankiert.
	6. **Austausch/Supervision in der Besucherdienstgruppe**
		* Die Erfahrungen, die im Rahmen der Besuche gemacht werden, müssen von den ehrenamtlich Tätigen erst einmal verarbeitet werden. Oftmals hängen einem die Gespräche noch stunden-, tage- oder gar wochenlang nach.

		Es stellen sich viele Fragen: Das Gespräch lief ganz gut – hat der andre das auch so empfunden? Auf eine Sache habe ich nicht reagiert – warum habe ich das bloß überhört? Warum wurde ich abgewiesen, noch bevor ich überhaupt sagen konnte, wer ich bin? Warum ist das Eis nicht gebrochen, warum war ich nach ein paar hilflosen Sätzen schon wieder durch die Tür?

		Es ist sehr schlimm, wenn man mit all diesen Fragen allein fertig werden muss. Das Gleiche gilt für Gefühle und eigene Betroffenheiten, wenn bspw. ein Patient über die Belastung für seine Partnerschaft spricht, wenn die eigene Ehe über die Erkrankung zerbrochen ist.

		All dies verdeutlicht die Notwendigkeit, von Besucherdienstgruppen – auch um positive Erfahrungen zu teilen. Wenn es keinen Ort gibt, an dem die Eindrücke verarbeitet werden können, dann verlieren die ehrenamtlich Aktiven in aller Regel die Lust und geben allmählich auf. Dann kommt es auch bei den Besuchen zu keinen positiven Begegnungen, weil sich zu viele unverarbeitete Erlebnisse angesammelt haben.

		Der Austausch in der Besucherdienstgruppe ist somit nicht nur ein Anhängsel an die eigentliche Arbeit, sondern deren Voraussetzung: Wenn in der Gruppe keine guten, annehmenden Gespräche geführt werden, werden in den Krankenhäusern am Krankenbett auch keine guten, annehmenden Gespräche geführt.
		* Einen methodischen Schritt weiter geht die Supervision, bei der es auch darum geht, sich auszutauschen und die Sicht eines anderen/einer anderen auf die Dinge zu erhalten. Hier geht es aber auch darum, auf die eigenen unbewussten Verhaltensweisen hingewiesen zu werden bzw. gespiegelt zu bekommen, wie man von anderen erlebt wird. Erfahrungen aus der Supervision helfen dabei, Abstand zu den Problemen zu gewinnen und die Beziehung zu denjenigen, die besucht werden, neu in den Blick zu nehmen.
4. **Geschenk, Erfüllung, Überforderung – Gefahren des Helfermodells**
	1. Zunächst einmal liegt es nahe, den Besuchsdienst für die Patientinnen und Patienten als „Geschenk“ aufzufassen. Der Besuchsdienst kommt, obwohl ihn keiner eingeladen hat. Manchmal wird er nach Ankündigung erwartet, manchmal löst er freudige Erwartung aus. Es gibt aber auch die andere Seite der Medaille, wenn man sich wie ein ungebetener Hausierer vorkommt, den keiner bestellt hat und der abgelehnt wird.

	Es ist naheliegend, dass die Besuche als wertvoller angesehen werden, bei denen die Menschen dankbar sind. Vielleicht brauchen Menschen, die sich in Besuchsdiensten engagieren, das Gefühl der bestätigenden Dankbarkeit noch mehr als andere Leute. Schließlich tut man etwas, dessen Erfolg sonst nicht messbar und auch nicht unmittelbar sichtbar ist.

	Ganz unbewusst ergibt sich so eine Präferenz für bestimmte Besuche bzw. eine Zurückhaltung gegenüber anderen Besuchen. Hier ist es wichtig zu sehen, dass der Wunsch, Helfer zu sein, unser eigenes Bedürfnis nach Nähe und Bestätigung widerspiegelt. Dies ist für das Gelingen der Besuche nicht unbedingt hilfreich.
	2. Ausgangspunkt der Arbeit im Besuchsdienst muss daher die Beziehung zu sich selbst sein. Es sollte mir einigermaßen gut gehen, wenn ich mit den Besuchen beginne. Im Gespräch mit dem Kranken muss ich meine Beziehung zu mir selbst dauernd im Auge behalten. Ich muss bei mir bleiben.

	Nur so gelingt es, in sich zu ruhen, nicht im anderen aufzugehen oder unterbewusst in die Rolle dessen zu geraten, der Anerkennung durch Dank, Zuneigung erheischt.

	Anderenfalls besteht die Gefahr, in ein Fahrwasser zu geraten, die Patientinnen und Patienten für die eigene Gefühlswelt einzusetzen oder aber bspw. den Wunsch nach Anerkennung durch statussüchtiges Auftreten gegenüber dem Krankenhauspersonal zu befriedigen.

