

Maria Barthel



Subjektive Gesundheitstheorien pädagogischer Kräfte

Eine qualitativ-rekonstruktive Studie
im Kontext von Biografie und Erwerbsarbeit
in Kindertageseinrichtungen

Maria Barthel

Subjektive Gesundheitstheorien pädagogischer Kräfte

Maria Barthel

Subjektive Gesundheitstheorien pädagogischer Kräfte

Eine qualitativ-rekonstruktive Studie im
Kontext von Biografie und Erwerbsarbeit
in Kindertageseinrichtungen

Budrich Academic Press
Opladen • Berlin • Toronto 2025

Diese Veröffentlichung wurde aus Mitteln des Publikationsfonds
NiedersachsenOPEN, gefördert aus zukunft.niedersachsen, unterstützt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<https://portal.dnb.de> abrufbar.

© 2025 Dieses Werk ist bei der Budrich Academic Press GmbH erschienen und steht
unter der Creative Commons Lizenz Attribution 4.0 International
(CC BY 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
Diese Lizenz erlaubt die Verbreitung, Speicherung, Vervielfältigung und
Bearbeitung unter Angabe der UrheberInnen, Rechte, Änderungen und verwendeten
Lizenz. Stauffenbergstr. 7 | D-51379 Leverkusen | info@budrich.de
www.budrich-academic-press.de



Die Verwendung von Materialien Dritter in diesem Buch bedeutet nicht, dass diese
ebenfalls der genannten Creative-Commons-Lizenz unterliegen. Steht das verwendete
Material nicht unter der genannten Creative-Commons-Lizenz und ist die betreffende
Handlung gesetzlich nicht gestattet, ist die Einwilligung des jeweiligen
Rechteinhabers für die Weiterverwendung einzuholen. In dem vorliegenden Werk
verwendete Marken, Unternehmensnamen, allgemein beschreibende Bezeichnungen
etc. dürfen nicht frei genutzt werden. Die Rechte des jeweiligen Rechteinhabers
müssen beachtet werden, und die Nutzung unterliegt den Regeln des Markenrechts,
auch ohne gesonderten Hinweis.

Dieses Buch steht im Open-Access-Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen
Download bereit (<https://doi.org/10.3224/96665109>).
Eine kostenpflichtige Druckversion kann über den Verlag bezogen werden. Die
Seitenzahlen in der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-96665-109-7 (Paperback)
eISBN 978-3-96665-886-7 (PDF)
DOI 10.3224/96665109

Umschlaggestaltung: Bettina Lehfeldt, Kleinmachnow – www.lehfeldtgraphic.de
Satz: Angelika Schulz, Zülpich

Vorwort

Die vorliegende Monografie ist eine leicht überarbeitete Fassung meiner Dissertation. An dieser Stelle möchte ich denen Personen danken, die den Prozess von der Entstehung bis zur Vollendung wertschätzend geprägt haben:

Mein ganz besonderer Dank gilt Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Heike Ohlbrecht und Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Astrid Seltrecht, für die wissenschaftliche Begleitung, die umfassende Betreuung sowie die wertvolle und weitsichtige Beratung während der Bearbeitungszeit meiner Dissertation.

Ich möchte mich herzlich bei Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ruth Jäger-Jürgens und Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ulla Beushausen bedanken, die mit dem Forschungsprojekt „AGnEEs“ Qualifikationsstellen einwarben und mir so den Weg ins Forschungsfeld – die Gesundheit und Erwerbsarbeit von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) - ebneten.

An dieser Stelle möchte ich mich auch herzlich bei meinen Interviewpartnerinnen bedanken, die sich nach ihrer Teilnahme am Forschungsprojekt „AGnEEs“ bereit erklärten, ihre gesundheitsbezogene Biografie zu erzählen und mir somit einen umfassenden Einblick in ihre persönliche Lebensgeschichte zu geben.

