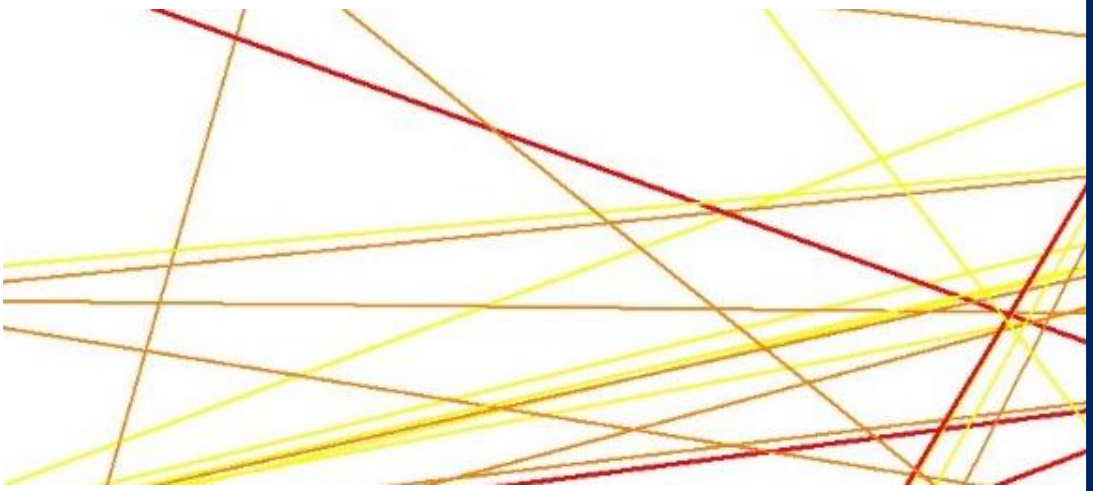
ZAP - Studie

„Kirche im Netzwerk für kranke Menschen“

Studie im Rahmen des Projektes „Pastoral vernetzt“ im Erzbistum Paderborn

Miriam Zimmer, M.A.



herausgegeben vom

Zentrum für angewandte Pastoralforschung in Bochum

RUHR UNIVERSITÄT BOCHUM RUB

Inhalt

1 Kurzdarstellung der Erhebung 4

1.1 Leitfadenorientierter Erzählteil 4

1.2 Tätigkeitszuordnung 4

1.3 Erhebung der Netzwerkdaten 5

2 Netzwerkanalyse 6

2.1 Darstellung und Analyse des Gesamtnetzwerkes 6

2.1.1 Die Akteure im Gesamtnetzwerk 7

2.1.2 Die Beziehungsstrukturen im Gesamtnetzwerk 7

2.1.3 Interpretation des Gesamtnetzwerkes 8

2.2 Darstellung des Netzwerkes der Pfarrei 9

2.2.1 Innerorganisationales Netzwerk der Pfarrei 9

2.2.2 Außenbeziehungen der Pfarrei 12

2.3 Darstellung und Analyse der Egonetzwerke 14

2.3.1 Ego-Daten 14

2.3.2 Auswertung der Tätigkeitszuordnungen 21

2.3.3 Auswertung der Ego-Netzwerke 22

2.4 Zwischenfazit: Personen, Positionen und Rollen im Netzwerk 28

3 Qualitative Inhaltsanalyse 29

3.1 Wie thematisieren die Befragten das Thema „Krankheit“? 30

3.1.1 Kranke Menschen 30

3.1.2 Thematisierte Krankheiten 31

3.1.3 Phasen von Krankheit 32

3.1.4 Auswirkungen von Krankheit 32

3.1.5 Orte von Krankheit 32

3.2 Was sind Ziele/Motivationen der Arbeit mit kranken Menschen? 32

3.2.1 Arbeit mit kranken Menschen als Pflichterfüllung 33

3.2.2 Für Kranke und ihre Angehörigen da sein 33

3.2.3 Selbst von der Arbeit mit kranken Menschen profitieren 33

3.2.4 Gott zu den Menschen bringen 35

3.3 Interorganisationale Kontakte/Kooperationen/Beziehungen 35

3.3.1 Wie kommen Kontakte zustande? (Begünstigende Faktoren, Wie konkret?) 35

3.3.2 Gründe/Motivationen zum Kooperation 36

3.3.3 Hemmnisse des Kontaktaufbaus 37

3.3.4 Gründe für Kontaktabbruch 38

3.3.5 Bedingungen, um Kontakte zu halten für die Kontinuität von Kooperationen 38

3.4 Transzendenz 39

3.5 Geografie/Räume/Orte 41

3.5.1 Nähe und Distanz – Aktionsradius von kranken Menschen 41

3.5.2 Mentalitäten – Spezifische Prägung des untersuchten Raumes 41

3.5.3 Aktionsradius der Akteure 42

3.5.4 Besondere Orte 42

4 Herausforderungen und Ansatzpunkte 42

1 Kurzdarstellung der Erhebung

Mit dem Ziel, Erkenntnisse über die mögliche Modellierung von Beziehungsstrukturen in großen pastoralen Räumen zu gewinnen, wurde im Kooperationsprojekt „Pastoral vernetzt!“ exemplarisch das thematische Netzwerk „Arbeit mit kranken Menschen“ in einem pastoralen Raum in der Diözese Paderborn erhoben . Es wurde versucht, möglichst viele Akteure in diesem Raum zu identifizieren und deren Beziehungsstrukturen offenzulegen.

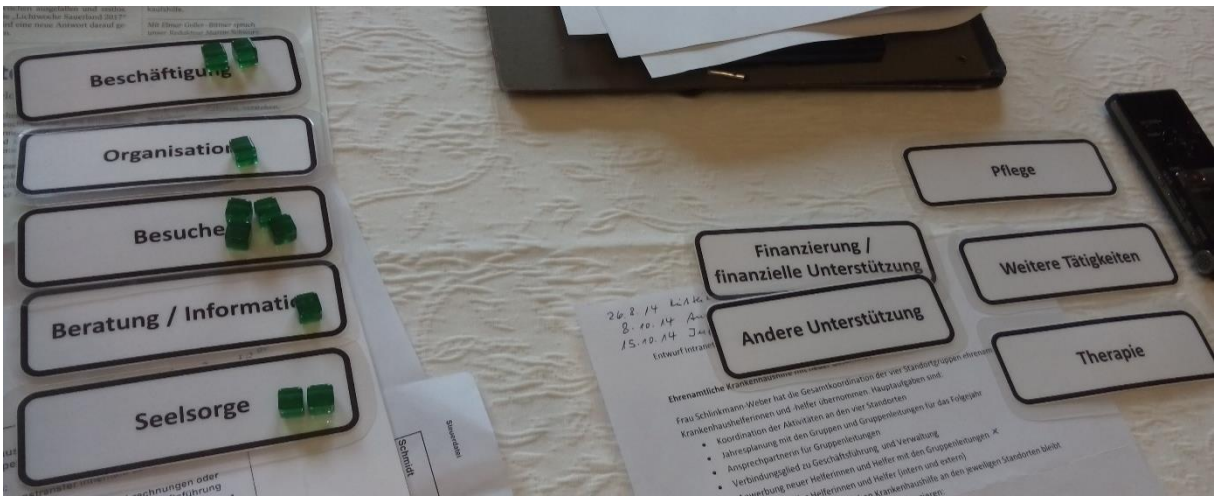
Dazu wurde zunächst ein Expert_inneninterview mit der zuständigen Gemeindereferentin geführt. Über ihren Kontakt, Internetrecherchen und Beobachtungen vor Ort wurden ca. 70 Akteure identifiziert und schriftlich für je ein Interview angefragt. Im Zeitraum von Februar bis April 2015 fanden dann Interviews mit 19 Personen statt, die mit kranken Menschen arbeiten. Die qualitativen Leitfadeninterviews bestanden aus drei Teilen:

1.1 Leitfadenorientierter Erzählteil

Zu Beginn wurden die Gesprächspartner_innen gebeten, von ihrer Arbeit mit kranken Menschen zu erzählen. Mit offenen Fragen zur eigenen Tätigkeit, zum Hintergrund und zu den eigenen Zielen in der Arbeitwurde das offene Gespräch unterstützt.

1.2 Tätigkeitszuordnung

Im zweiten Teil wurden die Gesprächspartner_innen mit Hilfe von ‚Tätigkeitskärtchen‘ (s. Bild) gefragt, welche Arbeit sie mit kranken Menschen machen und wie sich ihr Arbeitspensum auf die Tätigkeiten verteilt.

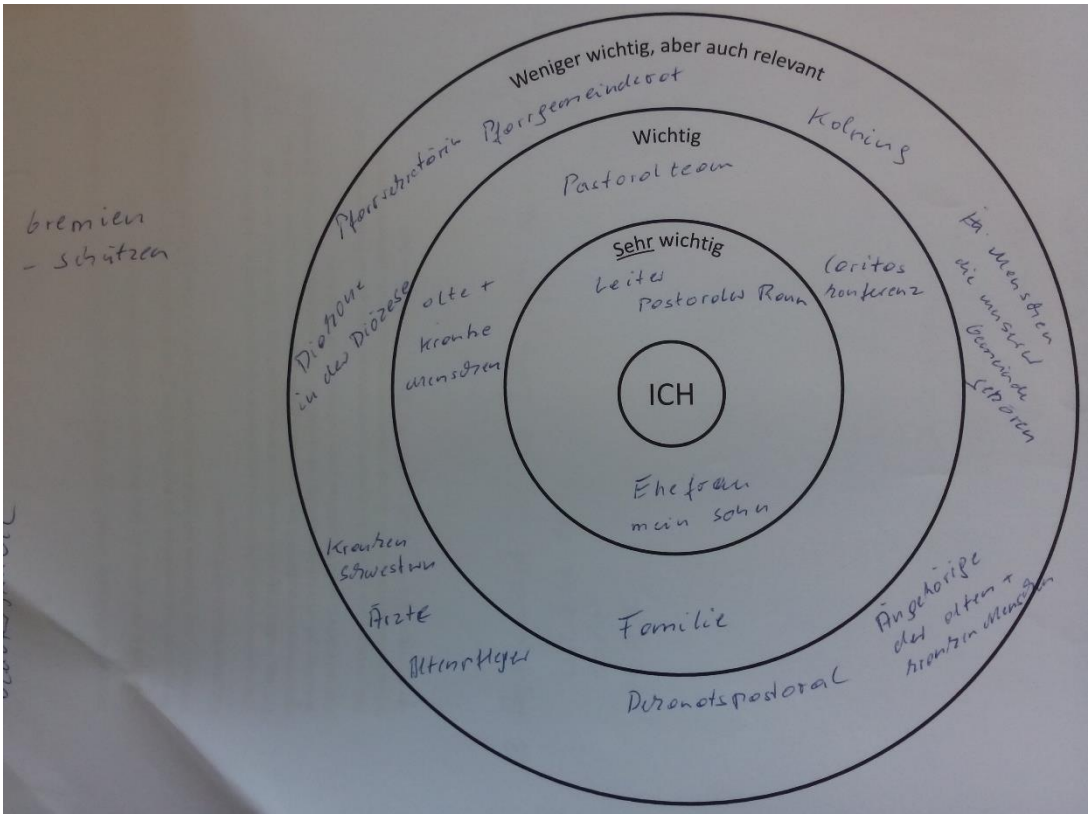


Die Gesprächspartner_innen bekamen 10 Kärtchen, auf den Tätigkeiten benannt wurden, die man mit bzw. für kranke Menschen tun kann. Zunächst sollten sie die Tätigkeiten auswählen, die sie innerhalb ihrer Arbeit mit kranken Menschen auch wirklich tun. Hiernach wurden die

Gesprächspartner_innen gebeten, mit Hilfe von zehn Steinchen die ausgewählten Tätigkeitsfelder entsprechend des jeweiligen Arbeitsumfangs zu gewichten. Einzelne Interviewpartner_innen (I19, I5, I3) differenzierten dabei, indem sie zwischen sich und anderen Mitarbeiter_innen oder zwischen der Gruppe der haupt- und ehrenamlich in der Organisation.

1.3 Erhebung der Netzwerkdaten

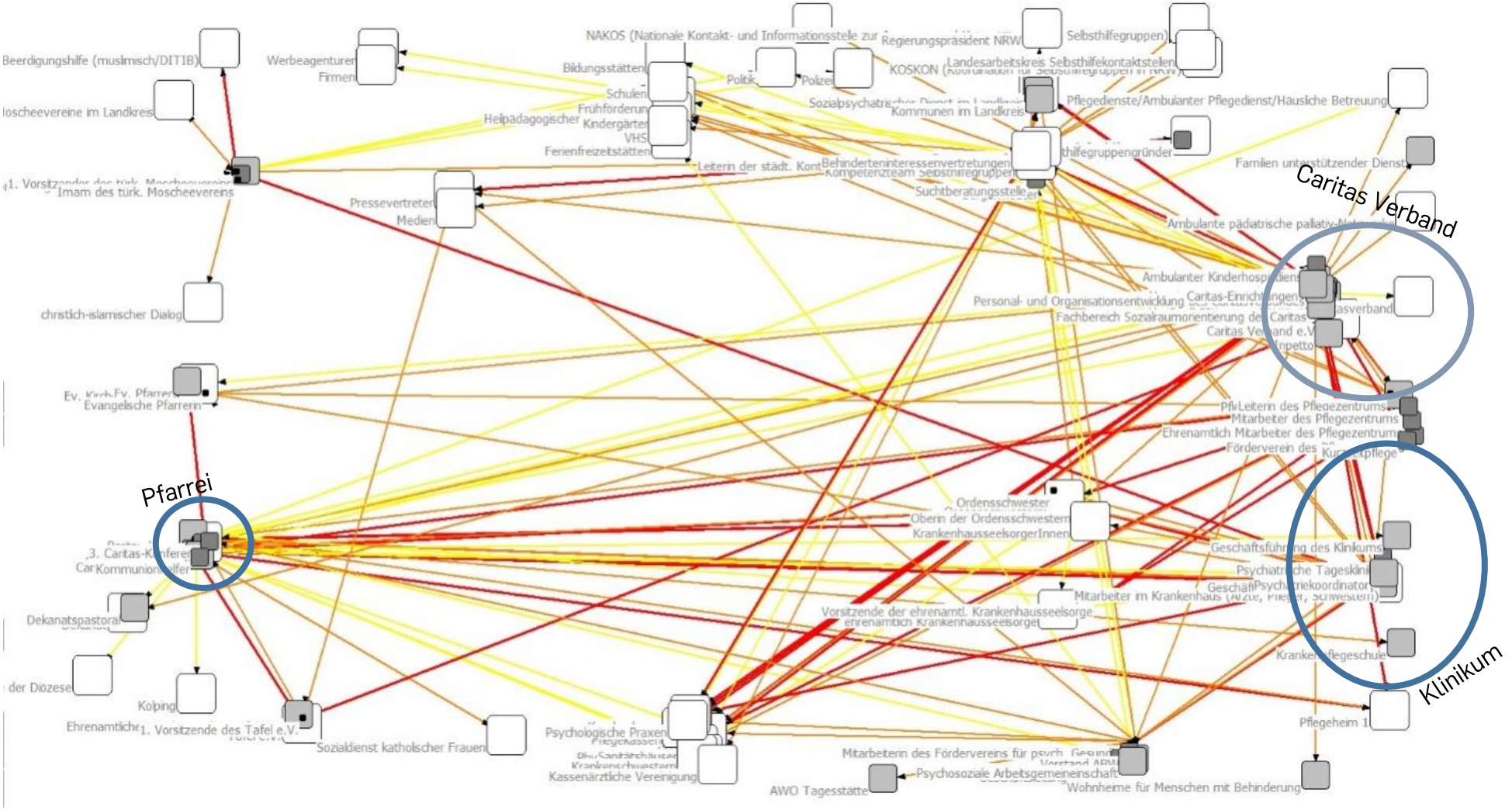
Im dritten Teil wurden die Gesprächspartner_innen dann gebeten, in eine Netzwerkkarte, bestehend aus einer Grafik mit vier konzentrischen Kreisen, einzutragen, welche Kontakte für ihre Arbeit „sehr wichtig", „wichtig" oder „weniger wichtig, aber auch relevant" sind. Der Teil der Netzwerkgrafik im Interview wurde mit der Frage eingeleitet, welche Akteure (Personen, Gruppen, Organisationen) wichtig sind für die eigene Arbeit mit kranken Menschen. Danach wurden die einzelnen Beziehungen besprochen. Mit dem Instrument der Netzwerkkarte war es damit möglich die relevanten Kontakte der Gesprächspartner_innen zu erheben.