	Die Helferrolle birgt aber auch die Gefahr, den anderen zu entmündigen. Dann wird eine Entscheidung, die vom Patienten/von der Patientin zu treffen ist, nicht ausdiskutiert, manchmal noch nicht einmal andiskutiert, da ich ja weiß, was gut für mich, gut für sie ist. Wenn ich selbst zu wissen meine, was mein Gesprächspartner/meine Gesprächspartnerin braucht, dann ist es besonders schwer, geduldig zu bleiben, um ihm/sie bei seiner Suche nach Wegen, die für ihn/sie gangbar sind, zu begleiten.
	3. Die Helferrolle begünstigt schließlich auch Überforderungstendenzen. Ich fühle mich in dieser Rolle dazu eingeladen, mehr zu versprechen, als ich halten kann. Überforderung ist dabei eine Problematik, die besonders diejenigen ehrenamtlich Tätigen treffen kann, die sich für besonders leistungsfähig halten (siehe hierzu die Broschüre „Hart an der Grenze“ der BAG SELBSTHILFE, die sich mit dem Thema Sensibilisierung bei Überforderung befasst).
5. **Besuchsdienst – Partnerschaft mit den Besuchten**
	1. Um eine Beziehung zwischen Besuchenden und Besuchten zu erleichtern, ist es hilfreich, das Verhältnis der Über- und Unterordnung zu verlassen. Hierzu können folgende Leitlinien für ein partnerschaftlich orientiertes Besuchskonzept nützlich sein:

		* Nicht ich weiß und bestimme, was für unsere Begegnung ein bedeutsames Thema ist, sondern ich bin bereit, mich auf das einzulassen, was für den anderen von Bedeutung ist. Ich darf mich aber natürlich auch selbst mit meinen Themen einbringen.
		* Nicht ich weiß, wie der andere seine Lebensprobleme lösen bzw. mit seiner Erkrankung umgehen sollte. Aber ich bin bereit, auf der Basis meiner Erfahrungen mit ihm zusammen nachzudenken und zu verstehen, warum für ihn die eine Lösung in Frage kommt und die andere nicht.
		* Ich bin bereit, mich auf eine Beziehung einzulassen. Ich würde mich freuen, wenn etwas Gemeinsames entstünde. Ich bin aber auch bereit zu akzeptieren, dass der andere sich hierauf gerade nicht einlassen will.
	2. Der ehrenamtliche Besuchsdienst lebt von der Begegnung, von der aufmerksamen Hinwendung zum Gegenüber. Präsenz und Achtsamkeit sind wichtige Haltungen, die viel Kraft kosten. „Betroffen“ sind daher nicht nur die Besuchten, sondern auch die Besucher.

	Für die Psychohygiene ist es daher wichtig, sich selbst immer wieder gut zu zentrieren und ein gesundes Maß an Nähe und Distanz zu gewinnen.

	Hilfreich können hierbei Rituale sein, die den Rollenwandel vor, während und nach den Besuchen symbolisieren:

		* Die gedankliche Schleuse: Wenn man sich zum Besuchsdienst auf den Weg macht, gibt es viele Übergänge, z. B. vom Haus auf die Straße, vom Vorplatz ins Krankenhaus, die man als Schwellen betrachten kann. Wenn man sich dies bewusst macht, kann man präsent bleiben und sich viel besser ordnen.
		* Kleidung und Namensschilder: Das Anziehen eines bestimmten Kleidungsstücks oder das Anheften eines Namensschildes können als Signale genutzt werden, um sich selbst den Wechsel von der einen in die andere Aufgabe zu verdeutlichen.
		* Innehalten: Manchmal ist es hilfreich, vor und/oder nach dem Besuchsdienst einen Moment innezuhalten und ganz bei sich zu sein. Das Spüren des eigenen Atems, des eigenen Herzschlags, das bewusste Wahrnehmen der eigenen Gefühle und Gedanken ermöglicht es, sich wieder auf sich zu besinnen.

		Solche Rituale mögen vielen zunächst etwas merkwürdig vorkommen. Das Ausprobieren schadet jedoch nichts und wenn es hilft, hat die ehrenamtliche Arbeit in der Selbsthilfe eine weitere Bereicherung gebracht!
6. **Psychologie der Gesprächsführung am Krankenbett**Die Durchführung von Besuchsdiensten stellt für ehrenamtlich Tätige eine sehr anspruchsvolle Tätigkeit dar. Aus diesem Grunde bedarf es fundierter Schulungsmaßnahmen, die sich insbesondere auch auf die psychologischen Aspekte der Gesprächsführung beziehen sollten.

Nachfolgend werden hierzu einige wichtige Themenfelder vorgestellt.

	1. **Übertragung und Gegenübertragung**
	Im Bereich der Psychologie versteht man unter der Übertragung das Phänomen, dass wir zunächst immer nur Bekanntes erkennen. Wir erfassen Neues nur im Rahmen dessen, was wir als Altvertrautes betrachten. Daher gehen wir auf Menschen zu, indem wir frühere Begegnungen in neuen Beziehungen wiederholen. So überträgt der besuchte Patient, die besuchte Patientin Abbilder zum Begriff der „Selbsthilfe“, d. h. hierauf bezogene Erfahrungen und Vorurteile.