Mein analytischer Horizont wurde durch vielfältige interprofessionelle Perspektiven und die kritisch-konstruktive Zusammenarbeit in verschiedenen Forschungs- und Interpretationsgruppen sehr bereichert.

Besonderer Dank gilt Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Heike Ohlbrecht und allen Teilnehmer*innen des Forschungskolloquiums (FOKO) des Lehrstuhls für Allgemeine Soziologie/Mikrosoziologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg für die inspirierende Analysearbeit und wertschätzenden Rückmeldungen. Ebenso danke ich der „Doc-AG“, der Auswertungsgruppe mit Josephine Jellen, Bianca Lange, Lena Merkle, Sabine Plaehn, Georg Hopfengärtner, Markus Loichen, Florian Schoppe und Christian Ziems, für die anregenden Kodiersitzungen und das Ringen um verschiedenste Lesarten.

Mein herzlicher Dank gilt Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ulrike Marotzki, Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Hilke Hansen und Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Annette Probst und allen Teilnehmer*innen des Interdisziplinären Forschungskolloquiums der Gesundheitsfachberufe (IFG) an der HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen und an der Hochschule Osnabrück. Die intensiven Analyseeinheiten sowie das fachliche und menschliche Engagement machten euch zu Steigbügelhalterinnen für Nachwuchswissenschaftler*innen.

Von Herzen danke ich „DEM“, Dorothea Tschaggeny und Esther Scholz-Minkwitz. Der fachliche und kreative Austausch auf unzähligen Zugfahrten

während des Masterstudiums und des Promotionsstudiengangs war inspirierend.

Zudem danke ich der „Online-GT-Forschungswerkstatt“ mit Dr. Meike Engelhardt, Dr. Juliana Gras, Christin Kubitz, Doris Pfeiffer, Claudia Graf-Pföhl, Marie-Luise Schierholz, Dr. Daniela Schlosser und Christa Schmid für die kritisch-konstruktiven Interpretations- und Auswertungsabende und die methodischen Diskussionen.

Mein Dank richtet sich auch an die „Auswertungsgruppe-Hannover“ mit Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Hormann, Laisa Quittkat, Marie-Luise Schierholz und Franziska Zimmermann. Vielen Dank für den langen gemeinsamen Auswertungsweg, den wir in forschungstheoretischer und methodischer Diskussionen sowie gegenseitiger Ermutigung gegangen sind.

Mein spezieller Dank gilt der „Stiefkind“-Gruppe mit Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Kathrin Hormann und Dr. Lisa Disep für das fachliche Durchdringen des Forschungsfelds der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung sowie für das Erschließen der frühpädagogischen Feldlogik.

Außerdem möchte ich mich herzlich bei meinen Logopädie-Kolleginnen Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Juliane Leinweber, Julia Adam, Katharina Giordano, Dr. Sigrun Lang, Birte Meier, Nora Schmit und Bianca Spelter bedanken, die mir menschlich ermutigend zur Seite standen. Zudem danke ich der Promovierendengruppe „(interessierte) Promovierende“ am Gesundheitscampus Göttingen. Mein Dank gilt Katharina Giordano, Sylvie Fleur Götttsche, Birte Meier, Nora Schmit, Bianca Spelter und Eric Steigmeier für den Austausch über (über)menschliche Herausforderungen während des Promotionsprojekts.

Von Herzen danke ich meinem Freundeskreis in der Nähe und in der Ferne für alle Unterstützung und jeden Zuspruch, für interessiert Nachfragen und motivierende Gespräche und vor allem für die notwendige Ablenkung während der gesamten Dissertationszeit.

Ich danke besonders meinen Eltern sowie meinen Geschwistern und ihren Familien für all ihre Ermutigung und fortwährende Unterstützung während des Schreibens der Dissertation. Ich bin dankbar für alle sichtbaren und unsichtbaren Zeichen der Begleitung sowie das gemeinsame Freuen und Bangen - Gesundheit als soziales Phänomen haben wir gemeinsam gelebt!

