

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie
der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
(Direktor: Prof. Dr. Matthias Richter)

**Herausforderungen soziallagenbezogener Gesundheitsförderung in
Kindertageseinrichtungen
Perspektiven sozial benachteiligter Mütter**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades)
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.)
für das Fachgebiet Medizinische Soziologie

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Susanne Borkowski
geboren am 19.10.1972 in Stendal

Betreuer:
Prof. Dr. rer. soc. Matthias Richter

Gutachterinnen:
Prof. Dr. phil. Heike Ohlbrecht
(Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)
Prof. Dr. phil. Ulrike Maschewsky-Schneider
(ehemals Leiterin der School of Public Health an der Charité Berlin)

21.08.2018

29.01.2019

Referat

Zielsetzung: Ausgehend von der großen Bedeutung, die dem Setting Kita für die familiäre Gesundheitsförderung zugeschrieben wird, und dem derzeitigen Forschungsstand zielt die Arbeit auf die Identifizierung von Chancen und Herausforderungen, die sich für die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Settings aus Sicht von Müttern mit unterschiedlichem Sozialstatus ergeben. Damit will die Arbeit auf den Umstand reagieren, dass es bislang eine Reihe von Studien gibt, die mögliche Optionen und Probleme für die Settingentwicklung beschreiben, allerdings nur in geringem Umfang die Perspektiven von (sozial belasteten) Eltern in den Fokus stellen und zum Ausgangspunkt von Interventionsmöglichkeiten machen.

Methoden: Es handelt sich bei der Arbeit um eine Sekundäranalyse, beruhend auf den Daten eines Lehrforschungsprojektes an der Hochschule Magdeburg-Stendal. Mithilfe von leitfadengestützten Interviews wurde von 2007 bis 2017 untersucht, wie Mütter die Zeit rund um die Geburt erleben und welche Präventionsbedarfe sich daraus ergeben. Die Erfassung von familiären psychosozialen Belastungen anhand einer modifizierten Form des Family Adversity Index (FAI) ermöglicht Aussagen zur Korrelation mit dem Sozialstatus. Die hier vorliegende Arbeit fokussiert den Fragenkomplex zum Teilbereich Kita. Von 156 verfügbaren Interviews erfüllten 121 die formalen Kriterien und konnten in die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring einbezogen werden. Es wurde eine strukturierende Analyse durchgeführt, die Kategorien sowohl theoriegeleitet deduktiv gebildet als auch im Kodierprozess aus dem Material heraus induktiv ergänzt. Im Auswertungsprozess wurden Bedingungen (Moderatoren) sowie Prozesse (Mediatoren) analysiert, die positive und negative Effekte für die familiäre Gesundheitsförderung im Setting haben.

Ergebnisse: Die Ergebnisse unterstreichen das hohe Potenzial des Kita-Settings für die Gesundheitsförderung und zeigen, dass Mütter sowohl Bedarfe an die Kita adressieren als auch die sich ergebenden Unterstützungs- und Vermittlungschancen schätzen. Allerdings verweisen die Ergebnisse auf eine ungleiche Verteilung der personalen sowie sozialen Ressourcen und Bewältigungsstrategien bei den Müttern und daraus resultierende differente Bedarfe. Ausgehend von der individuellen Situation der Mütter erweist sich die Beziehungsgestaltung zwischen Müttern und Fachkräften als Mediator und bestimmt den Prozessverlauf einer möglichen Gesundheitsförderung im Setting Kita. Die organisatorische und kontextuelle Ebene wirken als Moderatoren und schaffen förderliche bzw. hinderliche Bedingungen, die bei der Initiierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen Berücksichtigung finden müssen.

Folgerungen: Gesundheitsförderung im Setting Kita muss zunächst auf der strukturellen Ebene ansetzen und eine machtsensible und vorurteilsbewusste Ausgestaltung der interaktionalen Ebene sowie die Initiierung diversitätssensibler Maßnahmen und Angebote sicherstellen. Aus der Verschränkung der individuellen und interaktionalen Ebene ergeben sich vier mögliche Strategien für die Settingentwicklung: Den Rückzug von Müttern verhindern, Konfliktpotenzial senken, Kita als Anlaufstelle bei Unterstützungsbedarf stärken sowie dialogische Hilfe- und Unterstützungsprozesse initiieren. Flankierend sind Maßnahmen auf der organisatorischen und kontextuellen Ebene notwendig.

Susanne Borkowski: Herausforderungen soziallyagenbezogener Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen. Perspektiven sozial benachteiligter Mütter. Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2018

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Familien als Orte der Gesundheitsförderung	2
1.1.1	Ungleiche Verteilung von Gesundheitsressourcen	2
1.1.2	Ressourcen und Bewältigungsstrategien	4
1.1.3	Resümee.....	6
1.2	Kita als Ort der Gesundheitsförderung für Familien.....	6
1.2.1	Befähigen und ermöglichen (enable)	7
1.2.2	Interessen vertreten (advocate)	10
1.2.3	Vermitteln und vernetzen (mediate).....	11
1.2.4	Resümee.....	12
2	Zielstellung	13
3	Material und Methodik	15
3.1	Untersuchungsdesign und Art des Datenmaterials	15
3.1.1	Der Interviewleitfaden	15
3.1.2	Zugänge und Erhebungsprozess	16
3.1.3	Prozess der Klassifikation	17
3.1.4	Standards wissenschaftlicher Praxis	18
3.2	Methodik der Datenanalyse.....	19
3.2.1	Extraktion und Strukturierung der Daten	20
3.2.2	Aufbereitung und Auswertung der extrahierten Daten	24
4	Ergebnisse	26
4.1	Individuelle Voraussetzungen.....	26
4.1.1	Persönliche Situation der Mütter	26
4.1.2	Bedarf an Unterstützung in der Alltagsbewältigung	30
4.1.3	Resümee.....	31
4.2	Interaktionale Ebene.....	33
4.2.1	Beziehung zu den Fachkräften	33
4.2.2	Resümee.....	36
4.3	Organisatorische Ebene.....	37
4.3.1	Transparenz und Partizipation im Kita-Alltag.....	38
4.3.2	Rahmenbedingungen der Kita	41
4.3.3	Resümee.....	44
4.4	Kontextuelle Ebene	46
4.4.1	Gestaltung der Anmelde- und Antragsverfahren	46
4.4.2	Resümee.....	48

5	Diskussion.....	49
5.1	Diskussion der Ergebnisse.....	49
5.2	Diskussion der Stärken und Limitationen der Studie.....	58
6	Zusammenfassung.....	62
7	Literaturverzeichnis.....	65
8	Thesen.....	73
9	Anlagen.....	74
9.1	Anlage 1: Kategoriensystem final mit Ankerbeispielen.....	74
9.2	Anlage 2: Darstellung Analyseraster am Beispiel Öffnungszeiten.....	78
9.3	Anlage 3: Einflussfaktoren und Bedingungen für enable, mediate und advocate.....	79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Hypothese und Leitfragen zur Kita im Interviewleitfaden	16
Tabelle 2: Operationalisierung FAI im Rahmen des Lehrforschungsprojektes	17
Tabelle 3: Deduktives Suchraster für die Datenanalyse	21
Tabelle 4: Kategoriensystem nach induktiver Erweiterung	23
Tabelle 5: Darstellung des Analyserasters	24
Tabelle 6: Einflussfaktoren und Bedingungen auf individueller Ebene	32
Tabelle 7: Einflussfaktoren und Bedingungen auf der interaktionalen Ebene	37
Tabelle 8: Einflussfaktoren und Bedingungen auf organisatorischer Ebene	45
Tabelle 9: Einflussfaktoren und Bedingungen auf kontextueller Ebene	48
Tabelle 10: Kategoriensystem final mit Ankerbeispielen	74
Tabelle 11: Darstellung des Analyserasters am Beispiel Öffnungszeiten	78
Tabelle 12: Einflussfaktoren und Bedingungen für enable	79
Tabelle 13: Einflussfaktoren und Bedingungen für mediate	80
Tabelle 14: Einflussfaktoren und Bedingungen für advocate	80

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zielstellung der Arbeit	13
Abbildung 2: Ebenen der Einflussfaktoren für Gesundheitsförderung in der Kita	26
Abbildung 3: Auswirkung und Beziehung der Einflussebenen zueinander	49
Abbildung 4: Verhältnis der individuellen und interaktionalen Ebene	51
Abbildung 5: Strategien von Müttern zur Verringerung der Belastungszustände	52
Abbildung 6: Ausgestaltung der interaktionalen Ebene sowie daraus resultierende Ansätze	63

Abkürzungsverzeichnis

AMG	Arzneimittelgesetz
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesgesundheitsministerium
BMVJ	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BuT	Bildungs- und Teilhabepaket
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
FAI	Family Adversity Index
FSOC	Familien den Familienkohärenzsinn
GG	Grundgesetz
Kita	Kindertageseinrichtung (meint hier Einrichtungen der Kindertagesbetreuung von 0 Jahren bis zum Schuleintritt)
SES	socioeconomic status (sozioökonomischer Status)
SGB VIII	Sozialgesetzbuch
SOC	sense of coherence (Kohärenzgefühl)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

1 Einleitung

Familien haben einen maßgeblichen Einfluss auf das gesunde Aufwachsen ihrer Kinder. In aktuellen Gesundheitsdiskursen kommt der Familie daher als Produzentin von Gesundheit eine herausragende Rolle zu, was im Ergebnis dazu führt, dass Familien selbstverständlich zu Adressatinnen gesundheitsbezogener Interventionen werden. Es wurden und werden in den unterschiedlichen Praxisfeldern vielfältige Unterstützungsangebote geschaffen, die im Wesentlichen darauf abzielen, Mütter und Väter in der Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung in Bezug auf die Gesundheit ihrer Kinder zu unterstützen und zu stärken. Im Rahmen des Nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ wurde das Setting Kita bereits 2010 als Kristallisationspunkt für gesundheitsförderliche Angebote und Interventionen (BMG 2010 S. 11; Geene et al. 2015) herausgestellt, da alle relevanten Zielgruppen der Kita (Kinder, Eltern, Fachkräfte) gleichermaßen und vergleichsweise stigmatisierungsarm angesprochen werden können (Geene und Rosenbrock 2012). Die starke Ausrichtung auf Kitas erfolgt einerseits mit Blick auf das frühzeitige Herausbilden von gesundheitlich bedeutsamen Verhaltensweisen und Lebensstilen (Lohaus und Ball 2006), andererseits aber auch, weil Kitas besondere Möglichkeiten der familiären Förderung zugeschrieben werden. Damit einher geht ein hohes Interesse an Interventionsmöglichkeiten, die diesem Anspruch gerecht werden.

Insbesondere mit Blick auf die Unterstützung von Familien in prekären Lebenslagen bestehen Kontroversen über die Zugänge, Ziele und möglichen Erfolgsfaktoren (Ohlbrecht und Schönberger 2010a). Programmatisch werden Grundsätze wie Wertschätzung, Beteiligung und Transparenz für eine erfolgreiche Implementierung zielgruppenspezifischer Maßnahmen definiert, jedoch fehlt es bislang an Studien, die die Perspektive sozial belasteter Eltern in den Fokus rücken (vgl. dazu auch Ohlbrecht und Schönberger 2010a, S. 10) und damit eine bedarfsorientierte Settingentwicklung ermöglichen würden.

Mit der vorliegenden Arbeit wird versucht, diese Leerstellen zu füllen und neue Aspekte in die aktuellen Diskurse einzubringen. Im Mittelpunkt steht die Frage nach Herausforderungen, die sich für die Gestaltung unterstützender und gesundheitsfördernder Kita-Strukturen aus der subjektiven Perspektive von Eltern mit unterschiedlichem Sozialstatus ergeben. Den Ausgangspunkt bildet das Interviewmaterial eines Lehrforschungsprojektes, das Eltern als handlungsfähige Akteur*innen und Expert*innen ihrer Lebenswelt adressiert und ihre Erfahrungen im Hinblick auf unterschiedliche Unterstützungssysteme fokussiert. Die Analyse der expliziten Sichtweisen von Eltern auf das Setting Kita ermöglicht Einblicke in das subjektive Erleben des (Kita)Alltags und gibt wichtige Hinweise auf Belastungen und Ressourcen, insbesondere von Eltern aus sozial benachteiligten Lebenslagen. Damit lassen sich Hürden und Erfolgsfaktoren herausarbeiten, um mittel- und langfristig von einer programmatischen Forderung zu einer zielgruppenspezifischen Planung und wirkungsvollen Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Strukturen in der Kita zu kommen.

Nach einer theoretischen Betrachtung des Forschungsfeldes in Kapitel 1 und der Beschreibung der Zielstellung in Kapitel 2, werden in Kapitel 3 zunächst das Untersuchungsdesign und die Art des Datenmaterials vorgestellt und anschließend der Analyseprozess ausführlich beschrieben. Mit Kapitel 4 beginnt der empiri-

sche Teil der Arbeit, in dessen Zentrum die Darstellung der Analyseergebnisse (Kapitel 4) und die Diskussion zur Beantwortung der Forschungsfrage unter Rückbezug zu den theoretischen Betrachtungen (Kapitel 5) stattfindet. Die Arbeit endet mit der Zusammenfassung und der Formulierung von Schlussfolgerungen für die Praxis (Kapitel 6).

1.1 Familien als Orte der Gesundheitsförderung

Familie ist die erste und engste Form des Zusammenlebens von Menschen. Aufgrund der Formenvielfalt kann eine Beschreibung heute nicht auf das traditionelle Bild von Ehepartner*innen und Kindern beschränkt werden. Familie wird im Rahmen dieser Arbeit als ein Zusammenschluss von mindestens zwei Personen verstanden, die Verantwortung füreinander tragen. Gekennzeichnet ist diese Beziehung von einer engen Bindung und einer damit einhergehenden hohen Intensität an sozialer Unterstützung (Badura 1981; Blättner und Waller 2011; Cohen 2004; Kolip und Lademann 2016). Eheschließung und Verwandtschaftsverhältnisse sind dazu nicht zwingend notwendig.

Gesundheitsförderung von und in Familien ist häufig mit der Zielperspektive des gesunden Aufwachsens von Kindern (equal start in life) und der Förderung gesundheitsförderlicher Erziehungskompetenz verbunden. Um dies zu erreichen, werden vorrangig risikofaktorenbezogene Maßnahmen der Gesundheitsbildung (health literacy) und zur Förderung des Gesundheitsverhaltens (health behavior) thematisiert (Faltermaier 2015). Dabei wird jedoch vernachlässigt, das gesundheitsbezogene Verhalten sich stets im alltäglichen Lebenskontext vollzieht und aus subjektiv bedeutsamen Zielen ableitet. Faltermaier (1994) hat dafür den Begriff des Gesundheitshandelns (health action) eingeführt, der stärker auf subjektorientierte Handlungskompetenz auch bei medizinischen Laien fokussiert. Die Arbeit schließt hier an, möchte sich von der Zielperspektive des gesunden Aufwachsens lösen und einen Schritt zurückgehen, indem sie zunächst nach den subjektiv (wahrgenommenen) Belastungen und Herausforderungen von Müttern im (Kita)Alltag fragt. Im Ergebnis wird deutlich, was Eltern brauchen, um adäquat auf Belastungen reagieren zu können, und wie gesundheitsförderliche Unterstützungsmaßnahmen aussehen müssen, die sich langfristig dann auch positiv auf ein gesundes Aufwachsen der Kinder auswirken.

1.1.1 Ungleiche Verteilung von Gesundheitsressourcen

Als primäre Sozialisationsinstanz (Hurrelmann 2006) ermöglicht die Familie krankheits- und gesundheitsbezogene Erfahrungen, prägt entsprechende Denk- und Verhaltensmuster (Schnabel 2010 S. 20) und hat einen starken Einfluss auf die Gesundheit der Familienangehörigen (Kolip und Lademann 2016; Lohaus und Ball 2006; Ohlbrecht und Schönberger 2010a; Schnabel 2001). Der Einfluss elterlicher Verhaltensweisen auf die kindliche Entwicklung wurde in verschiedenen wissenschaftlichen Studien herausgestellt (im Überblick Collins et al. 2000), ebenso belegt ist der Unterstützungsbedarf in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung für ein gesundes Aufwachsen (Hoghughi 1998). Es gibt inzwischen eine Vielzahl an empirischen Studien die zeigen, dass Wohlbefinden und Gesundheit – z. B. die körperliche Pflege und Hygiene (Keene et al. 2015; Naidu et al. 2015), das Ernährungsverhalten (Pechey und Monsivais 2016) sowie das Aktivitätslevel (Rogers et al. 2015) - in Familien unmittelbar mit den familiären Lebensbedingungen korrelieren (Abel et al. 2002, S. 120f;

Koch Institut 2014). Es ist belegt, dass in vielen Fällen ein niedriger sozioökonomischer Status (SES) und die damit einhergehenden Belastungen, die einen Teil der elterlichen Aufmerksamkeit beanspruchen, sowohl die Eltern-Kind-Beziehungen (Ciechanowski et al. 2003; Maccoby und Martin 1983;) als auch die kindliche Entwicklung belasten (Coneus und Spiess 2008). Verstärkt wird dies, wenn psychosoziale Probleme der Eltern hinzukommen (Foster et al. 2008; Wachs et al. 2009). Gerade bei Familien in belasteten Lebenslagen ist die Größe der sozialen Netzwerke und damit die Möglichkeit des Rückgriffs auf Unterstützung bei Betreuung- und Erziehungsaufgaben eingeschränkt (Argyle 1998; Cohen 2004, Kim 2001; Mayr-Kleffel 1991).

Die Änderung der politischen Grundausrichtung vom fördernden zum aktivierenden Sozialstaat (Schmidt 2010) hat dazu geführt, dass auch Familien verstärkt mit Erwartungen und Anforderungen konfrontiert werden, die weder die Pluralisierung von Familienformen noch die zunehmenden wirtschaftlichen und sozialen Belastungen in Familien berücksichtigen (Schnabel 2001, 27ff, 2010, 26f). Als Adressatinnen gesundheitsbezogener Maßnahmen sehen sich Familien oftmals individuellen Gesundheitsbotschaften (health literacy) gegenüber, denen sie aufgrund ihres SES nicht gerecht werden können, sodass Belastungen sich dadurch eher noch verstärken. Diese stark paternalistisch ausgerichteten Maßnahmen der Gesundheitserziehung und Risikoprävention bergen ein ethisches und rechtliches Dilemma, da Eltern in ihrem Recht auf Pflege und Erziehung der Kinder sowie in ihrer Privatsphäre durch Art. 6 GG geschützt sind. Die damit verbundene Abwehr- und Freiheitsfunktion ist nicht nur als formale Regelung zu betrachten, sondern muss sich auch inhaltlich auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Maßnahmen auswirken. „Gerade weil die Bedeutung der Familie als primäre Sozialisation so herausragend ist, kann nur mit Eltern und niemals gegen sie gearbeitet werden“ (Geene 2017, S. 42).

Eine alleinige Fokussierung auf die individuellen Aspekte der Elternpersönlichkeit und/oder des Kindes und das daraus resultierende Gesundheitsverhalten (health behavior) vernachlässigt, dass Ressourcen und Bewältigungsstrategien ungleich verteilt sind und immer im Kontext ökonomischer, sozialer und gesellschaftlicher Bedingungen betrachtet werden müssen. Die Individualisierung von Problemlagen führt zur Überforderung vieler Familien und im Ergebnis zur Einteilung in zwei Kategorien – die „Normalfamilie“ und die „Risikofamilie“ (Schnabel 2001, 19f). Da die als „Risikofamilien“ kategorisierten Familien ihre Aufgaben nur bedingt und unter Inanspruchnahme von Hilfen aus öffentlicher Hand erfüllen können, werden sie zur Zielgruppe für professionelle, sozialpädagogisch induzierte Angebote zur Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens (Helmig 2010, S. 108; Rosenbrock 2002, S. 31). In Familien mit hohen sozialen Belastungen fehlen häufig die nötigen Ressourcen und Bewältigungsstrategien, was dazu führt, dass bestehende Angebote nur bedingt in Anspruch genommen oder abgebrochen werden (Helmig 2010; Rosenbrock 2002). Wahrgenommen wird dies als dysfunktionales und widerspenstiges Verhalten, welches die Exklusions- und Diskriminierungstendenzen weiter verstärkt (Helmig 2010). Die Bewertung vermeintlicher Abweichungen von scheinbar gesellschaftlich anerkannten Gesundheitsnormen berücksichtigt nicht, dass Ungleichheiten im Verhalten auch soziale Grenzen markieren. Die vermeintlich ungesunden Lebensstile sind Ausdruck der sozialen Herkunft und haben mögliche habituell und sozial

integrierenden Funktionen (Bourdieu 1985; Liebenwein 2008). Veränderungen können nur insoweit erfolgen, als sie von den familiären Bedingungen ermöglicht und als gemeinsam sinnstiftend erlebt werden. Die Anerkennung von Familien als Expert*innen ihrer selbst und eine verstärkte Nutzer*innenorientierung (Dierks und Schwartz 2002; Elste 2008; Gerlinger 2009; Schnabel 2001) in der Konzeptionierung und Umsetzung von gesundheitsbezogenen Interventionen sind grundlegend, um Familien in belasteten Lebenslagen zu erreichen. Hier besteht allerdings ein großes Forschungsdesiderat. In der Regel finden sich Familien in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten (health behavior) als ‚Beforschte‘ in empirischen Untersuchungen, wobei die Bewertung von gesundheitsförderlichem bzw. gesundheitsriskantem Verhalten von denen vorgenommen wird, die über die gesellschaftliche Deutungsmacht verfügen (Hahn 2014, S. 97f). Diese defizitorientierte Betrachtung verhindert die Wahrnehmung von Ressourcen und Bewältigungsstrategien, die sich aus den Lebensstilen und den damit verbundenen Traditionen, Einstellungen und Werten ergeben. Ein Wissen um diese Aspekte kann helfen, das subjektive Gesundheitshandeln (health action) neu zu betrachten und Prioritätensetzung in der Gesundheitsförderung jenseits der bislang eher risikofaktorenorientierten Problembearbeitung zu ermöglichen.

1.1.2 Ressourcen und Bewältigungsstrategien

Das Gesundheitshandeln (health action) in Familien wird durch eine Vielzahl verschiedener Belastungen (Stressoren) beeinflusst, die Jay Belsky (1984) in drei Hauptkategorien unterteilt – die elterliche Persönlichkeit, den sozialen Kontext sowie die Persönlichkeit des Kindes. Die drei Bereiche sind nicht losgelöst voneinander zu betrachten, sondern eng miteinander verschränkt. Kumulativ können sie zur Ressourcengenerierung und Belastungssenkung beitragen oder aber auch in einer Negativspirale zu Ressourcenverlusten und damit zur Verstärkung von Stressoren führen (Belsky 1984, S. 84f). Ob und wie stark einzelne Faktoren als Bedrohung wahrgenommen werden, ist abhängig von dem Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit (Bandura 1977; 1997) und den gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen (health locus of control) (Soliday 2004). Häufig werden diese Konzepte gleichgesetzt. Es besteht jedoch ein Unterschied, ob ein Ereignis als kontrollierbar wahrgenommen (Kontrollüberzeugung) oder die Person sich als handelndes Subjekt versteht, die ein Ereignis herbeiführen kann (Selbstwirksamkeit).

Insbesondere in subjektiv wahrgenommenen Krisenzeiten kommt den möglichen aktivierbaren Ressourcen auf der persönlichen Ebene, aber auch aus dem sozialen Umfeld, eine besondere Bedeutung zu. Nicht unumstritten (vgl. z. B. Bengel et al. 2001; Hurrelmann und Richter 2013, S. 120ff), aber der derzeit populärste wissenschaftliche Ansatz für die Bewältigung von Belastungssituationen, ist das Salutogenesemodell. Der Soziologe Aaron Antonovsky (1997) ist der Frage nachgegangen, warum es unter sehr ähnlichen Lebensbedingungen und unter der Verfügbarkeit annähernd gleicher Ressourcen einigen Menschen gelingt, gesund zu bleiben, während andere erkranken. Antonovsky prägt hier den Begriff der generalisierten Widerstandsressourcen. Dabei handelt es sich um Faktoren bzw. Variablen auf der individuellen, sozialen und kulturellen Ebene, die in jeder Situation wirksam werden, kontinuierlich die Lebenserfahrungen prägen und eine erfolgreiche Belastungsbewältigung erleichtern (Antonovsky 1997). In seinem Modell der Salutogenese zeigt er auf Grundlage empirischer Studien, dass die Genese von

Gesundheit unmittelbar mit den Möglichkeiten der Aktivierung vorhandener Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens korreliert. Antonovsky knüpft an die Tradition der Stressforschung an, erweitert bzw. präzisiert jedoch seinen ‚Stress‘-Begriff. Er unterscheidet zwei Arten – Stressoren und Spannungs- bzw. Stresszustände. Während es sich bei Stressoren um alltägliche Herausforderungen handelt, die „keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen“ (Antonovsky 1997, S. 43) erfordern, sind bei Spannungs- und Stresszuständen sowohl die subjektiven Bewertungen als auch die verfügbaren Handlungsalternativen und Ressourcen für ein erfolgreiches Stressmanagement ausschlaggebend. Antonovsky konnte zeigen, dass Individuen auch unter hohen Belastungen eher gesund bleiben, wenn Anforderungen für sie selbst bedeutsam und sinnstiftend erlebt werden („meaningfulness“), sie diese kognitiv verstehen und einordnen können („comprehensibility“) und das Gefühl haben, unter den bestehenden Bedingungen darauf adäquat reagieren zu können („manageability“). Diese drei Faktoren verhindern, dass aus Spannungen dauerhafte Belastungen werden (Bengel et al. 2001) und bilden nach Antonovsky das Kohärenzgefühl (sense of coherence - SOC). Der SOC bildet damit das zentrale Steuerungsprinzip für die Gesunderhaltung von Menschen (Blättner und Waller 2011, 38ff) und bestimmt die Auswahl und den Einsatz von Ressourcen und Strategien.

Familie, als frühester und prägendster Instanz, beeinflusst die Entwicklung des Empfindens von Kohärenz. Idan et al. (2017) zeigen in einer Metaanalyse verschiedener empirischer Studien aus dem Zeitraum 2010-2013, dass der SOC von Eltern, ihre Wahrnehmung und Einordnung von Belastungen sowie das Gefühl der Handhabbarkeit von Spannungszuständen schon frühzeitig Einfluss auf den SOC der Kinder hat und sich langfristig auf das Ausmaß an sozialer Kontrolle auswirkt (Siegrist 2002, 68 ff). Sowohl die Beziehungsgestaltung innerhalb der Familie, als auch die Vermittlung gesundheitsbezogener Denk- und Verhaltensweisen korrelieren mit dem SOC von Eltern (Bonanato et al. 2009; Elyasi et al. 2018; Studien 2010- 2013 im Überblick: Idan et al. 2017, S. 110–114;). Das Kohärenzgefühl wird stark beeinflusst vom Repertoire an generalisierten Widerstandsressourcen, auf das Familien zurückgreifen können. Materielle und/ oder ideelle Unterstützung erhöhen die Möglichkeiten der Belastungssenkung (Rosenbrock 2002, S. 30ff). So konnten Silventoinen et al. (2014) zeigen, dass die Unterstützung aus dem sozialen Umfeld einen hohen Einfluss auf den SOC hat.

Da die gesundheitswissenschaftliche Forschung bislang eher pathogenetisch ausgerichtet ist, ist die Zahl der Studien, die sich den Fragen von Gesunderhaltung, Ressourcen und Bewältigungsstrategien in Familie widmen, sehr begrenzt. Es finden sich empirische Studien, die die ursprünglich von Antonovsky konzipierte Skala zur Messung des individuellen Kohärenzgefühls (SOC) (Brähler und Singer 2014) oder auch den von ihm erweiterten Fragebogen für Familien den Familienkohärenzsinn (FSOC) nutzen und die Ergebnisse in Beziehung zu verschiedenen Variablen familiärer Belastungssituationen setzen. So lassen sich (in der Regel quantifizierte) Aussagen darüber treffen, ob und in welcher Form der SOC von Eltern den Familienalltag beeinflusst (s. o.) bzw. in geringerem Umfang auch, welche Rolle der FSOC bei der Bewältigung von familiären Stresssituationen einnimmt (im Überblick: Brähler und Singer 2014). Ein Forschungs-

desiderat besteht hinsichtlich qualitativer Erhebungen, die sich den objektiv erlebten und subjektiv empfundenen Belastungen und daraus resultierenden Bewältigungsstrategien von Familien widmen. Mit den standardisierten Erhebungen kann erfasst werden, welcher der drei Faktoren des SOC eingeschränkt ist, offen bleibt jedoch, welche konkreten Belastungen dazu beitragen und welche Ressourcen dem auch entgegenwirken. Eine stärker qualitativ ausgerichtete Untersuchung, kann einzelne Aspekte des SOC näher beleuchten, Schwierigkeiten und Potenziale aufdecken und daraus Unterstützungsbedarfe und –möglichkeiten ableiten.

1.1.3 Resümee

Gesundheitsförderung in und mit Familien ist eine Aufgabe von hoher Komplexität, denn das Gesundheitshandeln (health action) – und damit im Ergebnis die Gesundheit der Familie – ist immer von den subjektiven Bewertungen und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien abhängig, die wiederum von den sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen beeinflusst werden. Gesundheitsrelevante Lebensstile und Verhaltensweisen werden vom soziokulturellen Kontext geprägt. Dieser gibt die Grenzen vor, innerhalb derer Familienmitglieder agieren können. Die Familie als Zielebene gesundheitsbezogener Interventionen ist aufgrund des Schutzes der Privatsphäre und des Elternrechtes durch das Grundgesetz zu Recht nicht unumstritten. Bislang ist über die Perspektive der Eltern, ihre subjektiv erlebten Belastungs- und Spannungszustände sowie ihre Bewältigungsstrategien nur wenig bekannt. Hier gibt es sowohl in Bezug auf die ungleiche Verteilung von Gesundheitsressourcen als auch mit Blick auf die individuellen Bewältigungsstrategien und die Möglichkeiten der Ressourcenstärkung durch die Kontextbeeinflussung Forschungsdesiderate. Ein Wissen um diese Aspekte kann helfen, das subjektive Gesundheitshandeln (health action) neu zu betrachten und eine Prioritätensetzung in der Gesundheitsförderung jenseits der bislang eher risikofaktorenorientierten Problembearbeitung zu ermöglichen.

1.2 Kita als Ort der Gesundheitsförderung für Familien

Die Stärkung von Gesundheitspotenzialen in Familien hat sich – auch vor dem Hintergrund der ethischen Diskussionen um das Elternrecht – in den vergangenen Jahren stärker auf Aspekte der Kontextbeeinflussung und der soziallagenbezogenen Alltagsgestaltung (Rosenbrock 2004) fokussiert. Gesundheitsförderung in den Lebenswelten (Settingansatz) versteht sich im Sinne der Ottawa-Charta als systemischer Ansatz, der verhaltens- und verhältnispräventiv ansetzt, d. h. gesundheitsförderliche Interventionen nicht nur auf der Folie von personalen Ressourcen entwickelt. Damit „der gesunde Weg die einfache Wahl“ ist (WHO- Motto „Make the healthier way the easier choice“, [Bittlingmayer und Hurrelmann 2006, S. 189]), werden die Lebensbedingungen und der soziale Kontext (Smedley und Syme 2001) sowie umwelt- und gesellschaftsbezogene Faktoren in die Konzipierung und Implementierung von Maßnahmen und Angeboten nach dem Settingansatz einbezogen (Gold und Lehmann 2012).

Für die Gesundheitsförderung außerhalb des familiären Kontextes kommt dem Setting Kita eine besondere Bedeutung zu, da die überwiegende Zahl der Mädchen und Jungen eine solche Einrichtung besucht und Eltern über einen langen Zeitraum erreicht werden können. Voraussetzung ist, dass Kindertageseinrichtungen Gesundheitsförderung als Teil des Bildungs- und Erziehungsauftrages verstehen

und als Gestaltungsprinzip aufgreifen und umsetzen (Geene et al. 2016a). In Kitas ist ein hohes Potenzial für die Gesundheitsförderung zu verzeichnen und es bieten sich über die länderspezifischen Bildungsprogramme zahlreiche Anknüpfungsoptionen. Festzuhalten ist, dass es bereits eine Vielzahl an Aktivitäten insbesondere durch Krankenkassen gibt, die zunächst die Gesundheit der Kinder sowie Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung indizieren (Geene et al. 2015) und insgesamt eher inselartig verlaufen (Geene et al. 2016a). Im Folgenden sollen – ausgehend von den drei Kernstrategien der Gesundheitsförderung Befähigen und Ermöglichen (enable), Vermitteln und Vernetzen (mediate) und anwaltschaftliches Eintreten (advocate) – mögliche Anschlussstellen in der originären Kita-Arbeit für die Gesundheitsförderung auch von Eltern identifiziert werden und Stolpersteine und Blindstellen diskutiert werden.

1.2.1 Befähigen und ermöglichen (enable)

Eine der drei zentralen Handlungsstrategien der Ottawa-Charta zielt auf das Befähigen und Ermöglichen (enable) ab. Um bestehende soziale Unterschiede im Gesundheitszustand und den individuellen Möglichkeiten und Voraussetzungen zu verringern, gilt es Menschen zu befähigen, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. „Dies umfasst sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können.“ (WHO 1986) Für den Bereich der Kindertagesstätte stellt sich mit Blick auf die familiäre Gesundheitsförderung die Frage, welche Möglichkeiten der Kompetenzförderung und des Empowerments sich aus den Funktionen der Kita ableiten lassen, wo Eltern auf Entscheidungen in den Einrichtungen Einfluss nehmen können und wie dies bislang umgesetzt wird.

Erwerb von Gesundheitskompetenzen

Gesundheitsthemen sind in den Kindertageseinrichtungen nicht neu, allerdings werden sie noch immer stärker mit der Verhinderung von Krankheit gleichgesetzt und sind daher oftmals ausschließlich verhaltenspräventiv ausgerichtet. Hintergrund ist auch das traditionelle berufliche Selbstverständnis der Fachkräfte, welches stark von der Kompensationsfunktion (Gleich 2005) pädagogischer Maßnahmen lebt. Erschwerend kommt hinzu, dass sich Fachkräfte im Rahmen der ihnen zugeschriebenen Frühwarnfunktion (Gleich 2005, S. 58) in einem unauflösbaren Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle (Geene und Gold 2009) bewegen. Um der Forderung nach mehr Übernahme von öffentlicher Verantwortung für das Aufwachsen von Kindern gerecht zu werden (BMFSFJ 2013, S. 76), tritt oftmals stärker der Kontrollaspekt und damit verbunden eine Übertragung der pädagogischen Kompensationsfunktion auf die Zusammenarbeit mit den Eltern in den Vordergrund. Gesundheitserziehung und Prävention sind daher i. d. R. der Familienbildung zuzurechnen und induzieren zumeist eine Sensibilisierung für Risikofaktoren wie Ernährung, Bewegung und Stress sowie eine Änderung individueller Verhaltensweisen durch einen expert*innengestützten Vermittlungsansatz. Hier findet sich in Kitas eine Vielzahl von Programmen (auch der Krankenkassen), die oftmals ein explizites Modul zur Elternarbeit aufweisen (vgl. Geene et al. 2015). In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Fachkräfte in Kindertagesstätten

eher kindorientiert agieren und Eltern zumeist passive Adressat*innen von Gesundheitsbotschaften – zum Teil vermittelt über die Kinder – degradieren (Ohlbrecht und Schönberger 2010a, 10f).

Dieser Ansatz der traditionellen Gesundheitserziehung vernachlässigt allerdings, dass die reine Informationsweitergabe und Wissensvermittlung eher von bildungsstärkeren Familien angenommen werden und bei sozial Benachteiligten häufig sogar gegenteilige Effekte bewirken, da Spannungsfelder erzeugt werden, die zu Ablehnung und Widerstand führen. Die geringe Sensibilität für die Lebenslagen und Lebensbedingungen von Kindern und Familien birgt die Gefahr von Exklusion und Diskriminierung. Hurrelmann et al. (2013, S. 272f) konnten in der Analyse von Elternbildungsprogrammen zwar zeigen, dass die Inanspruchnahme von reinen Bildungsangeboten in sozialräumlichen Settings höher ist als bei freien Angeboten, dennoch gerade sozialbenachteiligte Eltern hier skeptisch bleiben. Auch unter den Prämissen des SOC – Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit – erscheinen solche gesundheitsbezogenen Strategien nur wirkungsvoll, wenn sie auf Bildungsniveau, wirtschaftliche Lage, Familienform, Zuwanderungsstatus u. ä. Rücksicht nehmen (Hurrelmann et al. 2013, S. 272).