	Diese Übertragung ist ein unmittelbar und unwillkürlich ablaufender Vorgang, der die ersten Augenblicke einer neuen Beziehung dominieren. Aus der Übertragung ergibt sich die Erstreaktion des Besuchten auf das Besuchsangebot und seine Art, wie er sich gegenüber dem Besuchenden verhält.

	Übertragungen können eine unerwartete Nähe produzieren, aber auch beziehungshemmende Hindernisse sein.

	Zwar hat der Besuchende die Vorstellung, dass er mit seinem Besuch sich selbst individuell und aktuell einbringt. Dieser Wunsch nach Originalität wird dann aber von den alten Bildern überdeckt. Die Übertragung ist also eine Verfälscherin der Beziehung. Sie erzeugt eine Anfangsatmosphäre, die von „falschen“ Bildern geprägt ist. Daraus entstehen Annahmen und Ablehnungen, vermeintliche Sympathien, Spannungen, die später überarbeitet werden. Der Prozess der Begegnung ist somit ein ganz allmählicher, bei dem zunächst eine Übertragung die andere ablöst und in dem es erst nach und nach zu einer Anpassung zugunsten der „richtigen“ Einstellung und Beziehung kommt.

	Es kommt daher darauf an, im Rahmen der Besuche durchaus die eigene Persönlichkeit zum Tragen kommen zu lassen in dem Bewusstsein, dass aus Übertragungen erst einmal eine Beziehung erwachsen muss.

	Andererseits ist aber auch klar, dass der Besuchende selbst zunächst aktiv Bilder und Vorstellungen an den Besuchten im Krankenbett heranträgt. Manche Patienten sind von Anfang an „sympathisch“, „merkwürdig“, „uninteressant“ etc.

	Dieses Phänomen wird „Gegenübertragung“ genannt. Dabei ist nicht nur die Eigenart des besuchten Menschen, sondern auch dessen Krankheit in unterschiedlicher Weise berührend.

	Ziel ist, dass es gelingt, in sich etwas so zu fühlen, wie es einem gehen würde, wenn man in der gleichen Lage wäre.

	Auch der Prozess der Gegenübertragung ist ein allmählicher, bevor Beziehung entsteht.

	Hier liegt ein Grund, warum man Besuche eben nicht am Fließband durchführen kann. Das Übertragungsgeschehen erfordert eine hohe Aufmerksamkeit. Die Signale der Gegenübertragung haben zur Folge, dass der Besuchende immer wieder mit dem Fortwandern seiner Gedanken zu kämpfen hat. Liegt die Ursache darin, dass wir den Besuchten (zunächst) als „uninteressant“ empfinden oder erinnert uns das, was er sagt, an etwas selbst Erlebtes, das wir erst einmal verarbeiten müssen?

	Auch das Phänomen der Gegenübertragung zu kennen, ist für den Besuchenden wichtig: Zumindest zu Beginn des Besuchs können wir nur verstehen, was uns vertraut ist. Es geht somit darum, zunächst einmal bescheiden zu sein in dem Anspruch, den anderen verstanden zu haben.

	Erst wenn die Prozesse von Übertragung und Gegenübertragung fortgeschritten sind und Verständnis entsteht, kann im Besuch auch eine Beziehung der Nähe entstehen.
	2. **Wer „führt“ das Gespräch?**Kurz vor dem Besuch stellt sich so mancher sicher die Frage, was er machen will, wenn er das Zimmer betritt. Gibt es einen Plan, eine Richtlinie, eine Zielvorstellung?

	Klar ist zunächst einmal, dass mit dem Besuch das Gespräch eröffnet wird. Und dann? Da wir nicht wissen, ob sich der andere auf das Gespräch einlässt, überlassen wir ihm ganz automatisch zunächst einmal die Aktivität.

	Andererseits bedeutet das Wahrnehmen, Einfühlen, Annehmen auch eine Arbeit, die u. U. viel Kraft erfordert. Nach einer solchen Auffassung von Gesprächsführung kommt es nicht darauf an, dass der ehrenamtliche Berater oder die ehrenamtliche Beraterin alles gesagt hat, was als notwendig erscheint, sondern dass vor allem der Besuchte/die Besuchte sagen konnte, was für ihn/für sie wichtig ist.

	In der Regel wird mit der Durchführung von Besuchsdiensten aber auch das Anliegen verfolgt, über verschiedene Optionen der Weiterbehandlung, über die notwendige Hilfsmittelversorgung, über die Ausgestaltung des Entlassmanagements aktiv zu beraten.