Göttingen, August 2025

Maria Barthel

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	11
Tabellenverzeichnis	11
Abkürzungsverzeichnis.....	15
1 Einleitung.....	17
Aufbau der Arbeit	20
Teil I Theoretische und empirische Bezüge – Forschungsfeld und Forschungsstand	
2 Die subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit.....	25
2.1 Lai*innen- und Wissenschaftsperspektive auf Gesundheit.....	26
2.2 Salutogenesemodell –sozialwissenschaftlicher Erklärungsansatz für Gesundheit.....	29
2.3 Gesundheitsbiografie	33
2.4 Interaktionistische Perspektive auf die Konstruktion von Gesundheit	38
2.5 Schlussbetrachtung.....	42
3 Care-Arbeit und Gesundheit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren)	43
3.1 Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) als Arbeits- und Berufsfeld pädagogischer Kräfte.....	44
3.2 Care-Arbeit als Erwerbsarbeit.....	51
3.3 Arbeitsbezogene Gesundheit pädagogischer Kräfte.....	56
3.4 Schlussbetrachtung.....	64

4	Schlussfolgerung: Forschungslücke und erkenntnisleitende Forschungsfragen.....	65
----------	---	-----------

Teil II Wissenschaftstheoretische Rahmung und Forschungsdesign

5	Wissenschaftstheoretische Perspektiven und forschungspraktisches Vorgehen.....	71
5.1	Grounded Theory und Biografie – wissenschaftstheoretische und epistemologische Grundlagen	71
5.2	Der qualitative Forschungsprozess.....	77
5.2.1	Reflektierte Subjektivität – Sensibilisierende Konzepte und Vorwissen der Forscherin	79
5.2.2	Die interviewten Personen und deren Arbeitskontexte	83
5.2.3	Datenerhebung: episodisches Interview und fokussiert-narratives Interviews.....	88
5.2.4	Datenanalyse: Auswertung im Forschungsstil der Grounded Theory.....	93
5.3	Schlussbetrachtung.....	101

Teil III Ergebnisse der empirischen Untersuchung

6	Gesundheitsbezogene Fallportraits pädagogischer Kräfte.....	105
6.1	Anna Geibel – Gesundheit als vorsorgendes Geschütztsein	105
6.2	Petra Winter – Gesundheit als pragmatisches Unbeschwertsein	118
6.3	Ruth Kern – Gesundheit als sorgsames Ausbalanciertsein	131
6.4	Sonja Frey – Gesundheit als eigenverantwortliches In-Beziehung-Sein	144
7	Gesundheit im Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge — subjektive Gesundheitstheorien pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren)	159
7.1	„und (.) ja das war halt so, so ‘ne Traumwelt sozusagen“ (Anna Geibel, N/Z. 383) – biografische Prägung von Fürsorge	159

7.2	„nicht nur, dass ich mich gesund fühle, sondern dass das Umfeld um mich herum auch gesund ist“ (Ruth Kern, N/Z. 1173) – subjektives Verständnis von Gesundheit.....	163
7.3	„da finde ich, bin ich auch selbst gefordert (.) für meine Gesundheit zu sorgen.“ (Sonja Frey, N/Z. 452f.) – gesundheitsbezogene Handlungsstrategien im Fokus der Erwerbstätigkeit pädagogischer Kräfte	166
7.3.1	Kommunikationsstrategien – vom Schweigen bis hin zum Ansprechen	166
7.3.2	Unterstützungsstrategien – vom Annehmen bis hin zum Ablehnen.....	170
7.3.3	Ausgleichsstrategien – vom Verändern bis hin zum Zurückziehen	178
7.3.4	Zentrale Merkmale gesundheitsbezogener Handlungsstrategien	183
7.4	Schlussbetrachtung.....	185