Die Kernstrategie der Ottawa-Charta ‚Befähigen und Ermöglichen‘ (enable) hebt darauf ab, dass nichts die Gesundheit so nachhaltig positiv fördert, wie die Kompetenz, sein Leben selbstbestimmt führen zu können. Aus Perspektive der Gesundheitsförderung kann also nicht die Kompensation von Verhaltensweisen über Gesundheitsbotschaften im Vordergrund stehen, vielmehr ist es Ziel, Familien ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und die aktive Entwicklung von Bewältigungsstrategien zu unterstützen. Der zunehmende Diskurs um Bildungs- und Erziehungspartnerschaften zwischen Kindertageseinrichtung und Elternhaus (§ 22 Abs. 2 und 3 SGB VIII) nimmt diese Perspektive auf und unterstreicht die partnerschaftliche Zusammenarbeit von Fachkräften und Eltern (Kultusministerkonferenz 2004). Inwieweit und in welcher Qualität eine solche Form der Befähigung in der Praxis bislang umgesetzt wird, ob Familien diese tatsächlich als unterstützend und entlastend wahrnehmen, muss derzeit offenbleiben, da sich empirische Untersuchungen zur Erziehungspartnerschaft stärker der Perspektive von Fachkräften als der von Eltern widmen. Eine Ausnahme bildet hier das Projekt „ElFE – Eltern fragen Eltern“, welches in einem partizipativ angelegten Forschungsprozess untersucht, wie das Setting Kita für Eltern unterstützender gestaltet werden kann (Bär und Schaefer 2017). Allerdings sind hierzu bislang keine Ergebnisse veröffentlicht.

Beteiligungsstrukturen und -möglichkeiten

Der Wunsch nach einer stärkeren Mitwirkung in Kindertageseinrichtungen wird seit einigen Jahren von einem Teil der Eltern vorgebracht und vom Gesetzgeber sowie den Einrichtungen aufgegriffen. Empirische Untersuchungen zeigen, dass sowohl Fachkräfte als auch Eltern eine gute Zusammenarbeit zwischen Eltern und Kita schätzen (Sturzbecher und Bredow 1998). Nach wie vor sind jedoch gerade bei Familien mit niedrigem SES Distanz und Zurückhaltung gegenüber der Kita festzustellen, sei es aus der Sorge vor Diskriminierung (Vermeidungsstrategie), aus dem Gefühl der Fremdheit (Schwellenängste) oder weil sie sich durch die Konzepte nicht angesprochen fühlen (Geene und Rosenbrock 2012). Die Notwendigkeit einer zu verbessernden Orientierung an den Bedarfen und Lebenslagen von Familien zeigt sich in verschiedenen

Studien sowohl im Bereich der Familienbildung (Mengel 2007; Tschöpe-Scheffler 2007) als auch im Feld der Prävention und Gesundheitsförderung (Dunst et al. 2014; Fröhlich-Gildhoff et al. 2008). Um hier entgegenzuwirken, sollten Kitas verstärkt Beteiligungsmöglichkeiten für Eltern schaffen, sich den Bedarfen und Wünschen der Familien öffnen, Alltags- und Lebensbedingungen und die daraus resultierenden Belastungen kennen und diese zum Ausgangspunkt von Angeboten und Interventionen machen (Gerlinger 2009; Schnabel 2001). Eine Wiff-Expertise zur Zusammenarbeit mit Eltern zeigt, dass vorrangig zwischen 1980 und 2002 Studien in diesem Themenfeld durchgeführt wurden (Friederich 2011, S. 29ff), wobei die meisten Untersuchungen unter einem anderen Forschungsinteresse Eltern und Erzieher*innen zur Zusammenarbeit befragt haben bzw. auch nur einzelne Aspekte der Zusammenarbeit beleuchten. Es ist bislang aber wenig darüber bekannt, wie durch Partizipations- und Empowermentprozesse systemerhaltende und gesundheitsförderliche Wirkungen in Familien erzielt werden können (Schnabel 2001), wann und in welcher Form Eltern in Kitas mitarbeiten wollen, welche Voraussetzungen dafür notwendig sind und welche besonderen Herausforderungen sich hier ggf. auch für die Einbindung von Eltern mit niedrigem Sozialstatus ergeben.

Übergänge als bedeutsame Zeiten für die Kompetenzstärkung

Ein besonderer Schwerpunkt der Kompetenzstärkung muss auf die Zeit des Eintritts in die Kita gelegt werden. Familien werden an dieser biografischen Sollbruchstelle mit Entwicklungsaufgaben auf der individuellen, interaktionalen und kontextuellen Ebene konfrontiert. Heterogene Vorerfahrungen bei Umbrüchen in verschiedensten Situationen sowie der sozioökonomische und soziokulturelle Hintergrund der Familien, führen zu einer unterschiedlichen Bewertung der Situation und ermöglichen einen Rückgriff auf verschiedene Ressourcen und Bewältigungsstrategien (Niesel und Griebel 2015). Das Wissen um die Sorgen und Ängste ist grundlegend für die positive Gestaltung des Übergangs aus dem Elternhaus in die Kita, damit dieser subjektiv gelungen und selbstwertstärkend erlebt wird (Fthenakis 1999; Geene und Borkowski 2009, 2017). Zur Analyse des Erlebens von Kindern als aktiv Bewältigende des Übergangs ist die Datenlage inzwischen relativ breit. Es gibt jedoch nur wenige Studien, die explizit die Eltern und deren Bedarfe bei der Übergangsgestaltung berücksichtigen (Friederich 2011) bzw. fokussieren einige Untersuchungen nur einzelne Ebenen des Transitionsprozesses (z. B. interaktionale Ebene, Buse 2017). Darüber hinaus fehlt es auch an einer sozialagenspezifischen Betrachtung der Bewertung anstehender Entwicklungsaufgaben im Prozess des Übergangs.

Entlastung im Alltag

Eine Gestaltung gesundheitsförderlicher Strukturen im Sinne der Befähigung schließt auch an die Entlastungsfunktion (Gleich 2005) von Kindertageseinrichtungen an, die auf die Stärkung der Erziehungskompetenz von Eltern ausgerichtet ist. Im Sinne des Empowerments soll durch die Absicherung der Betreuungszeiten die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sichergestellt werden. Hier lässt sich festhalten, dass die Ausbauprogramme für Kindertagesstätten in den letzten Jahren zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Kitaplätzen durch Familien geführt haben, jedoch nach wie vor sozial benachteiligte Familien hier weniger davon profitieren (Olk 2013). Untersuchungen zeigen, dass die Doppel- und Mehrfachbelastungen, die aus

dem Anspruch der Vereinbarkeit von Familie und Beruf resultieren, insbesondere bei Müttern zu dauerhaften Spannungszuständen führen (Kolip und Lademann 2016, S. 522ff). Für Alleinerziehende stellt sich die eigene gesundheitliche Lage oft noch stärker belastet dar, insbesondere wenn dies mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, Migrationshintergrund und der Behinderung bzw. chronischen Erkrankung eines Kindes korreliert (BMFSFJ 2017; Rattay et al. 2017; Schröder 2017; Teubert und Pinquart 2012). Zur familiären Belastung durch die Arbeitswelt gibt es eine Vielzahl (zumeist quantitativer) Studien, keine der Untersuchungen gibt jedoch Auskunft darüber, ob – und wenn ja welche – Stressoren sich durch die Kita und ihre Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ergeben bzw. welche Ressource die Kita auch im Rahmen möglicher Bewältigungsstrategien darstellt.

Für die Familien kann die Inanspruchnahme der Tagesbetreuung auch Alltagsentlastung bedeuten, Zeiten zur Regeneration und Erholung schaffen und damit familiäre Belastungen reduzieren oder vermeiden. Bislang gibt es hier jedoch keine Untersuchungen, die zeigen, welche Entlastungen sich durch den Kitabesuch von Kindern für den Alltag von Eltern ergeben bzw. welche auch wünschenswert wären.

1.2.2 Interessen vertreten (advocate)

Nicht immer sind Menschen in der Lage, sich für ihre Gesundheit selbst stark zu machen. Gerade vulnerable und marginalisierte Gruppen sind auf Fürsprecher*innen angewiesen, die anwaltschaftlich ihre Interessen bei den notwendigen Entscheidungsträger*innen einbringen. Aktives, anwaltschaftliches Eintreten hebt darauf ab, politische, ökonomische, soziale und kulturelle Faktoren „positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen“ (WHO 1986). Für das System Familie bedeutet dies, Belastungen, die sich aus den Rahmenbedingungen ihrer Lebenswelten ergeben, zu kennen und sich dafür einzusetzen, dass diese vorrangig unterstützend und gesundheitsförderlich ausgerichtet werden. Anwaltschaftliches Eintreten erfordert Partizipation, um hier machtbewusst zu agieren, eine Balance zwischen Bevormundung und anwaltschaftlicher Vertretung zu gewährleisten und Menschen zu befähigen, selbst für eine Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden eintreten zu können (self-advocacy; Dempsey et al. 2011).

Der gesellschaftliche Wandel und die damit verbundenen Erwartungen – zunehmende Anforderungen an Flexibilität und Mobilität in der Arbeitswelt, politische und demografische Veränderungen – wirken sich auf Familien und ihre Gesundheit aus. Lobbyverbände für Familien beklagen jedoch die unzureichende Interessenvertretung von und für Familien. In der Literatur findet sich der advocacy-Ansatz mit Bezug auf die Gesundheitsförderung in und mit Familien in den unterschiedlichen Settings zumeist als normative Setzung (vgl. u. a. BMG 2010, 2017; Geene et al. 2016b). Vereinzelt gibt es Hinweise darauf, wo und wie Lobbyarbeit mit und für Familien aussehen kann. Dabei handelt es sich i. d. R. um theoretische Ansätze (vgl. u. a. Klocke et al. 2001, S. 30; Krüger und Krüger 2012, S. 284), die die notwendige Verzahnung zwischen den einzelnen Politikebenen sowie den Arbeitsebenen der Kinder- und Jugendhilfe, Sozialdiensten und dem Gesundheitsbereich rund um Familien aufzeigen (u. a. Schnabel 2001, S. 202ff). Empirische Untersuchungen, die darüber Auskunft geben, was der advocacy-Ansatz in der Praxis bedeutet, welche Herausforderungen für die Fachkräfte damit verbunden sind und was Eltern hier auch erwarten, konnten bei den eigenen Recherchen nicht ermittelt werden. Auch die Datenlage zur eigenen

Interessenvertretung (self-advocacy) im Umfeld der Kita ist eher dünn (vgl. Beteiligungsmöglichkeiten). Vielmehr wurde deutlich, dass advocacy-Strategien gerade im Hinblick auf den Kinderschutz primär auf die Kinder als vulnerable Gruppe ausgerichtet sind und Eltern damit – auch aus dem Auftrag nach mehr Übernahme öffentlicher Verantwortung heraus – teilweise zum ‚Feindbild‘ erklärt werden. An dieser Stelle wird die Gefahr deutlich, die eine anwaltschaftliche Vertretung ohne Einbindung der Betroffenen selbst birgt. Interessenvertretung kommt in eine Schieflage, wenn sich die verfolgten Ziele entlang des vorherrschenden Meinungstrends bewegen, als allgemeingültig dargestellt werden und nicht am Alltagserleben der Familien anknüpfen (Reiners 2014, S. 260ff). Damit Interessenvertretung in der Kita gelingen kann, benötigen Fachkräfte daher a) Wissen um die gesellschaftlichen, politischen und institutionellen Strukturen, um Anliegen auch an die richtige Stelle adressieren zu können und b) Wissen um Herausforderungen und Stressoren, die Familien in ihrem Alltag belasten.

1.2.3 Vermitteln und vernetzen (mediate)

Gesundheit zu erhalten, zu schützen bzw. zu fördern erfordert das Zusammenwirken aller staatlichen und nichtstaatlichen Akteure und Institutionen des Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektors unter Beteiligung der relevanten Individuen und Gruppen (WHO 1986). Die handelnden Personen aus den verschiedenen Berufsgruppen tragen, unter Beachtung der regionalen Gegebenheiten, die Verantwortung für die Umsetzung der Kernstrategie. Eine Koordination kann das aufeinander Verweisen und vernetzte Agieren erleichtern.

Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen sind in der Regel weder zeitlich noch fachlich in der Lage, die mehrdimensionalen Problemlagen von belasteten Familien selbst zu bearbeiten. Unterstützungsangebote für Familien, die über die klassischen Felder der Bildung, Betreuung und Erziehung von Kindern hinausgehenden, erfordern eine Vernetzung mit anderen Diensten und sozialräumlichen Partner*innen. Darauf hebt auch die Vermittlungsfunktion (vgl. Gleich 2005, S. 59) der Kita ab, zu der Fachkräfte durch § 22a SGB VIII verpflichtet sind. Im Fokus steht dabei die Etablierung und Neuausrichtung von passgenauen Angebotsstrukturen, die sich an den Lebens- und Problemlagen von Kindern und Familien ausrichten (Meier-Gräwe 2012, S. 355) und Möglichkeiten der sozialen Unterstützung schaffen (Riina et al. 2016). Koivunen et al. (2017) konnten zeigen, dass Eltern Angebote stärker in Anspruch nehmen, wenn diese stigmatisierungsarm und durch ihnen vertraute Personen vermittelt und beworben wurden. Fachkräfte aus Kitas können durch die langjährige Beziehungsarbeit mit Eltern hier eine wichtige Rolle einnehmen. Wenn es gelingt, Vernetzung und Planung der erforderlichen Angebote auf die Bedarfe von Familien auszurichten, können sie sich zu einem zentralen Anlaufpunkt im Stadtteil - zu einem sogenannten ‚One Stop Shop‘ – entwickeln, der Eltern und Kindern kurze Wege und vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten bietet (Borkowski und Schmitt 2013; Williams und Churchill 2006). Nicht zu vernachlässigen sind die Chancen, die sich aus der Vernetzung von Eltern untereinander ergeben. Insbesondere für armutsbelastete Familien kann es so gelingen, die häusliche Isolation aufzubrechen und neue Sozialkontakte zu erschließen. In den Netz-

werken „Frühe Hilfen“, die mit dem Bundeskinderschutzgesetz 2012 zur Unterstützung von Familien eingerichtet wurden, sind inzwischen in Modellprojekten Formen eines ressort- und institutionsübergreifenden Handelns durch sog. ‚Präventionsketten‘ (Kilian und Lehmann 2014) im kommunalen Raum verwirklicht.

Kindertageseinrichtungen nehmen bislang ihre Rolle als Bindeglied zu weiterführenden Angeboten und Institutionen nur marginal wahr und träger- und fächerübergreifende Kooperationen sind nicht flächendeckend umgesetzt und sichergestellt (AGJ 2013). In Abhängigkeit von Ländergesetzen, Trägerschaft, Lage, Verständnis für Bedeutung von Kooperation, zeitlichen und personellen Ressourcen, finden Kooperationen mit Anbietern und Trägern anderer Berufsfelder gar nicht, punktuell oder sehr intensiv statt (AGJ 2013; Geene et al. 2016a; Gleich 2005; Krauß 2010;). Damit fehlt es hier an empirischen Daten über einen möglichen Gewinn für Prävention und Gesundheitsförderung in den Familien. Eine Betrachtung findet, wenn überhaupt, im Zusammenhang mit dem Aufbau kommunaler Präventionsketten (Ehlen et al. 2018) oder in Bezug auf einzelne Angebote (Koivunen et al. 2017) statt und lässt daher nur bedingt Rückschlüsse auf das Setting Kita zu. Darüber hinaus wissen wir nur wenig, welche konkreten Angebote Kinder und ihre Familien in der Zeit des Kitabesuchs benötigen, unter welchen Bedingungen sie diese auch annehmen würden und welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, damit angestrebte Effekte auch erreicht werden.

1.2.4 Resümee

Dem Settingansatz kommt für die Gesundheitsförderung in Familien eine besondere Bedeutung zu, da dieser – so die Theorie – unter Beteiligung der Familien und Berücksichtigung ihrer Bedarfe Gesundheitspotenziale auf der individuellen Ebene stärkt und durch die Kontextbeeinflussung gleichzeitig Zugänge erleichtern kann. Das Setting Kita hat sich zum Kristallisationspunkt für die Erreichbarkeit der Zielgruppe Eltern herausgestellt. Entlang der drei Kernstrategien der Gesundheitsförderung enable, mediate und advocate konnten verschiedene Anschlussstellen in der originären Kita-Arbeit für die Gesundheitsförderung identifiziert werden. Dabei ist zu konstatieren, dass die verhaltensorientierten und risikofaktorenbezogenen Maßnahmen nach wie vor dominieren. Hier sind empirische Untersuchungen über kompensatorische Ansätze und Effekte verfügbar, die Frage der Befähigung von Familien, die Bedeutung des Soziallagenbezugs und der Partizipation für die Stärkung von Gesundheitspotenzialen in Familien, ist in der Forschung allerdings unterrepräsentiert. Die Datenlage indiziert auch, dass es ein Forschungsdesiderat bezüglich der verhältnispräventiven Ansätze gibt und auch über die Möglichkeiten und Herausforderungen, die sich aus Perspektive der Eltern für die Umsetzung der Kernstrategien mediate und advocate ergeben, nur wenig bekannt ist. Die rein normative Setzung der Themen erschwert es Fachkräften in Kindertageseinrichtungen, hier adäquate Handlungsstrategien zu entwickeln.

2 Zielstellung

Entlang des eingangs beschriebenen Forschungsstandes zur familiären Gesundheitsförderung, insbesondere mit Blick auf die Möglichkeiten durch die Unterstützung im Setting Kita, geht die Arbeit folgender primärer Fragestellung nach:

Welche Chancen und Herausforderungen ergeben sich aus der Sicht von Müttern unterschiedlicher Sozialsituationen für die Gesundheitsförderung im Setting Kita?

Ziel ist es aufzuzeigen, unter welchen Bedingungen (Moderatoren) der Kita-Alltag positive Effekte für die familiäre Gesundheitsförderung hat und welche Prozesse (Mediatoren) darauf Einfluss haben (Abbildung 1).

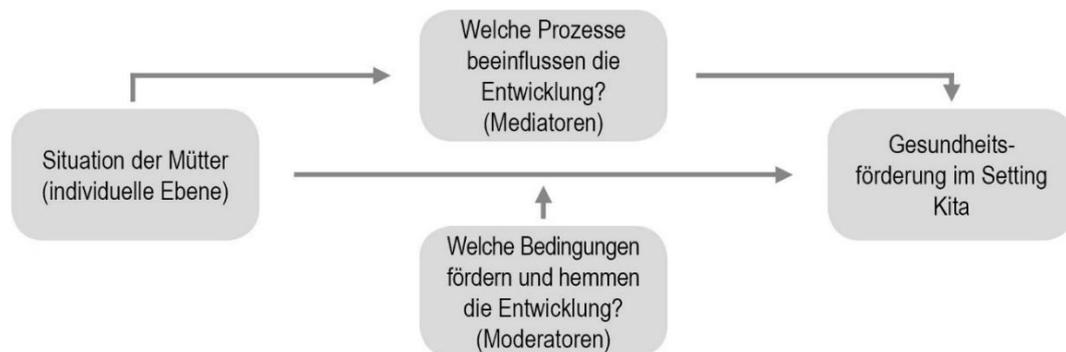


Abbildung 1: Zielstellung der Arbeit (eigene Darstellung)

Damit reagiert die Arbeit auf den Umstand, dass Familien sich bislang zumeist nur in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten (health behavior) als ‚Beforschte‘ in empirischen Untersuchungen wiederfinden, ihre eigenen Deutungsmuster, Einstellungen und Werte nur wenig Platz darin haben. Die Untersuchung will sich von der defizitorientierten Betrachtung lösen und primär mit Blick auf den Kitabesuch umwelt- und personenbezogene Stressoren und Spannungszustände, Ressourcen sowie Bewältigungsstrategien von Müttern analysieren und so Ansatzstellen für die Gesundheitsförderung in Kitas – jenseits einer risikofaktorenorientierten Problembearbeitung – aufzeigen.

Da die Fragestellung auf die Rekonstruktion der subjektiven Sichtweise von Müttern auf Unterstützung(smöglichkeiten) im Setting Kita abzielt, ist die Studie als qualitative Sozialforschung angelegt. Es erfolgt keine Abfrage von explizitem/ ‚objektivem‘ Wissen und Annahmen, sondern vielmehr werden aus subjektiven Erlebnissen und eher impliziten Erwartungen Rückschlüsse für die Kita-Praxis gezogen. Die Fragestellung setzt damit ein subjektorientiertes Vorgehen voraus und kann nicht über quantitativ-statistische Ansätze beantwortet werden.

Zur Beantwortung der Fragestellung werden folgende sekundäre Ziele verfolgt:

- 1. Analyse subjektiven Erlebens von Be- und Entlastungen der Eltern durch den Kitabesuch der Kinder**

Auf Grundlage von Interviews mit Müttern unterschiedlicher Soziallagen werden unter der Prämisse ‚Kita als gesundheitsförderliches Setting‘ subjektiv wahrgenommene gesundheitsrelevante Faktoren herausgearbeitet und in Beziehung zur Soziallage gesetzt.

Dazu werden

- die objektiv erlebten und subjektiv empfundenen Belastungen analysiert
- Bewältigungsstrategien und individuelle, soziale und kontextuelle Ressourcen erfasst.

Die verschränkte Betrachtung der individuellen und sozialen Ebene ermöglicht es, die subjektiven Denk- und Wahrnehmungsmuster in Beziehung zu augenscheinlich objektiven Faktoren der Inanspruchnahme und dem Erleben von Be- und Entlastung durch den Kita-Alltag zu setzen.

Der Forschungsgegenstand wird dabei unter den Prämissen von enable, advocate und mediate untersucht.

Die Betrachtung erfolgt dabei unter Berücksichtigung des FAI, sodass am Ende der Untersuchung aufgezeigt werden kann, an welcher Stelle Bewertungen von Situationen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien aufgrund der Soziallage zu höheren Belastungen führen und wo ggf. andere Einflussfaktoren eine stärkere Wirkung haben.

2. Analyse von Einschränkungen und Potenzialen der einzelnen Faktoren des SOC

Die Bewertung von objektiv vorhandenen und subjektiv empfundenen Belastungen und die beschriebenen Bewältigungsstrategien ermöglichen es, qualitative Aussagen darüber zu generieren, welche der drei Faktoren des SOC – Vorhersehbarkeit, Beeinflussbarkeit oder Sinnhaftigkeit – eingeschränkt sind und zu Ressourcenverlusten führen bzw. Potenziale zu erkennen, aus denen sich Unterstützungsbedarfe und -möglichkeiten ableiten lassen.

3. Ableitung von Handlungsempfehlungen für die gesundheitsförderlichen Strukturen im Setting Kita mit Blick auf die Familien

Auf Grundlage der Ergebnisse wird der ‚Gebrauchswert‘ der Kita für Mütter unterschiedlicher Soziallagen rekonstruiert. Einflussfaktoren, Auswirkungen und Implikationen für die Gesundheitsförderung werden dargestellt und konkrete Handlungsempfehlungen für die Ressourcenstärkung von Familien im Setting Kita abgeleitet.

3 Material und Methodik

Mit den aufkommenden Diskussionen um die Frühen Hilfen und der Initiierung von Modellvorhaben, wurde an der Hochschule Magdeburg-Stendal von den Studiengängen Angewandte Kindheitswissenschaften und Rehabilitationspsychologie ein gemeinsames Lehrforschungsprojekt ins Leben gerufen, welches sich den Erfahrungen und den Bedarfen von jungen Müttern bezüglich Versorgungs- und Unterstützungsangeboten widmet. Die im Rahmen dieser Arbeit verwendeten Daten stammen aus diesem Lehrforschungsprojekt.

3.1 Untersuchungsdesign und Art des Datenmaterials

Seit 2007 wurde in einer explorativen Studie fortlaufend untersucht, wie insbesondere sozial benachteiligte Mütter die Zeit rund um die Geburt erleben und welche Präventionsbedarfe und Präventionsmöglichkeiten sich daraus ergeben. Hintergrund des Erkenntnisinteresses ist das Wissen um das sogenannte Präventionsdilemma (Bauer 2005): Je schwieriger die Lebensbedingungen, desto höher ist der Bedarf an Prävention; je höher der Bedarf an Prävention, desto niedriger ist jedoch die Inanspruchnahme. Bedarf und Qualität von Angeboten werden in der Regel durch Expert*innen mit anderem sozialen Hintergrund definiert, die Perspektive der potenziellen Nutzer*innen findet nur selten Eingang in die Konzeptionierung und Umsetzung. Hier leitete sich die Fragestellung nach den Erfahrungen und der Perspektive von Müttern auf gewichtige Angebote rund um die Geburt ab. Fokussiert wurden insbesondere das Gesundheitssystem (Schwangerschaft und Geburt), die Kindervorsorge-Untersuchungen, die Angebote der Frühen Hilfen sowie der Übergang in die Kindertagesbetreuung.

3.1.1 Der Interviewleitfaden

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurden problemzentrierte Interviews (Witzel 1985) geführt. Dazu wurde ein teilstrukturierter Leitfaden erarbeitet, der sich in sieben Fragenkomplexe unterteilt:

1. Soziale Situation (Ersteinstieg)
2. Ressourcen / Resilienz, Lebensbewältigung
3. Fragen zu Schwangerschaft und Geburt
4. Fragen, die zu einem möglichen Hilfebedarf hinführen (Sozialanamnese)
5. Fragen zu Erfahrungen im Medizinsystem / bei Kinder- Vorsorgeuntersuchungen
6. Fragen zu Frühen Hilfen
7. Soziale Situation (Vertiefung/ Bilanz) → durch Fragebogen

Zu jedem Komplex wurden Hypothesen generiert und mögliche Fragen daraus abgeleitet, die jedoch von den Interviewenden an die jeweilige Situation und den Erzählfluss der Mütter angepasst werden können. Die hier vorliegende Arbeit beschränkt sich schwerpunktmäßig auf den Fragenkomplex zu den Frühen Hilfen und hier auf den Teilbereich Kita. Dazu wurden die in Tabelle 1 dargestellten Hypothese und Leitfragen formuliert. Der so entstandene Leitfaden wurde 2007 einem Pretest unterzogen und bis 2017 – mit Anpassungen an veränderte gesetzliche und gesellschaftliche Bedingungen – verwendet.

Tabelle 1: Hypothese und Leitfragen zur Kita im Interviewleitfaden (eigene Darstellung)

Hypothese	Leitfragen
6.6 Kita Kita wird als unterstützend empfunden	6.6 a) Wie beurteilen Sie die Kita ? 6.6 b) Hilft Ihnen die Kita, wenn Sie spezielle Fragen/ Probleme/ Unterstützungsbedarf haben? Welche Barrieren/ Ängste gibt es?

Der umfangreiche Leitfaden erforderte eine intensive Auseinandersetzung vor den zu führenden Interviews. Die Interviewführung (Dauer in der Regel 30-60 Minuten) übernahmen die jeweiligen Studierenden aus dem Lehrforschungsprojekt zumeist in Tandems. Die Interviews wurden digital mitgeschnitten und anschließend anonymisiert und mit festgelegten Regeln transkribiert. Die unterschiedlichen Interviewer*innen bedingen, dass die Interviews in Länge und Tiefe recht unterschiedlich sind.

3.1.2 Zugänge und Erhebungsprozess

Bis 12/2017 konnten 156 Interviews mit Müttern sowie inzwischen auch mit einzelnen Vätern (n=6) geführt werden. Nachdem zu Beginn der Erhebungsraum ausschließlich auf den Landkreis Stendal begrenzt war, wurden 2012 über ein Lehrforschungsprojekt Mütter aus Berlin-Hellersdorf einbezogen und die Studie später bundesweit ausgedehnt. Da nicht festgehalten wurde, woher die Interviewpartner*innen stammen, kann über die genaue Verteilung keine Auskunft gegeben werden. Das Sampling erfolgte nach vorher festgelegten Kriterien. In einigen Fällen konnte das Snow-Ball-Sampling genutzt werden und Interviewte vermittelten Kontakte zu weiteren Gesprächspartner*innen. Um zu gewährleisten, dass die Interviewten ihr Erleben rund um die Geburt möglichst präzise erinnern und beschreiben, sollten die Kinder zum Zeitpunkt des Interviews das dritte Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Insbesondere sollten Mütter aus sozioökonomisch belasteten Lebenslagen erreicht werden, allerdings wurde eine Klassifikation der Mütter erst im Anschluss an das Interview vorgenommen. Um einen möglichst stigmatisierungsfreien Zugang zu gewährleisten, fand die Kontaktaufnahme im Sozialraum, schwerpunktmäßig in sogenannten sozialen Brennpunkten, statt. Als gute Zugänge erwiesen sich bspw. Kindertageseinrichtungen, Mutter-Kind-Heime, Elterntreffs, die direkte Ansprache vor Einkaufszentren oder auf dem Spielplatz. Vereinzelt wurden auch Zugänge über Online-Flohmärkte oder Elternportale genutzt.

Ziel und Hintergrund der Studie, Umgang mit den Daten und Verwendung wurden in diesem ersten informellen Gespräch erläutert und ermöglichten, sich für oder gegen eine Teilnahme zu entscheiden. Es erfolgte eine Verabredung für das Interview, wobei die Mütter den Ort und die Zeit bestimmten, um eine möglichst entspannte Situation für sie zu schaffen. Intervieworte waren zumeist die Wohnungen der Mütter, aber auch neutrale Orte wie, Cafés, Räume in Elterntreffs oder an Ausbildungsorten wurden gewählt. Zu Beginn des Interviews wurden die Studie sowie die Anonymisierung und Verwendung der Daten noch einmal erläutert und das Einverständnis für den Tonmitschnitt eingeholt. Die Erfahrungen mit dem Zugang über den Sozialraum sind sehr different. Zu einem großen Teil waren Mütter sehr schnell bereit und sehr dankbar, über ihre Erfahrungen und ihr Erleben berichten zu können. In anderen Fällen überwogen Skepsis, Misstrauen, aber auch die Sorge, nicht genügend zu wissen, oder die Einschätzung, das eigene Erleben sei zu

wenig bedeutsam, um aussagefähig sein zu können. Eine Teilnahme wurde entweder gleich abgelehnt, manchmal aber auch der vereinbarte Termin nicht wahrgenommen.

3.1.3 Prozess der Klassifikation

Um die Interviewaussagen in Beziehung zum Sozialstatus setzen zu können, erfolgte im Lehrforschungsprojekt die Erfassung von familiären psychosozialen Belastung anhand einer modifizierten Form des Family Adversity Index (FAI) von Rutter und Quinton (1977). Im Rahmen quantitativ-empirischer Studien erlaubt das Instrument die Bewertung verschiedener Belastungsfaktoren und ermöglicht Rückschlüsse auf Entwicklungsrisiken von Kindern. Im vorliegenden Fall erfolgte die Operationalisierung der Items hinsichtlich der Differenzierung sozialer Schichten und Ungleichheitslagen in verschiedenen Lebensbereichen (vgl. Tabelle 2). Erfasst wurden die Items über einen soziodemografischen Fragebogen, der von den Müttern nach dem Interview gemeinsam mit den Interviewenden ausgefüllt wurde. Dabei wurden keine datenschutzrechtlich relevanten personenbezogenen Daten erfasst.

Tabelle 2: Operationalisierung FAI im Rahmen des Lehrforschungsprojektes (Darstellung aus dem Lehrforschungsprojekt übernommen)

Risikofaktor	Operationalisierung	FAI
Niedriges Bildungsniveau	Schulabbruch vor Ende 10. Klasse <i>oder</i> Ausbildungsabbruch	0 = Nein 1 = Ja
Psychische Störungen in Herkunftsfamilie des Vaters oder der Mutter	Klassifizierte moderate oder starke Störung oder erwähnte starke Suchtproblematik (Alkohol, Tabletten, Drogen; eher nicht: Spielsucht, Nikotinabhängigkeit)	0 = Nein 1 = Ja
Schlechte Alltagsbewältigung	Selbst berichtetes Gefühl der wiederholten oder lang andauernden (>3 Monate) Überforderung	0 = Nein 1 = Ja
Elterliche Disharmonie, Partnerkonflikte	Andauernde Konflikte mit Kindsvater innerhalb der Partnerbeziehung, auch bei getrennt lebenden Eltern	0 = Nein 1 = Ja
Frühe Elternschaft	Alter bei Geburt < 19 Jahre; Paarbeziehung < 7 Monate bei Zeugung	0 = Nein 1 = Ja
Ein-Eltern-Familie	Mutter überwiegend allein erziehend zwischen Geburt und 1. Lebensjahr	0 = Nein 1 = Ja
Unerwünschte Schwangerschaft	Ernsthaft über Abbruch nachgedacht	0 = Nein 1 = Ja
Beengte/ schlechte Wohnverhältnisse	<1 Wohnraum pro Familienmitglied; auch: familiengründungsbedingter Umzug in „schlechtere“ Umgebung/ „einfache Lage“ wie z.B. sozialer Brennpunkt/ Plattenbau/ an den Stadtrand	0 = Nein 1 = Ja
Mangel an sozialer Unterstützung	Weniger als zwei verbindliche Unterstützer/innen (Freund/innen, Verwandte)	0 = Nein 1 = Ja
Chronische Belastungen	Chronische Erkrankung von Mutter oder Kind Dauerhafte (> 6 Monate) und starke soziale Belastung (z.B. Angehörigenpflege)	0 = Nein 1 = Ja
Niedriger sozioökonomischer Status	Hartz IV – Bezug (Bezugsberechtigung)	0 = Nein 1 = Ja

Die Auswertung erfolgte gemeinsam mit der Forschungsgruppe im Seminar. Ein Item wurde als Risikofaktor gewertet und mit ‚1‘ bepunktet, wenn einer der in der Operationalisierung aufgeführten Aspekte erfüllt ist. Abschließend wurde kumulativ ein Summenwert gebildet (minimal = 0; maximal = 11), aus dem sich

Rückschlüsse auf die Belastungsfaktoren für die Kinder ergeben. Rutter und Quintons frühen Arbeiten folgend zeigen inzwischen zahlreiche Untersuchungen kumulative Effekte zwischen den Risikofaktoren und problematischen Entwicklungsverläufen ab einem Punktwert von Zwei (vgl. u. a. Blanz et al. 1991 Becker et al. 2004; Laucht et al. 2001; Laucht 2015) woraus sich folgende Klassifizierungen ableitet:

- 0-1 Zustimmung → Niedriger FAI
- 2 und mehr Zustimmungen → Hoher FAI

3.1.4 Standards wissenschaftlicher Praxis

Forschungsethische Richtlinien, die je nach Wissenschaftsdisziplin variieren, bieten eine wichtige Grundlage für die eigene Auseinandersetzung mit dem Forschungsprozess, sind jedoch nicht als starre Vorgaben zu verstehen (Flick 2017, S. 56ff), sondern müssen für den jeweiligen Forschungsprozess mit Leben gefüllt werden. Die Verantwortung oblag dem Leitungsteam des Lehrforschungsprojektes, die diese in der Auseinandersetzung mit der Forschungsfrage, der Prozessplanung und dem Zugang zu den Zielgruppen wahrnahm. Die Konzeptionierung als Lehrforschungsprojekt und die damit verbundene eingeschränkte Planbarkeit der explorativen Prozesse haben dazu geführt, dass das Forschungsdesign und der -verlauf sich über mehrere Semester entwickelte und ausdifferenzierte. In den Forschungsprozess waren immer wieder neue Studierende eingebunden und gesetzliche, gesellschaftliche Bedingungen veränderten sich, wodurch Anpassungen erforderlich wurden. Dadurch konnten die Inhalte nicht umfassend schriftlich für ein allgemeingültiges informiertes Einverständnis festgehalten werden. Verstärkend kam an dieser Stelle der gewünschte Zugang zu einer eher schwer erreichbaren Personengruppe hinzu (Narimani 2014, S. 49ff). Hier wurden Fragen des stigmatisierungsarmen Zugangs, Gründe für eine freiwillige Teilnahme (Win-win-Situation), umfassende und verständliche Erläuterung des Forschungsziels und -vorhabens bei unterschiedlichem Bildungs- und Wissenstand und sprachliche bzw. kulturelle Barrieren sowie eine langfristige Bindung der Interviewpartner*innen (Erreichbarkeit bei Änderung der Einverständniserklärung im Falle gesetzlicher Veränderungen) reflektiert.