	Hier gilt es, die Balance zu finden zwischen einer annehmenden Gesprächsführung und der zielgerichteten Beratung.
	3. **Gesprächsebenen unterscheiden**Der Balance zwischen aktiver und passiver Gesprächsführung entspricht auch die Unterscheidung zwischen den Gesprächsebenen.

	Im Vordergrund jedes Gesprächs ist zunächst einmal die Sachebene. Auf dieser Ebene werden Themen abgehandelt oder Informationen gegeben. Hier geht es beispielsweise um die Qualität des Essens im Krankenhaus oder um die Hilfsmittelversorgung.

	Im Hintergrund des Gesprächs liegt jedoch die Beziehungsebene. Diese Ebene wird uns in der Regel erst bewusst, wenn wir über das Gespräch nachdenken. Hier geht es um die Gefühle, die ein Thema bei uns auslöst und um die schon beschriebene Entstehung einer Beziehung während des Gesprächs.

	Auch insoweit gilt es, die Balance zu finden zwischen einem Sachgespräch und einem emotional für beide Seiten erfüllenden Besuch.

	Oftmals testen wir ganz unbewusst, wie weit wir gehen möchten. Unter Umständen gelangt man dann „ganz überraschend“ zu einem Thema, das einen persönlich sehr stark berührt, ohne dass man dieses Thema bzw. diese Nähe bewusst ansteuern wollte.

	Es ist wichtig, dass die Besuchenden dieses Phänomen kennen.
	4. **Gespräch und Berührung**Das Thema „Berührung“ ist ein sensibles Thema, wenn es um die Durchführung von Besuchsdiensten geht.

	Berührungen können als wohltuend und vertrauensbildend erlebt werden, aber auch als unangenehm und grenzüberschreitend. Grundsätzlich gibt es keine klare Grenze, wann eine Berührung als positiv und wann sie als störend angesehen wird. In aller Regel hängt es von den lebensgeschichtlichen Erfahrungen der Beteiligten ab, wie diese schon immer mit Berührungen umgegangen sind. Auch Kultursensibilität ist hier gefragt.

	Insgesamt dürfte es eine ganz gute Richtschnur sein, zunächst einmal zu hinterfragen, ob man selbst eine derartige Berührung akzeptieren bzw. als angenehm empfinden würde.

	Sodann kommt es auch auf die Art und Weise der Berührung an. Anstelle eines plötzlichen Berührens sollte zuerst Blickkontakt aufgenommen werden, und es sollte angesprochen werden, dass man bspw. gern die Hand nehmen würde. Flüchtiges Berühren im Gesicht ist wesentlich irritierender als ein eindeutiges Berühren der Hand, des Arms oder der Schulter.

	Schließlich sollte man sich bewusst sein, dass eine Berührung immer auch einmal irritierend wirken kann. Eine Abwehrhaltung des Besuchten/der Besuchten sollte man daher nicht persönlich nehmen. Außerdem sollte man auf seine innere Stimme hören, wenn man sich nicht in der Verfassung fühlt, das Gespräch auch mit Berührungen zu führen. In einem solchen Fall sind Berührungen für den Besuchten/die Besuchte besonders irritierend, da die inneren Vorbehalte nicht überdeckt werden können.
	5. **Krankheitsbewältigung**Gerade beim Besuch von schwerkranken Menschen kann der Besuch auch eine wichtige Rolle bei der Krankheitsbewältigung spielen. Daher sollten Aspekte wie eine positive Krankheitsbewältigung, der Umgang mit Informationen, das Empowerment des Besuchten, möglichst auch im Rahmen der Besuche vermittelt werden.
7. **Phasen des Besuchs**
	1. **Vorbereitung**Zunächst einmal ist es wichtig, sich einen festen Zeitpunkt vorzunehmen, an dem der Besuch stattfinden soll. Nur dann kann man nämlich abschätzen, ob man überhaupt genug Zeit für den Besuch hat. Der Zeitraum der freien Zeit muss großzügig bemessen sein. Anderenfalls würden die Besuchten spüren, dass man im Grunde gar keine Zeit hat.

	Ferner bedarf es des Innehaltens, ggf. eines Rituals, um sich von dem zu lösen, was einen bislang beschäftigt oder gar in Atem gehalten hat. Anderenfalls kann man dem zu besuchenden Menschen nicht die gebotene Aufmerksamkeit entgegenbringen.
	2. **Vor der Tür und auf der Schwelle**Mit dem Betreten des Zimmers schaffen wir die Voraussetzungen dafür, dass ein Besuchsgespräch in Gang kommen kann. Es hängt bereits hier viel von unserer Eigenart, von unserer Körpersprache, unserer Art, uns zu bewegen, ab, wie das Gespräch verlaufen wird.

	Wir treffen bewusste und unbewusste Vorentscheidungen. Wie stellen wir uns vor? Zu welchem Patienten gehen wir zuerst? Wo stellen wir uns im Zimmer hin? Nehmen wir auf einem Stuhl Platz? Halten wir Flyer unserer Selbsthilfegruppe hoch?