Die im Folgenden dargestellte Auswertung der Ergebnisse erfolgte ebenfalls in zwei Schritten. Zum einen wurden die mit Hilfe der Netzwerkgrafik erhobenen relationalen Daten mit ausgewertet. Zum anderen wurden die Gespräche transkribiert und mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt und interpretiert.

2 Netzwerkanalyse

2.1 Darstellung und Analyse des Gesamtnetzwerkes



2.1.1 Die Akteure im Gesamtnetzwerk

Es wurden insgesamt 211Netzwerkknoten für das Netzwerk „Arbeit mit kranken Menschen“ identifiziert. Diese Knoten repräsentieren, Personen, Organisationen oder Gruppen, die mit kranken Menschen arbeiten. Sie wurden über Listen, Internetseiten, Beobachtungen und Nennungen in den Interviews identifiziert. Wurde ein Knoten mindestens einmal von einem Interviewpartner als wichtig genannt, so ist er mit dem Netzwerk verbunden, ansonsten taucht er als Isolate (Isolierter) am Rande der Grafik auf. Isolierte Knoten sind in der oben präsentierten Grafik nicht dargestellt. Die Knoten können über folgende Attribute beschrieben werden:

Nach Organisationsebene:

Die Akteure im Netzwerk können Organisationen, Gruppen oder auch Einzelpersonen sein. Zudem wurden immer wieder Ansammlungen von Akteuren mit gleichen Eigenschaften/Funktion genannt (z.B. Nachbarn, Angehörige, Informanten), die jedoch keine Gruppe darstellen.

In der Systematik der Erhebung wurden die Akteure (=Knoten) in vier Organisationsebenen eingeteilt, wobei die höchste Ebene (Organisationen, Verbände, Vereine, GmbHs …) mit einem Wert von 1 versehen wurde. Mit 2 und 3 wurden entsprechend tiefere Organisationseinheiten innerhalb einer Organisation kodiert und die unterste Ebene, die nur aus Personen besteht, mit einem Wert von 4. Dachorganisationen werden, da sie meist eigenständig organisiert sind, als selbständige, unabhängige Organisation dargestellt. In der Grafik sind die Organisationsebenen in Größe und Helligkeit der Knoten erkennbar. Einzelne Personen sind z.B. durch als kleine schwarze Punkte dargestellt, die oberste Organisationsebene im Sozialraum (z.B. Dekanats-Caritasverband) durch große, hellgraue Felder.

In der Grafik wurden die Organisationseinheiten einer Organisation akkumuliert dargestellt. Über diese Darstellung traten drei Großakteure mit je diversen Untereinheiten zu Tage, die für die Arbeit mit kranken Menschen von großer Bedeutung sind. Dies sind zunächst der Dekanats-Caritasverband, das Klinikum und die katholische Pfarrei.

2.1.2 Die Beziehungsstrukturen im Gesamtnetzwerk

In den Interviews wurden von den neunzehn Befragten insgesamt 162 Beziehungen genannt. Im Durchschnitt nannte jede(r) Befragte damit 8,5 Beziehungen. Es war möglich verschiedene Intensitäten an Beziehungen zu nennen. ‚Sehr wichtig (, so wichtig, dass ich meine Arbeit ohne diese Beziehung nicht machen könnte)‘ wurde mit einer Beziehungsstärke von 3 operationalisiert, in roter Farbe dargestellt, und kam 58mal vor. Die Beziehungsstärke von 2 ‚Wichtig‘ wurde 67mal

verwendet (orange) und die Beziehungsstärke von 1 ‚weniger wichtig, aber auch relevant' (gelb) trat 37mal auf.

Hätte jede(r) Befragte zu jedem anderen identifizierten Knoten eine Beziehung angegeben, so gäbe es insgesamt 3990 Beziehungen. Somit ergibt sich eine Netzwerkdichte von 0,04. Dieser Wert ist allerdings aufgrund der qualitativen Vorgehensweise eher als hypothetischer Wert zur Einschätzung anzusehen.

2.1.3 Interpretation des Gesamtnetzwerkes

Es gibt drei Großorganisationen im Gesamtnetzwerk (Caritasverband, Pfarrei, Klinikum), die über viele Untergruppen oder Personen in Organisationsrollen vertreten sind. Zwischen ihnen verläuft ein Großteil der Beziehungen, auch auf verschiedenen Ebenen. Zudem werden sie von Akteuren von außerhalb häufig als wichtig genannt. Diese drei Organisationen sind zwar eigenständige Organisationen mit unterschiedlichem Typus mit unterschiedlicher Rechtsstellung (Kirchengemeinde, Wohlfahrtsverband, gemeinnützige GmbH), allerdings alle mit katholischer Tradition und Prägung. V.a. das Klinikum und der Dekanats-Caritasverband bieten beide ein umfassendes und hoch differenziertes Fürsorgekonzept für Menschen mit unterschiedlichsten Krankheiten und Beschwerden.

Die Kontakte der Pfarrei zu den Personen und Organisationseinheiten des Caritasverbandes sind gelb, also eher schwach ausgeprägt. Weiterhin bestehen praktisch keine relevanten Beziehungen zu Medien und Presse sowie den medizinischen Versorgern (Ärzte, Apotheken, Krankenkassen, …), den Bildungseinrichtungen und anderen religiösen Akteuren. Die starken Verbindungen der Pfarrei (rot) konzentrieren sich auf die Klinik. Diese Feststellung sagt auch etwas über die Art der Tätigkeit der Pfarrei aus. Offensichtlich arbeitet sie hauptsächlich mit Kranken aus dem Klinikbetrieb. Die fehlenden Kontakte zu Presse, Politik, Firmen, Politik und Verwaltung zeigen, , dass die Pfarrei wohl nicht in Lobbyarbeit, Interessenvertretung usw. tätig ist.

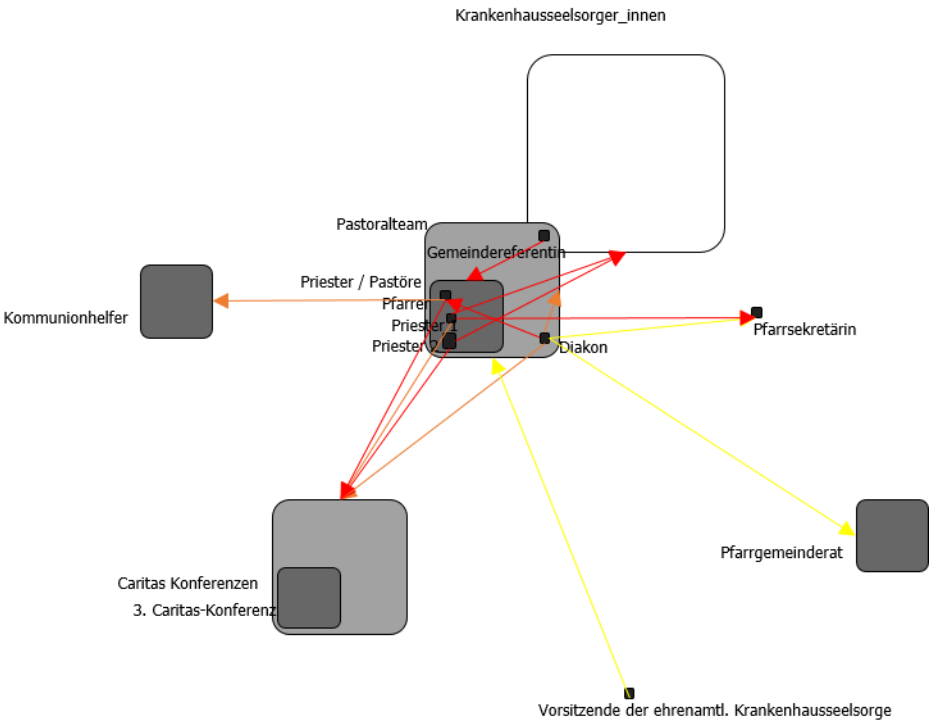
Im Vergleich mit der Pfarrei sind die Kontakte des Caritasverbandes in Bezug auf kranke Menschen viel breiter gestreut. Er unterhält Kontakte zu Politik und Verwaltung, vereinzelt zu Medien, natürlich zur Pfarrei und zum Klinikum aber auch zu spezifischen krankheitsbezogenen Merkmalsträgergruppen wie Ärzten, Krankenkassen, Pflegekassen usw.

Die religiösen Akteure pflegen in Bezug auf kranke Menschen nur wenige Beziehungen zueinander. Es gibt kein koordiniertes Seelsorge- und Besuchskonzept. Eine Ausnahme bildet da vielleicht das Seelsorger_innenteam im Klinikum, indem Seelsorger_innen beider Konfessionen aus unterschiedlichen Gemeinden zusammenarbeiten. Ansonsten pflegt jede religiöse Gemeinschaft ein ihr eigenes System in Bezug auf kranke Menschen.

Kleinere Organisationen sind meist Vereine, die sich für ganz besondere Merkmalsgruppen (z.B. Förderkreis psychische Gesundheit) organisiert haben. Diese organisieren sich anders als die Großorganisationen. Sie haben diverse interorganisationale Kontakte vor Ort. Außerdem sind sie überregional mit Dachverbänden und Interessenvertretungen vernetzt. Je spezifischer das individuelle Ziel/die Zielgruppe eines Akteurs im Netzwerk ist, umso kleiner ist der Akteur (Verein, Gruppe …) und umso wahrscheinlicher/notwendiger ist überregionale Vernetzung/Verknüpfung. Diese überregionale Verknüpfung/Vernetzung (auch mit Dachorganisationen) dient der gemeinsamen Interessenvertretung, gegenseitigen Unterstützung und der Durchführung gemeinschaftlicher Projekte (z.B. im Bereich der Pflege oder im Bereich der Religion).

2.2 Darstellung des Netzwerkes der Pfarrei

2.2.1 Innerorganisationales Netzwerk der Pfarrei



In dieser Grafik ist das innerorganisationale Netzwerk der Pfarrei in Bezug auf die Sorge um kranke Menschen abgebildet. Die Gesprächspartnerinnen der Pfarrei wurden wie alle anderen Gesprächspartner gefragt, wer für ihre Arbeit mit kranken Menschen für sie wichtig ist. Es werden personale Akteure aufgeführt und Organisationseinheiten (z.B. das Pastoralteam). Dabei sind Personen als kleine schwarze Quadrate dargestellt, die nächst größeren Organisationseinheiten entsprechend in Graustufen. Die Beziehungsstärke ist in der Farbe der Pfeile angegeben. Rote Pfeile bedeuten diese Person wird als sehr wichtig empfunden, orangene Pfeile als wichtig, gelbe Pfeile als weniger wichtig, aber relevant. Die Pfeilrichtung geht von der interviewten Person, zu der Person/Gruppe, die von ihr als wichtig genannt wird. So sagt z.B. der Pfarrer der katholischen Gemeinde, dass für ihn die Kommunionhelfer wichtig für seine Arbeit mit Kranken Menschen sind. Isolierte Knoten wurden auch hier nicht dargestellt.

Das interne Netzwerk der Pfarrei setzt sich aus sieben Personen zusammen, von denen sechs befragt wurden. Weiterhin wurden noch sieben innerorganisationale Organisationseinheiten genannt. Insgesamt bestehen dreizehn interne Beziehungen, wovon sieben als sehr wichtig, drei als wichtig, und drei als weniger wichtig angesehen werden. Die interne Dichte ist also sehr gering, wobei wiederum die Stärke der Verbindungen innerhalb der Pfarrei recht hoch ist.

Zentrum der Pfarrei in diesem Netzwerk bildet die Gruppe der Priester. Neun Beziehungen gehen von Priestern aus oder führen zu Priestern. In diesem Sinne ist das innerorganisationale Netzwerk in Bezug auf kranke Menschen in der Pfarrei priesterzentriert. Die Tätigkeiten der Priester in Bezug auf kranke Menschen bestehen in der Krankenkommunion, Besuchen und Messen im Klinikum.

Die Priester brauchen für ihre Arbeit andere Akteure, die für sie die Kontakte zu kranken Menschen herstellen. Sie nennen drei Gatekeeper, das meint Personen, die ihnen Zugang verschaffen, die für sie allesamt wichtig bis sehr wichtig sind: Zum einen die Krankenhausseelsorgerinnen, dann die Caritas-Konferenzen und die Pfarrsekretärinnen. Von allen dreien werden sie informiert bzw. gerufen, wo kranke Menschen ihren Dienst benötigen. Vier starke Verbindungen bestehen zwischen Priestern und Diakon zu den Caritas-Konferenzen. Dies zeigt, dass unter den Gatekeepern die Caritas-Konferenzen die größte Relevanz erfahren.

