Diskurs Kindheits- und Jugendforschung

Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research

2-2014

Schwerpunkt: Gesundheit in der Kindheit

- Bewegung in der Gesundheitsförderung von Kindern im Elementarbereich
- Förderung der seelischen Gesundheit in Kindertageseinrichtungen
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Frühgeburt im Grundschulalter

Freie Beiträge

- Partizipation von Kindern und Jugendlichen bei familiären Migrationsentscheidungen
- A Model of Boys' Image in Early Adolescence

Kurzbeiträge

Rezensionen

77411
9. Jahrgang
2. Vierteljahr 2014
ISSN 1862-5002
Verlag Barbara Budrich

Diskurs Kindheits- und Jugendforschung

Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research

Jahrgang 9 Heft 2

Inhalt

Schwerpunkt
Gesundheit in der Kindheit

Andrea G. Eckhardt
Editorial 143

Stephanie Bahr, Aida Kopic, Astrid Krus
Zum Stellenwert von Bewegung im Rahmen der Gesundheitsförderung von Kindern im Elementarbereich 147

Maike Rönnau-Böse, Klaus Fröhlich-Gildhoff
Förderung der seelischen Gesundheit in Kindertageseinrichtungen 165

Nina Gawehn, Sabrina Goosmann
Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Frühgeburt im Grundschulalter: Selbsturteil und elterliches Fremdurteil 185

Allgemeiner Teil

Freie Beiträge

Christophe Roulin, Luzia Jurt
Partizipation von Kindern und Jugendlichen bei familiären Migrationsentscheiden 199

Diana Raufelder, Sarah Braun, Alexander Lätsch, R. Poppy Wilkinson, Angela Ittel
A Model of Boys' Body Image in Early Adolescence 211

Kurzbeiträge

Alexandra Sann
Familienhebammen in den Frühen Hilfen: Formierung eines „hybriden“ Tätigkeitsfeldes zwischen Gesundheitsförderung und Familienhilfe 227

Axinja Hachfeld
Frühkindliche Gesundheitsförderung im Elternprogramm Chancenreich: Vorstellung der wissenschaftlichen Studie AQuaFam 233

Sandra Fleischer, Susanne Schneider
Qualität für Kinder im Internet: Wer führt in Deutschland die Diskussion um die Qualität kindgerechter Internetseiten? 239

Barbara Osterwald, Michael Günter, Andreas Mielck
„Der Ton redet mit mir. Verstehst Du, was er sagt?“ Die Arbeit am Tonfeld mit Kindern 245

Rezensionen

Achim Lauber
Henrike Friedrichs, Thorsten Junge, Uwe Sander (Hrsg.) (2013): Jugendmedienschutz in Deutschland 251

Judith Ackermann
Maya Götz (Hrsg.) (2013): Die Fernsehheld(inn)en der Mädchen und Jungen. Geschlechterspezifische Studien zum Kinderfernsehen 254

Autorinnen und Autoren 257

Editorial

Gesundheit in der Kindheit

Andrea G. Eckhardt

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist ein vergleichsweise junger Gegenstand der Kindheits- und Jugendforschung und gewann erst ab den 1990er Jahren an Bedeutung. Begleitet wurde diese zunehmende Aufmerksamkeit von einer Verschiebung des Gesundheits- und Krankenstatus in der Bevölkerung. Während die Verbreitung akuter Krankheiten deutlich zurückgegangen ist, stieg der Anteil chronischer Erkrankungen signifikant (vgl. *Hurrelmann/Richter* 2013). Davon sind auch Kinder und Jugendliche nicht ausgeschlossen. Zwar kann man insgesamt konstatieren, dass der Großteil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund ist und unter gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen aufwächst. Allerdings zeigen sich auch zu nicht unerheblichen Anteilen gesundheitliche Auffälligkeiten. Dabei trifft der allgemeine Trend in der Bevölkerung auch auf Kinder und Jugendliche zu: Insgesamt ist eine Verschiebung des Krankheitsspektrums „von (a) akuten zu überwiegend chronisch-körperlichen Erkrankungen und (b) von somatischen zu psychischen Auffälligkeiten" (*BMFSFJ* 2009, S. 36) zu beobachten. Damit hat sich auch ein Perspektivwechsel auf die Lebensphasen Kindheit und Jugend vollzogen. Von ehemals grundsätzlich gesunden Lebensphasen werden diese nun als gefährdete Lebensphasen in den Blick genommen (vgl. *Richter/Bohn/Lampert* 2011).

Umfassende Gesundheitsdaten für Kinder und Jugendliche liegen erst seit kurzem vor. Einen Überblick über Auftreten und Dauer von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen gibt der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts. Der Survey ist als Längsschnittstudie angelegt, sodass damit kontinuierlich umfangreiche Daten zur Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zur Verfügung stehen (www.kiggs-studie.de). Während die Kindheitsforschung Gesundheit vor allem im Kontext der Lebenssituation von Kindern betrachtet, berücksichtigen inzwischen auch einzelne Studien das Zusammenwirken gesundheitlicher Aspekte mit der Entwicklung von Kindern, wie z.B. die „Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit (NUBBEK)" (vgl. *Eckhardt/ Egert* 2014). Weiterhin werden zunehmend auch Möglichkeiten der Prävention auf institutioneller Ebene diskutiert (*Sahrai* 2009; *Hartung/Kluwe/Sahrai* 2011). Insbesondere für Kindertageseinrichtungen existieren inzwischen verschiedene Programme zur Gesundheitsförderung. Auch wenn die Datenbasis hier insgesamt gering ist, deuten vorliegende

Diskurs Kindheits- und Jugendforschung/
Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research Heft 2-2014, S. 143-146

Ergebnisse auf positive Auswirkungen dieser Programme auf das Gesundheitsverhalten hin (vgl. *Lassons/Ulbrich/Tietze* 2009; *Strauß* u.a. 2011).

Die zunehmende Bedeutung von Gesundheit für das Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zeigt sich nicht nur in der Zunahme empirischer Befunde, sondern auch in einer verstärkten öffentlichen Diskussion. So behandelte der 13. Kinder- und Jugendbericht als Schwerpunktthema Gesundheit (vgl. *BMFSFJ* 2009) und Gesundheitsförderung wird in Initiativen und Aktionsprogrammen vorangetrieben. Außerdem regte der Beschluss der Jugend- und Familienministerkonferenz an, das überarbeitete Konzept des nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung" in den Arbeitsbereichen der Kinder- und Jugendhilfe der Länder aufzugreifen und Gesundheitsförderung aktiv umzusetzen (vgl. *BMG* 2010).

In den empirischen Befunden zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund zu den Risikogruppen zählen und häufiger von Krankheit betroffen sind als solche aus privilegierteren Kontexten und ohne Migrationshintergrund. Darüber hinaus zeigen sich bei vielen Erkrankungen geschlechtsspezifische Unterschiede. Diese Befunde deuten darauf hin, dass Kinder und Jugendliche in Abhängigkeit von ihrer Lebenssituation eher bzw. seltener gesund sind.

Diese für den Gesundheitszustand wesentlichen Bedingungen des sozialen Kontextes finden in theoretischen Erklärungsansätzen Berücksichtigung. Beispielsweise verstehen das Konzept der Salutogenese von *Antonovsky* (1997) oder der sozialisationstheoretische Ansatz des Belastungs-Bewältigungsmodells von *Hurrelmann* (vgl. *Hurrelmann/Richter* 2013) Gesundheit als dynamischen Prozess und berücksichtigen unterschiedlichste Einflussfaktoren und Aspekte der subjektiven Verarbeitung. Diese theoretischen Zugänge ermöglichen es jenseits medizinischer Versorgung, Interventionsstrategien zu diskutieren, die ungünstige Einflussfaktoren reduzieren und/oder durch einen veränderten Umgang mit Risikobedingungen negative Entwicklungsverläufe unterbrechen könnten.

Präventive und intervenierende Ansätze sind daher insbesondere für die frühe Kindheit von Interesse, da langfristige negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Kindern bereits in den Familien, aber auch in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, z.B. den Kindertageseinrichtungen, entgegen gewirkt werden kann. An dieser Stelle setzt das Themenheft Gesundheit in der Kindheit an. Fokus des Heftes sind die ersten Lebensjahre von Kindern, da hier der Grundstein für die weitere Entwicklung gelegt wird. Ausgangspunkt der Betrachtung ist die institutionelle Ebene als Ansatzpunkt von Gesundheitsförderung. Berichtet werden Ergebnisse zur Bewegung und sozial-emotionalen Entwicklung, sowie zu Entwicklungsverläufen von Risikokindern bis ins Grundschulalter.

Die Unterstützung der Entwicklung von Kindern und eine zunehmende Bildungsorientierung zeigen sich nicht zuletzt in den Bildungsplänen der Bundesländer für den Elementarbereich. Entsprechend sind die Erwartungen an die Arbeit pädagogischer Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen in den letzten Jahren deutlich gestiegen. In den Bildungsplänen wird Gesundheit als ein Bildungsbereich definiert. *Bahr/Kopic/Krus* analysieren in ihrem Beitrag zunächst die Bildungspläne danach, welchen Stellenwert Bewegung in der Gesundheitsförderung einnimmt. Darüber hinaus gehen sie in einer quantitativen Studie dem Bewegungsverständnis von pädagogischen Fachkräften nach. In den Auswertungen wird deutlich, dass alle Bundesländer der Bewegung einen hohen Stellenwert beimessen. Ressourcenorientierte theoretische Zugänge, die eine Verbindung verschiedener Gesundheitsbereiche betonen, sind gegenwärtig jedoch noch unzureichend in den Plänen verankert. Die befragten pädagogischen Fachkräfte messen der Bewegungsförderung eine zent-

rale Bedeutung bei, scheinen jedoch analog zu den Bildungsplänen eine Verknüpfung verschiedener inhaltlicher Bereiche der Gesundheitsförderung noch zu wenig in den Blick zu nehmen. Hier wird von den Autorinnen ein Ansatzpunkt für Fort- und Weiterbildung gesehen.

Der Beitrag zur Förderung seelischer Gesundheit in Kindertageseinrichtungen von *Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff* widmet sich dem Bildungsbereich der sozial-emotionalen Entwicklung. Im Fokus des Beitrages stehen zwei Programme, die auf Ergebnissen der Resilienzforschung einerseits und der Präventions- und Gesundheitsförderung andererseits basieren. Die Programme richten sich auf die Qualifikation pädagogischer Fachkräfte, die Zusammenarbeit mit Eltern, die pädagogische Arbeit mit Kindern sowie die Vernetzung im Sozialraum. Bei den Evaluationen kam ein komplexes Erhebungsdesign zum Einsatz. Die Ergebnisse zeigen auf der Kindebene positive Entwicklungen im Selbstkonzept, sowie mit Einschränkungen positive Effekte auf die kognitive Entwicklung und das Verhalten der Kinder. Auf der Ebene pädagogischer Fachkräfte zeigen sich Veränderungen in den Haltungen der Fachkräfte, die sich wiederum auf die pädagogische Arbeit auswirken. Auch für die Eltern lassen sich Veränderungen in der Wahrnehmung feststellen sowie eine genaue Abstimmung der Methoden der Elternarbeit auf das Klientel. Dagegen zeigen die Ergebnisse zur Vernetzung, dass die Etablierung zielführender Kooperationen vor besonderen Herausforderungen steht. *Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff* kommen insgesamt zu einem positiven Fazit und schlussfolgern, dass eine Resilienzförderung möglich ist und dabei die Sensibilisierung und Qualifizierung pädagogischer Fachkräfte eine Schlüsselrolle einnimmt, um Kinder und Familien zu stärken. Sie plädieren dafür, die Förderung seelischer Gesundheit noch stärker in den Bildungsplänen der Bundesländer zu verankern.

Der Beitrag von *Gawehn/Goosmann* untersucht die gesundheitsbezogene Lebensqualität von frühgeborenen und reifgeborenen Kindern im Schulalter. Im Gegensatz zu den vorangegangenen Beiträgen, die vom Setting ausgehen, steht in diesem Beitrag die individuelle Beurteilung der Lebensqualität im Mittelpunkt. Gefragt wird nach der Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch die Kinder und ihre Eltern. Dabei zeigt sich, dass die Mehrzahl beider Gruppen ihre Lebensqualität als unbeeinträchtigt wahrnimmt. Gleichzeitig weisen die Ergebnisse aber auch darauf hin, dass sowohl Kinder als auch Eltern frühgeborener Kinder ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität als unterdurchschnittlich bezeichnen. Diskutiert werden darüber hinaus Differenzen im Antwortverhalten von Eltern und ihrer Kinder. Die Ergebnisse verweisen auf ein Verständnis von Gesundheit als dynamischen Prozess und betonen eine ressourcenorientierte Begleitung von frühgeborenen Kindern, um langfristigen negativen Auswirkungen zu begegnen.

Der Schwerpunkt Gesundheit in der Kindheit wird durch zwei Kurzberichte ergänzt, in denen die besondere Bedeutung des Themas für das erste Lebensjahr herausgearbeitet wird. *Sann* berichtet in ihrem Beitrag über die Tätigkeit der Familienhebammen in den Frühen Hilfen. Dabei zeigt sie einerseits, in welchem Spannungsverhältnis Familienhebammen arbeiten. Andererseits wird aber auch deutlich, welche Chancen mit diesem Ansatz verbunden sind, der aufgrund seiner Niedrigschwelligkeit insbesondere Möglichkeiten der Prävention in Risikofamilien liefert. Evaluationsergebnisse zum Einsatz von Familienhebammen liefern ein tendenziell positives Bild ihrer Wirksamkeit.

Im Kontext der Frühen Hilfen ist auch der zweite themenrelevante Kurzbericht von *Hachfeld* angesiedelt. Die Autorin gibt einen Einblick in das Modellprojekt Chancenreich der Stadt Herford. Dieses Projekt richtet sich an Eltern von Neugeborenen und Kleinkin-

dern. Mittels Beratung, Trainings und Vernetzung soll das Wissen zur Kindergesundheit von Eltern sowie gesundheitsförderliches Verhalten in der Familie erhöht werden. Ziel der wissenschaftlichen Begleitstudie wird es sein, zu überprüfen, ob es durch das Projekt gelingt, die Erziehungs- und Gesundheitskompetenz von Eltern zu steigern und damit zu einem gesundheitsförderlichen Aufwachsen beizutragen.

Die Beiträge des Themenheftes belegen die hohe Relevanz von Gesundheit als Thema der Kindheit. Dies zeigt sich zum einen in der Verankerung von Gesundheit in den Kindertageseinrichtungen, hier v.a. in den Bildungsplänen und der pädagogischen Arbeit. Den pädagogischen Fachkräften kommt dabei eine besondere Verantwortung zu. Anforderungen von außen setzen das Wissen der Fachkräfte über Krankheiten und über Auswirkungen von gesundheitsrelevanten Faktoren voraus, sowie die Erwartung, präventiv wirksam zu werden. Zum anderen sind für die weitere Entwicklung die Lebenskontexte der Kinder von Bedeutung. Gesundheitsförderung ist besonders dann effektiv, wenn es gelingt, gesundheitsförderliche Verhaltensweisen in den Familien zu stärken und gesundheitsförderliche Angebote im Sozialraum zu verankern.

Literatur

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. – Tübingen.

Bundesministerium für Familie, SeniorenFrauen und Jugend [BMFSFJ] (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. – Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit [BMG] (2010): Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. – Berlin.

Eckhardt, A. G./Egert, F. (2014). Gesundheit und Alltagsfertigkeiten im frühen Kindesalter. Frühe Bildung, 3, 2, S. 82-92.

Hartung, S./Kluwe, S./Sahrai, D. (2011): Gesundheitsförderung und Prävention in Settings. Elternarbeit in Kitas, Schule und Familienhilfe. In: *Schott, T./Hornberg, C.* (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. – Wiesbaden, S. 599-617.

Hurrelmann, K./Richter, M. (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung, 8., überarbeitete Auflage. – Weinheim, Basel.

Lassons, A./Ulbrich, C./Tietze, W. (2009): Evaluierung des Pilotprojektes gesunde kitas – starke kinder. Abschlussbericht. Pädagogische Qualitäts-Informations-Systeme gGmbH. – Berlin.

Richter, M./Bohn, V./Lampert, Th. (2011): Kinder und Jugendliche. Die Gesundheit der heranwachsenden Generation. In: *Schott, T./Hornberg, C.* (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. – Wiesbaden, S. 600-617.

Strauß, A./Herbert, B./Mitschek, C./Duvinage, K./Koletzko, B. (2011): TigerKids. Erfolgreiche Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54, 3, S. 322-329.

Sahrai, D. (2009): Die Kindertagesstätte als gesundheitsförderndes Setting. Zwischen normativen Idealen und alltagspraktischen Zwängen. In: *Bittlingmayer, U. H./Sahrai, D./Schnabel, P.-E.* (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesellschaftlicher Ungleichheit. – Wiesbaden, S. 235-267.

Zum Stellenwert von Bewegung im Rahmen der Gesundheitsförderung von Kindern im Elementarbereich

Stephanie Bahr, Aida Kopic, Astrid Krus

Zusammenfassung
Gesundheitsförderung gilt als eine zentrale Aufgabe der institutionalisierten, frühpädagogischen Entwicklungs- und Bildungsprozesse. In diesem Beitrag wird die Bedeutung der Bewegung für die Gesundheitsförderung im Kindesalter aufgezeigt und der Frage nachgegangen, ob der international und interdisziplinär hoch bewertete Stellenwert des Faktors Bewegung für die Gesundheitsförderung einen adäquaten Niederschlag in den Bildungsplänen der Bundesländer und in der Fachkompetenz der frühpädagogischen Fachkräfte findet.

Schlagworte: Bewegung, Frühe Kindheit, Frühpädagogische Fachkräfte, Qualifikation, Bildungspläne

The significance of movement in the context of the promotion of good health in children

Abstract
The promotion of healthy living is an important task of institutionalized early childhood education and development. In this article, the international and interdisciplinary importance of movement and physicality for the promotion of a healthy lifestyle in childhood is examined. The paper considers the question of whether the significance of movement for the promotion of healthiness is adequately reflected in the federal early childhood curricula and the expertise of child care professionals.

Keywords: Movement, Early childhood, Child care professionals, Qualification, Early childhood curricula

1 Hintergrund und Fragestellung

Die Ergebnisse der KIGGS Studie (vgl. *Krug* u.a. 2012; *Kurth/Schaffrath Rosario* 2010; *Ravens-Sieberer* u.a. 2007) belegen bereits im Kindesalter physische Probleme wie Übergewicht, Diabetes, Einschränkungen der motorischen Leistungsfähigkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie psychische Gesundheitsprobleme. Die Kindheit gilt als eine sensible Phase, in der nicht nur gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen erworben werden, die eine hohe Persistenz über die gesamte Lebensspanne (vgl. *Kaluza/Lohaus* 2006; *Jerusalem/Klein-Heßling/Mittag* 2003) aufweisen, sondern die auch die Bildungsbiografien beeinflussen (vgl. *Dadazcynski* 2012). In diesem Kontext beschreibt Gesundheit in Anlehnung an das Konzept von *Antonovsky* (1997) die Befriedigung von physiologischen, emoti-

onalen und psychosozialen Bedürfnissen auf der Grundlage interner und externer Ressourcen (vgl. *Becker* 2006). Der Bewegung wird dabei eine positive Wirkung auf die Prävention von Erkrankungen und physische, psychische und soziale Bedürfnisbefriedigung zugeschrieben (vgl. *Knoll/Banzer/Bös* 2006; *Woll* 2009; *Krell/Bös* 2012). *WHO* (2010) und *NASPE* (o.J.) verweisen unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung auf die Notwendigkeit einer täglichen Bewegungszeit für Kinder vom Säuglings- bis ins Grundschulalter.

Die aktuelle Forschungslage impliziert eine frühzeitige Initiierung von Bewegungsaktivitäten, die als primäre Form der kindlichen Auseinandersetzung mit der materialen und sozialen Umwelt gelten und eine gesunde Entwicklung fördern. Ein adäquates Feld für eine frühzeitige Gesundheitsförderung ist das Setting der Kindertagesstätte, über das 93,4% der Kinder (vgl. *Statistisches Bundesamt* 2012) im vorschulischen Alter erreicht werden können. Der Bildungsauftrag der Kindertageseinrichtungen umfasst die frühzeitige Stärkung individueller Kompetenzen und Lerndispositionen, in dessen Rahmen Gesundheit eine zentrale Bedingung für die Entfaltung der kindlichen Persönlichkeit und Fähigkeiten bildet. Die Umsetzung von Bewegung als Medium der Gesundheitsförderung in den Elementarbereich bedarf einer verbindlichen Einbindung in die Bildungspläne der Bundesländer als Grundsätze der Bildungsarbeit in den Kindertagesstätten.

Die Untersuchung des Verbundforschungsprojektes „Bewegung in der frühen Kindheit (BiK)[1]“ fokussiert auf die Fragestellung, inwieweit Bewegung als ein Medium der Gesundheitsförderung in den Bildungsplänen der Bundesländer für den Elementarbereich implementiert ist und welche Bedeutung der Bewegung in diesem Zusammenhang zukommt. In Bezug auf die Umsetzung der Bildungspläne in die pädagogische Praxis wurde zudem untersucht, welche Bedeutung die pädagogischen Fachkräfte der Bewegung im Rahmen der Gesundheitsförderung beimessen.

2 Forschungsstand

Der Bewegung wird im internationalen und interdisziplinären Fachdiskurs eine fundamentale Bedeutung für frühkindliche Bildungs- und Entwicklungsprozesse zugeschrieben (vgl. *Michaelis* 2003; *Krist* 2006). Im Rahmen des Verbundforschungsprojektes wurde ein differenziertes Verständnis von Bewegung in der frühen Kindheit anhand einer umfassenden Analyse der nationalen und internationalen Forschungsliteratur eruiert (vgl. *Bahr* u.a. 2012). Die interdisziplinäre Betrachtung berücksichtigend, umfasste die systematische Recherche Monografien und Sammelwerke aus den Disziplinen Sportwissenschaften, Erziehungswissenschaften, Medizin, Neurowissenschaften und Psychologie sowie darüber hinaus 63 nationale und internationale Fachzeitschriften mit insgesamt 896 Artikeln der letzten zehn Jahrgänge bis zum Jahr 2012. Davon wurden 407 Artikel aus 20 Zeitschriften des Fachgebiets Sportwissenschaften/Motologie, 388 aus 17 pädagogischen Zeitschriften, 61 aus 12 Zeitschriften der Medizin/Neurowissenschaften und 40 Artikel aus 14 Zeitschriften des Fachgebiets Psychologie analysiert.

Eine erste Analyse zur Bedeutung von Bewegung im Kindesalter basierte auf der in der deutschsprachigen Leibeserziehung und Sportpädagogik systematisch entwickelten analytischen Reduktion des Bewegungsphänomens nach Bildungsmotiven und Sinnrichtungen (vgl. *Grupe* 1976, 1984), nach Sinndimensionen und Handlungsfeldern (vgl. *Kurz* 1979) bzw. nach Funktionen (vgl. *Funke-Wieneke* 2004).

In intensiver Auseinandersetzung mit dem vorliegenden Textmaterial wurden auf die jeweilige Theorie bezogene Schlüsselbegriffe und Kategorien gebildet, die das zugrundeliegende Bewegungsverständnis der wissenschaftlich ausgerichteten Literaturanalyse beschreiben. Die Auswertungskategorien wurden im Zuge des Auswertungsprozesses weiter differenziert und bildeten die Grundlage für den Entwurf eines Codierleitfadens, der theoretische Widersprüche berücksichtigte und durch die weitere Textbearbeitung verändert werden konnte (vgl. *Kuckartz* 2005).

Die erarbeiteten Kategorisierungen von Zielen, Sinn und Bedeutung von Bewegung für Bildungs- und Entwicklungsprozesse lassen sich den vier zentralen Bedeutungsdimensionen Bewegung als *Lerngegenstand*, als *Medium der Gesundheitsförderung*, *als Medium der Entwicklungsförderung* und als *Medium des Lernens* zuordnen (vgl. *Krus* u.a. 2013). In Bezug auf den thematischen Schwerpunkt des Beitrages wird im Folgenden die Perspektive auf die Bedeutungsdimension Gesundheitsförderung fokussiert[2]. Die thematische Codierung der Textsegmente zur Bedeutungsdimension Gesundheit ermöglichte eine Zuordnung zu vier aussagekräftigen Kernthemen (vgl. *Kuckartz* 2005, S. 24), welche die Vielschichtigkeit und ganzheitliche Sicht von körperlichen, emotionalen und sozial ökologischen Gesundheitsfaktoren repräsentieren:

Prävention von Erkrankungen: Primäre Intention in den Sport-, Bewegungs- und Gesundheitswissenschaften ist die Förderung physischer Gesundheitsressourcen durch Bewegung (vgl. *Graf/Dordel* 2006; *Ketelhut* 2004). Physische Gesundheitsressourcen umfassen u.a. Aspekte von Kraft und Ausdauer, Koordination und Haltungsschulung sowie allgemeine Fitness. Bewegungsaktivitäten führen nicht nur zur erhöhten Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislauf- und Immunsystems, sondern insbesondere zur Kräftigung der Muskulatur sowie zur Verbesserung der Körperhaltung, um Haltungsschwächen und -störungen vorzubeugen. Die Körperkonstitution wird nicht allein durch Bewegungsaktivitäten beeinflusst, sondern in gleichem Maße durch die Ernährung, die im Rahmen der Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle spielt. Die Themen Gesundheit, Körper/Bewegung und Ernährung sind mittlerweile untrennbar miteinander verbunden. Die Ursachen für das vermehrte Auftreten von Übergewicht und Adipositas bei Kindern im Vorschulalter sind in einem Zusammenspiel verschiedener potentieller Risikofaktoren wie genetischer Prädisposition, Migrationshintergrund, (niedriger) sozialer Status sowie sich verändernder Lebensbedingungen durch übermäßige Zufuhr von kalorien- und fettreicher Nahrung bei zunehmender körperlicher Inaktivität zu sehen.

Reduzierung von Unfallrisiken: Dieser physische Aspekt der Gesundheitsförderung impliziert die Sicherheitserziehung und die Entwicklung von Risikokompetenz als psychisch-emotionale Komponente. Durch Bewegungs- und Wahrnehmungsangebote wird eine verbesserte Körperkontrolle ermöglicht und werden insbesondere Konzentration, differenzierte Wahrnehmung und realistische Einschätzung von Situationen geschult. Hierdurch können Gefahren früher erkannt, bessere Reaktionen durch eine differenzierte Handlungsfähigkeit hervorgerufen und damit das Unfallrisiko gesenkt werden (vgl. *Dordel* 2005). Pädagogisch bedeutsam sind dabei die Entwicklung einer Risikokompetenz, die Minimierung der Verletzungsgefahr und das Eingehen von Risikowagnis, um sich körperlich und psychisch gesund zu entwickeln (vgl. *Ahne* 2012). Die Erfahrung erfolgreicher Bewältigung herausfordernder Alltagssituationen unterstützt die Unfallprävention wie den Aufbau von Selbstsicherheit.

Entspannung: Die Fokussierung der Wahrnehmung und die Konzentration auf den eigenen Körper sind zentrale Elemente der Entspannung. Der Wechsel von Anspannung (Aktivität) und Entspannung (Ruhe) ruft positive Wirkungen von Wohlbefinden, Stressabbau und Auseinandersetzung mit den eigenen Körperreaktionen hervor. Dies bildet eine Grundvoraussetzung für die Bewältigung der sich aus Zeit- und Leistungsdruck ergebenden psychischen Belastungen und fördert zudem den Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes (vgl. *Quante* 2000).

Steigerung der körperlichen/psychischen Widerstandsfähigkeit: Der Stellenwert von Bewegung rückt in den Mittelpunkt der salutogenetischen Gesundheitsförderung und der Stärkung der kindlichen Resilienz (vgl. *Krus* 2006; *Zimmer* 2006). Zugrunde liegt ein dynamisches Modell der Bewältigung von Anforderungen, die in einer Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren angesiedelt sind. Nach *Antonovsky* (1997) ist die Gesunderhaltung des Menschen von der Ausprägung des sogenannten Kohärenzgefühls (sense of coherence) abhängig. Mit dem Kohärenzgefühl wird die Sinnhaftigkeit im eigenen Leben und Tun ausgedrückt und ist von zentraler Bedeutung, da „alle Maßnahmen, die Kindern helfen, selbstbewusste, sozial geachtete Persönlichkeiten zu werden, somit eine herausragende gesundheitliche Bedeutung haben“ (*Liebisch/Quante* 2006, S. 386). Diese These wird durch Ergebnisse der Resilienzforschung untermauert, die den Fokus auf die protektiven Faktoren (Stärken und Ressourcen) der Kinder oder ihrer Umwelt richtet, „welche die Wirkung von Risikofaktoren moderieren und so die Wahrscheinlichkeit für die Herausbildung von Störungen senken können“ (*Opp/Fingerle* 2007, S. 14). Personale, körperliche als auch soziale Ressourcen stehen in Wechselwirkung mit Risikofaktoren, zu denen u.a. Übergewicht/Adipositas, Bewegungsmangel, veränderte Lebensumwelten, fehlende familiäre oder soziale Unterstützung, Migration, Arbeitslosigkeit der Eltern, Armut und Einflüsse neuer Medien zählen (vgl. *Opp/Fingerle* 2007). Schlechte körperliche Fitness wirkt sich auf die soziale Interaktion von Kindern aus, denen es schwerer fällt an Bewegungsspielen und -aktivitäten teilzuhaben, was wiederum zu Hänseleien und Ausgrenzungen aus dem Spielgeschehen und zu einer schlechteren Peerakzeptanz führen kann (vgl. *Kauer/Roebers* 2012). Durch Bewegung können die Ressourcen und Kompetenzen entwickelt und erweitert werden, die notwendig sind, um erfolgreich mit belastenden Lebensereignissen umzugehen. Individuen können diese Ressourcen nutzen, um selbsttätig und eigenverantwortlich ihre Belange zu vertreten und damit zu präventivem Gesundheitsverhalten fähig zu sein. Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und der Aufbau von Copingstrategien gelten als Schutzfaktoren für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben wie beispielsweise den Übergang von der Kita in die Schule (vgl. *Cimeli* u.a. 2013).

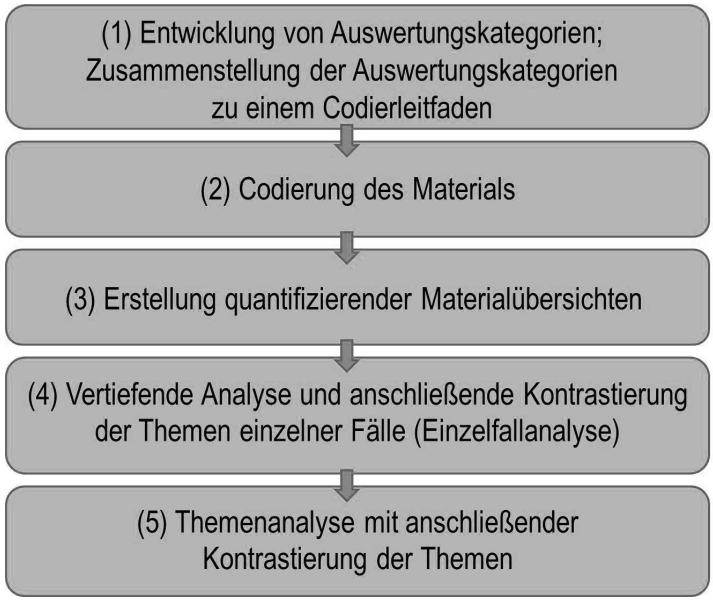
3 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Untersuchung umfasst zwei Teiluntersuchungen: a) die qualitative Analyse zum Stellenwert der Gesundheitsförderung im Bildungsbereich Bewegung der Bildungspläne aller Bundesländer und b) die quantitative Untersuchung zum Bewegungsverständnis pädagogischer Fachkräfte.

3.1 Qualitative Analyse zum Stellenwert der Gesundheitsförderung im Bildungsbereich Bewegung der Bildungspläne aller Bundesländer

Für die qualitative Analyse stellte das thematische Codieren nach *Flick* (2002, S. 27ff.) den methodischen Zugang im Analyseprozess dar. Die Ausführungen von *Hopf* (2004) und *Kuckartz* (2005) zur Vorgehensweise für das schrittweise thematische Codieren bildeten die Grundlage für die praktische Umsetzung (s. Abb. 1).

Abb. 1: Methodisches Vorgehen zur Analyse der Bildungspläne in Anlehnung an *Hopf* (2004) und *Kuckartz* (2005)



Das Vorhaben wurde schrittweise mit dem Textanalysesystem MAXQDA umgesetzt, mit dem eine Vielzahl unterschiedlicher Funktionen und Tools zur Analyse zur Verfügung standen (vgl. *Behrens* 2013). Aus der Analyse und Differenzierung der Bedeutung von Bewegung und Körperlichkeit für die Gesundheitsförderung aus Sicht verschiedener Fachdiskurse anhand spezifischer Schlüsselbegriffe wurde ein Codierleitfaden (vgl. *Bahr* 2013) entwickelt, der die Basis für die Codierung des Materials bildete.

Im zweiten Schritt wurden in MAXQDA die Schlüsselbegriffe als sogenannte Codes definiert. Die Bildungspläne sind auf der Grundlage des erarbeiteten Codierleitfadens untersucht und durchgearbeitet worden. Alle Textstellen, die über eine Auswertungskategorie informieren, wurden den entsprechenden Codes zugeordnet.

Für jeden Bildungsplan sind im dritten Schritt quantifizierende Übersichten erstellt worden, in denen relevante Eckdaten wie Seitenumfänge, Kapitelübersichten, Autor/-innen oder Verbindlichkeit der Bildungspläne zu den einzelnen Dokumenten dargelegt wurden, um die Bildungspläne individuell betrachten zu können.

In einem vierten Schritt stand die Einzelfallanalyse im Fokus, um den subjektiv gemeinten Sinn des Textes in Form von übergeordneten und dokumentspezifischen Leitfra-

gen herauszuarbeiten. Die Leitfragen sind systematisiert und zum einen nach dokumentspezifischen Gesichtspunkten und zum anderen nach inhaltlich akzentuierten Fragestellungen strukturiert worden. Für jedes der vier Auswertungskategorien wurde ein solches „Leitfragendokument" angelegt.

Im letzten Schritt wurden Zusammenhänge zwischen einzelnen Codes unter bewegungsbezogenen Gesichtspunkten thematisch in Logik und Struktur vertiefend herausgestellt und in Beziehung zum Codierleitfaden als Ausgangsbasis für die Analyse gesetzt.

3.2 Bundesweite quantitative Untersuchung zum Bewegungsverständnis pädagogischer Fachkräfte

Die Erfassung des Bewegungsverständnisses von pädagogischen Fachkräften erfolgte anhand einer Onlinebefragung, die neben der Erfassung der Bedeutung von Bewegung im Rahmen der Gesundheitsförderung, Fragen zur Umsetzung von Bewegung in der Kita-Praxis sowie zu dem bewegungsspezifischen Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarf der pädagogischen Fachkräfte umfasste. Zur Ermittlung des Bewegungsverständnisses wurden die pädagogischen Fachkräfte danach gefragt, woran sie im Zusammenhang mit Bewegung bei Kindern im Alter zwischen null und sechs Jahren denken. Auf der Basis des Analyserasters zu den Bedeutungsdimensionen von Bewegung wurden 24 Antwortmöglichkeiten entwickelt und vorgegeben. Die datenbasierten Begrifflichkeiten aus der Fachliteratur beschrieben jeweils die vier Kernthemen der vier Bedeutungsdimensionen, ergänzend wurden sechs negative Assoziationen zur Bewegung sowie eine Antwortkategorie „keine Angabe" und eine freie Kategorie „Sonstiges" angeboten. Die Zuordnung zu den Bedeutungsdimensionen war für die Teilnehmer/-innen anhand des Fragebogens (vgl. *Stahl von Zabern* u.a. 2013, S. 53f.) nicht ersichtlich. Acht Nennungen pro Person waren maximal möglich. Mit einer kleinen Stichprobe pädagogischer Fachkräfte wurde der Fragebogen von Dezember 2011 bis Februar 2012 anhand eines Pretests auf seine inhaltliche und technische Handhabbarkeit getestet.

Die Wahl der Methode begründet sich durch die mittlerweile hohe Internetakzeptanz in der Bevölkerung. Eine Onlinebefragung ermöglicht zudem eine vereinfachte Datenerhebung und Effizienzsteigerung, da aufgrund der Verbreitung und zeitlichen Flexibilität die Dateneingabe simultan und jederzeit erfolgen kann. Des Weiteren sinkt die Gefahr von Eingabefehlern durch Dritte und die Weiterverarbeitung der Daten wird erleichtert. Auch die für den Forschungsprozess angestrebte Transparenz und Überprüfbarkeit ist insofern gewährleistet, da die Daten leicht zugänglich sind und jederzeit aufbereitet werden können (vgl. *Hussy/Schreiner/Echterhoff* 2010).

Nach einer Umfrage des Projektes „Lernen mit dem Internet" (*Feil*/*Gieger/Quellenberg* 2005) verfügen circa 35% der Kindertagesstätten in Deutschland über einen Internetanschluss. Da die Erhebung bereits 2005 stattfand, kann mittlerweile von einer erheblichen Zunahme ausgegangen werden. Die EDV-Ausstattung in Kindertagesstätten dient jedoch in erster Linie administrativen Aufgaben (vgl. *Feil*/*Gieger/Quellenberg* 2005) und ist somit vorrangig der Nutzung durch die Leitungskraft vorbehalten. Um dennoch eine möglichst hohe Zahl pädagogischen Personals zu erreichen, entschied sich das Forschungsteam für eine Erweiterung der Erhebungsmethode. Neben der Möglichkeit, die Fragen mit Hilfe der Open-Source Software „LimeSurvey" online zu beantworten, wurde der Fragebogen auch als Druckvorlage per E-Mail zugesandt und ermöglichte damit die

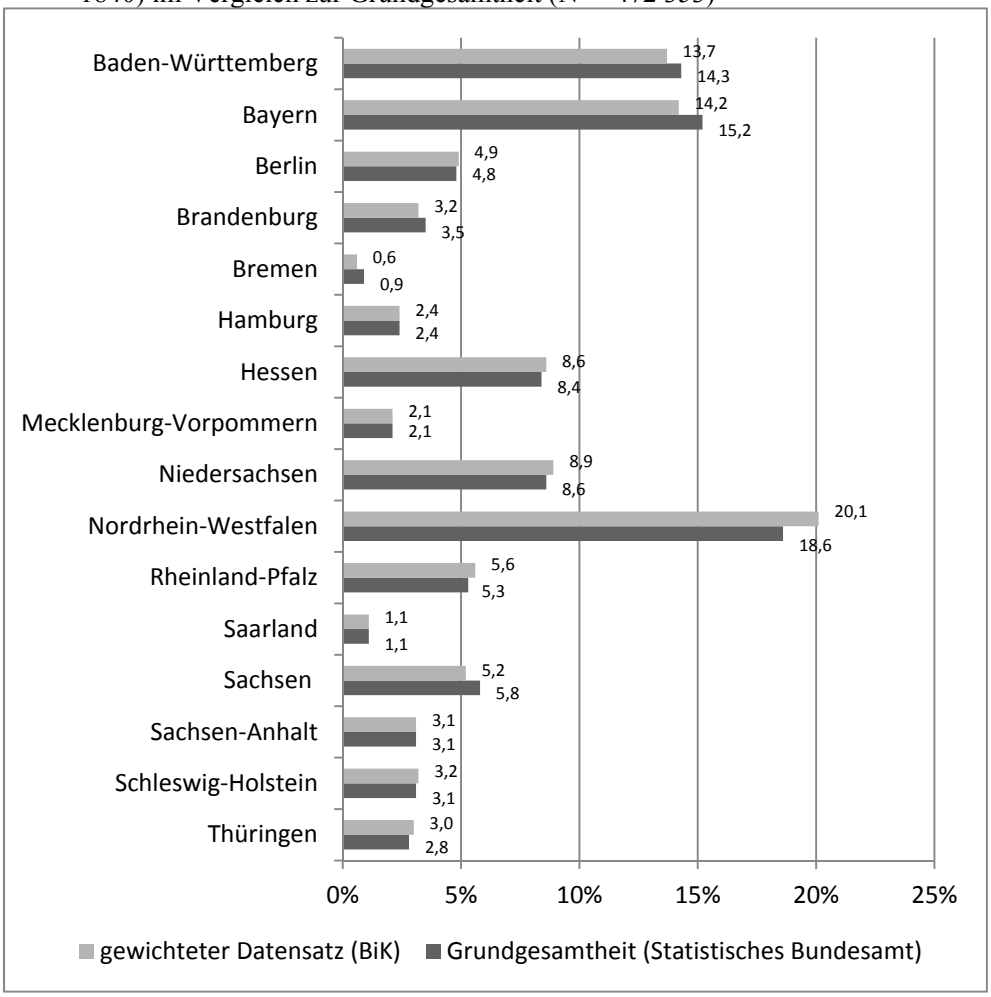
manuelle Teilnahme an der Befragung. In den häufigsten Fällen erreichte die E-Mail die Einrichtungsleitung. Diese wurde gebeten, den Link bzw. den ausgedruckten Fragebogen an die Mitarbeiter/-innen weiterzuleiten und zudem selbst an der Erhebung teilzunehmen. Die erhobenen Daten wurden in das statistische Analyseprogramm für Sozialwissenschaftler SPSS übertragen, elektronisch weiterverarbeitet und anschließend in einem mehrstufigen statistischen Analyseprozess ausgewertet. Die angewandten deskriptiven bzw. analytischen Testverfahren (vgl. *Bortz* 1999) waren die Häufigkeitsanalyse, der Chi-Quadrat-Test, die Varianzanalyse sowie die Korrelations- und die Faktorenanalyse. Als größte zulässige Irrtumswahrscheinlichkeit (Signifikanzschwelle) wurde im Rahmen der Analysen ein Wert von 5% ($p < ,05$) festgelegt. Untersuchungsergebnisse, deren p-Wert über diesem Wert lag, wurden als nicht signifikant beurteilt und erhielten im Hinblick auf zu untersuchende Unterschiede bzw. Zusammenhänge keine Relevanz. Zur Einschätzung der Effektstärke von signifikanten Ergebnissen wurden die Koeffizienten Cohens d (im Rahmen von Varianzanalysen) und r nach Pearson (im Rahmen von Korrelationsanalysen) herangezogen.

3.3 Stichprobe

Für den Bereich der Kindertagesstätten dienten die Angaben des statistischen Bundesamtes zur zahlenmäßigen Verteilung der Einrichtungen im Bundesgebiet als Grundlage für die Ermittlung der Grundgesamtheit (vgl. *Statistisches Bundesamt* 2011). Die Angaben der Ländermonitore der *Bertelsmann Stiftung* (2012) zeigten darüber hinaus die Verteilung des Personals in den Kindertageseinrichtungen nach Bundesländern sowie nach öffentlicher beziehungsweise freier Trägerschaft. Die Emailadressen wurden in einigen Bundesländern von den Landesjugendämtern und den entsprechenden Ministerien der Länder zur Verfügung gestellt. Um die statistische Repräsentativität der Untersuchung zu wahren, erfolgte eine weiterführende, systematische Recherche der Einrichtungen nach Landkreisen beziehungsweise Regionen des jeweiligen Bundeslandes. Somit lagen zu Untersuchungsbeginn präzise Angaben über die Grundgesamtheit der pädagogischen Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen in Deutschland – differenziert nach Bundesland und Trägerschaft – vor (vgl. *Kromrey* 2009, S. 262f.). Um die Stadt-/Landstruktur in die Auswertung mit einzubeziehen, wurde die Kategorisierung entsprechend der Einwohnerzahl in Landstadt, Kleinstadt, Mittelstadt und Großstadt berücksichtigt (vgl. *Statistisches Bundesamt* 2011). Aus ökonomischen Gründen ist die Recherche aller Emailadressen der Grundgesamtheit der Kindertageseinrichtungen Deutschlands nicht möglich gewesen.

Im Zeitraum von März bis Ende April 2012 wurden schließlich bundesweit 13.935 Kitas per Email kontaktiert, 2427 Fachkräfte haben an der Erhebung teilgenommen. Zur Gewährleistung der statistischen Repräsentativität erfolgte eine Gewichtung des Datensatzes. Wie Abbildung 2 zu entnehmen ist, entspricht die Verteilung der gewichteten Stichprobe in etwa der Bundeslandverteilung der Grundgesamtheit des in Deutschland tätigen Personals in Tageseinrichtungen und der Kindertagespflege im Jahre 2011.

Abb. 2: Gewichteter Datensatz zur Bundeslandverteilung des Personals in Kitas (N = 1840) im Vergleich zur Grundgesamtheit (N = 472 353)



Der Anteil der Leitungskräfte an der Befragung, die für die konzeptionelle Ausrichtung der pädagogischen Arbeit maßgeblich verantwortlich sind, betrug 73,6%. Diese hohe Zahl lässt sich durch die Methodenwahl und den vorwiegenden Zugriff der Leitungskräfte auf den PC der Einrichtung begründen. Berücksichtigt man jedoch, dass die Stundenzahl für Leitungsfreistellung pro tätiger Person 2012 sowohl im ostdeutschen als auch im westdeutschen Median bei 2,4 Stunden liegt, kann davon ausgegangen werden, dass auch die Leitungskräfte in hohem Maße die pädagogische Praxis repräsentieren (vgl. *Bertelsmann Stiftung* 2012). 65% der Fachkräfte geben für ihre Einrichtungen Bewegung als pädagogischen Schwerpunkt an. Die Geschlechtsverteilung zeigt einen hohen Frauenanteil (94,5%), jedoch liegt der Anteil der an der Befragung teilnehmenden männlichen Fachkräfte (5,5%) leicht über dem Bundesdurchschnitt von ca. 3,9% (vgl. *Statistisches Bun-*

desamt 2011). Die Altersverteilung und berufliche Qualifikation entsprechen dem bundesdeutschen Durchschnitt unter Berücksichtigung des hohen Anteils an Leitungskräften.

4 Ergebnisse

4.1 Repräsentanz des Themas Gesundheit in den Bildungsplänen der Bundesländer

Die 16 Bildungspläne der Bundesländer messen der Bewegung einen hohen Stellenwert bei. In allen Dokumenten ist Bewegung als eigenständiges oder als Querschnittsthema verankert. Ein erster Zusammenhang zwischen der Bewegungs- und Gesundheitsthematik wird bereits in der Bezeichnung der Bildungsbereiche deutlich (s. Tab. 1):

Tab. 1: Übersicht zur Bezeichnung der Bildungsbereiche mit dem Schwerpunkt Bewegung in den Bildungsplänen der Bundesländer

Bundesland	Bildungsbereich „Bewegung und Gesundheit“	Bildungsbereich „Bewegung“	Bildungsbereich „Gesundheit“
Baden-Württemberg		Körper	
Bayern		Bewegung, Rhythmik, Tanz und Sport	Gesundheit
Berlin	Körper, Bewegung und Gesundheit		
Brandenburg	Körper, Bewegung und Gesundheit		
Bremen		Körper und Bewegung	
Hamburg	Körper, Bewegung und Gesundheit		
Hessen		Bewegung und Sport	Gesundheit
Mecklenburg-Vorpommern		Bewegung	
Niedersachsen	Körper-Bewegung-Gesundheit		
Nordrhein-Westfalen		Bewegung	Körper, Gesundheit und Ernährung
Rheinland-Pfalz		Bewegung	
Saarland	Körper, Bewegung und Gesundheit		
Sachsen	Somatische Bildung		
Sachsen-Anhalt	Körper, Bewegung, Gesundheit		
Schleswig-Holstein	Gesundheit, Körper und Bewegung		
Thüringen	Motorische und gesundheitliche Bildung		

In Berlin, Brandenburg, Hamburg, Sachsen-Anhalt, Saarland und Schleswig-Holstein wird der Bildungsbereich als „Körper, Bewegung und Gesundheit“ definiert, in Thüringen

als „Motorische und gesundheitliche Bildung“, in Sachsen als „Somatische Bildung“ und in Niedersachsen als „Körper-Bewegung-Gesundheit“ benannt. In den Bildungsplänen von Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen werden diese Thematiken in zwei Bildungsbereiche unterteilt: in Bayern als „Bewegung, Rhythmik, Tanz und Sport“ sowie „Gesundheit“, in Hessen als „Bewegung und Sport“ sowie „Gesundheit“, in Nordrhein-Westfalen als „Bewegung“ sowie „Körper, Gesundheit und Ernährung“. Die Bewegungsthematik ist in Baden-Württemberg im Bildungs- und Entwicklungsfeld „Körper“, in Rheinland-Pfalz und in Mecklenburg-Vorpommern im Bildungsbereich „Bewegung“, und in Bremen als „Körper und Bewegung“ verankert, einen eigenständigen Bildungsbereich zum Thema Gesundheit gibt es in den letztgenannten Bundesländern nicht.

Ein Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit wird in allen Bildungsplänen thematisiert, allerdings differieren die Ergebnisse in Bezug auf die vier Kernthemen dieser Bedeutungsdimension von Bundesland zu Bundesland. Die Bedeutung von Bewegung zur *Prävention von Erkrankungen* ist in 13 Bildungsbereichen der Bildungspläne (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen) verankert. In diesen 13 Bildungsbereichen wird der Zusammenhang zwischen Bewegung und Ernährung thematisiert. Darüber hinaus wird im bayerischen, hessischen, niedersächsischen und im nordrhein-westfälischen Bildungsbereich zusätzlich die Bedeutung von Bewegung für die Stärkung des Haltungsapparats und für die Förderung eines rückengerechten Verhaltens zur Vorbeugung von Störungen des Bewegungsapparates genannt. Außerdem thematisieren diese Bildungsbereiche die Vorbeugung von Gesundheitsrisiken, wie z.B. Übergewicht und Bewegungsmangel, sowie von Krankheiten.

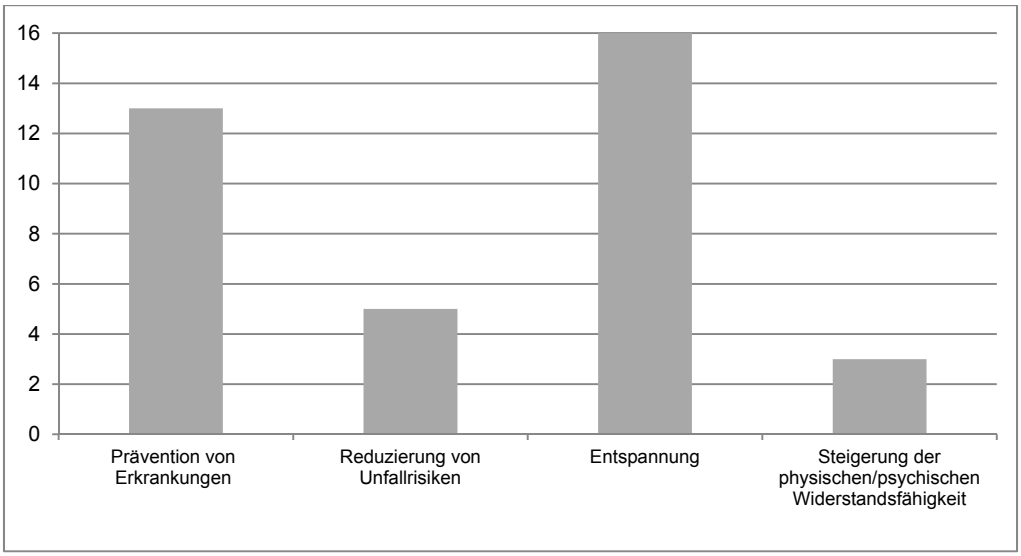
Der Zusammenhang zwischen Bewegung und der *Reduzierung von Unfallrisiken* wird in fünf Bildungsplänen (Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen) berücksichtigt. Pädagogische Aufgabe ist die Sicherheitserziehung durch Bewegung mit dem Ziel der Ausbildung einer Sicherheits- resp. Risikokompetenz.