Teil IV Diskussion und Ableitungen für Theorie und Forschung

8	Transfer der Ergebnisse in die theoretische Diskussion	189
8.1	Professionelle Fürsorge und gesundheitsbezogene Selbstsorge – Care-Arbeit in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren)	190
8.1.1	Biografische Erfahrungen von Fürsorge als Motive der Berufswahl.....	190
8.1.2	Care-Arbeit und Gesundheit als verschiedene Aufträge an pädagogische Kräfte	194
8.1.3	Bedeutsamkeit der Erwerbsarbeit von pädagogischen Kräften als individuelles und kollektives Kohärenzgefühl	209
8.1.4	Präsentismus im Verhältnis von Fürsorge und Selbstsorge	218
8.2	Methodische Reflexion – die Frage nach Gesundheit	224
9	Fazit und Ausblick	229
	Literaturverzeichnis	237

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell der Salutogenese	31
Abbildung 2: Gesundheitsbezogene Handlungsstrategien der pädagogischen Fachkraft Anna Geibel – Gesundheit als vorsorgendes Geschütztsein	108
Abbildung 3: Gesundheitsbezogene Handlungsstrategien der pädagogischen Assistentkraft Petra Winter – Gesundheit als pragmatisches Unbeschwertsein	120
Abbildung 4: Gesundheitsbezogene Handlungsstrategien der pädagogischen Fachkraft Ruth Kern – Gesundheit als sorgsames Ausbalanciertsein	134
Abbildung 5: Gesundheitsbezogene Handlungsstrategien der pädagogischen Fachkraft Sonja Frey – Gesundheit als eigenverantwortliches In-Beziehung-Sein	146
Abbildung 6: Modell von Gesundheit als Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge	161
Abbildung 7: Subjektives Gesundheitsverständnis	164
Abbildung 8: Gesundheitsbezogene Kommunikationsstrategien pädagogischer Kräfte	167
Abbildung 9: Gesundheitsbezogene Unterstützungsstrategien pädagogischer Kräfte	171
Abbildung 10: Gesundheitsbezogene Ausgleichsstrategien pädagogischer Kräfte	179

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesundheitsbeeinflussende, äußere Faktoren in Kindertageseinrichtungen.....	57
Tabelle 2: Gesundheitsressourcen pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen.....	59
Tabelle 3: Berufsspezifische Arbeitsunfähigkeit.....	61
Tabelle 4: Interviewpersonen: pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren)	84
Tabelle 5: Konzeptuelle Bezeichnungen im offenen Kodieren (exemplarischer Auszug).....	96
Tabelle 6: Dimensionalisierung als zentrale Strategie (exemplarische Darstellung).....	97
Tabelle 7: Axiales Kodieren: fallübergreifende Kategorie „gesundheitsbezogene Handlungsstrategie: Unterstützung annehmen – ablehnen – leisten“	99

Abkürzungsverzeichnis

AGnEEs	Arbeits- und Gesundheitsschutz für pädagogische Fachkräfte in niedersächsischen Kindertageseinrichtungen (0-3 Jahre) – Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines präventiven Konzeptes
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ArbSchG	Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG)
ASiG	Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit
AU-Fälle	Arbeitsunfähigkeitsfälle
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BRD	Bundesrepublik Deutschland
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.
DKLK	Deutscher Kitaleitungskongress
DVO-NKiTaG	Verordnung zur Durchführung des Niedersächsischen Gesetzes über Kindertagesstätten und Kindertagespflege
E/Z	Zitate mit „E/Z“ stammen aus dem episodischen Interview
FBBE	Frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
HAWK	Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen
IFBG	Institut für Betriebliche Gesundheitsberatung

NKiTaG	Niedersächsisches Gesetz über Kindertagesstätten und Kindertagespflege
N/Z	Zitate mit „N/Z“ stammen aus dem fokussiert-narrativen Interview
OVP	Occupational and Voice Performance Measurement
SGB	Sozialgesetzbuch
SMWA	Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr
SMK	Sächsisches Staatsministerium für Kultus
TK	Techniker Krankenkasse