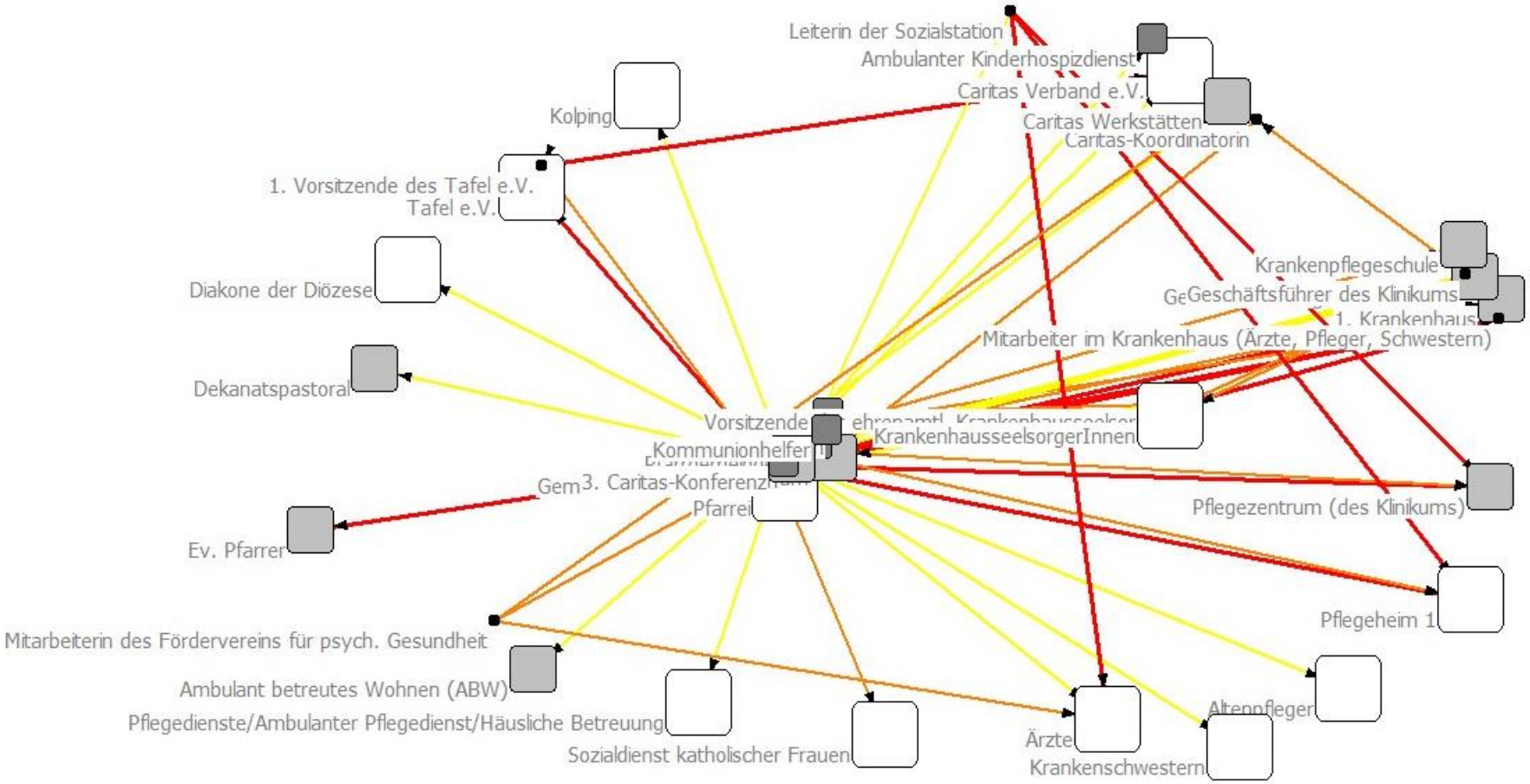
Akteure außerhalb des Kreises der Priester empfinden sich gegenseitig nicht als relevant, haben also in Bezug auf ihre Arbeit mit kranken Menschen keinen Kontakt miteinander. Relevant sind dagegen die Priester und v.a. der Pfarrer.

Eine spezielle Position in diesem innerorganisationalen Netzwerk nimmt der ständige Diakon im Ehrenamt ein. Auch er pflegt eine enge Verbindung zum Pfarrer der katholischen Gemeinde, sind das Pastoralteam und die Caritaskonferenzen für ihn doch wichtig. Relevant sind für ihn ebenfalls die Pfarrsekretärin und dann als einzige Verbindung im Netzwerk der Pfarrgemeinderat.

Auffällig ist auch, dass die Mitglieder des Pastoralteams andere Kontakte nicht personalisieren, sondern nur in Gruppenkontexten nennen (Kommunionhelfer, Krankenhausseelsorgerinnen, Caritaskonferenzen). D.h. offensichtlich sind die individuellen und personellen Eigenschaften nicht so wichtig, sondern mehr die Funktionen, die von den Personen erfüllt werden. Das spricht gegen eine Charismenorientierung, dabei würde man sich auf die individuellen Fähigkeiten eines einzelnen berufen. Das hätte automatisch zur Folge, dass man diese einzelnen Personen auch benennen muss. Solche Bezeichnungen aufgrund individueller Eigenschaften sind z.B. bei der Oberin der Ordensschwestern, der Sprecherin der Ehrenamtlichen im Pflegezentrum oder auch der Leiterin der Jugendcaritas passiert.

Es fällt auf, dass die Arbeit mit kranken Menschen innerhalb der Pfarrei inhaltlich und strukturell auf den klassischen Priesterdienst hin zentriert ist. Priester machen Besuche, erteilen Krankensalbung und verteilen Krankenkommunion. Hierzu brauchen sie Informationen darüber, wer wo aus der Gemeinde krank ist und diese Dienste in Anspruch nehmen möchte. Diese Informationen bekommen sie klassischerweise für die Gemeinde von den Caritaskonferenzen oder der Gemeindesekretärin; für das Krankenhaus von den Seelsorger_innen oder den Kommunionhelfer_innen. Dieses Netzwerk ist somit hauptsächlich ein Informationsnetzwerk. In den Gesprächen wird problematisiert, dass die Informationsquelle Caritas-Konferenz und der Kontakt über die Pfarrsekretärin schwächer und dadurch der Zugang zu Kranken weniger wird. Mein Eindruck ist, dass es in der Pfarrei bisher keine alternativen Ideen gibt, wie die ursprüngliche Informationskette über die Caritas-Konferenzen ersetzt werden könnte. Allerdings werden punktuell Alternativen erprobt, um Zugänge zu kranken und hilfsbedürftigen Menschen zu finden. Ein Priester (I6) hat sich dafür an der Weihnachtssammlung der Caritas-Konferenzen beteiligt, ein anderer (I1) versucht über alltägliche Kontakte auf der Straße Informationen zu gewinnen. Systematische Überlegungen dazu gibt es allerdings noch nicht.

2.2.2 Außenbeziehungen der Pfarrei



In dieser Grafik sind die Beziehungen dargestellt, die die Akteure der Pfarrei außerhalb der Organisation für ihre Arbeit mit kranken Menschen pflegen. Die Außenbeziehungen lassen sich grob in vier Gruppen gliedern: Klinikum, Caritasverband, Sozialdienst katholischer Frauen, übergeordnete kirchliche Akteure. Die Kontakte zu den verschiedenen Einrichtungen des Klinikums sind eindeutig in Anzahl und Stärke am dominantesten. Zwischen Caritasverband und Pfarrei bestehen auch multiple Beziehungen, diese sind aber in der Zahl deutlich weniger. Zu den anderen externen Knoten bestehen nur einfache Kontakte zu einzelnen Akteuren der Pfarrei.

Interessant ist zudem, dass kaum Kontakte zu anderen religiösen Akteuren bestehen. Die evangelische Pfarrerin sagt, dass sie nicht durchschaut, wie das Pflegezentrum und Klinikum zusammenhängen. Dies spiegelt eine sehr schwache Beziehung der zwischen den Konfessionen wider (I11, 88). In Bezug auf die Seelsorge in den beiden Pflegeheimen (kirchlich durch die Caritas und privat), die ungefähr gleichzeitig gebaut wurden, gab es zwischen evangelischer und katholischer Seite Streit (vgl. I11, 88; I09). Ob diese Konflikte noch bestehen, ist nicht klar, auf jeden Fall gibt es zu diesem Thema zwischen den Gemeinden keinen Austausch.

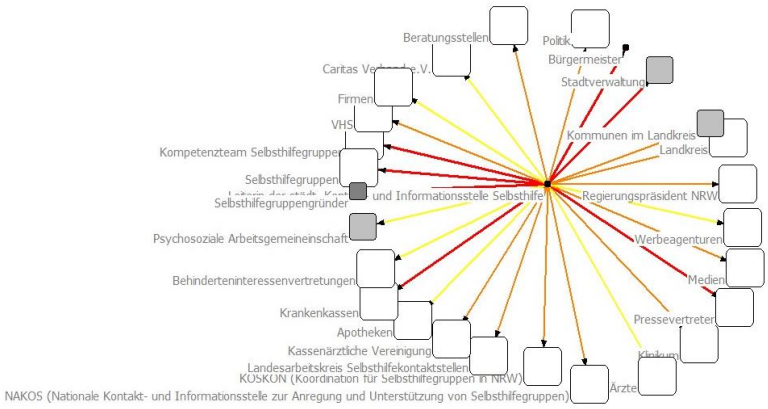
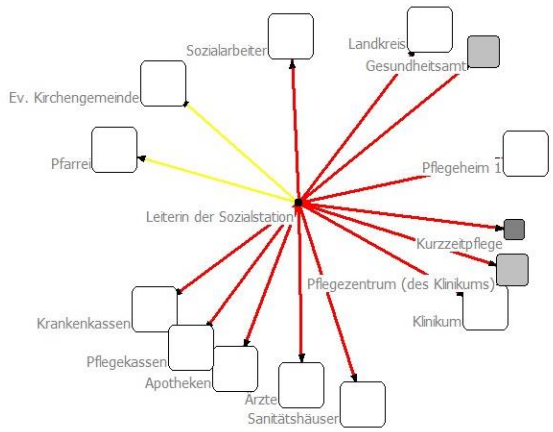
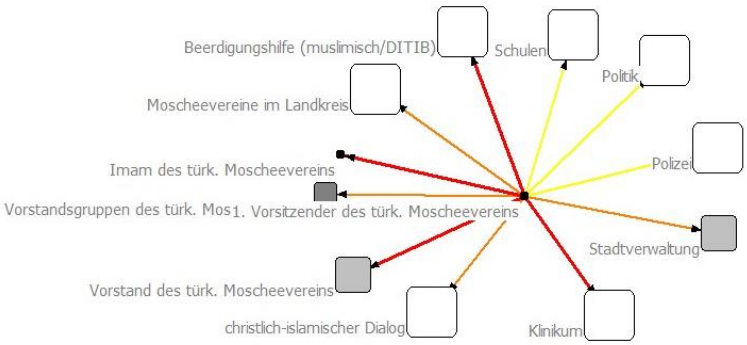
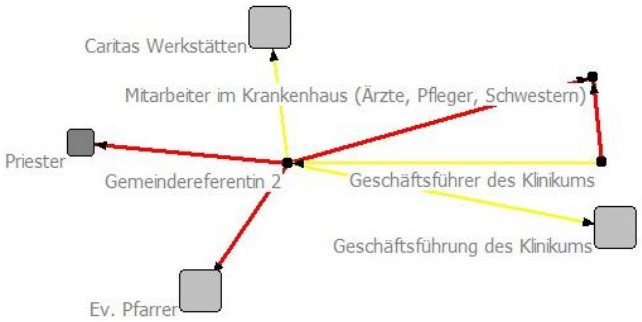
Drei Knoten haben in diesem Netzwerk eine je unterschiedliche, aber spezifische Rolle. Die Oberin der Ordensschwestern, die im Klinikum als Seelsorgerin arbeitet, stellt dabei eine wichtige Brücke für alle Akteure aus der Pfarrei dar. Über sie ist es Akteuren aus der Pfarrei möglich, Zugang zum Klinikum zu bekommen und sie sorgt, wenn auch nicht ausschließlich, für den nötigen Innformationsfluss. Eine zweite relevante Position nimmt die Leiterin der Tafel ein. Sie pflegt sowohl Kontakte mit der Pfarrei als auch eigenständig mit dem Caritasverband. Diese kurzen Wege zu beiden Großorganisationen machen sie zu einer unabhängigen Akteurin. Die Sprecherin der Ehrenamtlichen im Pflegezentrum hingegen ist nur durch eine schwache, von ihr ausgehende Beziehung mit der Pfarrei verbunden, ist allerdings intensiv in Kontakt mit dem Pflegeheim.

2.3 Darstellung und Analyse der Egonetzwerke

Im Folgenden werden nun für jede(n) Interviewte(n) die spezifischen Daten ausgewertet. Dabei sind zum einen die jeweiligen Tätigkeitsbeschreibungen, zum anderen die Ego-Netzwerke von Bedeutung. Mit Hilfe von Ego-Netzwerk-Darstellungen wird ein bestimmter Knoten im Netzwerk (Ego) und dessen Kontakte (Alter) in den Blick genommen.

2.3.1 Ego-Daten

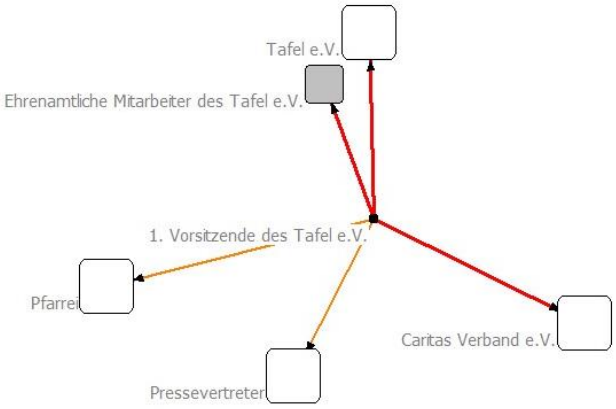
In den Darstellungen sind für jede(n) Befragte(n) die entsprechenden Tätigkeitsfelder in einem Tortendiagramm und die Beziehungsstruktur in einer Ego-Netzwerkgrafik dargestellt.

Tätigkeiten	Ego-Netzwerke
Leiterin der Arnsberger Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen	
Leiterin der Caritas / Diakonie Sozialstation	
Vorstand des türkischen Moscheevereins	
Gemeindereferentin der katholischen Gemeinde	