Im Ergebnis gab es die Entscheidung, den Prozess mehrstufig und schrittweise zu kommunizieren und dialogisch mit den Beteiligten das Anliegen, die Datenverwendung aber auch die eigene Motivation zur Teilnahme zu diskutieren und das Einverständnis mit dem Beginn des Interviews mündlich auf Tonband festzuhalten (vgl. 3.1.2). Der Studienleitung war bewusst, dass ein solches Vorgehen forschungsethisch nicht unumstritten ist (Unger 2014, S. 25f; Warin 2011), dieses Vorgehen allerdings der Prozesshaftigkeit und den Beteiligten angemessen war. Da es sich nicht um eine klinische Studie mit Arzneimitteln oder Medizinprodukten im Sinne des Arzneimittelgesetzes (AMG) handelte, Personen keine Risiken zugemutet wurden und die Untersuchung nicht mit hohen (körperlichen oder emotionalen) Belastungen verbunden war, ist nach den forschungsethischen Richtlinien der Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) (2009) ein Votum der Ethikkommission nicht zwingend notwendig. Allerdings wäre bei Fortsetzung des Lehrforschungsprojektes auch im Sinne der Helsinki-Deklaration langfristig eine Absprache zu empfehlen.

Die vorliegenden Daten stellen eine reichhaltige Quelle von Forschungsmaterial für das Erleben von Müttern rund um die Geburt dar, die jedoch bislang noch nicht ausgeschöpft wurde. Eine weitere Nutzung der vorliegenden Daten für sekundäranalytische Zwecke ermöglicht die Beantwortung verschiedener Fragestellungen in diesem doch sehr sensiblen und hochaktuellen Themenfeld, ohne ständig neu auf die eher schwer zu erreichende Zielgruppe zugehen zu müssen und diese damit auch einer Überbefragung auszusetzen (Witzel et al. 2008). Dabei ist durch die Anonymisierung sowie den großen Umfang an vorliegenden Interviews gegeben, dass Einzelangaben über „persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand [...] einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person“ (BMJV 12/2017 BDSG § 3 Abs. 6) zuzuordnen sind.

Die Nutzung der Interviews für sekundäranalytische Zwecke ist kontrovers zu diskutieren. Im deutschsprachigen Raum wird die Sekundäranalyse als eigene Forschungsstrategie bislang noch nicht als qualitative Methode behandelt; damit fehlt es an forschungspraktischen und konzeptionellen Richtlinien (Lüders 2008; Medjedovic 2014; Witzel et al. 2008). Um Handlungssicherheit zu erhalten, sollte idealerweise eine informierte Einwilligung der beteiligten Personen „nicht nur für die Erhebung und Auswertung im Rahmen der Primäruntersuchung vorliegen, sondern auch für die Archivierung und weitere wissenschaftliche Nutzung eingeholt werden“ (Witzel et al. 2008), Nutzer*innen der Sekundärdaten auf datenschutzrechtliche Bestimmungen verpflichtet und verstärkte Kontrollmechanismen eingebaut werden (Corti et al. 2000; Medjedovic 2014; Witzel et al. 2008). Diese noch sehr jungen Diskussionen um die Nutzung von Sekundärdaten hatten für das Lehrforschungsprojekt bislang keine Relevanz und wurde anfänglich auch nicht mitgedacht, weshalb eine solche ausdrückliche Nutzungserlaubnis für Sekundäranalysen nicht vorliegt. Begründet ist dies auch in der besonderen Interviewbeziehung, die durch das Lehrforschungsprojekt entstand. Die Studierenden entwickelten als Teil einer Forschungsgruppe keine persönliche und emotionale Forschungsbeziehung, da bereits in der Primäranalyse Datenerhebung und Auswertung getrennt wurden. Bei der Vorstellung des Designs bei den Interviewpartner*innen wurde darauf hingewiesen, dass die Datenanalyse von einer Studierendengruppe und den Lehrenden (die in der Regel nicht persönlich bekannt wurden) vorgenommen wird. Die Erfahrungen zeigten, dass das Interesse am eigenen Erleben und Wertschätzung für die Öffnung den Müttern/ Vätern wichtiger waren, als der persönliche Kontakt zu den Forschenden. Diese Erfahrungen schließen an die empirisch belegte Erkenntnis an, dass die Beteiligten nach ihrer freiwilligen und doch zeitintensiven Mitarbeit erwarten, dass die Wissenschaft diese Daten auch nutzt (vgl. Corti et al. 2000; Kuula und Borg 2008, S. 13).

3.2 Methodik der Datenanalyse

Für die große Anzahl an vorliegenden Interviewtranskripten erwies sich die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) als geeignetes Instrument, da dieser Ansatz empirisch-methodischer Auswertung es ermöglicht, auch größere Textumfänge nach inhaltsanalytischen Regeln zu untersuchen. Ziel ist es, den Texten regelgeleitet und systematisch Daten zu entnehmen und aus der Einzelfallbezogenheit in einem schrittweisen Prozess der Verallgemeinerung einzutreten (Mayring 1999, S. 14). Dazu wird das Material zergliedert,

um es entlang eines theoriegeleiteten Kategoriensystems zu bearbeiten und im Ergebnis wieder zu einem Gesamtbild zusammenzufügen.

3.2.1 Extraktion und Strukturierung der Daten

In einem ersten Schritt wurden relevante Textstellen aus dem Gesamtmaterial extrahiert. Dazu wurden alle 156 Interviews auf Textstellen untersucht, in denen Kita (oder auch Kindergarten und Krippe) und/ oder Erzieher*innen (analog Kindergärtner*innen) angesprochen werden und mit entsprechender Quellenangabe und der Höhe des FAI in ein fortlaufendes Worddokument übertragen. In der Regel fanden sich die Aussagen geballt im Fragenkomplex zur Kita wieder, es gab aber darüber hinausgehend Textstellen, in denen die Suchbegriffe aufgefunden wurden. Je nach Sicherheit in der Interviewführung und der zugeschriebenen Bedeutung der Interviewführenden für den Teilbereich Kita fanden sich in den einzelnen Narrationen mehr oder weniger detaillierte Aussagen zum Forschungsgegenstand. Ausgeklammert wurden 28 Interviews, in denen das Thema Kita nicht angesprochen wurde, fünf Interviews, für die kein FAI vorhanden war und zwei Interviews von Vätern. Letztere wurden ausgeklammert, da das zahlenmäßige Verhältnis zu den Mütterinterviews für das Erzielen belastbarer Daten über mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede – auch vor dem Hintergrund sehr kurzer Gesprächsnarrative – als zu gering eingestuft wurde. Letztendlich fand die Datenanalyse auf der Basis von 121 Interviews statt.

Im nächsten Schritt erfolgte die Reduktion und Strukturierung des Datenmaterials (Mayring 2015, S.67 ff). Da die Fragestellung der hier vorliegenden Arbeit auf inhaltliche Aspekte bzgl. der Gesundheitsförderung im Setting Kita abzielt, wurde eine strukturierende Datenanalyse entlang einer inhaltlichen Strukturierung durchgeführt. Ziel der Strukturierung war es, auf Grundlage eines Ordnungssystems wesentliche Aspekte aus dem Datenmaterial zu entnehmen und zu analysieren. Die Strukturierung erfolgte entlang inhaltlicher Aspekte (theoriegeleiteten Kategoriensystems) (vgl. ebd., S. 68 f). Dazu wurde entlang der Forschungsfrage aus dem eingangs dargestellten aktuellen Forschungsstand deduktiv das Hauptkategoriensystem herausgearbeitet, begründet und operationalisiert (vgl. Tabelle 3). Das Kategoriensystem bestimmte, welche Aspekte im Material berücksichtigt werden sollten, dienten als ‚Suchraster‘, um sich die vorliegenden Daten zu erschließen.

Da es sich bei der Zuordnung der Textabschnitte zu den Kategorien um einen Interpretationsschritt handelte (Gläser und Laudel 2009, 200f), war es zu Sicherstellung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit notwendig, die Kategorien explizit zu definieren und Ankerbeispiele (prototypische Textstellen) und Abgrenzungsregeln zwischen den Kategorien zusammenzutragen. Die Kategorien wurden entlang der drei Kernstrategien der Gesundheitsförderung – enable, mediate, advocate – gebildet. Um sie für das eigene Forschungsfeld nutzbar zu machen und als Analysekategorie zu schärfen, wurden die vier der Kita zugeschriebenen Funktionen (Kompensations-, Entlastungs-, Frühwarn- und Vermittlungsfunktion) und die damit verbundenen Aufgaben genutzt (vgl. Gleich 2005). Es wurde deutlich, dass die Frühwarnfunktion sich in den Kategorien, die aus gesundheitsförderlichen Ansätzen resultieren, nicht abbildet. Da Stigmatisierungsängste jedoch der Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Angebote entgegenstehen können (vgl. u. a. Bauer 2005), wurde dazu eine eigene Kategorie gebildet. Zu den methodischen

Schlüsselementen der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten gehören neben der Verhaltensprävention auch die Strukturentwicklung (Verhältnisprävention) sowie die Beteiligung der Adressat*innen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) 2015, S. 15). Um die Daten auch hinsichtlich dieser Aspekte untersuchen zu können, wurden auch die Auswertungskategorie Rahmenbedingungen und Partizipation gebildet und entsprechend definiert. Da eine gelingende Gestaltung des Übergangs von der Familie in die Kita sowohl zu Ressourcengewinnen als auch -verlusten beitragen kann (Geene und Borkowski 2017), wurden auch Transitionsprozesse in das Kategoriensystem aufgenommen.

Tabelle 3: Deduktives Suchraster für die Datenanalyse (eigene Darstellung – hervorgehoben sind Kategorien und Subkategorien)

Deduktives Suchraster	
Kategorie	Definition
enable (positive Besetzung der Kompensationsfunktion, Entlastungsfunktion)	<ul style="list-style-type: none"> > Erfahrung von Unterstützung, Empowerment > Ressourcenstärkung im Sinne des Befähigens > Unterstützung kann auf mehreren Ebenen erfahren werden <ul style="list-style-type: none"> - Vereinbarkeit Familie und Beruf oder auch - Entlastung durch Betreuung in Alltagsorganisation - Hilfen bei der Erziehung, z.B. Vermittlung in weiterführende Hilfen, Tipps von Fachkräften
mediate (Vernetzungsfunktion)	<ul style="list-style-type: none"> > Vernetzung mit anderen Müttern > Vermittlung in weiterführende Hilfen > Vernetzung der Kinder
advocate	> Mütter fühlen sich anwaltschaftlich vertreten
Partizipation	Mütter erleben sich als Beteiligte (Koproduzenten) von Bildungsprozessen <ul style="list-style-type: none"> - aktive Beteiligung am Kita-Alltag möglich - eigene Erziehungsvorstellungen werden gehört und aufgegriffen - Anerkennung als Expertin der eigenen Lebenswelt
Stigmatisierungssorgen (Frühwarnfunktion und pädagogische Ausrichtung der Kompensationsfunktion)	Immer dann, wenn Mütter in ihren Bedarfen nicht gehört werden und einseitige Vermittlung von Wissen und Informationen stattfindet - Ablehnung / fehlende Anerkennung <ul style="list-style-type: none"> - auf persönlicher Ebene (z.B. aufgrund von Alter) - auf inhaltlicher Ebene (z.B. unterschiedliche Erziehungsansätze) - auf struktureller Ebene (z.B. Alltagsorganisation, Betreuungsumfang) - Erfahrung von Kontrolle / Bevormundung - Gefühl von Ausgeliefertsein - Einblicke in familiären Alltag geben müssen - Sorge, Jugendamt wird eingeschaltet
Gestaltung von Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention)	Ent- und Belastung durch Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> - Abholung im Krankheitsfall - Gestaltung Öffnungszeiten - Gestaltung Betreuungszeiten - Räumlichkeiten und soziales Umfeld - Personalschlüssel
Gestaltung von Übergängen (Transitionsprozess)	Alle Textstellen, die sich auf das Thema Übergang in die Kita beziehen <ul style="list-style-type: none"> - auf individueller Ebene (Bedarfe der Mütter und Kinder im Fokus) - auf interaktionaler Ebene (Beziehungsaufbau zu Fachkräften und Eltern) - auf kontextueller Ebene (Alltagsorganisation, Vereinbarkeit Familie und Beruf)

Die Auswertung erfolgte mit dem Programm MAXQDA Version 12. Die Nutzung erforderte vor dem Materialdurchgang das Anlegen der Kategorien und Subkategorien sowie eines Codes für den FAI, bevor im ersten Interpretationsschritt eine entsprechende Zuordnung von Textstellen erfolgen konnte.

Um den subjektiven Schilderungen gerecht werden zu können war es notwendig, trotz deduktiver Herangehensweise genügend Offenheit zu bewahren, da die gebildeten Kategorien auf theoretischen Ableitungen beruhten und eine alleinige Fokussierung darauf unterstellen würde, dass Eltern in den gleichen Kategorien denken. Für die Beantwortung der Forschungsfrage war es aber notwendig, fördernde und hemmende Faktoren zu identifizieren, die aus der Perspektive von Eltern hinsichtlich der Gesundheitsförderung im Setting Kita relevant sind. Das ursprüngliche Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse sieht eine Reliabilitätsprüfung der entwickelten Kategorien und eine ggf. damit verbundene Modifizierung und/oder Zusammenfassung zu Überkategorien im Bearbeitungsprozess nach ca. 50 % des Materials vor (Mayring 2000). Dieses rein deduktive Vorgehen birgt allerdings die Gefahr, dass relevante Aspekte außerhalb des bestehenden Kategoriensystems nicht aufgenommen und analysiert werden bzw. die Hälfte des Datenmaterials mit einem nicht tragfähigen Kategoriensystem bearbeitet werden muss, bevor Anpassungen vorgenommen werden können (Gläser und Laudel 2009). An dieser Stelle muss die qualitative Inhaltsanalyse sich bezüglich der Gewährleistung des Prinzips der Offenheit von Forschungsprozessen kritisch hinterfragen lassen (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2010, S. 183). Gläser und Laudel (2009) haben das Verfahren nach Mayring in ihren eigenen Forschungen um die Aufnahme neuer Kategorien aus dem empirischen Material und Veränderungen in der dimensionalen Ausprägung einzelner Kategorien im Prozess der Textbearbeitung erweitert. Die Möglichkeit der Kombination induktiver und deduktiver Kategorienbildung ermöglichte für die eigene Arbeit einerseits das theoriegeleitete Vorgehen und andererseits blieb die notwendige Offenheit für die Einbindung empirisch geleiteter Kategorien bestehen. Das Material wurde so systematisch ‚top down‘ und ‚bottom up‘ analysiert, wobei beide Schritte eng miteinander verzahnt waren (Reinhoffer 2008, S. 133). Die Möglichkeit der deduktiven Kategorienbildung und der induktiven Überarbeitung im Forschungsprozess eröffneten die Möglichkeit, auch nicht explizit gesundheitsbezogene Aussagen entsprechend zu systematisieren und gleichzeitig das Kategoriensystem entlang des empirischen Datenmaterials zu erweitern bzw. zu verändern. (vgl. Tabelle 4).

Bei den Hilfen bei der Erziehung wurde in vielen Fällen die Zufriedenheit des Kindes fokussiert und daher im Extraktionsprozess neben den Hilfen und Tipps von Fachkräften als eigene Subkategorie benannt. Deutlich wurde, dass Kosten und Anmeldeverfahren ein großes Thema der Mütter in den Narrationen darstellte, sodass diese beiden Faktoren unter den Rahmenbedingungen als neue Subkategorien eingeführt wurden. Die Subkategorien Abholung im Krankheitsfall und Personalschlüssel waren zu eng geführt und wurden daher umbenannt in Krankheit der Kinder und Personal. Ersichtlich wurde auch, dass Mütter an vielen Stellen versuchen, kausale Zusammenhänge herzustellen, und dabei unterschiedliche Codes des Kategoriensystems verweisen. Um diese Kausalzusammenhänge zu erfassen, wurden die Kategorien Ursache und Wirkung aufgenommen. Da an vielen Stellen die Frage nach der Kita auch mit unklaren Bewertungen verbunden ist, Antworten keine Rückschlüsse auf weiterführende Aspekte zulassen, jedoch die Kita/Arbeit der Kita mit der Aussage bewertet wird, wurde dazu eine eigene Kategorie gebildet. Im Verlauf der weiteren Analyseschritte zeigte sich, dass diese Kategorie nicht benötigt wurde.

Tabelle 4: Kategoriensystem nach induktiver Erweiterung (eigene Darstellung – Erweiterungen durch Großschreibung des gesamten Wortes kenntlich gemacht)

Induktive Erweiterung	
Kategorie	Definition
enable (positive Besetzung der Kompensationsfunktion, Entlastungsfunktion)	> Empowerment > Ressourcenstärkung, Erfahrung von Unterstützung im Sinne des Befähigens > Unterstützung kann auf mehreren Ebenen erfahren werden <ul style="list-style-type: none"> - Vereinbarkeit Familie und Beruf oder auch - Entlastung durch Betreuung in Alltagsorganisation - Hilfen bei der Erziehung <ul style="list-style-type: none"> • TIPPS UND HILFEN VON FACHKRÄFTEN • ZUFRIEDENHEIT DES KINDES
mediate (Vernetzungsfunktion)	> Vernetzung mit anderen Müttern > Vermittlung in weiterführende Hilfen > Vernetzung der Kinder
advocate	> Mütter fühlen sich anwaltschaftlich vertreten
Partizipation	Mütter erleben sich als Beteiligte (Koproduzenten) von Bildungsprozessen <ul style="list-style-type: none"> - aktive Beteiligung am Kita-Alltag möglich - eigene Erziehungsvorstellungen werden gehört und aufgegriffen - Anerkennung als Expertin der eigenen Lebenswelt
Gestaltung von Rahmenbedingungen (Verhältnisprävention)	Ent- und Belastung durch Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> - ANMELDUNG - KOSTEN - Abholung im Krankheitsfall (ERKRANKUNG DES KINDES) - Gestaltung Öffnungszeiten - Gestaltung Betreuungszeiten - Räumlichkeiten und soziales Umfeld - Personalschlüssel/Personal
Stigmatisierungssorgen (Frühwarnfunktion und pädagogische Ausrichtung der Kompensationsfunktion)	Immer dann, wenn Mütter in ihren Bedarfen nicht gehört werden und einseitige Vermittlung von Wissen und Informationen stattfindet - Ablehnung / fehlende Anerkennung <ul style="list-style-type: none"> - auf persönlicher Ebene (z.B. aufgrund von Alter) - auf inhaltlicher Ebene (z.B. unterschiedliche Erziehungsansätze) - auf struktureller Ebene (z.B. Alltagsorganisation, Betreuungsumfang) - Erfahrung von Kontrolle / Bevormundung - Gefühl von Ausgeliefertsein - Einblicke in familiären Alltag geben müssen - Sorge, Jugendamt wird eingeschaltet
Gestaltung von Übergängen (Transitionsprozess)	Alle Textstellen, die sich auf das Thema Übergang in die Kita beziehen <ul style="list-style-type: none"> - auf individueller Ebene (Bedarfe der Mütter und Kinder im Fokus) - auf interaktionaler Ebene (Beziehungsaufbau zu Fachkräften und Eltern) - auf kontextueller Ebene (Alltagsorganisation, Vereinbarkeit Familie und Beruf)
Induktiv neu hinzugefügt	
Ursache	Immer, wenn Ursachen für Be- und Entlastung durch die Kita benannt werden (Antwort auf warum), oftmals beginnend mit weil, dann
Wirkung	Textstellen, in denen eine Variable einen für die Forschungsfrage relevanten Aspekt beeinflusst, oftmals im Zusammenhang mit Ursachen, entweder vor der Ursache oder im Anschluss
Bewertung ohne Begründung	Immer, wenn Antworten keine Rückschlüsse auf weiterführende Aspekte zulassen, jedoch die Kita/ Arbeit der Kita mit der Aussage bewertet wird

Um die intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Zuordnung von Textstellen zu den Kategorien zu sichern, wurde das Kategoriensystem im Verlauf des Materialdurchgangs nicht nur induktiv erweitert, sondern auch mit Ankerbeispielen und teilweise Kodierregeln untersetzt. Die vollständige Tabelle findet sich in den Anlagen (vgl. Tabelle 10).

3.2.2 Aufbereitung und Auswertung der extrahierten Daten

Der Aufbereitungs- und der Auswertungsprozess der Daten waren eng miteinander verbunden und lassen sich nur schwer losgelöst voneinander betrachten. In einem ersten Schritt wurden die kodierten Textstellen der Kategorien und Subkategorien aus MAXQDA jeweils in eine Excel-Tabelle exportiert. Damit lagen am Ende des Prozesses 23 Einzeldateien vor. Im nächsten Schritt wurden in jeder Kategorie/ Datei sinngleiche Aussagen zu Gruppen zusammengefasst und die Ausprägungen dimensioniert. Gleichzeitig wurden Redundanzen beseitigt und Fehler (z. B. falsche Zuordnung zu einer Kategorie) korrigiert. Die Vielzahl an Interviewsequenzen zu den einzelnen (Sub)Kategorien (insgesamt 741) wurde damit deutlich reduziert (130). Die entstandenen Cluster wurden im weiteren Verlauf inhaltlich mithilfe des nachstehenden Analyserasters (vgl. Tabelle 5) ausgewertet.

Tabelle 5: Darstellung des Analyserasters (eigene Darstellung)

Ereignisse (Stressoren)	Bewertung	Belastung	Bewältigungsstrategien		SOC	Stressreaktion	Quellen	FAI
			soziale Ressourcen	personale Ressourcen				

In Spalte 1 wurden entlang der Kategorien und Subkategorien die Ereignisse festgehalten, die von den Interviewten als belastend oder unterstützend beschrieben wurden. In Spalte 2 wurde die Bewertung dieses Ereignisses durch die Interviewten notiert, welche sich in der Regel aus den gebildeten Clustern und ihren Dimensionierungen ergab. Ein Ereignis konnte von unterschiedlichen Personen verschieden bewertet werden, neutral, positiv oder negativ. Um Gründe für diese Bewertung herauszuarbeiten, wurden die Sequenzen in den Clustern auf besondere Belastungen (Spalte 3), aber auch Bewältigungsstrategien (Spalte 4) untersucht und analysiert, welche Faktoren des SOC jeweils davon berührt werden (Spalte 5). Im Ergebnis wurde die daraus folgende Stressreaktion vermerkt. Die verschiedenen Quellen zu einem Ereignis und der jeweilige FAI wurden mitgeführt, wodurch eine Betrachtung der unterschiedlichen Bewertungen bzw. Belastungen und Bewältigungsstrategien in Beziehung zur Soziallage gesetzt werden konnte. Die Ergebnisse wurden mit einem zusammenfassenden und erläuternden Summary untersetzt. Das Datenmaterial wurde mit diesen beiden Auswertungsschritten auf eine neue Abstraktionsebene gehoben und noch einmal deutlich reduziert (vgl. beispielhafte Darstellung der Kategorie Öffnungszeiten in den Anlagen Tabelle 11).

Um die Daten weiter zu abstrahieren, wurden im Anschluss fallübergreifend fördernde sowie hemmende Faktoren in Bezug auf die Initiierung und Umsetzung von Gesundheitsförderung im Setting – zunächst innerhalb der vormals angelegten Kategorien enable, mediate und advocate – herausgearbeitet und dargestellt. Dazu wurden die vorliegenden Tabellenblätter zur Erfassung der Stressoren und Ressourcen auf gemeinsame Merkmale hin untersucht. Handlungsleitend war die Frage, welche Einflussfaktoren innerhalb der Kita sich positiv auf die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen, die Vermittlung in weiterführende Angebote sowie die anwaltschaftliche Vertretung auswirken. Das bedeutete, dass in diesem Schritt nicht nur positive Verläufe in den Blick genommen werden konnten, sondern Determinanten, die sich negativ auswirken, positiv übersetzt werden mussten, um Bedingungen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung

in der Kita zu erschließen. Die Einflussfaktoren wurden der persönlichen, der interaktionalen, der organisatorischen sowie der kontextuellen Ebene zugeordnet. Um die Einflussfaktoren weiter auszdifferenzieren und zu systematisieren, wurde untersucht, ob und wie einzelne Faktoren des SOC Bewältigungsstrategien und Ressourcen bedingen. Parallel wurde geprüft, inwieweit der FAI im Zusammenhang mit den Merkmalen wirksam wird. Dabei wurde die proportionale Verteilung in Bezug auf die Gesamtheit der Interviews (1/3 niedriger FAI zu 2/3 hoher FAI) in die Betrachtung einbezogen. Die Ergebnisse dieses Arbeitsschrittes finden sich in den Anlagen (Tabellen 12 - 14).

Im letzten Schritt der Auswertung wurden die Ergebnisse für die Kategorien enable, mediate und advocate auf den unterschiedlichen Einflusebenen (Individuum, Interaktion, Organisation, Kontext) zusammengeführt. Gleiche Schlüsse konnten zusammengefasst und Widersprüche bzw. unterschiedliche Bewertungen gleicher Aspekte gegenübergestellt und diskutiert werden. Abschließend wurden die Befunde aufbereitet und zur empirischen Absicherung mit Zitaten untersetzt.

Für die Ergebnisdiskussion und Beantwortung der Forschungsfrage wurden über die Einflusebenen hinweg Beziehungen unter den empirisch herausgestellten Determinanten aufgezeigt und die sich daraus ableitenden Strategien in Rückbindung an die Argumentation der einleitenden Darstellung des Forschungsstandes diskutiert.

4 Ergebnisse

Die Analyse zeigt, dass die Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung im Setting Kita sich aus einem spezifischen Satz an Einflussfaktoren und Bedingungen ergeben. Die Einflussfaktoren lassen sich auf individuelle Voraussetzungen zurückführen und sind auf der interaktionalen sowie der organisatorischen und kontextuellen Ebene verortet. Intervenierend wirken Einflussfaktoren, die außerhalb der Kita liegen (vgl. Abbildung 2).

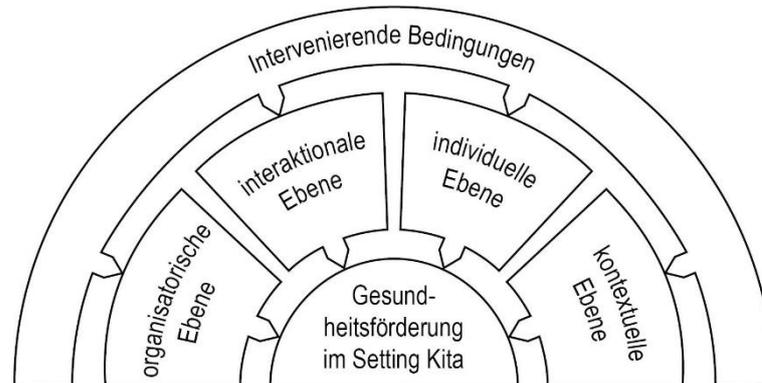


Abbildung 2: Ebenen der Einflussfaktoren für Gesundheitsförderung in der Kita (eigene Darstellung)

Im Folgenden werden die Einflussfaktoren der einzelnen Ebenen vorgestellt. Die hervorgehobenen Zitate grenzen diese voneinander ab und führen als Schlüsselzitate jeweils in ein neues Element ein. Die Zahlen in den Klammern geben an, wie viele Interviewsequenzen dem jeweiligen Aspekt zugeordnet werden konnten. Werden zwei Zahlen in der Klammer angegeben, zeigen diese das Verhältnis von Müttern mit hohem FAI und niedrigem FAI an.

4.1 Individuelle Voraussetzungen

Die individuellen Ausgangssituationen der Mütter sind verschieden und beeinflussen den Bedarf sowie die Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Vermittlungsangeboten. Hier lassen sich die Bedingungen zum einen aus der persönlichen Situation der Mütter, zum anderen aus den subjektiven Unterstützungsbedarfen im Alltag ableiten.

4.1.1 Persönliche Situation der Mütter

Auf die Frage, ob die Kita als Unterstützung wahrgenommen wird, antworten die meisten Mütter durchaus positiv. Insbesondere für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, aber auch für die Entlastung in Alltagssituationen wird die Kita hervorgehoben. Es werden jedoch personale Attribute ersichtlich, die zu Unterschieden in der Bewertung, den Bedarfen sowie den Motiven führen und auf differente Unterstützungspotenziale durch die Kita verweisen.

„[...] für mich eigentlich so‘ne richtig schwere Zeit, wo ich auch in son‘ ein richtig tiefes Loch gefallen bin.“ (I109 Z:311-316)

Grundvoraussetzung für die Wahrnehmung und Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in und durch die Kita ist die erfolgreiche (Neu)Definition der Rolle als Mutter eines Krippen- bzw. Kindergartenkindes. Die vorliegenden Schilderungen des Transitionsprozesses lesen sich

durchgehend problematisch. Die Mütter sind mit sich selbst im Konflikt; beschreiben Trennungsschmerz (4), das plötzliche Alleinsein zu Hause (6) sowie ein schlechtes Gewissen (5). Während das ‚Alleinsein‘ für Mütter mit niedrigem FAI durchgehend ein vorübergehendes Stadium im Zeitraum der Eingewöhnung darstellt, bleibt für Mütter mit hohem FAI dieser Zustand länger erhalten. Insbesondere dann, wenn Mütter keine neue Aufgabe haben und Kinder den Übergang erfolgreich meistern, verstärkt sich das negative Gefühl:

„[...] hatte ich eigentlich das Gefühl, das er sich relativ schnell auch äm ja an die an die Erzieher und die anderen Kinder gewöhnt hat und sich auch schnell binden konnte. Für mich war's sehr, sehr schwierig, weil als ich dann wieder so ganz alleine zu Hause sitz', ja und gar keine Aufgabe im Prinzip hast." (I109 Z:305-316)

Es zeigt sich, dass der eigene Rollenwechsel auch unmittelbar von den Veränderungen auf der interaktionalen Ebene beeinflusst wird. Eine gute Beziehung zu den Fachkräften bereits vor dem Eintritt in die Kita unterstützt die anstehenden Veränderungsprozesse positiv und kann Müttern den Trennungsschmerz erleichtern und Ängste nehmen.

„Bevor die Eingewöhnungszeit begonnen hatte, hab ich mehrmals immer wieder in der Krippe angerufen und hab gesagt, mein Kind is anders, mein Kind is anders, mein Kind schreit, mein Kind is ganz arg auf mich bezogen, des nich akzeptiert bei irgendjemand anders zu sein. [...] Ähm, und da meinte die [...] ich soll mich nich verrückt machen oder Sorgen machen. Ja und so wars auch." (I155 Z:589-598)

Die Kita kann einem Ressourcenverlust im Transitionsprozess an zwei Stellen entgegenwirken: Durch einen frühzeitigen Beziehungsaufbau zu den Müttern und über Angebote, die die empfundene Leere kompensieren.

Ob und wie gut die Neuausrichtung der eigenen Rolle gelingt, wird auch davon beeinflusst, welchen Sinn die Mütter der Betreuung durch die Kita geben können. Die erlebte Norm der Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird in 11 Sequenzen kritisch infrage gestellt, bei neun dieser Mütter wurde ein hoher FAI notiert. Auffällig ist, dass insbesondere Mütter mit hohem FAI einen sehr frühen Kita-Einstieg beschreiben. Zwänge sind dabei Ausbildungs-/ Studienbeginn oder -fortsetzung (6) sowie fehlende finanzielle Mittel (3). Die Mütter meistern die Anforderungen, fragen sich aufgrund ihrer persönlichen Einstellung zur Familie jedoch nach dem Sinn, insbesondere dann, wenn die gemeinsamen Zeiten mit dem Kind auf „ne Stunde oder so.“ (I140 Z:21-32) begrenzt sind. Dies wird als normaler Alltag „von Montag bis Freitag“ geschildert, lediglich „Samstag, Sonntag is' da eher etwas ruhiger“ (I155 Z:3-10).

Im Ergebnis haben Mütter ein schlechtes Gewissen, das sich in vielen Beschreibungen des Übergangs in die Kita andeutet. Ein Grund dafür ist die Sorge, Entwicklungsschritte zu verpassen. Mütter mit niedrigem FAI haben hier aufgrund ihrer finanziellen Ressourcen Wahlmöglichkeiten und entscheiden sich, auszusteigen oder ihre Arbeitszeit zu reduzieren. So geht eine Mutter „jetzt an drei Tagen“ arbeiten und hat „zumindest zwei Tage die Woche wo [sie sich] nur um die Kinder kümmern konnte“ (I170 Z:529-539).

„Wir haben die Möglichkeit zu arbeiten und wissen unseren Kindern geht's da gut und finde ich, find ich super." (I112 Z:719-721).

Wenn subjektiv das Gefühl des Wohlbefindens der Kinder besteht, wird es sowohl für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, als auch für die Alltagsorganisation als große Entlastung empfunden. Im Gegenzug erleben die Mütter Stress, wenn die Kinder nicht gut mit dem Kita-Alltag klarkommen und können auch die Rückkehr in das Berufsleben nicht bewältigen. Mütter verweisen auf verschiedene Strategien, um das Wohlbefinden der Kinder positiv zu beeinflussen. Das Reinwachsen des Kindes in die Rolle als Kita-Kind spielt insbesondere für Mütter mit niedrigem FAI (3) eine wesentliche Rolle. Hingegen betonen ausschließlich Mütter mit hohem FAI (4) die Bedeutung von vorherigen Gruppenerfahrungen und bereits bestehenden Sozialkontakten. So nehmen Mütter vor dem Kita-Eintritt an Krabbelgruppen und Müttertreffs teil, um Kinder auf den Kontakt mit anderen Kindern vorzubereiten, versuchen Kontakte zu Eltern und Fachkräften zu knüpfen, denn es ist besser „als wenn man da so ins kalte Wasser zu irgendwelchen Fremden geworfen" (I166 Z:567-570) wird. Dabei formulieren sie ganz deutlich, dass sie nach Eintritt der Kinder in die Kita dieses Angebot nicht mehr annehmen würden, da das Ziel, ‚Kinder unter Kinder‘ zu bringen, dann durch die Kita erreicht ist.

Die Sorgen um das Wohlbefinden der Kinder nehmen mit dem Wissen um chronische Erkrankungen bzw. Handicaps der Kinder zu und werden von Ängsten der Mütter um die Anerkennung des Kindes bei Kindern und Fachkräften begleitet.

„Na ja ich habe am Anfang immer Angst gehabt, dass C. als Außenseiterin ähm gilt dort, durch ihre Sprache, weil sie ja damals sehr schlecht gesprochen hat [...]. Also alle wissen Bescheid, wir haben's gesagt den Logopäden. [...]. Hat viele Freunde, wo ich ja auch immer Angst hatte erst, dass sie da gar keine Freunde hat und Außenseiter ist, ist aber gar nicht der Fall."(I31 Z:373-379)

Die Ergebnisse zeigen, dass Verständnis und Akzeptanz sowie das Aufzeigen von Hilfsangeboten bereits im Prozess des Übergangs Mütter psychisch entlasten und die (Neu)Definition der eigenen Rolle positiv unterstützen. Allerdings bleibt festzuhalten, dass negativen Beschreibungen von Müttern mit hohem FAI (5/1) bislang auf andere Erfahrungen hindeuten.

Auffällig ist, dass das Thema einer zunehmenden Krankheitsrate der Kinder Mütter bereits vor dem Kitabesuch beschäftigt und der Zusammenhang von Gesundheit der Kinder und Kitabesuch antizipiert wird. Insbesondere Erfahrungen von längeren Krankheitsphasen des Kindes, aber auch Berichte aus dem Familien- und Bekanntenkreis tragen dazu bei, dass bereits vor Eintritt die Sorge vor möglichen Krankheitsphasen als Stressor vorhanden ist. Das Wissen um die mögliche Infektzunahme und damit verbunden die frühzeitige Entwicklung von Strategien für den eintretenden Krankheitsfall sowie der mögliche Rückgriff auf soziale Unterstützung wirken hier – unabhängig vom FAI der Mütter – positiv entgegen.

„Also ich bin damit schon zur Leiterin gegangen und hab gesagt [...], zumindest können sie mir so was sagen. Ich bin ja immerhin noch die Mutter." (I118 Z:290-292).