1 Einleitung

Gesundheit und Wohlbefinden sind allgegenwärtig in der „Gesundheitsgesellschaft“ (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 15), sodass Richter und Hurrelmann (2023b) von „einer gesundheitsbesessenen Welt“ (ebd., S. 1) sprechen. Aufgrund der gesellschaftlichen Dominanz von Gesundheit besteht eine hohe Erwartung an die individuelle, gesundheitsbezogene Eigenverantwortung (Schmidt, 2022). Das Verständnis von und der Umgang mit Gesundheit von Lai*innen basiert vornehmlich auf Alltagswissen, das durch biografische Erfahrungen, subjektive Deutungen und soziale Lebenskontexte geprägt ist (Berg & Lucius-Hoene, 2000; Faltermaier, 2019; Faltermaier et al., 1998; Herzlich, 1973). Die sozialwissenschaftliche Forschung der Gesundheitssoziologie richtet sich u. a. auf gesellschaftliche, sozioökonomische, soziokulturelle Kontexte, Ursachen, Bedingungen und Konsequenzen für Gesundheits- und Krankheitsverläufe von Menschen (Hurrelmann & Richter, 2013). Das Forschungsinteresse bezieht sich auf soziale Determinanten von Gesundheit, u. a. auf Lebens- und Arbeitsbedingungen (Richter & Hurrelmann, 2023b). Die Relevanz der Lai*innenperspektive für die vorliegende Untersuchung ergibt sich aus dem empirischen und theoretischen Wissensstand, dass Lai*innen ein komplexes Gesundheitsverständnis im Lebensverlauf entwickeln, auf dem ihr Gesundheitshandeln in der sozialen Welt basiert (Faltermaier et al., 1998; Herzlich, 1973).

Das salutogenetische Modell nach Antonovsky (1997) fokussiert die subjektive Gesunderhaltung. Dabei steht die Nutzung verfügbarer Ressourcen zur Bewältigung von Stressoren im Vordergrund, um gesundheitsbezogene Spannungszustände zu reduzieren und Gesundheit aufrechtzuerhalten bzw. herzustellen (ebd.). Das Gesundheitsmodell der Salutogenese greift den individuellen Lebensverlauf und die Lebensanforderungen auf und damit Möglichkeitsräume, in denen sich der individuelle Gesundheitszustand auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum dynamisch bewegen kann (Faltermaier, 2023a; Hurrelmann & Richter, 2013). Faltermaier (2023a) plädiert dafür, dass bei der empirischen Rekonstruktion subjektiven Gesundheitshandelns der biografische und lebensweltliche Kontext des Subjekts beachtet werden muss, um salutogenetische Fragen nach Bedingungen zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit zu klären (ebd.). Damit gewinnt die Gesundheitsbiografie (Berg & Lucius-Hoene, 2000; Perrig-Chiello & Höpflinger, 2003) an Relevanz, um gesundheitsbezogene Prägungen und (kritische) Lebenserfahrungen und deren retrospektiven Deutungen in Bezug zu Gesundheit zu

rekonstruieren. Somit bedarf es der zeitlichen, sozialen Prozessperspektive auf Gesundheit, die Gegenstandsbereich dieser Untersuchung ist.