	Es ist wichtig, sich klar zu machen, dass derartige Unsicherheiten normal sind. Es ist nie einfach, einen fremden Kranken zu besuchen, anzuklopfen, zu warten, einzutreten und erst nach und nach zu sehen, ob man willkommen ist oder nicht.

	Daher ist es sicherlich hilfreich, die Vorstellung und die Art und Weise des Eintretens mit einem „standardisierten“ Satz zu beginnen.

	Wie bereits ausgeführt wurde, dient dies auch dazu, die Rolle des/der Besuchenden als Vertreter/Vertreterin der Selbsthilfe zu klären.
	3. **Die ersten drei Minuten**In kommunikationstheoretischer Hinsicht haben die ersten 3 Gesprächsminuten großen Einfluss auf den weiteren Gesprächsverlauf.

	Vordergründig werden in dieser Zeitspanne noch keine großen Inhalte besprochen, sondern es geht um unverbindliche, scheinbar unbedeutende Floskeln.

	Es ist wichtig zu wissen, dass in dieser Phase bereits viele Themen unbewusst „angetippt“ werden. Es wird sondiert, ob im Gespräch die Sach- oder die emotionale Ebene im Vordergrund stehen soll und der oben geschilderte Prozess von Übertragung und Gegenübertragung nimmt seinen Lauf.
	4. **Im Gespräch Zeit haben**Die Durchführung des Besuchs bedeutet, Zeit in den Dienst des/der Besuchten zu stellen. Der Aspekt der Zeit spielt eine große Rolle, da das „Zeithaben“ auf Absichtslosigkeit, Freiheit und Hinwendung zielt.

	Die bereits beschriebenen Prozesse des „sich in Beziehung Bringens“ benötigen auch Zeit, damit der Besuch gelingen kann.

	Andererseits ist auch ein Umgang mit Störungen erforderlich. Für viele Besuchenden ist es irritierend, wenn Gespräche vor dem laufenden Fernseher oder Radio stattfinden, so dass man nur „nebenbei“ spricht. Hier gilt es, sorgsam abzuwägen, ob man darum bittet, die Geräte auszuschalten, um einen guten Rahmen für das Gespräch zu schaffen oder ob man dies so hinnimmt. Eventuell braucht der/die Besuchte nämlich auch dieses andere Programm, um ausweichen zu können, solange er/sie nicht genügend Vertrauen gefasst hat. U. U. muss auch erst einmal eine Gesprächssituation geschaffen werden, in der vertrauensvolle Gespräche möglich sind. In einem Mehrbettzimmer ist dies kaum der Fall.

	In aller Regel sollten Besuchsdienste vom Krankenhaus einen Raum zur Verfügung gestellt bekommen, in dem auch Gespräche in diskretem Rahmen möglich sind.
	5. **Abschied**Zu den Grunderfahrungen jedes Besuchsdienstes gehört die Einsicht, dass Besuchszeit begrenzte Zeit ist. Dieser klare Umstand verhindert nicht, dass das Ende des Gesprächs oft alles andere als klar ist.

	Da werden, wenn das Ende der Besuchszeit naht, noch eine umfangreiche Geschichte aus der Vergangenheit begonnen oder gar Zeitungsartikel hervorgeholt.

	In der Regel sind dies keine bewusst eingesetzten Mittel, um die Besucher noch eine Weile dazuhalten, sondern unbewusste Strategien, um den Gesprächspartner an sich zu binden. Es soll jede Lücke vermieden werden, die es erlauben könnte, dass der andere sagt, dass er nun los muss.

	Es ist daher wichtig, dass die im Besuchsdienst ehrenamtlich Tätigen selbst Strategien entwickeln, um dem Besuch einen klaren zeitlichen Rahmen zu geben.

	Zunächst einmal sollte man sich selbst ein klares Zeitlimit setzen und sich nach Möglichkeit daran halten. Bei angekündigten Besuchen ist auch auf Pünktlichkeit zu achten, da derjenige, der pünktlich kommt, eher auch pünktlich gehen kann.

	Dann ist es sicher sinnvoll, in einer Abfolge mehrerer Besuche bei einem Patienten/einer Patientin die Besuchsdauer in etwa gleich zu halten. So entsteht Erwartungssicherheit und ein stabiler Zeitrahmen.

	Im Übrigen ist es hilfreich, schon beim ersten Besuch eine tragfähige zeitliche Begrenzung hinzubekommen, damit bei Folgebesuchen nicht das enttäuschte Gefühl der Besuchsverkürzung entsteht.

	Zu vermeiden ist jedoch, schon bei Gesprächsbeginn ein Zeitlimit zu thematisieren, da dies in der Regel vertrauensstörend und kränkend wirkt.