Die *Entspannungsthematik* wird von allen Bildungsplänen angesprochen. Dabei wird der Wechsel von aktiven und ruhigen Phasen angestrebt und/oder das körperliche und seelische Wohlbefinden durch Bewegungs- und Entspannungserfahrungen fokussiert.

Die *Steigerung der körperlichen und psychischen Widerstandsfähigkeit* durch Bewegung wird lediglich in drei Bildungsplänen aufgegriffen. Im niedersächsischen Bildungsplan wird die Entwicklung der Widerstandsfähigkeit (Resilienz) im Spiel mit anderen thematisiert. Der thüringische Bildungsplan verdeutlicht den Erwerb einer psychischen Widerstandsfähigkeit durch Bewegung. Im saarländischen Bildungsplan wird ein salutogenetisches Modell von Gesundheit als umfassendes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden beschrieben.

Zusammenfassend wird deutlich, dass der Zusammenhang zwischen Bewegung und Entspannung bereits in allen Bildungsplänen der Bundesländer Berücksichtigung gefunden hat. Ein salutogenetisches Verständnis von Bewegung wird hingegen nicht bundesweit erkannt (s. Abb. 3).

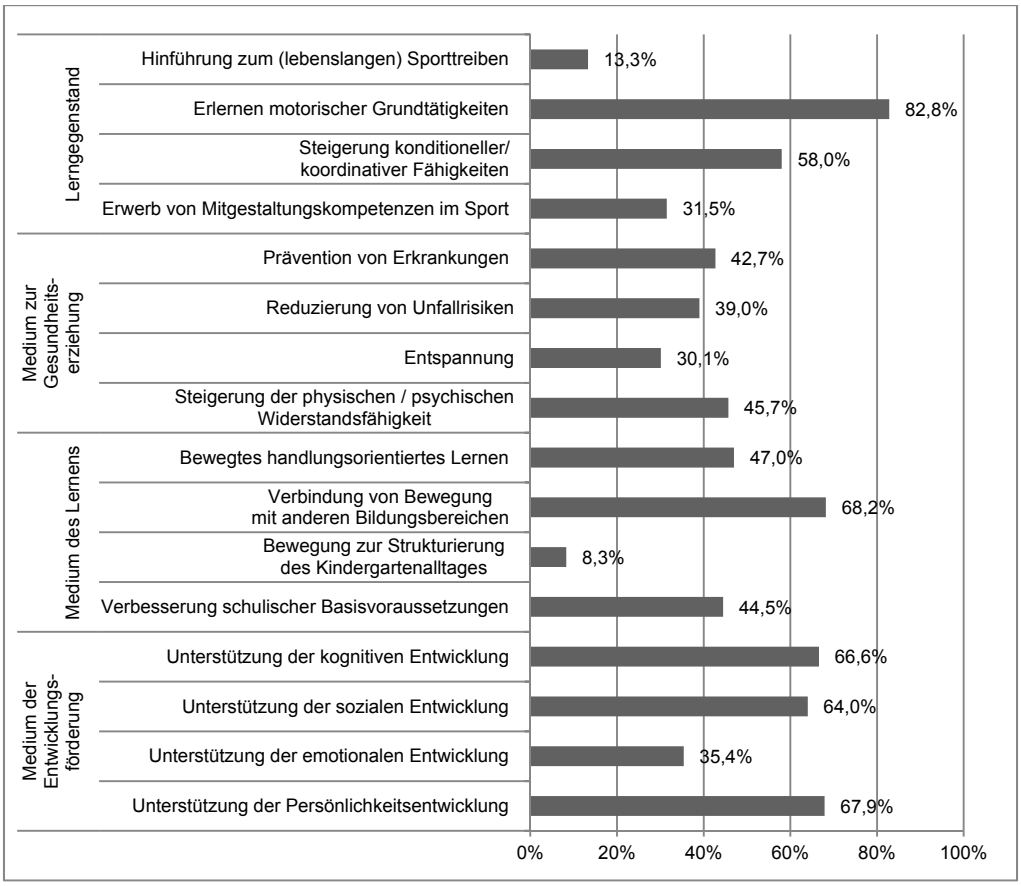
Abb. 3: Repräsentanz des Themas Gesundheit in den Bildungsplänen der Bundesländer



4.2 Bewegungsverständnis der pädagogischen Fachkräfte in Bezug auf das Thema Gesundheitsförderung

Von den vier Kernthemen in der Bedeutungsdimension Gesundheit ist die Verknüpfung zwischen Bewegung und der *Steigerung der physischen/psychischen Widerstandfähigkeit* von 45,7% der befragten Fachkräfte hergestellt worden. In der Bewegung sehen zudem 42,7% der Teilnehmer/-innen eine *Prävention von Erkrankungen* und 39% stellen eine Verknüpfung zwischen Bewegung und der *Reduzierung von Unfallrisiken* her. Lediglich 30,1% der Fachkräfte sehen einen Zusammenhang zwischen Bewegung und *Entspannung* (s. Abb. 4).

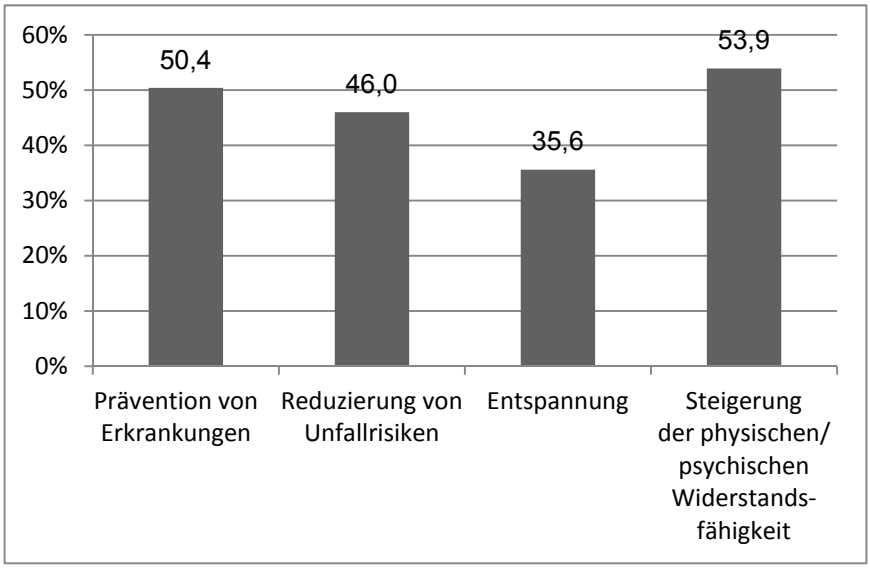
Abb. 4: Assoziationen pädagogischer Fachkräfte zum Thema Bewegung bei Kindern im Alter von 0-6 Jahren (N = 1737)



Eine differenzierte Betrachtung der Nennungen zeigt, dass 1.472 pädagogische Fachkräfte einen oder mehr Aspekte zur Bedeutungsdimension Bewegung als Medium zur Gesundheitsförderung angekreuzt haben (s. Abb. 5).

Tabelle 2 ist zu entnehmen, dass in allen 16 Bundesländern von den pädagogischen Fachkräften Angaben zu den vier verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung gemacht werden. Lediglich die Schwerpunkte der Nennungen sind im Bundeslandvergleich unterschiedlich.

Abb. 5: Nennungen pädagogischer Fachkräfte zur Bedeutungsdimension Bewegung als Medium zur Gesundheitsförderung (N = 1472)



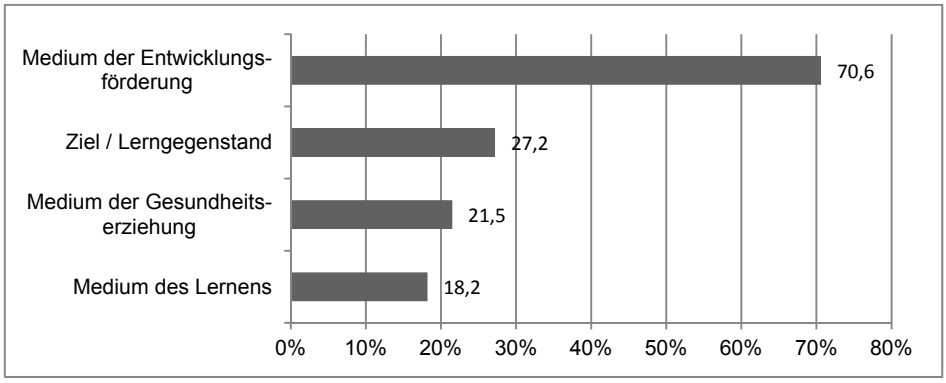
Tab. 2: Angaben pädagogischer Fachkräfte zu Aspekten der Gesundheitsförderung im Bundeslandvergleich (N = 1472)

	Prävention von Erkrankungen	Reduzierung von Unfallrisiken	Entspannung	Steigerung der physischen/ psychischen Widerstandsfähigkeit
Baden-Württemberg	6,9%	5,8%	4,0%	7,2%
Bayern	7,4%	5,5%	5,0%	10,5%
Berlin	3,0%	4,4%	2,1%	1,7%
Brandenburg	2,1%	2,3%	1,4%	1,5%
Bremen	0,1%	0,2%	0,3%	0,2%
Hamburg	1,3%	1,3%	0,9%	1,2%
Hessen	3,3%	4,2%	2,7%	4,6%
Mecklenburg-Vorpommern	0,9%	0,8%	0,8%	1,7%
Niedersachsen	3,5%	3,9%	3,0%	3,9%
Nordrhein-Westfalen	10,7%	8,3%	7,3%	9,7%
Rheinland-Pfalz	2,8%	2,3%	1,6%	2,8%
Saarland	0,7%	0,6%	0,3%	0,5%
Sachsen	2,7%	3,0%	2,6%	3,0%
Sachsen-Anhalt	1,9%	1,2%	1,0%	1,7%
Schleswig-Holstein	1,2%	1,1%	1,2%	2,3%
Thüringen	1,7%	1,0%	1,3%	1,4%
Gesamt	50,4%	46,0%	35,6%	53,9%

In einem zweiten Schritt wurde ermittelt, wie viele Angaben jede Person pro Bedeutungsdimension gemacht hat. Aus der Anzahl der Nennungen im jeweiligen Bereich konnten die Schwerpunkte des eigenen Bewegungsverständnisses der befragten Fachkräfte abgeleitet werden. Die Bedeutungsdimension, in der schließlich die höchste Anzahl von Nen-

nungen vorlag, wurde als priorisiertes Bewegungsverständnis der jeweiligen Person definiert. Im Vergleich zu den anderen Bedeutungsdimensionen sehen lediglich 21,5% der Untersuchungsteilnehmer/-innen den Schwerpunkt in der Bedeutungsdimension Bewegung als Medium zur Gesundheitsförderung (s. Abb. 6).

Abb. 6: Priorisiertes Bewegungsverständnis der frühpädagogischen Fachkräfte nach Bedeutungsdimensionen (N = 1737)



Um mögliche Zusammenhänge zwischen dem priorisierten Bewegungsverständnis und den biografischen Daten der Fachkräfte zu ermitteln, wurden neben den deskriptiven Untersuchungsergebnissen mittels Varianzanalysen weiterführende analytische Datenauswertungen durchgeführt. Die Untersuchungen zeigen, dass die Einflussvariablen Alter, Anzahl der Dienstjahre, Ausbildungsabschluss sowie das Vorliegen einer bewegungsbezogenen Qualifikation der Fachkraft keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der Nennungen in der Bedeutungsdimension Bewegung als Medium zur Gesundheitsförderung ergeben.

Anhand der Übersicht in Tabelle 3 wird jedoch ersichtlich, dass in der Bedeutungsdimension Bewegung als Medium zur Gesundheitsförderung der Mittelwert (1 = eine Nennung in der Bedeutungsdimension; 2 = zwei Nennungen in der Bedeutungsdimension usw.) der Angaben männlicher Fachkräfte (M = 1,79) signifikant höher ist (p = ,010) als jener der weiblichen Fachkräfte (M = 1,52). Es ist somit zu vermuten, dass Männer dieser Bedeutungsdimension ein höheres Gewicht beimessen als ihre weiblichen Kolleginnen. Die Effektstärke des Mittelwertunterschiedes (d = ,26) deutet jedoch trotz signifikanter Unterschiede lediglich auf einen geringen Einfluss des Faktors Geschlecht auf das priorisierte Bewegungsverständnis der pädagogischen Fachkräfte hin.

Tab. 3: Mittelwertvergleich: Geschlecht und Anzahl der Nennungen in der Bedeutungsdimension Bewegung als Medium zur Gesundheitsförderung

Bedeutungsfeld Bewegung als…	Geschlecht	N	M	SD	df	F	p	Cohens d
Medium zur Gesundheitserziehung	weiblich	1422	1,52	1,04	1	6,65	,010	,26
	männlich	92	1,79	1,05				

4 Diskussion

Das Forschungsprojekt untersucht, inwieweit der im internationalen Fachdiskurs etablierte Bedeutungszusammenhang von Bewegung und Gesundheitsförderung Eingang in die Bildungspläne der Bundesländer für den Elementarbereich findet. Die Ausgangsanalyse der internationalen Fachliteratur ergab vier übergeordnete Bedeutungsdimensionen von Bewegung (als Lerngegenstand, als Medium des Lernens, der Entwicklungsförderung und der Gesundheitsförderung), von denen die Dimension Medium der Gesundheitsförderung Gegenstand des vorliegenden Beitrages war. Die interpretative Kategorisierung der übergeordneten Bedeutungsdimensionen und der inhärenten Kernthemen birgt die Problematik einer eindeutigen theoretischen wie praktischen Trennschärfe in sich. Sie müssen als offene Kategorien betrachtet werden, die Beziehungen, Überschneidungen und Abhängigkeiten zwischen den Dimensionen durch weitere Fachkenntnisse berücksichtigen. Unter dieser Prämisse weist die Fachliteratur der Bewegung einen hohen Stellenwert für die Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit in Bezug auf die *Prävention von Erkrankungen*, die *Reduzierung von Unfallrisiken*, den *Wechsel von Anspannung und Entspannung* sowie die *Steigerung physischer/psychischer Widerstandsfähigkeit* zu. Diese Kernthemen finden mit unterschiedlicher Gewichtung auch in allen Bildungsplänen Berücksichtigung. Die deutliche Fokussierung auf den Aspekt *Prävention von Krankheiten* in den Bildungsplänen impliziert ein verstärkt biomedizinisch orientiertes Gesundheitsverständnis mit der Ausrichtung auf gesunde Ernährung, Fitness und Haltungsschulung. Ein salutogenetisches resp. ressourcenorientiertes Modell von Gesundheit, das die enge Wechselwirkung physiologischer, emotionaler und psychosozialer Bedürfnisse berücksichtigt und damit die Entwicklung von Ressourcen zur Bewältigung interner und externer Anforderungen (vgl. *Becker* 2006) als Ziel definiert, findet derzeit in den Bildungsplänen kaum Berücksichtigung. In ihrer Funktion als Grundsätze der Bildungsarbeit besteht Überarbeitungsbedarf im Hinblick auf ein im Fachdiskurs bestehendes erweitertes Gesundheitsverständnis, das zudem die Bewegung als zentrale Variable aufgreift und zur Verbesserung der Orientierungsqualität innerhalb der Kindertageseinrichtungen beitragen kann.

Von den pädagogischen Fachkräften wird der Stellenwert von Bewegung für die Entwicklungs- und Bildungsförderung bereits als hoch angesehen. Einschränkend ist anzumerken, dass die Onlinebefragung zu einer Auswahl an Fachpersonen geführt haben kann, die sich mit dem Thema Bewegung innerhalb ihrer Einrichtung hoch identifizieren und ihm dadurch schon eine entsprechende Bedeutung beimessen. Die Tatsache, dass 65% der Fachkräfte Bewegung als pädagogischen Schwerpunkt ihrer Arbeit ansehen, unterstützt diese Einschätzung.

Während in allen Bildungsplänen der Zusammenhang zwischen Bewegung und Entspannung durchgehend hergestellt wird, ist die Erkenntnis, dass Bewegung mit Entspannung in der pädagogischen Praxis verknüpft werden kann, noch nicht bei allen pädagogischen Fachkräften handlungsleitend. Im Gegensatz dazu sehen die pädagogischen Fachkräfte die *Steigerung der physischen/psychischen Widerstandsfähigkeit* durch Bewegung bereits als einen wesentlichen Bestandteil der bewegungsorientierten Gesundheitsförderung im Kindergartenalltag, die in den Bildungsplänen noch nicht durchgängig verankert ist.

Eine noch nicht abgeschlossene qualitative Befragung bestätigt insgesamt ein breites Fachwissen zur Bedeutung von Bewegung bei pädagogischen Fachkräften (vgl. *Böcker* u.a. 2013). Allerdings bleibt ungeklärt, ob das Fachwissen mit der Umsetzung in der alltäglichen

Praxis mit den Kindern korreliert. Darüber hinaus gibt es erste Hinweise, dass nicht allein die fachliche Qualifizierung/das Fachwissen sich nachhaltig auf das pädagogische Handeln auswirken, sondern die individuelle Haltung und Einstellung zur Bewegung, das Reflexionsvermögen in Bezug auf das Fachwissen, auf die eigene Bewegungsbiografie wie auch auf aktualisierte Bewegungserfahrungen handlungsleitend sind. Die innerhalb der Bundesländer differierende Verbindlichkeit der Bildungspläne für die pädagogische Arbeit mag daher nur anteilig dafür verantwortlich sein, dass Differenzen zwischen den curricularen Vorgaben und dem Verständnis pädagogischer Fachkräfte hinsichtlich der Wertigkeit und Umsetzung der Gesundheitsförderung durch Bewegung existent ist. Dies würde auch die Einschätzung von Fachärzten erklären, dass es trotz vorhandener Programme zur Gesundheitsförderung an der Umsetzung und damit an der nachhaltigen Wirksamkeit mangelt (vgl. *DGOOC* 2013).

In Bezug auf die Qualifizierung pädagogischer Fachkräfte und Lehrkräfte bedarf es einer Überarbeitung der Fachschul- und Hochschulcurricula, die neben Fachwissen, den Fokus auf das Erleben neuer, initiierter Bewegungserfahrungen legt, die den impliziten Einstellungen gegenübergestellt und zusammen mit dem erworbenen Fachwissen reflektiert werden müssen. So kann es gelingen, neues Wissen und veränderte Einstellungen in die eigene Konstruktion von Professionalität/Haltung mit aufzunehmen und Bewegung als Medium der Gesundheitsförderung in einem bildungsfördernden Verständnis in die Praxis zu implementieren.

Die Forschungsgruppe BIK entwickelt derzeit ein Qualifikationsprofil „Kompetenzen pädagogischer Fachkräfte für den Anwendungsbereich Bewegung", das auf den Ergebnissen des Forschungsprojekts basiert und sich an der Struktur des Deutschen Qualifikationsrahmens orientiert. Das Qualifikationsprofil leistet damit einen Beitrag zur Professionalisierung und kompetenzorientierten Aus- und Weiterbildung pädagogischer Fachkräfte für den Bereich Bewegung und damit für eine umfassende Gesundheitsförderung im Kindesalter.

Anmerkungen

1 Das diesem Artikel zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01NV1104-1107 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autor/-innen. „Bewegung in der frühen Kindheit" ist ein Verbundprojekt der Universität zu Köln, der Fachhochschule Dortmund sowie der Hochschulen Koblenz und Niederrhein.

2 Eine vollständige Übersicht der für die Bedeutungsdimension Gesundheitsförderung berücksichtigten Fachartikel findet sich in der projektbezogenen Literaturdatenbank LitBIK. Online verfügbar unter http://www.kompetenzprofil-bik.de/11550.html.

Literatur

Ahne, V. (2012): Riskantes Spielen. Ein Recht auf Schrammen. Gehirn und Geist, 6, S. 24-30.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. – Tübingen.

Bahr, S. (2013): Ergebnisse der qualitativen Analyse des Bewegungsverständnisses in den Bildungsplänen der 16 Bundesländer. In: *Krus, A./Jasmund, C./Bahr, S./Kopic, A./Siems, S.* (Hrsg.): Bewegung in der frühen Kindheit. BMBF Forschungsprojekt. Expertentagung. – Mönchengladbach, S. 95-115.

Bahr, S./Kallinich, K./Beudels, W./Fischer, K./Hölter, G./Jasmund, C./Krus, A./Kuhlenkamp, S. (2012): Bedeutungsfelder der Bewegung für Bildungs- und Entwicklungsprozesse im Kindesalter. Motorik, 35, 3, S. 98-109.

Becker, P. (2006): Gesundheit als Bedürfnisbefriedigung. – Göttingen.

Behrens, M. (2013): Analyse der Bildungspläne, Fachschulcurricula, Modulhandbücher mit MAXQDA. In: *Krus, A./Jasmund. C./Bahr, S./Kopic, A./Siems, S.* (Hrsg.): Bewegung in der frühen Kindheit. BMBF Forschungsprojekt. Expertentagung. – Mönchengladbach, S. 39-52.

Bertelsmann Stiftung (2012): Ländermonitor frühkindliche Bildungssysteme. Online verfügbar unter: http://www.laendermonitor.de, Stand: 12.02.14.

Böcker, N./Freitag, J./Kuhlenkamp, S./Graul-Meyer, P./Schneider, J./Koch, M./Bahr, S./Jaitner, A./ Bremser, S. (2013): Zwischen Freiheit und Grenze. Erste Ergebnisse der qualitativen Hauptuntersuchung im Rahmen des Verbundprojektes „Bewegung in der frühen Kindheit" (BIK). Motorik, 36, 4, S. 190-197.

Bortz, J. (1999): Statistik für Sozialwissenschaftler. 5. Aufl. – Berlin.

Cimeli, P./Röthlisberger, M./Neuenschwander, R./Roebers, C. (2013): Stellt ein niedriges Selbstkonzept einen Risikofaktor für Anpassungsprobleme nach dem Schuleintritt dar? Kindheit und Entwicklung, 22, 2, S. 105-112.

Dadacynzski, K. (2012): Stand der Forschung zum Zusammenhang von Gesundheit und Bildung. Überblick und Implikationen für die schulische Gesundheitsförderung. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 20, 3, S. 141-153.

DGOOC – Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (2013): Orthopäden und Unfallchirurgen fordern für Schüler eine tägliche Bewegungsstunde. Online verfügbar unter: http://www.dgooc.de/presse/pressemitteilungen/397-dkou-2013-zahl-uebergewichtiger-kinder-nimmt-zu, Stand: 03.12.2013.

Dordel, S. (2005): Förderung der Körper und Raumwahrnehmung als Grundlage der Prävention von Kinderunfällen. Haltung und Bewegung, 25, 2, S. 31-41.

Feil, C./Gieger, C./Quellenberg, H. (2005): Verbreitung von Internetanschlüssen an Kindertagesstätten in Deutschland. Recherche-Ergebnisse: Stand Januar 2005. In: Deutsches Jugendinstitut. Projekt Lernen mit dem Internet. Online verfügbar unter: http://www.dji.de/fileadmin/user_upload/www-kinderseiten/336/Recherche_Ergebnisse_Kita_Internetzugang.pdf, Stand: 20.02.2014.

Flick, U. (2002): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. – Reinbek.

Funke-Wieneke, J. (2004): Bewegungs- und Sportpädagogik. Wissenschaftstheoretische Grundlagen – zentrale Ansätze – entwicklungspädagogische Konzeption. – Baltmannsweiler.

Graf, C./Dordel, S. (2006): Körperliche Aktivität in Kindergärten. Frühe Prävention von Übergewicht und Adipositas. Haltung und Bewegung, 26, 2, S. 5-10.

Grupe, O. (1976): Was ist und was bedeutet Bewegung? In: *Hahn, E./Preising, W.* (Hrsg.): Die menschliche Bewegung – Human Movement. – Schorndorf, S. 3-19.

Grupe, O. (1984): Grundlagen der Sportpädagogik. – Schorndorf.

Hopf, C. (2004): Forschungsethik und qualitative Forschung. In: *Flick, U./von Kardorff, E./Steinke, I.* (Hrsg.): Qualitative Forschung. – Reinbek, S. 589-600.

Hussy, W./Schreiner, M./Echterhoff, G. (2010): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften. – Berlin.

Jerusalem, M./Klein-Heßling, J./Mittag, W. (2003): Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11, 3, S. 247-262.

Kaluza, G./Lohaus, A. (2006): Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Eine Sammlung empirisch evaluierter Interventionsprogramme. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 14, 3, S. 119-134.

Kauer, M./Roebers, C. M. (2012): Kognitive Basisfunktionen und motorisch-koordinative Kompetenzen in Abhängigkeit des Peerstatus bei Kindern zu Beginn der Schulzeit. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 44, 3, S. 139-152.

Ketelhut, K. (2004): Fitness für Kids. Frühprävention im Kindergartenalter. Sportpraxis, 45, 1, S. 39-43.

Knoll, M./Banzer, W./Bös, K. (2006): Aktivität und physische Gesundheit. In: *Bös, K./Brehm, W.* (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssport. – Schorndorf, S. 82-102.

Krell, J./Bös, K. (2012): Inaktivität und Fitnessmangel im Kindesalter – Ursachen und Wirkungen. Kinderärztliche Praxis, 83, 4, S. 207-210.

Krist, H. (2006): Psychomotorische Entwicklung. In: *Schneider, W./Sodian, B.* (Hrsg.): Kognitive Entwicklung, Enzyklopädie der Psychologie, Serie V, Band 2. – Göttingen, S. 151-238.

Kromrey, H. (2009): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. – Stuttgart.

Krug, S./Jekauc, D./Poethko-Müller, C./Woll, A./Schlaud, M. (2012): Zum Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 55, 1, S. 111-120.

Krus, A. (2006): Psychomotorische Entwicklungsförderung zur Stärkung der kindlichen Resilienz. In: *Fischer, K./Knab, E./Behrens, M.* (Hrsg.): Bewegung in Bildung und Gesundheit. – Lemgo, S. 355-361.

Krus, A./Jasmund, C./Bahr, S./Kopic, A./Siems, S. (Hrsg.) (2013): Bewegung in der frühen Kindheit. BMBF Forschungsprojekt. Expertentagung. – Mönchengladbach.

Kuckartz, U. (2005): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. – Wiesbaden.

Kurth, B. M./Schaffrath Rosario, A. (2010): Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 53, 4, S. 643-652.

Kurz, D. (1979): Elemente des Schulsports. – Schorndorf.

Liebisch, R./Quante, S. (2006): „Abenteuer im Weltall". Wie kann der salutogenetische Ansatz in der Psychomotorik umgesetzt werden? In: *Fischer, K./Knab, E./Behrens, M.* (Hrsg.): Bewegung in Bildung und Gesundheit. – Lemgo, S. 384-393.

Michaelis, R. (2003): Motorische Entwicklung. In: *Keller, H.* (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung. – Bern, S. 815-860.

NASPE – The National Association for Sport and Physical Education (o.J.): Active Start: A Statement of Physical Activity Guidelines for Children From Birth to Age 5, 2nd Edition. Online verfügbar unter: http://www.aahperd.org/naspe/standards/nationalGuidelines/ActiveStart.cfm?renderforprint=1, Stand: 18.05.2013.

Opp, G./Fingerle, M. (2007): Erziehung zwischen Risiko und Protektion. In: *Opp, G./Fingerle, M.* (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. – München, S. 7-18.

Quante, S. (2000): Entspannung mit Kindern. Praxis der Psychomotorik, 25, 3, S. 152-158.

Ravens-Sieberer, U./Wille, N./Bettge, S./Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 50, S. 871-878.

Stahl von Zabern, J./Kopic, A./Von Zabern, L./Klein, J./Beudels, W. (2013): Quantitative Hauptuntersuchung. In: *Krus, A./Jasmund. C./Bahr, S./Kopic, A./Siems, S.* (Hrsg.): Bewegung in der frühen Kindheit. BMBF Forschungsprojekt. Expertentagung. – Mönchengladbach. S. 53-56.

Statistisches Bundesamt (2011): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE, Stand: 01.03.2011.

Statistisches Bundesamt (2012): Kindertagesbetreuung in Deutschland 2012. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 6. November 2012 in Berlin. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2012/kindertagesbetreuung/begleitmaterial_PDF.pdf?__blob=publicationFile, Stand: 20.10.2013.

WHO – World Health Organization (2010): Global recommendations on physical activity for health. – Genua.

Woll, A. (2009): Sport und Gesundheit – Ein dynamisches Forschungsfeld. In: *Kolbert, B./Müller, L./Roscher, M.* (Hrsg.): Bewegung – Bildung – Gesundheit. Beiträge zu Perspektiven der Sportwissenschaft. Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft. – Ahrensburg, S. 51-76.

Zimmer, R. (2006): Bedeutung der Bewegung für Salutogenese und Resilienz. In: *Fischer, K./Knab, E./Behrens, M.* (Hrsg.): Bewegung in Bildung und Gesundheit – Lemgo, S. 306-313.

Förderung der seelischen Gesundheit in Kindertageseinrichtungen

Maike Rönnau-Böse, Klaus Fröhlich-Gildhoff

Zusammenfassung
In diesem Beitrag wird eine Programmevaluation vorgestellt, die sich der Förderung seelischer Gesundheit von Kindern im Rahmen der Kindertagesbetreuung widmet. Das Design der Studie setzt sich aus zwei Interventionsprojekten und einer prä-post-Evaluation zusammen. Aus den Ergebnissen werden Schlussfolgerungen für die Praxis und Evaluation von Programmen zur Gesundheitsförderung gezogen. Die theoretischen Grundlagen stellen die Erkenntnisse der Resilienzforschung und -förderung dar. Die Untersuchungsergebnisse lassen (vorsichtige) Schlüsse dahingehend zu, dass eine ressourcenorientierte Haltung der pädagogischen Fachkräfte positive Effekte bezogen auf die Entwicklung des Selbstkonzepts der Kinder und deren kognitiver Entwicklung hervorruft.

Schlagworte: Resilienzförderung, Lebenskompetenzen, Universelle Prävention, Gesundheitsförderung, Setting Kindertageseinrichtung

Promotion of resilience in early childhood education

Abstract
The article presents a program evaluation for promoting children's mental health in Early Childhood Institutions. The study design consists of two intervention projects and a pre-post-evaluation. Conclusions for the practical application and evaluation of health promotion programs have been derived from the results. The theoretical background for this research is representative of the findings of resilience research and resilience promotion. The results show that resource-oriented attitudes of education professionals have positive effects on the development of children's self-concept and cognitive development.

Keywords: Promotion of resilience, Life skills, Universal prevention, Health promotion, Setting kindergarten

1 Einleitung und Fragestellung

Die Förderung der seelischen Gesundheit – operationalisiert über die Konzepte der Lebenskompetenzen und der Resilienz – findet eine immer stärkere Beachtung im Feld der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung. Dies resultiert aus der Erkenntnis, dass die Basis der Fähigkeit zu einer gelingenden Lebensbewältigung bereits in frühen Lebensjahren gelegt wird. Insbesondere Kindertageseinrichtungen und Schulen sind laut bundeslandspezifischer Curricula angehalten, vermehrt ressourcen- und bewältigungsorientierte Kompetenzen bei Kindern gezielt zu unterstützen und so bereits frühzeitig güns-

tige Bedingungen für eine gesunde Entwicklung zu schaffen. Eine Reihe von Studien belegen, dass dies vor allem in Kindertageseinrichtungen gelingen kann (vgl. dazu zusammenfassend *Biedinger/Becker* 2006; *Roßbach/Kluczniok/Isenmann* 2008). Diese Institutionen begegnen Kindern und ihren Familien bereits zu einem frühen Zeitpunkt in der Entwicklung und haben als erste sekundäre Sozialisationsinstanzen Zugang zu Bevölkerungsgruppen, die sonst nur zu einem geringen Prozentsatz durch Angebote der (Eltern-) Bildung oder der Gesundheitsförderung ansprechbar sind (vgl. *Bien/Rauschenbach/Riedel* 2007; *Kliche* u.a. 2008).

Diese Vorteile werden inzwischen aufgrund bildungspolitischer Anregungen und finanzieller Unterstützungen von verschiedenen öffentlichen Trägern und Institutionen vermehrt aufgegriffen und münden in unterschiedlichste Präventionsbemühungen. Beispiele aus Baden-Württemberg sind das Netzwerk „g'sund & g'scheit" (*Burmeister* u.a. 2009) oder das Präventionskonzept für alle baden-württembergischen Schulen „stark, stärker, WIR" (*Ministerium für Kultus, Jugend und Sport* 2012). Darüber hinaus wird die Förderung der Lebenskompetenzen als ein Nationales Gesundheitsziel formuliert („Gesund aufwachsen") und die Ausgestaltung auf der Ebene der Kindertageseinrichtungen befürwortet (s. www.gesundheitsziele.de).

Bisher lagen aber gerade für das Vorschulalter kaum Programme zur Resilienzförderung vor, die über eine einseitige Fokussierung auf einige wenige „life skills" bzw. soziale Kompetenzen hinausgehen. Die bestehenden Programme konzentrieren sich zudem entweder auf die Kinder oder die Eltern. Die multimodale Vorgehensweise, in der alle Beteiligten um das Kind herum berücksichtigt werden, wird bisher weitgehend nicht realisiert. Der Forschungsstand zu den Effekten der bislang umgesetzten Programme ist zudem auch international ungenügend (vgl. dazu *Gray/McCormick* 2005; *Kaluza/Lohaus* 2006). Die Präventionsforschung bescheinigt indes gerade Programmen, die mindestens zwei Ebenen berücksichtigen, eine höhere Wirksamkeit und längerfristige Wirkungen (vgl. z.B. *Beelmann* 2006; *Brezinka* 2003). Das Nationale Gesundheitsziel empfiehlt deshalb explizit, Programme mit einer multimodalen Vorgehensweise zu entwickeln.

Aufgrund dieser Erkenntnisse hat das Zentrum für Kinder- und Jugendforschung (ZfKJ) an der Evangelischen Hochschule Freiburg seit 2005 verschiedene Projekte zur Förderung der Lebenskompetenzen und Resilienz deutschlandweit in Kindertageseinrichtungen und Schulen durchgeführt. Die hier vorgestellte Studie bezieht sich in ihrem Design auf zwei der umgesetzten Interventionsprojekte und evaluiert deren Effekte hinsichtlich der Förderung seelischer Gesundheit von Kindern auf vier Ebenen. Dieses Konzept wurde unter unterschiedlichen Bedingungen und Kontexten realisiert und auf seine Wirksamkeit hin überprüft. Dabei wurde folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Ist es möglich, mit einem Mehrebenenansatz über die Kindertageseinrichtungen und die dort tätigen pädagogischen Fachkräfte, Kinder und Eltern zu erreichen, um die Resilienz der Kinder – operationalisiert durch die zu herausarbeitenden Resilienzfaktoren – zu fördern?
- Sind dadurch Effekte auf der Ebene der Kinder im Selbstkonzept, insbesondere im Selbstwert, der Problemlösefähigkeiten, der sozial-emotionalen Fähigkeiten und gegebenenfalls weiterer Entwicklungsfaktoren zu beobachten?
- Ergeben sich Veränderungen im Verhalten der Kinder über die Projektdauer bezogen auf den Vorher-Nachher-Vergleich?

- Sind Veränderungen in den Haltungen und dem Verhalten der teilnehmenden Professionellen bezogen auf die pädagogischen Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen zu beobachten?
- In welcher Weise partizipieren Eltern in dem Projekt und finden sich erkennbare Effekte auf der Ebene der Eltern (z.B. im Bereich der erlebten Sicherheit in der Elternrolle)?
- Verändern sich die Strukturen der Netzwerke, in die die teilnehmenden Kindertageseinrichtungen eingebunden sind?

Im folgenden Beitrag werden zunächst die theoretischen und empirischen Grundlagen referiert, auf denen sowohl die Interventionsprojekte als auch das Design der Evaluationsstudie beruhen. Dies sind zum einen die Ergebnisse der Resilienzforschung, zum anderen die Erkenntnisse der Präventions- und Gesundheitsförderung. Nach einer Kurzdarstellung der Entwicklung der Projekte folgen die Vorstellung des grundlegenden Evaluationsdesign sowie eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der ‚großen' Interventionsprojekte „Kinder Stärken!" (2005-2007) (Resilienzprojekt 1) und „Prävention zur Verhinderung von Exklusion – Förderung der seelischen Gesundheit in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung in Quartieren mit besonderen Problemlagen" (2008-2010) (Resilienzprojekt 2). Abschließend werden besondere Herausforderungen auf inhaltlicher wie methodischer Ebene diskutiert und Schlussfolgerungen für die Praxis und Evaluation von Gesundheitsförderungsprogrammen gezogen.

2 Darstellung des Forschungsstands: Resilienzforschung und -förderung

Das Phänomen der Resilienz erfährt in den letzten vier Jahrzehnten ein zunehmendes Interesse sowohl auf Seiten der Forschung als auch der Praxis. Gründe dafür sind auf die Ergebnisse der weltweit durchgeführten Langzeitstudien zurückzuführen (vgl. *Werner* 2006). Diese konnten u.a. eine Reihe von Schutz- und Resilienzfaktoren nachweisen, die eine gelingende Entwicklung unter Risikobedingungen unterstützen und ermöglichen. Das Konzept der Resilienz, also die „psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken" (*Wustmann* 2004, S. 18) schreibt dem Individuum eine aktive Rolle zu, die es ihm ermöglicht, durch soziale Unterstützung Belastungen und Entwicklungsaufgaben erfolgreich zu bewältigen. Diese Betrachtungsweise führte zu einer immer stärkeren ressourcenorientierten Perspektive auf das Kind und seine Familie und letztendlich zu einem Paradigmenwechsel in Psychologie, Pädagogik und den Gesundheitswissenschaften.

Inzwischen sind in der Literatur eine Vielzahl von unterschiedlich akzentuierten Definitionen von Resilienz zu finden (vgl. z.B. *Bender/Lösel* 1998; *Welter-Enderlin/Hildenbrand* 2006; *Werner* 2000). Ist darin Resilienz sehr eng definiert, wird die positive Bewältigung vor allem auf dem Hintergrund der Risikosituation bewertet. Resilienz liegt also nur dann vor, wenn eine Hochrisikosituation besser bewältigt wird als erwartet bzw. erwartbar (vgl. aktuelle Diskussionen in *Opp/Fingerle* 2008; *Zander* 2011). In einer weitergefassten und dem Ansatz beider hier untersuchter Interventionsansätze zugrunde liegenden Definition wird Resilienz als eine Kompetenz verstanden, die sich aus verschie-

denen Einzelfähigkeiten zusammensetzt (vgl. z.B. *Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse* 2012). Diese Kompetenzen sind nicht nur relevant für Krisensituationen, sondern auch notwendig um z.B. Entwicklungsaufgaben und weniger kritische Alltagssituationen zu bewältigen. Die Einzelkompetenzen entwickeln sich in verschiedensten Situationen, werden unter Belastung aktiviert und manifestieren sich dann als Resilienz. *Fingerle* (2011) verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff des „Bewältigungskapitals": „Über Bewältigungskapital zu verfügen bedeutet, Ressourcen zu identifizieren, zu nutzen und über sie zu reflektieren, um eigene Ziele zu erreichen, das eigene Potential von Problemen und Krisen weiter zu entwickeln und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (ebd., S. 213).

Die seit Beginn der Resilienzforschung durchgeführten 19 Langzeitstudien (vgl. die Analyse von *Werner* 2006) konnten aber einen Kern von Schutzfaktoren identifizieren, die eine fehlangepasste Entwicklung verhindern oder abmildern sowie die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung erhöhen (vgl. *Rutter* 1990). Dabei kann zwischen personalen und sozialen Ressourcen unterschieden werden (vgl. *Wustmann* 2004). Letztere sind z.B. eine stabile, emotional zugewandte Bezugsperson, ein wertschätzendes Klima, soziale Beziehungen außerhalb der Familie und qualitativ gute Bildungsinstitutionen (vgl. hierzu *Petermann* u.a. 2004; *Opp/Fingerle* 2008; *Luthar* 2006; eine Übersicht über alle Schutzfaktoren findet sich bei *Wustmann* 2004). Eine besondere Bedeutung kommt hier der stabilen, wertschätzenden und warmen Beziehung zu einer Bezugsperson zu, die als stabilster Prädiktor für eine resiliente Entwicklung in allen Studien konsistent nachgewiesen wurde. Luthar (2006) fasst ihre Synthese der letzten fünf Jahrzehnte der Resilienzforschung zusammen, indem sie konstatiert, dass die Entwicklung von Resilienz letztendlich immer von Beziehungen abhängt. Dabei ist nicht entscheidend, zu wem diese Beziehung besteht, sondern *wie* diese Beziehung gestaltet ist, damit sie sich positiv auswirkt. Wichtige Parameter sind hier die konstante Verfügbarkeit, die Vermittlung von Sicherheit und der feinfühlige Umgang mit den Bedürfnissen des Kindes, sowie eine wertschätzende Unterstützung seiner Fähigkeiten (vgl. *Bengel* u.a. 2009). Diese Funktion sollten in der Regel die Eltern übernehmen, aber gerade die Resilienzforschung hebt die Bedeutung von Beziehungen zu Personen aus dem erweiterten Familienkreis, aber auch pädagogischen Fachkräften hervor (vgl. dazu z.B. *Bengel* u.a. 2009; *Pianta/Stuhlman/Hamre* 2008; *Luthar* 2006).

Die Schutzfaktoren auf der personalen Ebene werden häufig als „Resilienzfaktoren" bezeichnet, da sie maßgeblich dazu beitragen können, Krisen und Belastungen erfolgreicher zu bewältigen. Eine differenzierte Analyse der 19 Langzeitstudien unter der Resilienzperspektive sowie die Auswertung von aussagekräftigen nationalen und internationalen Reviews und Überblicksarbeiten zur Thematik zeigt, dass auf personaler Ebene sechs Kompetenzen besonders relevant sind, um Krisensituationen, aber auch Entwicklungsaufgaben und kritische Alltagssituationen zu bewältigen: Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Soziale Kompetenz, Selbstregulation, Problemlösefähigkeiten sowie Aktive Bewältigungskompetenzen (vgl. *Rönnau-Böse* 2013). Auf Grundlage dieser Faktoren ist es möglich, Förderstrategien zu entwickeln und die Forschungsergebnisse für die Praxis nutzbar zu machen.

In den letzten Jahren wurden vermehrt Programme entwickelt, die der Präventions- und Gesundheitsförderung zuzuordnen sind. Es zeigt sich die Notwendigkeit, frühzeitig in der kindlichen Entwicklung Präventionsprogramme zu implementieren, bevor sich in weiteren Lebensjahren Verhaltensauffälligkeiten manifestieren (vgl. dazu u.a. *Luthar/Ciccetti* 2000). Kindertageseinrichtungen können Kinder und ihre Familien frühzeitig in gesund-

heitsförderliche Maßnahmen integrieren und nachhaltig beeinflussen und haben hier entscheidende Vorteile, wie bereits in der Einleitung erläutert wurde. Kitas können so zu Knotenpunkten resilienzförderlicher Aktivitäten im Sozialraum werden.

Die Qualität der bisherigen Programme ist aber sehr unterschiedlich. So sind nach wie vor sehr viele Programme entweder gar nicht oder nur unzureichend evaluiert (vgl. *Kliche* u.a. 2008; *Lohaus/Domsch* 2009). Die geringe Evaluationsdichte ist vor allem durch die Vielfalt von methodischen Problemen zu erklären. *Lohaus* u.a. (2006) geben zu bedenken, dass es „eine unspezifische ‚Breitbandprävention' […] weitaus schwerer hat, in der Evaluation Erfolge zu zeigen" (ebd., S. 503). Neben den forschungsmethodischen Schwierigkeiten lassen aber die Metaanalysen zu Effekten von Präventions- und Interventionsprogrammen erkennen, dass insgesamt „psychosoziale Präventionsprogramme weit überwiegend positive und zum Teil beträchtliche Wirkungen aufweisen" (*Beelmann* 2006, S. 157). Damit dies gelingt, müssen verschiedene Faktoren auf drei Ebenen erfüllt sein, wie eine Synthese der Ergebnisse der Präventionsforschung ergeben hat (vgl. *Rönnau-Böse* 2013, S.112f.):

1) Ebene der Programmkonzeption
- Eine klare theoretische Fundierung, orientiert an den Erkenntnissen der Schutz- und Risikoforschung
- Eine Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention
- Ein Mehrebenenansatz: Programme sind wirksamer, wenn aus einer systemischen Perspektive mehrere Zielgruppen – vor allem Eltern und Kinder – einbezogen werden und sowohl die individuelle als auch die Umwelt-Ebene (Schule, Kindergarten,…) im Setting-Ansatz berücksichtigt werden.
- Fokus auf den Schutz- und Resilienzfaktoren (universelle Förderung)
- Zielgruppenspezifische und kulturelle Adaptationsmöglichkeiten
- Implementierung im Setting Kindertageseinrichtungen und Schulen

2) Ebene der Programmimplementierung und -durchführung
- Sorgfältige Schulung und Begleitung der durchführenden Fachkräfte
- Vermittlung einer resilienzförderlichen Haltung und ihre kontinuierliche Reflexion
- Berücksichtigung von zielgruppenspezifischen Besonderheiten und Rahmenbedingungen der beteiligten Institutionen
- Systematische Resilienzförderung durch Kurse für Kinder und im pädagogischen Alltag

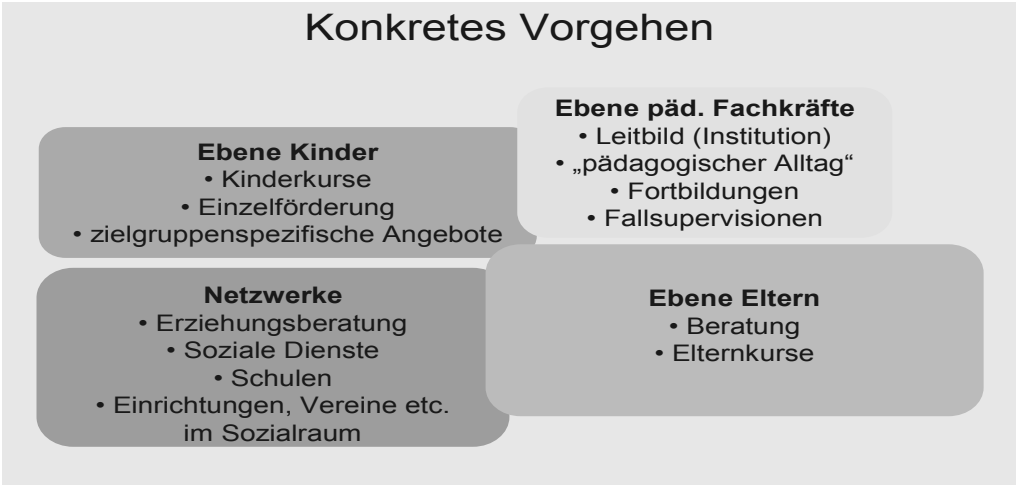
3) Ebene der Programmevaluation
(vgl. dazu *Durlak* u.a. 2011; *Kliche* u.a. 2011; *Greenberg* u.a. 2003; *Beelmann* 2006)
- Überprüfung der Prozess- und Ergebniseffekte
- Kombinationsdesigns aus quantitativen und qualitativen Methoden
- Kontrollgruppendesigns mit mehreren Messzeitpunkten

Die meisten Programme sind allerdings im Grundschulalter zu finden. Für die Kindertageseinrichtungen ist die Auswahl sehr übersichtlich – insbesondere wenn die Kriterien für wirksame Programme angelegt werden (vgl. *Rönnau-Böse* 2013, S. 132ff.). Bisher liegen nur drei evaluierte Mehrebenenprogramme für das Vorschulalter vor, die eine Stärkung der seelischen Gesundheit zum Ziel haben: Papilio (*Barquero* u.a. 2005), EFFEKT (*Lösel* u.a. 2006) und Kinder Stärken! (*Rönnau-Böse* 2013). Letzteres Konzept wird im folgenden Kapitel erläutert.

3 Programmkonzept zur Förderung seelischer Gesundheit

Das Programmkonzept, das die Grundlage für die beiden hier vorgestellten Projekte des ZfKJ zur Förderung der seelischen Gesundheit darstellte, orientierte sich an oben vorgestellten Kriterien der Präventionsforschung. Dementsprechend wurde in beiden Projekten ein Mehrebenenansatz verfolgt:

Abb. 1: Grundsätzliche Projektkonzeption



Auf den hier dargestellten vier Ebenen der Programmdurchführung wurden im Einzelnen folgende Interventionen realisiert:

Programmebene 1 – Qualifizierung der pädagogischen Fachkräfte: Die Weiterbildung der pädagogischen Fachkräfte stellte den Ausgangspunkt der Projekte dar. Im Vordergrund stand dabei die (Weiter-)Entwicklung einer ressourcenorientierten Haltung, die insbesondere durch spezifische Fortbildungsmodule angeregt und durch kontinuierliche Reflexion in der Alltagsbegleitung befördert wurde. Bei der Entwicklung von Resilienz geht es in erster Linie nicht darum, verschiedene Methoden zu kennen und anzuwenden, sondern eine reflektierte Haltung einzunehmen. Diese Haltung beinhaltet die Orientierung an den Ressourcen und Bewältigungskompetenzen eines Kindes, seiner Bezugspersonen und seiner Lebenswelt sowie die Fähigkeit, diese im Hinblick auf Schutz- und Risikofaktoren bewerten und einschätzen zu können. Das Verhalten der Kinder und auch der Eltern kann so aus einer anderen Perspektive betrachtet werden und neue Ressourcen lassen sich daraus erschließen.