In der Analyse zeichnen sich Unterschiede im expliziten Wissen um eigene Erziehungsvorstellungen sowie in den Möglichkeiten der Artikulation ab. Insbesondere Müttern mit hohem FAI (9) fällt die Artikulation eigener und kindlicher Bedarfe schwer. Oftmals kommen sie gar nicht in die Situation, ihr Wissen unter

Beweis stellen zu können. Statt einer gemeinsamen Problemlösung erleben sie Zurechtweisungen in Bezug auf die Einschätzung der Gesundheit und Entwicklung der Kinder sowie die Erziehungsarbeit in der Familie. Gelingt es Müttern mit niedrigem FAI, hier sehr offensiv vorzugehen und dagegen zu halten, verfügen Mütter mit hohem FAI über weniger Bewältigungsstrategien, sind enttäuscht, schaffen es aber nicht eigene Ressourcen zu aktivieren und ihre Expertinnenschaft deutlich zu machen.

„Na ja also mit den Erziehern bin ich jetzt nicht so zufrieden. [...] Na ja weil äh also ich weiß nicht. Die gehen da mit den Kindern nicht so schön um.“ (I122 Z:39-47)

In den meisten Fällen kommunizieren die Mütter Unzufriedenheit nicht. Einerseits aus Sorge einer schlechteren Behandlung des Kindes oder weil gerade Mütter mit hohem FAI nicht explizit benennen können, was das unguete Gefühl verursacht bzw. meinen, eine Lösung anbieten zu müssen.

Es finden sich Einzelfälle, in denen Mütter Hilfe im Sinne von advocacy in Anspruch nehmen.

„Ich denke, dass die im Kindergarten teilweise noch offener sein müssten [...]. also ich habe das zum Beispiel auch gehabt, dass ähm das zwischendurch auch beim Großen nicht ganz eindeutig war, ob er rechts oder linkshändig ist [...] und da ist echt meine Ergotherapeutin hingegangen und denen mal so ein bisschen wie so eine Schulung übergebracht hat.“ (I20 Z:917-928)

Leiter*in bzw. Träger oder auch Expert*innen außerhalb der Kita werden einbezogen, um den Anliegen Nachdruck zu verleihen. Das anwaltschaftliche Eintreten von Autoritäts- und Fachpersonen, die sich in einer anderen Machtposition befinden, ermöglicht eine Artikulation sowie auch Wahrnehmung der Bedarfe von Müttern.

„Also ich weiß jetzt nich, auf was du jetzt auf Tipps beziehst. Ich glaube, da mach ich lieber mein Ding.“ (I157 Z:504-511)

Das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit beeinflusst unmittelbar das Aufsuchen der Kita bei Fragen und Problemen. Verfügen Mütter über personale Ressourcen wie Wissen um eigene Erziehungsvorstellungen und entsprechende Artikulationsmöglichkeiten, aber auch Organisationsfähigkeit, Optimismus und Zielstrebigkeit, wird wenig Hilfe durch die Kita erwartet und auch in Anspruch genommen. Offen bleibt dabei jedoch, ob die Interviewten ihre Situation positiv darstellen, da sie Schilderungen von Schwierigkeiten als Versagen empfinden würden.

Die Unterschiede in den Erwartungen an die eigene Selbstwirksamkeit manifestieren sich auf der Beziehungsebene. Mütter nehmen zum Teil ein distanzierendes Verhalten der Fachkräfte wahr, interpretieren es jedoch vollkommen unterschiedlich. Während Mütter mit niedrigem FAI es eher als Fakt beschreiben: „Es gibt zwei, drei, mit denen ich super klarkomme, die irgendwie och so super menschlich sind und es gibt welche, die halt wo die Beziehung eher unterkühlt is.“ (I157 Z:508-511), beziehen Mütter mit hohem FAI dies stark auf ihre eigene Person und stellen sich infrage. Besonders deutlich wird es in der Bewertung von Hol- und Bringesituationen. Fühlen sich Mütter mit geringem FAI nicht ausreichend wahrgenommen und zu wenig über den Alltag informiert, interpretieren Mütter mit hohem FAI diese Schlüsselsituationen aus einer sehr persönlichen Perspektive, fühlen sich beobachtet und bewertet: „Wie sie da alle in einer Ecke stehen und sich da eins zurecht tratschen“ (I21 Z:1038-1046).

Insbesondere sehr junge Mütter (6) haben das Gefühl, dass ihnen aufgrund ihres Alters nur wenig zugetraut wird und viele Vorurteile vorhanden sind.

„Also, dass ich keine Verantwortung habe, dass ich halt, ähm, naiv und jung bin, ja? Weil sie denn selber Kinder haben in meinem Alter und dann halt, aber die studieren oder machen eine Ausbildung.“ (I34 Z:1026-1028)

Die Lebensentwürfe der jungen Mütter decken sich nicht mit dem Bild, dass die Fachkräfte für junge Frauen haben. Im Ergebnis erleben die Mütter ein vorurteilsbesetztes Verhalten ihnen gegenüber. Die Mütter haben das Gefühl, in Vorleistung gehen zu müssen, damit ihnen mit Respekt begegnet wird. Gelingt dies, schöpfen Mütter daraus dann wiederum neues Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit.

„Anfangs ja und dann wo man sich etwas unterhalten haben, haben se‘ gesehen das ich trotzdem weiter mache mit meine Ausbildung, dieses Sozialassistentin. Hab dann ein Jahr gearbeitet [...] denn Babyjahr, dann trotzdem mein Weg weitergelebt habe mit Ausbildung und so und dass ich das nicht vernachlässige trotz Kind.“ (I55 Z:521-527)

Mütter benötigen positive Bestärkung in ihrem Handeln, um langfristig ein höheres Maß an Selbstbestimmung im Umgang mit den familiären Herausforderungen zu erlangen. Hier sind im Sinne der Anerkennung und Diversitätssensibilität ein Perspektivwechsel und ein vorurteilsbewusstes Handeln notwendig.

4.1.2 Bedarf an Unterstützung in der Alltagsbewältigung

Neben den personalen Attributen beeinflussen subjektiv wahrgenommene Unterstützungsbedarfe und objektiv erlebte Grenzen in der Alltagsbewältigung die Inanspruchnahme von Hilfen durch die Kita. Als intervenierende Bedingung außerhalb der Kita kommt den Möglichkeiten des Rückgriffs auf eigene soziale Unterstützungsnetzwerke eine wichtige Bedeutung zu. In den meisten Fällen verweist ein Mangel auf eine eingeschränkte Handhabbarkeit des Alltags.

„Na s ist halt schon ‘ne Hilfe großartig, wenn der Große, dass er halt im Kindergarten ist, dass dann, (Luft holen) dass ich dann ab und zu mal wirklich durchatmen kann.“ (I3 Z:274-278)

Die Mütter berichten in einer großen Zahl (21) von Entlastung bei den Alltagsaufgaben durch den Kita-Besuch ihrer Kinder. Besonders Mütter mit hohem FAI (17) fühlen sich auf der persönlichen Ebene entlastet und in ihren Ressourcen gestärkt.

„Um einfach zu entspannen, wie auch immer. Nicht so einem Stress immer ausgesetzt zu sein. Mir hat es was gebracht. Er ist zwar in den Kindergarten gebracht, aber ich konnte was für mich tun. Ich konnte mich auf die Couch legen, wie auch immer.“ (I89 Z:582-589)

Die Betreuung in der Kita ermöglicht Müttern Zeit für Einkäufe, Behördengänge, den Haushalt, die Betreuung jüngerer Kinder. Persönliche Kompetenzen in der Alltagsorganisation sind dabei von Bedeutung und verschaffen Müttern Freiräume, sich auch um eigene Bedürfnisse zu kümmern, z. B. durch Zeiten zur Regeneration und Pflege von Sozialkontakten. Im Ergebnis der Analyse zeigt sich, dass die Erwartungen und Ansprüche an die Betreuung der Kinder in der Kita sehr verschieden sind. Während Mütter mit niedrigem FAI gezielte Ansprüche an Output und Outcome bzgl. der Unterstützung bei der Förderung der Kinder formulieren, steht für Mütter mit hohem FAI das Sicherstellen von Sozialkontakten (für Kinder und Mütter) sowie die eigene Entlastung im Alltag im Vordergrund.

„Die, die ich habe, auf die ich mich verlassen kann, die arbeiten selber und haben Kinder. Müssen das Gleiche managen, und ähm, die die mir bis jetzt geholfen haben, sind schwanger. Den kann ich dann meine Kinder auch nicht zumuten.“ (I155 Z:52-61)

Ausschließlich Mütter mit hohem FAI berichten von gescheiterten Versuchen des Wiedereinstiegs in Ausbildung und Beruf, immer im Zusammenhang mit fehlender sozialer Unterstützung. Die Alltagsorganisation bleibt insbesondere mit Blick auf Öffnungs- und Betreuungszeiten schwierig, wenn Mütter alleinerziehend und/oder berufstätig sind, mehrere Kinder im Haushalt leben und nicht auf soziale Unterstützung zurückgreifen können (vgl. dazu auch 4.3.2). Auch die Organisation verschiedener Betreuungspersonen zur Sicherung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf erfordert viel Kraft und Zeit und verursacht neben Ausbildung und Beruf zusätzlichen Stress. Insbesondere für Mütter im Schichtdienst bedeutet es, „da muss wer anders sie abholen, das ist immer ein bisschen schwierig“ (I61 Z:15-26). Die Tage beginnen oft schon sehr früh, damit Alltagsarbeiten vorher erledigt werden können.

„Also also wenn ich morgens aufstehe, ist es halb sechs dann halt[...] sechs Uhr fünfzehn muss ich dann den Großen wach machen und dann äh mach ich den Kleinen wach und dann können sie ein Joghurt essen und dann ziehen sie sich an, dann müssen sie also weiter Zähne putzen. Ich bin dann soweit fertig. Ich häng dann in der Zeit die Wäsche auf, weil ich das über den Tag ja nicht kann [...] und dann bring ich se' in Kindergarten.“ (I134 Z:113-130)

Des Weiteren ist die Erkrankung von Kindern ohne soziale Unterstützung nur schwer zu bewältigen. Sowohl die sofortige Abholung aus der Kita als auch die Betreuung des Kindes zu Hause sind zwei Stressoren, die benannt werden und ausschließlich bei Müttern mit hohem FAI aufgrund mangelnder sozialer Unterstützung zu Spannungszuständen werden.

Aus der fehlenden soziale Unterstützung bei der Alltagsorganisation ergeben sich Anschlussstellen für die Vermittlung weiterführender Angebote.

„Ich habe mal gehört oder hab das mal im Fernsehen gesehen, ne Reportage, dass Omas die keine Kinder mehr ham und keene Enkel, die suchen sich, also du suchst dir dann ne Oma für dein Kind aus. Die bringt die dann zum Kindergarten und sonst wo hin. Macht mit denen nachmittags was, damit du keenen Stress hast.“ (I53 Z:432-441)

Dabei kommt niedrigschwellige Hilfen, wie z.B. ‚Leih-Omas‘ oder Familienpaten eine wichtige Bedeutung zu.

4.1.3 Resümee

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die persönlichen Situationen der Mütter verschieden sind und dies auch zu unterschiedlichen Bewertungen der Unterstützungsbedarfe führt. Im Ergebnis bedingt dies unterschiedliche Strategien der Gesundheitsförderung, die sich dem Bereich enable zuordnen lassen, jedoch auch Anschlussstellen für mediate sowie advocacy bieten. Mit Blick auf die drei Aspekte des Kohärenzsinn zeigt sich, dass alle Bedingungen sich auf der Ebene der Sinnhaftigkeit verorten lassen (vgl. Tabelle 6), da subjektive Bewertungen den Umgang mit den (anstehenden) Herausforderungen des Kitabesuches bestimmen. Die Unterstützungsbedarfe ergeben sich zumeist aus der Handhabbarkeit des Alltags, wobei die Bewertungen von Müttern mit hohem und niedrigem FAI verschieden ausfallen.

Tabelle 6: Einflussfaktoren und Bedingungen auf individueller Ebene (eigene Darstellung)

Systematisierung der Einflussfaktoren	Bedingungen auf individueller Ebene			
	auf individueller Ebene	Handhabbarkeit	Verstehbarkeit	Sinnhaftigkeit
> persönliche Eigenschaften der Mütter			<ul style="list-style-type: none"> > Gelingen der (Neu-) Definition der eigenen Rolle > Gefühl des Wohlbefindens der Kinder > Zwänge und persönliche Einstellungen > Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit > Wissen und Artikulation eigener Erziehungsvorstellungen 	<ul style="list-style-type: none"> > soziale Ressourcen > Familienkonstellation
> Bedarf an Unterstützung in der Alltagsbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> > Entlastung bei Alltagsaufgaben > Möglichkeiten niedrighschwelliger Unterstützungsangebote 		<ul style="list-style-type: none"> > Unterstützungsbedarfe bei Alltagsaufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> > soziale Ressourcen > Familienkonstellation

Im Hinblick auf die persönlichen Eigenschaften der Mütter zeigt sich, dass grundsätzlich alle Mütter Unterstützung im Erwerb von Bewältigungsstrategien für die (Neu)Definition der eigenen Rolle benötigen. Angebote, die entstehende Lücken füllen, und Investitionen in einen frühzeitigen Beziehungsaufbau zwischen Fachkräften und Müttern sind wesentliche Unterstützungspotenziale für den Erwerb gesundheitsförderlicher Kompetenzen. Die differenten Strategien, die Mütter selbst anwenden, um für das Wohlbefinden der Kinder bei Eintritt in die Kita zu sorgen, erfordern ein unterschiedliches Vorgehen. Während für Mütter mit niedrigem FAI eine schrittweise Eingewöhnung, wie sie bereits jetzt schon in den meisten Kitas praktiziert wird, zielführend scheint, muss für Mütter mit hohem FAI der Prozess unter dem Aspekt des Aufbaus von Sozialkontakten ggf. neu ausgerichtet werden. Das Wissen um eigene Erziehungsvorstellungen sowie die Möglichkeit der Artikulation zu unterstützen, erfordert insbesondere für Mütter mit hohem FAI die Bestärkung des Vertrauens in die eigene Selbstwirksamkeit, um im Sinne von self-advocacy für sich selbst und ihre Kinder eintreten zu können. Gleichzeitig müssen auf der strukturellen Ebene Veränderungen stattfinden, die ein niedrighschwelliges Beschwerdemanagement mit transparenten Verfahrensweisen auch für Mütter mit geringem Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit sowie Artikulationsproblemen sicherstellen.

Mit Blick auf die Unterstützung in der Alltagsbewältigung ist festzuhalten, dass diese vielfach gewünscht und auch als bereits eingelöst beschrieben wird. Eine moderierende Funktion übernehmen auf der organisatorischen Ebene die Öffnungs- und Betreuungszeiten. Insbesondere dann, wenn kein Rückgriff auf soziale Unterstützung möglich ist, und/oder die Familienkonstellationen dies nicht erlauben, reichen die Kita-Zeiten nicht, um alle anfallenden Aufgaben im familiären Umfeld zu erfüllen. Unterschiedlichen Bewertungen des Entlastungsempfindens von Müttern mit niedrigem und hohem FAI müssen Berücksichtigung finden und

in die Gestaltung und Darstellung des Kita-Angebotes einfließen. Für Mütter mit hohem FAI müssen dabei speziell der Aufbau von Sozialkontakten (auch durch mediate-Strategien) als auch Unterstützung in der Alltagsorganisation bedacht werden, während für Mütter mit niedrigem FAI eher Angebote der Entlastung bei der Förderung der Kinder interessant erscheinen.

4.2 Interaktionale Ebene

Die Interaktion mit Fachkräften ist ein sehr zentrales Thema in den Interviews und wird von 53 Müttern angesprochen. 28 positiven Narrationen stehen 25 negative Erlebnisberichte gegenüber. Insgesamt fällt auf, dass nur wenige Mütter mit niedrigem FAI Unzufriedenheit äußern (n=3). Ein möglicher Erklärungsansatz ist die Korrelation mit den Einflussfaktoren auf der individuellen Ebene – dem Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit sowie den Möglichkeiten der Artikulation eigener Erziehungsvorstellungen.

4.2.1 Beziehung zu den Fachkräften

„Die sind auch so zwar so ein bisschen, sag ich mal, älter nicht aber halt je ab 40 aufwärts aber [...] die sind freundlich, sympathisch ja.“ (I55 Z:517-521)

Die Sympathie (11) und das Vertrauen (7) sind insbesondere für Mütter mit hohem FAI zentrale Einflussgrößen für die Beziehung zu den Fachkräften. Wichtig ist, dass die Fachkräfte ‚lieb und nett‘ sind, ein offenes Ohr haben und zugänglich erlebt werden. Der Altersunterschied spielt keine Rolle. Sympathie ist eine wichtige Basis für ein vertrauensvolles Verhältnis. Nur mit einem Vertrauensvorschluss schaffen es Mütter, Kinder beruhigt in die Obhut der Kita zu entlassen.

„Wenn ich mein Kind dahin gebe, dann vertraue ich den Leuten da auch.“(I37Z:459-464)

Fast ausschließlich Mütter mit hohem FAI (9 von 11) benennen die Sympathie bereits als wichtiges Kriterium für die Auswahl der Kita. Da diese schwer zu erschließen ist, greifen sie auf Bekanntes zurück (aus Praktika, Zivildienst oder vorherigen Kinderbetreuungen) oder geben sich selbst ‚Probezeiten‘. Allerdings sind diese Strategien keine Gewähr dafür, dass die erhofften Betreuungsvorstellungen dann mit der Realität übereinstimmen.

Sympathie und Vertrauen leiden, wenn Fachkräfte distanziert oder streng erscheinen bzw. auch erlebt wird, dass sie nicht alle Kinder bzw. Mütter gleichbehandeln.

„Die Erzieherinnen suchen sich die Mütter aus, die sie mögen und sagen, dass sie die besten Mütter sind.“ (I27 475-476)

Die Mütter entwickeln ein sehr distanzierendes Verhältnis zu den Fachkräften, wenn sie das Gefühl haben „auf's Glatteis gestellt" (I27 474-480) bzw. allein gelassen zu werden. Gerade Mütter mit niedrigem Selbstwertgefühl stellen sich aufgrund dieser Erfahrungen infrage. Im Ergebnis löst der Besuch der Kita Ängste aus und geht mit dem Gefühl einher, ständig etwas falsch zu machen.

„Immer diese, diese Angst is bei mir da, dass ich halt auch damals im Sommer letztes Jahr halt Angst hatte. Ähm, ähm dass ich mir wie immer, wie im Nacken, dass ich halt immer diese Angst hatte in Kindergarten zu kommen.“ (I34 Z:336-345)

Werden Fachkräfte nicht als Hilfestellung, sondern als Mahner*innen erlebt, wird die Vertrauensbeziehung nachhaltig beschädigt. Langfristig erwarten Mütter dann keine Hilfe, sondern eher Ablehnung. Im Ergebnis wird der Kontakte auf ein Minimum begrenzt und ein Austausch oder Hilfen bei der Erziehung werden nicht

erlebt und sind auch nicht gewollt. Letztendlich kann dies dazu führen, dass die Kinder seltener in die Einrichtung gebracht werden, Vertrauenspersonen in anderen Gruppen gesucht werden oder ein Wechsel der Einrichtung stattfindet, um sich selbst und das Kind vor den dauerhaften Ermahnungen zu schützen.

„Mittlerweile finde ich es manchmal anstrengend, also ich hole ihn dann oft auch Mittagskind, weil ich manchmal auch einfach nur von den Erziehern genervt bin. Wenn die immer nur auf'nem Kind rumhacken und die ganze Zeit nur ‚der macht dies, der macht jenes‘ man hört nix Positives immer nur Negatives, dann hat man irgendwann keinen Bock mehr drauf.“ (I82 Z:704-727)

Problematisch daran ist, dass der Kontakt auf defizitär wahrgenommene Situationen beschränkt bleibt, was das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit der Mütter eher negativ beeinflusst und die Inanspruchnahme von Hilfen konterkariert.

„Ich hab' ne Unterstützung das ist ja ää, hilft mir jemand auch bei so bestimmten erzieherischen Maßnahmen. Man kann auch in der Kita auch gut und gerne mal fragen.“ (I109 Z:367-383)

In 17 Sequenzen wird die Kita als Anlaufstelle bei Fragen und Problemen benannt, wofür die Fachlichkeit der Erzieher*innen die Grundlage bildet. Lediglich in einer Sequenz thematisiert eine Mutter mit niedrigem FAI die Fachlichkeit in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Eltern. Sie denkt, dass die Betreuung der Kinder gut ist, „wat die Elternbetreuung angeht weiß ich nicht...“ (I50 Z:465-472). Fachkräfte werden dabei in der Hierarchie über den Müttern verortet, was Aussagen wie: „Ich bin nur Mutter. Das ist mein erstes Kind. Ne. Und da weiß man auch nicht alles“ (I156 Z:470-471) eindrucksvoll belegen. Die Fachkräfte werden als erste Anlaufstelle benannt, weil die Kinder „den meisten Zeitraum des Tages [dort] verbringen“ (I155 Z:486-499) und Fachkräfte sich in ihrer Professionalität als wichtige Ansprechpersonen auszeichnen.

„Ja aber doch, da musst ick viel nachlesen, ded war so für mich, ded war wie n Zwang, jetz mittlerweile nich mehr. Jetz geh ich einfach zu den Erziehern hin und frag du sach mal is dad jetz normal, weil jetz hat man ja n direkten Ansprechpartner.“ (I168 Z:311-315)

Mütter bewerten die Fachlichkeit bezüglich der Unterstützung bei der Erziehung des Kindes positiv, da sie „Lehrmittel und Wege“ (I116 Z:737-749) verfügen. Auch Mütter, die bislang noch keine Unterstützung durch die Fachkräfte in Form von Beratung angenommen haben, können sich diese vorstellen. Interessant ist, dass ausschließlich Mütter mit niedrigem FAI nicht aus eigenem Erleben, sondern hypothetisch über die Kita als Anlaufstelle bei Fragen berichten. Im Mittelpunkt der Kommunikation stehen kindbezogene Aspekte. Mütter wollen wissen, wie sie sich in bestimmten Situationen verhalten können. Sie sind auf der Suche nach Tipps, „wie man was besser machen kann“ (I161 Z:372-379). Dazu gehören Fragen nach konsequentem Handeln, Reagieren in anstrengenden Situationen, z. B. in der Trotzphase oder bei aggressivem Verhalten der Kinder sowie zur Ernährung und zum Trockenwerden.

Die Frage nach Unterstützung wird erst einmal nur einseitig betrachtet: Fachkräfte geben Hinweise, Mütter setzen diese um. Partizipation bleibt auf die Stufe der Information beschränkt. Insbesondere Mütter mit hohem FAI haben das Gefühl eines abgestimmten Handelns, wenn sie Alltagsroutinen aus der Kita in den Familienalltag übertragen, selbst Hinweise zum Kind und Familienleben einzubringen, erscheint erst einmal nicht notwendig.

„Ja hab auch Vieles mal davon umgesetzt. Aber ja es ist halt nicht immer alles so einfach, wenn man alleine ist.“ (I161 Z:372-379)

Hier deutet sich an, dass nicht alle Hinweise alltagstauglich sind. Die einseitige Informationsvermittlung vernachlässigt die persönliche Situation, wodurch im Ergebnis, trotz guter Vorsätzen, Hinweise nicht umsetzbar sind. Unbearbeitete Differenzen in den Erziehungsvorstellungen gehen mit einem Gefühl der Bevormundung einher. Im Ergebnis können Mütter für sich selbst nicht mehr einordnen, was richtig oder falsch ist. Übrig bleiben Resignation („Ja! Also ich mach alles, was es in meiner Macht gibt“, I34 Z:993-994) und das Gefühl von Stigmatisierung sowie Kontrolle und geringer Wertschätzung.

„Also, die wissen, dass gar nicht, wie das zu Hause abläuft und die gehen halt nur davon aus.“ (I34 Z:1006-1007)

Ausschließlich Mütter mit hohem FAI berichten über diese Erfahrungen von Bevormundung und Übergriffigkeit durch die Fachkräfte, was im Ergebnis aufgrund erlebter Hilflosigkeit und mangelndem Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit erhöhte Spannungszustände auslöst und zum Rückzug führen kann.

„Na das [...] die Erzieher auch gewillt sind [...] auch so durchzusetzen wie es zu Hause ist. Wie es ja eigentlich auch sein soll. Also das man da denn och Hand in Hand arbeitet.“ (I78 Z:740-747).

Erziehungsvorstellungen wirken im Idealfall aus der Familie in die Kita hinein und auch wieder in den Alltag der Familie zurück. Fast ausschließlich Mütter mit hohem FAI (14 von 16) bewerten eine Begegnung auf Augenhöhe positiv. Hier stellt sich die Frage, ob die Gestaltung dialogischer Prozesse für die Mütter mit niedrigem FAI eher zur Normalität gehört, sodass es nicht erwähnenswert scheint oder sie insgesamt weniger auf Hilfen durch die Kita-Fachkräfte angewiesen sind.

Abgestimmtes Handeln hat hier – anders als bei einem reinen Vertrauen in die Fachlichkeit – auch eine aktive Seite der Mütter. Wenn Mütter sich in ihren eigenen Erziehungsvorstellungen unterstützt sehen, abgestimmt zusammenarbeiten, geht das mit einem positiven Gefühl der Entlastung einher. Themen des Austausches sind Essensroutinen, Sauberkeitserziehung, aber auch Ängste der Kinder in der Nacht oder die Vermittlung weiterführender Hilfen. Es hat positive Effekte auf das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit, wenn Mütter als Expertin des Kindes wahrgenommen werden und für die Entwicklung des Kindes Lob und Anerkennung erfahren. Die eigene Erziehungsarbeit, und damit die Person der Mutter, wird positiv bestärkt. Zum Teil reicht es sogar, dass nichts gesagt wird.

„Das läuft alles eigentlich ganz in Ordnung. Selber jetzt, ehm, hatte ich noch nie die Situation, dass einer gesagt hat, das war jetzt nicht on Ordnung, also das hab ich jetzt so noch nicht erlebt. [...] Also eigentlich läuft das ganz unkompliziert.“ (I28 Z:434-437)

In Abgrenzung zu anderen Müttern, die offenbar schon einmal Hinweise erhalten haben, ist das dieser Mutter noch nicht widerfahren. Sie schließt daraus, dass alles in Ordnung ist und erlebt ihre Expertenschaft positiv.

Gemeinsame Gespräche und Zielvereinbarungen schaffen Transparenz und erleichtern das Verständnis für einen möglichen Förder- und Unterstützungsbedarf.

„Ja, die dokumentieren sein Verhalten, seine Entwicklung. Also einfach nur das, was er tut, die beobachten ihn und schreiben das dann halt auf und beim ähm Elternabend wird dann halt mit den Eltern ´n Einzelgespräch gemacht [...] und dann wird diese Dokumentation quasi besprochen und

dann werden auch Hilfen angeboten, was man in Anspruch nehmen kann, wenn da irgendwo Schwierigkeiten aufgefallen sind." (I130 Z:579-589)

Festzuhalten ist, dass in den Narrationen mehrheitlich Defizite als Gesprächsanlässe zwischen Fachkräften und Müttern aufgezeigt werden. Im Sinne eines transparenten Arbeitens und mit Blick auf partnerschaftliche Zusammenarbeit, erscheinen regelmäßige und situationsunabhängige Gespräche sinnvoll. Darüber hinaus werden Faktoren benannt, die den Abstand zwischen den Müttern und der Fachkraft reduzieren und das Gefühl bestärken, auf Augenhöhe sprechen zu können. Sowohl das Duzen, als auch die Kommunikation, mit den Fachkräften, die „och selber Kinder haben“ wird hervorgehoben, denn „die können natürlich wesentlich mehr sagen." (I168 Z:402-406). Gerade Müttern mit hohem FAI hilft es, bei allen Erwartungen an die Professionalität auf der Ebene einer Mutter zu kommunizieren, um nicht das Gefühl zu haben, belehrt zu werden.

„Weil viele Erzieher halt verbissen schon sind und sehr, sehr überfordert sind, die tun mir auch richtig leid."(I34 Z:1029-1033)

Die als zu gering wahrgenommene Fachkraft-Kind-Relation nimmt eine moderierende Funktion ein und belastet die Beziehungsebene. Im Ergebnis führt dies zu geringen Erwartung bezüglich der Unterstützungsangebote. Müttern fällt es schwer einschätzen, wie viel Wissen Fachkräfte aufgrund des hohen Personalschlüssels über das einzelne Kind haben, „in dem Sinne, weil se vielleicht nicht alles mitbekommen können. Ich weiß ja nicht wie viel Kindergärtner auf wie viel Kinder verteilt sind" (I160 Z:414-417). Mütter sind verunsichert, ob der normale Alltag zu bewältigen ist. Im Ergebnis führt dies dazu, dass Mütter nur wenig Unterstützungspotenzial sehen, eher das Gefühl haben „die ziehen ihr Programm durch, wahrscheinlich können sie aus Personalgründen oder weiß der Geier wat, och nicht anders machen" (I29 Z:515-518). Besteht die Möglichkeit des Rückgriffs auf andere Unterstützungssysteme, wird die Kita als Hilfe daher gar nicht in Betracht gezogen. In den Gesprächsnarrativen zeigt sich, dass über Fehler hinweggeblickt wird, wenn das Gefühl besteht, dass Fachkräfte trotz der begrenzten Rahmenbedingungen versuchen, ihre Arbeit gut zu machen. Bewertungskriterium dafür sind die Zeit, die sich Fachkräfte für das einzelne Kind nehmen, sowie die Transparenz von Abläufen und Strukturen, die den Alltag in der Kita nachvollziehbar werden lassen.

4.2.2 Resümee

Die Beziehung zwischen Müttern und Fachkräften erweist sich auf der interaktionalen Ebene sowohl für die Förderung der Gesundheitskompetenz, als auch für das Erleben von Alltagsentlastung und die Vermittlung in weiterführende Hilfen als elementare Einflussgröße (vgl. Tabelle 7). Je nach Ausprägung werden Prozesse in der Kita unterschiedlich gedacht und gestaltet. Dies beeinflusst unmittelbar die Erwartungen an Hilfen durch die Kita (Sinnhaftigkeit). Einige Bedingungen haben darüber hinaus auch Auswirkungen auf die Ressourcenaktivierung bzw. Ressourcenverluste im Sinne der Handhabbarkeit.

Tabelle 7: Einflussfaktoren und Bedingungen auf der interaktionalen Ebene (eigene Darstellung)

Systematisierung der Einflussfaktoren	Bedingungen auf interaktionaler Ebene				
	auf interaktionaler Ebene	Handhabbarkeit	Verstehbarkeit	Sinnhaftigkeit	Intervenierende Bedingungen außerhalb der Kita
> Beziehung zu den Fachkräften	<ul style="list-style-type: none"> > Vertrauen in die Fachlichkeit > Begegnung auf Augenhöhe > Fachkraft-Kind-Relation 			<ul style="list-style-type: none"> > Sympathie > Vertrauen in die Fachlichkeit > Begegnung auf Augenhöhe 	

Die elementare Bedeutung des bereits auf der individuellen Ebene angedeuteten frühzeitigen Beziehungsaufbaus manifestiert sich hier. Im Verlauf der Kita-Zeit muss die Beziehung stabilisiert und kontinuierlich ausgebaut werden. Die Beziehung zu den Fachkräften wird maßgeblich durch Sympathie und Vertrauen beeinflusst. Die Begründungen für positive bzw. negative Beziehungen sind eher unspezifisch und werden durch subjektive Bewertungen bedeutsam und sinnstiftend. Insbesondere für Mütter mit geringem Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit ist das Gefühl einer Gleichbehandlung für den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung von Bedeutung. Fachlichkeit lässt sich sowohl als subjektiv wahrgenommene und erwartete Eigenschaft der Fachkräfte auf Ebene der Sinnhaftigkeit einordnen als auch als Ressource für konkrete Aufgaben der Alltagsbewältigung auf Ebene der Handhabbarkeit verorten. Dabei weisen vor allem die kindorientierten Unterstützungsbedarfe von Müttern mit hohem FAI ein hohes Potenzial für die Gesundheitsbildung (health literacy) sowie das Gesundheitsverhalten (health behavior) auf. Die Berücksichtigung der eigenen Bedarfe sowie Nachvollziehbarkeit der empfohlenen Unterstützungs- und Fördermaßnahmen wirken dem Gefühl der Bevormundung und Hilflosigkeit entgegen. Eher defizitorientierte Gesprächsanlässe (Vermeidung und Bekämpfung von Risikofaktoren) belasten und können zum Rückzug führen.

Wenngleich Mütter sich in der Hierarchie unter den Fachkräften verorten, wird die Inanspruchnahme dennoch maßgeblich von der Ausgestaltung der Beziehungsebene beeinflusst. Bestehende Machtasymmetrien, die mit Bevormundung und Nichtanerkennung der Expert*innenschaft einhergehen, wirken sich hier wenig gesundheitsförderlich im Sinne von enable aus. Eine Begegnung auf Augenhöhe und transparentes Vorgehen setzen am Gesundheitshandeln (health action) an und erleichtern die Verstehbarkeit sowie Handhabbarkeit. Weiterführenden Maßnahmen kann ein Sinn gegeben werden, ohne dass die Mütter das Gefühl bekommen, bevormundet zu werden. Der als zu gering wahrgenommenen Fachkräfte-Kind-Schlüssel wirkt hier jedoch vielfach diametral entgegen.

4.3 Organisatorische Ebene

In den Interviews werden organisatorische Rahmenbedingungen nicht direkt abgefragt, allerdings werden diese insbesondere mit Blick auf die Handhabbarkeit des familiären Alltags offen thematisiert, finden sich aber auch implizit in den Gesprächsnarrativen. Insgesamt wurden in diesem Themenfeld die meisten Codes vergeben.

4.3.1 Transparenz und Partizipation im Kita-Alltag

Das Wissen um Abläufe und Strukturen der Kita erweist sich sowohl für die Strategie enable, als auch für die Strategie mediate als wesentliche Voraussetzung. Das Aufsuchen der Kita bei Fragen, die Teilnahme an Veranstaltungen sowie das Nutzen weiterführender Interventionen werden einerseits nur möglich, wenn Mütter über genügend Einblick und Wissen über diese Angebote und Ansprechpersonen verfügen. Andererseits bedarf es auch Möglichkeiten aktiver Mitwirkung, um diese an den Bedarfen der Mütter ausrichten zu können.

„Na das einzigste was man da bei der Krippe machen muss, sind die Sachen bezeichnen, was seins äh was ihrs ist.“ (I48 Z:450-456)

Bereits im Transitionsprozess erweist sich das Wissen über die Alltagsgestaltung sowie über organisatorische Abläufe in der Kita als zentrale Kategorie. Je jünger die Kinder zum Zeitpunkt des Interviews sind, desto schwerer fällt es Müttern, die Fragen zur Kita zu beantworten, da sie kaum über Informationen zum Alltagsgeschehen verfügen, was z. T. zu sehr irrationalen Ängsten führt.

„Auch, wenn man manchmal auch hört, dass manche Kinder im Kindergarten bei Spaziergang in den Teich fallen und ertrinken und die nicht wieder nach Hause kommen und die das erst im Kindergarten merken, dann denk ich mir schon, wie kann sowas passieren. Und ich wüsste nicht, was man dann macht, wenn es das eigene Kind ist.“ (I52 Z:572-579)

Es werden von den Fachkräften im Aufnahmeprozess zwar Auskünfte erteilt, diese von den Müttern jedoch nicht wahrgenommen oder in einer eigenen Logik interpretiert. Insbesondere bei Müttern mit hohem FAI ist eine hohe Verunsicherung aufgrund unklarer oder fehlender Informationen nachzuzeichnen. Es sind verschiedene Informationswege benannt, die allerdings in vielen Fällen als nicht ausreichend bzw. in der Organisation als ungeeignet bewertet werden.

„Da wär heute Abend halt son son Elternabendgespräch gewesen, wo dann halt (.) die Gruppe vorgestellt wird und äh Gespräch wie der Ablauf so is. Das Problem ist nur, ich bin alleine. Das Gespräch wär jetzt um halb acht. Hab denn da halt angerufen, hab denn halt gesagt, dass ich das nicht wahrnehmen kann.[...]. Und haben gesucht, jede- jeder der des Kind jetzt im Kindergarten angemeldet, hat, egal ob dabei oder nicht, die kriegen n Protokoll und dann kann er sich das noch mal selber durchlesen. (I130: Z:615-623)

Mit Blick auf die Bedeutung der Beziehungsebene, aber auch unter Beachtung der Fehlerquoten durch eigene Interpretationen der Mütter, reichen schriftliche Informationen nicht aus, um Sorgen und Ängste zu nehmen.