	Stattdessen kann man sich Sätze zurechtlegen, anhand derer man rechtzeitig vor dem Aufbruch auf das baldige Gesprächsende hinweist (z. B.: „Erzählen Sie mir das noch, aber um halb fünf muss ich unbedingt gehen, aber wir haben ja noch 10 Minuten“).

	Ferner sollte man das Gespräch in einem positiven Gesprächston beenden. Beispielsweise sollte man sich für das Gespräch bedanken und deutlich machen, was einen beeindruckt hat und was man selbst aus dem Gespräch für sich mitnimmt.
	6. **Von Tür zu Tür?**Nach dem Besuch finden wir uns auf dem Stationsflur wieder. Nach dem Besuch ist beim Besuchsdienst vor dem nächsten Besuch – also auf zur nächsten Tür?

	Hiervon ist abzuraten: Einen Besuch, bei dem der Besuchende aktiv zugehört hat, selbst emotional berührt wurde, eine Beziehung aufgebaut hat, kann man nicht einfach hinter sich lassen, indem man die Zimmertür schließt. Oftmals werden wir von dem, was wir gehört und erlebt haben, weiter bewegt.

	Hier ist es wichtig, zunächst kurz innezuhalten, um dies alles zu reflektieren. Es geht darum, zunächst einmal zu klären, ob genügend Offenheit und Ausgeglichenheit für einen weiteren Besuch vorhanden ist. Anderenfalls ist das Angebot für die nächsten Besuchten kein echtes Angebot mehr – die Besuche sind mit der hohen Gefahr des Scheiterns belastet. Besuchsdienste müssen dies bei der Pausenplanung beachten.
8. **Protokollierung, Datenschutz und Verschwiegenheit**Bei der Durchführung von Besuchsdiensten der Selbsthilfe gibt es sehr unterschiedliche Haltungen zu der Frage, ob es zu den Besuchen ein Protokoll geben soll.

Zum einen wird eine Protokollführung sehr kritisch gesehen, da die Vertraulichkeit und Intimität des Gesprächs gestört wird, wenn unter den Beteiligten klar ist, dass Gesprächsinhalte und –verlauf protokolliert werden.

Andererseits kann es hilfreich sein, wenn der Besuchende bei einer Abfolge mehrerer Besuche vorher nachlesen kann, mit welchen Inhalten und in welcher Atmosphäre bisherige Besuche verlaufen sind. Auch eine Verarbeitung der Erfahrungen aus den Besuchen im Rahmen einer Besuchsdienstgruppe kann erleichtert werden, wenn Inhalte und Atmosphäre der Besuche inhaltlich dokumentiert wurden.

Vor diesem Hintergrund kann sicherlich festgehalten werden, dass eine Protokollführung während des Besuchs nicht zielführend ist. Hierdurch würde die Aufmerksamkeit, die dem/der Besuchten zuteilwerden soll, massiv gestört.

In Betracht kommen allenfalls schriftliche Aufzeichnungen nach den Besuchen. Auch insofern sind aber Datenschutz und Schweigepflicht zu beachten. Soweit die in den Besuchsdiensten ehrenamtlich Tätigen Kenntnis von persönlichen und sachlichen Verhältnissen anderer Personen erlangen – auch wenn dies nur beiläufig geschieht – sind sie hierüber grundsätzlich zum Schweigen verpflichtet. Dies gilt auch gegenüber Personen, die ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen.

Daher darf man über persönliche oder sachliche Verhältnisse, die einem in Ausübung des Ehrenamtes bekannt geworden sind, weitere Personen nur dann in Kenntnis setzen, wenn vorher das Einverständnis der betroffenen Person erfragt wurde. Es ist nicht zulässig, einfach anzunehmen, dass der/die Betroffene schon einverstanden sein wird. Daher ist es unzulässig, persönliche Aufzeichnungen zu den Besuchen ohne ausdrückliches Einverständnis des/der Betroffenen an Dritte weiterzugeben. Dies gilt insbesondere auch für die Weitergabe oder den Bericht aus den Aufzeichnungen an andere Mitglieder der Besuchsdienstgruppe. Dies gilt auch für weitere Unterlagen, wie z. B. Adresslisten, die man zur Umsetzung des Besuchsdienstes erhalten hat.

Wichtig ist aber auch, dass schon die Anfertigung von persönlichen Aufzeichnungen zu den Besuchen nur mit Zustimmung der die Besuche verantwortenden Selbsthilfeorganisation erfolgen darf. Dies gilt auch für die Speicherung solcher Daten bspw. im heimischen PC.

In jedem Fall muss vorher der/die Datenschutzbeauftragte des jeweiligen Verbandes um Zustimmung gebeten werden.

Bei der Umsetzung der Besuchsdienste werden die damit aufgeworfenen Fragen der Verschwiegenheit und des Datenschutzes vielfach unterschätzt. Daher sollte im Rahmen der Besuche sicherheitshalber durch eine abschließende Frage gegenüber dem/der Besuchten das Einverständnis hinsichtlich der verbandsinternen Datenweitergabe eingeholt werden. Die Alternative besteht darin, auf Aufzeichnungen aller Art zu verzichten und auch einen Austausch der ehrenamtlich Tätigen zu den Besuchen so abstrakt zu halten, dass personenbezogene Daten nicht besprochen werden.