Um möglichst nachhaltige Effekte zu erzielen, setzte die Qualifizierung der Fachkräfte auf unterschiedlichen Ebenen an:

a) Gesamtteamfortbildungen (in der Regel sechs ganztägige Einheiten im Verlauf von 18 Monaten)
b) Unterstützung durch Projektmitarbeiter/-innen bei der praktischen Umsetzung der Programmelemente mit Kindern und Eltern

c) systematische Reflexion der Prozesse im Alltag durch Projektmitarbeiter/-innen
d) ressourcenorientierte Fallsupervision

Programmebene 2 – Zusammenarbeit mit Eltern: Bei der Zusammenarbeit mit Eltern standen die Ermöglichung elterlicher Selbstwirksamkeitserfahrungen und der Ausbau der elterlichen Erziehungskompetenzen im Mittelpunkt. Die Angebote richteten sich an alle Eltern in der Einrichtung. Eine niedrigschwellige Ausgestaltung der Elternangebote war insbesondere bei Eltern mit geringen Deutschfähigkeiten und geringem Selbstwertgefühl von zentraler Bedeutung. Entsprechend war in den Projekten die Zusammenarbeit mit Eltern unterschiedlich niedrigschwellig aufgebaut. Wesentliche Elemente waren:

a) Informationen über das Projekt und dessen Hintergründe
b) Wöchentliche, offene Elternsprechstunde
c) Stärkenorientierte Elternkurse (analog *Fröhlich-Gildhoff* u.a. 2008)

Programmebene 3 – Pädagogische Arbeit mit den Kindern: Die pädagogische Arbeit mit den Kindern zielte darauf ab, den Alltag in der Einrichtung insgesamt resilienzförderlich zu gestalten. Dieser Ansatz fand sich in verdichteter Form in den Kinderkursen wieder, die sich am Manual „Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen“ (vgl. *Fröhlich-Gildhoff* u.a. 2012) orientierten und den dialogischen Austausch mit den Kindern in den Mittelpunkt rückten. Das Kursprogramm umfasst 24 Bausteine, die sich auf die o.g. Resilienzfaktoren beziehen. Dieses Manual muss auf die Situation der Kinder, v.a. angesichts möglicherweise vorhandener Sprachprobleme adaptiert werden. Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Integration der Bausteine in den Alltag, die in den Reflexionsgesprächen mit den Erzieher/-innen vorbereitet wurde.

Programmebene 4 – Vernetzung: Die Kindertageseinrichtung dient Eltern als eine der ersten Anlaufstellen, wenn es um Erziehungsfragen und -probleme geht. Bei Anliegen, die eine weitergehende sozialrechtliche oder psychosoziale Beratung erforderlich machen, sind Kindertageseinrichtungen auf eine gute Vernetzung mit entsprechenden Einrichtungen im Sozialraum angewiesen.

Demzufolge wurden folgende Angebote direkt vor Ort angebunden und niedrigschwellig realisiert:

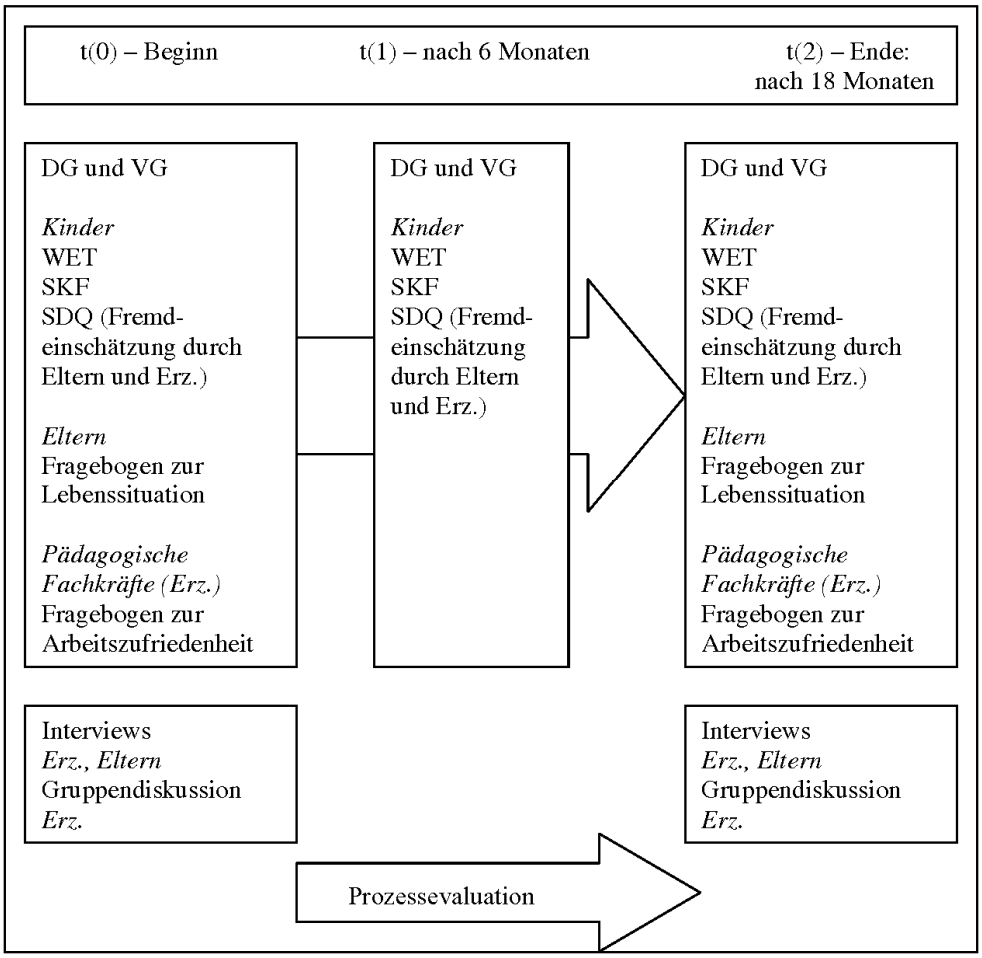
– Elternsprechstunden in der Kita, meist über die zuständige Erziehungsberatungsstelle
– schneller Austausch zwischen pädagogischen Fachkräften in den Kitas, Eltern und Beratungsstellen bzw. dem ASD (Stichwort: „kurze Wege“ bahnen, *bevor* Probleme entstehen)
– ressourcenorientierte Fallsupervisionen im Gesamtteam unter Leitung einer externen Fachkraft

4 Design der Evaluation

Die Projekte wurden auf den vier verschiedenen Programmebenen wissenschaftlich begleitet. Die Vielzahl der Einflussfaktoren und die Berücksichtigung mehrerer Perspektiven (Kinder, Eltern, pädagogische Fachkräfte, Kooperationspartner) machte ein komple-

xes Evaluationsdesign notwendig. Dafür wurde eine Methodentriangulation aus quantitativen und qualitativen Verfahren gewählt. Dieses Vorgehen setzt sich insbesondere in der frühpädagogischen Forschung immer mehr durch (vgl. z.B. *Krüger* 2006; *Fröhlich-Gildhoff/Nentwig-Gesemann/Haderlein* 2008). Aus diesem Grund wurde für die Evaluationsstudie ein Kombinationsdesign (Mixed Methods-Design) gewählt. Dies beinhaltet eine Prozess- und Ergebnisevaluation, den Einsatz von Kontrollgruppen, den Vergleich von mehreren Messzeitpunkten sowie die Verwendung von standardisierten als auch ‚offenen' Erhebungsinstrumenten. Die Datenerhebungen fanden zu drei Messzeitpunkten statt. Hierbei wurden zu den Zeitpunkten t(0), t(1) und t(2) jeweils auf der Ebene der Kinder, der Eltern und der pädagogischen Fachkräfte unterschiedliche Fragebögen und Tests eingesetzt (s. Abbildung 2).

Abb. 2: Grundlegendes Evaluationsdesign



Anmerkungen: DG = Durchführungsgruppe, VG = Vergleichsgruppe, WET = Wiener Entwicklungstest, SKF = Selbstkonzeptfragebogen für Vorschulkinder, SDQ = Strength and Difficulties Questionaire.

Evaluationsinstrumente: Im Mittelpunkt der Untersuchung stand die Überprüfung der Wirksamkeit des Programms zur Förderung der Resilienz. Resilienz wurde im Sinne von positiver Bewältigung als eine Kompetenz definiert, die sich aus verschiedenen Teilkompetenzen bzw. -fähigkeiten zusammensetzt – den Resilienzfaktoren (s.o.). Diese Fähigkeiten sind auch in weniger krisenhaften Alltagssituationen präsent, zeigen sich in einer positiven sozial-emotionalen Entwicklung und werden unter Risikobedingungen aktiviert. Es kommt also weniger darauf an, Kinder in Krisensituationen miteinander zu vergleichen als darauf, ob und wie die verschiedenen Teilfähigkeiten ausgebildet und entwickelt sind. Die Erfassung der Wirkungen des Programms orientiert sich deshalb u.a. an der Entwicklung der Resilienzfaktoren als Bestandteile einer positiven sozial-emotionalen Entwicklung. Insbesondere sollten auf der Ebene der Kinder Veränderungen im Bereich des Selbstkonzepts [Selbstkonzeptfragebogen für Kinder im Vorschulalter (SKF; vgl. *Engel* u.a. 2010)], der sozialen Kompetenzen, aber auch allgemeiner Entwicklungsparameter [Wiener Entwicklungstest (WET; vgl. *Kastner-Koller/Deimann* 2002)] und auf Verhaltensebene erfasst werden. Im ersten Resilienzprojekt wurde dafür der Verhaltensbeobachtungsbogen für Vorschulkinder (VBV; vgl. *Döpfner/Berner* u.a. 1993) eingesetzt; im folgenden Projekt wurde dieses Verfahren gegen den SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire; vgl. *Goodman* 2005) ersetzt. Die Eltern wurden darüber hinaus zu ihrer Lebenssituation und Zufriedenheit mit der Kindertageseinrichtung mit einem eigenentwickelten Fragebogen befragt.

Aus dem ersten Interventionsprojekt zur Resilienzförderung wurde die Arbeitsbelastung der pädagogischen Fachkräfte als ein wichtiger Bezugspunkt geschlussfolgert. Dementsprechend wurde die Überprüfung dieser Belastung mit in das Evaluationsdesign aufgenommen. Der hierzu applizierte Fragebogen setzte sich aus einzelnen Skalen normierter Verfahren zusammen (Fragen zur Arbeit im Team, vgl. *Kauffeld* 2004; Hamburger Burnout Inventar, vgl. *Burisch* 2006; Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, vgl. *Fahrenberg* u.a. 2000).

Weiterhin wurden halbstrukturierte Interviews mit den pädagogischen Fachkräften und einer Auswahl von Eltern geführt, um vertiefend deren Beobachtungen und Einschätzungen der Entwicklung der Kinder und der Etablierung des Resilienzkonzepts in den Einrichtungen zu erfassen. Darüber hinaus wurde im zweiten Resilienzprojekt eine externe Evaluation mittels Gruppendiskussion im Vergleich Durchführungs- und Kontrollgruppe zu zwei Zeitpunkten durchgeführt (vgl. *Nentwig-Gesemann* 2011). Zur Prozessevaluation wurden standardisierte Dokumentationsbögen eingesetzt, mit denen präzise alle durchgeführten Interventionen erfasst wurden.

Die Daten der standardisierten Verfahren wurden inferenzstatistisch (Varianzanalyse, post-hoc-Signifikanztests) unter Zuhilfenahme der Software SPSS ausgewertet. Die qualitativen Daten wurden inhaltsanalytisch nach *Mayring* (2010) ausgewertet, die Kategorien deduktiv und induktiv entwickelt. Die o.g. Gruppendiskussionen wurden mit Hilfe der dokumentarischen Methode ausgewertet.

5 Ergebnisse

Im Folgenden werden exemplarisch die wesentlichen Ergebnisse des ersten Resilienzprojekts „Kinder Stärken!“ (vgl. *Rönnau-Böse* 2013; *Rönnau/Kraus-Gruner/Engel* 2008) (Resilienzprojekt 1) sowie des zweiten „Prävention zur Verhinderung von Exklusion“

(*Fröhlich-Gildhoff* u.a. 2011) (Resilienzprojekt 2) auf der Zielebene der Kinder dargestellt. Die Ergebnisse auf den Ebenen der Eltern und pädagogischen Fachkräfte werden zusammengefasst.

In Tabelle 1 sind vergleichend die Stichproben der beiden Projekte jeweils zu Projektbeginn (t0) aufgeführt.

Tab. 1: Vergleich Stichprobe Resilienzprojekt 1 und 2

	Resilienz 1		**Resilienz 2**	
	DG	**KG**	**DG**	**KG**
Anzahl Kitas	4	5	5	5
Umfeld	Gemischte Wohngebiete, 2 Stadt, 2 Land; Familien mit Migr. Hint.: 19,4%	Gemischte Wohngebiete, 2 Stadt, 3 Land; Familien mit Migr. Hint.: nicht erfasst	Städtische Quartiere mit sozialen Problemlagen, hohe Quote an Transferleistungen; Familien mit Migr. Hint.: DG: 57,1%	KG: 60,6%
Anzahl Kinder	274	193	349	367
Anzahl Fachkräfte	44	51	78	61

Tabelle 2 veranschaulicht die Stichprobenzusammensetzung des zweiten Resilienzprojekts anhand der Variablen Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund. Die Daten beziehen sich auf die Kinder, die getestet werden konnten bzw. von denen ein Fragebogen der Eltern vorliegt. Durchführungs- und Kontrollgruppe wiesen keine signifikanten Unterschiede in den Parametern auf und waren somit vergleichbar.

Tab. 2: Stichprobe Resilienzprojekt 2

		DG	**KG**	**Testwert**	**df**	**p**
Geschlecht	Mädchen (%)	52,4%	58,1%	1,258	1	
	Jungen (%)	47,6%	41,9%			.262
Alter	M (SD)	4,86 (0,85)	4,95 (0,89)	1,021	419	.308
Migration	ohne Migrationshintergrund (%)	42,9%	39,4%	0,455	1	
	mit Migrationshintergrund (%)	57,1%	60,6%			.500

5.1 Ergebnisse auf der Programmebene der Kinder

Entwicklung des Selbstkonzepts: Die Entwicklung des Selbstkonzepts wurde mittels des Fragebogens SKF (vgl. *Engel* u.a. 2010) sowie durch Befragungen der pädagogischen Fachkräfte und der Eltern erfasst. Der standardisierte Fragebogen wurde mittels Varianzanalyse und Post Hoc t-Tests ausgewertet; zusätzlich wurden Effektstärken berechnet. Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Analysen.

Tab. 3: Veränderungen auf der Ebene des Selbstkonzepts, gemessen über die Skalen des SKF (*Engel* u.a. 2010)

SKF Skalen		Resilienz 1 DG	Resilienz 1 KG	Resilienz 2 DG	Resilienz 2 KG
Fähigkeit	Veränderung über Zeit	Nicht in dieser Weise erfasst		positiv, aber n.s.	negativ, aber n.s.
	Veränderung geg. Gruppe			positiv, aber n.s.	n.s.
	Effektstärke			0,15	-0,11
Ängstlichkeit/ Misserfolgserwartung	Veränderung über Zeit	Positiv, aber n.s.	Positiv, aber n.s.	Sign. pos. (geringere Ängstlichkeit)**	n.s.
	Veränderung geg. Gruppe	n.s.	n.s.	Sign. pos. (geringere Ängstlichkeit)**	n.s.
	Effektstärke	0,11	0,09	0,40	0,15
Körper-Selbstkonzept	Veränderung über Zeit	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Veränderung geg. Gruppe	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Effektstärke	-0,05	-0,05	0,04	-0,07
Selbstwert	Veränderung über Zeit	Sign. Pos.**	n.s.	Nicht in dieser Weise erfasst	
	Veränderung geg. Gruppe	Sign. Pos.**	n.s.		
	Effektstärke	0,35	0,05		

Anmerkungen: ** $p<0.001$; n.s. = nicht signifikant; sign. = signifikant; Pos = positiv.

Da im zweiten Projekt eine überarbeitete und testtheoretisch verbesserte Version des SKF eingesetzt wurde, sind die Ergebnisse nicht in allen Skalen zu vergleichen. Dennoch zeigen sich in beiden Projekten positive Entwicklungen in der Durchführungs- gegenüber der Kontrollgruppe. Im ersten Projekt ergab sich eine signifikant positive Entwicklung des Selbstwertes der Kinder in der Durchführungsgruppe über die Zeit mit einem moderaten Effekt. Ebenso verringerten sich im zweiten Projekt Ängstlichkeit und Misserfolgserwartung der Kinder der Durchführungsgruppe in bedeutsamer Weise, gleichfalls mit moderatem Effekt.

Ergebnisse der kognitiven Entwicklung: Zur Erfassung möglicher kognitiver Entwicklungen wurde der Wiener Entwicklungstest (WET; vgl. *Kastner-Koller/Deimann* 2002) zu zwei Messzeitpunkten appliziert. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Resultate in beiden Projekten.

Tab. 4: Veränderungen auf der Ebene kognitiven Entwicklung, gemessen über die Skalen des WET (Kastner-Koller/Deimann 2002)

		Resilienz 1		Resilienz 2	
WET Skalen		**DG**	**KG**	**DG**	**KG**
Schatzkästchen	Veränderung über Zeit	Pos Sig**	n.s	Pos n.s.	n.s.
	Veränderung geg. Gruppe	Sig**	n.s	Pos sig.*	n.s.
	Effektstärke	0,75	-0,01	0,1	0
Zahlenmerken	Veränderung über Zeit	Pos Sig*	Pos n.s	Pos n.s	Pos. sig
	Veränderung geg. Gruppe	n.s	n.s	n.s.	Pos sig*
	Effektstärke	0,81	0,59	0,05	0,13
Gegensätze	Veränderung über Zeit	Pos Sig**	Pos n.s	Pos Sig**	Pos sig**
	Veränderung geg. Gruppe	Sig**	n.s	n.s	n.s
	Effektstärke	0,52	0,13	0,23	0,21
Bunte Formen	Veränderung über Zeit	Pos Sig**	Pos sig*	Pos Sig **	Pos n.s
	Veränderung geg. Gruppe	Sig*	n.s	Sig*	n.s
	Effektstärke	0,79	0,29	0,19	0,08
Quiz	Veränderung über Zeit	Pos Sig**	Pos Sig**	Pos n.s	Pos Sig*
	Veränderung geg. Gruppe	n.s	n.s	n.s	n.s
	Effektstärke	1,09	0,83	0,1	0,16
Fotoalbum	Veränderung über Zeit	Pos Sig**	n.s	Pos Sig**	Pos Sig*
	Veränderung geg. Gruppe	Pos. Sig**	n.s	Pos sig*	n.s
	Effektstärke	0,54	0,01	0,24	0,09

Anmerkungen: * p< 0.01;** p<0.001; n.s. = nicht signifikant; sign. = signifikant; Pos = positiv.

In beiden Projekten zeigten sich z.T. deutlich positive Zeiteffekte in verschiedenen WET-Skalen. Weitergehende Analysen (Post-Hoc Tests) machten deutlich, dass Gruppenunterschiede vor allem im ersten Resilienzprojekt festzustellen waren. So ergaben sich signifikant positive Zeiteffekte in der Durchführungsgruppe in allen Skalen und positive Gruppeneffekte (gegenüber der Kontrollgruppe) in den Skalen „Gegensätze", „Bunte Formen" und „Fotoalbum" mit mittleren bis hohen Effektstärken. Im Nachfolgeprojekt ließen sich diese Ergebnisse nicht in dieser Deutlichkeit replizieren. So waren im Post-Hoc t-Test für abhängige Stichproben ebenfalls in den Subtests „Fotoalbum" (Funktionsbereich Emotionale Entwicklung), „Bunte Formen" (Funktionsbereich Allg. kognitive Entwicklung, bes. induktives Denken) und „Schatzkästchen" signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den Werten vom Zeitpunkt t(0) und t(1) bei der Durchführungsgruppe festzustellen, aller-

dings waren die Effektstärken geringer. Zudem ergab sich ein positiver Gruppeneffekt zugunsten der Kontrollgruppe in der Skala „Zahlen merken“ (Gedächtnis). Die geringeren Effekte hängen möglicherweise mit der relativ starken Sprachgebundenheit des Erhebungsinstruments zusammen, das für die große Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund und der fehlenden Sicherheit in der deutschen Sprache ein Problem darstellte, wie die Aufzeichnungen über die Testdurchführungen zeigten.

Verhaltensänderungen der Kinder: Zur Erfassung möglicher Verhaltensveränderungen wurden in beiden Projekten unterschiedliche Verfahren eingesetzt. Im Projekt Resilienz 1 wurde der *Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder* (VBV; vgl. *Döpfner* u.a. 1993) von Eltern und Erzieher/-innen zu t(0) und t(1) für jedes Kind ausgefüllt; dabei waren keine Effekte der Intervention erkennbar. Dies kann damit erklärt werden, dass der VBV den Blick auf auffälliges/problematisches Verhalten richtet und nicht die Ressourcen der Kinder abbildet und somit möglicherweise ein weniger geeignetes Messinstrument für diese Untersuchung gewesen ist (primäres Ziel des Projekts war es nicht, auffälliges Verhalten zu reduzieren).

Aus diesem Grund wurde dann im Projekt Resilienz 2 der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; vgl. *Goodman* 2005) von den Eltern für jedes Kind bearbeitet (s. Tabelle 5). Aus der Perspektive der Eltern ergaben sich signifikant positive Veränderungen bei den Kindern der Durchführungseinrichtungen in den Bereichen *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* (Abnahme), *Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen* (Abnahme) und *Prosoziales Verhalten* (Zunahme, s. Tabelle 6); in den Kontroll-/Vergleichseinrichtungen zeigte sich nur im Bereich *Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten* eine entsprechende Veränderung.

Tab. 5: Ergebnisse der Varianzanalyse mit Messwiederholung für den SDQ

	DG		**KG**		**Interaktion Gruppe X Zeit**			**Effekt der Zeit**			**Effekt der Gruppe**		
	t(0) M (SD)	t(2) M (SD)	t(0) M (SD)	t(2) M (SD)	F	df	p	F	df	P	F	df	p
Emotionale Probleme	2,05 (1,89)	2,88 (6,87)	1,75 (1,60)	1,84 (1,99)	0,482	128	.489	0,735	128	.393	1,348	128	.248
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	2,52 (1,79)	2,28 (1,53)	1,79 (1,63)	1,80 (1,63)	0,554	129	.458	12,813	129	<.001	0,185	129	.668
Hyperaktivitäts-/Aufmerksamkeitsprobleme	3,39 (2,41)	3,56 (2,48)	4,19 (2,55)	3,81 (2,22)	2,435	125	.121	0,354	125	.553	1,544	125	.216
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	2,12 (1,75)	1,73 (1,59)	1,64 (1,59)	1,49 (1,59)	3,109	127	.080	3,109	127	.080	1,860	127	.175
Prosoziales Verhalten	7,69 (1,69)	8,27 (1,65)	7,82 (1,54)	7,82 (1,70)	2,781	125	.098	2,781	125	.098	0,404	125	.526
Gesamtproblemwert	9,73 (5,27)	8,94 (5,69)	10,23 (5,07)	8,98 (4,41)	0,234	115	.629	4,662	115	.033	0,088	115	.768

Anmerkungen: M= Mittelwert; SD = Standardabweichung; Anzahl der Fälle definiert über df.

Tab. 6: Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben des Strength and Difficulties Questionnaires

	DG		t-Test			KG		t-Test		
	t(0) M(SD)	t(2) M (SD)	t	df	p	t(0) M (SD)	t(2) M (SD)	t	df	p
Emotionale Probleme	2,05 (1,89)	2,88 (6,87)	1,108	85	.271	1,75 (1,60)	1,84 (1,99)	0,297	43	.768
Externalisierende Verhaltensauffälligkeiten	2,52 (1,79)	2,28 (1,53)	3,369	84	.001	1,79 (1,63)	1,80 (1,63)	2,139	45	.038
Hyperaktivitäts-/ Aufmerksamkeitsprobleme	3,39 (2,41)	3,56 (2,48)	0,771	83	.443	4,19 (2,55)	3,81 (2,22)	1,597	42	.118
Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen	2,12 (1,75)	1,73 (1,59)	2,058	83	.043	1,64 (1,59)	1,49 (1,59)	0,673	44	.505
Prosoziales Verhalten	7,69 (1,69)	8,27 (1,65)	2,820	82	.006	7,82 (1,54)	7,82 (1,70)	0,000	43	>.999

Anmerkungen: M= Mittelwert; SD = Standardabweichung; Anzahl der Fälle definiert über df.

5.2 Ergebnisse auf der Programmebene der pädagogischen Fachkräfte

Die Auswertungen der quantitativen und qualitativen Erhebungsinstrumente, die von den pädagogischen Fachkräften bearbeitet wurden, ergaben zusammenfassend folgende wesentliche Ergebnisse:

Die deutlichsten Entwicklungen auf der Ebene der pädagogischen Fachkräfte zeigten sich in einer veränderten Haltung und damit einer erweiterten Sichtweise auf die Kinder und ihre Familien. Diese wurden aufmerksamer wahrgenommen und ihr Verhalten aus verschiedenen Perspektiven reflektiert. Das führte neben einer stärkeren Wahrnehmung der Ressourcen und Stärken zu einer verbesserten und sensibleren Austauschkultur zwischen den Teammitgliedern. Diese Veränderungen hatten Auswirkungen auf verschiedenen Ebenen: zum einen führte die veränderte Wahrnehmung der Kinder zu einer anderen – passgenaueren – Unterstützung im Alltag und anderen Handlungsansätzen, die deutlicher geprägt waren von Zutrauen in den Aufbau der Kompetenzen der Kinder. Das ermöglichte nicht nur den Kindern Selbstwirksamkeitserfahrungen, sondern auch die pädagogischen Fachkräfte erhielten so eine positive Rückmeldung auf ihre Interventionen. Die Haltung der Fachkräfte stellt demnach erwartungsgemäß einen bedeutsamen Faktor im Resilienzentwicklungsprozess dar (vgl. *Rönnau-Böse* 2013, S. 293).

Als weiterer positiver Trend konnte zum anderen festgestellt werden, dass die pädagogischen Fachkräfte ihre Kompetenzen besser wahrnehmen konnten. Sie intensivierten den Austausch über ihre Beobachtungen über die Kinder untereinander. Dadurch wurde die „Alltagsarbeit" positiver zur Kenntnis genommen und das Bewusstsein über bereits laufende Resilienzförderungsaktivitäten geschärft. Die Übertragung der Kurselemente von PRiK (vgl. *Fröhlich-Gildhoff/Dörner/Rönnau-Böse* 2012) in den pädagogischen Alltag unterstützte die Fachkräfte darin, an eigenen Erfahrungen und Kompetenzen anzuknüpfen und genauer zu reflektieren, welche Elemente ihres täglichen Handelns resilienz-

förderlich wirken. Das professionelle Selbstverständnis differenzierte sich infolgedessen weiter aus. Die veränderte Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen und der Fähigkeiten der Kolleg/-innen im Team führte zu einer erhöhten Arbeitszufriedenheit. Positive Erlebnisse wurden stärker beachtet – sowohl auf der individuellen als auch auf der Teamebene. Dies unterstützte insgesamt das Klima und die Zusammenarbeit im Team positiv.

Insbesondere im zweiten Resilienzprojekt zeigte sich zudem, dass die Gesundheit und Resilienz der pädagogischen Fachkräfte stärkerer Beachtung bedarf. Die Fachkräfte waren durch die prekären Lebenslagen der Familien z.T. stark belastet und übernahmen nicht selten die Funktion von Sozialarbeiter/-innen. Die Sensibilität für die eigene Gesundheit als Basis für die Entwicklung der Resilienz von anderen war eine wichtige Erkenntnis.

5.3 Ergebnisse auf der Programmebene der Eltern

Auch bei den Eltern war ein zentrales Ergebnis die bewusstere Wahrnehmung und veränderte stärkenorientierte Sichtweise zum einen auf ihre Kinder, zum anderen auf ihre eigenen Erziehungskompetenzen. Dies berichteten insbesondere Eltern, die an einem Elternkurs teilgenommen hatten oder sich in der Sprechstunde beraten ließen. Die Eltern erlebten sich durch die Teilnahme an den Angeboten in ihrer Elternrolle gestärkt und dadurch sicherer im Umgang mit den Kindern.

Entscheidend für die Erreichbarkeit der Eltern waren die verschiedenen zielgruppenorientierten Methoden und Zugangswege. Es wurde anhand der Ergebnisse der Prozessdokumentationsbögen deutlich, dass die Methoden und thematischen Schwerpunkte stark an den jeweiligen Bedürfnissen der Familien ausgerichtet sein und die Rahmenbedingungen der Einrichtungen berücksichtigen müssen. So war in manchen Einrichtungen die Etablierung von Elternkursen eine gewinnbringende Form des Austauschs, in anderen Kitas profitierten die Eltern mehr von offenen Beratungssprechstunden in der Einrichtung. Eine zugehende Haltung der pädagogischen Fachkräfte stellte die Ausgangsbasis dar, um die Eltern für eine Zusammenarbeit zu gewinnen.

5.4 Ergebnisse auf der Programmebene der Vernetzung

Veränderungen in den Vernetzungsaktivitäten waren begrenzt und variierten zwischen den Einrichtungen zum Teil stark. Dies lag zum einen an einer sehr unterschiedlichen Kooperationskultur der jeweiligen Kitas, zum anderen an differierenden Abläufen und Organisationsstrukturen der angestrebten Vernetzungspartner. So gelang es nur vereinzelt, den Sozialen Dienst des Jugendamtes stärker zu integrieren, eine systematische Vernetzung mit Kinderärzten gelang gar nicht (vgl. dazu *Fröhlich-Gildhoff* u.a. 2011). Dagegen konnten in fast allen Einrichtungen in beiden Projekten konstante und zum Teil völlig neue Kooperationen zu den zuständigen Erziehungsberatungsstellen aufgebaut werden.

6 Diskussion und Perspektiven

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass es grundsätzlich gelingen kann, mit einem Konzept zur Förderung der seelischen Gesundheit im Settingansatz verschiedene Zielgruppen

zu erreichen und Effekte zu erzielen. Insbesondere das multimodale Vorgehen des Konzepts hat sich bewährt. Als zusammenfassendes Ergebnis ergibt sich ein positiver Resilienzkreislauf: Werden die Fachkräfte in der Entwicklung einer resilienzförderlichen Haltung unterstützt, hat dies positive Auswirkungen sowohl auf die Kinder als auch die Eltern sowie die Fachkräfte selber. Die ressourcenorientierte Wahrnehmung der Kinder führt zu mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten bei allen Beteiligten. Die Kinder erleben vermehrt positive Selbstwirksamkeitserfahrungen, die Fachkräfte erhalten dadurch positive Rückmeldung auf ihre Angebote, was wiederum in ein gestiegenes Vertrauen in die eigenen fachlichen Kompetenzen mündet. Die Eltern erhalten durch die ressourcenorientierte Perspektive der Fachkräfte mehr positive Rückmeldungen, die zu mehr Vertrauen in die eigenen Erziehungskompetenzen führen. Dieses Vertrauen wirkt sich dann wieder auf die Beziehung zu den eigenen Kindern aus, die so von zwei Seiten gestärkt werden (vgl. *Rönnau-Böse* 2013, S. 303).

Auf der *Programmebene der pädagogischen Fachkräfte* waren vor allem die Fallsupervisionen eine hilfreiche Methode, um an einer Veränderung der Sichtweise zu arbeiten. Die Orientierung an den Stärken und Ressourcen des Kindes und seiner Familie, aber auch den der Fachkräfte selber, wurde hier eingeübt und reflektiert. Ein positiver Nebeneffekt dieser Fallreflexionen war die Intensivierung der Kooperation von Erziehungsberatungsstellen und Kindertageseinrichtungen und ein gestiegenes Vertrauensverhältnis zwischen den beiden Institutionen. Darüber hinaus profitierten die Fachkräfte von der Begleitung durch die Projektmitarbeiter/-innen im Alltag. Zum einen wurden die Fachkräfte bei der Durchführung und Reflexion der Kurselemente der Kinder- und Elternkurse unterstützt, zum anderen wurde aufgezeigt, wie verschiedene Kursmethoden zur Resilienzförderung der Kinder in den Alltag integriert werden können, um eine nachhaltige Unterstützung aller Kinder zu sichern. Dies war ein bedeutsames Element, da die Fokussierung der Fachkräfte sonst sehr schnell auf den Kinderkursen lag und Resilienzförderung so auf eine reine Erweiterung des Methodenrepertoires verkürzt wurde (vgl. *Rönnau-Böse* 2013, S. 299). Die Begleitung im Alltag hätte allerdings insbesondere im zweiten Resilienzprojekt langfristiger sein müssen, da das Kursprogramm für die Kinder zum Teil sehr spezifisch auf einzelne Zielgruppen angepasst werden musste und der Alltag der Fachkräfte durch eine insgesamt hohe Belastung geprägt war. Für eine nachhaltige Wirksamkeit der Programme im Sinne einer die Ressourcenorientierung der Familien stabilisierenden Professionalisierung ist es notwendig, zusätzliche Personalkapazität zur Implementierung eines Programms zur Verfügung zu stellen, da zu Beginn ein Blick von „außen“ unterstützend wirkt und insbesondere die Vermittlung der Haltung besser und nachhaltiger gelingen kann. Nach sieben bzw. vier Jahren nach Ende der Projektlaufzeit führen bis auf zwei Einrichtungen alle die Methoden der Resilienzförderung in unterschiedlich intensivem Maße weiter, drei Viertel der Einrichtungen haben die Förderung der Resilienz in ihr Konzept mit aufgenommen.

Gleichzeitig wurde auch deutlich, dass ein Konzept zur universellen Prävention für Kinder und Familien mit besonderen Unterstützungsbedarfen (die im zweiten Resilienzprojekt stärker fokussiert wurden) weiter ausdifferenziert werden muss, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden (vgl. *Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse* 2012). So konstatieren *Bengel* u.a. (2009), dass Kinder aus einem benachteiligten Umfeld eher von hochstrukturierten Programmen profitieren, während Kinder aus der sozialen Mittelschicht sich durch „offene Curricula“ besser entwickeln. Damit alle davon profitieren, ist eine Verknüpfung beider curricularen Ansätze sinnvoll. Darüber hinaus ist viel Flexibilität und Erfahrung in

der Umsetzung von Manualen erforderlich. Dies spricht auch dafür, sowohl eine breite Entwicklungsförderung im Alltag anzuregen als auch gleichzeitig gezielte Programmförderung anzubieten. Manualisierte Kurse haben den Vorteil von genauen Zielvorgaben und einer klare Handlungsorientierung. Dabei geht es nicht um das „Training" oder die Herstellung von Resilienz, sondern vielmehr darum, Entwicklungsanreize zu bieten und Unterstützungsideen zu gewinnen. Eine gelingende Resilienzförderung sollte deshalb passgenaue Angebote zielgruppenspezifisch realisieren und dies zum einen durch gezielte Förderelemente, zum anderen durch eine kontinuierliche Verknüpfung mit dem pädagogischen Alltagshandeln in einer Institution verbinden (vgl. *Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff* 2012).

Insbesondere im zweiten Resilienzprojekt stand das Thema „Gesundheit bzw. Resilienz der pädagogischen Fachkräfte" stark im Fokus der Fortbildungen und Prozessbegleitung. Es wurde zu diesem Thema eine zusätzliche Fortbildungseinheit entwickelt und umgesetzt; diese konnte jedoch nur als Einstieg in die Thematik gewertet werden und sollte in einer Erweiterung des Konzepts stärker berücksichtigt werden.

Die Projekte mussten sich aber auch mit einer Reihe von methodischen Problemen auseinandersetzen, die nicht alle gelöst werden konnten bzw. in weiteren Projekten zum Teil eine andere Vorgehensweise nötig machen:

- So kann nach strenger Resilienzdefinition keine Aussage über eine Resilienzentwicklung getroffen werden, sondern eher eine Entwicklung über protektive Prozesse, da die Projekte darauf abzielten, Schutz- und Resilienzfaktoren zu stärken. Es wurde damit möglich, eine Entwicklung verschiedener Kompetenzen zu erfassen, nicht aber, ob sie auch in Krisensituationen zum Tragen kommen. Dies ließe sich nur mit Langzeitstudien verfolgen.
- Mit dem Evaluationskonzept konnte nicht differenziert belegt werden, welche Effekte die einzelnen Bausteine erzielten und welche Ebene die größte Relevanz für die Wirksamkeit hatte. Es wurde zwar deutlich, dass die Kinder sich besser entwickelten, deren Eltern auch aktiv in das Projekt involviert waren, aber die Wirkung von einzelnen Interventionen konnten nur sehr begrenzt erfasst werden. Es handelt sich u.U. um Interventionseffekte allgemeiner Art, die sich aufgrund der intensiven Befassung mit einem Gegenstand jedweder Art einstellen.
- Um die Entwicklung von Kompetenzen und Ressourcen erheben zu können, liegen zu wenig normierte ressourcenorientierte Evaluationsinstrumente, insbesondere für das Vorschulalter, vor. So wurde der Blick der Fachkräfte und Eltern beim Ausfüllen der applizierten Instrumente wieder auf die Defizite der Kinder gelenkt und lief damit dem Grundgedanken des Projekts zuwider. Darüber hinaus zeigte sich insbesondere im zweiten Resilienzprojekt, das die ausgewählten Instrumente stark sprach- und kulturgebunden waren und für einen Großteil der Kinder zu Schwierigkeiten in den Testsituationen führte.
- Die Suche nach geeigneten Kontrollgruppen gestaltet sich als schwierig. Der Anreiz zur Teilnahme ist nicht besonders hoch. Einrichtungen, die sich als Kontrollgruppe zur Verfügung stellen, sind deshalb häufig ebenfalls sehr engagiert und sensibel für Veränderungen.
- Die Evaluationen hätten stärker den Schutzfaktor Beziehung berücksichtigen müssen. So fehlen Aussagen über Veränderungen in der Beziehungsqualität bzw. Fachkraft-Kind-Interaktion, die auch Rückschlüsse auf eine veränderte Haltung hätten

geben können. Hierzu liegen mittlerweile Instrumente vor, die eingesetzt werden könnten, um möglichst breit die Interaktionsqualität zu erfassen (vgl. z.B. *Weltzien* 2013).

Trotz dieser Schwierigkeiten und Entwicklungsbedarfe haben die Projekte deutlich gemacht, dass die Ergebnisse der Resilienzforschung sich auf ein Gesundheitsförderungsprogramm übertragen lassen und sich insbesondere der Mehrebenenansatz für den Anstoß eines positiven Resilienzkreislaufs bewährt hat. Es ergeben sich weiterführende Perspektiven: Die – gelingende – Förderung der seelischen Gesundheit sollte Anstoß sein, diese noch stärker in den Bildungsplänen für die (Grund-)Schulen und Kindertageseinrichtungen zu verankern, aber auch die Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität stärker nach diesem Kriterium auszurichten.

Literatur

Barquero, B./Scheithauer, H./Mayer, H./Heim, P./Meir-Brenner, S./Erhardt, H. (2005): Primärprävention von Verhaltensproblemen und Förderung sozialer-emotionaler Kompetenz im Kindergarten. Ein Beitrag zur entwicklungsorientierten Sucht- und Gewaltprävention. Abschlussbericht zur Evaluation des Projekts Papillio. – Augsburg.

Beelmann, A. (2006): Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse und Implikationen der integrativen Erfolgsforschung. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35, 2, S. 151-162.

Bender, D./Lösel, F. (1998): Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen: Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- und pathogenetische Ansätze. In *Margraf, J./Siegrist, J./ Neumer, S.* (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- vs. pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen – Berlin, Heidelberg, S. 117-145.

Bengel, J./Meinders-Lücking, F./Rottmann, N. (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen. Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. – Köln.

Biedinger, N./Becker, B. (2006): Der Einfluss des Vorschulbesuchs auf die Entwicklung und den langfristigen Bildungserfolg von Kindern. Ein Überblick über internationale Studien im Vorschulbereich. – Mannheim.

Bien, W./Rauschenbach, T./Riedel, B. (2007): Wer betreut Deutschlands Kinder? – Berlin.

Brezinka, V. (2003): Zur Evaluation von Präventivinterventionen für Kinder mit Verhaltensstörungen. Kindheit und Entwicklung, 12, 2, S. 71-83.

Burisch, M. (2006): Das Burnout-Syndrom: Theorie der inneren Erschöpfung. – Berlin, Heidelberg.

Burmeister, J./Petersen, B./Zenk, P./Dumke, M. (2009): Evaluation eines Netzwerkes für gesundheitsfördernde Kindertageseinrichtungen und Schulen und die Entwicklung von Kriterien zur Nachhaltigkeit von Netzwerkarbeit. G'sund & g'scheit. – Berlin

Döpfner, M./Berner, W./Fleischmann, T./Schmidt, M. (1993): Verhaltensbeurteilungsbogen für Vorschulkinder (VBV 3-6). – Weinheim.

Durlak, J. A./Weissberg, R. P./Dymnicki, A. B./Taylor, R. D./Schellinger, K. B. (2011): The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. Child Development, 82, 1, pp. 405-432.

Engel, E.-M./Rönnau-Böse, M./Beuter, S./Wünsche, M./Fröhlich-Gildhoff, K. (2010): Selbstkonzeptfragebogen für Kinder im Vorschulalter (SKF) – Konzept, Entwicklung und praktische Erfahrungen. In: *Fröhlich-Gildhoff, K./Nentwig-Gesemann, I./Strehmel, P.* (Hrsg.): Forschung in der Frühpädagogik III. Schwerpunkt Sprachentwicklung und Sprachförderung. – Freiburg, S. 305-328.

Fahrenberg, J./Myrtek, M./Schumacher, J./Brähler, E. (2000): Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung. – Göttingen.

Fingerle, M. (2011): Resilienz deuten – Schlussfolgerungen für die Prävention. In: *Zander, M.* (Hrsg.): Handbuch Resilienzförderung. – Wiesbaden, S. 208-218.

Fröhlich-Gildhoff, K./Dörner, T./Rönnau-Böse, M. (2012): Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen – PRiK. Trainingsmanual für ErzieherInnen. 2. Aufl. – Basel.

Fröhlich-Gildhoff, K./Rönnau-Böse, M. (2012): Das Konzept der Resilienz und Resilienzförderung. In: *Fröhlich-Gildhoff, K./Becker, J./Fischer, S.* (Hrsg.): Gestärkt von Anfang an. – Weinheim, Basel.

Fröhlich-Gildhoff, K./Beuter, S./Fischer, S./Lindenberg, J./Rönnau-Böse, M. (Hrsg.) (2011): Förderung der seelischen Gesundheit in Kitas für Kinder und Familien mit sozialen Benachteiligungen. – Freiburg.

Fröhlich-Gildhoff, K./Rönnau, M./Dörner, T. (2008): Eltern stärken mit Kursen in Kitas. – München.

Fröhlich-Gildhoff, K./Nentwig-Gesemann, I./Haderlein, R. (2008): Forschung in der Frühpädagogik: Sinn – Standards – Herausforderungen. In: *Fröhlich-Gildhoff, K./Nentwig-Gesemann, I./Haderlein, R.* (Hrsg.): Forschung in der Frühpädagogik. Band 1. – Freiburg, S. 13-36.

Goodmann, R. (2005): The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, pp. 581-586.

Gray, R./McCormick, M. C. (2005): Early childhood intervention programs in the US: Recent advances and future recommendations. The Journal of Primary Prevention, 26, 3, pp. 259-275.

Greenberg, M. T./Weissberg, R. P./O'Brien, M. U./Zins, J. E./ Fredericks, L./Resnik, H. et al. (2003): Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. American Psychologist, 58, pp. 466-474.

Kaluza, G./Lohaus, A. (2006): Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Eine Sammlung empirisch evaluierter Interventionsprogramme. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 14, 3, S. 119-134.

Kastner-Koller, U./Deimann, P. (2002): Wiener Entwicklungstest. – Göttingen.

Kauffeld, S. (2004): Der Fragebogen zur Arbeit im Team. – Göttingen.

Kliche, T./Gesell, S./Nyenhuis, N./Bodansky, A./Deu, A./Linde, K. u.a. (2008): Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. – Weinheim.

Kliche, T./Plaumann, M./Nöcker, G./Dubben, S./Walter, U. (2011): Disease prevention and health promotion programs: benefits, implementation, quality assurance and open questions – a summary of the evidence. Journal of Public Health, 19, 4, pp. 283-292.

Krüger, H.-H. (2006): Forschungsmethoden in der Kindheitsforschung. Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 1, 1, S. 91-115.

Lohaus, A./Domsch, H. (Hrsg.) (2009): Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter – Heidelberg.

Lohaus, A./Jerusalem, M./Klein-Heßling, J. (2006): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. – Göttingen.

Lösel, F./Jaursch, S./Beelmann, A./Stemmler, M. (2006): Prävention von Störungen des Sozialverhaltens – Entwicklungsförderung in Familien: das Eltern- und Kindertraining EFFEKT. In: *von Suchodoletz, W.* (Hrsg.): Prävention von Entwicklungsstörungen. – Göttingen, S. 215-234.

Luthar, S. (2006): Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In: *Cicchetti, D./Cohen, D. J.* (Eds.): Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaption. – New York, pp. 739-795.

Luthar, S./Cicchetti, D./Becker, B. (2000): The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 71, 3, pp. 543-562.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Aufl. – Weinheim, Basel.

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport (2012): stark.stärker.WIR. Prävention an Schulen in Baden-Württemberg. Eine Handreichung für Schulen. – Stuttgart.

Nentwig-Gesemann, I. (2011): Ergebnisse der externen Evaluation. In: *Fröhlich-Gildhoff, K./Beuter, S./ Fischer, S./Lindenberg, J./Rönnau-Böse, M.* (Hrsg.): Förderung der seelischen Gesundheit in Kitas für Kinder und Familien mit sozialen Benachteiligungen. – Freiburg, S. 126-144.

Opp, G./Fingerle, M. (Hrsg.) (2008): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. 3. Aufl. – München, Basel.

Petermann, F./Niebank, K./Scheithauer, H. (2004): Entwicklungswissenschaft, Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie. – Berlin, Heidelberg.

Pianta, R. C./Hamre, B./Stuhlman, M. (2003): Relationships between teachers and children. In: *Reynolds, W. M./Miller, & G. E.* (Eds.): Comprehensive handbook of psychology. – New York, pp. 199-234.

Roßbach, H.-G./Kluczniok, K./Isenmann, D. (2008): Erfahrungen aus internationalen Längsschnittstudien. In: *Rossbach, H.-G./Weinert, S.* (Hrsg.): Kindliche Kompetenzen im Elementarbereich: För-

derbarkeit, Bedeutung und Messung. Bildungsforschung Band 24. – Bonn, Berlin, S. 7-84. Online verfügbar unter: http://www.bmbf.de/pub/bildungsforschung_band_vierundzwanzig.pdf, Stand: 14.11. 2013.

Rönnau, M./Kraus-Gruner, G./Engel, E.-M. (2008): Resilienzförderung in der Kindertagesstätte. In: *Fröhlich-Gildhoff, K./Nentwig-Gesemann, I./Haderlein, R.* (Hrsg.): Forschung in der Frühpädagogik. – Freiburg, S. 117-147.

Rönnau-Böse, M. (2013): Resilienzförderung in der Kindertagesstätte. – Freiburg.

Rutter, M. (1990): Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: *Rolf, J./Masten, A./Cicchetti, D./Nuechterlein, K./Weintraub, S.* (Eds.): Risk and protective factors in the development of psychopathology. – New York, pp. 181-214.

Weltzien, D. (2013): Erfassung von Interaktionsgelegenheiten im Alltag. Erste Ergebnisse der Entwicklung und Überprüfung des Beobachtungsverfahrens GInA. In: *Fröhlich-Gildhoff, K./Nentwig-Gesemann, I./König, A./Stenger, U./Weltzien, D.* (Hrsg.): Forschung in der Frühpädagogik VI. Schwerpunkt: Interaktion zwischen Fachkräften und Kindern. – Freiburg, S. 59-86.

Werner, E. E. (2000): Protective factors and individual resilience. In: *Shonkoff, J. P./Meisels, J. R.* (Eds.): Handbook of early childhood intervention. – Cambridge, pp. 115-132.

Werner, E. E. (2006): What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In: *Goldstein, S./Brooks, R.* (Eds.): Handbook of resilience in children. – New York, pp. 91-105.

Wustmann, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. – Weinheim, Basel.

Welter-Enderlin, R./Hildenbrand, B. (2006): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. – Heidelberg.

Zander, M. (Hrsg.) (2011): Handbuch Resilienzförderung. – Wiesbaden.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität nach Frühgeburt im Grundschulalter: Selbsturteil und elterliches Fremdurteil

Nina Gawehn, Sabrina Goosmann

Zusammenfassung
Eine Frühgeburt birgt Risiken für die kindliche Entwicklung. Unsere Studie untersucht, ob sich die gesundheitsbezogene Lebensqualität (gbLQ) früh- und reifgeborener Grundschüler ohne sonderpädagogischen Förderbedarf unterscheidet. Dafür wurden Selbst- und Fremdurteile der gbLQ durch das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK; *Mattejat/Remschmidt* 2006) erhoben. Frühgeborene und deren Eltern beurteilten die gbLQ negativer als die Vergleichsgruppen. Es zeigten sich keine Interaktionseffekte zwischen Geburtsstatus und Beurteilungsperspektive (Selbst- vs. Elternurteil). Alle untersuchten Kinder schätzten unabhängig von ihrem Geburtsstatus ihre gbLQ negativer ein als ihre Eltern. Implikationen für die Nachsorge von Frühgeborenen werden diskutiert.

Schlagworte: Frühgeburt, gbLQ, Beurteilungsperspektive, Selbsturteil, Fremdurteil

Health-related quality of life in primary school children following prematurity: Self- and parent proxy ratings

Abstract
Prematurity entails well-known risks for child development. Our study investigates whether health-related quality of life (HRQL) differs in children born either preterm or full-term without special educational needs who attend primary school. HRQL was assessed using self- and parent proxy-ratings with a Life Quality Inventory (ILK; *Mattejat/Remschmidt* 2006). Premature children and their parents evaluated HRQL more negatively than the comparison groups. No associations were found, however, between perspective (self vs. parent proxy) and birth status. All children rated their HRQL more negatively than their parents, independent of birth status. Implications for the follow-up of premature children are discussed.

Keywords: Prematurity, HRQL, Rating perspective, Proxy-report

1 Einleitung

Zwischen sieben und zehn Prozent aller Kinder eines Geburtsjahrgangs werden in Deutschland vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche (SSW) geboren und unterliegen als Folge sowohl primären, biologisch-neurologischen Risiken für Abweichungen in der sensorischen, motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung als auch den

daraus potenziell resultierenden sozialen Risiken für Abweichungen in der sozial-emotionalen Entwicklung sowie im Verhalten und der Qualität der Eltern-Kind-Interaktion (vgl. *Jungmann* 2006; *Wolke/Meyer* 2000). Überzufällig häufig werden nach Frühgeburt abweichende Entwicklungs- und Bildungsverläufe beschrieben, wie z.B. Rückstellungen vom Schuleintritt, Klassenwiederholungen oder die Notwendigkeit unterstützender pädagogischer Förderung in Form von Förderunterricht, integrativer Beschulung oder Förderschulbesuch (vgl. *Saigal* u.a. 2003; *Taylor* u.a. 2000). Auch ist die Prävalenz psychischer Störungen bei Frühgeborenen erhöht (vgl. *Burnett* u.a. 2011; *Johnson/Marlow* 2011; *Msall/Park* 2008).