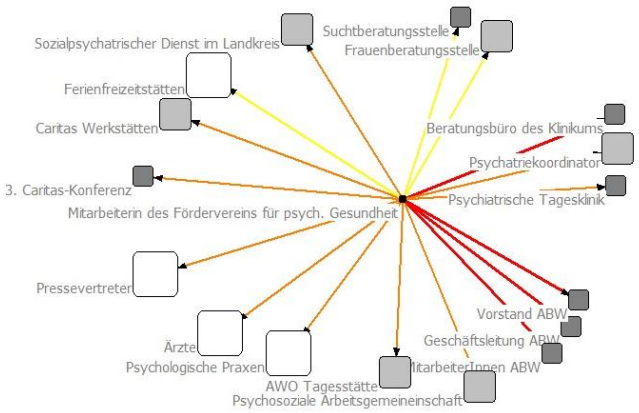
20.04.2016

Leiterin der Tafel

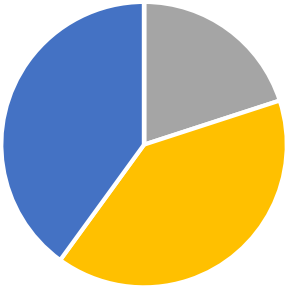
Leiterin der Tafel

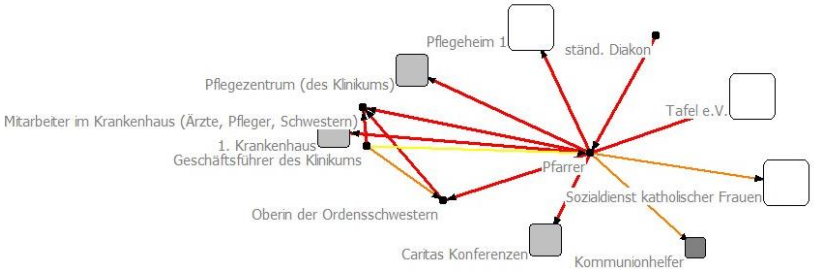


Leiterin des Förderkreises Psychische Gesundheit

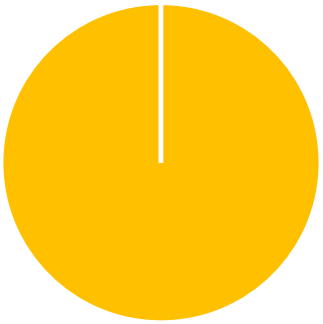


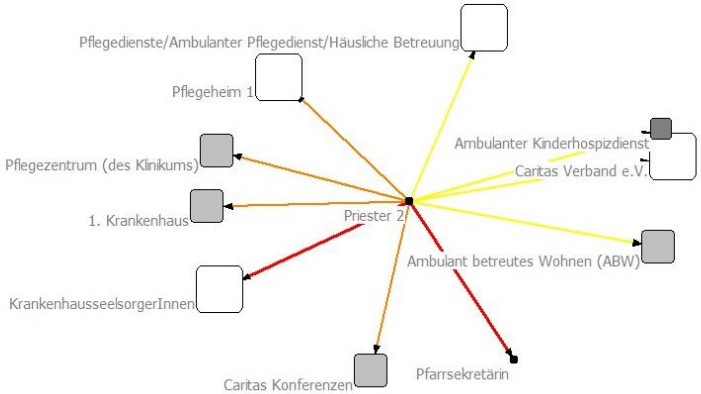
Pfarrer der katholischen Pfarrei



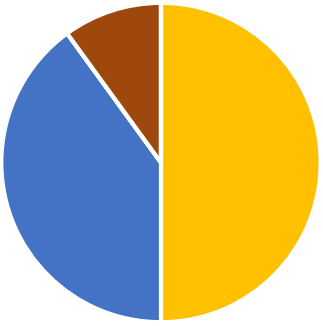


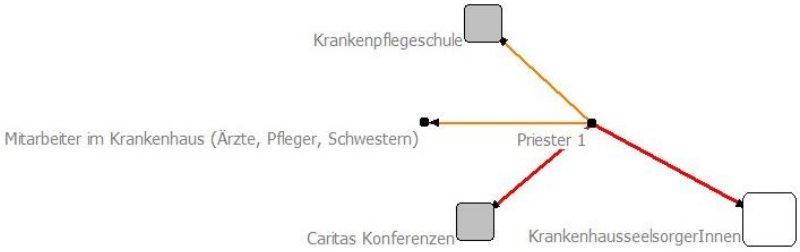
Pastor der katholischen Gemeinde



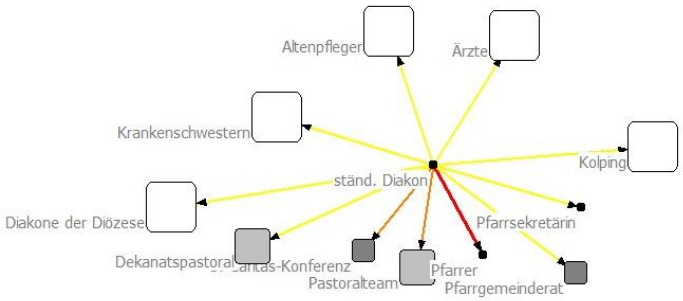


Pastor der katholischen Gemeinde

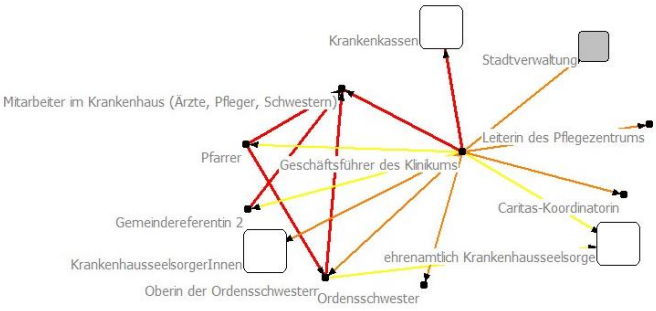




Ständiger Diakon der katholischen Gemeinde



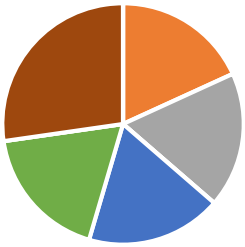
Geschäftsführer des Klinikums

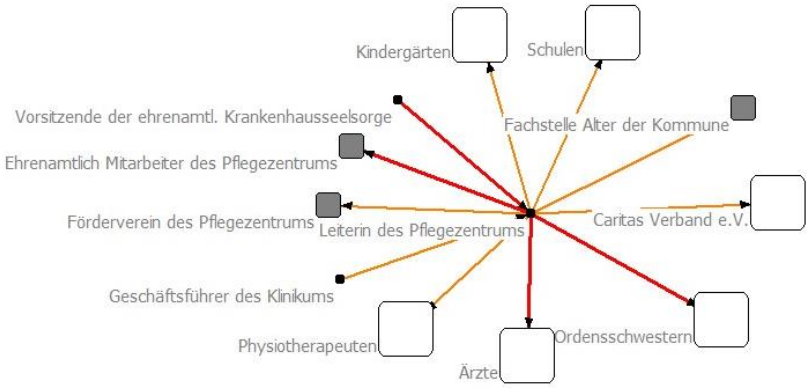


20.04.2016

Sprecherin der Ehrenamtlichen im Pflegezentrum

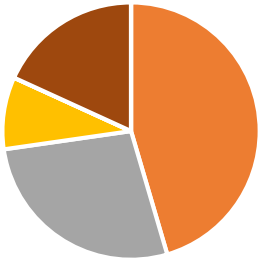
Leiterin des Pflegezentrums



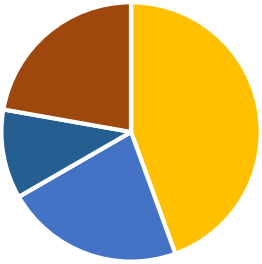


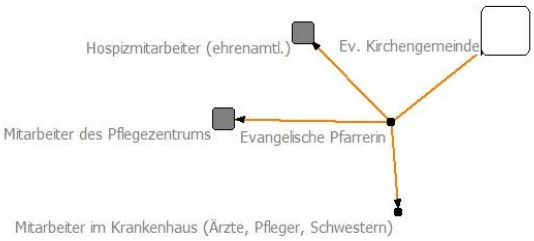
Leiterin des Pflegezentrums(a)

Leiterin des Pflegezentrums (b)

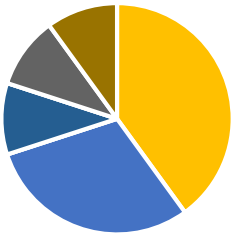


Pfarrerin der evangelischen Gemeinde

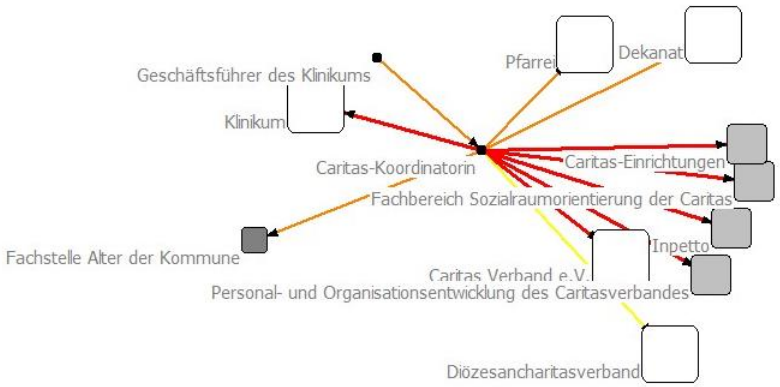




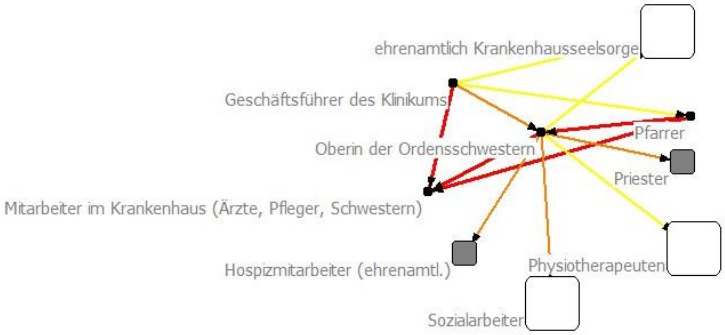
Koordinatorin der ehrrenamtlichen Krankenhaushilfe (EA)

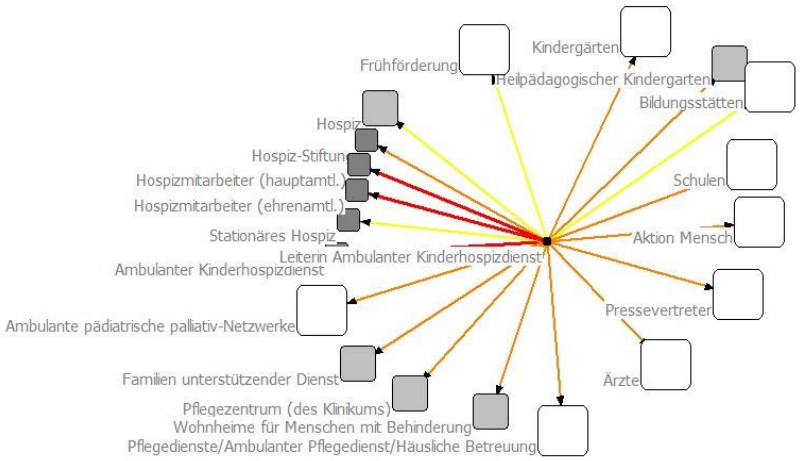
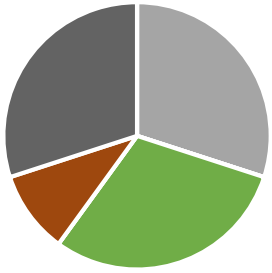
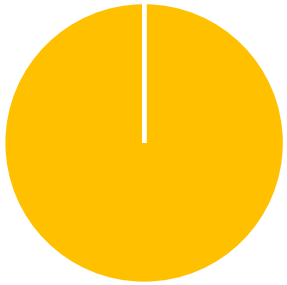


Koordinatorin der ehrrenamtlichen Krankenhaushilfe (HA)



Oberin der indischen Ordensschwestern / Krankenhausseelsorgerin



Hauptamtliche Koordinatorin des Kinderhospizdienstes	
Hauptamtliche Koordinatorin des Kinderhospizdienstes (A) 	
Imam des arabischen Moscheevereins	
Gemeindereferentin der katholischen Gemeinde 	

2.3.2 Auswertung der Tätigkeitszuordnungen

Für die vergleichende Analyse wurden die Antworten aus der Tätigkeitszuordnung in Kreisdiagramme umgewandelt (s. oben). Aus den 19 Interviews entstanden 23 Diagramme, die ausdrücken, welche Tätigkeiten die Befragten und ihre Organisationen mit Kranken ausüben. Dabei beschränkt sich keiner der Akteure auf nur ein Tätigkeitsfeld. Einen Sonderfall stellen die Grafiken der Gemeindereferentin der katholischen Gemeinde und des Pastors der katholischen Gemeinde dar, die Seelsorge und Besuche als eine nicht voneinander zu trennende Tätigkeit ansehen und diese als ihr genuines Tätigkeitsfeld beschreiben. Die anderen Tätigkeitsverteilungen changieren zwischen drei und neun Tätigkeiten in einem Arbeitsbereich. Dabei üben die meisten Akteure zwischen vier und sechs Tätigkeiten aus.

	1-3 Tätigkeiten	4-6 Tätigkeiten	7-9 Tätigkeiten
Akteure	5	13	3

Es gibt in der Arbeit mit kranken Menschen offensichtlich zum einen Spezialist_innen, die nur wenigen Tätigkeiten, diesen aber dafür intensiv nachgehen. Den Großteil der Interviewten kann man als erweiterte Spezialist_innen betrachten. Nur drei der Akteur_innen sind praktisch Allrounder, die fast alle Tätigkeiten zu ihrem Spektrum zählen.

Ordnet man die Diagramme nach der Haupttätigkeit der Akteure, also der Tätigkeit, die jeweils in der Grafik den größten Umfang einnimmt, dann kommt man zu folgendem Ergebnis:[1]

Haupttätigkeit	Anzahl
Besuche	12
Pflege	4
Seelsorge	4
Beratung	3
Finanzielle Unterstützung	3
Organisation	2
Beschäftigung	1
Weitere Tätigkeiten	1

[1] Ein Akteur kann mehrere Haupttätigkeiten ausüben, wenn der höchste Wert mehrfach vertreten ist.

Therapie	0
Andere Unterstützung	0

Mehr als die Hälfte der Befragten gibt als Haupttätigkeit Besuche an. Interessanterweise sind dies alles religiöse Akteure (katholisch, evangelisch und muslimisch). Die anderen Haupttätigkeitsfelder verteilen sich zu fast gleichen Teilen auf Pflege, Beratung, finanzielle Unterstützung und Seelsorge; wobei Seelsorge bei vielen religiösen Interviewpartner_innen als eng verbunden mit Besuchen angesehen wird. Keine(r) der Befragten gab Therapie als Haupttätigkeit an. Das zeigt an, dass Akteure wie Ärzte und Therapeuten nicht im Sampling vorkommen sind.

2.3.3 Auswertung der Ego-Netzwerke

Aus den 19 Interviews sind insgesamt 16 Netzwerkkarten, wie sie oben in der Einleitung dargestellt ist, hervorgegangen. In den Netzwerkkarten haben die Gesprächspartner_innen verzeichnet, wer für ihre Arbeit wichtig ist (Selbstwahl/out-going). In den dargestellten Grafiken sind nun diese Beziehungen sowie die von anderen Akteuren auf sie selbst hinweisenden Kontakte (Fremdwahl/incoming) dargestellt. Schwache Beziehungen (1) sind in dünnen Linien dargestellt, stärkere (2 und 3) entsprechend mit dickeren Pfeilen.

Jedes Interview und damit auch jedes persönliche Netzwerk der Gesprächspartner ist, wie wir oben gesehen haben, individuell. Jedes Ego-Netzwerk spiegelt seine eigene Logik und den für den Akteur relevanten Zusammenhang zwischen der eigenen Arbeit und den sozialen Beziehungen wider. Im Folgenden sollen daher anhand einzelner Ego-Netzwerke Netzwerkrollen analysiert werden. Dafür wurden mit einem sukzessiven theoretischen Sampling des möglichst starken Kontrasts zunächst drei Ego-Netzwerke ausgewählt. Die Interviewpartnerinnen nannten in ihren Ego-Netzwerken als wichtige Kontakte Personen (die sie mit Namen oder/und Funktion nannten), Organisationen (feste soziale Gebilde mit eigenen Namen und eingener Funktion) und Gruppierungen (hier summierten die Interviewten meist Merkmalsträger auf wie z.B. Krankenschwestern, Angehörige, Nachbar). Bei letzteren handelt es sich nicht um Gruppen, da sich die Merkmalsträger nicht kennen und außer des bezeichneten Merkmals keine Gemeinsamkeiten bestehen müssen. Die Art der genannten Kontakte bildete ein Kontrastierungskriterium. Weitere waren die Art der Tätigkeit (HA/EA) und die Tätigkeit an sich.

Drei Ego-Netzwerke wurden nach einer abgewandelten Form der qualitativ strukturalen Netzwerkanalyse (QSA)[2] ausgewertet. Hierzu wurde die Original-Netzwerkkarte verwendet und die Kontakte nach ihrer Anordnung und Beziehung zueinander analysiert und auf die Rolle von Ego im Netzwerk ausgewertet.

2.3.3.1 QSA Oberin der indischen Ordensschwestern und Krankenhausseelsorgerin

Die Krankenhausseelsorgerin ist Ordensschwester, ausgebildete Krankenpflegerin und aktuell als Seelsorgerin im St. Johannes Hospital der Kliniken Arnsberg tätig.

Die Krankenhausseelsorgerin nannte in der Erhebung 10 Kontakte, die für ihre Arbeit wichtig sind. Dabei ist auffällig, dass bis auf einen Kontakt (Ehrenamtliche Krankenhaushilfe) alle wichtigen Kontakte für sie zu Gruppierungen von Merkmalsträger_innen bestehen. Die Kontakte verteilen sich relativ gleichmäßig auf die verschiedenen Wichtigkeitsstufen. Als sehr wichtig (ohne diese könnte sie ihre Arbeit nicht machen) nannte sie zunächst Patienten und Angehörige. Mit diesen beiden Gruppen ist sie am engsten verbunden. Im selben Feld sieht sie die Mitarbeiter und Ärzte (im Klinikum). Sie trennt Ärzte und Mitarbeiter beiden Gruppen voneinander. (Im Interview merkt man auch warum. Die Pflegekräfte sind für ihre Arbeit essentieller, da sie näher am Patienten sind als die Ärzte). Die Krankenhausseelsorgerin nimmt insofern potentiell eine Mittlerposition zwischen den Mitarbeiter_innen sowie Ärzt_innen und den Patentient_innen mit ihren Angehörigen ein.