Auch für pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen geht es „um die Reflexion der eigenen Gesundheitsbiographie und [...] Auseinandersetzung über das persönliche Verständnis von Gesundheit“ (Schmok, 2010, S. 56). Gesundheit als individuelle Funktions- und Leistungsfähigkeit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Erwerbsfähigkeit (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA], 2013), was auch für pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen gilt (Almstadt et al., 2012; Fuchs & Trischler, 2008). Zwischen Arbeit und Gesundheit besteht ein „ausgeprägter Zusammenhang“ (Dragano, 2023, S. 203), denn Arbeitsbedingungen beeinflussen die Gesundheit von Erwerbstätigen entscheidend (ebd.). Für den Arbeitsplatz Kindertageseinrichtung (Kinder zwischen 3–6 Jahre) ist der Zusammenhang von Arbeitsbedingungen als Ressourcen oder Stressoren und deren gesundheitsbezogenen Auswirkungen empirisch gut belegt (Almstadt et al., 2012; Darius et al., 2021, 2022, 2023; Fuchs & Trischler, 2008; Hohmann et al., 2023; Losch, 2016b; Schneewind et al., 2012; Viernickel & Voss, 2013; Vincent-Höper et al., 2015). Prekäre Arbeitsbedingungen (z. B. Personalausfälle, hohe Arbeitsdichte, Lärm) (ebd.), zunehmende psychische Erkrankungen (Hildebrandt et al., 2023), ansteigende Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) und Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) (Allgemeine Ortskrankenkasse Rheinland/Hamburg [AOK Rheinland/Hamburg], 2023; Grobe et al., 2023; Grobe & Frerk, 2020) und das Phänomen des Präsentismus (Almstadt et al., 2012; Techniker Krankenkasse [TK], 2022) sind arbeitsplatzbezogene Faktoren, die sich auf die Gesundheit pädagogischer Kräfte auswirken. Hingegen beziehen sich nur wenige Studien auf die subjektive Bewertung von Arbeitsbedingungen für die Gesundheit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) (Barthel et al., 2014; Sinn-Behrendt et al., 2015; Voss & Schumann, 2020). Aufgrund des Rechtsanspruchs auf einen Betreuungsplatz für Kinder vom vollendeten ersten bis zum vollendeten dritten Lebensjahr (SGB VIII, § 24, Absatz 3) und der institutionellen frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung (FBBE)¹ haben Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) eine hohe gesellschaftliche Bedeutung (Kaul et al., 2023).

Lattner (2015) erhob in ihrer Studie Strategien (z. B. situative Unterstützung erfragen, fachliche Hilfe annehmen) zur Bewältigung von Arbeitsbelastungen und -beanspruchungen durch pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen. Ferner werden Maßnahmen und Angebote zur Stressreduktion und Anforderungsbewältigung für pädagogische Kräfte gefordert, um ge-

1 Die frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung bezieht sich auf Kinder bis zum Alter von 6 Jahren (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Kaul et al., 2023). Aufgrund dessen wird der Altersbereich „Kinder unter 3 Jahren“ und „Kinder zwischen 3–6 Jahren“ angegeben, um die organisationsstrukturelle Spezifizierung zu markieren.

sundheitsbezogene Langzeitfolgen und Erkrankungen zu reduzieren bzw. vorzubeugen (Darius et al., 2022, 2023; Viernickel & Voss, 2013; Vincent-Höper et al., 2015). Bestehende Trainings und Leitfäden zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kindertageseinrichtungen (Jäger-Jürgens et al., 2020; Rudow, 2007) zielen auf die Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen auf Verhaltens- und Verhältnisebene ab. Diese Vorgehensweisen beteiligen und empower die pädagogischen Kräfte, jedoch beachten sie individuell bestehende, gesundheitsbezogene Handlungsstrategien nicht vor dem Hintergrund der biografischen Rekonstruktion von Gesundheit und Krankheit.

Mit Blick auf die empirische Datenlage zu Gesundheit und Krankheit am Arbeitsplatz pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen und Gesundheit als eine relevante Voraussetzung für die Erwerbsfähigkeit wird mit der vorliegenden Forschungsarbeit ein Beitrag zur salutogenetischen Perspektive auf Gesundheit von pädagogischen Kräften als Erwerbstätige in der FBBE (Kinder unter 3 Jahren) geleistet. Die Subjektperspektive der pädagogischen Kräfte ist eminent, um zum einen subjektives Gesundheitshandeln in der Arbeits- und Lebenswelt und zum anderen alltägliche, auf biografischen und aktuellen Erfahrungen beruhende Wissensbestände zu erfassen. Mit der salutogenetischen Betrachtung erfolgt die Fokussierung auf die Verarbeitung von Stressoren und demnach auf das Bewältigungshandeln des Subjekts und weniger auf die Art und Weise des Stressors (Antonovsky, 1997).