Eine sorgfältige Beobachtung der Entwicklung Frühgeborener birgt daher ein präventives Potential, um besonderen Entwicklungsbedürfnissen frühzeitig begegnen zu können. Neben der Beurteilung des objektiven Funktionsniveaus kann hierbei in Anlehnung an die Salutogenese (vgl. *Antonovsky* 1997) das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gbLQ), definiert als „subjektive Wahrnehmung und Beurteilung der wichtigsten Aspekte der eigenen Lebenssituation, insbesondere des eigenen Gesundheitszustandes, der eigenen Funktionsfähigkeit, der sozialen Integration und der eigenen Teilhabe an entsprechenden Lebensvollzügen“ (*Mattejat/Remschmidt* 2006, S. 12), einen bedeutungsvollen Ansatzpunkt bieten. Dieser stellt das Kind mit seiner jeweiligen subjektiven Wahrnehmung der eigenen Person und Lebenssituation in den Mittelpunkt der Beobachtung und greift auf einen erweiterten Gesundheitsbegriff zurück, der gleichermaßen physische, psychische und soziale Aspekte umfasst (vgl. *Mattejat/Remschmidt* 1998). Konstatiert werden kann, dass kindliche Entwicklungsverläufe nicht nur durch den objektiven Gesundheitszustand und das damit einhergehende Funktionsniveau sowie durch reale Lebensbedingungen beeinflusst werden, sondern auch durch deren subjektive Wahrnehmung und Beurteilung. Gemeinsam mit weiteren personalen oder sozialen Ressourcen können diese wiederum beeinflussen, welche Bewältigungskompetenzen ein Individuum sich selbst zuschreibt und somit Resilienzprozesse moderieren (vgl. *Kumpfer* 1999). Ansätze zur Förderung von Gesundheit, Entwicklung und Resilienz sollten aus diesem Grunde neben dem klinischen Urteil des objektiven Funktionsniveaus auch immer die Beurteilung der subjektiven Wahrnehmungen der Betroffenen als wichtige Parameter in die Planung von Prävention oder Intervention einbeziehen.

Die Forschungslage zur gbLQ Frühgeborener bietet zum aktuellen Zeitpunkt inkonsistente Ergebnisse, die sich mit Ausnahme einer Studie (vgl. *Theunissen* u.a. 2001) auf Stichproben extrem oder sehr Frühgeborener beziehen. Spezifische Untersuchungen zur gbLQ spät Frühgeborener oder Frühgeborener ohne manifeste Entwicklungsstörungen liegen bislang nicht vor. Einige Studien belegen eine verminderte gbLQ sehr und extrem Frühgeborener im Vorschul-, Schul- und Jugendalter, erhoben durch Fremdbeurteilungen (vgl. *Berbis* u.a. 2012; *Rautava* u.a. 2009; *Stahlmann* u.a. 2009; *Theunissen* u.a. 2001; *Vederhus* u.a. 2010) oder Selbstbeurteilungen (vgl. *Lund* u.a. 2012). In einer Studie wird ein multiperspektivisches Messdesign genutzt, um Selbst- und Fremdurteil der gbLQ im Jugendalter zu kombinieren; hier beurteilen Früh- und Reifgeborene ihren eigenen Gesundheitsstatus negativer als deren Eltern (vgl. *Wolke* u.a. 2013).

Es liegen Hinweise vor, dass die unterschiedlich ausgeprägte gbLQ Früh- und Reifgeborener im Erwachsenenalter nicht mehr nachzuweisen ist (vgl. *Dalziel* u.a. 2007). Einige Autor/-innen beschreiben für erwachsene Frühgeborene im Vergleich zu Reifgeborenen zwar keine bedeutsamen Unterschiede in der globalen gbLQ, aber im Gesundheitsverhalten (vgl. *Baumgardt* u.a. 2012) oder in der Häufigkeit körperlicher Aktivitäten (vgl.

Roberts u.a. 2013). *Zwicker*/*Harris* (2008) diskutieren die Studienlage zusammenfassend so, dass sich entweder die Auswirkung der Frühgeburt auf die gbLQ im zunehmenden Alter tatsächlich vermindere bzw. es zu einem erfolgreichen Anpassungsprozess an eine verminderte gbLQ komme oder dass die Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher Beurteilungsperspektiven zur Erfassung der gbLQ zu verschiedenen Entwicklungszeitpunkten methodische Artefakte beinhalten. Auch andere Autor/-innen führen den vermeintlichen Anstieg der gbLQ bei Frühgeborenen über die Lebensspanne auf unterschiedliche Beurteilungsperspektiven (vgl. *Berbis* u.a. 2012; *Wolke* u.a. 2013) sowie unterschiedlich ausgeprägte Belastungen bei Kindern und Eltern durch die Frühgeburt (vgl. *Moriette* u.a. 2010) zurück. Es ist außerdem anzunehmen, dass schwerer eingeschränkte Frühgeborene, welche an Studien zur Selbstbeurteilung der gbLQ nicht teilnehmen können, selektiv aus Stichproben ausgeschlossen worden sein könnten (vgl. *Wolke* u.a. 2013). Grundsätzlich kann angenommen werden, dass Studien, welche sich bei der Beurteilung der gbLQ nur auf entweder Selbst- oder Fremdbeurteilungen stützen und diese Beurteilungsperspektiven nicht kombinieren, nicht uneingeschränkt vergleichbar sind.

Aus diesem Grund und da neben der Befragung von Eltern und anderen Akteuren in der kindlichen Umwelt die Aussagen der Kinder selbst eine hohe Relevanz zur Abbildung ihrer wahrgenommenen Lebenssituation, ihrer jeweiligen Bedürfnisse und ihres Wohlbefindens besitzen, scheint die Erfassung der gbLQ im Selbst- und Fremdurteil zum selben Messzeitpunkt notwendig, um auch Unterschiede im Belastungserleben von Eltern und Kindern aufzudecken. Zum aktuellen Zeitpunkt liegt keine Studie vor, anhand derer die gbLQ Früh- und Reifgeborener im frühen Schulalter im Selbst- und Fremdurteil untersucht wurde. Außerdem liegt keine Studie vor, welche die gbLQ in Abhängigkeit der Frühgeburt bei Kindern ohne manifeste Entwicklungsstörung oder sonderpädagogischen Förderbedarf untersucht, um zu erfassen, ob auch bei Kindern mit eher geringen oder keinen manifesten Folgen des Entwicklungsrisikos Frühgeburt eine Verminderung der gbLQ vorliegt.

2 Fragestellung

Ziel der anwendungsorientierten Studie[1] ist es, den Ansatz zur Erfassung der gbLQ im frühen Schulalter auf frühgeborene Kinder ohne sonderpädagogischen Förderbedarf zu übertragen. Um der Frage nachzugehen, ob Kinder mit einem erhöhten Entwicklungsrisiko ihre gbLQ genauso wahrnehmen wie Kinder ohne Entwicklungsrisiko, wird ein Vergleich zwischen zwei Kindergruppen (*Früh- vs. Reifgeborene*) vorgenommen. Um Unterschiede in der Beurteilung der gbLQ und im Belastungserleben von Kindern und Eltern aufzudecken, werden in dieser Untersuchung die Beurteilungsperspektiven der Kinder und Eltern gleichzeitig erfasst (*Selbst- vs. Fremdurteil*). Folgende Fragestellungen werden im Einzelnen untersucht:

1) Wie nehmen Frühgeborene und Eltern Frühgeborener im Vergleich zu Reifgeborenen und Eltern Reifgeborener die gbLQ wahr? Unterscheiden sich die Gruppen Früh- und Reifgeborener sowie deren Eltern darin, wie häufig sie ihre gbLQ als unterdurchschnittlich, durchschnittlich oder überdurchschnittlich beurteilen?
2) Zeigen sich Unterschiede in der Beurteilung der gbLQ des Kindes in Abhängigkeit vom Geburtsstatus (*Früh- vs. Reifgeborene*) oder der Beurteilungsperspektive (*Selbst-*

vs. Fremdurteil)? Zeigen sich bezüglich der Beurteilung der gbLQ Interaktionseffekte zwischen dem Geburtsstatus (*Früh- vs. Reifgeborene*) und der Beurteilungsperspektive (*Selbst- vs. Fremdurteil*)?

3) Zeigen sich Unterschiede auf Ebene der einzelnen erfassten Bereiche der gbLQ des Kindes in Abhängigkeit vom Geburtsstatus (*Früh- vs. Reifgeborene*) oder der Beurteilungsperspektive (*Selbst- vs. Fremdurteil*)? Zeigen sich bezüglich der Beurteilung der einzelnen erfassten Bereiche der gbLQ Interaktionseffekte zwischen dem Geburtsstatus (*Früh- vs. Reifgeborene*) und der Beurteilungsperspektive (*Selbst- vs. Fremdurteil*)?

3 Methode

Die vorliegende Studie[1] vergleicht die *gbLQ* in Abhängigkeit vom *Geburtsstatus (Früh- vs. Reifgeborene) und der Beurteilungsperspektive (Selbst- vs. Fremdurteil).* In die Stichprobe wurden 31 Kinder mit biologischem Entwicklungsrisiko (Risikogruppe: Frühgeborene) und 36 Kinder ohne Entwicklungsrisiko (Vergleichsgruppe: Reifgeborene) einbezogen.

Es liegen für 29 Frühgeborene und 36 Reifgeborene korrespondierende Kinder- und Elternbefragungen[2] vor. Alle Frühgeborenen wurden vor der vollendeten 37. SSW im Perinatalzentrum des Klinikums Dortmund (Klinikum Do gGmbH) geboren, die Reifgeborenen wurden über Dortmunder Grundschulen akquiriert. Alle befragten Früh- und Reifgeborenen wurden 2007 ohne festgestellten sonderpädagogischen Förderbedarf eingeschult. Weitere Ausschlusskriterien für eine Studienteilnahme waren deutliche Seh- und Hörbehinderungen, mangelnde Sprachkenntnisse des Kindes und der Eltern sowie eine pränatale Exposition illegaler Suchtmittel. Die Datenerhebung fand am Ende des ersten Schuljahres statt und wurde durch eine psychologisch geschulte Mitarbeiterin durchgeführt. Die Gruppe der Frühgeborenen wurde im Rahmen einer umfassenden entwicklungspsychologischen Untersuchung im Einzelsetting, die Gruppe der Reifgeborenen im Gruppensetting à 5 Kinder befragt[3]. Früh- und Reifgeborene unterschieden sich nicht hinsichtlich der Verteilung von Geschlecht ($F(1;64) = 0.04$; *n.s.*) und Alter ($F(1;62) = 0.504$; *n.s.*). Die Gruppen der Eltern unterschieden sich marginal hinsichtlich der Verteilung von Alter ($F(1;62) = 3.542$; $p = .065$) und nicht signifikant hinsichtlich des sozioökonomischen Status ($F(1;63) = 1.542$; *n.s.*). Tabelle 1 zeigt die Zusammensetzung der Stichprobe anhand der benannten Merkmale.

Tab. 1: Beschreibung der Stichprobe. Mittelwert (M), Standardabweichung (SD) und Gruppenvergleiche (F-Tests) hinsichtlich der Variablen Alter der Kinder, Gestationsalter, Geburtsgewicht, Alter und sozioökonomischer Status (SÖS) der Eltern

M (SD)	Frühgeborene (N=29)	Reifgeborene (N=36)	F
Alter der Kinder	7.21 (.418)	7.14 (.424)	F(1;62) = 0.504
Gestationsalter	32.10 (3.426)	39.28 (1.186)	F(1;63) = 7.816***
Geburtsgewicht	1803.76 (695.665)	3313.06 (771.385)	F(1;60) = 4.732***
Alter der Eltern	40.68 (5.988)	38.14 (4.812)	F(1;62) = 3.542^{+}
SÖS der Eltern	1.93 (.753)	2.19 (.920)	F(1;63) = 1.543

Anmerkungen: $^{+}p \leq .1$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Zur Erfassung der gbLQ wurde mit den Kindern der ILK-Ratingfragebogen für Kinder aus dem Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK; *Mattejat/Remschmidt* 2006) als halbstrukturiertes Interview durchgeführt. Die Eltern bearbeiteten selbständig den korrespondierenden ILK-Fragebogen, welcher um die Abfrage demographischer und anamnestischer Daten ergänzt wurde. Als mögliche Indikatoren der gbLQ werden im ILK durch jeweils ein Item Informationen aus den Bereichen (1) *Schule*, (2) *Familie*, (3) *soziale Kontakte zu Gleichaltrigen/Freunde*[4], (4) *Interessen und Freizeitgestaltung/Alleine*[4] (5) *körperliche Gesundheit/Gesundheit*[4], (6) *psychische Gesundheit/Nerven/Laune*[4] und eine Globaleinschätzung der gbLQ (7) *Gesamtbeurteilung der Lebensqualität/Alles Zusammen*[4] differenziert und auf einer 5-stufigen Likertskala (1= sehr gut, 2=eher gut, 3= teils, teils, 4= eher schlecht, 5= sehr schlecht) eingeschätzt. Die dabei gewonnenen Rohwerte werden zu einem globalen *Gesamtscore der gbLQ* (Minimum= 0, Maximum= 28) umgerechnet, wobei der Score so gepolt ist, dass ein höherer Wert eine höhere Lebensqualität repräsentiert (vgl. *Mattejat/Remschmidt* 2006, S. 19).

4 Ergebnisse

Der aus der Beurteilungsperspektive der Eltern erfasste *Gesamtscore der gbLQ* weist für Frühgeborene im Vergleich zu Reifgeborenen signifikant häufiger eine unterdurchschnittliche und signifikant seltener eine überdurchschnittliche gesundheitsbezogene Lebensqualität auf (χ^2=6.416; *df*=2; *p*=.040). Aus der Beurteilungsperspektive der Kinder zeigt der *Gesamtscore der gbLQ* einen entsprechenden marginalen, jedoch nicht signifikanten Trend für eine häufiger unterdurchschnittliche und seltener überdurchschnittliche gbLQ Frühgeborener im Vergleich zu Reifgeborenen (χ^2=5.218; *df*=2, *p*=.074). Die Verteilung der Häufigkeiten des *Gesamtscores der gbLQ* aus den Beurteilungsperspektiven der Eltern und Kinder sind in Tabelle 2 zusammenfassend abgebildet.

Tab. 2: Unterschiede in der Verteilung der Häufigkeiten des Gesamtscores der gbLQ in den Ausprägungen unterdurchschnittlich, durchschnittlich und überdurchschnittlich aus den Beurteilungsperspektiven der Eltern und Kinder in Abhängigkeit vom Geburtsstatus (*Früh- vs. Reifgeborene*) in Prozent und ganzen Zahlen im Vergleich zu einer nicht-klinischen Normierungsstichprobe

	Gesamtscore der gbLQ		
	unterdurchschnittlich	**durchschnittlich**	**überdurchschnittlich**
Eltern Frühgeborener	27.59 %	55.17 %	17.24 %
(n=29)	(8)	(16)	(5)
Eltern Reifgeborener	11.11 %	44.44 %	44.44 %
(n=36)	(4)	(16)	(16)
frühgeborene Kinder	27.59 %	51.72 %	20.69 %
(n=29)	(8)	(15)	(6)
reifgeborene Kinder	11.11 %	44.44 %	44.44 %
(n=36)	(4)	(16)	(16)

Anmerkung: Gesamtscores der gbLQ mit einem Prozentrang ≤15 werden als unterdurchschnittlich bewertet (vgl. *Mattejat/Remschmidt* 2006).

Um zu klären, ob sich in Abhängigkeit von dem Geburtsstatus und/oder von der Beurteilungsperspektive generell ein Unterschied in der Beurteilung der gbLQ eines Kindes nachweisen lässt, wird im Folgenden eine univariate zweifaktorielle Varianzanalyse gerechnet. In die Analyse gehen als unabhängige Variablen der Geburtsstatus eines Kindes (*zweistufig: Früh- vs. Reifgeborene*) und die Beurteilungsperspektive der erfassten gesundheitsbezogenen Lebensqualität (*zweistufig: Selbst- vs. Fremdurteil*) ein. Als abhängiges Maß geht der Kennwert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der *Gesamtscore der gbLQ* ein. Für die univariate zweifaktorielle Varianzanalyse ergibt sich ein Haupteffekt für den Geburtsstatus (F (1;126)=16.058; $p \leq .001$; η^2=.11): In den Beurteilungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eines Kindes zeigt sich eine signifikant niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität für Frühgeborene im Vergleich zu Reifgeborenen. Ebenfalls ergibt sich ein Haupteffekt für die Beurteilungsperspektive (F (1;126)=4.055; p=.046; η^2=.03): In den Beurteilungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eines Kindes zeigt sich für die Beurteilungsperspektive der Kinder eine signifikant niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität im Vergleich zur Beurteilungsperspektive der Eltern. Die Mittelwerte und Standardabweichungen des Kennwertes der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Haupteffekte Geburtsstatus und Beurteilungsperspektive sind in Tabelle 3 zusammengefasst. Der Interaktionseffekt der Faktoren erreicht dagegen nicht das Signifikanzniveau (F (1;128)=.047; p=.829; η^2=.00) (s. Tabelle 4).

Tab. 3: Ergebnisse der Haupteffekte (HE) der ANOVA mit Mittelwerten und Standardabweichungen (in Klammern) des Gesamtscore der gbLQ, getrennt für die Faktoren Geburtsstatus (*zweistufig: Früh- vs. Reifgeborene*) und Beurteilungsperspektive (*zweistufig: Selbst- vs. Fremdurteil*), N=130

HE Geburtsstatus F (1;126)=16.058; $p \leq .001$***; η^2=.11		**HE Beurteilungsperspektive** F (1;126)=4.055; p=.046*; η^2=.03	
Frühgeborene (n=58)	**Reifgeborene** (n=72)	**Fremdurteil** (n=65)	**Selbsturteil** (n=65)
21.83 (0.46)	24.31 (0.41)	23.69 (0.44)	22.44 (0.44)

Anmerkungen: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Tab. 4: Ergebnis des Interaktionseffekts (IE) der ANOVA mit Mittelwerten und Standardabweichungen (in Klammern) des Gesamtscore der gbLQ, gewichtet für die Faktoren Geburtsstatus (*zweistufig: Früh- vs. Reifgeborene*) und Beurteilungsperspektive (*zweistufig: Selbst- vs. Fremdurteil*), N=130

IE der Faktoren Geburtsstatus und Beurteilungsperspektive F (1;128)=.047; p=.829; η^2=.00			
Eltern Frühgeborener (n=29)	**Eltern Reifgeborener** (n=36)	**frühgeborene Kinder** (n=29)	**reifgeborene Kinder** (n=36)
22.52 (2.89)	24.86 (2.63)	21.14 (4.52)	23.75 (3.78)

Anmerkungen: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Um weiterführend zu klären, ob sich in Abhängigkeit vom Geburtsstatus und/oder von der Beurteilungsperspektive auch Unterschiede in den einzelnen erfassten Bereichen der gbLQ nachweisen lassen, wird im Folgenden eine multivariate Varianzanalyse gerechnet.

In die Analyse gehen als unabhängige Variablen der Geburtsstatus des Kindes (*zweistufig: Früh- vs. Reifgeborene*) und die Beurteilungsperspektive der erfassten gesundheitsbezogenen Lebensqualität (*zweistufig: Selbst- vs. Fremdurteil*) ein. Als abhängige Maße gehen die Kennwerte der einzelnen erfassten Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (1) *Schule*, (2) *Familie*, (3) *soziale Kontakte zu Gleichaltrigen/Freunde*[4], (4) *Interessen und Freizeitgestaltung/Alleine*[4],(5) *körperliche Gesundheit/Gesundheit*[4], (6) *psychische Gesundheit/Nerven/Laune*[4] und die Globaleinschätzung der gbLQ (7) *Gesamtbeurteilung der Lebensqualität/Alles Zusammen*[4] ein.

Für die multivariate Varianzanalyse ergibt sich ein multivariater Haupteffekt für den Geburtsstatus (F (7;120)=4.164; $p \leq .001$, $\eta^2=.20$) und für die Beurteilungsperspektive (F (7;120)=13.603; $p \leq .001$, $\eta^2=.44$). In den Einzelanalysen zeigt sich der Geburtsstatuseffekt sowohl für den Bereich *Schule* (F (1;126)=22.968; $p \leq .001$, $\eta^2=.15$) als auch für die Bereiche *Interessen und Freizeitgestaltung/Alleine*[4] (F (1;126)=85.324; $p=.023$, $\eta^2=.04$), *körperliche Gesundheit/Gesundheit*[4] (F (1;126)= 4.074; $p=.046$, $\eta^2=.03$) und *psychische Gesundheit/Nerven/Laune*[4] (F (1;126)=5.376; $p=.022$, $\eta^2=.04$): Frühgeborene weisen in diesen vier Bereichen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität signifikant niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualitätswerte als Reifgeborene auf. Der Effekt des Geburtsstatus konnte in den Einzelanalysen für die Bereiche *Familie* (F (1;126)=3.212; $p=.076$, $\eta^2=.03$)*, soziale Kontakte zu Gleichaltrigen/Freunde*[4] (F (1;126)=2.844; $p=.094$, $\eta^2=.02$) und *Globalurteil/Alles zusammen*[4] (F (1;126)=3.703; $p=.057$; $\eta^2=.03$) nicht nachgewiesen werden (s. Tabelle 5).

In den weiteren Einzelanalysen zeigt sich ebenfalls ein Effekt der Beurteilungsperspektive in den Bereichen *Schule* (F (1;126)=34.345; $p \leq .001$; $\eta^2=.21$) und *Familie* (F (1;126)=17.150; $p \leq .001$; $\eta^2=.12$) als auch in dem Bereich *Interessen und Freizeitgestaltung/Alleine*[4] (F (1;126)=26.153; $p \leq .001$; $\eta^2=.17$): Die Beurteilungsperspektive der Kinder zeigt eine signifikant niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität in den Bereichen *Familie* und *Interessen und Freizeitgestaltung/Alleine*[4] sowie eine signifikant höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität im Bereich *Schule* im Vergleich zu der Beurteilungsperspektive der Eltern. In den Einzelanalysen konnte der Effekt der Beurteilungsperspektive für die Bereiche *Soziale Kontakte zu Gleichaltrigen/Freunde*[4] (F (1;126)=2.935; $p=.089$; $\eta^2=.02$)*, körperliche Gesundheit/Gesundheit*[4] (F (1;126)=0.523; $p=.471$; $\eta^2=.00$)*, psychische Gesundheit/Nerven/Laune*[4] (F (1;126)=0.375; $p=.541$; $\eta^2=.00$) *und Globalurteil/Alles zusammen*[4] (F (1;126)=1.917; $p=.169$; $\eta^2=.02$) nicht nachgewiesen werden (s. Tabelle 5). Wechselwirkungen zwischen den Faktoren, also ein multivariater Interaktionseffekt, konnten nicht nachgewiesen werden (F (7;120)=1.685; $p=.119$, $\eta^2=.10$).

Tab. 5: Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) der einzelnen erfassten Bereiche der gbLQ, getrennt (Haupteffekte, HE) sowie gewichtet (Interaktionseffekt, IE) für den Geburtsstatus (*Früh- vs. Reifgeborene*) und die Beurteilungsperspektive (*Selbst- vs. Fremdurteil*); N=130

(N=130)	**HE Geburtsstatus**		**HE Beurteilungs-perspektive**		**IE der Faktoren Geburtsstatus und Beurteilungsperspektive**			
Multivariate Tests	**F (7;120)=4.164; $p \leq .001$***, η^2=.20**		**F (7;120)=13.603; $p \leq .001$***, η^2=.44**		**F (7;120)=1.685; p=.119, η^2=.10**			
	Früh-geborene (n=58)	**Reif-geborene** (n=72)	**Fremd-urteil** (n=65)	**Selbst-urteil** (n=65)	**Eltern Frühge-borener** (n=29)	**Eltern Reifgebo-rener** (n=36)	**frühge-borene Kinder** (n=29)	**reif-geborene Kinder** (n=36)
Multivariate Tests	**F (1;126)=22.968; $p \leq .001$***; η^2=.15**		**F (1;126)=34.345; $p \leq .001$***; η^2=.21**		**F (1;126)=1.798; p=.028; η^2=.04**			
Schule, M (SD)	1.85 (0.079)	1.33 (0.071)	1.28 (0.075)	1.90 (0.075)	2.28 (0.797)	1.53 (0.560)	1.41 (0.682)	1.14 (0.351)
Multivariate Tests	**F (1;126)=3.212; p=.076; η^2=.03**		**F (1;126)=17.150; $p \leq .001$***; η^2=.12**		**F (1;126)=1.312; p=.159; η^2=.02**			
Familie, M (SD)	1.67 (0.11)	1.42 (0.095)	1.84 (0.101)	1.25 (0.101)	1.28 (0.528)	1.22 (0.422)	2.07 (1.163)	1.61 (0.934)
Multivariate Tests	**F (1;126)=2.844; p=.094; η^2=.02**		**F (1;126)=2.935; p=.089; η^2=.02**		**F (1;126)=.386; p=.538; η^2=.00**			
Soziale Kontakte zu Gleichaltri-gen/Freunde[4], M (SD)	1.90 (0.132)	1.60 (0.119)	1.90 (0.126)	1.60 (0.126)	1.69 (0.660)	1.50 (0.609)	2.10 (1.520)	1.69 (1.037)
Multivariate Tests	**F (1;126)=85.324; p=.023*; η^2=.04**		**F (1;126)=26.153; $p \leq .001$***; η^2=.17**		**F (1;126)=.611; p=.536; η^2=.00**			
Interessen, Frei-zeitgestal-tung/Alleine[4], M (SD)	2.57 (0.166)	2.06 (0.149)	2.88 (0.157)	1.74 (0.155)	1.93 (0.799)	1.56 (0.695)	3.21 (1.590)	2.56 (1.647)
Multivariate Tests	**F (1;126)=4.074; p=.046*; η^2=.03**		**F (1;126)=0.523; p=.471; η^2=.00**		**F (1;126)=.882; p=.279; η^2=.01**			
Körperliche Ge-sundheit/Ge-sundheit[4], M (SD)	1.72 (0.113)	1.42 (0.102)	1.52 (0.108)	1.63 (0.108)	1.86 (0.743)	1.39 (0.599)	1.59 (0.983)	1.44 (1.054)
Multivariate Tests	**F (1;126)=5.376; p=.022*; η^2=.04**		**F (1;126)=0.375; p=.541; η^2=.00**		**F (1;126)=.168; p=.659; η^2=.00**			
Psychische Ge-sundheit/Ner-ven/Laune[4], M (SD)	1.95 (0.122)	1.57 (0.109)	1.81 (0.116)	1.71 (0.116)	1.86 (0.693)	1.56 (0.652)	2.03 (1.295)	1.58 (0.967)
Multivariate Tests	**F (1;126)=3.703; p=.057; η^2=.03**		**F (1;126)=1.917; p=.169; η^2=.02**		**F (1;126)=.007; p=.896; η^2=.00**			
Globalurteil/Alles Zusammen[4], M (SD)	1.517 (0.082)	1.306 (0.073)	1.34 (0.078)	1.49 (0.078)	1.59 (0.568)	1.39 (0.549)	1.45 (0.827)	1.22 (0.540)

Anmerkungen: $^{+}p \leq .1$; * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

5 Diskussion

Unsere Untersuchung beschreibt die gbLQ in einer Stichprobe regulär eingeschulter Früh- und Reifgeborener ohne vorab diagnostizierte Entwicklungsbeeinträchtigungen im frühen Schulalter aus den Perspektiven von Eltern und Kindern. Die aktuelle Forschungslage zur geringeren gbLQ Frühgeborener im Elternurteil (vgl. *Berbis* u.a. 2012; *Rautava* u.a. 2009; *Stahlmann* u.a. 2009; *Theunissen* u.a. 2001; *Vederhus* u.a. 2010) kann bestätigt und um die Erkenntnis erweitert werden, dass auch die frühgeborenen Kinder selbst ihre gbLQ tendenziell weniger häufig überdurchschnittlich und tendenziell häufiger unterdurchschnittlich beurteilen als Reifgeborene. Im Gegensatz zu Reifgeborenen beurteilen Frühgeborene in unserer Untersuchung ihre gbLQ mit 27.59% (Reifgeborene: 11.11%) nicht nur mehr als doppelt so häufig unterdurchschnittlich, sondern auch mit 20.69% (Reifgeborene: 44.44%) tendenziell weniger häufig überdurchschnittlich. Gleichzeitig impliziert dieses aber auch, dass über 70% der Frühgeborenen und 88% der Reifgeborenen ihre gbLQ im frühen Grundschulalter unbeeinträchtigt wahrnehmen. Einschränkend muss hierbei erwähnt werden, dass die Befragung der Frühgeborenen im Einzelsetting durchgeführt wurde, während die Befragung der Reifgeborenen im Gruppensetting erfolgte. Es ist anzunehmen, dass mündliche Befragungen im Einzelsetting deutlich häufiger durch Interviewer-Effekte (z.B. Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit) beeinflusst werden können, während in einem Gruppensetting „der einzelne nicht so stark gefordert ist und sich […] hinter der Gruppe ‚verstecken' kann" (*Bortz/Döring* 2006, S. 319). Da es sich jedoch in unserer Untersuchung um eine schriftliche Befragungsform handelt, gehen wir nicht von einer bedeutsamen Verzerrung der Ergebnisse aus. Dennoch scheint es angezeigt, den Befund durch eine Erhebung zu bestätigen, in welcher dasselbe Setting für Früh- und Reifgeborene gewählt wird.

Auch aus der Beurteilungsperspektive der Eltern Früh- und Reifgeborener unterscheidet sich die Verteilung der Beurteilung der gbLQ als unterdurchschnittlich, durchschnittlich oder überdurchschnittlich signifikant. Während Eltern Reifgeborener zu 11.11% die gbLQ als unterdurchschnittlich einschätzen, bewerten mehr als doppelt so häufig Eltern Frühgeborener (27.59%) die gbLQ ihrer Kinder als unterdurchschnittlich. Umgekehrt verhält es sich bei der Einschätzung überdurchschnittlicher gbLQ. Während die Eltern Frühgeborener nur in 17.24% der Fälle die gbLQ ihrer Kinder als überdurchschnittlich bewerten, ist dies bei den Eltern der Reifgeborenen in 44.44% der Fälle der Fall.

In Abhängigkeit von dem Geburtsstatus (*Früh- vs. Reifgeborene*) und der Beurteilungsperspektive (*Selbst- vs. Fremdurteil*) unterscheidet sich die mittlere globale Beurteilung der gbLQ signifikant. Im Vergleich zu den Reifgeborenen ist die gbLQ der Frühgeborenen signifikant niedriger, gleichzeitig beurteilen Früh- und Reifgeborene unabhängig von ihrem Geburtsstatus ihre gbLQ im Mittel signifikant negativer als deren Eltern. Die detaillierte multivariate Analyse von Unterschieden in den einzelnen erfassten Bereichen der gbLQ belegt unterschiedliche Einschätzungen in den Bereichen *Schule*, *Interessen und Freizeitgestaltung/Alleine*[4], *körperliche Gesundheit/Gesundheit*[4] und *psychische Gesundheit/Nerven/Laune*[4] in Abhängigkeit vom Geburtsstatus. Dagegen weichen die Einschätzungen der Bereiche *Familie* sowie *soziale Kontakte zu Gleichaltrigen/Freunde*[4] nicht in Abhängigkeit vom Geburtsstatus ab. Dieses impliziert, dass zwar Abweichungen in den Bereichen körperlicher und psychischer Gesundheit sowie schulischer Leistungsfähigkeit erlebt werden, diese jedoch nicht mit Abweichungen der inner- und außerfamiliären sozialen Integration einhergehen.

In Abhängigkeit der Beurteilungsperspektive zeigen sich Unterschiede zwischen Kindern und Eltern in den Einschätzungen der Bereiche *Schule*, *Interessen und Freizeitgestaltung/Alleine*[4], *Familie*: Unabhängig davon, ob sie Früh- oder Reifgeboren waren, schätzten alle Kinder die Bereiche *Interessen und Freizeitgestaltung/Alleine*[4] und *Familie* negativer und den Bereich *Schule* positiver ein als ihre Eltern.

Ein weiteres Ziel der Studie war es, Zusammenhänge und Unterschiede zwischen den theoretisch korrespondierenden Beurteilungsperspektiven von Eltern und Kindern anhand des Konzepts der Mehrperspektiven-Messung und des Konstrukts der gbLQ zu analysieren. Zum aktuellen Zeitpunkt hat keine Studie die gbLQ frühgeborener Grundschulkinder gleichzeitig aus der Perspektive der Eltern und der Kinder selbst erfasst (vgl. *Berbis* u.a. 2012; *Rautava* u.a. *2009*; *Stahlmann* u.a. 2009; *Theunissen* u.a. 2001; *Vederhus* u.a. 2010). Auch für jugendliche Frühgeborene liegt aktuell nur eine einzige Studie vor, welche beide Perspektiven zur Beurteilung der gbLQ nutzt (vgl. *Wolke* u.a. 2013).

Es ist bekannt, dass im Rahmen multiperspektivischer Befragungen erfasste Angaben von Eltern und Kindern voneinander abweichen können (vgl. *Mattejat/Remschmidt* 2006; *Theunissen* u.a. 1998). Meist werden Korrelationen in einem mittleren Bereich als Hinweis auf eine mittlere Beurteilerübereinstimmung beschrieben (vgl. *Ferdinand/Van der Ende/Verhulst* 2004; *Schüßler* 1994; *Vierhaus/Lohaus* 2008). Auch unsere Studie hat Unterschiede in Abhängigkeit von der Beurteilungsperspektive (*Selbst- vs. Fremdurteil*) ergeben, was die Bedeutung belegt, beide Perspektiven in einen Prozess der Informationsgenerierung einzubeziehen, um etwaige abweichende Wahrnehmungen zu integrieren. Unter Berücksichtigung der Einschränkung, dass die Befragung von Kindern entwicklungsbedingten Besonderheiten (z.B. im Bereich Sprache, Gedächtnis oder theory of mind) unterliegt (vgl. *Kastner-Koller/Deimann* 2009), kann die zusätzliche Erhebung von Informationen durch die Befragung des Kindes die subjektive Bedeutsamkeit der Informationen erhöhen und von praktischer Relevanz sein.

Die in unserer Studie gefundenen Abweichungen der Einschätzungen in Abhängigkeit von der Beurteilungsperspektive (*Selbst- vs. Fremdurteil*) interagieren nicht mit dem Geburtstatus (*Früh- vs. Reifgeborene*). So wie *Wolke* u.a. (2013) gefunden haben, dass früh- *und* reifgeborene Jugendliche ihren eigenen Gesundheitsstatus negativer beurteilen als deren Eltern, haben auch die Kinder unserer Studie unabhängig davon, ob sie früh- oder reifgeboren waren, ihre gbLQ negativer eingeschätzt als ihre Eltern. Die Ergebnisse von *Moriette* u.a. (2010), dass Eltern Frühgeborener eine höhere Belastung aufweisen als ihre Kinder, konnte somit nicht repliziert werden. Einschränkend ist jedoch festzuhalten, dass die Vergleichbarkeit der Beurteilungen der gbLQ durch Eltern und Kinder in unserer Studie mit Hilfe unterschiedlicher Methoden des ILK erfolgte. Während die Kinder in Interviewform zu ihrer gbLQ befragt wurden, füllten die Eltern selbständig einen Fragebogen aus. Bei genauer Betrachtung auf der Ebene der Einzelitems des Selbst- und Fremdbeurteilungsbogen ist für die Items (1) *Schule*, (2) *Familie* und (4) *Interessen und Freizeitgestaltung/Alleine*[4] anzuführen, dass die Formulierungen der Items der Selbst- und Fremdbeurteilungen voneinander abweichen und so unterschiedliche Sachverhalte abbilden könnten. Wenn zum Beispiel im Selbstbeurteilungsbogen im Item (4) *Allein* (*„Wenn du für dich alleine bist und zum Beispiel alleine spielst oder was anderes machst, wie fühlst du dich dann?*“) das Kind eindeutig nach seinem affektiven Empfinden beim Alleinsein befragt wird, fokussiert die Fremdbeurteilung durch das Item (4) *Interessen und Freizeitgestaltung („Wie kann sich ihr Kind alleine beschäftigen (...)?“)* die elterliche Einschätzung der Fähigkeit des Kindes, sich alleine zu beschäftigen. Auch die Konnotationen der

Fragen zum Lebensbereich (1) *Schule* weichen im Selbst- und Fremdurteil voneinander ab. Während mit der Frage der Kinderversion („*In der Schule gibt es ja viele Fächer, in denen man viel lernen muss, Schreiben, Rechnen und so weiter. Wie schaffst du das? Wie kommst du damit klar?")* eindeutig die Zufriedenheit mit den eigenen Bewältigungsstrategien betont wird, bleibt das Item in der Elternbefragung (*„Wie kommt Ihr Kind mit den schulischen Anforderungen zurecht?"*) deutlich allgemeiner und lässt sowohl die Zufriedenheit mit den kindlichen Bewältigungsstrategien als auch die Einschätzung der kindlichen Leistungsfähigkeit als Beurteilungsanker zu. Durch weitere Forschung können die mehrperspektivische Erhebung der kindlichen gbLQ optimiert und vergleichbare Erhebungsmethoden für Kinder und Eltern entwickelt werden. Ergänzungen durch mixed-methods-Designs, die multiperspektivische und multimethodische Zugänge kombinieren, könnten Verhalten und Erleben von Kindern noch intensiver rekonstruieren (vgl. *Van de Vijver/Chasiotis* 2011) und sichern, dass erfragte Konstrukte von Eltern und Kindern übereinstimmend verstanden werden und als korrespondierend beurteilt werden können.

Zur Einbettung unserer Ergebnisse in die Praxis muss betont werden, dass es sich bei der untersuchten Gruppe Frühgeborener um Kinder ohne sonderpädagogischen Förderbedarf oder manifeste, diagnostizierte Entwicklungsstörung handelt. Dieses bietet in Ergänzung der Studien, welche die gbLQ sehr Frühgeborener (vgl. *Berbis* u.a. 2012; *Rautava* u.a. 2009) oder extrem Frühgeborener (vgl. *Stahlmann* u.a. 2009; *Vederhus* u.a. 2010) bzw. die gbLQ inkludierter frühgeborener Kinder (vgl. *Berbis* u.a. 2012) erfassten, Erkenntnisse über die psychosoziale Langzeitentwicklung von vermeintlich gering entwicklungsbedrohten Kindern. Zum aktuellen Zeitpunkt liegt erst eine einzige Studie vor, welche in den Vergleich der Lebensqualität Früh- und Reifgeborener auch „spät frühgeborene" Vorschulkinder einbezieht (vgl. *Theunissen* u.a. 2001). Unsere Untersuchung kann diese Lücke schließen und für Frühgeborene ohne sonderpädagogischen Förderbedarf oder manifeste Entwicklungsstörungen Abweichungen in den Häufigkeiten unterdurchschnittlicher und überdurchschnittlicher gbLQ belegen. Dieses bestätigt die besondere Bedeutung ressourcenorientierter Entwicklungsbegleitung für einen Teil der Frühgeborenen in der Praxis, welche auch Kinder mit geringerem Entwicklungsrisiko und deren Eltern, so aufmerksam wie nötig und so wenig pathologisierend wie möglich, einbinden sollte.

Wenngleich im Rahmen theoretischer Konzepte einleuchtend ableitbar ist, welche praktische Bedeutsamkeit eine unterdurchschnittliche gbLQ auf die nachfolgende Entwicklung haben könnte, gilt es jedoch die prädiktive Validität unterdurchschnittlicher gbLQ auf die nachfolgende kindliche Entwicklung im Längsschnitt zu prüfen. Instrumente wie das ILK können hierbei zwar eine erste Einschätzung der subjektiven gbLQ im Querschnitt liefern, ermöglichen aber keine Rückschlüsse auf die spezifischen Mechanismen und Prozesse, die zur Bewältigung eines Risikofaktors führen. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive und für die Entwicklung geeigneter Interventionsprogramme besonders relevant erscheinen daher Längsschnittstudien, die differenziert abbilden, wie Kinder mit Entwicklungsrisiko ökologische Übergänge (vgl. *Bronfenbrenner* 1977) bewältigen und welche Faktoren, insbesondere personale und soziale Ressourcen, eine erfolgreiche Bewältigung prädizieren oder moderieren können. Die gbLQ könnte hier als Indikator erfolgreicher Bewältigung von Entwicklungsaufgaben dienen. Zum aktuellen Zeitpunkt liegen längsschnittliche Erfassungen der gbLQ Frühgeborener für das Jugendalter vor (vgl. *van Lunenberg* u.a. 2013; *Verrips* u.a. 2012), wobei die Erhebungszeitpunkte jedoch noch nicht systematisch an Entwicklungsaufgaben oder ökologische Übergänge gekoppelt wurden.

Anmerkungen

1 Die vorliegende Studie ist ein Unterprojekt des Gesamtprojekts „Die Entwicklung ehemaliger frühgeborener Kinder".
2 In der vorliegenden Studie werden für die Elternbefragung ausschließlich die Angaben der Mütter berücksichtigt, so dass die Bezeichnung Eltern als Synonym verwendet wird.
3 Dass die Gruppe der Frühgeborenen im Einzelsetting und die Gruppe der Reifgeborenen im Gruppensetting befragt wurde, erklärt sich dadurch, dass die Gruppe der Frühgeborenen im Rahmen einer Verlaufskontrolle nach Frühgeburt im Sozialpädiatrischen Zentrum/Neuropädiatrie vorgestellt wurde. Je nach individueller Fragestellung fanden im Rahmen dieser Vorstellung weitere Untersuchungen statt. Die Reifgeborenen wurden aus ökonomischen Gründen als Gruppe befragt. Zusätzliche Untersuchungen im Einzelsetting erfolgten hier nicht, da sie im Rahmen des Studiensettings nicht erforderlich waren.
4 Bei diesen Items unterscheidet sich die Benennung der einzelnen erfassten Bereiche der gbLQ in Abhängigkeit von der Beurteilungsperspektive (*Selbst- vs. Fremdurteil*). Die erstgenannte Benennung des Items stellt die Benennung des Items in der Elternversion, die zweite die in der Kinderversion dar.

Literatur

Adornetto, C./Schneider, S. (2009): Diagnostisches Vorgehen. In: *Schneider, S./Margraf, J.* (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter. – Heidelberg, S. 124-144.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. – Tübingen.

Baumgardt, M./Bucher, H. U./Mieth, R. A./Fauchère, J. C. (2012): Health-related quality of life of former very preterm infants in adulthood. Acta Paediatrica, 101, pp. e59-e63.

Berbis, J./Einaudi, M. A./Simeoni, M. C./Brévaut-Malaty, V./Auquier, P./d'Ercole, C./Gire, C. (2012): Quality of life of early-school-age French children born preterm: a cohort study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 162, pp. 38-44.

Bortz, J./Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarbeitete Auflage. – Heidelberg.

Bronfenbrenner, U. (1977): Toward an experimental ecology of human development. American Psychologist, 32, pp. 513-531.

Burnett, A./Anderson, P./Cheong, J./Doyle, L./Davey, C./Wood, S. (2011): Prevalence of psychiatric diagnoses in preterm and full-term children, adolescents and young adults: a meta-analysis. Psychological Medicine, 41, 12, pp. 2463-2474.

Dalziel, S. R./Lim, V. K./Lambert, A./McCarthy, D./Parag, V./Rodgers, A./Harding, J. E. (2007): Psychological functioning and health-related quality of life in adulthood after preterm birth. Developmental Medicine and Child Neurology, 49, 8, pp. 597-602.

Ferdinand, R. F./Van der Ende, J./Verhulst, F.C. (2004): Parent-Adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescents from the general population as a risk factor for adverse outcome. Journal of Abnormal Psychology, 113, pp. 198-206.

Gray, R./Petrou, S./Hockley, C./Gardner, F. (2007): Self-reported health status and health-related quality of life of teenagers who were born before 29 weeks' gestational age. Pediatrics, 120, 1, pp. e86-e93.

Johnson, S./Marlow, N. (2011): Preterm birth and childhood psychiatric disorders. Pediatric Research, 69, pp. 11R-18R.

Jungmann, T. (2006): Unreife bei der Geburt. Ein Risikofaktor für Sprachentwicklungsstörungen? Kindheit und Entwicklung, 15, 3, S. 182-194.

Kastner-Koller, U./Deimann, P. (2009): Beobachtung und Befragung von Kindern. In: *Irblich, D./Renner,G.* (Hrsg.): Diagnostik in der klinischen Kinderpsychologie. Die ersten sieben Lebensjahre. – Göttingen, S. 97-107.

Kumpfer, K. L. (1999): Factors and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: *Glantz, M. D./Johnson, J. L.* (Eds.): Resilience and development: Positive life adaptions. – New York, pp. 179-224.

Lund, L. K./Vik, T./Lydersen, S./Løhaugen, G. C./Skranes, J./Brubakk, A. M./Indredavik, M. S. (2012): Mental health, quality of life and social relations in young adults born with low birth weight. Health and Quality of Life Outcomes, 10:146, doi:10.1186/1477-7525-10-146.

Mattejat, F./Remschmidt, H. (1998): Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen – Eine Übersicht. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 26, S. 183-196.

Mattejat, F./Remschmidt, H. (2006): Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. – Göttingen.

Moriette, G./Rameix, S./Arzia, E./Andrini, P./Caeymaex, L./Dageville, C./Gold, F./Kuhn, P./Storme, L. (2010): Very premature births: dilemmas and management. Part I. Outcome of infants born before 28 weeks of postmenstrual age, and definition of a gray zone. Archives de Pédiatrie, 17, 5, pp. 518-526.

Msall, M./Park, J. (2008): The spectrum of behavioral outcomes after extreme prematurity: regulatory, attention, social, and adaptive dimensions. Seminars in Perinatology, 32, pp. 42-50.

Rautava, L./Häkkinen, U./Korvenranta, E./Andersson, S./Gissler, M./Hallman, M./Korvenranta, H./Leipälä, J./Linna, M./Peltola, M./Tammela, O./Lehtonen, L. (2009): Health-related quality of life in 5-year-old very low birth weight infants. The Journal of Pediatrics, 155, 3, pp. 338-343.

Roberts, G./Burnett, A. C./Lee, K. J./Cheong, J./Wood, S. J./Anderson, P. J./Doyle, L. W. (2013): Quality of Life at Age 18 Years after Extremely Preterm Birth in the Post-Surfactant Era. The Journal of Pediatrics, 163, 4, pp. 1008-1013.

Saigal, S./Pinelli, J./Hoult, L./Kim, M. M./Boyle, M. (2003): Psychopathology and social competencies of adolescents who were extremely low birth weight. Pediatrics, 111, pp. 969-975.

Schüßler, G. (1994): Fremd- und Selbstbeurteilung der Krankheitsbewältigung. In: *Heim, E./Perrez, M.* (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung. – Göttingen, S. 30-37.

Stahlmann, N./Rapp, M./Herting, E./Thyen, U. (2009): Outcome of Extremely Premature Infants at Early School Age: Health-Related Quality of Life and Neurosensory, Cognitive, and Behavioral Outcomes in a Population-Based Sample in Northern Germany. Neuropediatrics, 40, pp. 112-119.

Taylor, H. G./Klein, N./Minich, N. M./Hack, M. (2000): Middle-school age outcomes in children with very low birth weight. Child Development, 71, S. 1495-1511.

Theunissen, N. V./Veen, S./Fekkes, M./Koopmann, H. M./Zwinderman, K. A./Brugman, E./Wit, J. M. (2001): Quality of life in preschool children born preterm. Developmental Medicine and Child Neurology, 43, 7, pp. 460-465.

Theunissen, N. C. M./Vogels, T. G. C./Koopman, H. M./Verrips, G. H. W./Zwinderman, K. A. H./ Verloove-Vanhorick, S. P./Wit, J. M. (1998): The proxy problem: child report in health-related quality of life research. Quality of Life Research, 7, pp. 387-397.

van Lunenberg, A./van der Pal, S. M./van Dommelen, P./van der Pal-de Bruin, K. M./Bennebroek Gravenhorst, J./Verrips, G. (2013): Changes in quality of life into adulthood after very preterm birth and/or very low birth weight in the Netherlands. Health and Quality of Life Outcomes, 11:51, doi:10.1186/1477-7525-11-51.

Vederhus, B. J./Markestad, T./Eide, G. E./Graue, M./Halverson, T. (2010): Health related quality of life after extremely preterm birth: a matched controlled cohort study. Health and Quality of Life Outcomes, 8:53, doi:10.1186/1477-7525-8-53.

Verrips, G./Brouwer, L./Vogels, T./Taal, E./Drossart, C./Feeny, D./Verheijden, M./Verloove-Vanhorick, P. (2012): Long term follow-up of health-related quality of life in young adults born very preterm or with a very low birth weight. Health and Quality of Life Outcomes, 10:49, doi:10.1186/1477-7525-10-49.

Vierhaus, M./Lohaus, A. (2008): Children and parents as Informants of Emotional and Behavioural Problems Predicting Female and Male Adolescent Risk Behaviour: A Longitudinal Cross-Informant Study. Journal of Youth and Adolescence, 37, pp. 211-224.

Vijver, F. J. R. van de/Chasiotis, A. (2011): Mixed methods: Die Verschränkung qualitativer und quantitativer Forschung in der Entwicklungspsychologie. In: *Keller, H.* (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung. – Bern, S. 902-924.

Wolke, D./Chernova, J./Eryigit-Madzwamuse, S./Samara, M./Zwierzynska, K./Petrou, S. (2013): Self and Parent Perspectives on Health-Related Quality of Life of Adolescents Born Very Preterm. The Journal of Pediatrics, 163, 4, pp. 1020-1026.

Wolke, D./Meyer, R. (2000): Ergebnisse der Bayerischen Entwicklungsstudie an neonatalen Risikokindern: Implikationen für Theorie und Praxis. In: *Petermann, F./Niebank, K./Scheithauer, H.* (Hrsg.): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. – Göttingen, S. 113-138.

Zwicker, J. G./Harris, R. (2008): Quality of life of formerly preterm and very low birth weight infants from preschool age to adulthood: a systematic review. Pediatrics, 112, 2, pp. e366-e376.