Die nächsten Kontakte, die nun nur noch als wichtig gelten überschreibt sie selbst nochmal mit „Mit anderen Arbeitsgruppen". Hierunter subsummiert sie Sozialarbeiter_innen, Hospizmitarbeiter_innen, häusliche Betreuung und den Pastorendienst im Krankenhaus. Während sie bei den ersten drei Gruppierungen nur deren gemeinsames Merkmal nennt, bezeichnet sie bei der Gruppe der Pastoren die Art der Tätigkeit und schränkt damit deren Relevanz auf nur einen Arbeitsbereich, nämlich den Pastorendienst im Krankenhaus, ein.

Unter weniger wichtig aber auch relevant nennt sie die Ehrenamtliche Krankenhaushilfe, die einzige organisierte Gruppe in diesem Ego-Netzwerk und Krankengymnasten (Therapeuten). Im Interview beschreibt sie, dass sie an die Damen der ehrenamtlichen Krankenhaushilfe gerne auch Tätigkeiten abgibt. Sie sind die einzige Gruppe im Ego-Netzwerk, die ähnliche Tätigkeitsfelder bedient, wie die Interviewpartnerin.

[2] Vgl. Herz, Andreas; Luisa Peters; Inga Truschkat: How to do qualitative strukturale Analyse? Die qualitative Interpretation von Netzwerkkarten und erzählgenerierenden Interviews, in: Forum: Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 16 (2015) 1, Art. 9.

20.04.2016
Interpretation:

Für die Krankenhausseelsorgerin sind die wichtigsten Gruppierungen die Patienten und ihre Angehörigen. Sie arbeitet direkt am Patienten, deren Wohlbefinden steht für sie im Vordergrund. Deshalb richtet sie an ihnen auch ihre Tätigkeit und ihren Arbeitsrhythmus aus. Alle anderen Kontakte sind dafür da, um diese Beziehung zu unterstützen und zu erleichtern.

Weiterhin nimmt die Krankenhausseelsorgerin auch eine die potentielle Vermittlungsposition zwischen Ärzt_innen sowie Mitarbeiter_innen und Kranken/Angehörigen ein. Als ausgebildete Krankenschwester kennt sie sich mit Pflege, Diagnosen und dem Klinikalltag aus. Gleichzeitig hat sie in ihrer Funktion einen intensiven Kontakt und die Sensibilität für die Bedürfnisse der Patienten_innen. Sie kann durch ihren engen Kontakt zu beiden Gruppen übermitteln, erklären, Verständnis schaffen und damit Beziehung zwischen ihnen herstellen.

Auffällig an der Netzwerkkarte ist auch, dass sie fast ausschließlich Gruppen von Merkmalsträgern nennt. Darunter ist zu verstehen, dass diese Kontakte für ihre Arbeit mit kranken Menschen hauptsächlich in ihrer jeweiligen Funktion relevant sind. Schaut man genauer hin, dann stellt man fest, dass alle diese Funktionen innerhalb des Krankenhausbetriebes repräsentiert sind und alle dieser Merkmalsträger_innen direkt am Patienten arbeiten (Geschäftsführung des KH, Personalabteilung usw. tauchen in der Grafik nicht auf). Ihre Kontakte drehen sich um die direkte Patientenfürsorge in einem umfassenden Sinne. Dass sie hauptsächlich Merkmalsgruppen als wichtige Kontakte nennt ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sie viele, häufig wechselnde Kontakte mit Menschen pflegt, die jedoch gleiche Merkmale tragen. Die Bezeichnungen stehen also für eine Vielzahl von punktuellen Kontakten zu Merkmalsträgern im System Krankenhaus.

Die Kontakte ergänzen die Arbeit der Krankenhausseelsorgerin mit medizinischer, therapeutischer, pflegerischer, seelsorgerischer und Unterstützungstätigkeit. So kann die Krankenhausseelsorgerin im Zweifelsfall einer kranken Person alle nötige Unterstützung vermitteln. Schaut man zur Netzwerkgrafik auch ihr Tätigkeitsspektrum an, zeigt dieses mit neun Tätigkeitsfeldern ein hohes Spektrum. Sie ist eine Allrounderin, die für das Wohl der Patient_innen alles macht, was ihr möglich ist. Für alles andere hat sie einen guten Kontakt zu den Fachkräften.

Wie gerade schon angesprochen, ist die Tätigkeit und auch die Beziehungsstruktur der Krankenhausseelsorgerin auf die den Sozialraum des Krankenhauses zentriert. Dies fällt v.a. bei der Nennung des Pastorendienstes im Krankenhaus auf.

Das Profil der Krankenhausseelsorgerin zeigt die Besonderheiten des begrenzten geografischen Bereiches bei Tätigkeitsvielfalt und punktuellen, engen Kontakten zu Merkmalsträgern. Sie ist Spezialistin für den Sozialraum des St. Johannes Krankenhauses. An ihrem Ego-Netzwerk sieht man zudem, dass Akteure von außen (z.B. Priester) gerne auf ihre Expertise zurückgreifen.

2.3.3.2 QSA Mitarbeiterseelsorgerin des Dekanatscharitasverbandes/ Koordinatorin der ehrrenamtlichen Krankenhaushilfe

Die Mitarbeiterseelsorgerin des Dekanatscharitasverbandes ist bei der Caritas Arnsberg als Mitarbeiter-Seelsorgerin angestellt. Außerdem ist sie die Koordinatorin der ehrenamtlichen Krankenhausseelsorge im Klinikum Arnsberg.

Sie hat in ihrer Netzwerkgrafik 14 Kontakte eingetragen. Dabei verweist sie vor allem auf Organisationen oder Einheiten in Organisationen, nur in einem Fall auf eine Person, in zwei Fällen auf Merkmalsträgergruppen und in zwei Fällen sogar merkmaltragende Organisationengruppen. Sechs ihrer Kontakte sind sehr wichtig für sie, 5 (6) sind immerhin wichtig und zwei weniger wichtig aber relevant. Ein (Nicht-)Kontakt steht am Blattrand.

Sehr wichtig sind für sie der FBSRO (Fachbereich Sozialraumorientierung im Dekanatscaritasverband), das Klinikum, Ehrenamtliche, Personal- und Organisationsentwicklung, Caritas-Einrichtungen und ein neues Caritasberatungsstellenkonzept, das gerade an verschiedenen Orten im Dekanat eingerichtet wird. Es fällt auf, dass fünf der sechs wichtigsten Kontakte Organisationseinheiten oder Merkmalsträger_innen innerhalb des Caritasverbandes sind. Einzig das Klinikum gehört nicht zur Caritas. Diese Kontakte spiegeln ihre Stellenbeschreibung wider. Die Mitarbeiterseelsorgerin des Dekanatscaritasverbandes könnte in dieser Position eine Schnittstelle zwischen dem Caritasverband und dem Klinikum sein.

Als wichtig beschreibt sie nun Kontakte außerhalb des Caritasverbandes: Das Dekanat(der Dechant), die Pfarrgemeinde, kommunale Stellen, der Seniorenbeirat der Stadt Arnsberg und die Fachstelle Zukunft Alter. Hier sind genau drei kirchliche und drei kommunale Organisationseinheiten genannt, die im selben geografischen Raum agieren, wie sie. Diese sind in der Grafik jeweils gegenüber voneinander angeordnet.

Als nicht wichtige, aber doch relevante Partner nennt sie den Diözesancaritasverband sowie andere Träger und Verbände im pastoralen Raum (als Meta-Gruppe). Interessanterweise steht in

der äußersten Ecke noch die Fachstelle bürgerschaftliches Engagement. Hier würde sie sich eine bessere Zusammenarbeit wünschen.

Interpretation:

Die wichtigsten Kontakte der Mitarbeiterseelsorgerin des Dekanatscaritasverbandes sind die zum Caritasverband, daneben noch zum Klinikum. Sie stellt somit eine unter Umständen wichtige Schnittstelle zwischen den beiden Organisationen dar. Auch bei den wichtigen Kontakten hat sie eine Schnittstellenposition, und zwar dient die Caritas hier, wenn man auf das Gesamtnetzwerk schaut, als Organisationen-Schnittstelle zwischen Kirche und Kommune, die ansonsten in Bezug auf kranke Menschen keine direkte Verbindung zueinander haben.

Die Hauptkontakte der Mitarbeiterseelsorgerin des Dekanatscharitasverbandesbestehen fast ausschließlich zu Organisationen und erstrecken sich, wie ihre eigene Organisation über ein regionales Ausmaß (Kommune, Dekanatscharitasverband). Für sie spielt der pastorale Raum nur in der Sammelgruppe „andereTräger/Verbände im PR“ eine Rolle. Die Nennung der Organisation(seinheit)en spricht dafür, dass die einzelnen Personen, mit denen die Mitarbeiterseelsorgerin des Dekanatscharitasverbandes Kontakt hat nicht so relevant für ihre Tätigkeitsausübung sind, sondern viel mehr, die Funktionen, die sie in der Organisation erfüllen und die sie repräsentieren. Außerdem geht es hier nicht um individuelle Kontakte. Auch wenn eine Person in einer Funktion ausfällt, besteht der Kontakt zwischen den Organisationen weiter.

Die Mitarbeiterseelsorgerin des Dekanatscaritasverbandes betreut haupt- und ehrenamtliches Personal, sie hat selbst keinen direkten Kontakt zu kranken Menschen. Als Koordinatorin hängt sie in ihrer Organisation v.a. von der Kooperationmit anderen interner Stellen ab. Organisationseinheiten außerhalb der Organisation sind nicht so stark relevant, da die Organisation selbst viele Ressourcen hat; eine Kooperation ist wünschenswert, aber selten notwendig für die eigene Arbeit. Wenn, dann werden Kooperationen mit anderen Organisationen derselben Größenordnung und räumlichen Ausmaßes gesucht.

Die Fachstelle Ehrenamtliches Engagement der Kommune hat die Mitarbeiterseelsorgerin des Dekanatscharitasverbandes außerhalb des Kreises aufgeführt. Hier gibt es laut ihrer Aussage ganz im Gegensatz zur Fachstelle Zukunft Alter keinen (guten) Kontakt, was sie bedauert.

Das Netzwerkprofil der Mitarbeiterseelsorgerin des Dekanatscaritasverbandes ist einerseits von einem starken Bezug zur eigenen Organisation geprägt, andererseits stellt es

auch eine interorganisationale Schnittstelle zwischen den drei organisationalen Großakteuren im Netzwerk dar. Die über ihre Stellenbeschreibung institutionalisierten Beziehungen sind personenunabhängig und dadurch langfristig sowie belastbar angelegt.

2.3.3.3 QSA Ständiger Diakon der katholischen Gemeinde

Herr Rautenstrauch ist ehemaliger Postangestellter und seit seiner Pensionierung ständiger Diakon in der Pfarrei Neheim und Vosswinkel.

Der ständige Diakon der katholischen Gemeinde benennt in seinem Ego-Netzwerk mit 19 Kontakten eine relativ hohe Anzahl an Alter. Dabei benennt er einzelne Personen, Organisationen und auch Merkmalsträgergruppen. Im engsten Kreis scharen sich nur drei personale Kontakte, die sich dann nach außen zu 4 und 10 vermehren. Auch außerhalb der konzentrischen Kreise hat er noch zwei Kontakte aufgeführt.

Am engsten steht er mit einerseits seiner Frau und seinem Sohn und mit dem ‚Leiter des Pastoralen Raums' in Kontakt. Interessant ist, dass er Letzteren in seiner Verantwortungs- und Machtposition beschreibt, als Leiter. Ohne die Unterstützung dieser drei Personen könnte er seine Arbeit nicht machen. Umgekehrt könnte man auch feststellen, dass er für seine Arbeit ‚nur' drei Personen braucht, keinen großen organisatorischen Apparat, nur die persönliche Beziehung.

Im zweiten Ring, der auch wichtig ist, erweitert sich der Kreis. Hier tritt wiederum im unteren Bereich die Familie (in grafischer Nähe zu Frau und Sohn), im oberen Bereich das Pastoralteam sowie die Caritas-Konferenz (in grafischer Nähe zum Leiter des pastoralen Raums) auf. Es scheint ganz so, als wären die drei Kontakte im engsten Kreis Repräsentanten oder Zugänge für diese Gruppen. Seitlich flankierend sind im mittleren Kreis noch die ‚alten und kranken Menschen' zu finden, die er besucht. Interessant ist hier, dass alte und kranke Menschen als eine Gruppe aufgeführt werden. Alter und Krankheit scheinen für ihn zusammenzugehören.

Im äußeren Kreis mehren sich die Akteure und auch die Gruppen. Diese sind tendenziell größer als im vorherigen Kreis. Einerseits erweitert er die Kontakte in der Gemeinde um Pfarrgemeinderat, Menschen in der Gemeinde sowie Senioren und die Pfarrsekretärin. Zum kirchlichen Bereich kommen noch Dekanatspastoral, Diakone der Diözese und der Kolpingverein hinzu. Andererseits erweitert sich der äußere Kreis um die Angehörigen der alten und kranken Menschen, Krankenschwestern, Ärzte und Altenpfleger. Er erweitert in diesem Fall die schon als wichtig genannten Gruppen um den jeweils dazu gehörigen Personenkreis.

Außerhalb der konzentrischen Kreise führt er noch die Schützen und Gremien an, in denen er auch aktiv ist. Grob lassen sich die Kontakte des ständigen Diakons der katholischen Gemeinde in eine dreigliedrige Struktur zusammenfassen. Einerseits die Familie, die sich über Mutter und Sohn dann in das weitere Familienumfeld ausdifferenziert, dann Gemeinde. Als intensiver und direktester Kontakt dient der Pfarrer, dann diffundieren die Kontakte über die Strukturen der Gemeinde und am Schluss darüber hinaus. Die dritte Gruppe sind die Alten und Kranken, die selbst erst im zweiten Ring auftreten und über die dann auch Kontakt zu den Angehörigen entsteht.

Er braucht den intensiven Kontakt zu wenigen Personen, um seine Arbeit gut machen zu können. Im weiteren Sinne ist er eingebettet in das Institutionensystem Kirche mit all ihren Teilgruppen. Organisationen spielen ansonsten keine Rolle.

Interpretation:

Für den ständigen Diakon der katholischen Gemeinde sind persönliche Kontakte essentiell. Diese bilden den Ausgangspunkt und das Backup für seine Arbeit. Über diese persönlichen Kontakte pflegt er auch den Zugang zu den sozialen Gruppen, in die sie eingebettet sind. In der Netzwerkgrafik werden diese Gruppen von außen nach innen immer größer. Sein Tätigkeitsprofil besteht hauptsächlich aus Seelsorge und Besuchen. Er gibt damit genau das in seiner Arbeit weiter, was er in seinem Beziehungsnetzwerk erfährt.

Die Beziehung Gemeinde, in Person vom Leiter des PR sowie Frau und Sohn haben für ihn noch vor den Alten und Kranken Menschen Priorität. Für den Bereich der Gemeinde gilt; je höher die (Macht-)Position innerhalb der Gemeinde, umso relevanter sind diese Personen für ihn.