Das Thema Transparenz beschäftigt Mütter auch beim Wechsel von der Krippe in die Kita. Dieser Prozess wird mit sieben Sequenzen fast genauso häufig thematisiert wie der Wechsel von der Familie in die Einrichtung. Wenngleich dieser Übergang weniger mit der Veränderung in der eigenen Rolle verbunden ist, fühlen sich Mütter dennoch zu wenig mitgenommen. Zurück bleibt das Gefühl, die Kinder nicht adäquat begleiten und unterstützen zu können, da sie selbst die Abläufe nicht verstehen. Eine schrittweise Eingewöhnung in den Kindergarten wird vereinzelt von Müttern als hilfreich erlebt, aber stärker als eine grundlegende Strategie gewünscht.

„Und das hat sich so über na ja doch so drei, vier Wochen hat sich das wirklich hingezogen, ähm irgendwann hab ich dann von mir aus gesagt, dass ich gern mal mit in den Kindergarten möchte

und hab ähm ja, dann wie so ne kleine Eingewöhnung noch mal mit ihr gemacht. In der Krippe macht man das ja auch und ich hab mir dann halt gedacht, okay was in der Krippe nicht verkehrt ist, kann im Kindergarten halt auch nicht schlecht sein und hab dann halt auch dort angefangen mit ihr [...].“ (I112 Z:298-332)

Erforderlich dafür ist die Wahrnehmung auch von kitainternen Übergangsprozessen als Entwicklungsaufgabe für Kinder und Eltern und eine hohe Sensibilität der Fachkräfte für eine positive und ressourcenstärkende Bewältigung. Hier gibt es eine enge Verbindung zum Thema Partizipation. Mütter müssen frühzeitig gehört und einbezogen werden, um ihnen im Übergang solche Ängste nehmen zu können und es zu ermöglichen, ihre Kinder in der Übergangsbewältigung zu unterstützen, wodurch auch das Erleben der eigenen Selbstwirksamkeit positiv unterstützt wird.

„Man merkt, dass sie [Fachkräfte] sind sehr bemüht alle und es ist nen System dahinter.“ (I77 Z:390- 396).

Die Mütter wollen verstehen, warum und wie bestimmte Dinge gehandhabt werden. Die Transparenz von Abläufen und Strukturen trägt dazu bei, dass Einblicke in die Arbeit möglich werden. Die Eltern wollen am Alltag und der Entwicklung ihres Kindes teilhaben, auch wenn sie nicht direkt vor Ort sind. Dafür benötigen sie Informationen über die Entwicklung des Kindes. Mütter schätzen es, wenn sie direkt in den Alltag einbezogen werden und Informationen erhalten. Positiv benannt werden bereits beschriebene Entwicklungsgespräche (vgl. Begegnung auf Augenhöhe) ebenso wie kurze Tür- und Angelgespräche, Eltern-Kind- bzw. (ausschließlich von Müttern mit niedrigem FAI benannt) auch Großeltern-Kind-Nachmittage sowie das Zeigen von Videosequenzen aus dem Alltag.

„Also die haben den Tagesablauf der Kinder gefilmt von Frühstück bis äh nachmittags dann hin und es war richtig schön. Also die singen und tanzen und basteln und dann machen sie da auch nen Ordner für die Eltern mit Fotos von den Kindern, was die da halt so erleben und mit den gemalten Bildern. Also mit den ersten Kunstwerken sozusagen. Also ich find's schon schön. Und man merkt auch, dass sie sich wirklich die Zeit nehmen für die Kinder.“ (I153 Z:244-249)

Die Eltern haben das Gefühl, den Alltag ihrer Kinder miterleben zu können, was sie einerseits entlastet und beruhigt, andererseits auch ein Verständnis für die Arbeit der Fachkräfte sowie Abläufe und Strukturen in der Kita schafft. Wochenpläne, Aushänge, Fotos, Portfolioarbeit, regelmäßig wiederkehrende Aktivitäten – die Bandbreite dessen, was Müttern als Informationsquelle dient, ist groß. Zu kleinteilige Informationen bergen allerdings die Gefahr, dass die Auskünfte als Banalitäten wahrgenommen werden, was insbesondere Mütter mit hohem FAI (5/1) bemängeln:

„Also is halt immer dasselbe, dass gesagt wird: ‚Ja war alles gut. War alles okay.‘ Also den Satz krieg ich halt inna Woche drei Mal bis vier Mal zu hören und einmal kommt vielleicht ‚Uh, heute hat er gepupst‘ oder so.“ (I157 Z:499-501)

Hier gilt es, eine gute Balance zwischen ausreichenden Alltagsinformationen, die Einblicke und Nachvollziehbarkeit ermöglichen, sowie Trivialitäten, die dazu führen, das Wesentliche überhört wird, zu finden.

Intransparenz über Abläufe des Kita-Alltages (3) als auch der pädagogischen Arbeit (9) hingegen belasten einerseits die Beziehung zwischen Müttern und Fachkräften und führen andererseits zu geringen Erwartungen bzgl. unterstützender Hilfen und Angebote.

„Ich merk das ja an seinem Verhalten, ich bin mehrmals täglich überfordert mit ihm und sage ‚ich kann nicht mehr‘, ich bin kurz davor zu sagen, äh (.) ich geb den ab, [...] weil ich halt so hier in dem Umkreis nicht wirklich Unterstützung bekomme [...] Und denn auch nich einfach mal sagen kann ich geb [...] den mal eben bei der Familie ab, die wohnen halt leider alle in K.“ (I120 Z:596-605)

Die Mutter sieht ihren eigenen Unterstützungsbedarf, adressiert diesen jedoch lediglich auf das private Unterstützungssystem, was in diesem Fall nicht vorhanden ist. Hier mit den Fachkräften der Kita über das Kind und mögliche weiterführende Hilfen ins Gespräch zu gehen, kommt ihr nicht in den Sinn.

Es fällt auf, dass negative Erfahrungen in Bezug auf die Transparenz fast ausschließlich von Müttern mit hohem FAI beschrieben werden. Lediglich die Sequenz einer Mutter mit niedrigem FAI findet sich hier. Während diese Mutter es als einen einmaligen Vorfall schildert, den sie angesprochen und geklärt hat, tragen die Mütter mit hohem FAI das ungute Gefühl mit sich herum, sprechen Fachkräfte nicht darauf an. Dieses Verhalten korreliert mit dem Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit (vgl.4.1.1).

In vielen Sequenzen wird deutlich, dass es an Weitergabe über Informationen zum täglichen Geschehen, aber auch an grundsätzlichen Informationen zum pädagogischen Alltag und auch der Verwendung eingezahlter Gelder fehlt.

„Und Essengeld genauso. [...] Dass man da so viel bezahlt. Und wir haben das Gefühl, dass die Kinder immer hungrig und durstig nach Hause kommen. [...] Wofür bezahlt mal denn für Frühstücke, ne Zwischenmahlzeit und Mittag? (I6 Z:433-37)

Sehr präsent wird der Bedarf an Transparenz von den Müttern bei Erkrankungen und Unfällen der Kinder in der Kita gespiegelt. Mütter erwarten von den Fachkräften einerseits, dass sie bei Erkrankungen rechtzeitig informiert werden, andererseits empfinden sie die Fachkräfte aber auch als zu übervorsichtig. Insbesondere im Zusammenhang mit Unfällen in der Kita wird ein höherer Informationsbedarf geschildert. Der Anlass der Information (Unfall oder Infekt) sind ein wesentliches Kriterium, für den Bedarf und den gewünschten Zeitpunkt an Information. Hier fehlt es an Transparenz über die Informationsweitergabe und Auskünfte erscheinen beliebig bzw. im Ermessen einzelner Fachkräfte. Im Ergebnis gibt es eine große Unzufriedenheit unter den Müttern.

„Ich hab mich jetzt im Elternkuratorium aufnehmen lassen und ähm um da noch nen bisschen mitzuwirken und was äh vielleicht nicht ganz zu bewegen oder mitgestalten zu können.“ (I112 Z:594-601)

Über Erfahrungen mit Partizipation, die über die Stufe der Information und des Austausches hinausgehen, berichten lediglich drei Mütter (zwei mit niedrigem FAI). Partizipation wird in allen drei Fälle mit der Arbeit in formalen Gremien gleichgesetzt. Die Mütter, die sich bereits in Elternkuratorien engagieren, betrachten es durchgehend positiv. Die daraus resultierende Transparenz des Alltages ermöglicht das Verstehen von Aktivitäten und Prozessen und schafft ein Verständnis für die Arbeit der Fachkräfte. Die Möglichkeiten des Mitentscheidens beeinflussen das Selbstwertgefühl positiv.

„Ich engagier mich auch im Kita-Rat mit, das heißt, ähm, entscheide [...] hab die Infos mit als Erste und ich darf auch mitentscheiden, was wird jetzt inner Kita umgesetzt. Dis ganz jut.“ (I152 Z:429-434)

Die organisatorischen Rahmenbedingungen und hier speziell die Zeiten der Veranstaltungen und Treffen haben einen unmittelbaren Einfluss auf die Möglichkeiten der Mitwirkung. Insbesondere Alleinerziehende und/oder Mütter ohne soziale Unterstützung aus dem familiären Nahraum fühlen sich hier ausgeschlossen.

Wird die Möglichkeit der Mitwirkung durch die Arbeit in den formalen Gremien eher von Müttern mit niedrigem FAI in Anspruch genommen, schätzen Mütter mit hohem FAI die unmittelbare Teilhabe am Alltag. 10 Mütter (fast ausschließlich hoher FAI) berichten von Erfahrungen durch ein Praktikum.

„Da ich jetzt aber selber im Kindergarten war eine Woche lang und den Alltag miterleben durfte auch gerade in der Einrichtung wo mein Kind is, wo ich ja jetzt besser einschätzen kann, was machen die den ganzen Tag. Ähm, bin ich wieder beruhigter.“ (I155 Z:612-618)

Das Miterleben des Alltages eröffnet die Möglichkeit, Strukturen und Prozess in der Kita zu verstehen und wirkt den Sorgen bzw. dem schlechten Gewissen, bezüglich der langen Betreuungszeiten aufgrund von Ausbildungs- und Arbeitszeiten entgegen.

Partizipation ist auch für die Akzeptanz und Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Vermittlungsangeboten von elementarer Bedeutung (vgl. dazu 4.2.1). Die Mütter möchten als Expertinnen ihres Kindes anerkannt werden und (mit)entscheiden, ob ihr Kind Hilfen benötigt. Wenn dies gelingt, geht es mit einem positiven Gefühl der Entlastung einher: Die Kommunikation mit den Fachkräften und die gemeinsame Suche nach Hilfen für das Kind erleichtern es Müttern, Unterstützungsbedarfe zu sehen und sinnvoll einstuft zu können.

4.3.2 Rahmenbedingungen der Kita

Die Rahmenbedingungen beeinflussen die Handhabbarkeit von Angeboten und Strukturen der Gesundheitsförderung im Setting Kita.

„Man hat einfach immer diesen Zeitdruck [...] um ihn denn abzuholen, weil sonst gibt's ja dann Ärger“. (I30 Z:747f)

Die Öffnungszeiten der Kita wirken unmittelbar auf das Wohlbefinden der Mütter. Nichtausreichende Öffnungszeiten gefährden die Vereinbarkeit von Familie und Beruf, was im Ergebnis aufgrund der Nicht-handhabbarkeit negativen Stress bei den Müttern verursacht. Dies wird ausschließlich von Müttern mit hohem FAI thematisiert. Verstärkt werden Spannungszustände durch die Androhung bzw. Einforderung von zusätzlichen Gebühren bzw. Strafgeldern, wenn Zeiten überschritten oder hinzugekauft werden müssen.

„[...] die Kita die öffnet erst um 7 Uhr und für jede, also man hat die Möglichkeit das sie noch früher öffnet also zum Beispiel ne halbe Stunde das man 6 Uhr dreißig hin oder 6 Uhr und man muss dann für jede angebrochene halbe Stunde 20 Euro zahlen.“ (I147 Z:220-275)

Als positiver Mediator wirkt die soziale Unterstützung durch die Familie, da diese Defizite in den Betreuungszeiten ausgleichen kann. Allerdings sind es gerade Mütter mit hohem FAI, die hier über wenig Potenzial verfügen bzw. die Inanspruchnahme mit viel Organisation verbunden ist (vgl. 4.1.2).

Stärker als die Öffnungszeiten werden die Betreuungszeiten von den Müttern problematisiert. Hintergrund ist, dass im Erziehungsjahr oder bei Arbeitslosigkeit im Land Sachsen-Anhalt von 2003 bis 2013 lediglich Anspruch auf eine Betreuung von maximal 25h in der Woche bestand, wobei die die Betreuungszeiten in der Regel von der Kita vorgegeben waren. Die meisten Mütter benennen eine Betreuungszeit von

7-12 Uhr, Einzelne schildern eine etwas stärkere Flexibilität. Sie können die 25 h selbstbestimmt auf die Woche verteilen, nutzen dies, um an vier Tagen eine längere Betreuungszeit in Anspruch zu nehmen und einen Tag das Kind zu Hause zu betreuen. Selbst wenn die Regelungen in Sachsen-Anhalt (derzeit) nicht mehr gilt, geben die Ergebnisse Hinweise für die Gestaltung von Betreuungszeiten.

In 13 Sequenzen (4 mit niedrigem FAI) werden zu den eingeschränkten Betreuungszeiten verschiedene Probleme benannt, die sowohl die Handhabbarkeit als auch die Sinnhaftigkeit betreffen. Die kurzen Betreuungszeiten setzten die Mütter unter Druck und schränken insbesondere bei starren zeitlichen Vorgaben den familiären Alltag ein.

„Vor allem das Problem is ja ooch, die hat drei Kinder (.) bringt jetzt jeden Morgen eins in Kindergarten, ab März zwei. Muss jedes Mal ihre drei Kinder anziehen, muss se dann stillen und dann komm se nich aus'm Arsch und hin und her, und weste wie ich meine? [...] Dann muss se morgens um sechs oder um halb sechs aufstehen, damit die Kinder pünktlich um sieben im Kindergarten sein können.“ (153 Z:120-126)

Zwar wird für Mütter mit eingeschränkten Betreuungszeiten eine Entlastung im Alltag möglich, allerdings sind damit auch organisatorische Hürden verbunden. Zeit für die Regeneration der Mütter bleibt kaum. Insbesondere von Müttern mit mehreren Kindern wird dies als sehr problematisch beschrieben. Erleichtert wird die Situation, wenn eine flexible Handhabung der Stunden durch die Eltern möglich ist bzw. durch soziale Unterstützung weitere Freiräume geschaffen werden können.

„Ich hab auch nur über ne andere Mutti ausm Kindergarten erfahren, dass man beim Jugendamt beantragen kann, dass die Kosten für den Kindergarten übernommen werden.“ (1148 Z.: 251-253)

Die Vermittlung in weiterführende Angebote wird lediglich in 33 Sequenzen thematisiert. Das sind im Vergleich zur Kategorie enable gerade einmal 37,5 % der dort verorteten Sequenzen. Dies deutet darauf hin, dass die Erfahrungen mit der Vermittlung weit hinter Erfahrungen der direkten Hilfe durch die Kita zurückbleiben a) weil sie eventuell nicht notwendig erscheinen oder b) aus unterschiedlichen Gründen nicht umgesetzt werden (können).

Auf ein unterrepräsentiertes Arbeitsfeld verweisen die Defizite, die Mütter mit Blick auf die Weitervermittlung von Hilfen oder Antragsmöglichkeiten formulieren. Insbesondere dann, wenn Mütter ohne weitere soziale Unterstützung auskommen müssen, gehen teilweise Leistungsansprüche verloren.

„Und mir wurde halt gesagt, mach doch mal, kriegst das bestimmt bezahlt und ja ich kriegs bezahlt, die Kita und aber ein Jahr hab ich halt zu spät. [...]“ (1157 Z:622-629)

Wissenslücken aufseiten der Mütter hilfreich auszugleichen fällt Fachkräften schwer, da sie aufgrund fehlender Kenntnisse selbst nicht immer Auskunft geben bzw. unterstützend wirken können.

„Da wurde mir wirklich erzählt, ich bin der Erste, der ne Quittung haben will und wie ich darauf komme und (.) man steht da und muss sich dafür verteidigen, dass man eigentlich ne Quittung haben möchte.“ (1129 Z:517 - 524)

Um die anfallenden Kosten, über den Elternbeitrag hinaus zu decken, werden weitere Leistungen, wie bspw. das Bildungs- und Teilhabepaket (BuT), in Anspruch genommen. Dazu sind Belege der gezahlten Beiträge, Gebühren etc. notwendig. Die Mutter ist über die Unwissenheit der Fachkräfte sichtlich verärgert und fühlt

sich bloßgestellt. Offen bleibt, ob es eine Frage der mangelhaften Rahmenbedingungen ist oder es Fachkräften selbst an Kenntnis über die Angebotslandschaft bzw. über mögliche Unterstützungsleistungen fehlt. Oder ist eine (Weiter)Qualifikation notwendig, die über die einer frühpädagogischen Fachkraft hinausgeht – bspw. Kita-Sozialarbeit? Deutlich wird, dass es Aspekte gibt, die über die organisatorische Ebene der Kita hinausgehen und stark durch die kontextuelle Ebene beeinflusst werden.

„Frühförderung war immer im Kindergarten, es sei denn sie war mal krank, dann zu Hause.“ (I143 Z:332-334)

Die Kita als Ort weiterführender Angebote erspart den Eltern zusätzliche Wege zu Therapien und ermöglicht es Kindern, diese in ihrer gewohnten Umgebung durchzuführen. Insbesondere Mütter mit hohem FAI bewerten dies positiv. Integrativen und inklusiven Kitas kommt hier eine wichtige Rolle zu. Es gibt Kitas ohne heilpädagogisches Fachpersonal, die die Therapieangebote ins Haus holen, um Kindern mit Integrationsstatus eine Teilnahme am Alltag zu ermöglichen. Hier werden jedoch Grenzen ersichtlich, da sie den Kindern im laufenden Alltag nicht genug Förderung bieten können, sodass Mütter sich an einem bestimmten Punkt doch zu einem Wechsel entschließen.

„Sie war ja nur ein halbes Jahr im normalen Kiga. Die haben sich auch viel Mühe gegeben aber da ist sie dann eben nicht mehr mitgekommen, weil sie motorisch eben so eingeschränkt war, sie konnte ja nicht richtig sitzen, und [...] das ist dann, da ist sie dann untergegangen aber die haben sich bemüht und mit 4 Jahren ist sie dann in den Integrativen gekommen und das hat super geklappt.“(I138 Z: 230 - 246)

Knappe Platzressourcen in integrativen und inklusiven Kitas (vgl. 4.4) sowie begrenzte Betreuungszeiten wirken hier mit Blick auf Entlastung verstärkt kontraproduktiv.

Angebote in der Kita können auch eine erste Kontaktaufnahme zu weiterführenden Angeboten niedrigschwellig sicherstellen.

„Wir haben sehr früh den Absprung auch gefunden, weil im Kindergarten da grad die Frühförderung war, die grad ein anderes Kind hatte und haben wir im Gespräch zwischen Tür und Angel mit einer Erzieherin, die sagte, Mensch frag die doch mal, ob sie sich ihn mal anguckt.“ (I2 Z:73-76)

Es bedeutet aber auch, den Förderbedarf öffentlich zu machen, und läuft damit Gefahr, dass Eltern/Kinder auf Grund der Inanspruchnahme Stigmatisierungserfahrungen machen.

„Also ich bin schon gern mit anderen Eltern zusammen, also auch im Kindergarten.“ (I112 Z:594-601)

Ein interessantes Ergebnis stellte die herausragende Bedeutung des Austausches mit anderen Eltern dar (17). In der proportionalen Verteilung zwischen Müttern mit hohem und niedrigem FAI lassen sich in der Gesamtbetrachtung keine Unterschiede feststellen. Allerdings unterscheiden sich die dahinterliegenden Motive für einen Wunsch nach Vernetzung. Mütter mit hohem FAI betonen die Bedeutung der Peerkontakte als Informationsquelle. Im Fokus stehen dabei der Austausch über mögliche Förderquellen (2) sowie die Transparenz des Kita-Alltags (10). Mütter tauschen sich über das Tagesgeschehen in der Kita aus, geben sich untereinander organisatorische Tipps und Hinweise, berichten sich aber auch über Erfahrungen mit den Fachkräften und deren Umgang mit den Kindern.

„In der Krippe, da gibt's auch viele Mütter, mit denen ich eben halt Kontakt habe. Die mir dann eben auch halt nach der Schule erzählen, was eben die Erzieher dort nicht machen, dass meine Tochter dann eben halt wieder gebissen hat. Oder dass sie eben halt ne halbe Stunde im Bett lag und nur geschrien hat. Oder dass andere Kinder sie dann hauen und die Erzieher nichts sagen.“ (I166 Z:561-567)

Offenbleiben muss, was sie am Ende mit einer solchen Information tun und welche Auswirkungen diese ggf. auf die Beziehungsgestaltung zwischen Müttern und Fachkräften hat.

Mütter mit niedrigem FAI betonen neben der Information über den Kita-Alltag den Zugewinn für sich selbst. Man kann sich „wirklich gut austauschen [...] ne, man bekommt ganz ganz viel ähm mitgegeben, wo ich mir dachte oh Gott, da hast du dir noch nie Gedanken drüber gemacht so.“ (I112 Z:594-601).

Eine gemeinsame Erfahrungsbasis bildet die Grundvoraussetzung für den Austausch. Mütter halten zum Teil „jetzt nicht so viel [davon]“, sich „mit Eltern zu treffen, deren Kinder [sie] nicht kennen“ (I118 Z:281-286). Mütter, die keinen Kita-Platz haben, finden keinen Zugang zu anderen Müttern und dem informellen Austausch und bedauern dies auch. Der Kita-Platz ist also nicht nur Ort für Kontakte und Austausch, sondern auch Bedingung dafür.

Die Vernetzung mit anderen Müttern ermöglicht soziale Unterstützung im Alltag.

„Genau, der Kindergarten ist gleich ein Dorf weiter. Von daher besteht auch immer die Möglichkeit, dass jemand anderes sie auch mitnehmen kann, weil das ist ja auf dem Dorf irgendwie ne.“ (I61 Z:640-642)

Voraussetzung dafür ist, dass man sich untereinander kennt. Ländliche Räume eröffnen hier gute Möglichkeiten. Gemeinsame Aktivitäten der Eltern wirken bis in den Freizeitbereich hinein und schaffen so ein soziales Netz. Auf die Frage nach Familie und Freundschaften antwortet eine Mutter: „Eher so Bekanntschaften, ein bisschen so durch den Kindergarten. [...] man unterhält sich so im Kindergarten oder so oder wir gehen einmal in der Woche mit dem Kind zum Sport.“ (I28 Z:133-139). Auch bezüglich des Ausbaus von sozialen Unterstützungsnetzwerken sind Mütter ohne Kita-Platz im Nachteil.

4.3.3 Resümee

Die organisatorische Ebene moderiert die Entwicklung der Kita zum gesundheitsförderlichen Setting. Sie wirkt auf die Ausgestaltung der unterschiedlichen Aktivitäten und Prozesse im Sinne eines gesundheitsförderlichen Gesamtkonzeptes. Die Bedingungen auf dieser Ebene bestimmen maßgeblich die Handhabbarkeit des Alltags sowie die Verstehbarkeit der Prozesse und Strukturen im Kita-Alltag, die einen sicheren Umgang ermöglichen (vgl. Tabelle 8).

Transparenz und Partizipation im Kita Alltag erweisen sich auf der organisatorischen Ebene sowohl als Voraussetzung für ressourcenstärkende Transitionsprozesse als auch die Initiierung und Weitervermittlung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen und Unterstützungsangeboten. Informationen über die Entwicklung des Kindes bilden eine wichtige Grundlage, um die Lebenswelt Kita und die Lebenswelt Familie in Beziehung zu setzen. Die Transparenz von Abläufen und Strukturen, das Wissen um mögliche Hilfen und Ansprechpersonen ist Grundvoraussetzung, um Unterstützungsbedarfe an eine Kita adressieren zu können. Einblicke in den Alltag sowie der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung können Müttern Sorgen und

Ängste nehmen und einer negativen Belastung der Beziehungsebene aufgrund von Intransparenz und dem Gefühl von Beliebigkeit entgegenwirken. Insbesondere ein hoher FAI und geringes Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit erfordern ein hohes Maß an fachkräfteinitiierte Transparenzarbeit. Beteiligungsmöglichkeiten in der Kita beeinflussen sowohl das Herstellen von Transparenz als auch das Maß an Selbstbestimmung positiv, da die Verstehbarkeit möglicher Hilfe und Unterstützungsangebote erhöht wird und die Handhabbarkeit durch das Einbringen eigener Bedarfe erleichtert wird. In der Konzeptionierung und Umsetzung von Beteiligungsmöglichkeiten müssen sowohl der FAI als auch die organisatorischen Rahmenbedingungen Berücksichtigung finden und es muss sichergestellt werden, dass bestimmte Gruppen von Müttern aufgrund der Familienkonstellation bzw. dem fehlenden sozialen Netzwerk nicht ausgeschlossen werden.

Tabelle 8: Einflussfaktoren und Bedingungen auf organisatorischer Ebene (eigene Darstellung)

Systematisierung der Einflussfaktoren	Bedingungen auf organisatorischer Ebene			
	Handhabbarkeit	Verstehbarkeit	Sinnhaftigkeit	Intervenierende Bedingungen außerhalb der Kita
<ul style="list-style-type: none"> > Transparenz und Partizipation im Kita-Alltag 	<ul style="list-style-type: none"> > Transparenz und Partizipation für gelingende Transitionsprozesse 	<ul style="list-style-type: none"> > Transparenz von Abläufen und Strukturen > Informationen über die Entwicklung des Kindes 		
<ul style="list-style-type: none"> > Gestaltung von Rahmenbedingungen 	<ul style="list-style-type: none"> > Fachkraft-Kind-Relation > Öffnungs- und Betreuungszeiten > Vermittlung weiterführender Hilfen in der Kita > Austausch mit anderen Eltern 			<ul style="list-style-type: none"> > soziale Unterstützung > Familienkonstellation

Aus der Gestaltung der Rahmenbedingungen ergeben sich Möglichkeiten und Einschränkungen in der Handhabbarkeit des Alltags. Die Öffnungs- und Betreuungszeiten wirken als wichtiger Moderator. Je flexibler die Betreuungszeiten zu handhaben sind, desto größer wird die Entlastung in der Alltagsorganisation und desto mehr Zeiträume für die eigene Regeneration stehen zur Verfügung. Sowohl die Familienkonstellation als auch die Möglichkeiten des Rückgriffs auf familiäre Unterstützungsnetzwerke wirken dabei intervenierend. Die Vermittlung weiterführender Hilfen findet bislang nur selten statt. Unterstützung durch Fachkräfte kann nur entstehen, wenn langfristig das Selbstverständnis, die Qualifikation und Befugnisse der Fachkräfte darauf ausgerichtet sind, Hilfen anzubieten bzw. im Hilfeprozess zu unterstützen und dies niedrigschwellig und vorurteilsfrei geschieht. Das Ermöglichen von Peerkontakten kann hier einen positiven Einfluss haben, da diese oft gut über Fördermaßnahmen informiert sind und insbesondere Mütter mit hohem FAI aufgrund des fehlenden hierarchischen Abstandes diesen niedrigschwelligen Austausch schätzen. Die Durchführung von Fördermaßnahmen in der Kita wird durchgehend positiv bewertet. A) wird durch die externen Fachkräfte in den Einrichtungen ein schneller Erstkontakt ermöglicht; b) reduziert es Zugangsschwellen, wenn mehrere Kinder in der Einrichtung Hilfen in Anspruch nehmen; c) erspart es den Eltern zusätzliche

Wege zu Therapien und d) ermöglicht es Kindern, diese in ihrer gewohnten Umgebung wahrzunehmen. Die Förderung in der Kita birgt jedoch durch Bloßstellung der Kinder mit Förderbedarf auch die Gefahr von Stigmatisierung. Hier besteht ein unablässiges Spannungsfeld.

4.4 Kontextuelle Ebene

Ob und wie durch einen Kitabesuch Entlastung für Mütter möglich wird, ist stark von Prozessen auf der kontextuellen Ebene abhängig, auf die Fachkräfte in der Kita keinen Einfluss haben. Es zeigt sich jedoch, dass Gesundheitsförderung im Setting Kita nicht erst mit Eintritt in die Kita gedacht werden kann.

4.4.1 Gestaltung der Anmelde- und Antragsverfahren

„wenn se jez [...] Krippen den Krippenplatz nicht hätte, wüsste ich ja nich wohin mit mein Kind und könnte nich meine Ausbildung nachgehen.“ (I55 Z:502-508)

In 31 Sequenzen wird beschrieben, dass aufgrund nicht ausreichender Kita-Plätze die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gefährdet ist. Es sind mehr Mütter mit hohem FAI, die negative Erfahrungen artikulieren (24/7). Der bekannte Mangel an Plätzen führt dazu, dass Eltern zum Teil „bei Dreien angemeldet“ sind und „gucken, wo [sie] angenommen werden“ (I29 Z:640-641). Man muss sein Kind auf jeden Fall „rechtzeitig anmelden“ (I80 Z:297-314). Die Angaben der Mütter dazu reichen von „gefühlte schon vor der Schwangerschaft“ (I166 Z:572-584) über die Anmeldung mit Erhalt des Mutterpasses, im sechsten Schwangerschaftsmonat, gleich nach der Geburt bis zu einem halben bzw. ganzen Jahr vor Wunscheintrittsdatum. Es gibt Ausnahmefälle, die von kurzen Wartezeiten berichten bzw. sich das Datum für die Inanspruchnahme aussuchen konnten.

Andere verzichten erst einmal auf die Inanspruchnahme eines Platzes oder verschieben den Eintritt in die Kita gleich nach hinten. Als intervenierte Bedingung außerhalb der Kita lassen sich hier finanzielle Ressourcen ausmachen. Sie tragen dazu bei, dass sich der Druck bei der Platzsuche verringert. Da der Krippenplatz eh viel kostet, „behalten wir ihn lieber zu Hause. Also das kommt später, der Kindergarten und in die Krippe werden wir ihn wohl nicht geben.“ (I9 Z:233-239)

„Man kanns zwar sagen so und och den Antrag stellen ich möchte halt gern, dass mein Kind in den und den Kindergarten kommt, aber letztendlich wird es von der Stadt entschieden, wo die Plätze frei sind und da kommen dann och die Kinder hin. Also so richtig mitentscheiden als Elternteil kann man nicht.“ (I78 Z.: 754-762)

Die Vermittlung der Kitaplätze läuft in vielen Fällen zentral über das Jugendamt. Die Mütter beschreiben das Jugendamt als reine Verwaltungsstelle, die „sich halt um die Anmeldungen und das alles kümmert und ähm um die Kosten sich kümmert und halt äh und Informationen rausgibt“ (I112 Z:723-727). Es wird immer dann als wenig hilfreich empfunden, wenn eigene Erziehungsvorstellungen und/oder Bedarfe nicht berücksichtigt bzw. verwirklicht werden. Hier wird deutlich, dass neben der Handhabbarkeit auch die Sinnhaftigkeit im Prozess der Kita-Auswahl eine wesentliche Rolle spielt. Je stärker das Wunsch- und Wahlrecht der Eltern zum Tragen kommt, desto stärker findet bei der Vergabe von Plätzen eine Berücksichtigung der Bedarfe der Mütter statt und entsprechend größer ist langfristig die Zufriedenheit mit dem vermittelten Platz. Je niedriger der FAI, desto stärker fühlen sich die Mütter mit ihren Vorstellungen bei der Anmeldung berücksichtigt.

Während Mütter mit niedrigem FAI aufgrund des pädagogischen Konzeptes um den Platz in einer Wunsch-Kita kämpfen und diesen durch frühzeitige Anmeldung sicherstellen (2), sind es bei Müttern mit hohem FAI vordergründig Zwänge des Einstiegs/der Fortsetzung von Ausbildung oder Beruf sowie die Höhe der Kosten (12), die die Platzsuche bestimmen. Auch die Wartezeit wird zu einem Auswahlkriterium für Kita-Plätze und löst damit die Frage nach eigenen Wünschen und Vorstellungen ab. „Bei den meisten Kitas ist das ja so, dass man da ähm lange Wartezeiten hatten und da war das innerhalb von drei Monaten möglich 'n Platz zu kriegen“ (I84 Z:430-431). In vielen Fällen fühlen sich Mütter in ihren eigenen Vorstellungen nicht gehört und übergangen, haben das Gefühl mangelnder Partizipation und Hilflosigkeit gegenüber den Behörden.

Insbesondere für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellt die Ungewissheit bezüglich eines gesicherten Wiedereinstiegs eine große Belastung dar. Am stärksten betroffen sind hier Mütter mit hohem FAI (7), aber auch Mütter mit niedrigem FAI (2) schildern diese Probleme, speziell dann, wenn sie nicht über die notwendigen finanziellen Mittel verfügen, um den Ausfall zu kompensieren. Die Bindung eines Platzes an die Bescheinigung einer Arbeits-/Ausbildungsstelle wird hier als Hindernis beschrieben, denn ein Nachweis über einen Kita-Platz ist vielfach der Schlüssel für eine (Wieder)Aufnahme einer Beschäftigung.

„Ich kann aber auch nicht auf Arbeit anrufen die sollen mir die Bescheinigung schicken, dass ich ab den 01.11. wieder arbeiten gehe, die ich ja brauche, um einen Kitagutschein zu bekommen. Also um ihn zu beantragen. Zum Antrag brauche ich dieses Schreiben und da muss ich aber auch am ersten November wieder arbeiten. Aber was ist, wenn ich den Kitagutschein nicht kriege, und ergo kein Kitaplatz habe und dann muss ich am 01.11. wieder arbeiten. Dann muss ich ihn mitnehmen zu meinen Intensivpatienten. Tolle Logik. (I88 Z:522-530.)

Es besteht die Hoffnung, dass Sonderregelungen für Mütter in besonderen Lebenslagen gelten, ggf. bei Ausbildung oder Arbeit ein Platz zur Verfügung gestellt wird. Hier sind die Aussagen der Mütter allerdings widersprüchlich. Die Bevorzugung bei der Vergabe von Plätzen auf Grundlage des Nachweises der Ausbildung oder Berufstätigkeit wird zum Teil beschrieben, von anderen aber auch widerlegt.

„Die Kindergärtnerin sagte dann auch, sie kann da nicht wirklich was machen, sie würd ja gern, aber sie entscheiden eben nicht selber.“ (I2 Z:305-306)

Auch für die Inanspruchnahme weiterführender Hilfen bilden transparente und stigmatisierungsfreie Verfahren eine elementare Grundlage. Findet eine Vermittlung in weiterführende Hilfen statt, wird diese zum Teil durch die Ausgestaltung auf der kontextuellen Ebene erschwert. Selbst wenn durch die Fachkräfte Hilfen aufgezeigt werden, sind oft viele Um- und Irrwege notwendig, bis das Kind weitere Hilfen erhält. Die langwierigen Verfahren lösen bei den Müttern das Gefühl aus, ‚Bittstellerinnen‘ (I2 Z:88-90) zu sein, und um ihnen bzw. dem Kind zustehende Leistungen kämpfen zu müssen. Ausschließlich Mütter mit hohem FAI berichten von einer hohen psychischen Belastung, die damit einhergeht (4). Diese Sequenzen beziehen sich zwar mit Blick auf Übernahme der Kita-Kosten zumeist auf das Jugendamt, zeigen aber, wie schwer es Müttern fällt, um Hilfe zu bitten. „Lange Wartezeiten und dumme Sprüche“ (I50 Z: 647-763) führen dazu, dass auf Leistungsansprüche gänzlich verzichtet wird.

„Weil wenn du Harz IV Empfänger bist, besteht die Möglichkeit, das dir das Jugendamt den Kindergartenplatz bezahlt. Habe ich anfangs auch gemacht, [...] Und hab dann irgendwann aufgehört und habe gesagt, ah ich versuch's erst mal alleine zu bezahlen, bezahle jetzt den Kitaplatz auch

selber, also von dem Geld was ich so zur Verfügung habe. Wenn's nicht mehr geht, okay dann nehme ich das natürlich wieder in Anspruch." (I50 Z: 647-763)

Neben Stigmatisierungssorgen und langen Antragsverfahren (3) beschreiben Mütter fehlende Ansprechpartner*innen bzw. Unterstützungspersonen (5), aber auch finanzielle Notlagen (3) als Hürden im Prozess der Weitervermittlung. Mütter fragen sich, warum die Kitas in die weitere Bearbeitung von Anträgen nicht stärker einbezogen werden, da dies aus ihrer Sicht Verfahren verkürzen könnte.