Partizipation von Kindern und Jugendlichen bei familiären Migrationsentscheiden

Christophe Roulin, Luzia Jurt

Zusammenfassung
In vorliegendem Beitrag wird anhand einer empirischen Studie auf die Partizipation von Kindern und Jugendlichen bei Migrationsentscheiden eingegangen, die zu einer vorübergehenden Trennung von Eltern und Kindern führen. Für Eltern und Kinder stellt die räumliche Trennung eine wichtige Erfahrung dar. Der Migrationsentscheid zieht weitere zentrale Entscheidungen nach sich, insbesondere wer sich in der Abwesenheit der Eltern um die Kinder kümmert und ob bzw. wann der Familiennachzug vollzogen werden soll. Die Datenauswertung zeigt, dass die Kinder in fast keinem Fall die Möglichkeit hatten, ihre Sichtweise auf die Migration und die damit verbundenen Auswirkungen einzubringen und an Entscheidungsprozessen zu partizipieren. Sie konnten sowohl bezüglich der familiären Trennung, der Organisation des Betreuungsarrangements als auch beim Familiennachzug nicht direkt am Entscheidungsprozess partizipieren. Werden also Migrationserfahrungen von Kindern und Jugendlichen thematisiert, ist zu beachten, dass diese sich erheblich von denen der Eltern unterscheiden können. Wird dagegen die Perspektive der Kinder und Jugendlichen übersehen, führt dies zu einem einseitigen und fragmentierten Verständnis von Entscheidungsprozessen im Migrationskontext.

Schlagworte: Qualitative Sozialforschung, Migration, Transnationale Familien, Familiäre Trennungssituationen, Schweiz

Participation of children and adolescents in decision-making regarding family migration

Abstract
This paper addresses the question of children's participation in decision-making concerning transitional family separation due to migration. This spatial separation between parents and children is a crucial experience for the family. Once the decision to migrate is taken, the question is raised as to who will take care of the children left behind. In this process of migration, particular decisions about care arrangements and a future family reunification have to be taken. In this paper, the participation of children in these processes is analyzed in terms of their involvement. The analysis of the data shows that few children were actively involved in these decision-making processes. Rather, they were faced with a fait accompli. Although parents and children argue that the migration and family separation were in the best interest of the family, these actions lead to completely different experiences and the signification of these migration processes vary widely between parents and children. Therefore, it has to be highlighted that whenever the issue of migration is broached, the experiences of children and adolescents can differ considerably from that of their parents. To overlook the perspective of children and adolescents regarding migration leads to a partial and fragmented understanding of decision-making in the context of migration and the process of migration itself.

Keywords: Qualitative research, Migration, Transnational families, Family separation, Switzerland

1 Einleitung

Forschung und Politik im Migrationskontext fokussiert hauptsächlich auf Erwachsene und nimmt Kinder und Jugendliche kaum in den Blick. Dies zeigt sich auch in den Statistiken. So erfasst die IOM (Internationale Organisation für Migration) mit Ausnahme des Menschenhandels das Alter der Migrierenden überhaupt nicht, während die OECD nur Migrierende über 15 Jahren in die Statistik einbezieht (vgl. *White* u.a. 2011). Ganz allgemein wurden Kinder, die zusammen mit den Eltern migrieren, in der Migrationsforschung lange Zeit eher als deren „Anhängsel" betrachtet und thematisiert (vgl. *Bailey* 2009; *Orellana* u.a. 2001). Ihnen wurden keine eigenen Migrationsmotive und keine aktive Beteiligung an den familiären Prozessen der Entscheidungsfindung zugestanden (so z.B. *Cooke* 2008; *Reese* 2001). *Whitehead/Hashim* (2005, S. 2) gehen davon aus, dass der Wunsch der Kinder bei den Eltern zu bleiben das einzige Migrationsmotiv ist, das Kindern aus westlicher Sicht zugestanden wird. *White* u.a. (2011, S. 1160f.) betonen zwar, dass Kinder in der Migrationsforschung nicht gänzlich unbeachtet blieben, dass die Forschungen aber von bestimmten Perspektiven geprägt sind und es zahlreiche Forschungslücken gibt. Sie identifizieren zum einen die Tendenz, Migrantenkinder als bedürftig und anders zu charakterisieren. Aufgrund dieser Perspektive hat die Migrationsforschung auf besonders vulnerable Kinder fokussiert, wie z.B. Flüchtlingskinder oder Kinder im Asylprozess. Zum anderen wird die (mangelnde) Integration von Migrantenkindern thematisiert, jedoch nicht die Migrationserfahrungen dieser Kinder. Dies wird auf das westliche Verständnis von Kindheit zurückgeführt, konzeptualisiert als eine Zeit der Unschuld, Vulnerabilität, Abhängigkeit und Schutzbedürftigkeit (vgl. *Horton* 2008, S. 925ff.). Dieses Verständnis geht von räumlicher Fixiertheit aus und betrachtet Migration von Kindern als Abweichung mit negativen Auswirkungen, wie z.B. sozioökonomische Ungleichheit, Identitäts- und Wertkonflikte (vgl. *Knörr* 2005, S. 15). Diese auf Erwachsene zentrierte Perspektive ist problematisch, da eine eventuelle aktive Rolle von Kindern und Jugendlichen in Migrationsprozessen übersehen wird und daraus ein eingeschränktes und fragmentiertes Verständnis von Entscheidungsprozessen und Migrationserfahrungen resultiert (vgl. *Dobson* 2009, S. 357f.).

Neuere Erkenntnisse verweisen darauf, dass Kinder wie Eltern oder andere Mitglieder des Haushalts bzw. der Familie in Migrationsprozesse involviert sind (vgl. *White* u.a. 2011; *Bailey* 2009), denn Migrationsentscheidungen in Familien beruhen auf einem Zusammenspiel von individuellen und kollektiven Überlegungen und Ressourcen (vgl. *Fonseca/Ormond* 2008, S. 94). *King* u.a. (2006, S. 25) verweisen jedoch darauf, dass es an Erkenntnissen darüber mangelt, wie diese Entscheidungsprozesse unter nahen Verwandten stattfinden. Zwar wird die Rolle der Frauen bezüglich der Migrationsentscheidungen seit den 1990er Jahren in der Forschung berücksichtigt, die Bedeutung der Kinder in diesem Zusammenhang jedoch weitgehend ausgeblendet (vgl. *White* u.a. 2011; *Boos-Nünning/Karakasoglu* 2006, S. 15). Eine Ausnahme in diesem Zusammenhang bildet die Diskussion um Kinder, die ohne ihre Familie migrieren (so z.B. *Hashim* 2005; *Yaqub* 2009). Trotzdem beginnt sich in der Migrationsforschung, insbesondere aus transnationaler Perspektive langsam ein Verständnis durchzusetzen, das Kindern durchaus einen aktiven Einfluss auf familiäre Migrationsentscheidungen zugesteht (so z.B. *Ackers* 2000; *Bushin* 2009; *Hutchins* 2011). In diesem Zusammenhang ist es zentral, dass unterschiedliche Perspektiven auf den familiären Migrationsprozess nicht nur auf das Geschlecht, son-

dern auch auf das Alter der Familienmitglieder, insbesondere der Kinder, zurückzuführen sind.

Im Folgenden wird darauf fokussiert, inwiefern Kinder an familiären Migrationsentscheidungen partizipieren, wenn Eltern ohne Kinder migrieren. Dieser Migrationsentscheid zieht weitere Entscheidungen nach sich, insbesondere wer in Abwesenheit der Eltern die Betreuung der Kinder übernimmt und wann ein allfälliger Familiennachzug erfolgen sollte. Für die Kinder sind diese Entscheide zentral und sie können mit oder ohne den Einbezug der Kinder und Jugendlichen gefällt werden. Der Begriff der Partizipation umfasst nicht nur die Mitgliedschaft oder Mitwirkung in bestimmten Institutionen oder auch der Familie, sondern unter Partizipation wird aktives Handeln bei jeglichen Gelegenheiten und in allen gesellschaftlichen Bereichen verstanden (vgl. *Liebel* 2013, S. 101). Dabei reicht das Verständnis von einem offenen Ohr für die Anliegen einer bestimmten Gruppe – hier Kinder und Jugendliche – bis zu institutionalisierten Formen, in denen eine Beteiligung, Mitbestimmung, Mitsprache oder weitere Formen des sich Einbringens ermöglicht werden (vgl. *Fatke/Niklowitz* 2003, S. 10). Demnach kann unter Kinderpartizipation die aktive Teilhabe von Kindern an Entscheidungen, die ihr Leben betreffen, verstanden werden (vgl. *Fatke/Niklowitz* 2003, S. 11). Allerdings bleiben hier zunächst die konkrete Einflussnahme und der Grad der Verbindlichkeit offen. Um diese einer Analyse zugänglich zu machen, wurden verschiedene Typologien formuliert. *Hart* (1992, S. 8f.) hat für die Unicef ein Stufenmodell der Kinderpartizipation entwickelt, wobei er acht Stufen unterscheidet: 1. *Manipulation* findet sich auf der untersten Stufe. Er führt hier das Beispiel an, dass Eltern ihren Kindern T-Shirts mit Botschaften bezüglich Kinderpolitik anziehen, die diese nicht verstehen. 2. *Dekoration* bezieht sich ebenfalls auf den Einsatz von Kindern in Organisationen, beispielsweise wenn sie anlässlich von Festen T-Shirts der Organisation tragen, ohne dass sie in der Organisation eine Mitsprache haben. 3. Bei der *symbolischen Partizipation* wird Kindern zwar eine Stimme gegeben, aber sie haben keine Wahl bezüglich des Inhalts oder des Kommunikationsstils. 4. Kinder werden über Entscheidungen *beizeiten informiert*. 5. Kinder werden *konsultiert und informiert*. 6. Von den *Erwachsenen initiiert*, Entscheidungen von den *Kindern mitgetragen*. 7. Von den Kindern *initiiert und dirigiert*. 8. Von den *Kindern initiiert*, von den *Eltern mitgetragen*. Die ersten drei Stufen wertet *Hart* als Scheinpartizipation, während sich ab der vierten Stufe die wirkliche Partizipation bis hin zur genuinen oder authentischen Partizipation entwickelt (vgl. *Hart* 1992, S. 8f.; *Liebel* 2013, S. 103). *Liebel* (2013, S. 105) unterscheidet Partizipation auch bezüglich der Intensitäten und Arten von Partizipation und zwischen direkter und indirekter Partizipation. Bei der direkten Partizipation handelt es sich um Aktionen oder Projekte, bei denen die Kinder selbst den Ton angeben und sie sich selbst für ein bestimmtes Ziel einsetzen. Bei der indirekten Partizipation handeln Erwachsene stellvertretend für die Kinder.

Partizipationsdiskurse und -konzepte enthalten immer normative Komponenten, weil mitschwingt, was erwartet oder erwünscht wird, wie weit sie gehen soll und worauf sie sich bezieht, für wen sie ist usw. (vgl. *Liebel* 2013, S. 100). Die Forderung nach Partizipation ist somit immer auch ein normativer Appell. In diesem Artikel geht es nicht um das Einfordern von mehr Partizipation. Die Analyse setzt sich nicht zum Ziel Forderungen an Familien zu formulieren. Vielmehr steht die Analyse der relevanten Entscheidungen im Migrationsprozess aus Perspektive der Kinder und Jugendlichen im Zentrum. Dabei werden insbesondere auf den Migrationsentscheid der Eltern, die Auswahl des Betreuungsarrangements und auf den Familiennachzug fokussiert.

2 Methodisches Vorgehen

Im Forschungsprojektprojekt „Trennungssituationen von Eltern und Kindern in transnationalen Familien“[1] wurden zwischen 2010 und 2013 Familien befragt, die vorübergehend getrennt waren und mittlerweile wieder gemeinsam in der Schweiz leben. Insgesamt wurden mit 19 Familien problemzentrierte Interviews (vgl. *Witzel* 1985) geführt, wobei jedes Familienmitglied einzeln befragt wurde, was insgesamt zu 51 auswertbaren Interviews führte, darunter 24 Gespräche mit Kindern und Jugendlichen. Die Auswahl des Samples war von theoretischen Überlegungen geleitet (vgl. *Strauss/Corbin* 1996, S. 148ff.). Dabei wurden laufend bestimmte Muster bei den Vorgehensweisen der Migration, der Kontaktaufrechterhaltung sowie bei der Trennung identifiziert. Zur Trennung kam es u.a. aufgrund von politischer Verfolgung, ökonomischen Notlagen, Heirat in die Schweiz oder dem Wunsch nach einer Besserstellung der Familie. Im Sample sind dadurch Familien mit unterschiedlichen aufenthaltsrechtlichen Bewilligungen vertreten, wie z.B. anerkannte und vorläufig angenommene Flüchtlinge, Menschen ohne Aufenthaltsbewilligung (Sans-Papiers), Saisonniers, aber auch Personen mit regulären Aufenthaltsbewilligungen. Das erhobene qualitative Datenmaterial wurde mittels Grounded Theory (vgl. u.a. *Strauss/Corbin* 1996) ausgewertet, wobei die vollständig transkribierten Interviews mithilfe der Software Atlas.ti codiert wurden. Im Folgenden wird vor allem die Perspektive der Kinder und Jugendlichen in den Blick genommen. Die im Sample vertretenen Kinder lebten zwischen 6 Monaten und 6 Jahren von ihren Eltern getrennt, und ihr Alter lag bei der Migrationsentscheidung zwischen 4 Monaten und 17 Jahren. Beim Familiennachzug waren die ältesten Kinder 19 Jahre, die jüngsten 5 Jahre. Auch Eltern ohne gültige Aufenthaltsbewilligung (Sans Papiers) vollziehen den Familiennachzug.

3 Möglichkeit zur Partizipation bei der Migrationsentscheidung

Wird Partizipation bei der Migrationsentscheidung thematisiert, stellt sich die Frage, wer konkret an den familiären Migrationsentscheidungen beteiligt ist. Aus der Migrationsforschung ist bekannt, dass Kinder Auslöser und Anlass sein können zu emigrieren, im Einwanderungsland zu bleiben, sich dauerhaft niederzulassen oder ins Herkunftsland zurückzukehren (so z.B. *Bailey/Boyle* 2004; *Yeoh* u.a. 2005; *Ní Laoire* 2007). *Apitzsch* (2003, S. 73) weist darauf hin, dass neben der Trennung von Paarbeziehungen die häufigsten Trennungen in der Migration diejenigen von Eltern und Kindern während der Adoleszenz seien. Dabei erfolgt die Trennung nicht zwingend von beiden Elternteilen gleichzeitig, sondern es kann erst der eine und später der andere Elternteil migrieren. Eltern treffen teilweise bewusst die Entscheidung, die Kinder im Herkunftsland zu lassen, da sie die Umstände im Aufnahmeland als nicht förderlich für die Entwicklung der Kinder betrachten (vgl. *Zentgraf/Stoltz Chinchilla* 2012, S. 355). Aus Sicht der Eltern waren die Kinder in vielen Fällen zu klein, um am Entscheid zu partizipieren bzw. ihn überhaupt zu verstehen. Dieses Argument brachten sowohl Eltern vor, die ihre Kinder im Alter von 6 Monaten verließen als auch Eltern, deren Kinder bei der Migration 12 Jahre alt waren. Die Eltern informierten ihre Kinder in vielen Fällen gar nicht oder nur sehr knapp und kurzfristig über ihre Abreise. Hier partizipieren die Kinder indirekt an den Entscheiden, die Eltern

entscheiden stellvertretend für sie, dass die vorübergehende Trennung zum Wohl der Kinder sei.

Die befragten Kinder können sich dementsprechend nicht über die Phase der Entscheidungsfindung zur Migration erinnern, ihnen bleibt aber die Abreise in Erinnerung: „Ja, ich weiß noch, am letzten Tag, machten wir noch die Hausaufgaben. Ich erinnere mich, ich schaute immer wieder in mein Heft, um zu sehen, bis wo wir die Hausaufgaben zusammen gemacht hatten und ich erinnerte mich, was sie mir sagte, was wir getan hatten, wie wir zusammen gesprochen haben, und ich vermisste sie teilweise“ (Familie 4: Tochter, 15 Jahre[2]). Der Abschied bzw. der Verlust von einem Elternteil kam für die Kinder oft überraschend. Eine Tochter erzählt: „Als meine Mutter ging, (…) da hat sie mir nicht richtig erklärt, wohin sie geht. Ich wusste nur, dass sie irgendwie weg ist, also danach, ich konnte das auch nicht richtig realisieren und mir wurde auch nie richtig gesagt: ‚So, deine Mutter geht jetzt für eine lange Zeit weg‘ oder so. Sondern das musste ich einfach so hinnehmen“ (Familie 5: Tochter, 4 Jahre). Die Kinder realisieren zuerst nicht, was die Migrationsentscheidung der Eltern für sie bedeutet und sie reagieren im ersten Moment wenig emotional. Wenn sich die Kinder den Konsequenzen der Trennung bewusst werden, berührt es sie jedoch stark: „Ich weiß, meine Eltern haben mir gesagt... die ersten drei Wochen, nachdem sie gegangen waren, da haben sie mir fast jeden Tag telefoniert. Und ich konnte nicht reden. Ich habe einfach am Telefon... und dann habe ich geweint und bin weg gegangen. Aber dann war es dann irgendwie besser, dann haben sie mich einfach jedes Wochenende angerufen“ (Familie 5: Tochter, 4 Jahre).

Viele Eltern reisten ab, ohne die Kinder zu konsultieren und rechtzeitig zu informieren, da sie sich und ihren Kindern den Abschied ersparen wollten, aber diesen auch nicht zutrauten, mit diesen Informationen umzugehen. Gerade Flüchtlinge informierten die Kinder nicht, damit sie die Flucht nicht gefährden können. Die Kinder wurden deshalb oft erst im Nachhinein informiert, dass ihre Eltern jetzt im Ausland leben.

In den meisten Familien benennen die Eltern und Kinder einheitlich denselben Migrationsgrund, sei dies politische Verfolgung oder eine Besserstellung der Familie durch gut bezahlte Arbeit der Eltern und bessere Ausbildungsmöglichkeiten für die Kinder. Die Eltern handeln im Interesse der Kinder und die Migration wird zum Wohle der Familie vollzogen. Die Kinder als direkt betroffene Familienmitglieder werden nicht in die Entscheidungsphase einbezogen. Hier kommt zum Ausdruck, dass die Besserstellung der Familie ein Projekt der Eltern ist und ihre Perspektive und nicht unbedingt diejenige der Kinder widerspiegelt. *Lutz/Palenga-Möllenbeck* (2011, S. 23) argumentieren, dass die Eltern ihre Migration vielfach mit dem Argument der „Notwendigkeit“ begründen, wobei dieses Argument von den Kindern jedoch kaum verstanden bzw. so nicht gesehen wird. Obwohl sich die wirtschaftliche Lage der Eltern und Kinder verbessert, würden die Vorzüge der Migration mit den Nachteilen abgewogen. Dabei würden Kinder eher auf die Vorzüge z.B. einer ökonomischen Besserstellung verzichten, um ein „intaktes“ Familienleben zu bewahren. Eine Tochter äußert sich wie folgt dazu: „Die Eltern sollten das hören, zusammen (sein) ist besser, obwohl man nur Reis isst, als getrennt sein. So schmeckt Reis mit Ei besser, wenn wir zusammen sind, als der beste Braten. Weil das Geld füllt keine Lücke, manchmal sagt man ‚ja Mama gib mir so viel Geld' aber im Inneren ist man nicht zufrieden, du willst manchmal so wie dein armer Freund sein, weil er seine Familie dabei hat, hingegen hat man alles, aber man ist allein, man ist allein, Materielles tat mir nicht gut“ (Familie 4: Tochter, 15 Jahre). Materiell geht es den Kindern besser, aber die Kinder betonen, dass sie nicht die emotionale Unterstützung bekämen, die sie wirklich benötigten

(vgl. *O'Connell/Farrow* 2007, S. 51). Auch *Dreby* (2007, S. 1051) kommt bei einer Untersuchung von mexikanischen transnationalen Familien zu ähnlichen Ergebnissen. Ebenso weist *Parreñas* (2005, S. 120) darauf hin, dass die Gefühle der Kinder von Einsamkeit, Verletzlichkeit und Unsicherheit geprägt sind. Trotzdem wurden bei einigen Kindern aber gerade die materiellen Güter und die gute Sorge durch die Betreuungspersonen zu einem Ersatz der elterlichen Fürsorge. Ein Kind berichtet über seine Trennungserfahrung: „Ich war zuerst traurig, aber ich wusste nicht so viel, was sie machen würde und so, deshalb habe ich mich nicht groß eingemischt. Ich habe von ihr Geschenke bekommen, fühlte mich nicht alleine" (Familie 16: Tochter, 13 Jahre).

Suárez-Orozco/Todorova/Louie (2002, S. 627) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es im Gegensatz zu Annahmen sozialpsychologischer Studien empirisch nicht erwiesen ist, dass es für Kinder generell problematisch ist, wenn sie von ihren Eltern getrennt aufwachsen, wie sich auch im Sample zeigt.

Ältere Kinder wünschen sich bei familialen Migrationsprojekten, die sich häufig über längere Zeiträume entwickeln, mehr in die Entscheidungsfindung der Eltern einbezogen zu werden (vgl. *Pantea* 2011, S. 389), können aber nach erfolgtem Familiennachzug die Entscheidung der Eltern nachvollziehen: „Sie (…) mussten uns eben sozusagen vernachlässigen und sich sozusagen opfern oder aufopfern, ich weiß nicht, damit wir eben jetzt so leben können, von dem her werfe ich das meinen Eltern nicht vor. Klar das war schwierig und ich denke meine Eltern hatten es hier auch nicht leicht. Ich habe schon ziemlichen Respekt vor dem was sie gemacht haben. Weil ich denke, für sie war es auch sicher nicht, nicht einfach" (Familie 2: Tochter, 7 Jahre).

Wie die Entscheidung zur Migration angenommen und akzeptiert wird, zeigt, ob die Kinder die Notwendigkeit einer Migration verstehen. Kindern fällt die Akzeptanz der elterlichen Entscheidung leichter, wenn sie die Trennung von ihnen als temporär ansehen (vgl. *Zentgraf/Stoltz Chinchilla* 2012, S. 350) bzw. wenn sie rückblickend nach erfolgtem Familiennachzug der elterlichen Migration einen Sinn geben können. Das Verständnis für eine Trennung bedingt jedoch die Thematisierung der Entscheidung und zeigt dadurch die Dynamik innerhalb der Familie. In keiner Familie der vorliegenden Untersuchung wurden die Kinder bei der Entscheidungsfindung der Migrationsabsicht einbezogen, sondern jeweils mit der Abreise der Eltern vor vollendete Tatsachen gestellt und somit weder beizeiten informiert noch konsultiert.

4 Möglichkeiten zur Partizipation bei der Auswahl der Betreuungspersonen

Bei der Trennung von Eltern und Kindern muss für die Kinder ein neues Betreuungsarrangement gefunden werden. Dabei gibt es dominierende Betreuungsmuster (vgl. *Lutz/Palenga-Möllenbeck* 2011, S. 19) wie zurück bleibende Großmütter, Freundinnen oder weibliche Verwandte und Geschwister. In der durchgeführten Untersuchung gehören Großeltern und noch spezifischer Großmütter mütterlicherseits (n=14) zu den meistgenannten Personen, die für die Betreuung der Kinder und Jugendlichen herangezogen wurden. Weitere Betreuungsarrangements erstrecken sich in der aktuellen Forschung auf Großeltern väterlicherseits, sowie auf je einen Onkel und eine Tante. Dank diesen Betreuungspersonen ist es den Eltern überhaupt erst möglich zu migrieren bzw. ihre Migration

vereinfacht sich (vgl. *McGrath* 2010, S. 153). In der Regel verfügen die Eltern nur über eine relativ kleine Auswahl an Personen, die in ihrer Abwesenheit die Betreuung ihrer Kinder übernehmen können bzw. wollen (vgl. *Dreby* 2010, S. 146). Die Mütter gehen bei der Auswahl der Großmütter als Betreuungsperson davon aus, dass diese durch die Abstammung eine Art Verlängerung ihrer selbst und am ehesten in der Lage sind, die mütterliche Liebe zu ersetzen. Mit den Großmüttern teilen die Mütter durch das gemeinsame Aufwachsen eine lange Interaktionsgeschichte. In vielen Fällen lebten die Kinder zudem schon vor der Trennung von ihren Eltern mit den Betreuungspersonen zusammen, für diese Kinder war die neue Situation also nicht ungewohnt. „In Brasilien haben wir alle zusammen in einem Haus gewohnt. Großmutter war für uns wie eine Mutter, sie hat auf uns aufgepasst, ich ging dort zur Schule und alles“ (Familie 16: Tochter, 13 Jahre).

Das gemeinsame Praxisverständnis zwischen migrierenden Eltern und Betreuungspersonen bezüglich des Aufwachsens der Kinder ist insofern bedeutsam, als dass der Alltag der Kinder nicht bis ins kleinste Detail über gegenseitige Absprachen geregelt werden kann. Vielmehr ist es für die Eltern wichtig, dass sie darauf vertrauen können, dass ihre Kinder in ihrem Sinne betreut und versorgt werden. Für Kinder, die zuvor nicht mit den Betreuungspersonen zusammengelebt haben und mit ihnen nicht vertraut sind, ist der Übergang vom Leben mit den Eltern(teilen) zum Leben mit den Betreuungspersonen nicht immer einfach zu bewältigen. „Ja eben, es war wie gesagt schwierig, es war eine neue Situation, es war alles ungewohnt, wir waren eben bei meiner Großmutter, es war ein anderer Tagesablauf (…) und es waren immer wieder neue Frauen, die kamen und dann auf uns aufpassten. Es war halt am Anfang irgendwie schwierig, weil es war so, als würden wir bei, bei einer – bei Fremden sein. Ja aber dann irgendwie mit der Zeit konnten wir uns da dran gewöhnen“ (Familie 5: Tochter, 4 Jahre).

Gelegentlich ist es unmöglich, dass die Kinder über die ganze Trennungsphase von der gleichen Person betreut werden. Ein erneuter Wechsel im Betreuungsarrangement bedeutet für die Kinder jeweils eine weitere Trennung. Ein Kind musste bedingt durch Veränderungen im Betreuungsarrangement mehrmals Betreuungsperson und Schule wechseln. Während die Abreise aus dem Herkunftsland und der Verbleib im Aufnahmeland in den meisten Fällen eine freiwillige Entscheidung der Eltern ist, haben Kinder wenig bis keine Partizipationsmöglichkeiten bezüglich ihres Betreuungsarrangements. Auch *Ackers* (2000, S. 7) betont, dass Kinder teilweise zwar in familiale Migrationsentscheide involviert werden, aber dass ihnen kaum erlaubt wird Einfluss auf Entscheide zu nehmen, die die gesamte Familie betreffen. Aus den in der Studie untersuchten 19 Familien konnte ein einziges Kind bei der Auswahl der Betreuungsperson partizipieren. Eine Jugendliche wurde rechtzeitig von den Eltern über die Auswahl der Großmutter als Betreuungsperson informiert und konnte einen eigenen Vorschlag unterbreiten, welcher von den Eltern angenommen wurde. Damit konnte erreicht werden, dass die Jugendliche bei ihrer Tante wohnen konnte, womit nach *Hart* (1992) die höchste Stufe der Partizipation erreicht ist.

5 Möglichkeit zur Partizipation beim Familiennachzug

Der Wunsch nach Familienvereinigung ist bei allen Kindern im Sample präsent, löst aber auch ambivalente Gefühle aus. Einerseits bedeutet Familiennachzug die Möglichkeit, mit den bisher getrennten Eltern(teilen) zusammenzuleben. Andererseits hat er zur Folge, dass

sich die Kinder wieder von engen Bezugspersonen trennen müssen, nämlich von denjenigen Personen, die sie in der Abwesenheit ihrer Eltern umsorgt haben, sowie von weiteren Familienangehörigen und dem Freundeskreis (vgl. *Bernhard/Landolt/Goldring* 2005; *Suárez-Orozco/Todorova/Louie* 2002). „Ich habe meine Großmutter gerne gehabt. Eigentlich. Ich weiß nicht mehr so ganz genau. Aber ich habe mich schon gefreut, wenn meine Mutter und mein Vater kamen. Aber ja, ich war es gewohnt bei meiner Großmutter. Ich fühlte mich wohl eigentlich" (Familie 1: Tochter, 5 Jahre[3]). Trotzdem sehnen sich die meisten Kinder nach einem Familiennachzug: „Manchmal weinte ich am Telefon, ich wollte hier bei meiner Mutter sein" (Familie 8: Tochter, 13 Jahre). Im Sample gibt es zwar Kinder, die sich an die Trennung der Eltern zu gewöhnen scheinen, wie ein Sohn berichtet: „Es war nicht so gut. Ich blieb und dachte immer wieder, ich hätte keine Mutter mehr – und ich war dort – ich hatte keinen Vater mehr, und so blieb ich immer am Denken, danach habe ich das vergessen und ich weiß nicht, was passiert ist" (Familie 19: Sohn, 5 Jahre). Aber auch Kinder, die kaum mit den Eltern bzw. der Elternschaft vertraut sind, wollen mit diesen zusammenleben. So berichtet ein Kind: „Weil die anderen auch Eltern hatten, weil sie Mama riefen, und ich wusste eigentlich nicht so genau, was das ist" (Familie 1: Tochter, 5 Jahre).

In vielen Fällen sind die Betreuungspersonen in den Entscheid des Familiennachzuges involviert und geben den Impuls, damit die Eltern ihre Kinder in die Schweiz holen. Gerade bei Flüchtlingsfamilien zeigte es sich, dass die Eltern so stark mit der Verarbeitung ihrer Vergangenheit und der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen beschäftigt waren, dass es ihnen nicht in den Sinn kam, ihre Kinder nachzuziehen. Es waren dann die Betreuungspersonen, die den Familiennachzug anstießen; sei es, dass sie der Überzeugung waren, Kinder müssten bei ihren Eltern aufwachsen, oder sei es, dass sie alt und gebrechlich wurden und die Betreuung der Enkelkinder zur Belastung wurde. In diesen Fällen handeln die Betreuungspersonen stellvertretend für die Kinder und die von den Erwachsenen initiierten Entscheidungen werden von den Kindern mitgetragen. Die Eltern erwähnen gegenüber den Kindern und Jugendlichen oftmals die besseren Ausbildungsmöglichkeiten und überzeugen so die Kinder vom Familiennachzug: „Und da hat meine Mutter gesagt – da kriege ich eine bessere Zukunft, und so und dann bin ich hierhergekommen" (Familie 19: Sohn, 5 Jahre).

Einige Kinder wussten nicht, dass ein Familiennachzug geplant war. So wurde ein Kind nicht informiert, dass es nach dem geplanten Ferienaufenthalt im Aufnahmeland bei den Eltern bleiben wird. Für das Kind kam die Familienzusammenführung sehr überraschend und durch die verwehrte Partizipation konnte sich das Kind im Herkunftsland weder von der betreuenden Familie noch vom Freundeskreis verabschieden. Die Motivation betreffend Familiennachzug auf Seiten der Kinder basiert häufig auf dem Wunsch eines Zusammenlebens mit den Eltern, also nach einem „normalen" Familienalltag. Dabei ist es für Kinder nicht relevant, ob die Familienzusammenführung im Herkunftsland oder im Aufnahmeland stattfindet. Dieser Wunsch kann so stark sein, dass auch Familien ohne Aufenthaltsbewilligung einen Familiennachzug vollziehen und für sich und die Kinder große Risiken eingehen.

6 Schlussfolgerungen

Migrieren Eltern ohne ihre Kinder, stellt dies nicht nur für Eltern, sondern auch für die Kinder bzw. für die Familie als Ganzes eine große Herausforderung dar. Für die Kinder und Jugendlichen bedeutet dies, dass sie sich aufgrund der elterlichen Migration in unterschiedlichen Settings, wie z.B. im Haushalt, der Familie, der Schule, im Freundeskreis neu orientieren und positionieren müssen. In fast allen Fällen handelten die Eltern und/oder Betreuungspersonen stellvertretend für die Kinder. Die Kinder partizipieren in diesem Sinne indirekt. Die Datenanalyse hat gezeigt, dass Kinder in die Migrationsentscheidung der Eltern kaum einbezogen werden, obwohl sie von der Abreise der Eltern direkt betroffen sind. Das gleiche Entscheidungsmuster lässt sich in der Auswahl des Betreuungsarrangements feststellen, bei der die Kinder, mit einer Ausnahme, nicht direkt partizipieren. Mit der Abreise der Eltern finden sich die Kinder in der Regel in einem neuen Betreuungssetting. Falls die Kinder nicht schon vorher mit der neuen Betreuungsperson im gleichen Haushalt gelebt haben, führt die Migration der Eltern zu einem Ortswechsel und bringt für die Kinder die Herausforderung mit sich, sich innerhalb des betreuenden Haushalts neu zu orientieren und sich gegenüber dessen Mitgliedern neu zu positionieren. Dieser Wechsel geht mit einem Übergang im sozialen Umfeld einher. Nicht nur müssen sich die Kinder in einem Haushalt mit einer anderen Zusammensetzung zu Recht finden, sondern sie müssen sich allenfalls aufgrund eines einhergehenden Schulwechsels auch ein neues soziales Umfeld aufbauen, sowie eine neue Beziehungsgestaltung zu den migrierten Eltern(teilen) erarbeiten. Migrieren beide Eltern gleichzeitig, stellt das die Kinder vor andere Herausforderungen, als wenn erst der eine und anschließend der andere Elternteil migriert. Ebenso ist die Vertrautheit bzw. Fremdheit mit dem neuen Betreuungsarrangement und dessen Stabilität von großer Bedeutung dafür wie die Kinder die Migrationsprozesse wahrnehmen und bewerten. Eine Jugendliche musste innerhalb von sechs Jahren in drei unterschiedlichen Betreuungsarrangements leben. In diesem Fall erwies sich das Betreuungsarrangement für das Kind als sehr instabil, so dass es zu mehreren Wechseln kam, die die Tochter immer wieder mit neuen Herausforderungen konfrontierten, ohne dass sie die Möglichkeit hatte, ihre Perspektiven und Wünsche bezüglich des Betreuungsarrangements einzubringen. Während die Tochter rückblickend einsieht, dass sie aufgrund ihres Alters bei der Wahl des ersten Betreuungsarrangements nicht konsultiert werden konnte, ist es für sie schwierig nachzuvollziehen, weshalb sie bei den weiteren Entscheidungen nicht mit einbezogen wurde.

Dabei zeigt sich, dass Eltern ihr erzieherisches Verhalten z.T. „einfrieren“ und nicht realisieren, dass ihre Kinder im Laufe der Trennung älter werden und andere Erziehungsstile fordern, die ihrem Alter angepasst sind. Ob und wie die Eltern Kinder an Entscheidungsprozessen partizipieren lassen, hängt auch stark von ihren Vorstellungen und Konzeptionen von Kindheit zusammen. Werden Kinder aufgrund ihres Alters und ihres Geschlecht als vulnerabel und schutzbedürftig verstanden und wird ihnen nicht zugetraut, eine eigene Meinung zu haben bzw. die Entscheidungen zu verstehen und zu verarbeiten, können sie vor dem Hintergrund einer solchen Kindheitskonzeption nicht an zentralen Entscheidungsprozessen teilhaben und diese Entscheidungen müssen von den Eltern gefällt werden.

Beim Familiennachzug zeigt sich, dass nebst den Eltern vor allem andere Mitglieder des Haushalts bzw. der Familie in diesen Entscheid involviert sind. Gerade diese Migra-

tionsentscheidung wird oftmals von den Betreuungspersonen an die Kernfamilie herangetragen. In dieser Beziehung beruhen in den Familien der Entscheid zum Familiennachzug auf einem Zusammenspiel von individuellen und kollektiven Überlegungen und Ressourcen. Die Kinder werden über diese Entscheidungen von den Eltern informiert und tragen sie mit.

Werden Migrationserfahrungen von Kindern und Jugendlichen thematisiert, ist zu beachten, dass diese sich erheblich von denen der Eltern unterscheiden können. In der Arbeit mit Migrationsfamilien bzw. in Forschungsprojekten über Entscheidungsprozesse im Migrationskontext ist dementsprechend zu beachten, dass Perspektiven von unterschiedlichsten Familienangehörigen berücksichtigt werden. Dies stellt die Forschenden vor die Herausforderung, unterschiedliche Erfahrungen und Berichte der einzelnen Familienmitglieder einzuordnen und nicht die oftmals dominierende Perspektive auf die Migrationserfahrung – nämlich die der Eltern – in den Vordergrund rücken zu lassen. Wird die Perspektive der Kinder und Jugendlichen übersehen, führt dies zu einem einseitigen und fragmentierten Verständnis von Entscheidungsprozessen im Migrationskontext.

Anmerkungen

1 Das Forschungsprojekt wurde vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert und hatte eine Laufzeit von drei Jahren (2010-2013). Durchgeführt wurde das Projekt von *Luzia Jurt*, *Thomas Geisen* und *Christophe Roulin*.

2 In diesem Abschnitt wird immer das Alter der Kinder und Jugendlichen angegeben, welches diese bei der Abreise der Eltern hatten.

3 In diesem Abschnitt wird immer das Alter der Kinder und Jugendlichen angegeben, welches diese beim Familiennachzug hatten.

Literatur

Ackers, L. (2000): From ‘Best Interest’ to Participatory Rights: Children’s Involvement in Family Migration Decisions. Leeds: University of Leeds, Centre for Research in Family, Kinship and Childhood. Working Paper 18. Online verfügbar unter: http://www.sociology.leeds.ac.uk/assets/files/FLaG WorkingPapers/WP18_Ackers.pdf, Stand: 16.07.2013.

Apitzsch, U. (2003): Migrationsbiographien als Orte transnationaler Räume. In: *Apitzsch U./Jansen M. M.* (Hrsg.): Migration, Biographie und Geschlechterverhältnisse. – Münster, S. 65-80.

Bailey, A. (2009): Transnational Mobilities and childhood. In: *Qvortrup, J./Corsaro, W. A./Honig, M. S.* (Eds.): The Palgrave Handbook of Childhood Studies. – London, pp. 408-422.

Bailey, A./Boyle, A. (2004): Untying and retying family migration in the New Europe. Journal of Ethnic and Migration Studies, 30, pp. 229-241.

Bernhard, J. K./Landolt, P./Goldring, L. (2005): Transnational, Multi-Local Motherhood: Experiences of Separation and Reunification among Latin American Families in Canada. – Toronto.

Boos-Nünning, U./Karakasoglu, Y. (2006): Viele Welten leben. Zur Lebenssituation von Mädchen und jungen Frauen mit Migrationshintergrund. – Münster u.a.

Bushin, N. (2009): Researching family migration decision-making: a children – in families approach. Population, Space and Place, 15, 5, pp. 429-443.

Cooke, T. J. (2008): Migration in a Family Way. Population, Space and Place, 14, pp. 255-265.

Cooke, T. J./Bailey, A. J. (1996): Family migration and the employment of married women and men. Economic Geography, 71, pp. 38-48.

Dobson, M. (2009): Unpacking children in migration research. Children’s Geographies, 7, 3, pp. 355-360.

Dreby, J. (2007): Children and power in Mexican transnational families. Journal of Marriage and Family, 69, pp. 1050-1064.

Dreby, J. (2010): Divided by borders: Mexican migrants and their children. – Berkeley.
Fatke, R./Niklowitz, M. (2003): „Den Kindern eine Stimme geben“: Partizipation von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Online verfügbar unter: http://www.fr.ch/sej/files/pdf18/den_ kindern _eine_stimme_geben.pdf, Stand: 28.11.2013.
Fonseca, M. L./Ormond, M. (2008): Defining ‘Family’ and Bringing It Together: The Ins and Outs of Family Reunification in Portugal. In: *Grillo, R.* (Ed.): The Family in Question: Immigrant and Ethnic Minorities in Multicultural Europe. – Amsterdam, pp. 89-111.
Hart, R. A. (1992): Children’s Participation: From Tokenism to Citizenship. – Florence.
Hashim, I. M. (2005): Exploring the Linkages between Children’s Independent Migration and Education: Evidence from Ghana. Sussex: Centre of Migration Research. Online verfügbar unter: http://www.migrationdrc.org/publications/working_papers/WP-T12.pdf, Stand: 18.6.2011.
Horton, S. (2008): Consuming childhood: “lost” and “ideal” childhoods as a motivation for migration. Anthropological Quarterly, 81, 4, pp. 925-943.
Hutchins, T. (2011): They Told Us in a Curry Shop‘: Child-Adult Relations in the Context of Family Migration Decision-Making. Journal of Ethnic and Migration Studies, 37, 8, pp. 1219-1235.
King, R./Thomson, M./Fielding, T./Warnes, T. (2006): Time, Generations and Gender in Migration and Settlement. In: *Penninx, R./Berger M./Kraal, K.* (Eds.): The Dynamics of International Migration and Settlement in Europe. A State of the Art. – Amsterdam, S. 233-268.
Knörr, J. (Ed.) (2005): Childhood and Migration: From Experiences to Agency. – Piscataway.
McGrath, B. (2010): Social Capital in community, family, and work lives of Brazilian migrant parents in Ireland. Community, Work & Family, 13, 2, pp. 147-165.
Liebel, M. (2013): Kinder und Gerechtigkeit. Über Kinderrechte neu nachdenken. – Weinheim, Basel.
Lutz, H./Palenga-Möllenbeck, E. (2011): Das Care-Chain-Konzept auf dem Prüfstand. Eine Fallstudie der transnationalen Care-Arrangements polnischer und ukrainischer Migrantinnen. Gender. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft, 1, S. 9-27.
Ní Laoire, C. (2007): The ‚green, green, grass of home‘? Return migration to rural Ireland. Journal of Rural Studies, 23, pp. 332-344.
O'Connell Davidson, J./Farrow, C. (2007): Child Migration and the Construction of Vulnerability. – Stockholm.
Orellana, M./Thorne, B./Chee, A./Lam, W. S. (2001): Transnational Childhoods: The Participation of Children in Processes of Family Migration. Social Problems, 48, 4, pp. 572-591.
Pantea, M.-C. (2011): Young People’s perspectives on Changing Families’ Dynamics of Power in the Context of Parental Migration. Young, 19, pp. 375-395.
Parreñas, R. (2005): Children of Global Migration: Transnational Families and Gendered Woes. – Standford.
Reese, L. (2001): Mortality and identity in Mexican immigrant parents’ visions of the future. Journal of Ethnic and Migration Studies, 27, 3, pp. 455-472.
Strauss, A./Corbin, J. (1996): Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. – Weinheim.
Suárez-Orozco, C./Todorova, I./Louie, J. (2002): Making Up For Lost Time: The Experience of Separation and Reunification Among Immigrant Families. Family Process, 41, 4, pp. 625-643.
White, A./Ní Laroi, C./Tyrell, N./Carpen-Méndez, F. (2011) Children’s Roles in Transnational Migration. Journal of Ethnic and Migration Studies, 37, 8, pp. 1159-1170.
Whitehead, A./Hashim, I. (2005): Children and Migration: Background Paper for DFID Migration Team. Departement for International Development, UK.
Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: *Jüttemann, G.* (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. – Weinheim, Basel, S. 227-255.
Yaqub, S. (2009): Independent Child Migrants in Developing Countries: Unexplored links in migration and development. Innocenti, Working papers. Unicef.
Yeoh, B. S./Huang, S./Lam, T. (2005): Transnationalizing the ‘Asian’ family: imaginaries, intimacies and strategic intents. Global Networks 5, pp. 307-315.
Zentgraf, K. M./Stoltz Chinchilla, N. (2012): Transnational Family Separation: A Framework for Analysis. Journal of Ethnic and Migration Studies, 38, 2, pp. 345-366.

IJREE

International Journal for Research on Extended Education

- Single article download
- Print + Online Subscription
- Free Content:
  ToCs, editorials,
  book reviews,
  open access content

Find our journals on www.budrich-journals.com

To subscribe to our free newsletter **budrich international**,
just send an email to info@barbara-budrich.net

Barbara Budrich Publishers

Stauffenbergstr. 7. D-51379 Leverkusen Opladen
Tel +49 (0)2171.344.594 • Fax +49 (0)2171.344.693 •
info@barbara-budrich.net

www.budrich-journals.com

A Model of Boys' Body Image in Early Adolescence

Diana Raufelder, Sarah Braun, Alexander Lätsch, R. Poppy Wilkinson, Angela Ittel

Abstract
The major aim of this study was to explore and promote a deeper understanding of the essential contributing factors to body image development in a non-clinical sample of boys, including the roles played by peers, family, and media. In this study, semi-structured interviews were conducted with a sample of 14 adolescent boys (ranging in age from 10-12 years) who were randomly selected from the participant pool of a larger quantitative study (N = 167) conducted in elementary schools in Berlin, Germany. By using thematic analyses, two major themes were identified: (1) social comparison (including two subthemes: self-improvement and self-enhancement), and (2) internalization (including two subthemes: behavioral and cognitive dimensions). On the basis of these results, a final model of how boys conceptualize body image in early adolescence was elucidated, and can be found in the study.

Keywords: Boys' body image, Social comparison, Internalization, Early adolescence, Semi-structured interview, Thematic analysis

Ein Modell männlicher Körperbilder in der Adoleszenz

Zusammenfassung
Das Hauptziel dieser Studie galt der Identifizierung essentieller Faktoren der Körperbildentwicklung in einer nicht-klinischen Stichprobe von Jungen unter Berücksichtigung möglicher Einflüsse durch Peers, Familie und Medien. Es wurden semi-strukturierte Leitfadeninterviews mit 14 früh-adoleszenten Jungen (Altersrange von 10-12 Jahren) geführt, die zufällig aus den Teilnehmern einer größeren quantitativen Fragebogenstudie (N = 167) an Grundschulen in Berlin ausgewählt wurden. Mittels thematischer Analyse konnten zwei Hauptthemen identifiziert werden: (1) sozialer Vergleich (beinhaltet die beiden Subthemen Selbst-Verbesserung und Selbst-Erhöhung) und (2) Internalisierung (beinhaltet die beiden Subthemen behaviorale und kognitive Dimensionen). An Hand der Ergebnisse wurde schließlich ein finales Modell erstellt, das die Konzeptualisierung des Körperbildes von Jungen in der frühen Adoleszenz abzubilden sucht.

Schlagworte: Körperbild, Jungen, Sozialer Vergleich, Internalisierung, Frühe Adoleszenz, Semistrukturierte Interviews, Thematische Analyse

1 Introduction and theoretical background

Although there is growing interest in body image development in adolescent boys, the literature lacks a model of male body image during early adolescence specifically. To date, the majority of studies on body image have focused on middle and late adolescents, or on children with eating disturbances. Due to the fact that body image has always been a pathology-focused field of research (cf. *Cash* 2002), most research and theories have focused on the negative clinical components of body image, such as body dissatisfaction (cf. *Keery/van den Berg/Thompson* 2004), depression (cf. *Stice* et al. 2000), and eating disorders (cf. *Ricciardelli/McCabe* 2004). In addition, because girls have been the focus of the majority of this research, there is an unfortunate lack of understanding regarding boys' body image in general at this age.

Furthermore, most literature and research about boys' body image has been guided by findings concerning females that has been, perhaps without enough consideration, applied to young males (cf. *Hargreaves/Tiggemann* 2006). This is despite the fact that research has indicated that there are essential gender differences in the course of body image development throughout adolescence. In particular, female teenagers have higher body awareness, higher dissatisfaction with their shape, lower perceived athletic competence and stronger feelings of depersonalization as compared to males (cf. *Roth* 2002). Between the ages 13 to 18 years old, girls' body image satisfaction tends to steadily decrease, while boys usually grow continuously more satisfied with their body during this time period (cf. *Rosenblum/Lewis* 1999). However, it is important to realize that such statements refer to how boys and girls perceive their bodies on *average*. Indeed, while boys are generally more satisfied with their bodies during early adolescence than girls are with theirs (e.g., *Barker/Galambos* 2003; *Rosenblum/Lewis* 1999; *Shaw/Stice/Springer* 2004), many boys experience body dissatisfaction. For example, negative body image has been found to motivate dietary changes in boys who hope to become bigger and more muscular (cf. *Cohane/Pope* 2001; *Ricciardelli/McCabe* 2007). The desire to be muscular has emerged as a central issue associated with male body image (cf. *McCreary/Sasse* 2000; *Thompson/Cafri* 2007), and has been reported as a common concern by boys during adolescence (cf. *Hargreaves/Tiggemann* 2006). Importantly, this desire for muscularity may promote potentially dangerous behaviors such as bodybuilding, taking food supplements, and anabolic steroid use (cf. *Cafri* et al. 2005; *Jones/Bain/King* 2008). In addition, the drive for muscularity is associated with emotional ramifications such as lower self-esteem, heightened depression, body image disturbances, and body dissatisfaction (cf. *Labre* 2002; *McCreary/Sasse* 2000).

The perception of body image is typically oriented towards both individual characteristics (e.g., body mass index (BMI), eating behaviors, perceived family dynamics) and socio-cultural factors (e.g., media and social pressures to be a thin female or a muscular male) (cf. *Peterson/Paulson/Williams* 2007). Research suggests that socio-cultural factors in particular are shared risk factors for boys and girls in the development of body dissatisfaction (cf. *Humphreys/Paxon* 2004). Internalized societal messages about body ideals may arise from negative feedback from peers and family members (e.g., appearance-related teasing), as well as from increased discussions with friends about body and weight issues during adolescence (cf. *Barker/Galambos* 2003; *Jones* 2004; *Jones/Vigfusdottir/Lee* 2004). Such internalized societal messages have been found to be particularly detri-

mental as they contribute to the development of body dissatisfaction, low body esteem and an interest in changing one's physical appearance (e.g., *Eisenberg/Fabes/Spinrad* 2006; *Keery/Boutelle/van den Berg/Thompson* 2005). While this research has provided valuable information for intervention and prevention programs, it is still critical to gain a more thorough overall understanding of boys' concept of body image in particular, to support boys who are at risk of developing body dissatisfaction and, in turn, strengthen their positive body satisfaction.

While quantitative studies may offer an overall idea of the typical male and female experiences during early adolescence, it is important to also gain an understanding of individual experiences through qualitative approaches that focus on the individuals' point of view, feelings, thoughts, interpretations, and perceptions (cf. *Smith/Osborn* 2003). However, qualitative studies on boys' body image are still rare. In fact, to our knowledge, there are only three qualitative studies that have focused explicitly on adolescent boys' body image, (cf. *Hargreaves/Tiggemann* 2006; *Ricciardelli/McCabe/Ridge* 2006), and only one of which has focused on the developmental phase of early adolescence specifically (10-13 years old) (cf. *Frisén/Holmqvist* 2010). While social pressures and society norms are thought to play a formative role in how early adolescent boys think and feel about their bodies (cf. *Newman/Newman* 2006), it is imperative that we assess this assumption qualitatively.

In other words, there lacks an overall model of how boys conceptualize their bodies during the developmental phase of early adolescence in particular. Such a model is imperative as it may serve to develop age- and gender-appropriate preventative programs. Such programs hope to mitigate psychosocial risks in the critical transition phase from late childhood to early adolescence, when dramatic physical changes take place including growth spurts, reproductive system development, appearance of secondary sex characteristics, increase in muscular strength and redistribution of body weight (cf. *Newman/Newman* 2006).

The aim of the present study was to conceptualize boys' body image in early adolescence in a more general way. Considering the advantages of qualitative interviews (cf. *Smith/Osborn* 2003), this method was chosen to grasp adolescent boys' point of view in depth. First, we sought to describe the essential aspects of early adolescent boys' body image. Second, we sought to explore the role of socio-cultural influences through peers, family and media. The overall goal was the derivation of a general model of boys' body image, which includes essential contributing factors and socio-cultural influences.