Die Forschungsarbeit widmet sich der subjektiven und sozialen Konstruktion von Gesundheit in biografischen, arbeits- und lebensweltlichen Kontexten von pädagogischen Kräften als Erwerbstätige in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) mit folgenden Forschungsfragen:

- Wie entwickeln sich gesundheitsbezogene Handlungsstrategien in Biografien pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) und wie werden diese gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien in der sozialen Arbeits- und Lebenswelt eingesetzt?
- Wie beeinflussen biografische sowie arbeits- und lebensweltliche Bedingungen die (Weiter-)Entwicklung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien zur Aufrechterhaltung bzw. Herstellung des Gesundheitszustandes von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren)?
- Wie wirken sich biografische, arbeits- und lebensweltliche Erfahrungen und deren subjektiven Deutungen auf das subjektive Gesundheitsverständnis von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) aus?

Das Erkenntnisinteresse bezieht sich auf die biografische, lebensweltliche und arbeitsplatzspezifische Perspektive, das subjektive Gesundheitshandeln und das damit assoziierte subjektive Gesundheitsverständnis von pädagogischen

schen Kräften als Erwerbstätige in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren). Das Ziel der Untersuchung ist die Herausarbeitung einer gegenstandsbezogenen, konzeptionellen Theorie. Kategorien gesundheitsbezogener Handlungsstrategien sollen aus salutogenetischer Sicht die Aufrechterhaltung bzw. Herstellung des subjektiven Gesundheitszustands unter den Lebens- und Arbeitsbedingungen und deren Konsequenzen erklären. Dadurch soll die bisherige empirische Datenlage zu gesundheitsbezogenen Arbeitsbedingungen, deren subjektiven Bewertung als Arbeitsbelastungen und -beanspruchungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit um eine salutogenetische Gesundheitsperspektive erweitert werden.

Die Beantwortung der Fragestellungen erfolgt im Sinne qualitativ-rekonstruktiver Gesundheitsforschung, um gesundheitsbezogene Handlungsstrategien und das subjektive Gesundheitsverständnis im biografischen, arbeitsspezifischen und lebensweltlichen Bezug pädagogischer Kräfte zu rekonstruieren. Mit einem gesundheitssoziologischen, interpretativen Forschungsvorgehen kann die „Perspektive der subjektiven Deutungen und Alltagstheorien wie der ihnen zugrunde liegenden sozialen Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit“ (Ohlbrecht, 2023, S. 80) erhoben werden. Im Verständnis des interpretativen, handlungstheoretischen Paradigmas dienen Symbole in sozialen Interaktionen und deren Interpretation zur Konstruktion der sozialen Wirklichkeit (Blumer, 2013). Über gesundheitsbezogenes Handeln und Alltagsverständnis von Lai*innen als Symbole sozialer Interaktionen können Bedingungen und Wirkungen des sozialen Handelns in der Lebenswelt erfasst und erklärt werden (Ohlbrecht, 2023; Sperlich, 2023). Der qualitative Forschungsansatz bietet einen methodischen Zugang, um zu einem vertieften Verständnis des individuellen Erlebens biografischer und lebensweltlicher Erfahrungen und subjektiver Deutungen von Gesundheit und Krankheit zu gelangen. Ebenso ermöglicht dieser Forschungsansatz, gesundheitsbezogene Handlungsstrategien zur Bewältigung von Stressoren zu erfassen. Das offene, kommunikative Vorgehen qualitativer Gesundheitsforschung ermöglicht, dem Erkenntnisinteresse und den Fragestellungen zu Handlungsorientierungen, gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien und deren Alltagsverständnis und -logiken aus der Lai*innenperspektive forschungsmethodisch angemessen nachkommen zu können.