Wie hilfreich die Stimme der Kita im Sinne von advocacy sein kann, zeigt die folgende Sequenz:

„Ja, wie gesagt, die Kinderärzte machen das erst bei der nächsten U-Untersuchung also, wenn er vier is. Aber hätten se jetzt denn für uns doch gemacht, das haben die ja denn natürlich auch gesagt, wenn der Kindergarten uns des empfiehlt, ham wa das gemacht." (I30 Z:482-488)

Die Fürsprache der Kita verleiht dem Wunsch der Mutter Autorität und ermöglicht eine Untersuchung beim Kind, die sonst erst ab einem höheren Lebensalter durchgeführt wird.

4.4.2 Resümee

Die Ausgestaltung der Anmeldeverfahren moderiert durch vier Bedingungen den Prozess einer möglichen Gesundheitsförderung durch das Setting Kita und bedingt Be- bzw. Entlastungen im Hinblick auf alle drei Faktoren des Kohärenzgefühls (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Einflussfaktoren und Bedingungen auf kontextueller Ebene (eigene Darstellung)

Systematisierung der Einflussfaktoren	Bedingungen auf kontextueller Ebene			
	auf kontextueller Ebene	Handhabbarkeit	Verstehbarkeit	Sinnhaftigkeit
> Gestaltung der Anmelde- und Antragsverfahren	> ausreichende Kita-Plätze > transparente und stigmatisierungsarme Anmelde- und Antragsverfahren	> transparente und stigmatisierungsarme Anmelde- und Antragsverfahren	> Berücksichtigung der Bedarfe im Anmeldeprozess	> finanzielle Ressourcen > Familienkonstellation > soziale Unterstützung

In Bezug auf transparente Verfahren werden auf der kontextuellen Ebene sowohl die Anmeldung für einen Kitaplatz als auch die Vermittlung in weiterführende Hilfen kritisch betrachtet. Ist kein Platz verfügbar bzw. passen eigene Erziehungsvorstellungen nicht zu denen einer vermittelten Kita, löst dies ebenso Spannungszustände aus. Hier ist ein enger Zusammenhang zur Lebenslage zu verzeichnen: Partizipationsmöglichkeiten können bereits im Prozess der Anmeldung dazu beitragen, langfristig die Handhabbarkeit des Alltags sicherzustellen (z. B. Betreuungsorte und -zeiten) und durch die Berücksichtigung der Bedarfe auch die Zufriedenheit zu erhöhen. Die Bindung eines Platzes an Ausbildungs-/Berufsnachweise erzeugt bei den Müttern das Gefühl eines ‚Zwei-Klassen-Betreuungssystems‘, aus dem die Mütter ohne Arbeit bzw. Ausbildung als Verliererinnen hervorgehen. Es bleibt ein Gefühl von fehlender Anerkennung und Ausschluss. Mit Blick auf mediate muss sichergestellt werden, dass eine Vermittlung in weiterführende Hilfen nicht ins Leere läuft. Hier bedarf es einer verstärkten Einbindung der Fachkräfte, eine zeitliche Reduzierung der Antragsverfahren sowie das Sicherstellen von vorurteilsbewussten Ansprechpartner*innen, damit das Leistungsangebot von Müttern auch angenommen wird.

5 Diskussion

Die Arbeit eröffnet Einblicke in die subjektiven Perspektiven von Müttern unterschiedlicher Soziallagen auf das Setting Kita und identifiziert Anschlussstellen, um die programmatischen Forderungen als Kristallisationspunkt für familiäre Gesundheitsförderung strategisch und inhaltlich zu untersetzen. Mithilfe qualitativer Interviews konnten individuelle Voraussetzungen von Müttern bezüglich der ungleich verteilten Gesundheitsressourcen sowie der individuellen Bewältigungsstrategien rekonstruiert werden. Um die Frage nach der Gesundheitsförderung in und durch die Kita zu beantworten, konnten auf der interaktionalen, organisatorischen und kontextuellen Ebene Faktoren identifiziert werden, die den Prozess grundlegend beeinflussen.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Ausgehend von der individuellen Situation der Mütter erweist sich die interaktionale Ebene als Mediator und bestimmt den Prozessverlauf einer möglichen Gesundheitsförderung im Setting Kita. Die organisatorische und kontextuelle Ebene wirken als Moderatoren und erklären, welche Bedingungen bei der Initiierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen berücksichtigt werden müssen (vgl. Abbildung 3).

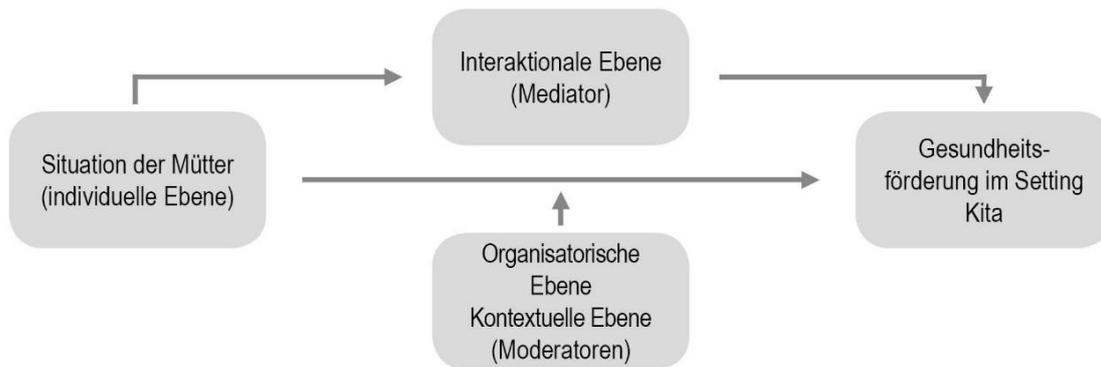


Abbildung 3: Auswirkung und Beziehung der Einflussebenen zueinander (eigene Darstellung)

Auf der kontextuellen Ebene zeigt sich, dass einige der wesentlichen Moderationsfaktoren außerhalb des Einflussbereiches der Kita liegen. Die Ergebnisse schließen an Kolip und Lademann (2016) an, betonen die Doppel- und Mehrfachbelastungen, die aus dem Anspruch der Vereinbarkeit von Familie und Beruf resultieren und insbesondere bei Müttern mit hohem FAI zu dauerhaften Spannungszuständen führen. Ausreichende und bedarfsgerechte Kitaplätze stellen den wichtigsten Moderator für die Entlastung dar. Hier sind trotz des quantitativen Ausbaus in den vergangenen Jahren nach wie vor Defizite zu verzeichnen, die dazu führen, dass Mütter ohne Arbeit das Gefühl eines ‚Zwei-Klassen-Betreuungssystems‘ haben, da die Handhabbarkeit von Ausbildungs- und Berufs(wieder)einstieg ohne Kita-Platz unmöglich wird (Olk 2013). Aber auch Entlastung in Alltagssituationen sowie der Zugang zu neuen Sozialkontakten und den Möglichkeiten des Austauschs unter Peers bleibt Müttern ohne Kita-Platz verschlossen. Einen unmittelbaren Einfluss auf die gesundheitsförderliche Ausgestaltung des Kita-Settings haben darüber hinaus die (gesundheitsbezogene) Qualifikation der Fachkräfte, die Fachkraft–Kind–Relation sowie die Betreuungs- und Öffnungszeiten auf die Möglichkeiten (vgl. im Folgenden).

Verweisen Maccoby und Martin (1983) sowie Ciechanowski et al. (2003) auf eine eingeschränkte Aufmerksamkeit und die damit einhergehende belastete Eltern-Kind-Beziehung aufgrund des SES, deuten die hier vorliegenden Ergebnisse stärker darauf hin, dass höhere Belastungen weniger dem FAI geschuldet sind, als vielmehr den Herausforderungen, die sich aus den daraus resultierenden eingeschränkten Ressourcen und erhöhten Belastungen ergeben.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Handhabbarkeit des Alltags bleiben für Mütter ohne familiäre und soziale Unterstützung – trotz der Entlastungszeiten durch die Kita – schwer zu bewältigen. Hier bestätigen sich bereits vorliegende Ergebnisse (Argyle 1998; Kim 2001; Cohen 2004, Mayr-Kleffel 1991), die auf eine Korrelation von hohen Belastungen und geringen Rückgriffsmöglichkeiten auf soziale Netzwerke verweisen. Die eigenen Ergebnisse zeigen, dass Herausforderungen – über alle Ebene hinweg – weniger bedrohlich wahrgenommen werden, wenn soziale Unterstützung und finanzielle Ressourcen vorhanden sind (Rosenbrock 2002). Fehlende Unterstützung, sowohl durch soziale Netzwerke, als auch innerfamiliär, manifestiert sich in Zwängen für einen frühzeitige Ausbildung-/Studienbeginn oder -fortsetzung sowie Spannungszuständen aufgrund der eingeschränkten Betreuungs- und Öffnungszeiten, geringen Zeitressourcen für die Kinder, fehlenden Regenerationszeiten und Verunsicherung in der eigenen Rolle. Der SOC wird durch die Einschränkung der generalisierten Widerstandsressourcen auf der individuellen, materiellen und sozialen Ebene in allen drei Aspekten negativ beeinflusst (Silventoinen et al. 2014).

Die Gestaltung des Transitionsprozesses nimmt für die Entwicklung des Selbstbewusstseins von Müttern eine Schlüsselstellung ein. Einerseits bekräftigt die vorliegende Datenauswertung bisherige Erkenntnisse der Transitionsforschung (Fthenakis 1999), erweitert diese jedoch durch den Blick auf Mütter mit unterschiedlichem Sozialstatus. Während Mütter mit niedrigem FAI versuchen, durch eine schrittweise Eingewöhnung Ressourcenverlusten vorzubeugen, setzen Mütter mit hohem FAI auf bereits bestehende Sozialkontakte. Das Gelingen beider Strategien ist von der Ausgestaltung der Beziehungsebene zu den Fachkräften abhängig. Darüber hinaus kann die eigene Untersuchung hier mit dem expliziten Blick auf die Mütter bisherige kindzentrierte Theoriemodelle (vgl. z. B. Niesel und Griebel 2015) erweitern. Zwar wird im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf die Sorge um einen gelingenden Übergang der Kinder thematisiert, tritt aber in den Schilderungen hinter den Ausführungen der Herausforderungen für die eigene Person zurück. In der Analyse konnte gezeigt werden, dass die Veränderungen angstvoll besetzt sind (meaningfulness). Mit Blick auf einen subjektiv gelungenen und selbstwertstärkenden Transitionsprozess (Fthenakis 1999; Geene und Borkowski 2009, 2017) bietet das Gefühl des ‚Alleinzurückbleibens‘, das durchgehend beschrieben wird, sich jedoch für Mütter mit hohem FAI durch fehlenden Berufs- oder Ausbildungseinstieg zu einem Dauerzustand ausweitet, einen wichtigen Anknüpfungspunkt für gesundheitsförderliche Aktivitäten durch die Kita.

Im Ergebnis der Untersuchung zeigt sich, dass eindeutig verhaltensorientierte Gesundheitsprogramme (health literacy und health behavior, Faltermaier 2015) nicht von den Müttern thematisiert werden. Weder werden sie als bereits vorhandenes Angebot noch als Bedarf formuliert. Vielmehr legen Mütter den Fokus

auf eine Beratung und Begleitung bei Alltagsfragen, die gute Anschlussmöglichkeiten für die Gesundheitsförderung in der Kita eröffnen. Dabei wird deutlich, dass sowohl enable- als auch mediate-Strategien an den individuellen Belastungen und Spannungszuständen ansetzen müssen, um hilfreich und wirkungsvoll wahrgenommen zu werden. So verwundert es nicht, dass im Ergebnis der Analyse weniger auf explizite, (neu) zu schaffende Hilfe- und Vermittlungsbedarfe verwiesen werden kann, sondern vielmehr auf der Verhältnisebene Grundbedingungen und Strukturen für die Entwicklung der Kita zum gesundheitsförderlichen Setting nachgezeichnet werden.

Elementare Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung gesundheitsförderlicher Strukturen in der Kita bildet die Ausgestaltung der Beziehungsebene zwischen Fachkräften und Müttern. In der Betrachtung der individuellen und interaktionalen Ebene wird deutlich, dass diese nicht losgelöst voneinander zu betrachten sind, sondern sich gegenseitig beeinflussen und bedingen. Mütter mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen (Bandura 1977; 1997) können Fachkräften selbstbewusst gegenüberreten, wodurch die Beziehungsebene eine andere Ausgestaltung erfährt, als es bei anderen Konstellationen der Fall ist. Insgesamt werden vier Ausprägungen erkennbar. (Abbildung 4)

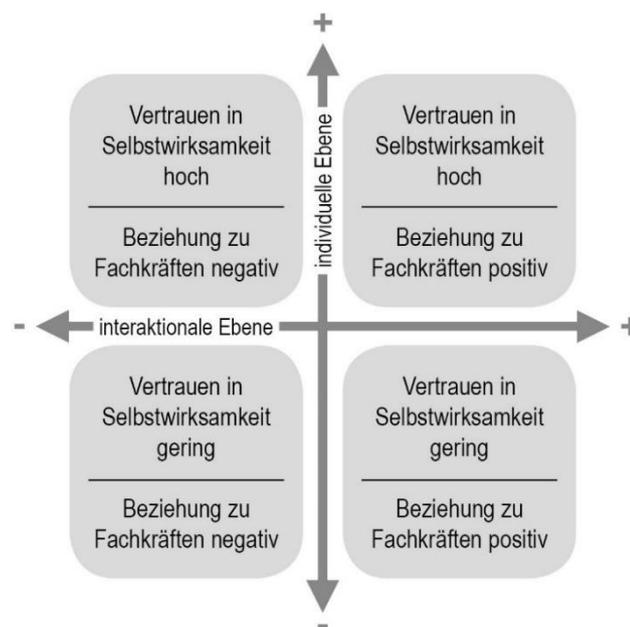


Abbildung 4: Verhältnis der individuellen und interaktionalen Ebene (eigene Darstellung)

Je nach Ausprägung werden unterschiedliche Strategien von den Müttern angewendet (vgl. Abbildung 5), um einerseits für sich selbst Belastungen, Stressoren und Spannungszustände zu verringern oder zu vermeiden und andererseits selbstbestimmt sowie ressourcenstärkend ihren Alltag zu gestalten. Wenngleich es Ziel der Arbeit war, sich auf die gesundheitsförderlichen Aspekte zu konzentrieren, so zeigen die Ergebnisse doch, dass der Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen in der Kita nicht nur auf die Förderung von Ressourcen beschränken kann. Teilweise müssen diese – wenngleich nicht bei den Müttern – problemorientiert ansetzen, um negativen Tendenzen entgegenzuwirken. Mit der vorliegenden Arbeit können konkrete

Rückschlüsse auf die Einschränkung der drei Faktoren – Vorhersehbarkeit, Beeinflussbarkeit und Sinnhaftigkeit – gezogen und Ressourcen sowie Unterstützungsbedarfe aufgezeigt werden, die hier entgegenwirken.

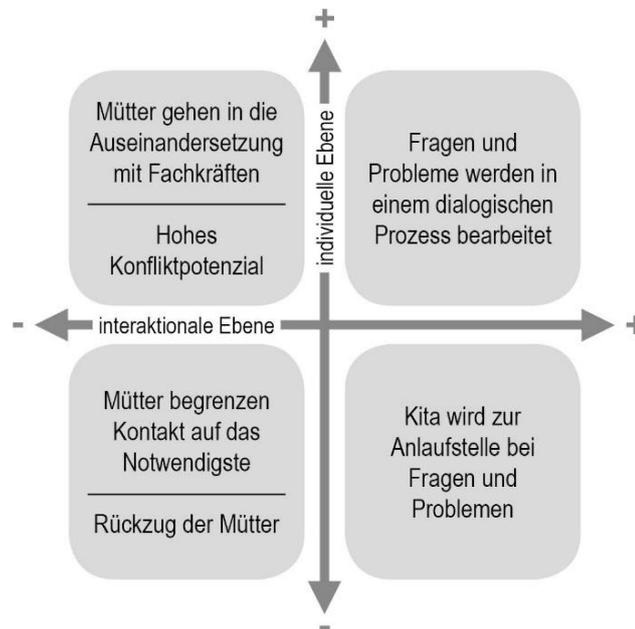


Abbildung 5: Strategien von Müttern zur Verringerung der Belastungszustände (eigene Darstellung)

Strategie 1: Rückzug vermeiden

Geringe Selbstwirksamkeitserwartungen und eine eher belastete Beziehungsebene zwischen Müttern und Fachkräften sind durchgängig mit einem Erleben fehlender Anerkennung und Bevormundung verbunden, wodurch im Ergebnis eine Negativspirale in Gang gesetzt wird, in deren Konsequenz Vermeidungs- und Rückzugsstrategien der Mütter zur Anwendung kommen.

Fachkräfte vermitteln Müttern das Gefühl, den familiären Herausforderungen nicht allein gewachsen zu sein. Ein Vorgehen, dass das Agieren im Rahmen der Kompensationsfunktion und Frühwarnfunktion (Gleich 2005) indiziert. Die Ergebnisse lassen erkennen, dass eine schlechte Beziehungsqualität, geprägt von Hierarchie und einem daraus resultierenden eher paternalistischen Auftreten der Fachkräfte, insbesondere bei Müttern mit hohem FAI dazu führt, dass sich die Mütter selbst infrage stellen. Die ohnehin schon gering ausgeprägten Problemlösefähigkeiten und gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen (health locus of control) (Soliday 2004) werden nicht gestärkt, sondern weiter belastet. Die Ergebnisse der eigenen Arbeit knüpfen an die Untersuchung von Hurrelmann et. al. (2013) an und bestätigen die Skepsis benachteiligter Eltern gegenüber verhaltensbezogenen Angeboten der Gesundheitserziehung. Gleichzeitig verweisen sie jedoch auf die fehlende Transparenz (comprehensibility) der Angebote und Strukturen, die Gestaltung der Beziehungsebene sowie das Selbstwertgefühl der Mütter (meaningfulness) als dahinterliegende Motive. Die Verwobenheit der Persönlichkeit der Mütter, des sozialen Kontextes sowie der Person des Kindes (Belsky 1984) zeigen die verstärkten negative Empfindungen, wenn Krankheit oder Verhalten der Kinder zum Ziel der Unterweisungen werden. Dies geht mit dem Gefühl des Versagens für die Mütter einher und

beeinflusst die Erwartungen an die eigene Selbstwirksamkeit negativ. In diesem Licht erhalten die Ergebnisse des BMFSFJ 2017 sowie von Rattay et al. 2017; Schröder 2017, Teubert und Pinquart 2012, die auf die zunehmende Belastung für Mütter mit niedrigem sozioökonomischem Status durch chronische Erkrankung des Kindes verweisen, eine weitere Deutungsebene. Neben den objektiven Belastungen durch Pflege und Sorgearbeit ist es auch das Gefühl eigenen Versagens, welches zusätzlich belastet.

Wählen Mütter eine Strategie des Rückzuges, hat dies zur Folge, dass bei Fragen und Unterstützungsbedarfen die Einrichtung nicht in Betracht gezogen bzw. nicht aufgesucht wird, sondern im Gegenteil der Kontakt auf ein Minimum beschränkt wird. In der Konsequenz formulieren Mütter keine Erwartungen an die Kita, weder in Bezug auf die Unterstützung beim Erwerb von Gesundheitskompetenzen noch mit Blick auf die Weitervermittlung oder die anwaltschaftliche Vertretung. Die Kita wird zur Notwendigkeit, um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sicherzustellen. Die Interpretation des Rückzugs bzw. der Kontaktvermeidung durch die Fachkräfte als dysfunktionales und widerspenstiges Verhalten (Helmig 2010) verstärkt den Ressourcenverlust. Für die Mütter verfestigt sich das Gefühl, dass es ‚zwei Klassen‘ von Müttern gibt und sie zu denen gehören, die von den Fachkräften nicht gemocht werden. Hierbei handelt es sich um die subjektive Wahrnehmung dessen, was Schnabel 2001 als „Risikofamilie“ und „Normalfamilie“ bezeichnet.

Mit Blick auf den SOC zeigt sich, dass eine schlechte Beziehungsqualität zu den Fachkräften in Verbindung mit geringen Selbstwirksamkeitserwartungen das Gefühl der Bedeutsamkeit (meaningfulness) an vielen Stellen einschränkt. Die mangelnde Transparenz von Prozessen und Strukturen erschwert die Verstehbarkeit (comprehensibility), die grundlegend für eine sinnstiftende Bewertung des Handelns der Fachkräfte wäre. In den meisten Fällen sind Verstehbarkeit und Sinnhaftigkeit so stark eingeschränkt, dass die Frage der Handhabbarkeit (manageability) erübrigt. Die Einschränkung des SOC in allen drei Aspekten hat negative Auswirkungen auf die schon sehr gering ausgeprägten Selbstwirksamkeitserwartungen. Das Gefühl fehlender sozialer Kontrolle ist auch mit Blick auf die frühzeitige Beeinflussung des SOC der Kinder (Idan et al. 2017; Siegrist 2002;) mit großer Sorge zu betrachten.

Um einen weiteren Ressourcenverlust bei den schon stark belasteten Müttern zu verhindern, muss der Rückzug der Mütter vermieden werden. Dazu ist, neben der Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit und einer grundlegenden Definition des Gesundheitsverständnisses, die Sensibilisierung der Fachkräfte für die unterschiedlichen Lebenslagen (Lohaus und Ball 2006) sowie daraus resultierende Bedarfe und Handlungsmöglichkeiten notwendig. Mit Blick auf die bestehenden Machtasymmetrien zwischen Müttern und Fachkräften ist die Reflexion der eigenen Rolle sowie die Entwicklung von vorurteilsbewussten gesundheitsförderlichen Strategien von elementarer Bedeutung.

Strategie 2: Konfliktpotenzial senken

Begegnen Mütter einer belasteten Beziehungsebene mit Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit, ist ein hohes Konfliktpotenzial zu verzeichnen. Es zeigt sich, dass die Mütter aufgrund hoher Selbstwirksamkeitserwartungen wissen und artikulieren können, was für sie bedeutsam und sinnstiftend ist (meaningfulness).

Auch die Handhabbarkeit von Anforderungen (manageability) scheint – auch aufgrund sozialer Unterstützung – kaum eingeschränkt. Es sind der Mangel an Transparenz sowie die fehlende Beteiligung, die eine Verstehbarkeit von Entscheidungen und Strukturen erschweren (comprehensibility). Hierarchische Strukturen, geringe Anerkennung der Mütter als Expertinnen und fehlende Mitwirkungsmöglichkeiten führen zu Auseinandersetzungen mit den Fachkräften, die sowohl als persönliche Streitfälle oder aber auch mithilfe von geliehenen Autoritäten ausgetragen werden. Wird dies als dysfunktionales und widerspenstiges Verhalten (Helmig 2010) interpretiert, spitzt sich der Konflikt weiter zu. Es sind fast ausschließlich Mütter mit niedrigem FAI, die sich hier verorten lassen.

Treten Fachkräfte als Expert*innen auf und versuchen in einer hierarchischen Konstellation Wissen an die Mütter zu vermitteln bzw. auch in weiterführende Hilfen zu verweisen, fühlen sich Mütter als passive Adressatinnen bedrängt und in ihrer Expertinnenschaft infrage gestellt, was einen Konflikt provoziert. Die Mütter verwehren sich gegen die Kompensations- und Frühwarnfunktion der Kita (Gleich 2005), im Ergebnis werden weder Angebote im Sinne von enable noch von mediate als hilfreich wahrgenommen.

Ein Mangel an Transparenz und fehlende Partizipationsmöglichkeiten erschweren die Nachvollziehbarkeit von Entscheidungen und Alltagsstrukturen (comprehensibility). Hohes Konfliktpotenzial lässt sich dadurch im Übergang von der Krippe in die Kita, bei Erkrankung/Unfällen der Kinder sowie bei der Bewertung von Hilfe- und Förderbedarfen nachzeichnen. Mütter wollen ihren Kindern zur Seite stehen, verfügen jedoch über zu wenige Informationen, um sich selbst aktiv und wirksam einbringen zu können (meaningfulness, comprehensibility).

Gelingt ein Austausch zwischen Müttern und Fachkräften aufgrund der belasteten Beziehungsebene nicht, werden alternative Wege gewählt. Die eigene Datenanalyse bestätigt auch die bisherigen Erkenntnisse von Argyle (1998), Cohen (2004), Kim (2001) und Mayr-Kleffel (1991) zur Bedeutung der sozialen Unterstützungsnetzwerke durch Familie und Freund*innen. Sie ermöglichen Rücksprache bei Verunsicherungen, sind Informationsgeber*innen sowie Fürsprecher*innen und ermöglichen, dass im Konfliktfall auf Unterstützung und Beratung durch die Kita verzichtet werden kann. Des Weiteren können andere Eltern zur Informationsquelle über Abläufe und Strukturen, aber auch über die Arbeit der Fachkräfte werden. Dies kann einerseits eine wichtige Hilfe sein, um Teil der Community zu werden und sich im Kita-Alltag zu orientieren, birgt aber besonders bei negativer Einschätzung der Arbeit der Fachkräfte hohes Konfliktpotenzial, da die Beziehungsebene durch Mundpropaganda zusätzlich belastet wird. Es werden auch Autoritäten innerhalb und außerhalb des Kitakontextes im Sinne von advocacy hinzugezogen (manageability). Mit Blick auf die von Dempsey et al. (2011) thematisierten Möglichkeiten des self-advocacy ist dies eine interessante Strategie: self-advocacy kann und muss also nicht immer bedeuten, eigene Anliegen selbst zu vertreten, sondern sich Personen zu wählen, die aufgrund einer machtvolleren Position anders wahrgenommen werden. Diese Strategie löst auch die Forderung nach der Anknüpfung von Interessenvertretung an das Alltagserleben (Reiners 2014) ein.

Um Unterstützungspotenzial der Kita im Sinne von enable und mediate jenseits der problemorientierten Risikobearbeitung nutzbar zu machen, bedarf es einer Thematisierung der bestehenden Machtverhältnisse

zwischen Müttern und Fachkräften sowie der Sensibilisierung für unterschiedliche Lebenslagen (Lo-haus und Ball 2006). Vor dieser Folie werden Diskriminierungssorgen sowie Divergenzen in den Erziehungsvorstellungen ersichtlich und eine Abkehr von der Defizitbetrachtung hin zur Förderung von selbstwertstärkenden Bewältigungsstrategien möglich. Um dem Konfliktpotenzial entgegenzuwirken, müssen neben der Sensibilisierung für unterschiedliche Lebensbedingungen und -entwürfe auf der organisatorischen Ebene Wege gefunden werden, die durch eine verstärkte Beteiligung und Transparenz die Kommunikation zwischen Müttern und Fachkräften sicherstellen.

Strategie 3: Kita als Anlaufstelle bei Unterstützungsbedarf stärken

Korrelieren geringe Erwartungen an die eigene Selbstwirksamkeit mit einer positiven Ausgestaltung der Beziehungsebene, kann die Kita zu einer wichtigen Anlaufstelle bei Fragen und Problemen werden. Eine Kita qualifiziert sich in den Augen der Mütter dafür, da Kinder einen großen Teil ihrer Zeit hier verbringen und Fachkräfte als die Personen wahrgenommen werden, die neben Müttern selbst die Kinder am besten kennen und einschätzen können. Damit unterstreichen sie die Bedeutung der Kita für gesundheitsförderliche Ansätze, die derzeit öffentlich diskutiert werden. Es sind vor allem Mütter mit hohem FAI, die von Hilfebedarf und Unterstützungserfahrungen aus dem eigenen Erleben berichten. Mütter mit niedrigem FAI können sich diese Hilfen hypothetisch vorstellen, haben sie aber noch nicht in Anspruch genommen. Mütter mit Möglichkeiten des Rückgriffs auf soziale Unterstützung würden Angebote eher nicht beanspruchen, sondern finden die notwendigen Hilfen außerhalb der Kita.

Die Beziehungsebene zwischen Müttern und Fachkräften wird positiv bewertet, wenn Sympathie, Vertrauen und Fachlichkeit gegeben sind und Mütter in ihrer Rolle und in ihren Lebenslagen Anerkennung Hilfe und positive Bestärkung erfahren. Fachlichkeit bildet sich durch regelmäßige Informationen über die Entwicklung des Kindes sowie Methoden der Förderung und Unterstützung von Kindern im Alltag ab. Ein ausreichend wahrgenommener Fachkraft-Kind-Schlüssel und/oder sichtbare Bemühungen um das einzelne Kind verstärken das Gefühl der Professionalität (meaningfulness). Die Beziehung wird als hierarchisch beschrieben, Mütter verorten sich aufgrund des geringen Zutrauens in die eigene Selbstwirksamkeit deutlich unter den Fachkräften. Wenngleich sich Mütter selbst in ihrer Expertinnenschaft zurücknehmen, fühlen sie sich von den Fachkräften in ihrer Rolle als Mutter anerkannt und mit ihren Sorgen und Ängste ernstgenommen (meaningfulness). Voraussetzung für das Gelingen dieser Konstellation ist eine positive Ausgestaltung der Beziehungsebene durch vorurteils- und machtbewusstes Handeln der Fachkräfte sowie ein berufliches Selbstverständnis, das auch auf Beratung und Unterstützung von Familien ausgerichtet ist. Das dafür notwendige Wissen der Fachkräfte über gesellschaftliche, politische und institutionelle Strukturen wird von den Müttern nicht immer als ausreichend eingeschätzt. Die eher marginale Wahrnehmung der Vermittlung in weiterführende Hilfen bestätigt dies.

Die Strategie der Kita als Anlaufstelle eröffnet an unterschiedlichen Stellen ressourcenorientierte Anschlussmöglichkeiten für die Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Settings. Neben einer Betreuung und Förderung der Kinder wird der von Hoghughi (1998) formulierte Unterstützungsbedarf in der Wahrnehmung der elterlichen Verantwortung für ein gesundes Aufwachsen von den Müttern selbst eingebracht. Die

gering ausgeprägten gesundheitsbezogenen Kompetenzen (health locus of control) werden zum Ausgangspunkt für Fragen und formulierte Hilfebedarfe an die Fachkräfte. Der Hilfeprozess verläuft einseitig – von der Kita zu den Müttern. Es wird nicht erwartet und auch nicht in Betracht gezogen, eigene Vorstellungen einzubringen. Vielmehr wird abgestimmtes Handeln erlebt, wenn Alltagsroutinen aus der Kita nach Hause übertragen werden (meaningfulness). Partizipation bleibt – sowohl im Erleben als auch in den Erwartungen – auf die Stufe von Information begrenzt. Die Ergebnisse schließen damit an die Erkenntnisse von Koivunen et al. (2017) an, zeigen, dass Eltern Angebote stärker in Anspruch nehmen, wenn diese stigmatisierungsarm und durch vertraute Personen vermittelt und beworben werden. Die angesprochenen Themen wie Sauberkeitserziehung, Ernährung oder Fragen zum Erziehungsverhalten indizieren sehr gute Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsbildung (health literacy) und die Förderung des Gesundheitsverhaltens (health behavior). Auf der anderen Seite kann die Beratung und Begleitung durch Fachkräfte Mütter empowern, eigene Bedarfe stärker wahrzunehmen und mittel- bzw. langfristig im Sinne von self-advocacy einzubringen. Allerdings hat diese Strategie ihre Grenzen im Hinblick auf die Handhabbarkeit (manageability). Probleme werden dann deutlich, wenn die Übertragbarkeit von Strategien aus der Kita in das familiäre Umfeld scheitert. Hier besteht die Gefahr, dass Mütter sich zurückziehen und aufgeben, da ihre Ressourcen nicht gestärkt, sondern weiter geschwächt werden. Die Kita als Anlaufstelle kann in diesen Fällen nur als Türöffner für weitere, stärker dialogisch ausgerichtete Strategien fungieren.

Die Analyse zeigt, dass diese Anforderungen sich neben dem Bereich der Förderung von Gesundheitskompetenzen auch auf die Vermittlungsfunktion (Gleich 2005) beziehen. Mütter verlassen sich auf die Empfehlungen der Fachkräfte, geben Entscheidungen sogar ganz aus den Händen. Deutlich wird auch, dass eine Verankerung weiterführender Hilfen im Kita-Alltag sowie die bereits bestehende Nutzung durch andere Kinder, die Akzeptanz und Inanspruchnahme von Vermittlungsangeboten positiv beeinflussen (comprehensibility). Hier ist allerdings auf ein Dilemma zu verweisen: Einerseits steigt die Bereitschaft zur Inanspruchnahme aufgrund des Wissens um Kinder in diesen Hilfen, andererseits kann genau dieses Wissen jedoch zu Stigmatisierungsängsten bei den Betroffenen führen. Hier gilt es für die Fachkräfte, sensibel zu sein und mit Müttern und Kindern abzusprechen, welche Informationen an andere Eltern weitergeleitet werden dürfen, da sonst die Gefahr besteht, dass Mütter sich verschließen und die Strategie des Rückzugs wählen.

Eine Inanspruchnahme der Kita als Anlaufstelle setzt Einblicke in den pädagogischen Alltag, das Wissen um Abläufe sowie mögliche Hilfen und Ansprechpersonen voraus. So zeigt sich, dass bei fehlendem Wissen Hilfebedarfe zwar formuliert, aber nicht an die Kita adressiert werden können. Transparenz herzustellen ermöglicht Müttern zu verstehen, warum und wie bestimmte Dinge gehandhabt werden und wo Unterstützung zu erwarten ist (comprehensibility). Diese Ergebnisse liefern insbesondere mit Blick auf die Kritik an passiven Vermittlungsstrategien (Ohlbrecht und Schönberger 2010b) neue Denkanstöße und relativieren bisherige Vorstellungen, dass sozial benachteiligte Familien als Adressat*innen von individuellen Gesundheitsbotschaften weniger profitieren (Olk 2013). Vielmehr zeigt sich, dass es gerade diese Mütter sind, die die

Kita als Anlaufstelle für Top-down verlaufende Beratungsprozesse nutzen, eine erfolgreiche Implementierung jedoch nur durch die wertschätzende Ausgestaltung der Beziehungsebene, gestützt durch transparente und verlässliche Strukturen auf der organisatorischen Seite, möglich wird. Ein erweiterter gesetzlicher Auftrag, untersetzt mit entsprechenden Rahmenbedingungen sowie der notwendigen Qualifikation (Kontext), können zur Ausdehnung des Beratungsspektrums beitragen.

Strategie 4: Dialogische Hilfe- und Unterstützungsprozesse initiieren

Ein hohes Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit und eine gute Beziehung zu den Fachkräften schaffen im Ergebnis die Möglichkeit, Hilfen, Maßnahmen und Angebote in einem dialogischen Prozess zu entwickeln. Sie stärken das Elternrecht und unterstützen den Kompetenzerwerb für ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit jenseits der Kompensationsfunktion und der problemorientierten Verhaltensprävention.

Neben Sympathie, Vertrauen und Fachlichkeit wird auf der Beziehungsebene eine Begegnung auf Augenhöhe beschrieben. Mütter erwarten Unterstützung bei der Förderung und Erziehung ihrer Kinder, wollen dabei jedoch gehört werden und mitreden. Im Zentrum gesundheitsförderlicher Maßnahmen stehen nicht nur die Förderung von health literacy und health behavior sondern vielmehr eröffnen sich Möglichkeiten für die Stärkung subjektorientierten Gesundheitshandelns (health action) (Faltermaier 1994). Die Studie liefert neue Erkenntnisse, da sie aus der Perspektive von Müttern Faktoren für eine gelingende Erziehungspartnerschaft aufzeigt. Die Mitarbeit in formalen Gremien ist nur eine Möglichkeit, die geringfügig und speziell von Müttern mit niedrigem FAI genutzt wird. Teilnahme und Mitwirkungsmöglichkeiten im Alltag werden hingegen häufiger als elementare Grundlage für einen Dialog erkennbar. Das Verstehen von Strukturen und Aktivitäten sowie das Mitentscheiden bei Dingen, die das eigene Leben bzw. das des Kindes betreffen, beeinflussen das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit der Mütter positiv (comprehensibility). Damit gibt die Untersuchung auch eine Antwort auf die Frage von Schnabel (2001) nach systemerhaltenden und gesundheitsförderlichen Wirkungen von Partizipations- und Empowermentprozessen in Familien. Je stärker die Kongruenz zwischen dem Handeln beider Lebenswelten erlebt wird, desto stärker ist das Kohärenzgefühl ausgeprägt.