Für den ständigen Diakon der katholischen Gemeinde ist die ganz persönliche Beziehung zu ihm nahen Personen wichtig und ausschlaggebend für seine Arbeit mit kranken Menschen. Er nennt hauptsächlich dezidiert bestimmte Personen, die Grundlage der Beziehung zu ihnen ist Nähe und Sympathie, Familie und Gemeinschaft. Eingebettet in diese Strukturen übt er seine Tätigkeit aus, indem er die eigenen Erfahrungen weitergibt.

2.4 Zwischenfazit: Personen, Positionen und Rollen im Netzwerk

Die Krankenhausseelsorger_innen bilden eine wichtige Brücke zwischen dem Klinikum und der Gemeinde. Einerseits schlagen sie eine funktionale Brücke, indem sie im auf Gesundheit und Therapie ausgerichteten Klinikbetrieb mit Seelsorge verbinden. Weiterhin haben Sie

eine wichtige Pförtner-Funktion, indem sie den Priestern Zugang zu den kranken Menschen verschaffen. Darüber hinaus vermitteln sie in der Klinik zwischen dem Personal und den Patienten.

Für die institutionalisierte Arbeit mit kranken Menschen werden im Grunde nur Organisationen sowie Personen in formalen Rollen als relevante Kontakte genannt. Private Personen spielen außerhalb der formalen Funktionen kaum eine Rolle. Eine Ausnahme bilden dabei der ständige Diakon der katholischen Gemeinde und die Sprecherin der Ehrenamtlichen im Pflegezentrum. Für die beiden, seit langem ehrenamtlich Tätigen ist die Unterstützung der Ehepartner und Kinder essentiell für die eigene Arbeit.

Akteure im Netzwerk, die im Namen von Organisationen bzw. Organisationseinheiten handeln, haben mehr Kontakte zu Organisationen. Die Schnittstelle Organisation-Privatperson ist daher schwierig herzustellen. Je größer und umfassender eine Organisation ist, in der ein Akteur tätig ist, umso mehr Kontakte bestehen auch intern (vgl. Mitarbeiterseelsorgerin des Dekanatscaritasverbandes; Vorstand des türkischen Moscheevereins). Hier kann es ratsam sein, dezidiert eine Position einzurichten, die Außenkontakte pflegt (und intern nicht zu stark eingebunden ist).

Als nochmals zu prüfende These steht die Vermutung eines Unterschieds zwischen kirchlichen und nicht-kirchlichen Akteuren in der Zielgruppenthematisierung. Nicht-kirchliche Akteure empfinden diese Zielgruppen, Kunden oder Patienten häufig als essentiell für ihre Arbeit: „Ohne die bräuchte man die Arbeit nicht machen“ (Sprecherin der Ehrenamtlichen im Pflegezentrum),,die stimmen mit den Füßen ab (Geschäftsführer des Klinikums)‘. Kirchliche Akteure sprechen dagegen kaum von Zielgruppen/Kunden als relevante Kategorie für die Verrichtung ihrer Arbeit.

3 Qualitative Inhaltsanalyse

Im zweiten Teil folgt nun die Ergebnisdarstellung der qualitativen Inhaltsanalyse. Hierfür wurden zunächst in der Projektgruppe Fragen und Analysekategorien erstellt, anhand derer dann die Interviews mit Hilfe der UCINet-Software ausgewertet wurden. Subkategorien wurden dann anhand des Materials erstellt. Die Ergebnisse werden zur besseren in Stichpunkten dargestellt.

3.1 Wie thematisieren die Befragten das Thema „Krankheit“?

Die Gesprächspartner_innen wurden im Interview gefragt, an wen sie denken, wenn von ‚kranken Menschen‘ die Rede ist. Diese Frage hat zum Ziel ihren persönlichen Kontakt- und Erfahrungsbereich in der Arbeit mit kranken Menschen abzustecken. Zu erwarten war, dass die Befragten „Krankheit /kranke Menschen“ entsprechend ihres eigenen Tätigkeitsinhalts thematisieren.

Allgemeine Erkenntnisse: Das Feld der Arbeit mit kranken Menschen ist in mehrerlei Hinsicht stark differenziert: nach Krankheiten, nach Tätigkeiten und Alter.

3.1.1 Kranke Menschen

- Krankheit hat bei den Gesprächspartner_innen vornehmlich mit Alter zu tun. Gerade die religiösen Akteure (kath., ev., musl.), die im Bereich von Seelsorge und Besuchen arbeiten fokussieren beim Gespräch über kranke Menschen den letzten Lebensabschnitt. Aber auch im Bereich der Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen liegt der Fokus hauptsächlich auf alten Menschen. Hier spielen Krankheiten und Nachwirkungen von Herzinfarkten, Operationen, Krebs, Schlaganfälle oder auch Demenz eine zentrale Rolle.
- Im Bereich der Selbsthilfe differiert der Altersdurchschnitt je nach Krankheitsbild und Gruppenkonstellation stark. Trotzdem ist aufgrund zunehmender körperlicher Beschwerden im Alter und neuer Informationsmöglichkeiten über neue Medien, den alternativ vor allem junge Menschen nutzen, der Altersdurchschnitt auch hier relativ hoch (I15, 111-112; I14, 41-45).
- Jüngere kranke Menschen werden wenig thematisiert. Wenn von ihnen die Rede ist, dann nur als Sonderfälle, die in einem anderen Kontext aufgrund ihrer speziellen Bedürfnisse aufgefallen sind, oder eben hypothetisch. Eine Ausnahme bildet dabei das Interview mit der hauptamtlichen Koordinatorin des Kinderhospizdienstes. Die Einrichtung innerhalb des Dekanatscharitasverbandes kümmert sich ausschließlich um Kinder und Jugendliche mit kurzer Lebenserwartung.
- Bisher werden kranke Kinder noch in Sonderschulformen betreut und beschult. Durch die Abschaffung von Sonderschulen und das Inklusionsgebot kommen auch kranke Kinder und Kinder mit Behinderung bald in die Regelschulen. Hier wird es nötig sein, einen guten Umgang zu finden (I07, 74-76).

3.1.2 Thematisierte Krankheiten

- Im Bereich der **Suchtkranken** gibt es eine Diskrepanz zwischen den Akteuren. Von den religiösen und pflegerischen Akteuren werden diese nicht genannt (Eine Ausnahme bildet I11, die beschreibt, dass eine Gruppe der Anonymen Alkoholiker die Räume des Gemeindehauses nutzt). Es gibt keinen Kontakt zu diesen kranken Menschen. Hingegen ist das Thema Suchtkrankheiten ein großes Feld in der Arbeit der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen. Diese Akteure arbeiten allerdings nicht zusammen.
- **Behinderungen** wurden nur in zwei Interviews kurz angesprochen. Diese Gesprächspartner_innen grenzen Behinderung als bleibende Beeinträchtigung von Krankheit ab. In diesem Zusammenhang spielt das Thema Inklusion eine zentrale Rolle, das bei Krankheit nur am Rande angesprochen wird (I15, I11).
- Durch die psychiatrische Abteilung der Klinken Arnsberg in Neheim sind **psychische Krankheiten** bei den Akteuren relativ präsent. Dass es psychisch kranke Menschen gibt und dass diese in einer Weise eine spezielle Gruppe unter den Kranken darstellen, wird in den Passagen deutlich: Man sieht ihnen die Krankheit nicht an (I16, 46; I15, 108-110). Psychische Krankheiten sind gerade im Bereich Selbsthilfe sehr präsent und werden ein immer größeres und differenzierteres Feld (I15, 111-112).

  Allerdings ist der persönliche Umgang der Gesprächspartner_innen mit psychisch kranken Menschen sehr unterschiedlich. Die Priester stehen über die Arbeit der Gemeindereferentin auch mit Menschen aus der psychiatrischen Abteilung für Seelsorge und Sakramentenspendung in Kontakt. Insgesamt ist jedoch trotzdem von den kirchlichen Akteuren eine Unsicherheit im Umgang mit psychisch Kranken zu verzeichnen. Der Bedarf eines guten Briefings bezüglich der Krankheit ist da. Ein anderer Bereich, in dem psychische Krankheiten, vor allem Traumata vorkommen, ist die Flüchtlingsarbeit. Die arabische Moscheegemeinde kommt über ihre Arbeit mit Flüchtlingen auch mit den an Traumata Erkrankten in Kontakt. Allerdings besteht bei seelischen Krankheiten nach Auslegung der muslimischen Gesprächspartner kein direkter Handlungsbedarf: „Denn da kann jeder Moslem, wenn er seine Religion gut kennt, kann er sich mehr oder weniger selber seelisch heilen. Es gibt viele Verse aus dem Koran, die er liest. Oder verschiedene andere Bittgebete usw. Das wissen die meisten, näh? Das ist nicht sehr schwierig und nicht viel.“ (I12, 69-71).

3.1.3 Phasen von Krankheit

- Bestimmte Phasen von Krankheit (Diagnose, Behandlungsphase, Schübe, Heilung…)werden von den Interviewten interessanterweise bis auf eine Phase, das Sterben, nicht thematisiert. Dafür ist das Sterben bzw. Krankheit in Verbindung mit Tod sehr präsent in den Gesprächen. Es scheint fast so, dass Krankheitsverläufe an sich geradewegs zum Tod führen.Die religiösen Akteure(v.a. kath. Pfarrer, I11, I10) gehen noch darüber hinaus und besprechen unter dem Thema Krankheit stärker die Problematiken, die mit Tod und seinen Ritualen zu tun haben, als mit Krankheit.

3.1.4 Auswirkungen von Krankheit

- Auswirkungen von Krankheit auf andere Lebensbereiche werden wenig thematisiert. Allerdings fällt auf, dass in beiden Konfessionen Krankheit dann bemerkt wird, wenn die Menschen aus diesem Grunde nicht mehr zum Gottesdienst kommen können.
- Darüber hinaus ist immer wieder von der Vereinsamung und Isolation kranker Menschen die Rede.
- Eine weitere Auswirkung von Krankheit sind auch finanzielle Nöte. Durch hohe Behandlungskosten sind schnell Ersparnisse aufgebraucht. Das Wissen um Fördermöglichkeiten ist essentiell. Viele Betroffene wollen jedoch aus verschiedenen Gründen keine finanzielle Unterstützung in Angriff nehmen. Dies kann dann wiederum zu therapeutischer oder pflegerischer Unterversorgung führen (I14, 133).
- Eine weitere Auswirkung von Krankheit ist die Expertise für das eigene Krankheitsbild, dessen Symptome, Behandlungsmethoden, Verläufe, Kontakte usw. In der Selbsthilfearbeit wird dieses Resultat konkret als Ressource genutzt und das eigene Wissen an andere weitergegeben (I15, 38).

3.1.5 Orte von Krankheit

- Orte, an denen Krankheit wahrgenommen wird, sind die klassischen Institutionen: Sozialstationen, Kliniken, Altenheime, Hospize.

3.2 Was sind Ziele/Motivationen der Arbeit mit kranken Menschen?

In den Antworten auf die Frage, mit welchem Ziel die Gesprächspartner_innen ihre Arbeit mit kranken Menschen tätigen, können grob zunächst drei Motivationskomplexe herauskristallisiert werden. Zum einen die altruistische Motivation ‚Für Kranke und ihre Angehörigen sein', zum anderen das eher egoistische Moment ‚Selbst von der Arbeit zu profitieren' und darüber hinaus

das Motiv der ‚Pflichterfüllung' in der Krankenfürsorge. Weitere, aber eher periphere Motive sind „Kranke in die eigene Arbeit zu inkludieren" und das missionarische Ziel „Gott zu den Menschen bringen".

3.2.1 Arbeit mit kranken Menschen als Pflichterfüllung

- Als Pflichterfüllung wird die Arbeit mit kranken Menschen dann angesehen, wenn sie auf eine höhere Autorität verweist, die die Arbeit beauftragt, deren Erfüllung dann entsprechend positiv oder negativ sanktioniert. In den Interviews werden sowohl religiöse Autoritäten (christlicher und muslimischer Gott bzw. ihre weltlichen Repräsentanten Muhammad und Jesus) als auch organisationale Autoritäten (Stifter und Stiftungsrat des Klinikums) genannt. Die Gesprächspartner_innen nennen auf die Frage nach ihren Zielen also nicht individuelle, persönliche Ziele, sondern beschreiben sich als einen Teil eines größeren Auftrags. Auch die Sanktionen bei (Nicht-)Erfüllung der Aufgabe spielen in den Gesprächen eine Rolle.

3.2.2 Für Kranke und ihre Angehörigen da sein

- Als ein weiteres Ziel bei der Arbeit mit kranken Menschen wird genannt, dass man für die kranken Menschen und ihre Angehörigen in der schweren Zeit der Krankheit da sein will. Es geht hier um eine Versorgungslogik. Kranke und ihre Angehörigen sollen vor allem soziale und psychologische Unterstützung, Stärkung und Beistand erfahren.
- Ein weiteres Ziel ist es, ausgehend von der Erkenntnis, dass Kranke und Sterbende eher aus dem gesellschaftlichen Leben ausgeschlossen sind, ‚die Öffentlichkeit' zu informieren und sie in Kontakt mit kranken und sterbenden Menschen zu bringen um sie wieder in das gesellschaftliche Leben zu inkludieren und präsent zu machen.

3.2.3 Selbst von der Arbeit mit kranken Menschen profitieren

Die Gesprächspartner_innen, die mit kranken Menschen arbeiten, profitieren auf unterschiedliche Weise selbst von ihrer Tätigkeit.

- Zum einen profitieren sie emotional, allein durch die Tätigkeit an sich. Eine Interviewpartnerin beschreibt entsprechend plakativ, dass sie sich mit ihrer Arbeit für andere „selbst befriedigt" habe. Andere empfinden Spaß, Freude, mehr Zufriedenheit, das Gefühl, gebraucht zu werden, und Dankbarkeit, die sie gerne weitergeben. Zudem erleben sie ihre Tätigkeit als sinnstiftende Investition ihrer Zeit. Es geht bei dieser Motivation nicht darum, Wertschätzung von außen zu bekommen, sondern um ein Gefühl und emotionale Haltung, die sich intrinsisch bei der Tätigkeit selbst einstellt. Koordinatoren von Arbeit

mit kranken Menschen (I5, I9, I3) haben genau diesen Profit der (meist ehrenamtlich Engagierten) wahrgenommen und versuchen, Menschen hier in einer Win-win-Situation zusammenzubringen, sodass beide Seiten davon profitieren.

- Weiterhin (in geringerem Ausmaß) gibt es den Faktor des praktischen Profits aus der Arbeit, und zwar in dem Sinne, dass die Tätigen selbst Lernerfahrungen machen, Reflexions-/Predigtmaterial sammeln, Kontakte aufbauen oder durch die Arbeit und deren ‚Ausstrahlung' wiederum Mitglieder bzw. Engagierte gewinnen. Dieser Aspekt kommt zwar vor, wird allerdings eher selten genannt. Hier ein Beispiel für die Thematisierung des Profitierens:

  „Da sagte mir mal jemand "Wissen Sie, äh ich habe Sie äh gebeten zu kommen nicht, weil ich äh die Kommunion empfangen will, sondern" Zitat: "Ich glaube nicht an Gott, aber jetzt fehlt er mir". Ein Satz. Werde ich meinen Lebtag nicht vergessen. Und jetzt fällt mir noch ein anderer ein. Letzte Woche sagt jemand zu mir, auf der Psychiatrie übrigens, "Nein, ich glaube nicht mehr. Das Leben hat uns getrennt". Und der meinte mit 'uns' sich und // Gott.