2 Method

Participants. The larger quantitative study's sample consisted of participants (N = 167) who were 8- to 12-year-old 4th (n = 46), 5th (n = 94) and 6th (n = 27) grade students (M_{age} = 10.33 years; SD = .81) in elementary schools[1] in Berlin, Germany. Approximately 53.9 % of these students were boys (n = 90) and 46.1 % were girls (n = 77). Fourteen adolescent boys were randomly selected from this sample to participate in semi-structured interviews about body image, male idols, social comparison and the roles played by peers, family and media. The interviews were approximately 20 to 30 minutes in length.

Procedure. Based on the results of the quantitative analyses (cf. *Raufelder* et al. 2013; *Raufelder/Ittel* 2013) qualitative interviews (see appendix) were conducted with 14 randomly selected boys (15% of the male sample) in spring 2011 in order to gain richer information about boys' body image and body satisfaction in late childhood and early adolescence. The interviews were conducted in a classroom in the participants' elementary schools. Invitation to participate was initiated though written letters sent to the participants' parents, which included information about the qualitative study. Within the next few days, a trained research assistant called these parents and students, enabling them to ask questions about the interview and to provide active consent. The students were reassured of the confidentiality and anonymity of their responses, and were given a small token of appreciation (10 € Amazon-coupon) for their participation. A semi-structured interview was chosen to avoid statements being too broad in scope and therefore not amenable to thematic analyses (see appendix). A male researcher conducted the interviews due to the fact that men are more likely to discuss their body image concerns with fellow men (cf. *Adams/Turner/Bucks* 2005; *Bottamini/Ste-Marie* 2006). The interviews were conducted in English, recorded with a Dictaphone and were later transcribed by trained qualitative researchers. Each interview was approximately 20-30 minutes in duration. Pseudonyms were assigned to participants to ensure their anonymity.

Semi-structured Interviews. In accordance with *Smith*/*Osborn* (2003), an interview guideline, as shown in the appendix, was constructed. Based on the existing qualitative and quantitative research in the field, the following topics were chosen for the interview: satisfaction with one's own appearance, as well as perception of male body image in general; male idols and social comparison; the role of sports and eating behaviour; and, the influence of peers, family and media. Two interviews were conducted to pilot the interview guideline and protocol. As no concerns or problems arose during these pilot interviews, no changes were made to the guideline or protocol.

Data Analysis. The interviews were analyzed using thematic analysis (cf. *Braun/Clark* 2006). Our objective was to analyse expressive themes in order to identify the deeper structure of boys' body image. As described by *Braun/Clark* (2006), we followed the different phases of thematic analysis. In the first phase, the researchers familiarized themselves with the data by transcribing the interviews and reading and rereading the transcripts. In the second phase, initial codes were generated by going through the transcripts paragraph by paragraph. These codes covered the entire data set. In the third phase, codes with similar content and that were prevalent throughout the transcripts were combined into five potential overarching themes. The fourth phase involved reviewing the chosen themes and refining them. This step led to the final nuancing of the overarching themes, where two major themes and two subthemes, respectively, were identified. Defining and naming these themes was part of the fifth phase of thematic analysis.

In the present analysis the reasoning was mainly inductive, as the data was not interpreted within a pre-existing frame. An inductive and flexible approach is particularly useful when dealing with mainly unexplored research topics, as is the case in this study.

Data analysis was conducted by hand. The analyzing process was iterative and used methods of constant comparison with repeated scrutinizing of transcripts to determine the themes emerging from the data. Analytic themes were identified to summarize the data until the researchers agreed that there were no further themes to be identified. Selected excerpts from the interviews were taken to illustrate the participants' account for each

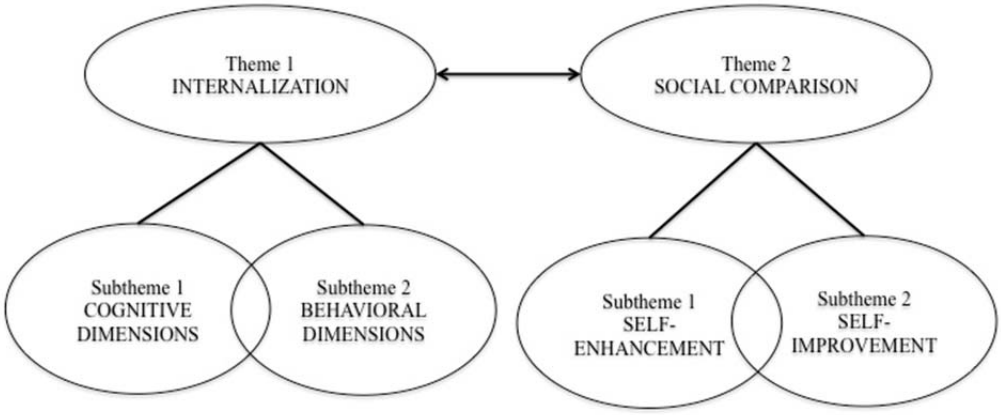
theme. Analyses presented are based on coding of the whole sample ($N = 14$) with almost perfect inter-rater agreement ($\kappa \geq .84$).

3 Results

By using thematic analysis (cf. *Braun/Clark* 2006), two major themes were identified in which societal values regarding appearance norms are transferred to the individuals' concept of body image: (1) internalization and (2) social comparison (see Figure 1). As the arrow between the two themes shows, an association between internalization and social comparison was found. Internalization is based on social comparison of the individual's self against his peers, family and representations in media. Conversely, the norms and values, on which the social comparison was made, are influenced by the internalized body ideal. Finally, the interplay of both themes influenced the constitution and development of boys' body image.

The theme of internalization consisted of two subthemes: (a) cognitive and (b) behavioral dimensions. The theme of social comparison consisted of two subthemes as well: (c) self-improvement and (d) self-enhancement (see Figure 1). The following quotations were selected to illustrate particular themes.

Figure 1. Results of the thematic analysis concerning early adolescent boys' body image



3.1 Theme 1: Internalization

The way in which the boys expressed their thoughts about an ideal male body revealed that they had not only already internalized a cognitive male body ideal by early adolescence, but additionally, that they had internalized behavioral strategies to achieve this ideal. To find out about how male body image was internalized, we also asked the boys about their ideas and thoughts about the qualities of a handsome man.

3.1.1 Subtheme 1: Cognitive Dimensions

On the cognitive level, it was evident that the internalized ideal male body image was characterized by features such as muscularity and style. However, when we asked about the qualities of a handsome man, (What is a beautiful/handsome boy/man for you? Could you describe him?), some boys (n = 4) mentioned functional characteristics such as strength and sportiness in addition to an attractive body shape. Specifically, when we asked the boys about an ideal male body, they tended to define a handsome man as an individual who is rather average, i.e., not too muscular, not too fat and not too thin:

"Like with muscles, but not too big muscles, not like the bodybuilders. Like a judo fighter. Also not like, that he is like, really big. He doesn't cut his hair like punks [do]. I don't like colour in the hair like blue." (Participant 5)

"Probably thin, but not too thin, not like skinny, but quite muscular." (Participant 11)

"But a handsome boy wouldn't be too thin or too fat…." (Participant 3)

"…And good body shape and a sense of style. Like clothing." (Participant 8)

It became clear that in imagining the qualities of a hypothetical handsome man, not only physical aspects (e.g., the right amount of muscles) were essential but also personality traits (e.g., kindness and confidence) played an important role too:

"And when he is nice and not shy it's perfect. Confident and so on. Not scared. Always nice to other people." (Participant 4)

"A gentleman, like he has to treat everybody or almost everybody with respect and not bullying anyone without a reason…." (Participant 8)

Peers. The interviews showed that peers did not play a key role in boys' cognitive internalization processes. None of our participants mentioned peers when we asked about their ideal male body image or where it came from. Even when we asked about male idols, no peers or friends were mentioned.

Family. In contrast to peers, male family members (father, older brother) often functioned as male body idols. For example:

"[In five years I want to look] like my dad. Like my dad when he was a teenager. Yes." (Participant 9)

"Mostly my brother. He also does the same sports, so I use him as a model when he throws in the [sports] tournament. Then I also….I learn from him." (Participant 5)

Media. In terms of cognitive internalization, only a few of the boys (n = 3) also named soccer players or celebrities when asked about the qualities of a handsome man:

"A handsome young man would have, I would maybe compare that to somebody like James Bond." (Participant 10)

"Well, yeah I would like to be a soccer player. And which one do I like the most? Like Arjen Robben from the Dutch national team." (Participant 12)

3.1.2 Subtheme 2: Behavioral Dimension

On the behavioral level it became apparent that some boys had clearly identified the connection between food consumption and weight gain. Consequently, those boys monitored their eating behavior to maintain their ideal body shape:

"And I only eat like one plate or half a plate, but if I eat a lot, I worry about how this effects my growth and what happens to my belly." (Participant 14)

"Like, I will eat more healthy food because, like, McDonald's would get you fat… I don't want that." (Participant 13)

In both examples, food consumption is directly linked to body shape and emotional feelings such as worry and fear of becoming fat.

Peers. On the behavioral level, peers were mostly mentioned in terms of style (i.e., clothes, hair style, shoes, brands, etc.). A small number of participants (n = 3) reported having being influenced by classmates and friends in terms of wearing specific clothes, having a certain haircut or using branded articles (i.e., iPhone, school bags, etc.):

"But I go more by the things that other people wear and also these shops like H&M and things like that." (Participant 14)

"[…] but I just like to wear T-shirts and it's not my own style because my friends wear…wear also things like me…" (Participant 6)

"[…] in our class, in sixth grade, there are many people with the same hair style like me […]" (Participant 13)

All three participants expressed a peer-orientation without any explicit negative or positive evaluation. Nevertheless, the lack of statements about being unique or different than others or about having one's own style (e.g., "it's not my own style"), indicates, in general, a positive connotation towards having the same style as one's peers.

Family. With behavioral internalization, family members in particular played a key role, such that they conveyed healthy eating behavior or sports involvement to the boys. Some boys associated their parents with healthy cooking (n = 3), prohibition of sweets/candy or unhealthy food (n = 3) and some boys (n = 4) associated them with norms and rules of healthy sports involvement. For example:

"Yes I eat bio[2] food more. But actually my mom is concerned so..." (Participant 11)

"I don't really care about [it] so much, but I don't want to get like somebody who lays on the couch the whole day or like that either […] So, my mother is very active and we also do much stuff outside and that's why I actually don't worry so much about it, because I know exactly that my mother would drag me to do sports…" (Participant 3)

"[…] and I do it in a fitness studio [gym] because my dad also does that, so I do other things too so it's…yeah" (Participant 6)

"Before I would say whatever, but now my dad said that I should lose a bit of weight and then I am thinking I should not eat sweets like pudding at school and stuff." (Participant 9)

These excerpts illustrate that boys tend to rely on their parents' behavior and attitudes towards food, eating, and sports involvement, which in turn affects the boys' behavior. In other words, the boys tended not to take personal responsiility for their actions in these areas. Parents' involvement ranged from indirect effects, such as acting as a role model (e.g., "my mother is very active") to direct affects, such as giving advice (e.g., "my dad said I should lose a bit of weight").

Media. On the behavioral level of body image internalization, media was mentioned by only two boys and this concerned the subject of shopping. For example, when celebrities in the media wore accessories or clothes with a special brand, the boys tended to buy them too in order to be "cool":

"I just […] when I see something, like when I see people like stars and they have something cool, like glasses and I like them, then I buy it too because some other people think they are cool." (Participant 4)

"Yes…like his [Arjen Robben's] new shoes that he also wears…I sometimes also go to the store and buy them." (Participant 12)

While the latter quotation concerns naming a celebrity as a style icon, the first example emphasizes that wearing cool accessories is also linked with a positive social reputation (e.g., "because other people think they are cool").

3.2 Theme 2: Social Comparison

Social comparison is not only a process of collecting information about one's standing on some dimension by comparing oneself with others in the social environment (cf. *Festinger* 1954), it can also be a way by which societal standards, such as an ideal body image, are internalized. The way in which these early adolescents expressed their thoughts regarding an ideal male body showed that they used two strategies to define their individual position within the societal standards of male body ideals: self-improvement and self-enhancement. Regarding social comparisons, the boys in our study seldom reported comparing themselves to peers, family members, or people from the media with the intention to simply make a self-evaluation comparison. However, they reported drawing comparisons in order to improve themselves in specific ways (i.e., to learn skills from someone or to reach a certain ideal). Frequently, the boys employed self-enhancement comparisons, meaning they focused on certain features of peers, family members or people from media and therefore distanced themselves from possible threats to their overall self-worth.

3.2.1 Subtheme 1: Self-improvement

Self-improvement comparisons serve as a way to gain knowledge about desired features and hence improve oneself (cf. *Pomery/Gibbons/Stock* 2012). Many boys in our study (n = 6) reported the desire to achieve certain characteristics of their peers, family members and sometimes people from the media. In terms of peers and family, it was striking that participants often compared themselves to people to whom they perceived themselves to be similar, and hence they believed that these ideals were attainable.

Peers. The boys in our study often reported comparing themselves to peers in order to meet a certain standard, especially in terms of sports:

"Yes, in Judo there is an 18-year-old boy, or almost a man. I compare myself with him because he was the same as me when he was small and we are really good friends and I mostly compare [myself] with him." (Participant 6)

This quotation underlines the principle of similarity: because the 18-year-old-boy had a similar body shape when he was younger ("he was the same as me when he was small"), this participant makes a positive comparison between himself and this individual. Furthermore, he mentioned an emotional connection ("we are really good friends"), which might be an additional aspect of the comparison process.

Family. As previously mentioned, family members often served as role models. This was evident in several self-improvement comparisons:

"I have a brother and he is 23 and he sometimes goes to the fitness studio [the gym] and I think he looks really good because he is not like…he is really normal. He looks good because he has a little bit more muscles than [the] average person and that's how I think he looks good: if you don't have extreme muscles, like, you look [like] you go to the fitness studio [the gym] 5 hours a day. He looks, like, a little bit more muscular than the average person. And he, when he was like I am, 12 (he is now 23) and if I think of how I will look in 5 years, I woud say that I would probably look like that and I would say I would look probably like that because I think if you do what I do, I do lots of sports and then you look good, better I think than a normal person who doesn't do sports…." (Participant 10)

"Mostly my brother. He also does the same sports, so I use him as a model when he throws in the tournament [in athletic sports]. Then I also….I learn from him." (Participant 5)

In both quotations, brothers serve as positive models in terms of social comparison. Again, in both statements there is a link to sports involvement and similarity ("when he was like I am") as well as a wish to be more muscular and to look better than the average person. In addition, in the latter example a learning effect is directly specified by the participant.

Media. Regarding media, only a few boys (n = 2) made self-improvement comparisons, which were not as precise as the comparisons made with peers or family:

"Sure, there are a lot of things, like, people make or have achieved, I also like to achieve but there is no one person that I definitely want to be like." (Participant 2)

3.2.2 Subtheme 2: Self-Enhancement

Self-enhancement is a way to improve one's self-worth (cf. *Pomery/Gibbons/Stock* 2012). In our study, several boys (n = 4) reported making self-enhancement comparisons in order to distinguish themselves from peers, family members or people in the media.

Peers. One boy emphasized the importance of other traits, such as intelligence:

"No, not to be like him because, the best looking guy in our fifth grade is the one with the least brain (laughs). So, it's about his grades and all that. Good looking but no brain." (Participant 9)

To perhaps enhance his view of himself, this participant makes a negative evaluation of his good-looking classmate's intelligence.

Family. One boy mentioned the possibility that some bodily features were innate and hardly changeable, and therefore, he would not compare himself with his brother:

"I don't usually because I know my body is much different than his, because he is mostly almost the biggest in his class. He is more, like, with not so much fat and he has more muscles and he was born with that. So I don't really compare [myself] to him." (Participant 6)

This quotation illustrates that self-enhancement is often associated with similarity. The brother is seen as innately different ("he was born with that"), therefore the participant choses not to compare himself to his brother. Instead of being unfavourably compared to his brother (who is, "almost the biggest… not so much fat and he has more muscles"), the boy self-enhances by differentiating himself.

Media. In terms of media, some boys clearly distinguished themselves from celebrities whose appearance might be biased by illustrations in the media.

"Well, actually I like football and so on. But soccer stars and so on are sometimes a little bit, uhahh, I don't know. A bit funny and also the other people: I think nobody would really fit to me [suit me as an idol] be-

cause I always see something that I don't like and so this is always the case and that is why I think that I don't have that." (Participant 3)

As in the latter quotation, this boy highlights his uniqueness and eschews comparisons with famous soccer players. Describing them as being "a bit funny" implies a negative evaluation, as does "I always see something that I don't like".

4 Discussion

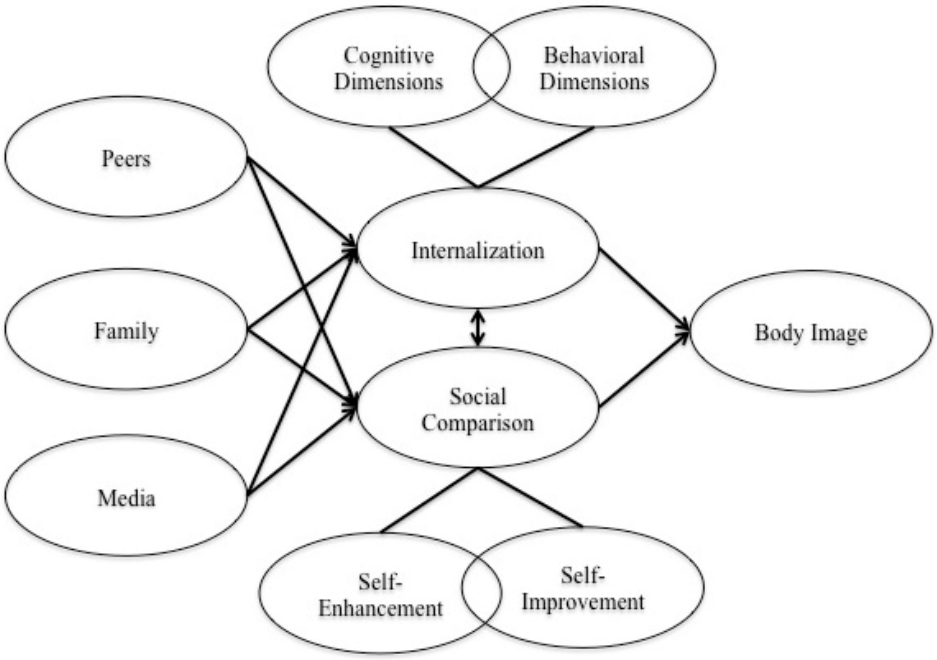
In this study, we tried to gain a deeper understanding of boys' body image in early adolescence by employing qualitative semi-structured interviews and analyzing them thematically.

Concerning body satisfaction, our results are in line with the qualitative study of *Hargreaves/Tiggemann* (2006): the boys in our study communicated a positive view of their bodies and the majority of them felt that they would not like to change their appearance in any way. However, our results illustrate that these early adolescent boys already show a strong awareness about how healthy eating behavior and exercise are associated with physical good looks. In terms of body investment, some boys have already started to restrict their eating behavior or have begun to engage in physical exercise in order to maintain a good body shape or lose weight.

In addition, most boys had a clear and similar idea of an ideal male body: not too fat and not too muscular. Concerning the qualities of a hypothetical handsome man, participants added features such as being smart or having good manners as well as possessing an attractive body shape. This reflects that young adolescent males do assign positive personality features to good-looking people, and it might also reflect an established anti-fat bias (cf. *Smolak* 2004).

Surprisingly, the two identified themes of our thematic analysis, (1) internalization and (2) social comparison, were nearly in agreement with the tripartite influence model of body dissatisfaction, which is traditionally tested in female samples to predict body dissatisfaction and the development of eating disorders (cf. *Shroff/Thompson* 2006; *Thompson/Heinberg/Altabe/Tantleff-Dunn* 1999). In addition, (a) cognitive as well as (b) behavioral dimensions could be identified as subthemes of internalization. Partly in accordance with social comparison theory (cf. *Festinger* 1954), two subthemes could be identified through thematic analyses: (c) self-improvement and (d) self-enhancement. However, self-evaluation comparisons (defined as simply reflecting the desire to compare oneself to others), which are manifestations of social comparison theory (cf. *Pomery/Gibbons/Stock* 2012), were not reported by most boys (n = 13). Only one boy mentioned comparing his body with other peers.

Figure 2. A model of boys' body image in early adolescence



In accordance with the tripartite influence model of body satisfaction (cf. *Shroff/Thompson* 2006; *Thompson* et al. 1999), we conceptualized a model of boys' body image in early adolescence that was based on our results (see Figure 2). As we have shown, social comparisons (i.e., self-improvement and self-enhancement comparisons) as well as cognitive and behavioral internalizations were influenced by family, peers, and media to varying degrees.

Although self-improvement comparisons were more common in terms of peers and family, in terms of self-enhancement comparisons family, peers and media were equally important. Our results are in partial agreement with the study of *Krayer/Ingledew/Iphofen* (2008), who found the use of these three types of social comparisons in a sample of 12- to 14-year-old boys and girls. However, as mentioned above, in the current study, hardly any pure self-evaluation comparisons were made, (i.e., the boys did not directly mention that they compared themselves with others). On the one hand, this might reflect a social desirability response set (i.e., if comparing one's body to others is seen as stereotypically "female", perhaps males tend to conceal their self-evaulations) (cf. *Hargreaves/Tiggemann* 2006). On the other hand, this might reflect a true gender difference, where boys are ultimately more satisfied with their bodies on average. Obviously, making many self-evaluation comparisons may lead to greater concern with one's own body, and create negative feelings of body dissatisfaction (cf. *Engeln-Maddox* 2005). However, making self-enhancement comparisons may also have a positive influence on body image and self-worth (cf. *Krayer* et al. 2008), because such comparisons allow the individual to maintain positive views about the self (cf. *Wood/Giordano-Beech/Ducharme/Michela/*

Gaus 1999). For example, negative stereotypes about others may be selectively activated and applied to make oneself feel better (cf. *Kunda/Sinclair* 1999). Self-enhancement mechanisms encompass discounting information as not relevant to the self and describing the other as inferior or at a disadvantage on a particular attribute on which one feels superior (e.g.,"No, not to be like him because, the best looking guy in our fifth grade is the one with the least brain (laughs)") (cf. *Krayer* et al. 2008). Likewise, self-improvement comparisons can produce positive effects if the individual believes that he or she can reach that ideal (cf. *Krayer* et al. 2008), which appeared to be the case in our study.

In terms of cognitive internalization, the image of an ideal male body was mostly constructed using family members and individuals in the media, rather than peers. Family members in particular, such as older brothers, appeared to be important role models for young adolescent boys.

Concerning behavioral internalization, healthy eating behavior and sports involvement were found to be communicated by parents; specifically, the mother was most often mentioned in terms of healthy eating habits, whereas the father was most often mentioned in terms of sports involvement. The influence of peers was only mentioned when it came to style.

Overall, our results suggest that in contrast to slightly older boys (cf. *Hargreaves/Tiggemann* 2006), early adolescent males are still strongly influenced by their families. This underlines the strong influence of the family as the primary socialization agent at this age (cf. *Eccles-Parsons/Adler/Kaczala* 1984; *Hill/Franklin* 1998) not only in general, but specifically in regards to boys' developing body image. It seems that the boys in our sample sought out idols/role models in their immediate environment, whose looks are perceived as attainable, rather than comparing themselves to actors or athletes who may represent an unrealistic ideal. Peers are influential in terms of behavioral internalization (i.e., style, clothes, hair cut, etc.) and social comparison in terms of body image (self-improvement and self-enhancement), and presumably this influence will increase through adolescence, when the peer group replaces the family as a secondary socialization agent (cf. *Crockett/Losoff/Petersen* 1984; *Lattimore/Butterworth* 1999).

The secondary role played by media in our results are in line with *Vincent/McCabe* (2000), who discovered that media plays a less important role in transmitting socio-cultural messages regarding body ideals to boys than it does to girls, as well as with *Ricciardelli/McCabe* (2003), who posited that boys do not perceive media as addressing them directly in terms of body image.

Finally, based on the results of the thematic analysis, a model of boys' body image was conceptualized, which integrated the essential aspects as well as the socio-cultural influences (see Figure 2). Such a model is imperative as it may serve to develop age- and gender-appropriate preventative programs. Such preventive programs, which could and should be established in schools, are able to reduce psychosocial risks in the critical transition phase from late childhood to early adolescence, when dramatic physical changes take place, which often affect psychological well-being in a negative way.

5 Strength, Limitations and Future Research

As with all research, the findings of the present study should be interpreted in light of a number of limitations. First, as is common to qualitative research methods, the small sample size and the specificity of the sample (from upper-class international schools) in this study limits the generalizability of the findings; therefore, our results need to be interpreted with caution. By continuing to collect data until no further themes emerged and refining themes through constant comparison, we aimed to achieve theoretical saturation of the topic of interest (cf. *Taylor/Bogdan* 1984; *Morse* 1995). However, due to the limitations of the sample, other important themes may have been omitted. A replication of these findings with larger, more representative samples from diverse populations in a quantitative study would be imperative. A second limitation is that most boys are non-English native speakers and therefore they might have expressed their thoughts about the topics in a limited way. Nevertheless, they all attended an international school where they were accustomed to speaking English every day. Thirdly, it should be noted that we did not conduct any follow-up interviews in which the themes that had been identified were presented to the participants. Such a step could have been helpful to confirm or supplement the extracted themes with the participants. Fourthly, as parents were informed about the interviews and had to declare their consent to conduct the interviews, they might have influenced their children by talking about the topic or by instructing their children to give the "right" (socially desired) responses. Finally, a social desirability response set might have accounted for the fact that most boys did not mention body dissatisfaction initially. But when we directly asked if they would like to change something about their body, most boys admitted that they wanted to be bigger, more muscular or thinner. Additionally, the questionnaires showed that one third of the boys in the larger sample were not satisfied with their body. Hence, it is not clear whether boys at that age are really satisfied with their body or if it is socially desirable for them to declare that they are satisfied. This might reflect another gender difference.

Despite these limitations, the present study has extended the existing research on boys' body image in early adolescence in a non-clinical sample. Qualitative methodology was used in this study as we aimed to explore and promote a greater depth of understanding of the topic than might have been achieved in a quantitative design. Our findings provide important evidence that boys' body image in early adolescence is largely influenced by family and peers, rather than by media. In particular, same-sex role models (i.e., father, brothers, male friends) are essential for both social comparison and for internalization in the constitution of body image.

Future research needs to focus on gender variances concerning the different types of social comparison. In addition, it would be imperative to link boys' body image with "doing muscularity" theory (cf. *Coleman* 1990; *Budde* 2009), where children are thought to learn through socialization that specific patterns represent masculinity. Furthermore, prospective studies are needed to examine whether and how the employment of social comparisons, and hence the concept of body image, changes over time. Likewise, the changing influence of family, media and peers could be monitored during childhood and adolescence. More understanding of when and how body image issues emerge in children will help to develop preventative programs to promote a healthy body image and lead to greater body satisfaction in early adolescents.

Author Note

The authors would like to thank the principals, teachers, and students for their cooperation in making these studies possible.

Footnotes

1 The teaching language in both schools is English. Therefore the questionnaires and interviews were conducted in English.
2 "bio food" means organic food.

References

Adams, G./Turner, H./Bucks, R. (2005): The experience of body dissatisfaction in men. Body Image, 2, 3, pp. 271-283.

Barker, E. T./Galambos, N. L. (2003): Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: Risk and resource factors. Journal of Early Adolescence, 23, 2, pp. 141-165.

Braun, V./Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3, 2, pp. 77-101.

Budde, J. (2009): The Significance of the Body: The Construction of Masculinity among German Students. Thymos: Journal of Boyhood Studies, 3, 1, pp. 39-49.

Cafri, G./Thompson, J. K./Ricciardelli, L./McCabe, M./Smolak, L./Yesalis, C. (2005): Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. Clinical Psychology Review, 25, 2, pp. 215-239.

Cash, T. F. (2002): Cognitive-behavioral perspectives on body image. In: *Cash, T. F./Pruzinsky, T.* (Eds.): Body Image: a handbook of theory, research, and clinical practice. – New York, NY, pp. 38-46.

Cohane, G. H./Pope, H. G. (2001): Body image in boys. A review of the literature. International Journal of Eating Disorders, 29, 4, pp. 373-379.

Coleman, W. (1990): Doing masculinity/doing theory. In: *Hearn, J./Morgan, D. H.* (Eds.): Men, Masculinities and Social Theory. – London, UK, pp. 170-199.

Crockett, L./Losoff, M./ Petersen, A. C. (1984): Perceptions of the peer group and friendship in early adolescence. Journal of Early Adolescence, 4, 2, pp. 144-181.

Eccles-Parsons, J./Adler, T. F./Kaczala, C. M. (1982): Socialization of achievement attitudes and beliefs: parental influences. Child Development, 53, 2, pp. 310-321.

Eisenberg, N./Fabes, R. A./Spinrad, T. L. (2006): Prosocial Development. In: *Damon, W.* (Ed.): Handbook of child psychology, Volume 3: Social, emotional, and personality development. – New York, NY, pp. 1017-1095.

Engeln-Maddox, R. (2005): Cognitive responses to idealized media images of women: the relationship of social comparison and critical processing to body image disturbance in college women. Journal of Social and Clinical Psychology, 24, 8, pp. 1114-1138.

Festinger, L. (1954): A theory of social comparison. Human Relations, 7, 2, pp. 117-140.

Frisén, A./Holmqvist, K. (2010): What characterizes early adolescents with a positive body image? A qualitative investigation of Swedish girls and boys. Body Image, 7, 1, pp. 205-212.

Hargreaves, D. A./Tiggemann, M. (2006): Body image is for girls. A qualitative study of boys' body image. Journal of Health Psychology, 11, 4, pp. 567-576.

Hill, A. J./Franklin, J. A. (1998): Mothers, daughters, and dieting: investigating the transmission of weight control. British Journal of Clinical Psychology, 37, 1, pp. 3-13.

Jones, D. C. (2004): Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. Developmental Psychology, 40, 5, pp. 823-835.

Jones, D. C./Vigfusdottir, T. H./Lee, Y. (2004): Body image and the appearance culture among adolescent girls and boys: An examination of friend conversations, peer criticism, appearance magazines, and the internalization of appearance ideals. Journal of Adolescence Research, 19, 3, pp. 323-339.

Jones, D. C./Bain, N./King, S. (2008): Weight and muscularity concerns as longitudinal predictors of body image among early adolescent boys: a test of the dual pathways model. Body Image, 5, 2, pp. 195-204.
Keery, H./van den Berg, P./Thompson, J. K. (2004): An evaluation of the tripartite influence model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. Body Image, 1, 3, pp. 237-251.
Keery, H./Boutelle, K./van den Berg, P./Thompson, J. K. (2005): The impact of appearance-related teasing by family members. Journal of Adolescence Health, 37, 2, pp. 120-127.
Krayer, A./Ingledew, D. K./Iphofen, R. (2008): Social comparison and body image in adolescence: a grounded theory approach, Health Education Research, 23, 5, pp. 892-903.
Kunda, Z./Sinclair, L. (1999): Motivated reasoning with stereotypes: Activation, application, and inhibition. Psychological Inquiry, 10, 1, pp. 12-22.
Labre, M. P. (2002): Adolescent boys and the muscular male body ideal. Journal of Adolescent Health, 30, 4, pp. 233-242.
Lattimore, P. J./Butterworth, M. A. (1999): Test of the structural model of initiation of dieting among adolescent girls. Journal of Psychosomatic Research, 46, 3, pp. 295-299.
McCreary, D. R./Sasse, D. K. (2000): An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. Journal of American College Health, 48, 6, pp. 297-304.
Morse, J. M. (1995): The significance of saturation. Qualitative Health Research, 5, 2, pp. 147-149.
Newman, B. M./Newman, P. R. (2006): Development through life: A psychosocial approach. – Belmont, CA: Wadsworth.
Peterson, K. A./Paulson, S. E./Williams, K. K. (2007): Relations of eating disorder symptomatology with perceptions of pressure from mother, peers, and media in adolescent girls and boys. Sex Roles, 57, 9-10, pp. 629-639.
Pomery, E. A./Gibbons, F. X./Stock, M. L. (2012): Social comparison. In: *Ramachandran, V. S.* (Ed.): Encyclopedia of Human Behavior. – Oxford, UK, pp. 463-469.
Raufelder, D./Waak, S./Melchior, A./Ittel, A. (2013): The role of sport involvement and general self-worth in the interplay between body dissatisfaction, worry and school disaffection in preadolescent boys and girls. Child Development Research, 3. Online verfügbar unter: http://www.hindawi.com/journals/cdr/2013/835149/, Stand: 25.08.13.
Raufelder, D./Ittel, A. (2013): Das Zusammenspiel von Sport, Körperzufriedenheit, emotionalem Empfinden und Schulengagement in der frühen Adoleszenz. In: *Hildebrandt-Stratmann, R./Laging, R./Moegling, K.* (Hrsg.): Körper, Bewegung und Schule. – Immenhausen, S. 199-213.
Ricciardelli, L. A./McCabe, M. P. (2003): A longitudinal analysis of the role of biopsychosocial factors in predicting body change strategies among adolescent boys. Sex Roles, 48, 7-8, pp. 349-359.
Ricciardelli, L. A./McCabe, M. P. (2004): A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. Psychological Bulletin, 130, 2, pp. 179-205.
Ricciardelli, L./McCabe, M. (2007): Pursuit of muscularity among adolescents. In: *Thompson, J. K./Cafri, G.* (Eds.): The muscular ideal: psychological, social, and medical perspectives. – Washington, DC, pp. 199-216.
Ricciardelli, L. A./McCabe, M. P./Ridge, D. (2006): The construction of the adolescent male body through sport. Journal of Health Psychology, 11, 4, pp. 577-587.
Rosenblum, G. D./Lewis, M. (1999): The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. Child Development, 70, 1, pp. 50-64.
Roth, M. (2002): Sex differences in body image of adolescents and significance for self esteem. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 51, 3, pp. 150-164.
Shaw, H./Stice, E./Springer, D. W. (2004): Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem in predicting bulimic symptomatology: Lack of replication. International Journal of Eating Disorders, 36, 1, pp. 41-47.
Shroff, H./Thompson, J. K. (2006): The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. Body Image, 3, 1, pp. 17-23.
Smith, J. A./Osborn, M. (2003): Interpretative phenomenological analysis. In: *Smith, J. A.* (Ed.): Qualitative Psychology: A practical guide to methods. – London, UK, pp. 51-80.
Smolak, L. (2004): Body image in children and adolescents: Where do we go from here? Body Image, 1, 1, pp. 15-24.
Stice, E./Hayward, C./Cameron, R. P./Killen, J. D./Taylor, C. B. (2000): Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study. Journal of Abnormal Psychology, 109, 3, pp. 438-444.

Taylor S. J./Bogdan, R. (1984): Introduction to qualitative research methods: the search of meanings. – Brisbane.
Thompson, J. K./Heinberg, L. J./Altabe, M./Tantleff-Dunn, S. (1999): Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance. – Washington, DC.
Thompson, J. K./Cafri, G. (2007): The muscular odeal: psychological, social, and medical perspectives. – Washington, DC.
Wood, J. V./Giordano-Beech, M./Ducharme, M. J. (1999): Compensating for failure through social comparison. Personality and Social Psychology Bulletin, 25, 11, pp. 1370-1386.

Appendix

Interview Protocol Including the Main Questions

- How would you describe your body?
- And what are your feelings about it?
- If you could be different, how would you be?
- Do you compare your body sometimes with others (peers/idols/family members)?
- What is a beautiful/handsome boy/man for you? Could you describe?
- Do you have any person/idol that you refer to for your look and image (from sport, TV, music, movies…)? Why do you like this person/idol? Is there any 'advice or tip' you take from them to change yourself? If yes, what is it?
- How do you want to look in five years?
- Do you sometimes eat because you feel bored?
- What are the main feelings and thoughts you have while/after eating?
- What is your favorite meal and why?
- How do you feel while/after doing sports?

Kurzbeitrag

Familienhebammen in den Frühen Hilfen: Formierung eines „hybriden" Tätigkeitsfeldes zwischen Gesundheitsförderung und Familienhilfe

Alexandra Sann

1 Frühe Hilfen und das Tätigkeitsfeld der Familienhebamme

Seit mehreren Jahren ist unter dem Begriff „Frühe Hilfen" eine zunehmende Etablierung und Ausweitung von multiprofessionellen Angeboten und Strukturen zur Förderung positiver Entwicklungsbedingungen für Säuglinge und Kleinkinder in Familien, insbesondere in solchen mit hohen psychosozialen Belastungen, zu konstatieren (vgl. *Sann* 2010, 2011; *Gran/Küster/Sann* 2012). Frühe Hilfen können, vor allem in ihren sekundärpräventiven Ausformungen, als sozialstaatliche Reaktion auf riskante Lebenslagen von Familien verstanden werden. Als Risikofaktoren werden dabei Merkmale auf unterschiedlichen familiären und gesellschaftlichen Ebenen angenommen und operationalisiert, die vor allem bei einer Kumulation eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Entwicklungsschwierigkeiten und/oder das Vorkommen von Vernachlässigung bzw. Misshandlung annehmen lassen (vgl. *Kindler* 2009). Mit der Einführung der Frühen Hilfen, die von der Grundidee her den erzieherischen Hilfen vorgelagert sein sollen, wurde implizit auch der Begriff des Risikos in der Kinder- und Jugendhilfe ausgedehnt: Nicht mehr nur konkrete Gefährdungen eines Kindes, sondern auch die Zugehörigkeit einer Familie zu einer (mit statistischen Methoden definierten) Risikogruppe werden nun Anlass zum Handeln. Damit wurde die Schwelle zur Intervention in Familien gezielt abgesenkt, und zwar in doppelter Hinsicht: Einerseits sind nun längerfristige, intensive Maßnahmen zur Unterstützung und Begleitung von Familien in schwierigen Lebenslagen leichter zugänglich, da weniger voraussetzungsvoll in der Gewährleistung als bspw. ambulante Hilfen zur Erziehung. Andererseits wurden im Rahmen der systematischeren Einbeziehung des Gesundheitswesens in präventive Strategien Früher Hilfen auch Einblicke in Familien und damit einhergehend Kontrollmöglichkeiten ausgeweitet, bspw. im Rahmen von Screenings in Geburtskliniken (vgl. *Pawils* u.a. 2011) oder durch die so genannten verbindlichen Einladewesen zu den pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen). Damit sind Frühe Hilfen zugleich auch Vorboten bzw. Wegbereiter weiterer, tiefgreifender Umstrukturierungsprozesse in den Sozialleistungssystemen: ihr Ansatz ist konstitutiv multi- und transprofessionell und darauf gerichtet, Systemgrenzen zu überwinden, um koproduktiv passgenaue Angebote für komplexe bio-psycho-soziale Problemlagen entwickeln zu können. Die angestrebte größere „Durchlässigkeit" der Systeme ist im Hinblick auf die Balance zwischen Hilfe und Kontrolle jedoch ebenfalls mehrdeutig: Durch verstärkte lokale

Diskurs Kindheits- und Jugendforschung/
Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research Heft 2-2014, S. 227-232

Vernetzung und Kooperation soll einerseits die Verweis- und Vermittlungspraxis zum Wohle der Kinder und Familien effektiver gestaltet werden, andererseits stehen Familien unter Umständen einem „lückenlos" informierten Gesamtsystem gegenüber. Die Wahrung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung sowie die strikte Freiwilligkeit der Inanspruchnahme der Angebote haben daher im Kontext Früher Hilfen einen besonderen Stellenwert erlangt (s. die Broschüre „Datenschutz bei Frühen Hilfen", *DIJuF* 2013).

So verstanden leisten Frühe Hilfen in mehrfacher Hinsicht „Grenzarbeit" (vgl. *Rettig/Schröder/Zeller* i. E.): Es werden exemplarisch die Grenzen zwischen privater und öffentlicher Verantwortung für das gesunde Aufwachsen von Kindern (neu?) verhandelt, gleichzeitig aber auch die überkommenen Grenzziehungen zwischen den Disziplinen, Ressorts und Professionen in Frage gestellt bzw. neu definiert (s. auch den 14. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, *BMFSFJ* 2013). Genau an diesen Nahtstellen bewegen sich Familienhebammen, eine „hybride" Weiterentwicklung des klassischen Hebammenberufs, die sowohl medizinisch-pflegerische Tätigkeiten und Kompetenzen als auch solche Kompetenzen aufweisen, die eher dem Feld der klassischen Sozialarbeit zugerechnet werden (s. auch das „Kompetenzprofil Familienhebammen", *NZFH* 2013). Besonders deutlich wird diese „Zwitterstellung" an zwei Punkten: der Indikation für die Hilfe sowie der Finanzierung bzw. (fehlenden) gesetzlichen Grundlage für die Hilfeleistung. Familienhebammen sollen Familien begleiten, die nicht vorrangig medizinische Problematiken, sondern vor allem psychosoziale Belastungen aufweisen und daher einen erhöhten Unterstützungsbedarf haben. Die Leistungen der Familienhebammen selbst sind jedoch gekennzeichnet durch einen vergleichsweise deutlichen pflegerischen und psychoedukativen Schwerpunkt (vgl. *Mattern/Ayerle/Behrens* 2012), werden aber nicht über die Krankenversicherungen, sondern in der Regel mit Mitteln der Kinder- und Jugendhilfe finanziert. Eine spezielle sozialgesetzliche Grundlage zur Gewährung dieser Leistungen besteht derzeit nicht. Dies hat zur Folge, dass sowohl die Art der Leistungen als auch die Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen für ihre Erbringung nicht normiert sind, sondern im Dreieck zwischen Familienhebamme, Familie und der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe als Auftraggeber jeweils ausgehandelt werden müssen. Die Finanzierung des Einsatzes der Familienhebammen in Kommunen durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen schließt die bestehende Lücke nur in materieller Hinsicht, eine Normierung dieser Leistungen wurde auch im Zuge der Verwaltungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern zur Umsetzung der Bundesinitiative nicht vorgenommen (vgl. *BMFSFJ* 2012).

(Familien-)Hebammen werden als besonders niedrigschwelliges Angebot betrachtet, da sie aufgrund ihrer medizinischen Expertise hohes Ansehen bei den meisten Klientinnen genießen. Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen (Familien-)Hebamme und Schwangerer bzw. Mutter erleichtert einerseits den Hilfezugang, weitet andererseits aber gleichzeitig Kontrollmöglichkeiten enorm aus. Damit einhergehend werden erhöhte Anforderungen an die professionelle Ausgestaltung der Hilfebeziehung gestellt: Hier sind höchste Sensibilität und Reflexivität erforderlich, um die prekäre Balance zwischen der Wahrung der Intimsphäre der Frau bzw. der Familie und der Förderung bzw. des Schutzes des Kindeswohls zu wahren. Während eine *Hebamme* in der medizinischen Regelversorgung immer strikt im Auftrag der Mutter arbeitet und dabei nur ihrer eigenen fachlichen Einschätzung des individuellen Unterstützungsbedarfs verpflichtet ist, muss die *Familienhebamme* auch die Vorgaben und Interessen ihres Auftraggebers, in der Regel des örtlichen Jugendamtes, angemessen berücksichtigen. Der Berufsstand der Hebammen gerät damit insgesamt in Gefahr, als „verlängerter Arm" des Jugendamtes wahrgenommen zu

werden. Diese Entwicklung wird von den Berufsverbänden der Hebammen auf Landes- und Bundesebene sehr kritisch beobachtet und mag zum Teil die Zurückhaltung erklären, die viele Hebammen gegenüber einer Weiterbildung zur und Tätigkeit als Familienhebamme hegen.

2 Versorgung mit Leistungen von Familienhebammen

Der Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsberufen ist aktuell einer von drei Förderschwerpunkten der Bundesinitiative „Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen". Familienhebammenunterstützung umfasst dabei den Zeitraum der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Säuglings. Frequenz und zeitlicher Umfang der Hausbesuche können je nach Merkmalen des Hilfebedarfs in der betreuten Familie und je nach arbeitsrechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen stark variieren (vgl. *Lange/Liebald* 2012).

Bis Anfang 2013 hatten insgesamt ca. 1500 in Deutschland tätige Hebammen die Zusatzqualifikation zur Familienhebamme erworben, ca. 1.200 von ihnen übten diese Tätigkeit auch aus (Deutscher Hebammenverband e.V., schriftliche Mitteilung). Damit ist eine bedarfsgerechte Versorgung bei Weitem nicht gesichert: Geht man von ca. 675.000 Geburten in Deutschland pro Jahr aus (vgl. *Statistisches Bundesamt* 2012), von denen wiederum geschätzte fünf bis zehn Prozent der Familien einen erhöhten Unterstützungsbedarf aufweisen (vgl. *Brand/Bartels/Liel* 2014) und bedenkt man zudem, dass eine Familienhebammen pro Jahr ca. zehn bis fünfzehn Familien intensiver und länger begleiten kann (vgl. *Lange* 2013), so würden dafür etwa 2.250 bis 6.750 Familienhebammen benötigt. Es besteht zu Beginn der Bundesinitiative also ein deutlicher Fachkräftemangel, der auch durch den Einsatz von Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen nur ansatzweise kompensiert werden kann, da die Zahl dieser Fachkräfte noch weit unter der der Familienhebammen liegt (vgl. *Pabst/Küster/Sann* 2014).

Daten aus einer 2012 durchgeführten telefonischen Befragung von Jugendämtern (vgl. *Gran* u.a. 2012) zeigen, dass ca. 85 Prozent der Kommunen bereits vor Beginn der Bundesinitiative Erfahrungen mit dem Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachberufen hatten. Der Einsatzbereich reichte dabei von präventiven Frühen Hilfen (ca. 50 %) bis zur Tertiärprävention im Rahmen ambulanter Hilfen zur Erziehung (ebenfalls ca. 50 %), wobei bei einem Viertel der Kommunen beide Einsatzvarianten gleichermaßen zum Zuge kamen. Dies verweist auf ein breites und uneinheitliches Spektrum von Einsatzmodi. Familienhebammen waren dabei überwiegend freiberuflich und auf Honorarbasis für das örtliche Jugendamt tätig, nur ein kleinerer Teil arbeitete angestellt und das zumeist bei einem freien Träger. Es wurde von einigen Jugendämtern berichtet, dass es zu Schwierigkeiten bei der Aushandlung von Arbeitsaufträgen und Vergütung kam.

Ob es im Rahmen der Bundesinitiative gelingen wird, die psychosoziale Versorgung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in belastenden Lebenslagen durch den verstärkten Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Gesundheitsfachberufen substanziell zu verbessern, ist Gegenstand einer umfangreichen Begleitforschung durch das NZFH. Erste Ergebnisse werden Mitte 2014 mit dem Zwischenbericht zur Bundesinitiative an den Deutschen Bundestag veröffentlicht.

3 Wirkungen der Interventionen mit Familienhebammen

Jenseits von Fragen der Bedeutung von und Versorgung mit Leistungen von Familienhebammen stellt sich natürlich auch die Frage nach den Wirkungen dieser Interventionen. Von 2007 bis 2010 wurden im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) zehn Modellprojekte zu den Frühen Hilfen durchgeführt (vgl. *Renner/Heimeshoff* 2010). In vier der insgesamt zehn Modellprojekte wurde der Einsatz von Familienhebammen erprobt und wissenschaftlich begleitet.

Zu einer positiven Einschätzung gelangt die qualitative Teilstudie im Rahmen des Modellprojekts zur Familienhebammenhilfe im Landkreis Osnabrück (vgl. *Makowsky/Schücking* 2013): Eltern gaben in offenen Interviews an, dass sie sich insgesamt gut unterstützt fühlten.

In einer nicht-kontrollierten Längsschnittstudie mit zwei Erhebungszeitpunkten in Sachsen-Anhalt (Projekt „Frühstart") konnte ebenfalls gezeigt werden, dass die Kompetenzen der betreuten Mütter in den drei erfassten Bereichen „Versorgung des Kindes", „Selbsthilfe und Organisation des Familienlebens" sowie „Suche und Annahme externer Hilfe" zum Abschluss der Familienhebammenbetreuung zugenommen hatten (vgl. *Ayerle* 2012). Eine Ausnahme bildeten diejenigen Mütter, deren Kinder zum Zeitpunkt der Betreuungsbeendigung in Obhut genommen oder zur Adoption freigegeben werden mussten: Sie konnten ihre (sehr niedrigen) Kompetenzen aus Sicht der Hebammen im Verlauf der Betreuung nicht verbessern. Dies betraf ca. acht Prozent der insgesamt 734 betreuten Mütter.

Einige positive Effekte der Familienhebammenunterstützung wurden auch in einer Längsschnittstudie mit Kontrollgruppendesign zum Projekt „Keiner fällt durchs Netz" festgestellt (vgl. *Sidor* u.a. 2013). Die selbst wahrgenommene Qualität der Mutter-Kind-Beziehung wurde gefördert: Mütter, die ein Jahr lang von einer Familienhebamme unterstützt wurden, nahmen ihr Kind im Vergleich zur Kontrollgruppe seltener als „schwierig" wahr und beurteilten die Beziehung zu ihrem Kind am Ende der Begleitung durch die Familienhebamme positiver als zu Beginn der Intervention. In den eingesetzten Beobachtungsverfahren mit externen Ratern konnte jedoch kein Effekt der Intervention auf die Interaktionsqualität nachgewiesen werden. Ein signifikant positiver Effekt der Intervention wurde auch hinsichtlich der sozialen Entwicklung des Kindes festgestellt: Ausgehend von niedrigeren Testwerten zu Beginn der Familienhebammenunterstützung, holten die Kinder der Interventionsgruppe innerhalb ihres ersten Lebensjahres den Entwicklungsrückstand auf und wiesen mit zwölf Monaten im Vergleich zu den Kindern der Kontrollfamilien in den Tests deutlich höhere Werte auf.

Im Modellprojekt „Pro Kind", das mit einer randomisierten Kontrollgruppenstudie aufwendig untersucht wurde, konnten jedoch keine Vorteile der Interventionsgruppe gegenüber der Vergleichsgruppe mit standardisierter Versorgung nachgewiesen werden, weder bezogen auf die Wahrnehmungen und Einschätzungen der Mütter, noch auf die Entwicklung der Kinder (vgl. *Jungmann* u.a. 2010).

Die aktuelle Befundlage zu den Fördereffekten von Interventionen durch Familienhebammen kann zusammenfassend als verhalten positiv bewertet werden, wenngleich die Datenbasis relativ schmal ist. Die Ergebnisse hängen zum einen sicherlich von der konkreten Ausgestaltung der jeweiligen Intervention ab, die in den Projekten durchaus viele

Unterschiede aufwiesen (vgl. *Renner/Heimeshoff* 2010). Welche Aspekte der Interventionen jeweils mit positiven Effekten einhergingen und welche nicht, kann aber (noch) nicht festgestellt werden. Zum anderen scheint die Güte des Forschungsdesigns ebenfalls eine Rolle zu spielen, da es in einem besonders hochwertigen Design (RCT) bisher nicht möglich war, einen kausalen Einfluss der Intervention auf Veränderungen bei den Müttern und Kindern im Verlauf des Projektes nachzuweisen. Weitere vergleichende Forschung zu Hilfeprozessen und Langzeit-Outcomes ist erforderlich, um Interventionen mit Familienhebammen wirksamer und nachhaltiger gestalten zu können.