Letzteres setzt allerdings ebenfalls erhebliches Knowhow, d. h. entsprechende Schulungen, voraus.
9. **Berücksichtigung der besonderen Belange von Menschen mit kognitiven und kommunikativen Einschränkungen**Kern des Besucht ist das Gespräch mit dem/der Besuchten. Folglich muss auch stets berücksichtigt werden, ob Beeinträchtigungen vorhanden sind, die im Rahmen der Besuche besonders zu beachten sind.

Dies sei am Beispiel des besonders häufigen Falles einer Hörbehinderung verdeutlicht. Hier weist der Deutsche Schwerhörigenbund auf Folgendes hin:

„In der Untersuchung von SOHN, Universität Witten/Herdecke wurden in Deutschland ca. 13,3 Millionen Menschen mit einer Hörbeeinträchtigung festgestellt mit folgender prozentualer Verteiler:

14 – 19 Jahre 1 %
20 – 29 Jahre 2 %
30 – 39 Jahre 5 %
40 – 49 Jahre 6 %
50 – 59 Jahre 25 %
60 – 69 Jahre 37 %
70 Jahre u. älter 54 %

Man kann somit davon ausgehen, dass ein großer Teil der Patienten, die das Gespräch mit dem ehrenamtlichen Besuchsdienst sucht, hörgeschädigt ist.

Hierbei kann die Schwere der Hörschädigung sehr stark streuen:

	* + Personen mit leichtgradiger Schwerhörigkeit, die meist nicht mit Hörgeräten versorgt sind, aber dennoch Probleme beim Sprachverstehen haben.
		+ Personen mit mittelgradiger Schwerhörigkeit, die nur vereinzelt mit Hörgeräten versorgt sind, so dass anzunehmen ist, dass die Betroffenen ihre Behinderung leugnen und eine Unterversorgung vorhanden ist.
		+ Personen mit hochgradiger oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit, die oft, aber nicht immer mit ausreichenden Hörgeräten versorgt sind, so dass nicht selten eine Unterversorgung vorliegt. Zusätzlich erforderliche Übertragungsanlagen (Induktions-, FM- oder Infrarot-Anlagen) werden nur in sehr seltenen Ausnahmefällen verwendet.
		+ Personen, die nach dem Spracherwerb an Taubheit grenzend schwerhörig wurden oder ertaubt sind; Personen dieser Patientengruppe sind nur vereinzelt mit einem oder zwei Cochlea-Implantaten (CI) versorgt, mit denen Hören und Sprachverstehen möglich ist.

		Der Vollständigkeit halber weisen wir auf

Personen hin, die vor dem Spracherwerb beidseitig ertaubt sind oder taub geboren wurden, und die mit der Deutschen Gebärdensprache (DGS) kommunizieren. Für diese Form der Hörbehinderung ist der DSB nicht zuständig.

Die verschiedenen Formen der Schwerhörigkeit und die unterschiedlichen Auswirkungen auf die Kommunikationsfähigkeit der Schwerhörigen müssen den ehrenamtlich tätigen Besuchern bekannt sein und von ihnen berücksichtigt werden. Der sich ergebende richtige Umgang mit kranken und zusätzlich schwerhörigen Menschen kann aufgrund des unterschiedlichen Schweregrades der Beeinträchtigung individuell verschieden sein.

Aus Sicht des DSB müssen die ehrenamtlichen Besuchsdienste unbedingt wissen, dass insbesondere schwerhörige Senioren gern ihre Schwerhörigkeit verleugnen. Erkennbar ist dies durch unpassende Antworten, unvermitteltem Themenwechsel oder „Ja, ja!“ als Antwort. Bei Auffälligkeiten sollte eine Hörprüfung auf den Weg gebracht werden, damit weiteren Verschlechterungen der Hörfähigkeit entgegengewirkt werden kann.

Grundsätzlich gilt: Schwerhörige Menschen sind meist und Ertaubte immer auf das Absehen vom Mund angewiesen. Daher muss guter Sichtkontakt gewährleistet sein, dies ist eine unabdingbare Grundlage für ein erfolgreiches Gespräch mit einem kranken Schwerhörigen.

Zu bedenken ist hierbei, dass Mundabsehen sehr schwer ist, eine hohe Konzentration und eine gute Kombinationsgabe erfordert. Menschen im höheren Lebensalter können Mundabsehen meist nur sehr begrenzt erlernen. Viele Wörter sehen ähnlich aus (Beispiel: Mutter-Butter) und viele Konsonanten sind gar nicht abzusehen, da sie im Mund oder Rachen gebildet werden. Daher besteht beim Mundabsehen immer die Gefahr von Falschverstehen oder Missverständnissen. In diesen Fällen ist zeitaufwendiges Aufschreiben die einzige Möglichkeit der Kommunikation.