  I: Gott. // Ja.

  B: Ja. Und der hat dann erzählt und sie konnten merken, wie sich das Leben dazwischen geschoben hat und beide getrennt hat. (...) Das heißt für mich profitieren. Das geht mir selber persönlich nach, bestärkt mich in der eigenen Aufgabe, in dem eigenen Dienst, im eigenen Tun. Auf der einen Seite. Und ich nehme diese Beispiele auf, natürlich ohne Namensnennung, verfremde die manchmal ein bisschen auch, aber ich benutze die ganz oft als Einstieg in Predigten, damit das einfach einen Sitz im Leben hat. (.) Denn so ein abstraktes Gequassel, so ein abstraktes Gerede in Predigten brauchen wir in der Regel nicht, führt auch zu nichts, kapiert auch keiner. Das meine ich mit PROFITIEREN. Und dieses eigene Profitieren möchte ich über die Predigten an andere weitergeben, damit auch die profitieren. So. So denke ich mir das zurecht. [lacht]" (I1, 94-96)

- Darüber hinaus gibt es die Motivation bei den konfessionellen, religiösen Akteuren Kranke in pastorale Arbeit zu inkludieren. Die Gesprächspartner_innen haben festgestellt, dass Kranke z.B. aus Krankheitsgründen nicht mehr am Gottesdienst teilnehmen können. Mit konkreten baulichen Maßnahmen oder mit Besuchen wird versucht, Teilnahmemöglichkeiten zu schaffen bzw. bestehende Barrieren abzubauen. Die Motivation dahinter ist, die bisher aktiven Gottesdienstteilnehmer_innen auch in Zeiten von Krankheit und Gebrechlichkeit in die Gemeinde zu inkludieren.
- Weiterhin gibt es im Bereich der Selbsthilfe den Aspekt des „sich selbst Helfens" indem man sich in und für die Selbsthilfegruppe engagiert:

  „Sobald irgendwo eine Problemlage oder eine Lebenssituation da ist, die sich bei einigen Menschen verändert, wäre es natürlich schön, dass sich Menschen zusammenfinden, die das gleiche Thema behandeln können. [...] Sich selbst zu helfen. Den Austausch zu suchen, Informationen auch abzugreifen. Einfach sich besser mit dem Krankheitsbild

auszukennen, zu sehen, wie gehen andere damit um. Und damit auch gestärkt wieder aus diesem Gruppenleben rauszugehen" (I15, 69-71)

3.2.4 Gott zu den Menschen bringen

- Selten, aber doch vorhanden ist das Motiv, den Menschen Gott in der schweren Situation der Krankheit nahe zu bringen. Hier geht es den Akteuren darum, aus ihrem eigenen Glauben heraus anderen Menschen Trost und Hoffnung mit dem Glauben zu spenden. Dieses Motiv kommt nur bei zwei katholischen Akteuren vor. Den beiden Akteuren, die dieses Motiv genannt haben, ist gemein, dass sie selbst ihre Gottesbeziehung dominant thematisieren.

3.3 Interorganisationale Kontakte/Kooperationen/Beziehungen

Im folgenden Abschnitt wurde das Interviewmaterial daraufhin ausgewertet, wie die Befragten ganz ihre Beziehungen gestalten. Diese Sektion liefert auch Hintergrundmaterial zu den oben dargestellten Netzwerkgrafiken.

3.3.1 Wie kommen Kontakte zustande? (Begünstigende Faktoren, Wie konkret?)

- Immer wieder wird thematisiert, dass Faktoren wie räumliche Nähe, einen Bezug zueinander haben, voneinander und der Arbeit des jeweils anderen wissen, begünstigende Faktoren für Austausch und Kooperationen sind (I05, 357). Wenn die Nähe nicht per se vorhanden ist, dann ist es auch hilfreich, immer wieder vor Ort zu sein, Präsenz zu zeigen. Dies gilt v.a. für den Kontakt zu Privatpersonen, aber auch mit Organisationen (I15, 82-85).
- Es werden gezielt Unterstützer_innen für die eigene Sache gesucht. Dabei schaut man sich auch gezielt nach potenten(!), für die eigene Sache ganz konkret nützlichen, Partnern um und spricht diese an. Weiterhin ist die Überlegung wichtig, welche Erträge die potentiellen Projektpartner_innen von der Zusammenarbeit haben können. Zur Stärkung der Kooperation wird die Unterstützung medienwirksam kommuniziert. Im Fortgang wird überlegt, wie die Kooperation im Sinne der Sache weiter intensiviert werden kann (I15, 91-94).
- Beziehungen entstehen und bestehen fort, wenn es schnelle und unkomplizierte Kontaktmöglichkeiten gibt. Dazu zählen z.B. konkrete Ansprechpartner_innen (I09,63), ein aktives und offenes Kommunikationsverhalten sowie ein schneller Draht, um problemlos erreichbar sein! (I05,711; I14).

- Für Kooperationen braucht es eine(n) Initiator_in. Eine Person muss die Idee haben, Beziehungen aufbauen, für die Kooperation werben, gemeinsame Ziele ansprechen und am Ball bleiben.
- Prinzipielle ist für den Aufbau von Beziehungsstrukturen eine allgemeine Haltung der Kontaktfreudigkeit, Empfänglichkeit für Anfragen sowie die aktive Suche nach Kooperationen durch gezieltes Ansprechen von möglichen Kooperationspartner_innen hilfreich (I05,553;I03,222)).
- Weiterhin entstehen Beziehungen durch konkrete Kooperationsangebote (I01, 27).
- Persönliche Kontakte sind für Beziehungen und gemeinsame Projekte meist ausschlaggebend. Man kennt sich und die gegenseitigen Kompetenz und schätzt sich. Im Falle eines Bedarfs kann man sich dann ansprechen (I01, 159).

3.3.2 Gründe/Motivationen zum Kooperation

Attraktivität der Projektpartner_innen:

- Der potentielle Partner ergänzt die eigene Arbeit auf das gemeinsame Ziel hin. Er kann eine Leistung anbieten, die man selbst nicht anbieten kann (I08, 143; I08,212-224; I14, 137; I15, 246-247). Z.B.: Der eine würde gerne sinnvoll für einen guten Zweck spenden, der andere ist gemeinnützig, kann sich aber nicht selbst finanzieren (I04,166); ein Bildungsträger möchte anschauliches Lernen ermöglichen, eine Einrichtung möchte über sich und ihre Arbeit informieren (I04,166; I10,113); eine Organisation hat Beratungsbedarf zu einem Thema um die eigene Arbeit besser machen zu können, eine andere Organisation besitzt die Expertise (I04,166; I10,113), die Stadt muss 1-Euro-Jobber unterbringen, die Tafel kann diese gut gebrauchen (I03,416), und andere (I03,418-426), (I01,159).
- Der Kooperationspartner hat eine andere Erfahrung oder Ausbildung für einen relevanten Bereich der eigenen Arbeit. Somit wird mit den Kooperationspartner_innen zusammen eine umfassende Betreuung und Versorgung oder Bearbeitung des gemeinsamen Themas möglich (I17, 121, I7, 94; I14, 21/124).
- Über den Kooperationspartner_innen wird ein breiteres Publikum erreicht. Dann kann die Kooperation auch nur in der Absprache des gegenseitigen füreinander Werbens liegen (I05, 711; I15, 242-243; I14, 116).

Allgemeine Motive

- Die Kooperationspartner_innen verfolgen ein gemeinsames Ziel (I117, 129), das zusammen besser erreicht werden kann.
- Es ist an sich eine emotionale Haltung zur Zusammenarbeit und innerer Antrieb vorhanden (I17,131).
- Geradezu eine Voraussetzung zur Kooperation ist die formale Unabhängigkeit und gegenseitige Anerkennung einer gleichwertigen Verhandlungsposition (I17,131).
- Eine weitere Voraussetzung ist, dass es Ressourcen für die Kooperation gibt. Kooperationen macht man nicht nebenher, es müssen z.B. Arbeitsstunden investiert werden (I07, 81).
- Damit geht die gegenseitige Wertschätzung einher und die Einstellung anderen in ihren Bedürfnissen entgegenzukommen. Dazu zählt auch die Investition von Zeit und Mitteln zum Aufbau und der Erhaltung der Kooperation (I09; I14, 116; I16, 64).

3.3.3 Hemmnisse des Kontaktaufbaus

- Die äußere Erscheinung oder der Ruf, nicht ansprechbar, überlastet (I05), inkompatibel mit den eigenen Werten oder unfähig zu sein, kann mögliche Kooperationspartner_Innen an der Kontaktaufnahme hindern:

  „B: Schaffen es ja noch nicht mal, ihr // Bodenpersonal zu requirieren, weil sie frauenfeindlich sind. Und Leute, die vielleicht auch in dieser Amtskirche anders denken, fortschrittlicher denken, liberaler denken die werden aus der Kirche rausgeschmissen. Da war mal ein Mann namens Drewermann. Soll ich sie alle aufzählen?“ (I17,109).

  Gerade hier spielt die Einschätzung der Handlungskompetenzen und der geschätzten Wirksamkeit sowie Wirkung eine große Rolle bei der Auswahl der konkreten Kooperationspersonen (I09, 253-255; I03, 393-402). So wurde in Bezug auf die Pfarrei von den Gesprächspartner_innen mehrfach erwähnt, dass deren Personal an den Grenzen der Belastbarkeit sei. Weiterhin hemmt eine negative Kompetenzeinschätzung die Kooperation, was nicht grundsätzlich negativ sein muss, sondern auch eine Qualitätssicherung und Professionalisierung des Netzwerkes bedeuten kann:

  „Und was jetzt gerade hier boomt, nicht nur gerade, die letzten Jahre schon, das sind, dass halt immer mehr Leute sich im Gesundheitswesen austoben, weil man, ja, ich sag´s mal im schlimmsten Fall n VHS-Kurs gemacht hat oder äh, n halbes Jahr irgendwo ne Ausbildung gemacht hat zum so und so und die versuchen natürlich über die Schiene der Selbsthilfe auch an Kunden zu kommen und versuchen ne Selbsthilfegruppe zu gründen. Aber mit dem Vorwand anschließend die Praxis vollzuhaben. Oder die Ergotherapien oder Heilpraktiker oder sonstiges. Also da ist das Feld jetzt im Moment gerade sehr groß. Die bieten sich dann als Referenten an und sie hätten das ja gelernt und würden auch gerne beratend tätig sein, aber natürlich mit nem kommerziellen Sinn dahinter. Und da unterstützen wir eigentlich nie“ (I16, 62).

- Weiterhin ist für das Entstehen und die Kontinuität einer Kooperation ein Eindruck hinderlich, dass der/die potentielle Kooperationspartner_in wenig oder keine Initiative für das Projekt zur Erreichung des Ziels zeigt (I09, 63) und daraus folgend keine Erwartungen in dessen Engagement erwarten lässt.
- Potentielle Kooperationspartner_innen verfügen auch nur über ein begrenztes Maß an zeitlichen, emotionalen und materiellen Ressourcen. Es kann ein Hemmnis zur Kooperation sein, wenn der subjektive Eindruck besteht, dass die eigenen Aufgaben in der Kooperation nicht mehr leistbar sind. Begünstigt wird dieser Effekt noch dadurch, dass die potentielle Kooperation beim Kooperationspartner nur eine geringe Relevanz einnimmt (I09, 125).
- Starkes Konkurrenzdenken verhindert grundsätzlich jede Form von Kooperation (I05, 553; I14, 139-141/143-144).

3.3.4 Gründe für Kontaktabbruch

- Die Kooperationen sind zumindest in ihrem Aufbau stark von den einzelnen Personen abhängig, die sie initiieren. Daher kann der Ausfall einer zentralen Person durch Versetzung oder Rente zum Abbruch der Kooperationen führen (vgl. I12, 26; I09, 63).
- Machtspiele, also der Versuch, Macht trotz formaler Unabhängigkeit auszuüben, kann zum Aufkündigen von Kooperationen führen. Dazu gehört auch, in Entscheidungen nicht einbezogen zu werden und Informationen nicht zu erhalten (I9). Ähnlich verhält es sich mit Unzuverlässigkeit, z.B. bei der Einhaltung von Terminen (I09, 262). Hierbei wird fahrlässig über Ressourcen verfügt, was sich ein(e) unabhängige Partner_in nicht zu oft gefallen lässt.
- Ein weiterer Grund für Kontakt- oder Kooperationsabbruch ist, wenn gemeinsame Projekte von einem der Projektpartner_innen einseitig als eigene Leistung vereinnahmt werden und so auch nach außen propagiert werden (I09,37-39).

3.3.5 Bedingungen, um Kontakte zu halten für die Kontinuität von Kooperationen

- Kooperationspartner sind wichtig für das eigene Image und die Kontinuität der eigenen Arbeit bzw. die Erreichung der eigenen Arbeitsziele (vgl. I19, 278). Kooperationen und Netzwerke werden von vielen Akteuren getragen, gespeist durch Mund zu Mund-Propaganda (I15, 97).
- Die Arbeit der Kooperationspartner_innen ist so essentiell, dass die eigene Arbeit gar nicht möglich wäre ohne deren Unterstützung (I06, 299).

- Längerfristige Erwartung des gegenseitigen voneinander Profitierens und Zusammenarbeitens an einem gemeinsamen, übergeordneten Ziel (I04, 166).
- Durch die Institutionalisierung von Kooperationen, z.B. über Verträge und klare Absprachen, wird die Wahrscheinlichkeit von Kontinuität in einer Beziehung gesteigert, auch wenn z.B. ein Personalwechsel oder ähnliches stattfindet.
- Langer Atem ist in jeglicher Hinsicht wichtig, um die Kontinuität einer Kooperation zu erreichen. Dafür ist es wichtig immer wieder präsent zu sein, nachzuhaken, langfristige Ziele zu stecken, zu planen und zu investieren und damit die Nachhaltigkeit zu sichern (I15, 81-81).

3.4 Transzendenz

Grundsätzlich spielte im Gespräch die Religiosität und die eigene religiöse Verankerung meist eine sehr geringe Rolle. Einige Aspekte in diesem Bereich lassen sich jedoch aufzeigen.

- Es gibt das Motiv: Gott zu den Menschen bringen. Die Menschen sollen den Glauben nicht verlieren. Es wird in der Arbeit eine Dreiecksbeziehung Kranker-Besucher-Gott hergestellt (I08, 35-38; I02, 78; I16, 54). Es geht darum, zu zeigen und zu bezeugen, dass Gott da ist (I16, 77)
- Ein weiterer Aspekt ist der Glaube als Ausgangspunkt und Kraftquelle für das eigene Handeln: Einzelne Akteur_innen erfahren ihren Glauben und das Gebet auch als Kraftquelle, um die eigene Arbeit überhaupt bewältigen zu können (I08, 271; I16, 62) und als Lebensquelle (I08, 284). Oder sie erfahren Glauben grundlegender als Kraft, ohne die man selbst nicht wäre (I08, 294-299). Für die Sprecherin der Ehrenamtlichen im Pflegezentrum ist ihr Glauben die Grundlage, aus dem heraus sie sich engagiert (I9, 101, 217, 257). Auch beim ständigen Diakon der katholischen Gemeinde ist der Glaube Lebens- und Arbeitsgrundlage (I04, 119-130):

  „Und dann gehört eben auch die Kirche oder Gott gehört dann für mich immer dazu und ohne den, das geht nicht. Ich bin immer auch von Jugend oder von Kindheit an bin ich christlich immer auch schon erzogen worden und für mich ist das eben wichtig. Und das hat mich immer mein ganzes Leben geprägt. Und ohne den geht es nicht und das ist für mich das A und O. Das habe ich ja auch beruflich, wo ich bei der Post ja gar nicht so mit Kirche viel zu tun hatte, aber ich hatte immer mit vielen, vielen Menschen hatte ich immer Kontakt. Ich war an der Post da am Schalter damals gewesen. Also wo ich letztes Jahr habe ich ja erst im November da aufgehört, äh und da bin ich mit sehr vielen Leuten in Kontakt gekommen. Aber trotzdem, immer gehörte irgendwo im Hinterkopf die Kirche gehörte immer dazu. [lacht]“ (I04,42).