Hilfe und Unterstützung wird erwartet und auch gezielt bei Fachkräften eingefordert. Hier ergeben sich gute Chancen, um im Sinne des § 22 Abs. 2 und 3 SGB VIII Bedarfe und Perspektiven von Familien zum Ausgangspunkt für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Fachkräften und Familien werden zu lassen. Insgesamt gilt es, eine gute Balance zwischen regelmäßigen Gesprächen mit Informationsgehalt und einem überbeanspruchten Mittel täglicher Konversation zu finden, um den dialogischen Austausch vor dem Anschein der Banalität zu bewahren. Fehlt Müttern der ersichtliche Ernstcharakter, kann es schnell zu Unzufriedenheit kommen (meaningfulness). Strategien verschieben sich vom dialogischen Prozess hin zur Konfliktebene.

Die Ergebnisse schließen an die Untersuchung von Meier-Gräwe (2012) zur Bildungsarmut an und zeigen, dass wirkungsvolle Interventionen nur mit dem notwendigen Wissen über Alltags- und Lebensbedin-

gungen und den daraus resultierenden Belastungen entwickelt und initiiert werden können. Zu berücksichtigen sind thematische Grenzen, denn hauptsächlich sind es kindorientierte Hilfen, die Mütter erwarten, und nicht alles wollen sie preisgeben und mit Fachkräften bereden. Machtbewusstes Agieren von Fachkräften setzt hier fachlich-professionelles Handeln jenseits von Hierarchien voraus. Dialogisch gestaltete Hilfe- und Unterstützungsprozesse tragen zur Minimierung von Divergenzen in den Erziehungsvorstellungen bei und bieten den Fachkräften die Möglichkeit, Grenzen der Umsetzung gesundheitsförderlicher Strategien im familiären Umfeld kennenzulernen und zu berücksichtigen. Gleichzeitig eröffnet sich die Chance einer veränderten Wahrnehmung von Familien bei den Fachkräften, da neben Alltagsbelastungen auch habituell und sozial integrierende Funktionen von Verhaltensweisen in den Blick geraten (Bourdieu 1985; Liebenwein 2008) und vermeintlich abweichendes Verhalten damit nicht widerspenstig oder dysfunktional eingeordnet wird. Gemeinsame Gespräche bieten außerdem Anschlussmöglichkeiten für eine bedarfsorientierte Vermittlung in weiterführende Hilfen (mediate) (Meier-Gräwe 2012) und eine Stärkung der bislang eher marginal entwickelten Vermittlungsfunktion (Gleich 2005). Auch advocacy-Strategien der Kita werden erst möglich, wenn Herausforderungen und Bedarfe der Familien bekannt sind.

Dialogische Prozess beschränken sich nicht nur auf den Austausch von Fachkräften und Müttern. Peerkontakte werden als wichtige Strategie benannt, um a) den Alltag und die Strukturen kennenzulernen, b) neue Sozialkontakte aufzubauen, die über die Öffnungszeiten hinausgehen und c) Unterstützungsnetzwerke untereinander zu etablieren. Ein Austausch, angeregt durch Fachkräfte, ist ein wichtiger Türöffner. Die Bedarfe ergeben sich je nach FAI aus unterschiedlichen Motiven, die bei der Initiierung des Peeraustauschs zum Tragen kommen sollten, damit solche Treffen von den Müttern sinnvoll und bedeutsam eingeordnet werden können (meaningfulness).

5.2 Diskussion der Stärken und Limitationen der Studie

Zur Angemessenheit von Gütekriterien in der sozialwissenschaftlichen Forschung gibt es verschiedene Positionierungen. Einerseits werden die Standardbeurteilungskriterien quantitativer Forschung – Objektivität, Reliabilität und Validität – auch für die qualitative Forschung in modifizierter Weise vorgeschlagen, um eine Vergleichbarkeit beider Forschungsrichtungen zu ermöglichen. Auf der anderen Seite finden sich eine Vielzahl von Gütekriterien für die qualitative Forschung, die bislang jedoch nicht konsensfähig sind. Steinke (2008) hat auf Basis bestehender Ansätze und Konzepte übergreifende Kriterien identifiziert und ausgearbeitet, die hier zugrunde gelegt werden sollen.

Die Indikation des Forschungsprozesses ist gegenstandsangemessen. Sowohl in der Primärforschung als auch in der Sekundäranalyse steht die Perspektive der Nutzer*innen im Mittelpunkt. Diese kann nur über eine direkte Beteiligung und die Verwendung qualitativer Forschungsstrategien erfasst werden. Der Interviewleitfaden sicherte in der Erhebungsphase eine möglichst einheitliche Interviewführung entlang des Forschungsgegenstandes. Ein vorliegender Transkriptionsleitfaden zur Aufbereitung der Interviews sorgte für einen weitgehend einheitlichen Standard ohne Verzerrungen. Da es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine sekundäranalytische Betrachtung bereits vorliegender Daten handelt, ist die Datenanalyse getrennt

vom Prozess der Datenerhebung zu betrachten. Es war nicht Ziel, den ursprünglich im Lehrforschungsprozess angedachten Forschungsprozess fortzuschreiben, vielmehr tritt die Arbeit mit der Sekundäranalyse in einen neuen Prozess der Kontextualisierung und Rekonstruktion der Daten ein. Mit der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf den Bereich der Frühen Hilfen und hier insbesondere auf das Themenfeld Kita geschärft und in einen neuen theoretischen Kontext gesetzt. Der Auswertungsprozess erfolgte mit einem regelgeleiteten Verfahren, der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1999, mit Erweiterung durch Gläser und Laudel 2009). Die dort definierten Analyseschritte kamen zur Anwendung.

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die Transparenz aller Prozesse – von der Datenerhebung bis zur Ergebnisdarstellung – ist gegeben. Die Schritte der Extraktion, Strukturierung, Auswertung und Aufbereitung der Ergebnisse sind in dieser Arbeit nachvollziehbar dargestellt. Die wissenschaftstheoretischen Grundannahmen sind dargestellt, die deduktive Kategorienbildung leitet sich daraus ab. Die Vorgehensweise sowie die (Zwischen)Ergebnisse wurden in verschiedenen Zusammenhängen mit Expert*innen im Feld der Gesundheitsförderung diskutiert (z. B. Kongress Armut und Gesundheit, Vor!Konferenz der nationalen Armutskonferenz in Österreich, Netzwerk gegen Kinderarmut im Land Sachsen-Anhalt), Änderungen am Analyseraster daraufhin vorgenommen, eigene Interpretationen überdacht und geschärft.

Die empirische Verankerung der Theoriebildung wurde durch die hohe Zahl an analysierten Datensätzen sowie die große Nähe zum empirischen Material in allen Analyseschritten erreicht. Die Ergebnisse konnten so mit einer hinreichenden Menge an Originaltextstellen belegt werden. Die Darstellung der Ergebnisse ist kohärent. Die Interpretation ist in sich schlüssig, divergierende Ergebnisse werden diskutiert und auf Basis der wissenschaftlichen Erkenntnisse begründet und eingeordnet.

Mit Blick auf das Kriterium der reflektierten Subjektivität ist festzuhalten, dass die Ergebnisse unmittelbar mit meiner Person als Forscherin verbunden und damit in ihrer Objektivität begrenzt sind (Unger 2014, S. 22). Die langjährige Beschäftigung mit dem Thema, sowohl als Kita-Leiterin als auch als Wissenschaftlerin, haben bestimmte Bilder und Vorstellungen geprägt. Einerseits diene dieses Wissen für die Betrachtung der Daten und das Verständnis von dahinterliegenden Prozessen als relevante und ergänzende Quelle (Devereux 1984 [1967], S. 52), gleichzeitig ist nicht auszuschließen, dass es den Blick für neue und unerwartete Phänomene verstellt hat. Um diese Blindstellen möglichst gering zu halten, war im gesamten Prozess der Datenauswertung eine kritische Reflexion der eigenen Vorannahmen notwendig.

Die Studie löst sich von der Zielperspektive eines gesunden Aufwachsens für Kinder und identifiziert Unterstützungspotenzial und Hürden für die Entwicklung der Kita zu einem gesundheitsförderlichen Setting aus der Perspektive von Müttern. Die Ergebnisse haben vor dem Hintergrund der zunehmenden Diskussionen um die Gesundheitsförderung bei benachteiligten Eltern durch die Kindertageseinrichtungen eine hohe Relevanz. Der Ableitung von empirisch begründeten Handlungsmöglichkeiten kommt in dem doch eher programmatischen Feld eine herausragende Bedeutung zu. Es können Anhaltspunkte identifiziert werden, die Stellschrauben für Veränderungen in der Praxis des gesamten Bundesgebietes sein können bzw. bei denen

es sich lohnt, für eine Weiterentwicklung des Feldes, gerade im Rahmen der derzeit bundesweit stattfindenden Qualitätsdebatten, den Fokus noch einmal zu schärfen.

Gleichzeitig weist die Studie Limitationen auf. Mit 121 Interviews konnte eine hohe Fallzahl von sehr heterogenen Interviews analysiert werden. Dennoch ist aufgrund des erreichbaren Samplings nicht von einem repräsentativen Abbild der Bedarfe von Müttern mit Blick auf die Gesundheitsförderung im Setting Kita auszugehen. Die ungleiche Verteilung von Müttern mit hohem und niedrigem FAI (ca. 2/3 zu 1/3) ermöglicht keine zahlenmäßig belastbaren Aussagen der Unterstützungspotenziale und Herausforderungen von Müttern unterschiedlicher Lebenslagen. Es können auf Grundlage der proportionalen Verteilung nur Tendenzen aufgezeigt werden, die durch weitere Studien mit einer ausgewogeneren Verteilung abgesichert werden müssen.

Die veränderte Forschungsperspektive ermöglicht es, neue Erkenntnisse und Theorien aus bereits vorliegenden Rohdaten zu generieren. Gleichzeitig muss darauf verwiesen werden, dass in der ursprünglichen Forschung Daten zur Kita lediglich einen geringen Anteil in einem umfangreicheren Interview ausmachen. Wenngleich ein einheitlicher Interviewleitfaden verwendet wurde, so ergeben sich doch Einschränkungen im Prozess der Datenerhebung, da Studierende mit unterschiedlichem Stand bzgl. Interviewführung, aber auch Wissen über den Gegenstand, die Interviewführenden waren. Hier sind im Ergebnis Abweichungen in Tiefe und Breite in den aufgezeichneten Narrationen zu verzeichnen.

Die Aussagekraft ist durch die qualitative Erhebungs- und Auswertungsmethode und den damit verbundenen Interpretationsprozess begrenzt. Die Stärke der Studie sind die subjektiven Antworten der Interviewpartner*innen, gleichzeitig begrenzt dies den Informationsgehalt. So muss offenbleiben, inwieweit Antworten aufgrund des Wissens um soziale Erwünschtheit gegeben werden oder Bewertungen der Kita tagesaftuell positiv oder negativ durch Vorkommnisse und Ereignisse beeinflusst werden. Deutlich wird auch, dass manche Fragen intersubjektiv eine andere Bewertung erhalten und die Stoßrichtung der Antworten sich breit fächert. Eine Einschränkung ergibt sich aus der zum Teil retrospektiven Befragung der Interviewpartner*innen. Hier kann es sein, dass Erinnerungen verzerrt sind, Prioritäten inzwischen anders gesetzt werden oder mit dem aktuellen Wissen anders eingeordnet werden.

Die Studie erhebt nicht den Anspruch, Kausalzusammenhänge aufzeigen zu können und Aussagen über Ursachen und eintretende Wirkungen bezüglich der Ausgestaltung von Kita als gesundheitsförderliches Setting zu treffen. Die Daten stammen aus den Jahren 2007 – 2017, einer Zeit, in der das Kita-Feld massiven Veränderungen unterlag, die aus den Daten nur schwer zu rekonstruieren sind. Die veränderten Rahmenbedingungen können jedoch zu unterschiedlichen Bewertungen führen. Ähnlich verhält es sich mit dem Bezug zum Lebensort der Interviewten. Inwieweit welche gesetzlichen Regelungen auf Länderebene Einfluss auf die Bewertung haben, kann nur in Einzelfällen (z. B. bei den eingeschränkten Betreuungszeiten) erfasst werden. Vielmehr werden Determinanten herausgestellt, die auf dem Weg der Entwicklung von Kitas eine Schlüsselstellung einnehmen können, und Beziehungen unter diesen aufgezeigt, aus denen sich im Ergebnis unterschiedliche Strategien ableiten.

Zwar gelingt es mit der Studie, Mütter nicht als Beforschte hinsichtlich des eigenen Gesundheitsverhaltens zu betrachten, sondern vielmehr ihre Perspektive in den Fokus zu rücken, dennoch obliegt die Deutungsmacht ausschließlich mir als Forscherin. Eine kommunikative Validierung der Ergebnisse war leider im Prozess der Promotion organisatorisch und zeitlich nicht möglich. Solche Austauschprozesse könnten jedoch im Nachgang der Arbeit wertvoll sein, um die Ergebnisse abzusichern.

6 Zusammenfassung

Das Setting Kita hat im Hinblick auf die familiäre Gesundheitsförderung in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Ziel der Arbeit war es, Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung im Setting zu identifizieren, die sich aus der Sicht von Müttern unterschiedlicher Soziallagen ergeben. Dazu wurden 121 Interviews aus den Jahren 2007 – 2017 ausgewertet. Die Ergebnisse unterstreichen das hohe Potenzial des Settings Kita und zeigen, dass Mütter sowohl Bedarfe an die Kita adressieren als auch die sich ergebenden Unterstützungs- und Vermittlungschancen schätzen. Wenngleich sich die Arbeit von der Zielperspektive des gesunden Aufwachsens (equal start in life) gelöst hat, so zeigt sich doch, dass die erwarteten und in Anspruch genommenen kindorientierten Hilfen hier einen wichtigen Einfluss haben können.

Es ist festzustellen, dass für den Bereich enable – wenngleich oftmals noch eher auf die Vermeidung und Bekämpfung von Risikofaktoren ausgerichtet – ein hohes Potenzial in Kitas vorhanden ist und bereits auch schon vieles umgesetzt wird. Hingegen sind mediate und advocacy noch stark unterrepräsentiert. Das berufliche Selbstverständnis der Fachkräfte scheint stärker auf Kompensation und Unterstützung ausgerichtet, die Vermittlung weiterführender Angebote sowie die anwaltschaftliche Vertretung von Eltern schließt das Berufsbild stärker aus.

Gesundheitsförderliche Maßnahmen in und durch die Kita können nur erfolgreich sein, wenn sie die individuelle Ebene der Mütter berücksichtigen. Die Ergebnisse verweisen auf eine ungleiche Verteilung der Ressourcen, sowohl bei den persönlichen Voraussetzungen als auch in Bezug auf die Unterstützungs- und Hilfebedarfe. Nur wenn die Mütter Anerkennung in ihrer Expertinnenschaft als Mutter erleben und mit den Herausforderungen, die sich aus ihren Lebenslagen ergeben, zum Ausgangspunkt für die Initiierung und Implementierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen werden, werden diese angenommen und können erfolgreich sein. Hier begegnen Mütter allerdings oftmals einer geringen Sensibilität und Unverständnis, für die subjektiven Bewertungen von Situationen bzw. die daraus resultierenden Einschränkungen der Handhabbarkeit. Das Erleben von defizitorientierten Kompensationsstrategien ist oftmals der Beginn einer Negativspirale, die im Rückzug der Mütter oder im Konflikt zwischen Fachkräften und Müttern endet.

Eine positive Ausgestaltung der Beziehungsebene erweist sich als Schlüsselstrategie für alle gesundheitsförderlichen Aktivitäten im Sinne von enable, mediate und advocate. Die persönliche Situation der Mütter bedingt auch hier unterschiedliche Formen der Kommunikation und Hilfen (vgl. Abbildung 6). Aus der Verschränkung der individuellen und interaktionalen Ebene ergeben sich vier mögliche Strategien für die Settingentwicklung.

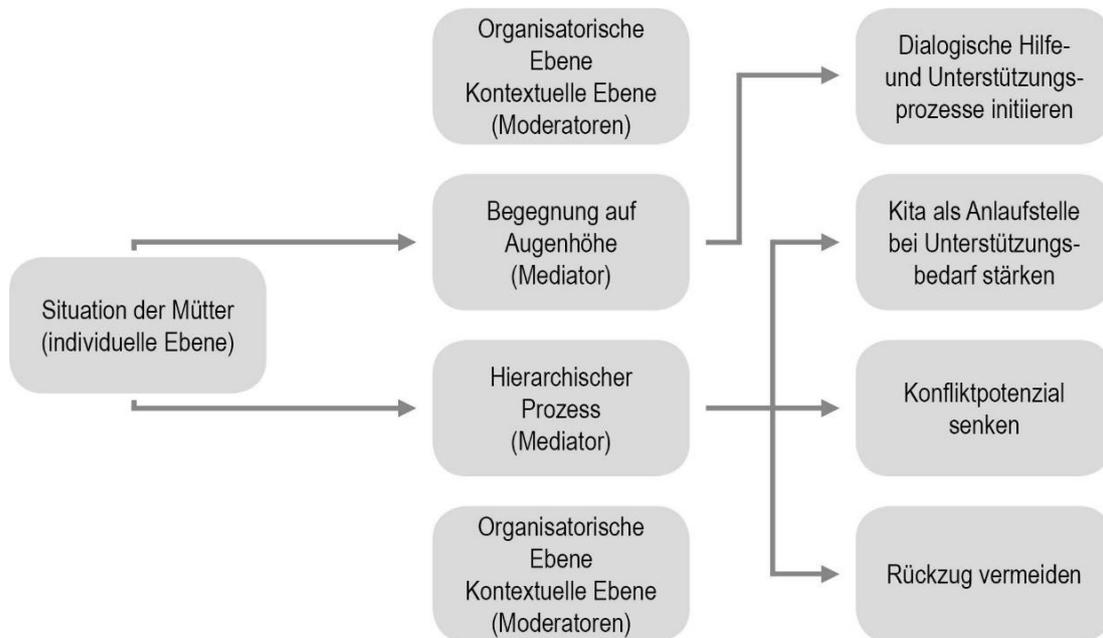


Abbildung 6: Ausgestaltung der interaktionalen Ebene sowie daraus resultierende Ansätze (eigene Darstellung)

Drei der Strategien gehen von einem hierarchischen Verhältnis zwischen Müttern und Fachkräften aus. Bei niedrigem Selbstbewusstsein der Mütter und einer belasteten Beziehungsebene müssen sich alle Maßnahmen und Prozesse zunächst darauf fokussieren, einen Rückzug von Müttern in bereits belasteten Lebenslagen zu verhindern. Bei hohem Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit und einer eher negativ besetzten Beziehungsebene gilt es, das Konfliktpotenzial zu senken. Deutlich wird bei beiden Strategien, dass diese eher pathogenetisch orientierte Ansätze bedingen, um Risikofaktoren auf der individuellen und/oder interaktionalen Ebene entgegenzuwirken. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit und eine grundlegende Definition des Gesundheitsverständnisses sowie eine hohe Sensibilität der Fachkräfte gegenüber den Bedarfen der Mütter erscheinen dazu notwendig. Letzteres gelingt nur, wenn Fachkräfte vorurteilsbewusst und machtsensibel agieren und immer wieder bereit sind, in die Beziehungsarbeit zu investieren und neue Wege der Zusammenarbeit mit Eltern zu erproben.

Auf konkrete gesundheitsförderliche Ansätze verweisen die Strategien, die sich aus einer positiv gestalteten Beziehungsebene ergeben. Trifft diese auf wenig Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit, kann die Kita trotz (oder gerade wegen?) des hierarchischen Verhältnisses zur Anlaufstelle bei Fragen und Problemen avancieren. Unter diesen Prämissen zeigen die Ergebnisse, dass es weniger konkrete Hilfsangebote sind, die initiiert werden müssen, sondern ein verändertes Selbstverständnis der Kita als Anlaufstelle bei Fragen und Unterstützung notwendig erscheint. Fachkräfte müssen sich mit Blick auf enable als begleitendes Unterstützungs- und Hilfsangebot jenseits von Kompensation- und Frühwarnfunktion verstehen. Erst bei hohem Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit und einem transparenten Alltag, der auf die Einbindung und Beteiligung von Müttern setzt, werden dialogische Prozesse möglich, die sowohl den Erwerb gesundheitsförderlicher Kompetenzen und die Vermittlung in weiterführende Hilfen als auch self-advocacy-Prozesse unterstützen.

Transparenz und Partizipation im Kita Alltag erweisen sich auf der organisatorischen Ebene für Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Unterstützungsangebote in und durch die Kita als elementare Grundlage. Nur so können Strukturen, Abläufe und Angebote verstanden werden, Hilfebedarfe entsprechend adressiert werden und die Lebenswelten Kita und Familie in Beziehung gesetzt werden. Die Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass die unterschiedlichen Soziallagen hier verschiedene Methoden der Partizipation sowie Formen der Transparenzsicherung bedingen.

Das berufliche Selbstverständnis, welches in den Ausbildungen und Studiengängen vermittelt wird, sowie der Fachkraft-Kind-Schlüssel geben den Rahmen vor, in dem Fachkräfte agieren können. Die Kita selbst besitzt auf der organisatorischen Ebene geringfügig Einflussmöglichkeiten. Je nach Ausgestaltung und Nutzung von Freiräumen werden mehr oder weniger förderliche Bedingungen für enable, mediate und advocacy ersichtlich. Die Entwicklung der Kita zum gesundheitsförderlichen Setting kann nur Erfolg haben, wenn flankierende Rahmenbedingungen durch den Gesetzgeber initiiert werden und unabhängig von der organisatorischen Ebene in der einzelnen Kita gleiche Bedingungen gegeben sind. Das Selbstverständnis der Kita als Anlaufstelle für den Erwerb gesundheitsförderlicher Kompetenzen muss durch eine entsprechende Qualifikation der Fachkräfte, einen ausreichenden Fachkraft-Kind-Schlüssel sowie Öffnungs- und Betreuungszeiten, die unabhängig von den familiären Unterstützungsnetzwerken die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Alltagsentlastung ermöglichen, sichergestellt werden.

7 Literaturverzeichnis

Abel, Thomas; Bucher, Sabine; Duetz, Margreet; Niemann, Steffen; Walter, Esther (2002): Gesundheitsrelevante Lebensstile und soziale Differenzierungen: Zur Weiterentwicklung des empirischen Konzepts in der Public Health Forschung. In: Uwe Flick (Hg.): *Innovation durch New Public Health*. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie (Organisation und Medizin), S. 113–136.

AGJ (2013): Frühe Hilfen im Kontext institutioneller Kindertagesbetreuung. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ. Hg. v. Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. Online verfügbar unter https://www.jugendhilfeportal.de/fileadmin/public/Artikelbilder/Fruhe_Hilfen.pdf.

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Hg. v. Alexa Franke. Tübingen: dgvt Verlag (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Band 36).

Argyle, Michael (1998): *Social Relationships*. Leicester: BPS Books.

Badura, Bernhard (Hg.) (1981): *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozioepidemiologischer Forschung*. Erstausg. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bandura, Albert (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Bulletin* 84 (2): 191–215.

Bandura, Albert (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

Bär, Gesine; Schaefer, Ina (2017): Geteilte Entscheidungsmacht? Partizipation als Forschungsstil erproben. *PartKommPlus*. Online verfügbar unter <http://partkommplus.de/teilprojekte/elfe/>, zuletzt geprüft am 07.04.2018.

Bauer, Ullrich (2005): *Das Präventionsdilemma. Schulische Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaft.

Becker, K.; Holtmann, M.; Laucht, M.; Schmidt, M. H. (2004): Are regulatory problems in infancy precursors of later hyperkinetic symptoms? *Acta Paediatrica* 93 (11): 1463–1469.

Belsky, Jay (1984): The determinants of parenting. A process model. *Child development* 55 (1): 83–96.

Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert ; eine Expertise. *Erweiterte Neuaufgabe*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 6).

Bittlingmayer, Uwe; Hurrelmann, Klaus (2006): Präventionsstrategien für sozial Benachteiligte. Das Beispiel der schulischen Suchtprävention und Skillförderung. In: Wilhelm Kirch und Bernhard Badura (Hg.): *Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden, 1. und 2. Dezember 2005*. Heidelberg: Springer Medizin, S. 173–193.

Blanz, Bernd; Schmidt, Martin H.; Esser, Günter (1991): Familial Adversities and Child Psychiatric Disorders. *Child Psychol & Psychiat* 32 (6): 939–950.

Blättner, Beate; Waller, Heiko (2011): *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung*. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

BMFSFJ (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). Berlin.

BMFSFJ (2017): *Perspektiven für Familien mit Migrationshintergrund in der Arbeitswelt. Ergebnisse des Zukunftsgesprächs am 20. Juni 2017 im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Berlin.

- BMG (2010): Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesund_aufwachsen_Lebenskompetenz__Bewegung__Ernaehrung.pdf, zuletzt geprüft am 17.11.2017.
- BMG (2017): Gesundheit rund um die Geburt. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf, zuletzt geprüft am 13.04.2018.
- BMJV (12/2017): Bundesdatenschutzgesetz. BDSG. Online verfügbar unter <https://dejure.org/gesetze/BDSG>, zuletzt geprüft am 28.04.2018.
- Bonanato, K.; Paiva, S. M.; Pordeus, I. A.; Ramos-Jorge, M. L.; Barbabela, D.; Allison, P. J. (2009): Relationship between mothers' sense of coherence and oral health status of preschool children. *Caries research* 43 (2): 103–109.
- Borkowski, Susanne; Schmitt, Annette (2013): Ressourcenorientierung in der Elementarpädagogik. In: Raimund Geene, Claudia Höppner und Frank Lehmann (Hg.): *Kinder starkmachen: Ressourcen, Resilienz, Respekt*. Bad Gandersheim: Gesunde Entwicklung, S. 279–304.
- Bourdieu, Pierre (1985): *Sozialer Raum und Klassen*. 3.Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Brähler, Elmar; Singer, Susanne (2014): Die "Sense of Coherence Scale". Testhandbuch zur deutschen Version. Unter Mitarbeit von Jörg Schumacher und Gabriele Schmutzer. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Buse, Miriam (2017): *Eltern zwischen Kindertageseinrichtung und Grundschule. Rekonstruktion interaktionaler Prozesse und transitionstheoretische Reflexionen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Ciechanowski, Paul; Sullivan, Mark; Jensen, Mark; Romano, Joan; Summers, Heidi (2003): The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain* 104 (3): 627–637.
- Cohen, Sheldon (2004): Social relationships and health. *The American psychologist* 59 (8): 676–684.
- Collins, W. Andrew; Maccoby, Eleanor E.; Steinberg, Laurence; Hetherington, E. Mavis; Bornstein, Marc H. (2000): Contemporary research on parenting. The case for nature and nurture. *The American psychologist* 55 (2): 218–232.
- Coneus, Katja; Spiess, C. Katharina (2008): *The Intergenerational Transmission of Health in Early Childhood*. ZEW - Centre for European Economic Research (Discussion Paper, 08-073). Online verfügbar unter <http://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp08073.pdf>, zuletzt geprüft am 01.05.2018.
- Corti, Louise; Day, Annette; Backhouse, Gill (2000): Confidentiality and Informed Consent: Issues for Consideration in the Preservation of and Provision of Access to Qualitative Data Archives. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 2000 (1). Online verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1024/2208>, zuletzt geprüft am 28.04.2018.
- Dempsey, Colette; Battel-Kirk; Barbara; M. Barry; Margaret (2011): *The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion*. IUHPE. Paris.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) (2009): *FAQ: Informationen für Geistes- und Sozialwissenschaftler/innen*. Deutsche Forschungsgemeinschaft. Bonn. Online verfügbar unter http://www.dfg.de/foerderung/faq/geistes_sozialwissenschaften/index.html, zuletzt geprüft am 15.04.2018.
- Devereux, Georges (1984 [1967]): *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. Ungekürzte Ausg. Frankfurt Main u.a.: Ullstein.

- Dierks, Marie-Luise; Schwartz, Friedrich-Wilhelm (2002): Public Health und die Diskussion um neue Rollen des Patienten im Gesundheitswesen. In: Uwe Flick (Hg.): Innovation durch New Public Health. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie (Organisation und Medizin), S. 137–153.
- Dunst, Carl J.; Bruder, Mary Beth; Espe-Sherwindt, Marilyn (2014): Family Capacity-Building in Early Childhood Intervention: Do Context and Setting Matter? *School Community Journal* 24 (1): 37–48.
- Ehlen, Sebastian; Dreiskämper, Dennis; Utesch, Till; Rehaag, Regine (2018): Integrierte Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder. In: *Präv Gesundheitsf* 63 (2), S. 275–281.
- Elste, Daniel (2008): Soziale Arbeit als Dienstleistung und die Bedeutung der Nutzerperspektive bei der Ermittlung von Dienstleistungsqualität. München: GRIN Verlag GmbH.
- Elyasi, Maryam; Abreu, Lucas Guimarães; Olsen, Cheyanne; Baker, Sarah R.; Lai, Hollis; Major, Paul W.; Amin, Maryam (2018): Parent's Sense of Coherence and Children's Oral Health-Related Behaviors: Is There an Association? *Pediatric Dentistry* 40 (1): 23-29.
- Faltermaier, Toni (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz.
- Faltermaier, Toni (2015): Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. Hg. v. BZGA - Federal Centre for Health Education. Online verfügbar unter https://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebot_idx-135.html, zuletzt geprüft am 13.05.2018.
- Flick, Uwe (2017): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 8.Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Foster, Cynthia J. Ewell; Garber, Judy; Durlak, Joseph A. (2008): Current and Past Maternal Depression, Maternal Interaction Behaviors, and Children's Externalizing and Internalizing Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology* 36 (4): 527–537.
- Friederich, Tina (2011): Zusammenarbeit mit Eltern - Anforderungen an frühpädagogische Fachkräfte. Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). Stand: Dezember 2011. München: Dt. Jugendinst.
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Rönna, Maïke; Dörner, Tina (2008): Eltern stärken mit Kursen in Kitas. Handreichung für ErzieherInnen ; mit Kopiervorlagen und Handouts für Eltern. 1. Aufl. Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-497-01983-0>, zuletzt geprüft am 09.05.2018.
- Fthenakis, Wassilios E. (1999): Transitionspsychologische Grundlagen des Übergangs zur Elternschaft. In: Wassilios E. Fthenakis, Martina Eckert und Michael von Block (Hg.): *Handbuch Elternbildung*. Opladen: Leske + Budrich, S. 31–68.
- Geene, Raimund (2017): Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen als Modernisierungsstrategien. In: Jörg Fischer und Raimund Geene (Hg.): *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung*. Unter Mitarbeit von Linda Gerigk. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 18–80.
- Geene, Raimund; Borkowski, Susanne (2009): Neue Wege in der Elementarpädagogik und die spezielle Problematik im Übergang Kindertagesstätte – Grundschule. In: Diana Wenzel, Gisela Koeppel und Ursula Carle (Hg.): *Kooperation im Elementarbereich. Eine gemeinsame Ausbildung für Kindergarten und Grundschule*. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren, S. 156–166.
- Geene, Raimund; Borkowski, Susanne (2017): Transitionsansatz und Frühe Hilfen: Wie erleben junge Mütter den Prozess der Familienwerdung? In: Jörg Fischer und Raimund Geene (Hg.): *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung*. Unter Mitarbeit von Linda Gerigk. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 211–228.
- Geene, Raimund; Gold, Carola (Hg.) (2009): *Kinderarmut und Kindergesundheit*. 1. Aufl. Bern etc.: H. Huber.

- Geene, Raimund; Kliche, Thomas; Borkowski, Susanne (2015): Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung im Setting Kita. Erfolgsabschätzung und Ableitung eines Evaluationskonzepts. Eine Expertise im Auftrag des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de. Unter Mitarbeit von Maria Korvacz. Hg. v. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Köln. Online verfügbar unter http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1238/setting-kita_online_links.pdf, zuletzt geprüft am 07.01.2018.
- Geene, Raimund; Richter-Kornweitz, Antje; Strehmel, Petra; Borkowski, Susanne (2016a): Gesundheitsförderung im Setting Kita. In: *Präv Gesundheitsf* 11 (4), S. 230–236.
- Geene, Raimund; Rosenbrock, Rolf (2012): Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Carola Gold und Frank Lehmann (Hg.): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Aufl.: 1.10.11.11. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Gesundheitsförderung konkret, 17), S. 46–75.
- Geene, Raimund; Thyen, Ute; Quilling, Eike; Bacchetta, Britta (2016b): Familiäre Gesundheitsförderung. In: *Präv Gesundheitsf* 11 (4), S. 222–229.
- Gerlinger, Thomas (2009): Nutzerorientierung im Gesundheitswesen – Probleme und Perspektiven. In: Kati Mozygamba, Sarah Mümken, Ulla Krause, Matthias Zündel, Marion Rehm, Nicole Höfling-Engels et al. (Hg.): *Nutzerorientierung. Ein Fremdwort in der Gesundheitssicherung?* 1. Aufl. Bern: H. Huber (Studienreihe Hans-Böckler-Stiftung), S. 17–30.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2009): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 3., überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gleich, Johann Michael (2005): *Arme Kinder in katholischen Tageseinrichtungen für Kinder. Untersuchungen, Anregungen und Empfehlungen für die Arbeit in den Einrichtungen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Gold, Carola; Lehmann, Frank (Hg.) (2012): *Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien*. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Aufl.: 1.10.11.11. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Gesundheitsförderung konkret, 17).
- Hahn, Daphne (2014): Gesundheitliche Ungleichheit, soziale Differenzierung von Gesundheitshandeln und die selektive Begünstigung hegemonialer gesellschaftlicher Gruppen. In: Bettina Schmidt (Hg.): *Akzeptierende Gesundheitsförderung. Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung*. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften), S. 88–100.
- Helmig, Elisabeth (2010): Dilemmata gesundheitsbezogener Förderung in Familien. In: Heike Ohlbrecht und Christine Schönberger (Hg.): *Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention*. Weinheim u.a.: Juventa (Gesundheitsforschung), S. 108–128.
- Hoghugh, Masud (1998): The importance of parenting in child health. Doctors as well as the government should do more to support parents. *BMJ (Clinical research ed.)* 316 (7144): 1545-1550.
- Hurrelmann, K.; Hartung, S.; Kluwe, S.; Sahrai, D. (2013): Gesundheitsförderung durch Elternbildung in „Settings“. In: *Präv Gesundheitsf* 8 (4), S. 267–275.
- Hurrelmann, Klaus (2006): *Einführung in die Sozialisationstheorie*. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias (2013): *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. 8., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Soziologie).
- Idan, Orly; Braun-Lewensohn, Orna; Lindström, Bengt; Margalit, Malka (2017): Salutogenesis. Sense of Coherence in Childhood and in Families. In: Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström und Geir Arild Espnes (Hg.): *The Handbook of Salutogenesis*. Cham: Springer International Publishing; Imprint: Springer, pp. 107–121.