Sollen Falschverstehen und fehlerhafte Reaktionen vermieden werden, muss sich der Besuchsdienst voll – ohne Nebentätigkeit – auf die Kommunikation konzentrieren.

Der Besuchsdienst muss über verschiedene Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, wenn das Gespräch mit einem kranken Menschen, der zusätzlich schwerhörig ist, erfolgreich verlaufen soll.

Nachfolgend einige Beispiele für den richtigen Umgang mit schwerhörigen Gesprächspartnern:

Das Gesicht des Gesprächspartners muss für den Schwerhörigen zum Mundabsehen stets gut sichtbar sein, gute Raumbeleuchtung sollte vorhanden sein.

Es muss stets langsam, deutlich und mit guter Betonung gesprochen werden.

Auf keinen Fall darf überlaut gesprochen oder gar geschrien werden, dadurch versteht der Schwerhörige noch schlechter und er wird unnötig nervös. Außerdem kann bei Nutzung von Hörgeräten eine schmerzhafte Lautstärke erreicht werden.

Unnatürliches und übertriebenes Sprechen erschwert das Mundabsehen und Verstehen, ebenso wenn mit Kaugummi, Zigarette, Pfeife oder Zigarre im Mund gesprochen wird.

Es ist hilfreich, wenn das Gesagte durch natürliche Gesten, Gebärden, Mimik und Körpersprache unterstützt wird.

Weitere Hinweise sind dem DSB-Ratgeber Nr. 4 „Tipps für die Kommunikation mit hörgeschädigten Patienten“ zu entnehmen, der unter dem Link <http://www.schwerhoerigen-netz.de/Main/ratgeber.asp> herunterzuladen ist. Wenn diese Ratschläge nicht beachtet werden, ist ein Scheitern der Gespräche mit dem hörgeschädigten Patienten vorprogrammiert.

Darüber hinaus hält es der DSB für sinnvoll, dass der ehrenamtliche Besuchsdienst die Basisfunktionen von Hörhilfen kennt und in der Lage ist, Hilfestellung zu geben, wenn z. B. die Batterien leer sind und für Abhilfe gesorgt werden muss.

Der Besuchsdienst muss berücksichtigen, dass schwerhörige Menschen aufgrund ihrer Kommunikationsbehinderung neuen und ungewohnten Situationen, wie es eine Krankheit und Aufenthalt in einem Krankenhaus für jeden Menschen darstellt, zunächst mit größerem Misstrauen begegnen als guthörende Menschen. Gespräche müssen daher mit großer Geduld durchgeführt werden, mitunter muss ausführlicher erläutert oder auch mehrfach wiederholt werden. Spürt der Hörgeschädigte bei seinem Gesprächspartner Ungeduld und Reizbarkeit, so wird er nervös und unsicher und versteht dann erfahrungsgemäß noch weniger.

1. **Wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Besuchsdiensten der Selbsthilfe**Im Jahr 2011 hat ein wissenschaftliches Projektteam rund um Prof. Wolfgang Slesina den Abschlussbericht einer Studie zur Prozess- und Ergebnisqualität von Patientenbesuchsdiensten von Selbsthilfegruppen vorgelegt. Die Studie war in Zusammenarbeit mit der Deutschen ILCO und der Frauenselbsthilfe nach Krebs entstanden.

Die Studie kam zu folgendem Ergebnis:

„Die große Mehrheit der Patienten beurteilte das Auftreten und Verhalten des Besuchers in mehrerer Hinsicht sehr positiv. So empfanden die meisten Patienten das Gespräch als nützlich für ihre psychische Verfassung und Situation durch den Abbau von Ängsten, den Aufbau von Hoffnung, Mut, Zuversicht und die erhaltenen Anregungen zur Krankheitsbewältigung. Allerdings fanden sich zum Zeitpunkt 3 Monate nach Krankenhausentlassung (T2) für die Merkmale krankheitsbezogene Belastung, Depressivität und gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen bei Patienten mit Besuchergespräch keine Hinweise auf einen positiven/salutogenen Gesprächseffekt.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse der Studie weisen darauf hin, dass die Möglichkeit zu einem Gespräch mit einem Besuchsdienst einer Selbsthilfegruppe von den meisten Patienten als hilfreich erachtet wird und weiter angeboten werden sollte. Ein mittelfristiger Effekt konnte in der Studie nicht gezeigt werden. Weitere Forschungen zur Bedeutung der Selbsthilfe in der Versorgung sind notwendig.“

(Slesina, W. et al., Patientenbesuche im Krankenhaus durch Besuchsdienste von Krebs-Selbsthilfegruppen – zur Prozess- und Ergebnisqualität, Das Gesundheitswesen 2014, 847-855 (847 f.))