- Für die Oberin der indischen Ordensschwestern und Krankenhausseelsorgerin ist der Glaube des/der Patient_innen sehr relevant. Danach richtet sie aus, was sie sagt (I08, 68). Den Nicht-Glauben nimmt sie als Quelle für psychisches Leiden und die Unfähigkeit, sein Schicksal akzeptieren zu können (I08, 70-76). Sie arbeitet aber dennoch mit Menschen jeden Glaubens, auch wenn es ihr schwerer fällt
- Auch in Feldern wie die Katechese kommen Menschen vor, die über ihre Krankheit besondere Aufmerksamkeit erfahren:

  „Und einmal weiß ich, das waren, da hatte ich das Geschwisterkind als Kommunionkind und das sehr behinderte Kind kam manchmal mit und die wollten dann immer, dann hab ich sie, aber da gabs den Sternenweg auch noch nicht, da gings aber mehr so drum, ob dieses Kind auch zur Kommunion gehen könnte oder so. Und dann habe ich wohl weitervermittelt, weil eine Freundin von mir, die hat auch ein behindertes Kind, da wusste ich, das wird ähm, am Möhnesee gibts dieses KAB-Heim […], und der hat sich so ein bisschen spezialisiert auf Seelsorge mit schwerstbehinderten Kindern. Und da wusste ich, da kann man die Kommunion da feiern, die Firmung, das sind immer so Einzeldinge ne.“ (I07, 94)

- „Haben Sie Jesus lieb?“ Der christliche Geist und die Gottesbeziehung ist für den Geschäftsführer des Klinikums die Folie für das eigene Leben, die auch immer im Arbeitsalltag präsent sein sollte (I17, 153-157).
- Die Pfarrerin der evangelischen Gemeinde nimmt sich ebenfalls ein Vorbild an den Reden von Jesus. Sie begründet damit, dass die Kranken möglichst inkludiert sein sollen in das kirchliche Geschehen.
- Für die muslimischen Interviewpartner gilt der Krankenbesuch als religiöse Pflicht, mit dem man sich bei Allah Wohlgefallen verdienen kann (I12, 26).
- In der Seelsorgesituation im Krankenhaus kommen die Seelsorger_innen auch mit ‚Glaubensgrenzgänger_innen‘ in Kontakt. Sie sind direkt mit den Ansprüchen konfrontiert, die an Kirche herangetragen werden (I04, 266-272); oder sie erfahren von Glaubenskrisen/-verlusten:

  „Da sagte mir mal jemand „Wissen Sie, äh ich habe Sie äh gebeten zu kommen nicht, weil ich äh die Kommunion empfangen will, sondern Zitat: ‚Ich glaube nicht an Gott, aber jetzt fehlt er mir.‘“ Ein Satz. Werde ich meinen Lebtag nicht vergessen. Und jetzt fällt mir noch ein anderer ein. Letzte Woche sagt jemand zu mir, auf der Psychiatrie übrigens, "Nein, ich glaube nicht mehr. Das Leben hat uns getrennt". Und der meinte mit 'uns' sich und // Gott“ (I01, 94).
  Oder eben im Gegenteil mit (psychisch) Kranken, die von übernatürlichen Erfahrungen berichten (I02,88).

3.5 Geografie/Räume/Orte

3.5.1 Nähe und Distanz – Aktionsradius von kranken Menschen

- In den Interviews ist das Bewusstsein über einen geringeren Aktionsradius von kranken Menschen immer wieder in unterschiedlicher Weise präsent. Auf das Krankenhaus und v.a. auf das Pflegezentrum bezogen wird immer wieder dessen zentrale Lage thematisiert, die den Kranken und Bewohner_innen erlaubt, selbst Ausflüge in den Stadtkern zu machen, oder eben auch Besuche vereinfacht. Weiterhin wird in Bezug auf Pflegezentrum und Klinikum immer wieder ins Bewusstsein gerufen, dass ja viele Kranke auch nicht mehr fähig sind aufzustehen, um an der Messe teilzunehmen. Dem ist bereits mit Videoübertragung und der Verteilung der Kommunion auf allen Zimmer Rechnung getragen worden. Zudem gibt es aus diesem Grunde im Pflegeheim nun einen eigens eingerichteten Andachtsraum (I19, 50).
- Auch außerhalb der Klinik wird immer wieder die Immobilität der Kranken angesprochen. Es besteht Sorge darum, dass Kranke einsam und isoliert werden (vgl. I11; I16). Eine Lösung, um dem zu begegnen ist, die Barrieren zu senken, damit Kranke am Leben (, im Speziellen kirchlichen,) weiter teilnehmen können(vgl. I11). Die andere Möglichkeit ist die der Besuche. Hausbesuche machen vor allem die Priester auf Anfrage der Kranken oder Angehörigen (I6; I12; I4) oder auf eigene Initiative (I6; I1, 57).
- Allerdings kann es auch sein, dass gerade über schwere Krankheiten sich der Aktionsradius kranker Menschen erhöht (I17, 50; I18), da sie zu Behandlung und Beratungen sowie zur Rehabilitation an spezielle Orte reisen müssen.

3.5.2 Mentalitäten – Spezifische Prägung des untersuchten Raumes

Alle Interviewten arbeiten in einem Raum mit unterschiedlichen Expansionsgraden (s.u.). Sie beschreiben die spezifische räumliche Prägung entsprechend ihrer Erfahrungen in der Tätigkeit.

- Der Raum gilt allgemein als katholisches Gebiet, in dem andere Konfessionen oder Religionen erst in jüngerer Vergangenheit hinzu kamen und nur eine geringfügige Rolle spielen (I11, 35).
- Die Gesprächspartner_innen verorten das Gebiet als ‚Zwischenraum' zwischen dem urbanen Ruhrgebiet und den ‚sauerländischen Dörfern'(I01, 90), von denen sie sich abgrenzen. Es wird als „städtischer Bereich" (I02, 92), „mittelstädtischen Bereich" (I1, 33) oder „ländlicher Raum" (I17, 157) beschrieben, in dem Modernisierungstendenzen wie Säkularisierung (I1, 33) mit Zeitverzögerung einsetzen.

- Prägend für die Stadt ist die große Klinik und der gut organisierte Caritasverband (I05, 31; 343-350; I02, 92).
- Prägend für den Landkreis ist wiederum seine sehr ländliche Prägung. Ein großes Gebiet (2000km²) mit wenig Bevölkerung (200.000 Einwohner). Das macht die Arbeit auf Kreisebene für Akteure, die mit Betroffenengruppen arbeiten, sehr schwierig (I15, 37). Es muss eine Möglichkeit geschaffen werden, in großen Räumen präsent zu agieren und gleichzeitig konkret und direkt vor Ort ansprechbar zu sein (I15, 91-94/102-103).

3.5.3 Aktionsradius der Akteure

- Der Aktionsradius der Akteure ist sehr unterschiedlich, was sich wiederum auf den Kooperationsbeziehungen auswirkt. Die Spanne geht von der Fokussierung auf das eigene Haus (vgl. I19) über das Territorium der Pfarrei (ev. Gemeinde/kath. Gemeinde) (I11,28) bis hin zum Dekanatsbezirk (Caritas) (I18,8) und noch weiter. Der ambulante Hospizdienst begleitet Patienten auch bis nach Mainz (I18, 212-216). Das Klinikum arbeitet auf dem kommunalen Gebiet der Stadt (I17, 41-44).
- Man merkt, dass Akteure, die ungefähr denselben Radius abdecken, eher zusammenarbeiten (Klinikum, Caritasverband Arnsberg-Sundern, Dekanat).

3.5.4 Besondere Orte

- Die Cafeteria des Klinikums stellt ein räumliches und kommunikatives Zentrum dar. Kranke, Angehörige, Krankenhauspersonal und kirchliches Personal treffen sich hier regelmäßig beim Mittagessen (I02, 60; I01, 163). Diese bilden eine enge Vernetzung, wobei die anderen Gesprächspartner_innen eigentlich nicht in der Cafeteria des Klinikums sind (I11, 96-102).
- Weiterhin scheint gerade für den seelsorgerischen Bereich die Pforte im Klinikum ein wichtiger Ort zu sein, wo man Angehörige trifft und Informationen austauscht.

4 Herausforderungen und Ansatzpunkte

- **Interkonfessionelle und -religiöse Kooperation:**

  Bisher besteht im Netzwerk kaum Kontakt zwischen den verschiedenen religiösen Akteuren. Es könnte ein Ziel sein, sich in Bezug auf die Arbeit mit kranken Menschen zu vernetzen. Z.B. auch in Bezug auf Schulung von Pflegepersonal (I16, 66-70).

  Auch in der Krankenhausseelsorge wird mehr interne Kooperation gewünscht, z.B. in Form von kollegialer Fallberatung (I16, 143) oder einer gemeinsam koordinierten interreligiösen Krankenhausseelsorge.

.

- **Zugänge zu Kranken:**

  Es scheint für die Akteure der Pfarrei eine Herausforderung zu sein, Zugänge zu kranken Menschen zu bekommen. Rückgang und Alterung der Caritaskonferenzen, die zunehmenden Verschärfung der Datenschutzregelungen und demografischer Wandel treiben diese Entwicklung voran. Die herkömmlichen Pförtnerpositionen (Caritas-Konferenzen, Pfarrsekretärin und Krankenhausseelsorgerinnen) erfüllen nur noch teilweise diese Funktion. Es gilt, neue Wege und Zugänge zu finden. Dafür kann die Praxis einzelner Akteure aus den eigenen Reihen sowie Beispiele aus der Arbeit anderer Akteure im Netzwerk zu Rate gezogen werden.

  Kranke ziehen sich zurück und Kontakte brechen weg (I14, 94). Gerade Pflegedienste bekommen das dann mit.

- **Zugänge zu Akteuren**:

  Es wird ein Überblick zu Akteuren gewünscht, die in Bezug auf bestimmte Krankheiten Tätigkeiten anbieten und ansprechbar sind, z.B. in einer Art Katalog, Handreichung, Datenbank… (I15, 263-271).

- **Attraktivität von Kirche ist unterschiedlich**: Kirche wird als Kooperationspartner manchmal als nicht geeignet wahrgenommen (vgl. I03; I05). Vielleicht gibt es aber auch Zusammenhänge, wo Kirche gerade als besonders geeignete Kooperationspartnerin auftreten kann. Man müsste den Unique Selling Point von Kirche im Feld „Arbeit mit kranken Menschen“ herausarbeiten. Das Alleinstellungsmerkmal religiöser Akteure sind die Besuche: Hingehen, ohne eine bestimmte vordefinierte Tätigkeit erfüllen zu müssen, bzw. ohne konkrete Zielvorgabe.
- **Personalunion von Rollen in einer Funktion birgt Netzwerkpotenziale**: Im Netzwerk gibt es verschiedene Akteurinnen, die in ihrer Person unterschiedliche Rollen vereinen und dadurch Beziehungsstrukturen miteinander verknüpfen. I3 ist Caritas-Frau, Tafel-Vorstand und Ehefrau des Aufsichtsratsvorsitzenden des Klinikums; die Pfarrsekretärin ist ebenfalls Caritas-Konferenz-Vorsitzende und I5 ist Mitarbeiterseelsorgerin des Caritas Verbandes sowie Koordinatorin der ehrenamtlichen Krankenhausseelsorge des Klinikums. Diese Rollenkopplung birgt Potenziale für den Zugang zu Ressourcen und die schnelle Verbreitung von Informationen in verschiedene Teilnetzwerke.
- **Netzwerkrolle: Housekeeper_innen**

Housekeeper_innen zeichnen sich durch ihre räumliche Beschränkung auf im Grunde einen Ort oder eine Einrichtung aus. Sie sind Expert_innen für eine bestimmte Tätigkeit und/oder Zielgruppe, sammeln und importieren jedoch notwendigen Zusatzleistungen vor Ort. So sorgen sie, mit externer Unterstützung/Kooperationen, für eine umfassende Fürsorge vor Ort. Als attraktiver Netzwerkakteur haben sie einen Ruf der Offenheit und Kontaktfreudigkeit. Dieser macht sich dadurch bemerkbar, dass andere Akteure auf die Housekeeper_innen zukommen, um in und mit dieser Einrichtung zu kooperieren.

- **Netzwerkrolle Freefloater_innen**

  Diese Akteure nennen wenige wichtige/relevante Beziehungen für ihre Arbeit (Netzwerkgrafik), da eigentlich niemand notwendig ist, damit sie ihre Arbeit machen können. Freefloater_innen sind in ihrer Arbeit sehr unabhängig. Allerdings erzählen sie im Interview eine Vielzahl von konkretenKontakten und Ereignissen mit kranken Menschen und ihrem Umfeld. Sie bewahren eine gewisse Distanz zu dem sozialen Raum, in dem sie arbeiten. Sie sind Spezialisten für einen bestimmten sozialen Nahraum, in dem sie jedoch eine gewisse distanziere Position einnehmen, aus der heraus sie auch gegen die dort vorherrschende Systemlogik agieren können. Dort kennen sie sich aus und reagieren flexibel auf Bedarfe. D.h. sie haben ein diverses Tätigkeitsprofil. Von der Persönlichkeit her gehen sie auf Menschen zu, hören zu und bieten sich an. Dabei verlassen sie auch immer wieder die eigene Komfortzone. Mit Frustrationen gehen sie täglich um.

- **Übergänge gestalten:**

  „Ich würde nicht sagen, dass es schwieriger ist, aber es ist nochmal ein anderes Arbeiten, wenn man weiß, man sieht die Leute heute, aber dann nicht mehr, weil die in zwei Tagen schon wieder entlassen werden oder so. Dann ist das was anderes, als wenn man die früher über 2 Wochen hatte und konnte da drei Mal hingehen, man konnte mit denen sprechen. Ist halt anders. Ist nicht schwieriger, aber es ist anders.“(I16, 59)

- Ein zentraler Übergang im Bereich Krankheit ist der Übergang von stationärer in ambulante Behandlung und anders herum (I16, 123-132). Aus den Interviews geht hervor, dass für die einzelnen Kranken dieser Übergang oft schwierig ist. Für die Gestaltung einer besseren Betreuung in dieser Phase könnten die Netzwerkakteur_innen durchaus besser zusammenarbeiten. Ein Ansatzpunkt wäre hier das Case Management des Klinikums, das auf die individuelle Betreuung und Begleitung von Patient_innen spezialisiert ist.
- Dies hat auch einen räumlichen Aspekt. Es müsste für die Krankenhausseelsorger_innen oder Case Manager_innen Ansprechpartner_innen

in den Gemeinden bzw. Orten des Landkreises geben, die die weiterführende Unterstützung übernehmen (I16, 146).

- **Politische Arbeit**:

  Aus dem Netzwerk heraus könnte eine konzeptionelle Arbeitsgruppe entstehen, die das Thema „Wie soll eigentlich Gesundheits- und Krankenpflege der nächsten Jahrzehnte aussehen?“ (I16, 150) bearbeitet.