- Keene, Emily J.; Skelton, Ruth; Day, Peter F.; Munyombwe, Theresa; Balmer, Richard C. (2015): The dental health of children subject to a child protection plan. *International journal of paediatric dentistry* 25 (6): 428–435.
- Kilian, Holger; Lehmann, Frank (2014): Präventionsketten. In: *Journal Gesundheitsförderung* 2, S. 42–45.
- Kim, Anna (2001): Familie und soziale Netzwerke. Eine komparative Analyse persönlicher Beziehungen in Deutschland und Südkorea. Opladen: Leske und Budrich (Forschung Soziologie).
- Klocke, Andreas; Limmer, Ruth; Lück, Detlev (2001): Das Ehrenamt im Umfeld der Familie. Die Bedeutung ehrenamtlicher Leistungen für junge Familien. Unter Mitarbeit von Eckhard Priller und Christian Schmitt. Institut für Familienforschung an der Uni Bamberg (ifb). Bamberg (ifb- Materialien, 7/01). Online verfügbar unter https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/12529/ssoar-2001-klocke_et_al-das_ehrenamt_im_umfeld_der.pdf?sequence=1, zuletzt geprüft am 18.04.2018.
- Koch-Institut, Robert (2014): KiGGS Welle 1: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse. Online verfügbar unter <http://www.kiggs-studie.de>, zuletzt geprüft am 19.07.2018.
- Koivunen, Julie; van Alst, Donna; Ocasio, Kerrie; Allegra, Christine (2017): Understanding Engagement in Mental Health Services for Preschool Children. An Analysis of Teacher, Clinician, and Parent Perspectives. *Early Childhood Educ J* 45 (3): 313–320.
- Kolip, Petra; Lademann, Julia (2016): Familie und Gesundheit. In: Klaus Hurrelmann und Oliver Razum (Hg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 6., durchgesehene Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 517–541.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2015): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. Berlin. Online verfügbar unter http://www.zpg-bayern.de/tl_files/catalog_upload/g/gc_good_practice_boschuere.pdf, zuletzt geprüft am 28.12.2017.
- Krauß, Günter (2010): Kindbezogene Förderung und Bildungsgerechtigkeit. In: Tanja Betz (Hg.): *Kita-Gutscheine. Ein Konzept zwischen Anspruch und Realisierung*. München: Verl. Dt. Jugendinst (DJI-Fachforum Bildung und Erziehung, 8), S. 265–276.
- Krüger, Rolf; Krüger, Nina (2012): Kooperationspartner, Netzwerke, Stakeholder im Bereich der Elternarbeit. In: Waldemar Stange, Rolf Krüger, Angelika Henschel und Christof Schmitt (Hg.): *Grundlagen und Strukturen von Elternarbeit*. Wiesbaden: Springer VS (Erziehungs- und Bildungspartnerschaften, Bd. 1), S. 280–285.
- Kultusministerkonferenz (2004): Gemeinsamer Rahmen der Länder für die frühe Bildung in Kindertageseinrichtungen. Online verfügbar unter http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschlusse/2004/2004_06_03-Fruehe-Bildung-Kindertageseinrichtungen.pdf, zuletzt geprüft am 28.04.2018.
- Kuula, Arja; Borg, Sami (2008): Open Access to and Reuse of Research Data – The State of the Art in Finland. *Finnish Social Science Data Archive*. University of Tampere (7). Online verfügbar unter https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/65481/open_access_to_the_reuse.pdf?sequence=1&isAllowed=y, zuletzt geprüft am 17.07.2018.
- Laucht, Manfred (2015): Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. In: Karl Heinz Brisch und Theodor Hellbrügge (Hg.): *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 53–71.
- Laucht, Manfred; Esser, Günter; Schmidt, Martin H. (2001): Differential development of infants at risk for psychopathology. The moderating role of early maternal responsivity. *Developmental Medicine & Child Neurology* 43 (5): 292–300.

- Liebenwein, Sylva (2008): Erziehung und soziale Milieus. Elterliche Erziehungsstile in milieuspezifischer Differenzierung. Zugl.: München, Univ., Diss., 2007. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lohaus, Arnold; Ball, Juliane (2006): Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern. 2., überarb. u. erw. Aufl. Göttingen, Wien u.a.: Hogrefe.
- Lüders, Christian (2008): Herausforderungen qualitativer Forschung. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. durchges. und aktualisierte Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl., S. 632–642.
- Maccoby, Eleanor; Martin, John A. (1983): Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Eileen Mavis Hetherington (Hg.): Socialization, personality, and social development. 4. ed., pp. 1–101.
- Mayring, Philipp (1999): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 4. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Mayring, Philipp (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. Online verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2383>, zuletzt geprüft am 18.04.2018.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayr-Kleffel, Verena (1991): Frauen und ihre sozialen Netzwerke. Auf der Suche nach einer verlorenen Ressource. Opladen: Leske + Budrich.
- Medjedovic, Irena (2014): Qualitative Sekundäranalyse. Zum Potenzial einer neuen Forschungsstrategie in der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Meier-Gräwe, Uta (2012): Bildungsarmut – und kein Ende in Sicht? In: Waldemar Stange, Rolf Krüger, Angelika Henschel und Christof Schmitt (Hg.): Grundlagen und Strukturen von Elternarbeit. Wiesbaden: Springer VS (Erziehungs- und Bildungspartnerschaften, Bd. 1), S. 353–357.
- Mengel, Melanie (2007): Familienbildung mit benachteiligten Adressaten. Eine Betrachtung aus andragogischer Perspektive. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Naidu, Rahul; Nunn, June; Irwin, Jennifer D. (2015): The effect of motivational interviewing on oral healthcare knowledge, attitudes and behaviour of parents and caregivers of preschool children. An exploratory cluster randomised controlled study. *BMC oral health* 15: 101–116.
- Narimani, Petra (2014): Zustimmung als Prozess: Informiertes Einverständnis in der Praxisforschung mit von Ausweisung bedrohten Drogenabhängigen. In: Hella von Unger, Petra Narimani und Rosaline M'Bayo (Hg.): Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 41–76.
- Niesel, Renate; Griebel, Wilfried (2015): Übergänge ressourcenorientiert gestalten: Von der Familie in die Kindertagesbetreuung. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Ohlbrecht, Heike; Schönberger, Christine (2010a): Die Familie im aktuellen Gesundheitsdiskurs - eine Positionsbestimmung. In: Heike Ohlbrecht und Christine Schönberger (Hg.): Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention. Weinheim u.a.: Juventa (Gesundheitsforschung), S. 7–24.
- Ohlbrecht, Heike; Schönberger, Christine (Hg.) (2010b): Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention. Weinheim u.a.: Juventa (Gesundheitsforschung).
- Olk, Thomas (2013): Alle Kinder gezielt fördern. In: *DJI Impulse* 2013 (1), S. 16–19. Online verfügbar unter www.dji.de/fileadmin/user_upload/bulletin/d_bull_d/bull101_d/DJIB_101.pdf, zuletzt geprüft am 18.07.2018.

- Pechey, Rachel; Monsivais, Pablo (2016): Socioeconomic inequalities in the healthiness of food choices. Exploring the contributions of food expenditures. *Preventive medicine* 88: 203–209.
- Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2010): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 3., korr. Aufl. München: Oldenbourg (Lehr- und Handbücher der Soziologie).
- Rattay, Petra; Lippe, Elena von der; Borgmann, Lea-Sophie; Lampert, Thomas (2017): *Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland*. Robert Koch-Institut.
- Reiners, Hartmut (2014): Akzeptanzorientierung zwischen Public Health und Gesundheitspolitik. In: Bettina Schmidt (Hg.): *Akzeptierende Gesundheitsförderung. Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung*. Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften), S. 258–269.
- Reinhoffer, Bernd (2008): Lehrkräfte geben Auskunft über ihren Unterricht. Ein systematisierender Vorschlag zur deduktiven und induktiven Kategorienbildung in der Unterrichtsforschung. In: Michaela Gläser-Zikuda und Philipp Mayring (Hg.): *Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse*. s.l.: Beltz Verlagsgruppe, S. 123–141.
- Riina, Elizabeth M.; Lippert, Adam; Brooks-Gunn, Jeanne (2016): Residential Instability, Family Support, and Parent-Child Relationships Among Ethnically Diverse Urban Families. *Journal of marriage and the family* 78 (4): 855–870.
- Rogers, Robert; Eagle, Taylor F.; Sheetz, Anne; Woodward, Alan; Leibowitz, Robert; Song, MinKyoung et al. (2015): The Relationship between Childhood Obesity, Low Socioeconomic Status, and Race/Ethnicity. Lessons from Massachusetts. *Childhood obesity (Print)* 11 (6): 691–695.
- Rosenbrock, Rolf (2002): Die Public Health perspektive: Krankheit vermeiden - Gesundheit fördern. In: Uwe Flick (Hg.): *Innovation durch New Public Health*. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie (Organisation und Medizin), S. 20–41.
- Rosenbrock, Rolf (2004): Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Problemskizze und ein Politikvorschlag zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 SGB V durch die GKV. In: Rolf Rosenbrock, Michael Bellwinkel und Alfons Schröer (Hg.): *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm "Mehr Gesundheit für alle"*. 1. Aufl. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW Verl. für neue Wiss (Gesundheitsförderung und Selbsthilfe, 8), S. 7–149.
- Rutter, Michael; Quinton, David (1977): Psychiatric disorder- Ecological factors and concepts of causation. In: Mc Gurk, Harry, editor. (Hg.): *Ecological factors in human development*. Amsterdam: North-Holland Publ, pp. 173–187.
- Schmidt, Bettina (2010): Familiäre Gesundheitsverantwortung im aktivierenden Sozialstaat. In: Heike Ohlbrecht und Christine Schönberger (Hg.): *Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention*. Weinheim u.a.: Juventa (Gesundheitsforschung), S. 87–107.
- Schnabel, Peter-Ernst (2001): *Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung*. Weinheim u.a.: Juventa-Verl. (Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften).
- Schnabel, Peter-Ernst (2010): Gesundheit(s)-Sozialisation in der Familie. In: Heike Ohlbrecht und Christine Schönberger (Hg.): *Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention*. Weinheim u.a.: Juventa (Gesundheitsforschung), S. 25–46.
- Schröder, Esther (2017): *Alleinerziehend – ein Kaleidoskop von Lebens- und Arbeitssituationen. Eine Befragung von alleinerziehenden erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im Land Bremen*. Hg. v. Arbeitnehmerskammer Bremen.
- Siegrist, Johannes (2002): Gesundheit und Krankheit: Medizinsoziologische Perspektiven. In: Uwe Flick (Hg.): *Innovation durch New Public Health*. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie (Organisation und Medizin), S. 63–75.

- Silventoinen, Karri; Volanen, Salla-Maarit; Vuoksima, Eero; Rose, Richard J.; Suominen, Sakari; Kaprio, Jaakko (2014): A supportive family environment in childhood enhances the level and heritability of sense of coherence in early adulthood. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 49 (12): 1951–1960.
- Smedley, Brian D.; Syme, S. Leonard (2001): Promoting health. Intervention strategies from social and behavioral research. *American journal of health promotion : AJHP* 15 (3): 149–166.
- Soliday, Elizabeth (2004): Parenting and Children`s Physical Health. In: Masud Houghugh and Long Nicholas (Hg.): *Handbook of parenting. Theory and research for practice*. 1. publ. London u.a.: Sage Publ, pp. 162–180.
- Steinke, Ines (2008): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 6. durchges. und aktualisierte Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl., S. 319–331.
- Sturzbecher, Dietmar; Bredow, Corinna (1998): Das Zusammenwirken von Familie und Kita: Voraussetzungen und Erfahrungen aus der Perspektive verschiedener Bundesländer. In: Dietmar Sturzbecher (Hg.): *Kindertagesbetreuung in Deutschland. Bilanzen und Perspektiven; ein Beitrag zur Qualitätsdiskussion*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verl., S. 193–232.
- Teubert, Daniela; Pinquart, Martin (2012): Belastungen der Eltern chronisch körperlich kranker Kinder. In: Martin Pinquart (Hg.): *Wenn Kinder und Jugendliche körperlich chronisch krank sind. Psychische und soziale Entwicklung, Prävention, Intervention*. Wiesbaden: Springer VS, S. 84–99.
- Tschöpe-Scheffler, Sigrid (2007): Konzepte der Elternbildung. In: *Frühe Kindheit* (3). Online verfügbar unter <http://liga-kind.de/fk-307-tschoepe/>, zuletzt geprüft am 18.04.2018.
- Unger, Hella von (2014): Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Grundsätze, Debatten und offene Fragen. In: Hella von Unger, Petra Narimani und Rosaline M'Bayo (Hg.): *Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 15–40.
- Wachs, Theodore D.; Black, Maureen M.; Engle, Patrice L. (2009): Maternal Depression. A Global Threat to Children's Health, Development, and Behavior and to Human Rights. *Child Development Perspectives* 3 (1): 51–59.
- Warin, Jo (2011): Ethical Mindfulness and Reflexivity. *Qualitative Inquiry* 17 (9): 805–814.
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Weltgesundheitsorganisation (WHO). Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, zuletzt geprüft am 07.04.2018.
- Williams, Fiona; Churchill, Harriet (2006): Empowering Parents in Sure Start Local Programmes. Hg. v. Department for Education and Skills. Nottingham. Online verfügbar unter www.ness.bbk.ac.uk/implementation/documents/1385.pdf, zuletzt geprüft am 25.11.2017.
- Witzel, Andreas (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Gerd Jüttemann (Hg.): *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim u.a.: Beltz, S. 227–255.
- Witzel, Andreas; Medjedovic, Irena; Kretzer, Susanne (2008): Sekundäranalyse qualitativer Daten. Zum gegenwärtigen Stand einer neuen Forschungsstrategie. *Historical Social Research* (33 (3): 10–32.

8 Thesen

1. Die Ergebnisse bieten keine Anhaltspunkte für verhaltensorientierte Gesundheitsprogramme, sondern zeigen auf der Verhältnisebene Grundbedingungen und Strukturen für die Entwicklung der Kita zum gesundheitsförderlichen Setting auf.
2. Gesundheitsförderliche Maßnahmen können nur erfolgreich sein, wenn sie die persönlichen Voraussetzungen der Mütter berücksichtigen und an den individuellen Belastungen und Spannungszuständen ansetzen.
3. Die positive Ausgestaltung der Beziehungsebene erweist sich als Schlüsselstrategie für alle gesundheitsförderlichen Aktivitäten im Sinne von enable, mediate und advocate in und durch die Kita.
4. Der Aufbau gesundheitsförderlicher Strukturen in der Kita setzt ein machtsensibles und vorurteilsbewusstes Unterstützungs- und Hilfsangebot durch die Fachkräfte, jenseits von Kompensation- und Frühwarnfunktion, voraus.
5. Transparenz der Angebote und Strukturen trägt zur Verminderung von Stressoren bei und erhöht die Bereitschaft der Inanspruchnahme von Maßnahmen und Angeboten.
6. Mütter wollen sich einbringen und gehört werden, die Methoden müssen den jeweiligen Lebenslagen angepasst sein.
7. Die Entwicklung der Kita zum gesundheitsförderlichen Setting muss von entsprechenden Maßnahmen auf der organisatorischen und kontextuellen Ebene flankiert werden.
8. Aus der Verschränkung der individuellen und interaktionalen Ebene ergeben sich vier mögliche Strategien für die Settingentwicklung:
 - a. Den Rückzug von Müttern verhindern.
 - b. Das Konfliktpotenzial zwischen Müttern und Fachkräften senken.
 - c. Die Kita als Anlaufstelle bei Unterstützungsbedarf stärken.
 - d. Dialogische Hilfe- und Unterstützungsprozesse in der Kita initiieren.

9 Anlagen

9.1 Anlage 1: Kategoriensystem final mit Ankerbeispielen

Tabelle 10: Kategoriensystem final mit Ankerbeispielen (eigene Darstellung)

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
enable (positive Besetzung der Kompensationsfunktion, Entlastungsfunktion)	> Empowerment > Ressourcenstärkung, Erfahrung von Unterstützung im Sinne des Befähigens > Unterstützung kann auf mehreren Ebenen erfahren werden <ul style="list-style-type: none"> - Vereinbarkeit Familie und Beruf oder auch - Entlastung durch Betreuung in Alltagsorganisation - Hilfen bei der Erziehung z.B. Vermittlung in weiterführende Hilfen, Tipps von Fachkräften 	Als Hilfe? Hmm (Pause). Na s ist halt schon ne Hilfe großartig, wenn der Große, dass er halt im Kindergarten ist, dass dann, (Luft holen) dass ich dann ab und zu mal wirklich durchatmen kann und ... Wenn beide zu Hause sind oder so dann streiten sie sich nur, zanken rum und das ist dann halt schon ziemlich doll stressig. (I 3 Z:276-278) Jo wie kommst du denn mit deinem Alltag so zurecht, jetzt, mit der Kleinen? I: Also dadurch, dass sie jetzt in Kindergarten geht, seit September, wir haben jetzt, was haben wir jetzt, fast Juni [mh] geht das eigentlich jetzt. Also vorher war sie halt nich im Kindergarten und das war echt anstrengend, weil man hatte gar keine Freizeit. Also ich hatte quasi fast zwei Jahre keine Freizeit. (I 148 Z: 1-11) Ähm ja, also die sind ähm für alles da, die helfen auch immer, ähm beraten einen, ähm immer wenn man Fragen hat so. (I 154 Z: 402-403) Also mein größter Wunsch momentan is es, dass ich meine Ausbildung abschließen kann, dass ich dann in Teilzeit arbeiten kann und der Alltag für meine Kinder im Kindergarten nich mehr ganz so lange is. (I 155 Z: 609-618)	Konkrete Unterstützungsangebote und Leistungen Bezogen auf Zeit nach dem Übergang Familie-Kita
mediate (Vernetzungsfunktion)	> Vernetzung mit anderen Müttern > Vermittlung in weiterführende Hilfen > Vernetzung der Kinder	weil ich weiß in welche Gruppe wir jetze kommen. Ähm das wird auch nochmal solche Sache, was ich gleich erzählen kann und da äh gib't halt so zwei, drei Muttis mit denen ich ganz gut klarkomme und die Paul auch persönlich, also die wir auch hier her einladen. (I 157 Z: 517-521)	
advocate	> Mütter fühlen sich anwaltschaftlich vertreten	Und ich finde das geht nicht. Dafür werden sie bezahlt, dass sie die Eltern darin unterstützen mit. Das sie auf die Kinder mit achten. Und da kann man sich nicht so quer stellen bloß weil die Kollegen einmal vergessen haben die eingepullerten Sachen mitzugeben. (I 145, Z: 313-321) aber zum Beispiel hatten se jetzt im Kindergarten geraten n Hörtest zu machen, weil se [ErzieherInnen] das Gefühl hatten, er kann nich richtig hörn?! Ja, wie gesagt, die Kinderärzte machen das erst bei der nächsten U-Untersuchung, also wenn er vier is, aber hatten se jetzt denn für uns doch gemacht, also sach ich mal, dass haben die ja denn natürlich auch, wenn der Kindergarten uns des empfiehlt (I 30. Z: 482-490)	

<p>Partizipation</p>	<p>Mütter erleben sich als Beteiligte (Koproduzenten) von Bildungsprozessen</p> <ul style="list-style-type: none"> - aktive Beteiligung am Kita-Alltag möglich - eigene Erziehungsvorstellungen werden gehört und aufgegriffen - Anerkennung als Expertin der eigenen Lebenswelt 	<p>Ja, also und jetzt ist sein neuer Kindergarten auch viel besser. Da wird nicht darauf geachtet wie alt die Mutter ist, die behandeln alle gleich und da werden auch / ähm wird alles Mögliche angeboten. (I 154 Z: 394-396)</p>	<p>Aktive Befähigung nicht auf Unterstützungsangebote beschränkt</p>
<p>Gestaltung von Rahmenbedingungen</p> <p>(Verhältnisprävention)</p>	<p>Ent- und Belastung durch Rahmenbedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anmeldung - Kosten - Abholung im Krankheitsfall (Krankheit des Kindes) - Gestaltung Öffnungszeiten - Gestaltung Betreuungszeiten - Räumlichkeiten und soziales Umfeld - Personalschlüssel/Personal 	<p>Ähm wie würdest du Kitas so beurteilen? I: Ähm, unterbesetzt vielleicht? [Mhm.] Also ... dass se nicht jedes Mal n Auge auf die Kinder haben. [Ja.] Bei den Kleineren vielleicht nicht so, aber bei den Größeren, ja. (I 160 Z:406-408)</p>	
<p>Stigmatisierungssorgen</p> <p>(Frühwarnfunktion und pädagogische Ausrichtung der Kompensationsfunktion)</p>	<p>Immer dann, wenn Mütter in ihren Bedarfen nicht gehört werden und einseitige Vermittlung von Wissen und Informationen stattfindet - Ablehnung / fehlende Anerkennung</p> <ul style="list-style-type: none"> - auf persönlicher Ebene (z.B. aufgrund von Alter) - auf inhaltlicher Ebene (z.B. unterschiedliche Erziehungsansätze) - auf struktureller Ebene (z.B. Alltagsorganisation, Betreuungsumfang) - Erfahrung von Kontrolle / Bevormundung - Gefühl von Ausgeliefertsein - Einblicke in familiären Alltag geben müssen - Sorge, Jugendamt wird eingeschaltet 	<p>Weil ich muss das hier dann angeben, wenn sie hier z. Bsp. blaue Flecke im Gesicht hat oder[...] oder sowas, das müsste ich hier ja alles erzählen. Weil im Endeffekt ...wird es dann so hingestellt, dass ich mein Kind selber schlagen würde. Und sowas muss dann eben halt auch ins Dienstbuch bzw. in unsere Akte reingeschrieben werden. (I 118 Z: 292 – 295)</p> <p>Naja manchmal vielleicht ein unwohles Gefühl. Weil man ja nich weiß, ob die Erzieherinnen auch gucken. Wegen verletzen oder so. Nenns mal lieber „gemischte Gefühle“. (I 17 201-204)</p> <p>Und grade, weil sie ja auch gern bei anderen Kindern zuhaut und so, um mal zu sehen, ob sich das dann ändert, weil, ich hab nämlich schon Angst, wenn's wirklich heißt: sie kann jetzt in die Krippe gehen, dass es dann mit einem mal geht, dass sie da denn auch zuhaut und es da dann irgendwann Ärger gibt – weil, lange gucken die sich da ja nicht an. (I 91: Z.: 461-465)</p> <p>Also es ist schon so, dass ich mir manch, also dass ich manchmal das Gefühl hab, dass äh.. ja ich weiß es auch nicht, dass sie irgendwie mit den anderen besser klar kommt als mit mir. also wenn irgendwas ist, spricht sie mich auch nicht direkt an, sondern äh es kommt denn irgendeiner von den anderen Kindergärtnern. (I 144: Z: 250-267)</p>	<p>Bezogen auf konkrete Beispiele, aber auch Sorgen und Ängste bzgl. Ablehnung und Bevormundung</p> <p>Bezogen auf Zeit nach dem Übergang Familie-Kita</p> <p>Schwächung von Ressourcen</p>

Gestaltung von
Übergängen

(Transitionsprozess)

Alle Textstellen, die sich auf das Thema Übergang in die Kita beziehen

- auf individueller Ebene (Bedarfe der Mütter und Kinder im Fokus)
- auf interaktionaler Ebene (Beziehungsaufbau zu Fachkräften und Eltern)
- auf kontextueller Ebene (Alltagsorganisation, Vereinbarkeit Familie und Beruf)

Seit wann geht sie jetzt?

A1: Schon seit sie acht Monate ist, aber nicht hier, sie war schon in verschiedenen Kindergärten, leider.

F1: Hmm. Findest du schade?

A1: Weil sie immer wechseln musste und dadurch auch total krank war, also sie war zwei Tage da und dann war sie wieder für zwei Wochen krank, immer, wenn sie gewechselt hat. Da find' ich auch, musste ich einfach. (I 1; Z: 341-342)

S: Aber gab es denn keine Eingewöhnungsphase oder so?

I: Doch hatt ich [doch] alles (..) mh'mh sie hat dann ein halbes Jahr nicht gegessen.

S: Verlieft nicht so gut würdest du sagen der Übergang in die Kita?

I: Sie hat sich da wohlgefühlt, sie hat sich dann auch beruhigt. Für sie war eben sie mussten immer ihre Geschwister holen [hm] (..) aus den anderen Gruppen (..) das sie ähm zufrieden war dann hm ja.

S: Ja also diese Familienband [()] ist schon sehr stark?

I: Ja hm [hm] (I 159; Z 211-218)

Ähm, und da meinte die aber immer wieder, ich sei die erste Mutter die, bei der wirs nich schaffen würden des Kind einzugewöhn un ich soll mir keine, soll mich nich verrückt machen oder Sorgen machen. Ja und so wars auch, also, ich sag jetzt, die Krippe war des beste, was ihm passiern hätte können oder mir [S: hmh] () Mit 8 Wochen in die Krippe un es wer alles anders gewesen, aber, des hätt ich ja ne gemacht [S. hmh] (2) Das war einfach, da war er beschäftigt, hatte was zu beobachten, hatte was zu machen, zu gucken, und tun und es war einfach ganz, also war ausgeglichen. (I 155; Z: 587-598)

Ausschließlich Textstellen zum Übergang in Kita

Induktiv hinzugekommen

Ursache

Immer, wenn Ursachen für Be- und Entlastungen durch die Kita benannt werden (Antwort auf warum), oftmals beginnend mit weil, darum,

Eigentlich bin ich och sehr zufrieden mit der Gruppe, och mit dem ganzen Kindergarten, weil da och so viele mit behinderten Kinder und sowas. Was ich och sehr wichtig finde für sie, damit sie gleich den Umgang lernt damit, dass es halt auch andere Menschen gibt. (I 78, Z:767-769)

Allerdings muss ich sagen sind die Gruppen zu groß, das heißt es sind auf, bei meinem Sohn sind es 33Kinder darauf nur 2 Erzieher, das is schon recht wenig. Das sind auch vom Gesetzgeber her zu wenig Erzieher, ahm ich glaube da kann man jetzt wirklich nichts gegen machen, Erzieher sind Mangelwahre so wie ich das verstanden habe bzw. kann sich nich jeder Träger leisten ,so viele einzustellen, weil die anscheinen auch sehr viel Geld kosten. (I 83, Z:690-695)

Wirkung	Textstellen, in denen eine Variable einen für die Forschungsfrage relevanten Aspekt beeinflusst, oftmals im Zusammenhang mit Ursachen, entweder vor der Ursache oder im Anschluss	<p>Also da wünsch ich mir auch, dass es gut klappt, dass sie sich wohl fühlt und dass ich dann sozusagen auch in meinen Arbeitsalltag wieder starten kann. (I 76, Z: 95-06)</p> <p>„Ich bin mehrmals täglich überfordert mit ihm und sage „ich kann nicht mehr“, ich bin kurz davor zu sagen äh (.) ich geb den ab, weißte ...ja..., weil ich halt so hier in dem Umkreis nicht wirklich Unterstützung bekomme (I 130: Z:599-601)</p>	
Bewertung ohne Begründung	Immer, wenn Antworten keine Rückschlüsse auf weiterführende Aspekte zulassen, jedoch die Kita/ Arbeit der Kita mit der Aussage bewertet wird	<p>A: Wie beurteilst du diese KiTa? K: Super. Ich find die so, das' der Burner die Kita, kann ich gar nicht beschreiben. Ich finde die total luxurmäßig. (I 119, Z: 132-134)</p> <p>F1: Mh, ja. Und ähm ja, Sie nutzen ja auch den Kindergarten, ist es für Sie ne Hilfe ne Erleichterung? Wie würden Sie das beurteilen?</p> <p>A1: Auf jeden Fall. Doch ja, im Großen. (I 2: Z.: 274-276)</p>	
Kein Bezug zur Kita	Wenn im Interview keine Textstellen zur Kita herausgearbeitet werden konnten		

9.2 Anlage 2: Darstellung Analyseraster am Beispiel Öffnungszeiten

Da das gesamte Analyseraster den Umfang der Arbeit überschreiten würde, soll hier am Beispiel der Öffnungszeiten ein Einblick gegeben werden.

Tabelle 11: Darstellung des Analyserasters am Beispiel Öffnungszeiten (eigene Darstellung)

Ereignisse (Stressoren)	Bewertung	Belastung	Bewältigungsstrategien		SOC	Stressreaktion	Quellen	FAI
			soziale Ressourcen	personale Ressourcen				
Öffnungszeiten der Kita	neutral, da Vereinbarkeit Familie und Beruf möglich		> soziale Unterstützung durch feste Person > Öffnungszeiten passen zur Situation der Mütter		Betreuung des Kindes auch bei nicht ausreichenden Kita-Öffnungszeiten handhabbar	Betreuung des Kindes und Ausbildung/Berufsausübung sichergestellt, Zufriedenheit: Frage nach Zufriedenheit wird mit Öffnungszeiten beantwortet, auch wenn für Mutter selbst gar keine Rolle spielt	I65 Z:78 - 91 I120 Z:316 - 335 I84 Z: 421-463 I29 Z:638-647	4; 0; 6; 6
Öffnungszeiten der Kita	negativ, da Vereinbarkeit von Familie und Beruf nur mit viel Aufwand möglich	finanzielle Mehrbelastung, wenn Zeiten über offizielle Öffnungszeiten hinaus benötigt werden	soziale Unterstützung durch wechselnde Personen	Arbeit im Schichtdienst erfordert viel Organisationsfähigkeit der Mutter Beschwerdebrief der Mutter	eingeschränkte Handhabbarkeit	Organisation verschiedener Betreuungspersonen erfordert viel Kraft und Zeit; verursacht Stress: Kita „guten Ruf“, aber „von unsern beiden Arbeitszeiten her klappt das eigentlich nicht“; anderer Fall Mutter bereits Beschwerdebrief verfasst	I61 Z:15-26 I42 Z:593-618 I147 Z:227-231	3; 2; 2

9.3 Anlage 3: Einflussfaktoren und Bedingungen für enable, mediate und advocate

Tabelle 12: Einflussfaktoren und Bedingungen für enable (eigene Darstellung)

Systematisierung der Einflussfaktoren	Bedingungen			
	Handhabbarkeit	Verstehbarkeit	Sinnhaftigkeit	Intervenierende Bedingungen außerhalb der Kita
Individuelle Ebene				
> Anerkennung als Expert*innen	<ul style="list-style-type: none"> > Positive Bestärkung > Verbündete suchen > Wissen und Artikulation eigener Erziehungsvorstellungen > Balance zwischen den Lebenswelten finden 		<ul style="list-style-type: none"> > Erwartung und Inanspruchnahme von Hilfen 	
> Neuausrichtung der Rolle als Mutter		<ul style="list-style-type: none"> > Transparenz des Alltags 	<ul style="list-style-type: none"> > Zwänge > Persönliche Einstellung zur gesellschaftlichen Erwartung > Vereinbarkeit Familie und Beruf > (Neu-)Definition der eigenen Rolle > Wohlfühlen der Kinder 	<ul style="list-style-type: none"> > Finanzielle Ressourcen > Gesellschaftliches Rollenbild > Einstellung von Arbeitgeber*innen
Interaktionale Ebene				
> Beziehung zu den Fachkräften		<ul style="list-style-type: none"> > Transparenz des Kita-Alltags 	<ul style="list-style-type: none"> > Sympathie > Vertrauen > Fachlichkeit > Begegnung auf Augenhöhe 	<ul style="list-style-type: none"> > Möglichkeiten sozialer Unterstützung
Organisatorische Ebene				
> Organisation des Kita-Alltags	<ul style="list-style-type: none"> > Fachkraft-Kind-Schlüssel > Partizipation & aktive Zusammenarbeit > Unterstützung bei der Förderung und Erziehung des Kindes > Austausch mit den Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> > Wissen über die Alltagsgestaltung sowie über organisatorische Abläufe in der Kita 		<ul style="list-style-type: none"> > Soziale Unterstützung durch Familie und Freunde > Familienkonstellation
Kontextuelle Ebene				
<ul style="list-style-type: none"> > Ausreichende und bedarfsgerechte Kita-Plätze > Partizipation (Begründete Entscheidung für Einrichtung) 	<ul style="list-style-type: none"> > Erfüllung des Rechtsanspruchs > Sonderregelung für Mütter in besonderen Lebenslagen > Kosten für den Platz > Anmeldeverfahren > Berücksichtigung der Bedarfe 	<ul style="list-style-type: none"> > Wissen um Möglichkeit des Wunsch- und Wahlrechts 	<ul style="list-style-type: none"> > Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts > Erziehungsvorstellungen und eigene Bedarfe kennen und artikulieren 	<ul style="list-style-type: none"> > Soziale Unterstützungsmöglichkeiten > Bereits bestehende Sozialkontakte > Finanzielle Ressourcen

Tabelle 13: Einflussfaktoren und Bedingungen für mediate (eigene Darstellung)

Systematisierung der Einflussfaktoren	Bedingungen			
	Handhabbarkeit	Verstehbarkeit	Sinnhaftigkeit	Intervenierende Bedingungen außerhalb der Kita
Individuelle Ebene				
> Anerkennung als Expertin	> Einbindung in Entscheidungsfindung	> Transparenz der Förderbedarfe	> Kongruenz in der Bewertung der Situation	
Interaktionale Ebene				
> Beziehung zu den Fachkräften	> Begegnung auf Augenhöhe > Peerkontakte ermöglichen	> Transparenz der Förderbedarfe	> Vertrauen in die Fachlichkeit	
Organisatorische Ebene				
> Vermittlung als dialogischen Prozess gestalten	> Elterngespräche > Förderung vor Ort > Nutzung von Angeboten im Sozialraum > Fachkräfte als kompetente Ansprechpersonen			
Kontextuelle Ebene				
> Gestaltung der Antragsverfahren	> Kurze Bearbeitungszeiten > Verbindliche Ansprechperson	> Transparente Angebote		> Soziale Unterstützung
> Gestaltung von Rahmenbedingungen	> Fachkraft-Kind-Schlüssel > Qualifikation der Fachkräfte			

Tabelle 14: Einflussfaktoren und Bedingungen für advocate (eigene Darstellung)

Systematisierung der Einflussfaktoren	Bedingungen			
	Handhabbarkeit	Verstehbarkeit	Sinnhaftigkeit	Intervenierende Bedingungen außerhalb der Kita
Individuelle Ebene				
> Anerkennung als Expert*innen	> Geliehene Autorität			> Geliehene Autorität

Anhänge

Erklärung über frühere Promotionsversuche

Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

Lüderitz, 04.08.2018

Susanne Borkowski

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Lüderitz, 04.08.2018

Susanne Borkowski

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name, Vorname: Borkowski Susanne (geb. Klooß)
Adresse: Str. der Freundschaft 52,
39517 Tangerhütte
Telefon: +49 3961 51070 / 01634536123
E-Mail: susanne.borkowski@gmail.com
Geburtsdatum und -ort: 19.10.1972 in Stendal
Familienstand: verheiratet, 2 erwachsene Kinder

Beruflicher Werdegang

Seit 05/ 2009 Geschäftsführerin des An-Institutes „KinderStärken e.V.“
an der Hochschule Magdeburg – Stendal
10/1996 -12/2010 Leiterin der Evangelischen Kindertagesstätte Stendal
08/1993 – 9/1996 Erzieherin in der Evangelischen Kindertagesstätte Stendal

Berufsausbildung und Studium

03/2012 – 11/2014 Masterstudium „Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession“ an der Evangelischen
Hochschule Berlin
10/2005 – 07/2008 Bachelorstudium „Angewandte Kindheitswissenschaften“ an der Hochschule Magde-
burg-Stendal
08/1992 – 07/1993 Anerkennungsjahr in der Evangelischen Kindertagesstätte Stendal
Abschluss: Staatlich anerkannte Erzieherin
09/1989 – 07/1992 Ausbildung zur Kinderdiakonin am Seminar für kirchliche Dienste, Berlin

Schulbildung

09/1979 – 08/1989 Polytechnische Oberschule Lüderitz
Abschluss: 10. Klasse

Nebenberufliche Tätigkeiten

Lehrbeauftragte an der Hochschule Magdeburg-Stendal in den Studiengängen Angewandte Kindheitswissenschaften
(B.A.) und Kindheitswissenschaften und Kinderrechte (M.A.)

Schwerpunkte: Kindergesundheit (Grundlagen der Prävention und Gesundheitsförderung), Gesundheitspraxis (sozi-
allagenbezogene Gesundheitsförderung), Frühe Hilfen, Kinderrechte

Mitgliedschaften

BAG-Bildung und Entwicklung im Kindesalter stellv. Sprecherin AG Gesundheit
Programmkomitee Kongress Armut und Gesundheit AG Kinder im Kita- und Schulalter
Ethikkommission des Johanniterkrankenhauses Stendal

Lüderitz 04.08.2018

Danksagung

Ich möchte ganz herzlich Herrn Prof. Dr. Raimund Geene danken, für die Ermutigung, den Schritt der Promotion zu wagen sowie für die Überlassung des Interviewmaterials, ohne welches diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Als Betreuer dieser Arbeit danke ich Prof. Dr. Matthias Richter für seine zuverlässige und fördernde Unterstützung sowie die vielen hilfreichen Anregungen.

Die vorliegende Arbeit entstand während meiner Tätigkeit als Geschäftsführerin des KinderStärken e.V. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit im Team und die Rücksichtnahme hatte einen wesentlichen Anteil am Gelingen dieser Arbeit. Ich danke besonders Benjamin Ollendorf, der mir in dieser Zeit viel abnahm, Romy Schulze für die konstruktiven Gespräche und das Korrekturlesen, Nadja Zeidler und Anja Demme, die mich bei der grafischen Umsetzung der Tabellen und Abbildungen unterstützten.

Ganz besonders möchte ich meinem Mann Daniel und meinen Kindern Clemens und Antonia für ihre unermüdliche Unterstützung und ihr Verständnis in dieser sehr arbeitsintensiven Zeit danken. Ihnen und auch meiner Familie und Freunden gebührt großer Dank für das Schaffen eines Umfelds, in dem diese Dissertation möglich wurde.