Weder für Interventionen mit Familienhebammen noch für die Frühen Hilfen generell liegen bislang Studien vor, die belegen, dass dadurch diese präventiven Angebote die Anzahl der bekannt gewordenen Fälle von Vernachlässigung und Misshandlung messbar reduziert werden konnte. Im Gegenteil: Seit Einführung der Frühen Hilfen 2006 sind die Fallzahlen zu den Inobhutnahmen, Sorgerechtsentzügen und Hilfen zur Erziehung in der Gruppe der unter Dreijährigen stark gestiegen. Dies muss aber nicht bedeuten, dass die Frühen Hilfen nicht wirksam wären, vielmehr weist dieser Befund darauf hin, dass durch die intensiven Bemühungen um Kontakte zu Familien in riskanten Lebenslagen öfter als bislang Hilfebedarfe sowie mögliche Gefährdungen des Kindeswohls erkannt werden konnten, auf die das System der Kinder- und Jugendhilfe mit entsprechenden Maßnahmen reagiert hat (vgl. *Pothmann/Fendrich* 2013).

4 Ausblick

Mit der Bundesinitiative Frühe Hilfen soll die Familienhebammenunterstützung, ein zentraler Bestandteil der Frühen Hilfen in Deutschland, weiter ausgebaut werden. Der offensichtliche Fachkräftemangel führt zu einer deutlichen Restriktion in der Umsetzung dieses sozial-, familien- und kinderpolitischen Ziels. Um diese Hürde zu überwinden, bedarf es vor allem einer (gesetzlichen) Klärung des Auftrags und der Stellung der Familienhebammen innerhalb und zwischen den relevanten Sozialleistungssystemen. Zudem ist weitere vergleichende Forschung zu den Outcomes der Interventionen mit Familienhebammen notwendig. Weiterhin interessant bleibt es zu beobachten, welche Ausstrahlungen die Frühen Hilfen generell und im Besonderen die Tätigkeit der Familienhebammen auf die Kinder- und Jugendhilfe und die darin tätigen anderen Professionen haben.

Literatur

Ayerle, G. (2012): Frühstart: Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen. Schriftenreihe „Kompakt". Hrsg. vom NZFH. – Köln.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht. – Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Verwaltungsvereinbarung Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012-2015. Online verfügbar unter: http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Verwaltungsvereinbarung_Bundesinitiative_01.pdf, Stand: 21.03.2014.

Brand, C./Bartels, V./Liel, C. (2014): Erhebung von Merkmalen psychosozialer familiärer Belastungen im Übergang zur Elternschaft. Zusatzerhebung des NZFH im Rahmen der KiföG Regionalstudie 2012. Unveröffentlichter Bericht. – München.

Pabst, C./Küster, E.-U./Sann, A. (2014): Ergebnisse der Dokumentation und Evaluation der Bundesinitiative Frühe Hilfen: erste Erhebungswelle 2013. Unveröffentlichter Bericht. – Köln, München.

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (2013): Datenschutz bei Frühen Hilfen. Schriftenreihe „Praxiswissen Kompakt". Hrsg. von NZFH und IzKK. – Köln.

Gran, E./Küster, E.-U./Sann, A. (2012): Bestandsaufnahme Frühe Hilfen. Dritte Teiluntersuchung: Kurzbefragung Jugendämter 2012. Schriftenreihe „Kompakt". Hrsg. vom NZFH. – Köln.

Jungmann, T./Kurz, V./Brand, T./Sierau, S./von Klitzing, K. (2010): Präventionsziel Kindergesundheit im Rahmen des Modellprojekts „Pro Kind". Vorläufige Befunde einer längsschnittlichen, randomisierten Kontrollgruppenstudie. Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 53, 11, S. 1180-1187.

Kindler, H. (2009): Wie könnte ein Risikoinventar für Frühe Hilfen aussehen? In: *Meysen, T./Schönecker, L./Kindler, H.* (Hrsg.): Frühe Hilfen im Kinderschutz. Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe. – Weinheim, S. 62-77.

Lange, U. (2013): Newcomer oder Coming back – Familienhebammen in der Kinder- und Jugendhilfe. In: *Nationales Zentrum Frühe Hilfen* (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen. – Köln, S. 62-71.

Lange, U./Liebald C. (2012): Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen. Hrsg. vom NZFH. – Köln.

Makowsky, K./Schücking, B. (2013): Erleben der Betreuung durch Familienhebammen aus der Perspektive (werdender) Mütter in psychosozial belastenden Lebenslagen. In: *Makowsky, K./Schücking, B.* (Hrsg.): Was sagen die Mütter? Qualitative und quantitative Forschung rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. – Weinheim, Basel, S. 168-185.

Mattern, E./Ayerle, G./Behrens, J. (2012): Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen. Schriftenreihe „Materialien zu Frühen Hilfen", Bd. 5. Hrsg. vom NZFH. – Köln.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (Hrsg.) (2013): Kompetenzprofil Familienhebammen. – Köln.

Pawils, S./Metzner, F./Reiß, F./Schwinn, A./Röhrbein, M./Koch, U. (2011): Soziale Frühwarnsysteme: ambulant versus stationär – oder beides?! Evaluationsergebnisse zu „Babylotsen Hamburg" und „Mum – Mama und mehr". Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, 14, 1, S. 20-33.

Pothmann, J./Fendrich, S. (2013): Vermessen – Leistungsspektrum der erzieherischen Hilfen und der Inobhutnahmen als Reaktion auf Gefährdungslagen. In: *Nationales Zentrum Frühe Hilfen* (Hrsg.): Datenreport Frühe Hilfen. – Köln, S. 46-55.

Renner, I./Heimeshoff, V. (2010): Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Hrsg. vom NZFH. – Köln.

Rettig, H./Schröder, J./Zeller, M. (2014, i. E.): Grenzarbeiterinnen? Familienhebammen an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und Kinder- und Jugendhilfe. Sozialmagazin, 7-8.

Sann, A. (2010): Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Teiluntersuchung 1: Kooperationsformen. Schriftenreihe „Materialien zu Frühen Hilfen", Bd. 2. Hrsg. vom NZFH. – Köln.

Sann, A. (2011): Bestandsaufnahme zur Entwicklung der kommunalen Praxis im Bereich Früher Hilfen. Zweite Teiluntersuchung. Schriftenreihe „Kompakt". Hrsg. vom NZFH. – Köln.

Sidor, A./Kunz, E./Eickhorst, A./Cierpka, M. (2013): Effects of the Early Prevention Program "Keiner fällt durchs Netz" ("Nobody Slips through the Net") on Child, Mother, and their Relationship: A Controlled Study. Infant Mental Health Journal, 34, pp. 11-24.

Statistisches Bundesamt (2012): Geburtentrends und Familiensituation in Deutschland. – Wiesbaden.

Frühkindliche Gesundheitsförderung im Elternprogramm Chancenreich: Vorstellung der wissenschaftlichen Studie AQuaFam

Axinja Hachfeld

1 Frühkindliche Gesundheitsförderung

In Deutschland ist nahezu jedes sechste Kind übergewichtig (vgl. *Robert-Koch-Institut* 2008), und ebenso wie viele andere Gesundheitsindikatoren folgt Übergewicht einem sozialen Gefälle. Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus leiden häufiger an Gesundheitsproblemen und -störungen und weisen eine höhere Prävalenz verhaltenskorrelierter Risikofaktoren, wie beispielsweise eine schlechtere Ernährung und weniger Bewegung, auf (vgl. *Lampert/Hagen/Heinzmann* 2010). In den letzten Jahren sind verschiedene Gesundheitsförderungsprogramme ins Leben gerufen worden, die bereits im Kindesalter ansetzen. Erschwerend für solche Interventionen ist, dass Gesundheitsprobleme zum einen vielschichtig sind und zum anderen, dass die Grundlagen für späteres Gesundheitsverhalten bereits früh in der Kindheit gelegt und von Eltern an ihre Kinder weitergegeben werden. *Coneus/Spieß* (2012) sprechen hier von einer „intergenerational transmission of health between parents and very young children" (S. 96). Von besonderem Interesse für Interventionen sind die indirekten Pfade der Weitergabe von Gesundheit durch die elterliche Gesundheitsfürsorge und das Gesundheits- und Erziehungsverhalten. Denn anders als die Gene und das Umfeld, lassen sich diese zumindest theoretisch beeinflussen und bieten somit einen Ansatzpunkt für Interventionen.

In den Fokus sind in den letzten Jahren Eltern neugeborener oder sehr junger Kinder gerückt, u.a. durch das bundesweite Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme", das seit 2007 verschiedene Modellprojekte fördert. Der Fülle an Modellprojekten steht jedoch noch ein Mangel an wissenschaftlicher Begleitforschung gegenüber. Aussagekräftige Daten, wie präventive Ansätze am effektivsten gestaltet werden können, sind daher kaum vorhanden (vgl. *Jungmann/Brand* 2012; *Taubner* u.a. 2013). Eine Herausforderung in diesem Zusammenhang ist die Verbindung der verschiedenen Disziplinen, die im Rahmen des multiprofessionalen Ansatzes der „Frühen Hilfen" beteiligt sind. Durch den Fokus auf Gesundheitsprobleme (z.B. Frühgeburtlichkeit) nehmen die Medizin und die medizinischen Akteure eine wichtige Stellung ein (beispielsweise im Modellprojekt Familienhebammen). Schwerpunkt der sozialpädagogisch geprägten Ansätze (beispielsweise die Eltern-AG) sind meist die besonderen Herausforderungen bei der Umsetzung der Programme sowie Fragen des Zugangs zu verschiedenen (Risiko-)Gruppen. Die Frühpädagogik kann mit ihrem Wissen über die Bedürfnisse und Entwicklungsprozesse von kleinen Kindern ebenfalls einen wichtigen Bei-

trag leisten. Ziel des vorliegenden Artikels ist es, am Beispiel der Begleitstudie des Projekts Chancenreich diese Ansätze durch Erkenntnisse der Gesundheitspsychologie zu ergänzen.

Die überwiegende Zahl der Evaluationsstudien bisheriger Maßnahmen sind populationsbeschreibend bzw. umsetzungs- und praxisorientiert (vgl. *Cierpka* 2007; *Kooperationsverbund für „Gesundheitliche Chancengleichheit"* 2013). Theoretisch fundierte Ansätze, begleitet von hypothesenprüfenden Studien, sind dagegen besonders im Bereich der frühen Prävention kaum vertreten (vgl. *Taubner* u.a. 2013). Um jedoch erfolgreiche und vor allem replizierbare Interventionsstudien gestalten zu können, müssen zuerst veränderbare Prädiktoren des gewünschten Verhaltens identifiziert werden (vgl. *Lampard/ Jurkowski/Davison* 2013). Hier liegt eine Stärke der Gesundheitspsychologie, von deren langer Forschungstradition in der Erklärung und Vorhersage von Gesundheitsverhalten präventive Ansätze im Bereich früher Hilfen profitieren könnten. Gesundheitspsychologische Modelle berücksichtigen explizit die Einstellungen, Überzeugungen, Werthaltungen und motivationalen Orientierungen der Akteure, die den Grundstock für späteres Gesundheitsverhalten bilden. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass diese beispielsweise als Mediator zwischen soziodemographischem Hintergrund und Gesundheitsverhalten fungieren (vgl. *Ball* u.a. 2009; *Wardle/Steptoe* 2003). Eine einflussreiche Theorie ist die sozial-kognitive Theorie von *Bandura* (1998), die motivationale und selbst-evaluative Komponenten ebenso beinhaltet wie Kompetenzüberzeugungen (z.B. Selbstwirksamkeitserwartungen) und behindernde und fördernde (soziostrukturelle) Faktoren (z.B. soziale Unterstützung). Inwiefern diese Aspekte durch Elternprogramme gestärkt werden können, ist noch zu untersuchen und Fokus der wissenschaftlichen Begleitforschung des Projektes Chancenreich.

2 Das Modellprojekt Chancenreich

Mit dem Projekt Chancenreich hat die Stadt Herford gemeinsam mit der Carina Stiftung ein Angebot zur Unterstützung bei der Pflege und Erziehung ihrer Neugeborenen und Kleinkinder ins Leben gerufen, das sich an alle in Herford lebenden Familien richtet. Unterstützung erhalten die Eltern vor allem durch die Beratung von Familienbesucherinnen, Elterntrainings und lokale Vernetzung.[1]

Das Thema Kindergesundheit findet sich *implizit* in allen Modulen von Chancenreich wieder. In den ersten Lebensjahren sind die Eltern für ihre Kinder die Versorgenden und vermitteln gleichzeitig zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems und den Kindern (vgl. *Amen/Clarke* 2001). Im Elternhandbuch, in den Gesprächen mit den geschulten Familienbesucherinnen, den Trainings und im Austausch mit anderen Eltern informieren sie sich über die Entwicklungsschritte, die Ernährung und die Gesundheit ihrer Kinder. Zusätzlich werden die Eltern durch ein Bonusverfahren motiviert, alle empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen mit ihrem Kind wahrzunehmen. Alle Familien, die die vorher festgelegten Module[2] erfolgreich absolviert haben, erhalten einen Bonus von 500 Euro.

Zum Stichtag 15. November 2013 wurden über 2000 Familien in Herford von den Mitarbeiterinnen des Projekts Chancenreich kontaktiert. Von diesen haben 1252 Familien teilgenommen bzw. möchten teilnehmen. Das Durchschnittsalter der Kinder betrug 29 Monate (Spanne zwischen 6 und 51 Monaten) und die Hälfte der Kinder war weiblich.

Das durchschnittliche Alter der Mütter betrug 30 Jahre (*SD* = 6 Jahre), das der Väter 33 Jahre (*SD* = 7 Jahre). Die jüngste Mutter war 14 Jahre, die älteste Mutter 52 Jahre alt (Spanne der Väter von 17 bis 71 Jahre). 70% der Eltern waren verheiratet, 20% lebten in eheähnlicher Gemeinschaft, nur 8% der Teilnehmenden waren alleinerziehend. Knapp die Hälfte der Mütter (47%) und der Väter (49%) gaben an, einen Migrationshintergrund zu haben. Im Hinblick auf den Bildungsabschluss verfügte ca. die Hälfte der Eltern über eine Lehre bzw. einen Berufsabschluss (Mütter: 46%, Väter: 51%). 22% der Väter und 20% der Mütter hatten einen (Fach-)Hochschulabschluss. Während sich 95% der Mütter in Elternzeit befanden, traf dies nur auf 3% der Väter zu. Letztere waren zu 79% in Vollzeit erwerbstätig. Die Hälfte der Kinder hatte kein Geschwister, 45% hatten ein bis zwei Geschwister.

Während ihrer Besuche dokumentieren die Chancenreich-Familienbesucherinnen u.a. Informationen zum Gesundheitszustand der Mutter und des Kindes sowie zum Wohnumfeld der Familie. Diese Dokumentation ist angelehnt an wissenschaftliche Studien, jedoch kann und darf von den Familienbesucherinnen keine objektive Distanz zu den Familien verlangt werden. Demzufolge handelt es sich auch immer um subjektive Einschätzungen der Familienbesucherinnen (z.B. „Wirkt die Mutter gesundheitlich beeinträchtigt?“). Im Folgenden sollen einige der Gesundheitseinschätzungen für den ersten Familienbesuch deskriptiv beschrieben werden. Nur knapp fünf Prozent der Mütter wurden von den Familienbesucherinnen als gesundheitlich beeinträchtigt eingeschätzt, diese Einschätzung scheint vorrangig durch Probleme in der Schwangerschaft beeinflusst zu sein. Nur vier Prozent der Mütter rauchten während des ersten Besuchs der Familienbesucherin in Gegenwart des Kindes. Der Anteil von Müttern mit möglichen Suchterkrankungen ist mit unter einem Prozent zu vernachlässigen. Während der Schwangerschaft nahmen 99% der Mütter alle Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. Die Frühgeburtenrate lag bei 8%. Hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes scheinen die Chancenreich-Teilnehmerinnen somit keiner Risikogruppe anzugehören. Für die genannten Indikatoren lassen sich auch keine Unterschiede zwischen Teilnehmerinnen mit unterschiedlichem Bildungshintergrund finden (Mütter mit Abitur oder einem höheren Bildungsabschluss vs. Mütter mit Realschul- oder Berufsschulabschluss bzw. einem niedrigeren Abschluss). Die Familienhelferinnen schätzten zusätzlich den Zustand der Wohnung und des Kindes ein. Bei diesen Einschätzungen zeigte sich, dass Mütter mit höherem Bildungsabschluss signifikant positiver eingeschätzt werden als Mütter mit niedrigerem Bildungsabschluss. So wurde die Ernährung ($\chi^2(3,1171) = 14{,}70$, $p<.05$), Pflege ($\chi^2(3,1172) = 10{,}38$, $p<.05$) und Kleidung $\chi^2(3,1169) = 11{,}25$, $p<.05$) von Kindern mit Müttern mit Abitur als positiver oder angemessener eingeschätzt als die von Kindern, deren Mütter einen niedrigeren Bildungsabschluss hatten. Der Zustand der Wohnung wurde besser bewertet ($\chi^2(3,1031) = 8{,}55$, $p<.05$) und auch die Einschätzung, wie die Mutter mit der Pflege, Ernährung und Erziehung des Kindes zurechtkommt, fiel positiver aus ($\chi^2(3,860) = 13{,}42$, $p<.05$).

Diese Einschätzungen bieten Hinweise, wo Interventionen wie Chancenreich ansetzen können, lassen jedoch keine Aussagen über die Auswirkungen einer Teilnahme oder mögliche Wirkmechanismen zu. Dafür sind wissenschaftliche Begleitstudien notwendig.

3 Die Wissenschaftliche Studie AQuaFam[3]

Der theoretische Zugang der wissenschaftlichen Studie AQuaFam („Ansätze zur Erhöhung der familialen Anregungsqualität“) berücksichtigt verschiedene theoretische Modelle der frühkindlichen Entwicklungspsychologie, Pädagogik und der Bildungsforschung. Der vorliegende Beitrag betrachtet die Studie aus gesundheitspsychologischer Perspektive, jedoch ist der Bereich Gesundheitsförderung nur einer der zentralen Zielindikatoren[4] von AQuaFam.

Verschiedene Autorinnen und Autoren haben darauf hingewiesen, das Wissen über die frühkindliche Entwicklung und gesundheitsförderliches Verhalten nur eine Seite der Medaille ist, die andere ist die Umsetzung bzw. die Motivation zur Umsetzung (vgl. *Liberona/Sandmeir/Walter* 2010). So unterstreicht *Faltenmeier* (1998, in *Liberona/Sandmeir/Walter* 2010), dass gesundheitsförderliches Verhalten im Wesentlichen von den impliziten und expliziten Vorstellungen über Gesundheit beeinflusst wird. In Anlehnung an gesundheitspsychologische Modelle untersucht AQuaFam die sozio-kognitiven und motivationalen Variablen auf Seiten der Eltern. Dadurch sollen veränderbare Korrelate von gesundheitsförderlichem Erziehungsverhalten identifiziert werden, die durch frühpädagogische Interventionen beeinflusst werden können.

4 Studiendesign AQuaFam

Stichprobe: Die Studie ist querschnittlich angelegt und mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe konzipiert. Die Feldphase begann im November 2013 und soll im Frühjahr 2014 abgeschlossen werden. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen daher noch keine Resultate vor. Für die Interventionsgruppe sollen 240 Familien mit Kindern im Alter zwischen 24 und 48 Monaten rekrutiert werden, die seit der Geburt am Modellprojekt teilnehmen. Als Vergleichsgruppe sollen 80 nicht-teilnehmende Kinder gleichen Alters und ihre Familien interviewt und getestet werden.

Instrumente: Für den Bereich Gesundheit wurde einerseits auf bestehende Skalen zurückgegriffen (z.B. *Bohman/Ghaderi/Rasmussen* 2013), andererseits wurden eigene Skalen in Anlehnung an die sozial-kognitive Theorie von *Bandura* entwickelt. Letzteres war notwendig, da vor allem für die Erfassung des elterlichen Erziehungsverhaltens in Bezug auf Bewegung und Mediennutzung validierte Messinstrumente für den frühkindlichen Bereich bisher fehlen (vgl. *Jago* u.a. 2013; *Trost/McDonald/Cohen* 2013). Neben der wahrgenommenen Wichtigkeit verschiedener Gesundheitsbereiche (Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Förderung körperlicher Aktivität und Bewegung, Ernährung und Einschränkung von Medienkonsum) werden die elterlichen Selbstwirksamkeitserwartungen in Bezug auf die Umsetzung des Gesundheitsverhaltens (Gesundheitsvorsorge, Ernährung und Bewegung sowie Mediennutzung) erfasst. Das Gesundheitsverhalten der Eltern in Bezug auf ihr Kind wird sowohl durch Beobachtungsmerkmale (Umfeld des Kindes, Vorsorgeheft) als auch durch Selbstberichte erfasst. Im Selbstbericht sollen die Eltern angeben, wie häufig ihr Kind in den letzten sieben Tagen außerhalb der in der Kindertagesstätte verbrachten Zeit ein bestimmtes gesundheitsförderliches bzw. -hinderliches Verhalten ausgeübt hat.

5 Ausblick

Interventionsprogramme zur Förderung von Eltern kleiner Kinder bringen vielfältige Herausforderungen mit sich. Die Frage, inwieweit gesundheitsbezogenes Verhalten über sozio-kognitive Faktoren durch solche Ansätze tatsächlich effektiv verändert werden kann, ist dabei nur eine von vielen. Angesichts des sozialen Gefälles von Gesundheitsindikatoren liegt eine weitere Herausforderung im Zugang zu sozial benachteiligten Familien. An dieser Stelle ist das Projekt Chancenreich sehr erfolgreich (vgl. *Wilke* u.a. 2014).

Durch den intensiven und frühen Zugang zu den Familien wird erwartet, dass es Chancenreich gelingt, die Erziehungs- und Gesundheitskompetenz der Eltern zu steigern und über unterschiedliche Zugangswege zu einem gesunden Aufwachsen der Kinder beizutragen. Es ist anzunehmen, dass die Thematisierung der verschiedenen Gesundheitsbereiche in den unterschiedlichen Modulen zu einer erhöhten wahrgenommenen Wichtigkeit in der Interventionsgruppe führt; gleichzeitig sollen durch die Unterstützungsangebote die Selbstwirksamkeitserwartungen der Eltern in Bezug auf ihr eigenes Gesundheitsverhalten gestärkt werden. Der monetäre Bonus gibt einen zusätzlichen Anreiz zur Wahrnehmung aller Vorsorgeuntersuchungen, speziell für sozial schwächere Familien. Zu überprüfen, inwiefern diese Annahmen empirisch bestätigt werden können und ob sich differenzielle Wirkmuster für Familien unterschiedlichen sozialen Hintergrunds zeigen, ist der nächste Schritt der Studie AQuaFam. Durch den Fokus auf sozio-kognitive Variablen auf Seiten der Eltern können die Ergebnisse von AQuaFam dazu beitragen, veränderbare Korrelate von gesundheitsförderlichem Erziehungsverhalten zu identifizieren, die – anders als der soziale Hintergrund der Familie – durch frühpädagogische Interventionen beeinflusst werden können.

Anmerkungen

1 Weitere Module, die im Rahmen des Projekts umgesetzt werden, sind die Bereitstellung eines Elternhandbuchs, die verpflichtende Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, Büchergeschenke für die Kinder, die Unterstützung durch Familienpatinnen und Familienhebammen sowie die Bereitstellung von Treffpunkten für Eltern. Ferner wird ein frühzeitiger Kindergartenbesuch mit spätestens drei Jahren angestrebt.

2 Zwei Hausbesuche von Familienbesucherinnen im ersten Lebensjahr, die Teilnahme an allen Vorsorgeuntersuchungen bis zur U7a plus, die abgeschlossene Teilnahme an einem der fünf von Chancenreich empfohlenen Elterntrainings, die Zusammenarbeit mit der wissenschaftlichen Begleitung und die Anmeldung des Kindes in einer Kindertagesstätte bis zum 3. Lebensjahr.

3 Die Studie AquaFam wird von der Carina Stiftung gefördert.

4 Weitere sind das Erziehungsverhalten, die bildungsbezogenen Einstellungen und Überzeugungen und der sprachliche und soziale Entwicklungsstand der Kinder.

Literatur

Amen, M. M./Clarke, V. P. (2001): The influence of mothers' health beliefs on use of preventive child health care services and mothers' perception of children's health status. Issues Comprehensive Pediatric Nursing, 24, pp. 153-163.

Ball, K./MacFarlane, A./Crawford, D./Savige, G./Andrianopoulos, N./Worsley, A. (2009): Can social cognitive theory constructs explain socio-economic variations in adolescent eating behaviours? A mediation analysis. Health Education Research, 24, pp. 496-506. doi: 10.1093/her/cyn048.

Bandura, A. (1998): Health promotion from the perspective of social cognitive theory. Psychology & Health, 13, pp. 623-649.

Bohman, B./Ghaderi, A./Rasmussen, F. (2013): Psychometric properties of a new measure of parental self-efficacy for promoting healthy physical activity and dietary behaviors in children. European Journal of Psychological Assessment, 29, pp. 291-298. doi: 10.1027/1015-5759/a000159.

Cierpka, M./Stasch, M./Groß, S. (2007): Expertise zum Stand der Frühprävention/Frühintervention in der frühen Kindheit in Deutschland. Forschung und Praxis in der Gesundheitsförderung, hrsg. von der BZgA, Band 34. – Köln.

Coneus, K./Spiess, C. K. (2012): The intergenerational transmission of health in early childhood – Evidence from the German socio-economic panel study. Economics & Human Biology, 10, pp. 89-97. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ehb.2011.03.002.

Jago, R./Edwards, M. J./Urbanski, C. R./Sebire, S. J. (2013): General and specific approaches to media parenting: a systematic review of current measures, associations with screen-viewing, and measurement implications. Child Obesity, 9 Suppl, pp. 51-72. doi: 10.1089/chi.2013.0031.

Jungmann, T./Brand, T. (2012): Die besten Absichten zu haben ist notwendig, aber nicht hinreichend – Qualitätsdimensionen in den Frühen Hilfen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 61, S. 723-737.

Kooperationsverbund für „Gesundheitliche Chancengleichheit" (2013): Zur Wirksamkeit (früher) Unterstützungsangebote für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Handreichung, Stand April 2013. Online verfügbar unter: http://www.hage.de/files/13-09-19_wirksamkeit_hessen.pdf, Stand: 22.01.2014.

Lampard, A. M./Jurkowski, J. M./Davison, K. K. (2013): Social-cognitive predictors of low-income parents' restriction of screen time among preschool-aged children. Health Education & Behavior, 40, pp. 526-530. doi: 10.1177/1090198112467800.

Lampert, T./Hagen, C./Heinzmann, B. (2010): Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung. Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Robert-Koch-Institut. – Berlin.

Liberona, C./Sandmeir, G./Walter, V. (2010): Gesundheit beginnt in der Familie – Abschlussbericht. Evaluation innovativer Praxisprojekte zur Gesundheitsprävention für Kinder aus sozial benachteiligten Familien in großstädtischen Wohnquartieren. – München.

Robert-Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. – Berlin.

Taubner, S./Munder, T./Unger, A./Wolter, S. (2013): Wirksamkeitsstudien zu Frühen Hilfen in Deutschland. Kindheit und Entwicklung, 22, pp. 232-243. doi: 10.1026/0942-5403/a000122.

Trost, S. G./McDonald, S./Cohen, A. (2013): Measurement of general and specific approaches to physical activity parenting: A systematic review. Child Obesity, 9 Suppl, pp. 51-72. doi: 10.1089/chi.2013.0027.

Wardle, J./Steptoe, A. (2003): Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. Journal of Epidemiology and Community Health, 57, pp. 440-443. doi: 10.1136/jech.57.6.440.

Wilke, F./Hachfeld, A./Höhl, H.-U./Anders, Y. (2014): Welche Familien erreichen Angebote zur Familienbildung? Eine Analyse der Teilnehmenden-Struktur am Beispiel des modularen Projekts Chancenreich.

Kurzbeitrag

Qualität für Kinder im Internet: Wer führt in Deutschland die Diskussion um die Qualität kindgerechter Internetseiten?

Sandra Fleischer, Susanne Schneider

1 Einleitung

Die Aneignung des Internets durch Kinder und Jugendliche ist seit über einem Jahrzehnt ein beständiges Thema im öffentlichen Diskurs (vgl. *Livingstone/Haddon* 2009, S. 1). Kinder wachsen heute in einer mediatisierten Kinderkultur von Beginn an mit den digitalen Medien auf, die sich ältere Generationen erst im Erwachsenenalter erschließen mussten (bzw. müssen). Zum einen fokussieren die Diskussionen mögliche negative Einflüsse auf das Verhalten von Heranwachsenden. Dies wird insbesondere im Zusammenhang mit Konsequenzen für den Jugendmedienschutz besprochen. Zum anderen stehen die positiv bewerteten Möglichkeiten informeller Lernprozesse und die spielerische, interaktive Aneignung von Inhalten auf der Agenda. Darüber hinaus ist es ein Anliegen, dass sich Kinder geschützt im Internet bewegen können und Erwachsene sie auf diesem Weg begleiten (Medienerziehung), indem sie ihnen vermitteln, was sie im Umgang mit dem Internet wissen müssen (Medienkompetenz). Ferner ist es eine gesellschaftliche Aufgabe, auf politischer und rechtlicher Ebene Nutzungsangebote zu regulieren (Jugendmedienschutz).

Zugleich haben Lehrende und Erziehende einen großen Teil ihrer Hoheit über die Kindheit und Lernprozesse in der Kindheit verloren (vgl. *Fuhs/Schneider* in Druck; *Livingstone/Haddon* 2009, S. 1*; Fuhs* 2007, S. 163). Die Mediatisierung der Kindheit führt zu Entgrenzungen zwischen Schule und Freizeit, Lernen und Unterhaltung. In informellen Lernprozessen ist Wissen auch ohne Expert/-innen verfügbar und ein Treffen mit Menschen ist nicht mehr ortsgebunden. Es sind über die lokalen Grenzen hinaus weitere Möglichkeiten der nationalen und internationalen Beteiligung entstanden.

In diesem Spannungsfeld – zwischen Chancen und Risiken und der Veralltäglichung der neuen Medien (vgl. *Fleischer/Schneider* 2012) – ist eine Diskussion um die Qualität von Internetangeboten gewachsen, die die immer jüngeren Internet-Einsteiger mit ihren im Altersverlauf wachsenden Kompetenzen und spezifischen Interessen, Bedürfnissen und Bedingungen in den Blick nimmt. Dabei darf die Qualitätsdebatte jedoch nicht auf die Diskussion um die Chancen und Risiken verkürzt werden. Vielmehr müssen die neuen Medien als Teil einer globalen Auseinandersetzung um den Wandel von Kindheit gesehen werden (vgl. *Fuhs* 2007, S. 164-165; *Fuhs/Rosenstock* 2010, S. 91-95).

Qualitätsdebatten finden auf nationaler, aber auch auf international vergleichender Ebene statt (siehe zum Beispiel European Commission's Safer Internet Plus Programme

Diskurs Kindheits- und Jugendforschung/
Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research Heft 2-2014, S. 239-244

und insbesondere das Vernetzungs- und Forschungsprogramm EU KIDS online, dessen Koordinationspartner in Deutschland das Hans Bredow Institut ist). Der Fokus der folgenden Ausführungen liegt auf der Qualitätsdebatte in der Bundesrepublik.

2 Die Frage der Qualität im Kontext medialer Kinderkultur im Internet

Kinderkultur ist stets in einem doppelten Sinn zu verstehen: Zum einen als Kultur *für* Kinder mit all den kulturellen Elementen, mit denen Erwachsene die Kindheit für Kinder konstruieren (Erwachsenenperspektive); und zum anderen als Kultur *der* Kinder, die die Aneignung der Welt durch die Kinder und die Konstruktion von Kindheit durch die Kinder als Akteure (Kinderperspektive) beschreibt (vgl. *Fuhs/Rosenstock* 2010, S. 91; *Fuhs/Naumann/Schneider* 2010, S. 113). Bei Betrachtung der Akteure, die in der öffentlichen Diskussion um die kindliche und jugendliche Internetnutzung beteiligt sind, wird deutlich, dass die Diskussion um die Qualität v.a. durch Erwachsene geführt wird und die Kriteriendiskussion mit Kindern wenig Raum erhält.

Stellt sich die Frage nach der Kinderkultur im Internet, spielt auch die Klassifikation der Internetseiten mit dem Blick auf eine Alterseignung eine wesentliche Rolle. So finden sich im Netz Seiten, die explizit für Kinder gemacht sind; Seiten, die unbedenklich für Kinder sind und für Kinder und Erwachsene gemacht wurden; und Seiten, die ausschließlich für Erwachsene erstellt sind. Auffällig ist, dass der Qualitätsbegriff häufig nicht diskutiert oder bestimmt, sondern einfach vorausgesetzt wird. Im Folgenden soll daher dargestellt werden, welche Akteure sich an der Diskussion beteiligen und was sie zur Klärung der Problematik beitragen. Eine vollständige Berücksichtigung aller Akteure sowie Initiativen ist an dieser Stelle leider nicht möglich. Ebenso der Kürze der überblicksartigen Darstellung geschuldet ist, dass die Kriteriendarstellung im Einzelnen subsummiert und mit dem Verweis auf die jeweilig zugrundeliegenden Kriterienkataloge erfolgt.

3 Kinderkultur und Qualität im Netz: Akteure im Diskurs

Auf Bundesebene existieren einige Projekte, die auf politischer Initiative (national und europäisch) begründet sind und sich mit Akteuren auf Landesebene, hier v.a. mit den Landesmedienanstalten, aber auch privatrechtlichen Akteuren aus der Wirtschaft und auch mit Wissenschaftler/-innen bzw. wissenschaftlichen Institutionen vernetzen.

„Jugendschutz.net" wurde im Jahr 1997 von den Jugendministern der Bundesländer gegründet „um jugendschutzrelevante Angebote im Internet (so genannte Telemedien) zu überprüfen und auf die Einhaltung von Jugendschutzbestimmungen zu drängen" (*jugendschutz.net* 2013). Dazu bringen die Mitglieder ihre Expertise in verschiedene Projekte ein, wie z.B. in I-KIZ (dem Zentrum für Kinderschutz im Internet), „surfen-ohne-risiko" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (vgl. *BMFSFJ* 2013c) oder unterstützen die obersten Landesjugendbehörden und die Kommission für Jugendmedienschutz (KJM).

Die Initiative *„Klicksafe"* hat seit 2004 in Deutschland die Aufgabe, die Aspekte einer sicheren Nutzung des Internets durch Kinder und Jugendliche in die öffentliche De-

batte einzubringen und das Bewusstsein aller beteiligten Zielgruppen (Kinder und Jugendliche, Eltern und Pädagog/-innen) zu schärfen (vgl. *klicksafe* 2013).

„Jugendschutz.net" und „klicksafe" gehören zum „Safer Internet Programm", das in 27 europäischen Ländern umgesetzt wird und in Deutschland den Verbund *„Safer Internet DE"* unterstützt. Dessen Anliegen ist „bei Kindern, Eltern und Lehrern die Medienkompetenz und Sensibilisierung für Gefahren im Internet zu fördern" (*Safer Internet DE* 2013). Dazu wurde die *„Internetbeschwerdestelle"* als Anlaufstelle für Beschwerden zu illegalen und schädigenden Inhalten eingerichtet. Sie wird vom Verband der Deutschen Internet-Wirtschaft und der Selbst-Kontrolle Multimediadienste-Anbieter FSM getragen. Unter anderem engagiert sich auch der *„Nummer gegen Kummer e.V."* als „Dachorganisation des größten telefonischen und kostenfreien Beratungsangebotes für Kinder, Jugendliche und Eltern" in diesem Programm.

Die bisher vorgestellten Initiativen zeichnen sich v.a. dadurch aus, dass der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor gefährdenden Inhalten das zentrale Anliegen darstellt und die Diskussion um weitere Qualitätsaspekte in den Hintergrund gerät. Fragen nach der inhaltlichen Qualität entsprechend der Bedürfnisse und Interessen von Kindern sowie der ästhetischen Gestaltung und der Benutzerfreundlichkeit entsprechend der Ansprüche und Fähigkeiten von Kindern werden insbesondere durch die Initiativen *„Ein Netz für Kinder"* und *„Erfurter Netcode"* geführt.

„Ein Netz für Kinder" ist ein Zusammenschluss aus Politik, Wirtschaft und Institutionen des Jugendmedienschutzes (wie bspw. die FSM), der sich zum Ziel gesetzt hat, durch die Förderung qualitativ hochwertiger Kinderseiten zum Jugendschutz durch eine Vielzahl geeigneter und ansprechender Angebote beizutragen. Dazu wurde vom Beauftragten der Bundesregierung für Kultur und Medien (BKM) und dem Bundesministerium für Familie, Soziales, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ein öffentliches Förderprogramm eingerichtet, das seit 2008 hochwertige Seitenkonzepte bis zu drei Jahre finanziell fördert. Es sind derzeit 57 der geförderten Internetangebote online, die zusammen im Schnitt von 1,7 Millionen Kindern monatlich besucht werden. Ergänzend wurde mit *„fragFINN"* ein Surfraum geschaffen, indem sich Kinder geschützt bewegen können, da mit Hilfe einer Whitelist nur redaktionell geprüfte Seiten abrufbar sind. Redaktionell geprüft bedeutet, dass ein Team aus Medienpädagog/-innen jede Seite auf Basis eines Kriterienkataloges prüft und diese Prüfung regelmäßig wiederholt. Zudem steht eine Kinderschutzsoftware kostenfrei zur Verfügung (vgl. *Ein Netz für Kinder* 2013). Somit trägt „Ein Netz für Kinder" dazu bei, die existierenden Angebote für Kinder auffindbar zu machen und die Anbietenden zu vernetzen.

Der „Erfurter Netcode e.V." nimmt seit 2002 explizit die Qualitätsdebatte und Wertediskussion in den Fokus. Er ist unter Anderem eine Initiative der Landesmedienanstalten sowie der evangelischen und katholischen Kirche. „Das übergeordnete Ziel […] ist es, Kindern das Internet als Lebensraum zu eröffnen, der die Qualität hat, ihnen lehrreiche, genussvolle und identitätsstiftende Erfahrungen im sozialen Miteinander zu ermöglichen. Der Erfurter Netcode sucht die medienethische Auseinandersetzung mit den Anbietern und regt die Entwicklung von Qualitätsstandards an. Der Verein fördert die Qualität von Kinderseiten im Internet und vergibt das anerkannte Qualitätssiegel ‚Erfurter Netcode' für herausragende Internetangebote für Kinder" (*Erfurter Netcode e.V.* 2013). Ausdrückliches Anliegen ist es, die Wertediskussion, mit der Kindheit im öffentlichen Raum anhand der Qualitätsfrage verhandelt wird, in den Fokus zu setzen und die Diskussion nicht nur am Schutzgedanken festzumachen. Dazu werden Partner aus Politik, Kirche, Wirtschaft und Wissenschaft in Beirat, Vorstand und Siegelausschuss berufen, der öffentliche Austausch

in Fachtagungen gesucht, und dazu Anbieter ausgezeichnet, die sich in besonderer Weise über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus engagieren (vgl. *Erfurter Netcode e.V.* 2013).

Auch der *„Grimme online Award"* – jährlich verliehen vom Grimme Institut – zeichnet herausragende und innovative Angebote, die eine besondere Qualität aufweisen, aus, wobei die Anzahl prämierter Kinderseiten in der Gesamtschau noch recht überschaubar ist (vgl. *Grimme Institut* 2013). Im letzten Jahr waren alle fünf nominierten Kinderseiten von der Initiative „Ein Netz für Kinder" geförderte Seiten.

Siegel und Preise sind wichtige Instrumentarien, um mittels Best Practice-Beispielen eine Fortentwicklung zu unterstützen und auch, um die Arbeit und das Engagement der Seitenentwickler und Betreuer öffentlich, das heißt, bekannter und anerkannter zu machen. Siegel und Preise dienen dazu, Internetseiten für Kinder und Jugendliche mit ihren unterschiedlichsten Inhalten und Funktionen als Kulturgut wertzuschätzen.

Die hier benannten Initiativen sind über die in ihnen engagierten Personen und tragenden Einrichtungen miteinander vernetzt. Es besteht ein Austausch, der in konkreten Arbeitsgemeinschaften, in Gremien und auf Tagungen gepflegt wird. Dieser Netzwerkgedanke wurde durch die Initiative des Bundesfamilienministeriums noch einmal herausgestellt. Der *„Dialog Internet"* ist Ausdruck für den Bedarf einer „zeitgemäßen Kinder- und Jugendnetzpolitik" (aus dem Grußwort der Gründerin Ministerin a.D. Dr. Kristina Schröder, dialog-internet.de). „Dialog Internet" hat Partner aus Politik, Wissenschaft, Wirtschaft und Gesellschaft zusammengebracht, um Handlungsempfehlungen für die Kinder- und Jugendnetzpolitik zu eruieren. Daraus sind Initiativen entstanden wie zum Beispiel das *„Zentrum für Kinderschutz im Internet (I-KiZ)"*, das unter anderem durch jugendschutz.net und klicksafe unterstützt wird (vgl. *BMFSFJ* 2013a). Weitere Initiativen, die an den „Dialog Internet" angebunden sind, widmen sich den Themen Gaming, Online-Werbung, Schutzsoftware, Medienkompetenzförderung, der Entwicklung von Handlungskonzepten für medienpädagogische Peer-to-Peer-Projekte und der Verknüpfung multilateraler Kooperationsprojekte (vgl. *BMFSFJ* 2013b). Zudem wurde der *„KinderServer"* eingerichtet, der über das Selbstklassifizierungssystem „age-de.xml" bis 12 Jahre gelabelte Seitenangebote der Kindersuchmaschine *„Blinde-Kuh"*, von *„fragFinn"* und *„Seitenstark"* zusammenführt.

Die Diskussion um Qualität wird heute aber auch gesamtgesellschaftlich geführt, ohne konkret an politische Initiativen oder Jugendschutzeinrichtungen gebunden zu sein. Ein innovatives Beispiel ist das Projekt *„Media Literacy Lab (MLab)"*, das die Idee des offenen Lernens und Arbeitens einer für jedermann offenen Online-Community realisierte und im ersten Online-Kurs einen Kriterienkatalog für „Gute Apps für Kinder" erstellte, der in einem Wiki veröffentlicht wurde (vgl. *MLAB* 2013). Dieser umfassende Ansatz setzt den Fokus auf die immer stärker auf den Markt der Touchscreen-Anwendungen dringenden Apps und verbindet aus allen Bereichen Interessierte, zudem mit internationalem Bezug durch Zusammenarbeit mit POSCON – Positive Online Content and Services for Children in Europe (vgl. *POSCON* 2013).

4 Kinder: Die unterrepräsentierten Diskursakteure

Abschließen soll der Überblick mit den stark vernachlässigten und wesentlichsten Akteuren: den Kindern und Jugendlichen selbst. Wie bereits einleitend gezeigt, stellen die Kinder „im Handeln und im Dialog mit Erwachsenen ihre eigene Kinderkultur her, die nicht

selten den Erwachsenen ‚fremd' ist, da die Vorstellungen der Erwachsenen über Kindheit meistens nicht mit den Bedeutungen identisch sind, die Kinder ihrer Welt geben" (*Fuhs/Rosenstock* 2010, S. 91). Daher ist mit ihnen zumindest gleichermaßen die Diskussion um die Qualität zu führen. Bislang wird dieses Anliegen von Erwachsenen vorangetrieben. Insgesamt finden sich noch zu wenige Projekte mit der Beteiligung von Kindern.

In einem Projekt der Universität Erfurt wurden von 2005 bis 2010 in Erfurter Grundschulen 22 sogenannte Kinderjurys durchgeführt, um herauszufinden, welche Kriterien Kinder haben und welche Aspekte sie zu ihrer Beurteilung heranziehen. Dabei wurden Gruppen von 9- bis 10-jährigen Kindern gebeten, Kinderseiten, die das Siegel des Erfurter Netcode e.V. erhalten hatten und als besonders kinderfreundlich begutachtet worden, zu betrachten und zu bewerten. Erwachsene Studierende moderierten die Meinungsbildung, griffen jedoch nicht in den Prozess ein (vgl. *Fuhs/Naumann/Schneider* 2010, S. 118; s. ebd. für die Qualitätskriterien der Kinder). Auch bei dem jährlich stattfindenden Kinderfilmfestival *„Goldener Spatz"* werden im Rahmen einer Kinderjury – Mädchen und Jungen im Alter von 9 bis 13 Jahren – Webseiten und Onlinespiele getestet und vorgegebene Aspekte von Kinderseiten bewertet und diskutiert, um besonders gelungene Seiten zu prämieren (vgl. *Goldener Spatz* 2013). Weitere Beispiele für den Einbezug der Kinderperspektive sind die Kinderredaktion von jugendschutz.net *„Klick-Tipps"* (klicktipps.net) sowie das Förderprogramm von „Ein Netz für Kinder", das regelmäßig Kinderjurys zur begleitenden Evaluation der geförderten Seiten durchführt.

5 Fazit

Zusammengefasst betrachtet finden sich in der öffentlichen Debatte um die kindliche Internetaneignung einerseits Diskussionsstränge um den Jugendschutz und Wirkungen des Netzes im Sinne der Gefahrenabwehr, was sicher einen wesentlichen Teil der Qualität eines Angebotes ausmacht, zumindest als Minimalkriterium. Andererseits spielt für ein qualitatives und kindgerechtes Angebot ebenso eine essentielle Rolle, ob die Interessen und Bedürfnisse der Kinder angesprochen werden und sie das Internet und dessen Angebote für sich gestalten können.

Literatur

BMFSFJ (2013a): Dialog Internet. Online verfügbar unter: http://dialog-internet.de/web/de/projekt, Stand: 07.08.2013.

BMFSFJ (2013b): Alle Initiativen. Online verfügbar unter: http://dialog-internet.de/web/de/initiativen, Stand: 07.08.2013.

BMFSFJ (2013c): Impressum. Online verfügbar unter: http://www.surfen-ohne-risiko.net/impressum, Stand: 07.08.2013.

Ein Netz für Kinder (2013): Gemeinsame Initiative. Online verfügbar unter: http://www.ein-netz-fuer-kinder.de/gemeinsame_initiative/index.php, Stand: 07.08.2013.

Erfurter Netcode e.V.(2013): Verein. Online verfügbar unter: http://www.erfurter-netcode.de/13.html, Stand: 07.08.2013.

EU-KIDS online (2013): EU-KIDS online. Online verfügbar unter: www.eukidsonline.de, Stand: 07.08.2013.

Fleischer, S./Schneider, S. (2012): Einer der Orte fürs Sein – Aneignung von Internetangeboten durch Kinder. Medienerziehung in Kindergarten und Schule. DJI online Magazin. Online verfügbar unter:

http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=1160&Jump1=RECHTS&Jump2=5, Stand: 07.08.2013.

Fuhs, B./Schneider, S. (in Druck): Mediensozialisation und Medienerziehung. In: *Braches-Chyrek, R./Sünker, H./Röhner, C./Hopf, M.* (Hrsg.): Handbuch frühe Kindheit – Opladen.

Fuhs, B./Naumann, S. A./Schneider, S. (2010): Überlegungen zur Ästhetik der Kinderliteratur am Beispiel von Bilderbuch und Internet. Zeitschrift für Grundschulforschung. Bildung im Elementar- und Primarbereich, 2, S. 111-123.

Fuhs, B./Rosenstock, R. (2010): My first net. Internet im Vorschulalter. In: *Fuhs, B./Lampert, C./Rosenstock, R.* (Hrsg.): Mit der Welt vernetzt. Kinder und Jugendliche in virtuellen Erfahrungsräumen – München, S. 85-104.

Fuhs, B. (2007): Kinderkultur und Internet. Überlegungen aus Sicht der Kindheitsforschung. In: *Rosenstock, R./Schubert, C./Beck, K.* (Hrsg.): Medien im Lebenslauf. Demographischer Wandel und Mediennutzung – München, S. 163-180.

Goldener Spatz (2013): Festival. Online verfügbar unter: http://www.goldenerspatz.de/?id=166, Stand: 07.08.2013.

Grimme Institut (2013): Über den Preis. Online verfügbar unter: http://www.grimme-institut.de/html/index.php?id=33, Stand: 07.08.2013.

jugendschutz.net (2013): Impressum. Online verfügbar unter: http://www.jugendschutz.net/jugendschutz_net/index.html, Stand: 07.08.2013.

klicksafe (2013): Was macht klicksafe? Online verfügbar unter: http://www.klicksafe.de/ueber-klicksafe/die-initiative/projektinfo/was-macht-klicksafe, Stand: 07.08.2013.

Livingstone, S./Haddon, L. (2009): kids online. Opportunitiers and risks for children. – Bristol.

MLAB (2013): Open learning in der Medienpädagogik. Online verfügbar unter: http://medialiteracylab.de, Stand: 07.08.2013.

POSCON (2013): Welcome. Online verfügbar unter: http://www.positivecontent.eu, Stand: 07.08.2013.

Safer Internet DE (2013): Herzlich willkommen auf saferinternet.de. Online verfügbar unter: http://saferinternet.de, Stand: 07.08.2013.

Linksammlung

Dialog Internet – Initiativen, die an den „Dialog Internet“ angebunden sind: http://dialog-internet.de/web/de/initiativen

Ein Netz für Kinder – Förderrichtlinien einsehbar unter: http://www.ein-netz-fuer-kinder.de/foerderprogramme/index.php

Erfurter Netcode e.V.– Kriterien einsehbar unter: http://www.erfurter-netcode.de/16.html

European Commission under the Safer Internet Programme – Kriterien einsehbar unter: http://ec.europa.eu/information_society/activities/sip/docs/competition/final_draft.pdf

fragFINN – Kriterien der Whitelist einsehbar unter: http://www.fragfinn.de/kinderliste/eltern/whitelist/kriterien.html

Grimme online Award – Kriterien einsehbar unter: http://www.grimme-institut.de/html/index.php?id=55#c88

Internetbeschwerdestelle – http://www.internet-beschwerdestelle.de

Jugendschutz.net – http://jugendschutz.net

Klick-Tipps.net – http://www.klick-tipps.net/kinderredaktion

Kinderserver – http://www.kinderserver-info.de

Klicksafe – http://www.klicksafe.de

Media Literacy Lab (MLab) – Kriterien einsehbar unter: http://de.gute-apps-fuer-kinder.de/index.php?title=Kategorien

MDR KinderOnlinePreis – http://www.mdr.de/presse/unternehmen/presseinformation3328.html

Nummer gegen Kummer e.V. – https://www.nummergegenkummer.de/cms/website.php

POSCON – Positive Online Content and Services for Children in Europe – Kriterien einsehbar unter: http://www.bestcontentaward.eu/criteria-for-judges

Surfen-ohne-risiko – http://www.surfen-ohne-risiko.net/surfen/gute-kinderseiten

Safer Internet DE – http://saferinternet.de

Zentrum für Kinderschutz im Internet (I-KiZ) – https://www.i-kiz.de/hilfe

Kurzbeitrag

„Der Ton redet mit mir. Verstehst Du, was er sagt?" Die Arbeit am Tonfeld mit Kindern

Barbara Osterwald, Michael Günter, Andreas Mielck

Die neunjährige Sandra[1] lässt ihre Hände genussvoll über die feuchte Tonerde im Tonfeld gleiten, so dass schmatzende Geräusche entstehen. Mit ihrer Bemerkung bezeichnet sie ihre Beziehung zum Tonfeld wie auch zu ihrer Begleiterin als einen Dialog.

Im Folgenden soll die Arbeit am Tonfeld als eine Methode zur Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung vorgestellt werden, die auf der Haptik beruht. Obwohl die Wirkung der Haptik wissenschaftlich erforscht wurde, hat die spezielle Sichtweise der Haptik als ‚Beziehungs-Sinn', wie sie von *Heinz Deuser* entwickelt wurde, bisher nur wenig Beachtung gefunden.

1 Die Entstehung der Arbeit am Tonfeld

Die Arbeit am Tonfeld wurde von *Heinz Deuser* seit 1972 konzipiert. Er erkannte, dass unsere Umweltwahrnehmung von unseren physischen Bewegungen abhängt und sich zugleich in unseren Bewegungen vergegenwärtigt. Daraufhin suchte er eine Möglichkeit, dem ‚Beweger' seine eigene Bewegung ‚be-greifbar' zu machen. In der Tonerde als formbares, jede Bewegung abbildendes Material fand er das geeignete Medium.

Die theoretische Begründung wurde von *Deuser* in jahrzehntelanger Forschungsarbeit immer weiter ausgebaut, aufbauend auf Erkenntnissen aus Phänomenologie, Philosophie und moderner neurobiologischer Forschung. Auf dieser Grundlage entwickelte er einen eigenständigen Ansatz zur Beantwortung der Frage, wie die Wahrnehmung der eigenen Beziehung zur Umwelt erfasst und durch die Arbeit am Tonfeld gefördert werden kann.

Das Setting ist schnell beschrieben: Das Tonfeld – d.h. ein mit Tonerde gefüllter, flacher, rechteckiger Kasten (ca. 45 x 50 cm) – steht auf einem Tisch bereit. Dazu kommt eine Schale mit Wasser, das bei Bedarf zur Tonerde hinzugefügt werden kann. Ein/e Begleiter/-in unterstützt das ‚Arbeiten', d.h. den freien Umgang mit der Tonerde.

Diskurs Kindheits- und Jugendforschung/
Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research Heft 2-2014, S. 245-250

2 Theoretische Grundlagen

Wenn die Hände der am Tonfeld Arbeitenden das Feld berühren, stellt das Bewegen der Hände eine unmittelbare sensorische Beziehung her. Diese Wahrnehmung lässt sich auch so formulieren: Die Hände berühren ‚ein Anderes' und gleichzeitig werden sie von ‚diesem Anderen' berührt. So ist die Arbeit am Tonfeld immer ein gegenseitiges Beziehungsgeschehen zwischen einem Subjekt und einem Objekt, bei dem sich das Subjekt (d.h. die Arbeitenden) objektiviert, indem es sich in Form einer äußerlichen, objektiven Gestaltung ausdrückt. Durch diese Objektivierung kann sich das Subjekt selbst wahrnehmen und sich selbst aktiv neu regulieren.

Die Haptik schafft bei der ersten Berührung einen Beziehungsraum. Das Tonfeld wird zu einem Ort, an dem wir unsere biographischen und archetypisch-menschlichen Erfahrungen ausdrücken können. Zugleich sind die Hände in ihrem Tun durchdrungen von unseren grundlegenden kreativen Kräften, von der Bewegung des Lebens selbst, von dem Streben nach Weiterentwicklung. Daher ist jede Arbeit am Tonfeld auf individuelle schöpferische Entfaltung angelegt.

Die Haptik hat einen Doppelaspekt: sie vermittelt nicht nur eine reale Erfahrung der Umwelt, sondern gleichzeitig eine innerlich-emotionale Selbst-Erfahrung. Jeder haptische Reiz, der von außen kommt, löst eine empfindungsmäßige Reaktion aus. Es entsteht eine emotionale Dynamik, die bei der Arbeit am Tonfeld als Bewegung in die Hände einfließt.

Im wahren Sinn des Wortes ‚realisieren' sich somit die Arbeitenden in der Arbeit am Tonfeld, d.h. dass sie in der Wahrnehmung ihres Tuns für sich selbst wirklich werden, sich darin verwirklichen. Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Martin – ein achtjähriger Junge, der als aggressiv und gewalttätig geschildert wurde – kommt zur ersten Tonfeldstunde. Er nimmt Kontakt mit dem Tonfeld auf, indem er mit schlaffer, geradezu hängender Hand einen Alien auf dessen Oberfläche malt bzw. ritzt und dazu Alien-Fantasien äußert. Zunächst benutzt er das Bild einer gängigen Fantasiewelt und stellt sich symbolisch als ein sich selbst Entfremdeter dar. Im Sinn der Haptik ist dies eine Nicht-Beziehung, da er das Feld nicht wirklich berührt und somit keinen intensiven Bezug zum Gegenüber herstellt. Die Begleiterin nimmt dann ein spontanes Bedürfnis von Martin auf, als dieser mit festen Fingern in den Ton einsticht und ermutigt ihn, das zu wiederholen. Dadurch begegnen seine Finger einem konkreten Widerstand, einer konkreten Grenze in Form des Bodens im Tonfeld (und Martin kommentiert dies auch entsprechend). Dadurch verändert sich schlagartig sein ganzer Habitus. Seine Hände bekommen einen straffen Tonus, seine Vitalität und seine Lust loszulegen, erwachen. Er gräbt und greift und arbeitet mit aller Kraft im Tonfeld, wodurch die Alien-Geschichte jegliche Bedeutung verloren hat und vergessen wird.

Das schafft Vertrauen in die eigenen Kräfte, in die Möglichkeit, das eigene Leben selbst in die Hand zu nehmen. Sandro (vier Jahre alt) drückt sein am Tonfeld gewonnenes Selbstverständnis besonders pointiert aus: „Ich glaube, ich bin ein Genie."

Bei einem gesunden Reifungsprozess, so die Annahmen der Tiefenpsychologie, werden die grundlegenden Bedürfnisse ausreichend erfüllt, zunächst von der Mutter, dann auch vom Vater. Fehlt eine genügende Anerkennung und Sättigung dieser Grundbedürfnisse in der Kindheit, können die Betreffenden später häufig nicht ausreichend selbst dafür sorgen. Sie werden unter diesem Mangel leiden, und sich selbst als mangelhaft erle-

ben. Ihre Entwicklung wird vermutlich Brüche aufweisen, und diese Brüche werden sich in ihrer Vitalität, Emotionalität und/oder ihrem Sozialverhalten äußern.

Die Arbeit am Tonfeld bietet die Voraussetzungen für Bearbeitung und Ausgleich derartiger grundlegender Mangelerfahrungen. Auch und vor allem in Zeiten einer persönlichen Krise greifen die Arbeitenden am Tonfeld diese Mangelerfahrungen auf und führen sie zu individuellen schöpferischen Lösungen. Das drückt der sechsjährige Kevin, der eine Bärenhöhle baut, so aus: „Ich bin der Schöpfergeist". Im Gegensatz zu den biographischen Beziehungserlebnissen, die meistens durch Erfahrungen von Verlust, Versagen, Verlassenheit und mangelnder Anerkennung geprägt sind, bietet der Tonfeldkasten ein Gegenüber, eine sofort spürbare Präsenz mit dem durch den eigenen Zugriff bestimmbaren Material. Hier können die Betreffenden eine andersgeartete Erfahrung machen. Hier stellen sie durch eigenes Tun selbst die Möglichkeit einer Begegnung her, die sie auch selbst gestalten können.

Hinzu kommt, dass Begleiter/-innen die Arbeitenden in ihrer Bewegung unterstützen. Durch aufmerksame und fachlich kompetente Gegenwart, durch Ermutigung und Zuwendung helfen sie den Arbeitenden bei ihrer Suche nach Erfüllung ihrer Bedürfnisse. Mervenur (acht Jahre alt) drückt das so aus: „Wir haben so ein Glück! In unserem Zimmer sind nur wir drei – unser Ton und du und ich."

So kann es zu folgender, in der Praxis häufig zu beobachtenden Entwicklung kommen: Eine Person geht depressiv verstimmt, kraft- und mutlos ans Tonfeld. Ihre Hände irren und suchen erst einmal auf der Feldoberfläche umher, bis die Person einen Rhythmus findet, in dem sie sich ordnet und orientiert. Dann greift sie sehr kraftvoll und lustvoll das gesamte Material auf und knetet es durch. Sie bemerkt ihre Kraft, die sie verloren geglaubt hat. Daraufhin bohrt sie rhythmisch die Ellenbogen senkrecht ins Feld, macht damit überall Abdrücke und sagt dazu, dass sie ihren Stempel in das ganze Feld setze. So nimmt sie propriozeptiv (d.h. die eigene Körperbewegung bewusst wahrnehmend), mit Kraft und Druck, ihr ganzes (Ton-)Feld ein, d.h. ihren ganzen Wirklichkeitsraum. Sie erlebt ihre Kraft und begegnet sich selbst.

In der Praxis zeigt sich, dass die Darstellung von Beziehungsproblemen schon in den ersten Bewegungen der Hände am Tonfeld erkennbar werden kann. Sie verkörpern und zeigen in ihren spontanen Bewegungen unmittelbar auf, welche Entwicklungen auf Grund einer entmutigenden Beziehung nicht (oder nur unzureichend) stattgefunden haben. Es kommt z.B. häufiger vor, dass ein älteres Kind das Material nicht voll ergreifen kann, d.h. sich nicht erlauben darf, aktiv eigene Bedürfnisse aufzugreifen und zu gestalten, oder dass ein Kind mit zehn Jahren noch eine rundliche Patschhand wie ein Kleinkind hat. Auch die Phänomenologie der Hand kann ein Indikator für Entwicklungsverzögerungen sein.

Das diagnostische Potential des Tonfeldes wird ergänzt durch das therapeutische. Die Haptik ermöglicht einen ‚progressiven Handlungsdialog' mit dem Anderen und sich selbst. Das drückt der siebenjährige Hans aus, indem er den ganzen Ton aus dem Tonfeld baggert und dabei sagt: „Ich bin voll der Forscher – ich brauche gar kein Werkzeug, ich habe ja Hände." Und Franz (elf Jahre) berührt das Tonfeld zum ersten Mal: „Des is ja wie a Feld und i bin d'r Bauer, der's jetzt b'stellt."

3 Die Praxis der Arbeit am Tonfeld

In Deutschland arbeiten zurzeit ca. 300 ausgebildete Fachkräfte mit dieser Methode. In Österreich sind es ca. 40. Weitere ca. 60 kommen in Frankreich, Belgien und in der deutsch- und französisch-sprachigen Schweiz hinzu. Sie alle kommen aus sozialen oder therapeutischen Berufen, haben eine drei- bis vierjährige Weiterbildung erhalten, die Theorie, Methodik und Praxis der Arbeit am Tonfeld in Wochenendseminaren vermittelt. Dafür stehen insgesamt sechs Ausbildungsinstitute zur Verfügung, fünf in Deutschland und je eines in Österreich bzw. in Frankreich. Nach Abschluss der Ausbildung arbeiten die Fachkräfte in den ersten Jahren unter Supervision. Zur kontinuierlichen Qualitätssicherung besuchen sie zudem in regelmäßigen Abständen diverse Fortbildungsseminare.

Angeboten wird die Tonfeldarbeit in privater Praxis, an Kliniken und in verschiedenen Bildungseinrichtungen (vor allem in Schulen und Kindergärten). Im Vordergrund steht dabei die Unterstützung bei der Lösung von Problemen im Umgang mit anderen Menschen und bei der Bewältigung traumatischer Erfahrungen, die Hilfe bei Schulschwierigkeiten, Lern- und Aufmerksamkeitsstörungen oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die Arbeit am Tonfeld erbringt zumeist schon bald erste sichtbare und spürbare positive Veränderungen für die Betroffenen und für ihr persönliches Umfeld. Die für eine wissenschaftliche Evaluation erforderlichen finanziellen und persönlichen Ressourcen waren bisher noch nicht vorhanden. Es war daher noch nicht möglich, diese Effekte im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie empirisch zu belegen. Dennoch liegt aus unserer Sicht ausreichend Evidenz vor, zum einen durch die umfangreiche Erfahrung der ausgebildeten Fachkräfte ‚vor Ort' (d.h. am Tonfeld), und zum anderen durch die theoretische Begründung (siehe oben).

Um die Wirkungsweise der Arbeit am Tonfeld noch besser verdeutlichen zu können, soll im Folgenden ein Beispiel aus der konkreten Arbeit wiedergegeben werden[2].

Arbeit am Tonfeld mit einem 10-jährigen Grundschüler

Max kam auf Wunsch der Eltern (und nach Beratung mit den Lehrer/-innen) ans Tonfeld. In der Familie und in der Schule führten seine extreme Unruhe und sein aggressives und streitsüchtiges Verhalten immer wieder zu massiven Problemen. Er konnte sich kaum noch konzentrieren und seine Schulleistungen wurden immer schlechter. Durch ein ärztliches Gutachten wurde ADHS festgestellt. Max wurde von einer drogenabhängigen Mutter geboren und musste in den ersten drei Lebensmonaten einen Drogenentzug durchmachen – ebenso wie seine Mutter. Die Mutter ist alleinerziehend, lebt inzwischen ohne Drogen, der Vater ist unbekannt.

In der Arbeit am Tonfeld nahm Max mit der Begleiterin und dem Feld anfangs nur sehr vorsichtig Kontakt auf; er zeichnete, ritzte in den Ton oder verweigerte die Berührung ganz. Nach und nach wagte er intensivere Bewegungen durch Handabdrücke, Schlagen, Stechen, Greifen und Formen. Erst nach mehreren Stunden konnte er die Katastrophen, die er erlebt hatte, in bedrohlichen symbolischen Handlungen zeigen: Vulkanausbrüche, Erdbeben, Überschwemmungen, Atombombenabwürfe, Meteoriteneinschläge, Dinosaurierkämpfe und Ritterkämpfe bestimmten die Tonfeldarbeiten.

Nachdem er in ca. zehn Stunden diese bedrohenden Gewalten immer wieder gestaltet hatte, tauchte in der Arbeit ein winziger sicherer Ort auf, eine Höhle für eine Maus unter

der Tatze eines Dinosauriers. In den folgenden Stunden umbaute er Landstücke mit Mauern, später folgte ein Hausblock ohne Fenster auf einer Insel, dann ein Haus mit Tür und Fenster, von dem aus eine Brücke zum Festland führte. Die Entwicklung dieser Bilder zeigt, dass Max sich zunehmend einen geschützten und geborgenen Seelenraum schafft. Dieser Seelenraum kann sich öffnen und später sogar eine Verbindung zum Festland (d.h. zum Reich der anderen Menschen) ermöglichen.

Zu diesem Zeitpunkt riet die Begleiterin der Mutter, mit ihrem Sohn über die Probleme am Beginn seines Lebens zu sprechen. Sie berichtete erschüttert, dass er nach diesem Gespräch lange geweint habe. Max gewann immer mehr Vertrauen zu sich und in seine Fähigkeiten, dies zeigte sich auch an seinen Gestaltungen im Tonfeld. Seine Arbeiten wurden zentrierter. Er stellte einen Baum oder einen Turm in die Mitte seines Feldes oder platzierte dort eine Kugel, die das richtige Maß hatte (d.h. von seinen Händen gut umfasst werden konnte). Er legte auch Strukturen im Feld an, Straßen in Form von Schachbrettmustern, oder er betonte die vier Ecken des Feldes, indem er dort vier Wächter aufstellte. Auf diese Weise ordnete und bestimmte er selbst die Art, wie er sich nun innerlich geordneter in Beziehungen verhalten wollte und konnte.

Zuhause und in der Schule wurde Max immer ruhiger. Er kann sich besser konzentrieren und auch die schulischen Leistungen wurden besser. Zunehmend schafft Max es auch, sein Verhalten bei Konflikten mit Gleichaltrigen zu reflektieren und gewaltfreie Lösungen zu finden. Bei Problemen sucht er inzwischen die Hilfe der Sozialpädagogin der Schule. Insgesamt arbeitete Max ca. 50 Stunden am Tonfeld.

4 Ausblick

In ihrer besonderen Eigenschaft als ‚Beziehungs-Sinn', der sowohl körperliche als auch psychische Orientierungsfunktionen hat, spricht die Haptik den Einzelnen mehrschichtig an. Deshalb wirkt die Arbeit am Tonfeld mit Kindern wie mit Erwachsenen strukturierend und aufbauend, weil sie die Tiefendimensionen des Psychischen, seine schöpferische Kraft und Struktur in der Materie unmittelbar greifbar werden lässt. Diese Möglichkeit, auf der Basis der Einheit von Psyche und Materie in einen individuellen Umgang mit sich selbst zu kommen, ist besonders wirksam bei der Entwicklung von Kindern. Sie können am Tonfeld in ihren Gestaltungen spontan auch das äußern, wofür sie keine Worte finden.

Die Praxiserfahrung lässt keinen Zweifel daran, dass sich die Arbeit am Tonfeld sehr positiv auf Gesundheitszustand und soziale Integration auswirken kann. Wichtig wäre es jetzt, diese Effekte im Rahmen wissenschaftlicher Begleitstudien zu belegen.

Anmerkungen

1 Sämtliche Namen der Kinder wurden anonymisiert.
2 Wir danken Frau *Liesel Krüger* für diesen Bericht aus ihrer Arbeit am Tonfeld.

Literatur

Brockmann, A. D./Geiß, M. L. (2011): Sprechende Hände – Haptik und haptischer Sinn als Entwicklungspotential. – Berlin.

RdJB

Recht der Jugend und des Bildungswesens

RdJB ist die Fachzeitschrift für Fragen des Rechts und der Verwaltung im Bereich der Schule, der beruflichen Bildung und der Jugendhilfe.

RdJB versteht sich als Forum für den Meinungsaustausch und die gegenseitige Information von Wissenschaftlern und Praktikern, von Juristen und Pädagogen, von Lehrern und Erziehern über erziehungs- und sozialwissenschaftliche sowie rechts- und bildungspolitische Entwicklungen.

2014 im 62. Jahrgang

Herausgeber:

Prof. Dr. Ingo Richter,
Prof. Dr. Hans-Peter Füssel,
Prof. Dr. Christine Langenfeld,
Prof. Dr. Hans-Jörg Albrecht,
Prof. Dr. Jörg Ennuschat

Erscheinungsweise:

Vierteljährlich mit ca. 120 Seiten Umfang pro Heft.

Bezugspreis:

Jahresabonnement
– Print-Ausgabe 107,– €,
– Online-Ausgabe 107,– €,
– Print- und Online-Ausgabe 159,– €.
Einzelheft 28,– €.
Preise der Print- und Onlineausgabe für Institutionen mit IP-Zugang auf Nachfrage beim Verlag.
Alle Preise inkl. MwSt., zzgl. Portokosten bei Printausgaben.
Abbestellungen vierteljährlich zum Jahresende.
Mindestabonnementdauer: 1 Jahr

ISSN 0034-1312

Bildungsrecht – historisch

In zwei Heften, Heft 4/2012 und Heft 4/2013, widmet sich **RdJB** zusammen mit *Prof. Dr. Heinz-Elmar Tenorth*, der für die Mitherausgabe gewonnen werden konnte, mit sechzehn Beiträgen der Geschichte des Bildungsrechts. Dabei folgt die Aufteilung dieses Schwerpunktes auf die beiden Hefte nicht systematischen, sondern eher praktischen Gesichtspunkten des Zeitablaufs.
Beide Hefte umfassen jeweils Aufsätze zum

„Allgemeinen Teil:
Staat und Bildung in Deutschland in der historischen Entwicklung“

sowie zum

„Besonderen Teil:
Die Entwicklung des Bildungsrechts in Deutschland in besonderen Bereichen des Bildungswesens und in besonderen Fragestellungen“.

BWV • BERLINER WISSENSCHAFTS-VERLAG
Markgrafenstraße 12–14 • 10969 Berlin • Tel. 030 / 841770-0 • Fax 030 / 841770-21
E-Mail: bwv@bwv-verlag.de

Rezensionen

Henrike Friedrichs, Thorsten Junge, Uwe Sander (Hrsg.) (2013): Jugendmedienschutz in Deutschland

Rezension von *Achim Lauber*

Jugendmedienschutz ist in Zeiten global vernetzter und marktmächtiger Medien ein schweres Geschäft. Je nach gesellschaftspolitischer Position wird er von seinen Kritikern als zu lasch, zu rigide, wirkungslos, unzeitgemäß oder verzichtbar bewertet.

Die Herausgeber/-innen machen ihre Position in der Einleitung deutlich und weisen darauf hin, „dass Jugendmedienschutz unabdingbar ist und dass die öffentlich-rechtlichen wie auch die privaten Medienanbieter reguliert und unter rechtsstaatlich organisierte Standards gestellt werden müssen. Das bedeutet nicht unbedingt den bevormundenden ‚Schutz' von ansonsten wehrlosen Mediennutzern und das bedeutet auch keine Gängelung der individuellen Mediennutzung, sondern soll eine sozial verträgliche Entwicklung und Nutzung von Medien befördern." (S. 9)

Die 29 Beiträge des Bandes sind in sechs Abschnitte gegliedert. Drei Texte geben Einblick in die Geschichte des Jugendmedienschutzes der Bundesrepublik und ihrer Vorgängerstaaten. Besonders erwähnenswert ist der Beitrag von *Dieter Wiedemann* über den Jugendmedienschutz in der DDR. Hier erfährt man einerseits von der staatspolitischen Instrumentalisierung des Jugendmedienschutzes, die z.B. zur Verhinderung der Inszenierung von *Plenzdorfs* „Leiden des jungen W." geführt hat. Andererseits beschreibt *Wiedemann* zwei weitere Formen des DDR-Jugendmedienschutzes, nämlich die Förderung qualitativ hochwertiger Kindermedien und die Vorgabe von Kriterien für kindgerechte Medien. In diesen Punkten ebenso wie in der guten Zusammenarbeit von wissenschaftlicher Kindheitsforschung und Medienmachenden scheint die DDR ihrem Westnachbarn ein Stück voraus gewesen zu sein.

Im zweiten Abschnitt decken drei Texte die rechtlichen Grundlagen des Prinzips der regulierten Selbstkontrolle sowie Strukturen und Arbeitsweisen des Jugendmedienschutzes ab. *Stephan Dreyer* beginnt in seinem hervorragenden und auch für Nichtjuristen sehr verständlich geschriebenen Beitrag bei den verfassungsrechtlichen Grundlagen des Jugendmedienschutzes und endet damit, dass dessen Umsetzung im wahren Leben ein Aushandlungsprozess von Medienanbietern und den Interessenvertretern von Familien ist, an dem eine Vielzahl von Institutionen beteiligt sind. Positiv sei, dass der Jugendmedien

Henrike Friedrichs, Thorsten Junge, Uwe Sander (Hrsg.) (2013): Jugendmedienschutz in Deutschland. – Wiesbaden: Springer VS, 364 Seiten, ISBN: 978-3-531-18905-5.

Diskurs Kindheits- und Jugendforschung/
Discourse. Journal of Childhood and Adolescence Research Heft 2-2014, S. 251-253

schutz im gesellschaftlichen Diskurs dadurch eine hohe Relevanz erhalte, wodurch der gesellschaftliche Wertewandel sich beizeiten im Jugendmedienschutz niederschlage.

Im dritten Abschnitt kommen die Praktiker von freiwilligen Selbstkontrollen, von Medienanbietern, von jugendschutz.net sowie von der Kommission für Jugendmedienschutz und der Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien zu Wort und berichten anhand von Fallbeispielen aus ihrer Praxis. Zwar geht aus einem Hinweis der Herausgeber/-innen in der Einleitung hervor, dass diese Beiträge von den Vertreter/-innen der Institutionen selbst beigesteuert werden, dennoch hätte ein Autorenverzeichnis mehr Transparenz geschaffen.

Der vierte Abschnitt ist dem erzieherischen und präventiven Jugendmedienschutz gewidmet. Ein Text stellt die Rolle der Eltern und Bildungseinrichtungen dar. Ein zweiter skizziert eine Reihe von Praxisprojekten mit jugendmedienschützerischen und/oder medienpädagogischen Projekten – nicht ohne den Hinweis, dass die Vielzahl der Maßnahmen über die nach wie vor mangelnde Finanzierung, Kontinuität und wissenschaftliche Evaluation der Projekte hinwegtäuscht.

Aktuelle jugendmedienschutzrelevante Themen und mediale Gefährdungspotentiale aus wissenschaftlicher Perspektive werden im fünften Abschnitt thematisiert: Mediengewalt, Scripted Reality, das Social Web und exzessive Computerspielnutzung. In den meisten Fällen hätte man den Autorinnen und Autoren hier etwas mehr Platz für ihre Ausführungen gegönnt.

Im abschließenden sechsten Abschnitt unter dem Titel „Status Quo und Ausblick auf zukünftige Anforderungen“ sind fünf Beiträge versammelt. Hier wirkt sich das Fehlen eines Autorenverzeichnis nun tatsächlich negativ aus, denn als Autorinnen und Autoren geben sich hier die Jugendmedienschutzpraxis des Privatfernsehens, die Wissenschaft, die Lobby der Werbewirtschaft und die medienpädagogische Praxis die Klinke in die Hand. Ihre Positionen werden nur die Insider der Jugendmedienschutzszene angemessen nachvollziehen können, denn natürlich spiegeln sich in ihnen immer auch die Interessen der jeweiligen Arbeitsfelder wieder.

Joachim von Gottberg von der Freiwilligen Selbstkontrolle Fernsehen postuliert: „Klar ist, dass der Jugendschutz in den klassischen Medien mittelfristig nur noch einen Sinn hat, wenn es eine adäquate Regelung für das Internet gibt.“ (S. 342) Er kommt in seinen insgesamt anregenden und klugen Überlegungen zu dem Schluss, dass die tendenzielle Nichtkontrollierbarkeit des Internets auch Lockerungen des Jugendmedienschutzes im Rundfunk erforderlich machen könnte: „Wir sollten darüber nachdenken, ob wir aus den Altersfreigaben Empfehlungen machen.“ (ebd.) Das sind mit Blick auf die seit Jahren bestehenden Jugendschutzregelungen für das Fernsehen recht radikale Positionen, aber aus der Sicht eines Interessenvertreters der Privatsender eben naheliegend. Zu dieser Einsicht kann allerdings nur kommen, wer den Autor kennt, denn sein beruflicher Hintergrund wird im Buch nicht genannt.

Ähnliche Schwierigkeiten macht die Einschätzung des Beitrages von *Julia Busse*. Sie vertritt den Zentralverband der deutschen Werbewirtschaft, was man als Leser/-in wissen sollte, denn aus dem Text ist das nur schwer zu erschließen, zumal die Institution eingangs nur als Abkürzung ZAW genannt wird. „Die Sorge, Werbung könne Kindern im Rahmen ihrer Sozialisierung Schaden zufügen ist aus der Sicht der Autorin unbegründet.“ (S. 362) Diese Ansicht belegt sie unter anderem mit dem Verweis auf die klassische Studie zur Werbekompetenz von *Charlton/Neumann-Braun/Aufenanger* (1995) – wozu man diese, nach Meinung des Rezensenten recht einseitig rezipieren muss. Denn eigentlich be-

schreibt die Studie differenziert, wie Kinder im Alter von 4 bis 14 Jahren schrittweise lernen, zwischen Programminhalten und Werbung zu unterscheiden und, dass bestimmte Produktionsmuster im Fernsehen (schnelle Schnittfolge, zu kurze Werbeankündigungen) ihnen das Erkennen von Werbung erschweren. *Julia Busse* beklagt, dass der Jugendmedienschutz nicht hinreichend wissenschaftlich fundiert und die Debatte um Werbung emotional gesteuert sei. „Wer echte Gefahren für Minderjährige in Folge von betriebswirtschaftlich bedingter Marktkommunikation erkennen will, der darf sich den Blick nicht durch gefühlte Annahmen und absichtsvoll zusammengeschichtete Scheinfakten verstellen." (S. 365) Damit bleibt der Autorin des Zentralverbandes der deutschen Werbewirtschaft nicht das letzte, aber das vorletzte Wort im Buch. Fast wie im richtigen Leben.

Insgesamt ist das Erscheinen des Herausgeberbandes zum „Jugendmedienschutz in Deutschland" schon deswegen zu begrüßen, weil es zeitlich mitten in den Diskurs um zukünftige Regelungen fällt und dadurch Leser/-innen informieren und einbinden kann. Dafür ist den Herausgeber/-innen zu danken. Die Beiträge sind in ihrer Mehrzahl informativ, fachlich fundiert und anregend. Dafür ist den Autor/-innen zu danken.

Kritik betrifft die Redaktion und Konzeption: Zum einen hätten Autoreninformationen und Lesehilfen das Buch transparenter und verständlicher gemacht und dadurch insbesondere seinen Wert als Studienbuch in der Ausbildung deutlich gesteigert. Zum anderen fällt auf, dass eine Meinungsgruppe im Buch leider nicht vertreten ist: Die Blogger und privat kommunizierenden Netzaktivisten, die nicht von einer ordnungs- oder marktpolitischen, sondern aus einer zivilgesellschaftlichen Warte aus argumentieren, haben die Jugendmedienschutzdebatte seit 2010 mit ihrer Kritik und ihren Standpunkten deutlich mitbestimmt. Das wird vermutlich auch in Zukunft so sein und deswegen sollten sie in diesem Band auch vertreten sein.

Rezensionen

Maya Götz (Hrsg.) (2013): Die Fernsehheld(inn)en der Mädchen und Jungen. Geschlechterspezifische Studien zum Kinderfernsehen

Rezension von *Judith Ackermann*

Fernsehfiguren spielen im Alltag von Heranwachsenden eine große Rolle, ist doch das Fernsehen im Medienvergleich mit Abstand das meistgenutzte Medium der Kinder zwischen 6 und 13 Jahren und das Gerät, auf das sie am wenigsten verzichten möchten (s. regelmäßige Erhebungen der KIM-Studien). In Bezug auf das Kinderfernsehen lässt sich die Kategorie „Geschlecht" als zentral bezeichnen, da die auftauchenden Held/-innen „(fast) immer als Mädchen- oder Jungen, Mann- oder Frau-Figur erzählt" (S.12) werden. Auf diese Weise werden sie – so eine der Grundannahmen des Sammelbandes – zu Repräsentant/-innen eines allgemein akzeptierten Mann- und Frauseins, denen sich Kinder zwar „nicht eins zu eins anpassen, mit denen sie aber agieren und die in ihre inneren Bilder eingehen" (ebd.).

Der von *Maya Götz* herausgegebene Sammelband präsentiert Ergebnisse miteinander verbundener Studien aus zehnjähriger Forschungsarbeit im Bereich „Gender" und „Fernsehlieblingsfiguren von Mädchen und Jungen" des Internationalen Zentralinstituts für das Jugend- und Bildungsfernsehen (IZI). Untergliedert ist er entsprechend des methodischen Vorgehens und der variierenden Fragestellungen in fünf Teile.

Im ersten Teil stehen medienanalytische Studien im Vordergrund, die sich dem fiktionalen Programmangebot im Kinderfernsehen von 24 Ländern widmen. Dazu wird mit einem Überblick über die allgemeinen Kennzeichen des internationalen Kinderfernsehens begonnen (*Götz*, S. 27ff.). 26.342 Hauptfiguren aus fiktionalen Sendungen wurden mit Blick auf die Genderrepräsentation untersucht und weltweit eine deutliche Dominanz von Männerfiguren festgestellt (durchschnittlich 68 zu 32%, wobei die Ergebnisse für die Einzelländer von 58 zu 42% in Norwegen bis hin zu 81 zu 19% in Argentinien variieren, S. 38). Zusätzlich werden Informationen zur narrativen Einbindung der Figuren, zu Alter und Aussehen der menschlichen Hauptcharaktere und zur Stereotypisierung durch Merkmalskombinationen gegeben. Die nachfolgenden Artikel des Kapitels konzentrieren sich auf die narrative Inszenierung von Mädchen und Jungen im Kinderfernsehen (*Götz*, S. 155ff.), die Sexualisierung von Mädchen in Animationsserien (*Prinsloo*, S. 79ff.; *Spry*, S.

Maya Götz (Hrsg.) (2013): Die Fernsehheld(inn)en der Mädchen und Jungen. Geschlechterspezifische Studien zum Kinderfernsehen. – München: kopaed, 880 Seiten, ISBN: 978-3-86736-285-6.

121ff., in ähnlicher Richtung auch *Götz/Herche*, S. 63ff.) und das im Kinderfernsehen vermittelte Familienbild (*Lemish*, S. 139ff.). Zusätzlich werden Werbung und Konsumorientierung thematisiert (*Dalison*, S. 93ff; *Chan*, S. 111ff.).

Der zweite Teil präsentiert qualitative Studien zur Aneignung des entsprechenden Fernsehmaterials durch Kinder im Alter von 8 bis 11 Jahren, der sich anschließende dritte Teil stellt Studien vor, die sich auf Nutzer/-innen im Alter von 14 und 15 Jahren konzentrieren. Ergänzt werden die Ausführungen durch repräsentative Studien und Formatanalysen zu Lieblingsfiguren der Kinder (Teil vier). Diese wurden standardisiert in drei Wellen über drei Jahre hinweg erhoben (*Götz/Scherr*, S. 550ff.). Zusätzlich wurde ein standardisiertes Verfahren zur Messung des Gebrauchswerts einer Figur entwickelt (*Götz*, S. 575ff.). Ergänzend wurde mit ethnographisch orientierten Methoden, Einzelinterviews, Gruppengesprächen, schriftlicher Befragung und Onlinefragebögen die Attraktivität von im Zeitraum der Studien erfolgreicher Formate untersucht. Zu finden sind Besprechungen von Hannah Montana (*Götz/Bulla*, S. 6727ff.), Prinzessin Lillifee (*Götz/Cada*, S. 679ff.), Avatar – Der Herr der Elemente (*Götz/Unterstell*, S. 645ff.), SpongeBob Schwammkopf (*Götz*, S. 619ff.) und High School Musical (*Bulla*, S. 703ff.).

Teil fünf rundet die Betrachtung ab, indem er die Perspektive der Medienmacher/-innen einbringt. Präsentiert werden Ergebnisse aus Gesprächen mit Fernsehverantwortlichen aus dem Kinderbereich zu den Themen Qualität von TV- und Filmfiguren und deren Auswirkungen auf Kinder sowie eine internationale Befragung zum Genderverständnis. Ein besonderes Highlight ist die Vorstellung einer Studie, in der 1000 Kinder aus 21 Ländern gebeten wurden, Bildbriefe für Fernsehproduzent/-innen zu entwerfen, um auf Elemente der Mädchen- bzw. Jungendarstellung im Kinderfernsehen hinzuweisen, die sie stören (*Götz/Herche*, S. 803ff.). Auf diese Weise greift der Sammelband die Tatsache auf, dass Untersuchungen zum Kinderfernsehen in der Regel von Erwachsenen getätigt werden. Dabei machen die Ergebnisse deutlich, „wie sehr Mädchen und Jungen als kritische Zuschauer unterschätzt […]“ werden und dass sie, „[w]enn ihnen Raum zur Fernsehkritik geboten wird […] in der Lage [sind] Klischees und Geschlechterverhältnisse zu benennen“ (S. 817).

In dem sich anschließenden Schlussteil fasst *Götz* nochmals die wichtigsten Erkenntnisse aus den einzelnen Bereichen zusammen, gibt Ansatzmöglichkeiten für die Entwicklung eines geschlechtergerechten Kinderprogramms, weist gleichzeitig aber auch auf die an vielen Stellen noch wirkenden Hindernisse hin. Überschrieben ist dieser Teil mit dem Titel „Die Fernsehheld(inn)en der Mädchen und Jungen – und warum sich (fast) nichts ändern wird“, denn, so bemerkt *Götz* bereits in der Einleitung, „ohne ein drängendes und auch gelegentlich unbequemes Einfordern der Umsetzung von mehr Geschlechtergerechtigkeit und einer gezielten Förderung von Mädchen und Jungen durch die Erweiterung von Klischees wird es im Kinderfernsehen nur bedingt Qualitätsverbesserungen geben“ (S. 15).

Obwohl der Sammelband mit seinen knapp 900 Seiten kaum als handlich bezeichnet werden kann, ist er durch seine klare Struktur und die angenehme Aufteilung der Einzelinformationen sehr gut lesbar. Durch den modularen Aufbau und die Tatsache, dass alle Einzelblöcke durch die Herausgeberin gerahmt und in den Gesamtzusammenhang der Untersuchungen eingeordnet werden, ist eine lineare Lektüre keineswegs zwingend erforderlich. Stattdessen empfiehlt sich das Werk für das gezielte Aufsuchen von Einzelinformationen ebenso wie für das entdeckerische Flanieren in den Teilbereichen des Themenkomplexes.

Zum Eigensinn kritischer Bildung

Ludwig A. Pongratz

Unterbrechung

2013. 201 Seiten, Kart.
24,90 € (D), 25,60 € (A)
ISBN 978-3-8474-0091-2

Die hier vorgelegte Textsammlung zur Kritischen Bildungstheorie beabsichtigt, Entwicklungslinien und Widerspruchslagen der Gegenwartspädagogik bildungstheoretisch auszubuchstabieren. Sie umreißt den Horizont eines Bildungsdenkens, das den funktionalistischen Zuschnitt aktueller Reformdiskussionen überschreitet. Anstatt die Theoriegeschichte der Bildung im Licht der herrschenden Bildungsreform zu lesen, widersetzt sich Kritische Bildungstheorie den gängigen Vereinnahmungsstrategien von Bildung: ihrer sakrosankten Überhöhung ebenso wie ihrer gesellschaftlichen Gleichschaltung.

Jetzt in Ihrer Buchhandlung bestellen oder direkt bei:

Verlag Barbara Budrich •
Barbara Budrich Publishers
Stauffenbergstr. 7. D-51379 Leverkusen Opladen
Tel +49 (0)2171.344.594 • Fax +49 (0)2171.344.693 •
info@budrich.de

www.budrich-verlag.de

Autorinnen und Autoren

Dr. phil. Judith Ackermann, Universität Siegen*,* Philosophische Fakultät, Medienwissenschaftliches Seminar, *Forschungsschwerpunkte*: Digitale Medien, Game Studies, Performance Studies, Medienkommunikation und Medienbildung
Anschrift: Universität Siegen*,* Philosophische Fakultät, Medienwissenschaftliches Seminar, Adolf-Reichwein-Str. 2, 57076 Siegen
E-Mail: ackermann[at]medienwissenschaft.uni-siegen.de

Stephanie Bahr, Hochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen, *Forschungsschwerpunkte*: Bedeutung von Bewegung für Transitionsprozesse vom Kindergarten in die Grundschule
Anschrift: Hochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen, Richard-Wagner- Straße 101, 41065 Mönchengladbach
E-Mail: stephanie.bahr[at]hs-niederrhein.de

Dipl. Psych. Sarah Braun, Freie Universität Berlin, FB Erziehungswissenschaft & Psychologie, AB Methoden & Evaluation, Projekt SELF, *Main research interests*: Stress and psychopathological diseases in children and adolescence, as well as psychotherapy research
Address: Freie Universität Berlin, FB Erziehungswissenschaft & Psychologie, AB Methoden & Evaluation, Projekt SELF, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin
E-Mail: SarahBraun[at]gmx.de

Prof. Dr. Sandra Fleischer, Universität Erfurt, Erziehungswissenschaftliche Fakultät, Juniorprofessur Kindermedien, *Forschungsschwerpunkte*: Kinder- und Jugendmedienaneignungsforschung, Sozialisation mit Medien von Kindern aus sozial benachteiligtem Hintergrund, Medienaneignung von behinderten Kindern und Jugendlichen, Mediatisierung der frühen Kindheit, Bedeutung von E-Books und Apps für die Vorlese- und Lesemotivation
Anschrift: Universität Erfurt, Erziehungswissenschaftliche Fakultät, Postfach 900 221, 99105 Erfurt
E-Mail: sandra.fleischer[at]uni-erfurt.de

Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, Evangelische Hochschule Freiburg, Leitung des Zentrum für Kinder- und Jugendforschung, *Forschungsschwerpunkte*: Jugendhilfe, Pädagogik der Kindheit, Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen
Anschrift: Evangelische Hochschule Freiburg, Bugginger Str. 38, 79114 Freiburg
E-Mail: froehlich-gildhoff[at]eh-freiburg.de

Prof. Dr. Nina Gawehn, Hochschule für Gesundheit, Department Angewandte Gesundheitswissenschaften, Entwicklungs- und Sozialpsychologie, *Forschungsschwerpunkte*: Entwicklungs- und Bildungsverläufe unter biologischen und psychosozialen Hochrisikobedingungen
Anschrift: Hochschule für Gesundheit, Universitätsstr. 105, 44789 Bochum
E-Mail: Nina.Gawehn[at]hs-gesundheit.de

Dipl.-Psychologin Sabrina Goosmann, Klinikum Dortmund gGmbH, Sozialpädiatrisches Zentrum / Neuropädiatrie, *Forschungsschwerpunkt*: Bildungsverläufe nach Frühgeburt
Anschrift: Klinikum Do gGmbH, Sozialpädiatrisches Zentrum / Neuropädiatrie, Beurhausstr. 40, 44137 Dortmund
E-Mail: Sabrina.Goosmann[at]klinikumdo.de

Prof. Dr. Michael Günter, Ärztlicher Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Stuttgart, *Forschungsschwerpunkte*: Adoleszenz, Psychoanalytische Sozialarbeit, Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter
Anschrift: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Stuttgart, Prießnitzweg 24, 70374 Stuttgart
E-Mail: m.guenter[at]klinikum-stuttgart.de

Dr. Axinja Hachfeld, Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Arbeitsbereich Frühkindliche Bildung, *Forschungsschwerpunkte*: Frühkindliche Bildung und Gesundheit, frühkindliche Interventionsprogramme, Einstellungen und Überzeugungen im pädagogischen Kontext
Anschrift: Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Arbeitsbereich Frühkindliche Bildung, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin
E-Mail: axinja.hachfeld[at]fu-berlin.de

Prof. Dr. Angela Ittel, Technische Universität Berlin, Pädagogische Psychologie, *Main research interests*: Body image, discrimination experiences, gender-specific and socio-moral development, developmental aspects of aggression and problem behavior, as well as professionalism of teachers
Address: Technische Universität Berlin, Pädagogische Psychologie, Marchstr. 23, Sekr. MAR 2-6, 10587 Berlin
E-Mail: angela.ittel[at]tu-berlin.de

Prof. Dr. Luzia Jurt, Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut für Integration und Partizipation, *Forschungsschwerpunkte*: Migration und Soziale Arbeit; Mehrfachdiskriminierung
Anschrift: Hochschule für Soziale Arbeit, FHNW, Riggenbachstr. 16, 4600 Olten, Schweiz
E-Mail: luzia.jurt[at]fhnw.ch

Aida Kopic, Hochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen, *For-schungsschwerpunkte*: Selbst- und Fremdwahrnehmung in der Gestaltung von Bewegungssettings zur Bildungs-und Entwicklungsförderung in der frühen Kindheit
Anschrift: Hochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen, Richard-Wagner- Straße 101, 41065 Mönchengladbach
E-Mail: aida.kopic[at]hs-niederrhein.de

Prof. Dr. Astrid Krus, Hochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen, Kompetenzzentrum Kindheitspädagogik in Bewegung, *Forschungsschwerpunkte*: Psychomotorische Entwicklungsförderung/-therapie in der Kindheit, Bewegung als Träger von Bildungsprozessen, Frühkindliche naturwissenschaftliche Bildung
Anschrift: Hochschule Niederrhein, Fachbereich Sozialwesen, Richard-Wagner- Straße 101, 41065 Mönchengladbach
E-Mail: astrid.krus[at]hs-niederrhein.de

Alexander Lätsch, B.A., Freie Universität Berlin, FB Erziehungswissenschaft & Psychologie, AB Methoden & Evaluation, Projekt SELF, *Main research interests*: Illegal drug consumption as a coping strategy with a focus on crime and deviant behavior
Address: Freie Universität Berlin, FB Erziehungswissenschaft & Psychologie, AB Methoden & Evaluation, Projekt SELF, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin
E-Mail: alex_laetsch[at]web.de

Achim Lauber, *M.A.*, Universität Erfurt, Erziehungswissenschaftliche Fakultät, Lernen und Neue Medien/Kindheitsforschung und Schule, *Forschungsschwerpunkte*: Sozialisation in der mediatisierten Gesellschaft, Medienaneignungstheorie und -forschung, Jugendmedienschutz, Medienpädagogik, Kindermedien
Anschrift: Universität Erfurt, Erziehungswissenschaftliche Fakultät, Lernen und Neue Medien/Kindheitsforschung und Schule, Postfach 900 221, 99105 Erfurt
E-Mail: achim.lauber[at]uni-erfurt.de

Dr. Andreas Mielck, Helmholtz Zentrum München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, *Forschungsschwerpunkte*: Empirische und theoretische Analysen zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit, Entwicklung von Ansätzen zur Reform der gesundheitlichen Versorgung
Anschrift: Helmholtz Zentrum München, Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, Postfach 1129, 85758 Neuherberg
E-Mail: mielck[at]helmholtz-muenchen.de

Barbara Osterwald, seit 1985 Einzel- und Gruppenarbeit mit dem Tonfeld in eigener Praxis sowie Weiterbildungsleiterin in der Arbeit am Tonfeld in Genf, Paris, Brüssel, München und in Mitteldeutschland
Anschrift: Barbos Stiftung, c./o. Barbara Osterwald, Giselherstr. 16, 80804 München
E-Mail: barbara.osterwald[at]gmx.de

Dr. Diana Raufelder, Freie Universität Berlin, FB Erziehungswissenschaft & Psychologie, AB Methoden & Evaluation, Projekt SELF, *Main research interests*: Social and emotional aspects of teacher-student and student-student relationships, with a special emphasis on their meaning for scholastic motivation and learning processes
Address: Freie Universität Berlin, FB Erziehungswissenschaft & Psychologie, AB Methoden & Evaluation, Projekt SELF, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin
E-Mail: diana.raufelder[at]fu-berlin.de

Prof. Dr. Maike Rönnau-Böse, Evangelische Hochschule Freiburg, Zentrum für Kinder- und Jugendforschung, *Forschungsschwerpunkte*: Seelische Gesundheit und Resilienzförderung
Anschrift: Evangelische Hochschule Freiburg, Bugginger Str. 38, 79114 Freiburg
E-Mail: roennau-boese[at]eh-freiburg.de

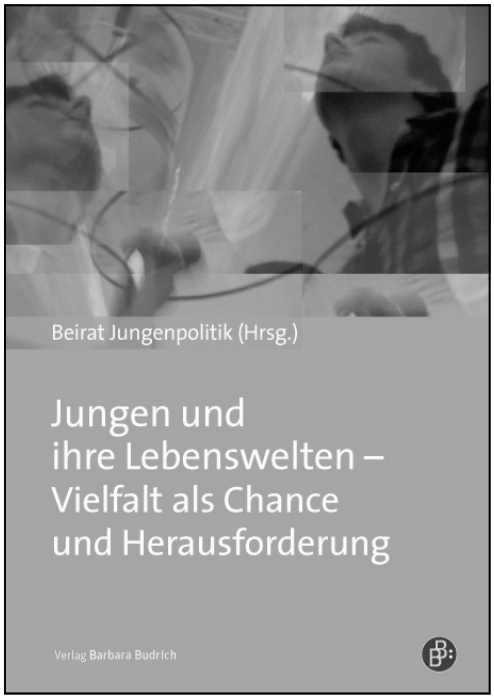
Christophe Roulin, lic. phil., Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut für Integration und Partizipation, *Forschungsschwerpunkte*: Migration und Soziale Arbeit; Rassismuserfahrungen
Anschrift: Hochschule für Soziale Arbeit, FHNW, Riggenbachstr. 16, 4600 Olten, Schweiz
E-Mail: christophe.roulin[at]fhnw.ch

Alexandra Sann, Deutsches Jugendinstitut, Abteilung Familie und Familienpolitik, Fachgruppe Frühe Hilfen, *Forschungsschwerpunkte*: Frühe Förderung in der Familie, Frühe Hilfen, Evaluationsforschung
Anschrift: Deutsches Jugendinstitut, Nockherstr. 2, 81541 München
E-Mail: sann[at]dji.de

Susanne Schneider, Universität Erfurt, Erziehungswissenschaftliche Fakultät, Lernen und Neue Medien/Kindheitsforschung und Schule, *Forschungsschwerpunkte*: Kindheits-, Medienaneignungs- und Bildungsforschung, Medienpädagogik, Kindermedien
Anschrift: Universität Erfurt, Erziehungswissenschaftliche Fakultät, Grundschulpädagogik und Kindheitsforschung, Postfach 900 221, 99105 Erfurt
E-Mail: susanne.schneider[at]uni-erfurt.de

R. Poppy Wilkinson, B.A., Graduate student of Psychology at Concordia University in Québec, Canada, *Main research interests*: Peer relationships in childhood and adolescence, Aggression and narcissism
Address: Concordia University, 7141 Sherbrooke St. West, PY 205, Montréal, QC, H4B 1R6, Canada
E-Mail: rosalindpoppy[at]gmail.com

Vielfalt in der Jungenpolitik



Meuser / Calmbach / Kösters / Melcher / Scholz / Toprak (Hrsg.)

Jungen und ihre Lebenswelten – Vielfalt als Chance und Herausforderung

2013. 227 Seiten, Kart.
29,90 €
ISBN 978-3-8474-0128-5

Im Mai 2010 hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend einen paritätisch aus erwachsenen und jugendlichen Mitgliedern zusammengesetzten Beirat für Jungenpolitik einberufen. Die Ergebnisse aus zwei Jahren Beiratsarbeit sind in diesem Buch versammelt, das wissenschaftliche und persönliche Beiträge enthält. Gegenstand sind die Vielfalt der Lebenslagen, Lebenswelten und Lebenskonzepte von Jungen sowie Empfehlungen für eine dieser Vielfalt gerecht werdende Jungenpolitik.

Jetzt in Ihrer Buchhandlung bestellen oder direkt bei:

Verlag Barbara Budrich •
Barbara Budrich Publishers
Stauffenbergstr. 7. D-51379 Leverkusen Opladen
Tel +49 (0)2171.344.594 • Fax +49 (0)2171.344.693 •
info@budrich.de

www.budrich-verlag.de