Aufbau der Arbeit

Die Verschriftlichung der vorliegenden Forschungsarbeit orientiert sich an den Vorschlägen zur Darstellung qualitativer Forschungsarbeiten (Kruse, 2015) und Dissertationen im Forschungsstil der Grounded Theory (Corbin &

Strauss, 2015). Der lineare Aufbau entspricht dabei nicht dem zirkulären Forschungsprozess.

Teil I „Theoretische und empirische Bezüge – Forschungsfeld und Forschungsstand“ umfasst die theoretische Kontextualisierung der Untersuchung und bezieht sich zum einen auf die subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit (siehe Kapitel 2). Zunächst wird das Verständnis von Gesundheit aus der Lai*innen- und der Wissenschaftsperspektive dargestellt. Das Modell der Salutogenese nach Antonovsky (1997) wird herangezogen, um die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit anhand allgemeiner Widerstandsressourcen und deren biografischer, kontextueller, sozialer Einbettung zu fokussieren. Da Handlungsorientierungen für den gesundheitsbezogenen Herstellungsprozess auf biografischen Erfahrungen und deren Deutungen basieren, gewinnt die individuelle Gesundheitsbiografie an Relevanz, um Gesundheit als soziales, interaktionistisch-konstruiertes Geschehen im zeitlichen Lebensverlauf zu verstehen. Zum anderen wird das Arbeitsfeld Kindertageseinrichtungen vorgestellt und dabei insbesondere auf Care-Arbeit als Erwerbsarbeit eingegangen. Des Weiteren wird die empirische Befundlage zur arbeitsbezogenen Gesundheit und Krankheit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen aufgezeigt (siehe Kapitel 3). Dadurch sollen die Spezifika der Arbeitsbedingungen und deren Bezug zur Gesundheit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen dargestellt werden. Von der theoretischen Kontextualisierung ausgehend wird das Erkenntnisinteresse und die Zielsetzung dieser Forschungsarbeit erläutert (siehe Kapitel 4). Die damit einhergehenden Forschungsfragen werden in den theoretischen Kontext eingebunden und begründet.

In Teil II „Wissenschaftstheoretische Rahmung und Forschungsdesign“ werden die theoretischen Grundlagen des Forschungsstils der Grounded Theory und der Biografieforschung dargestellt, um deren Bedeutung für die Rekonstruktion des subjektiven Gesundheitshandelns und -verständnisses im biografischen und lebensweltlichen Kontext aufzuzeigen. Die retrospektive Betrachtung lebensgeschichtlicher Ereignisse und deren subjektiven Deutungen werden mit fokussiert-narrativen Interviews (Schütze, 1983, 1987) und der arbeitsweltliche Bezug wird mit episodischen Interviews (Flick, 2003, 2011) erhoben. Um den bestehenden Wissensbestand zu Gesundheit und Krankheit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) zu erweitern, können „subjektive Theorien zum Ausgangspunkt für eine gegenstands begründete Theoriebildung im Sinne von Glaser und Strauss“ (Flick, 1998a, S. 28) genutzt werden. Im Forschungsstil der Grounded Theory soll eine gegenstandsangemessene Theorie zur subjektiven Aufrechterhaltung von Gesundheit pädagogischer Kräfte in Einrichtungen der FBBE (Kinder unter 3 Jahren) entwickelt werden (siehe Kapitel 5).

In Teil III „Ergebnisse der empirischen Untersuchung“ werden die Ergebnisse der Forschungsarbeit zunächst in vier gesundheitsbezogenen Fall-

portraits detailliert beschrieben (siehe Kapitel 6). Im Zentrum dieser Ergebnisdarstellung steht die (berufs)biografische Rekonstruktion gesundheitsbezogener Handlungsstrategien und des Gesundheitsverständnisses von pädagogischen Kräften, die in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) arbeiten. Die fallübergreifende Ergebnisdarstellung führt die fallbezogenen Ergebnisse in einer konzeptuellen Theorie zur Gesunderhaltung und deren Bedingungen, Handlungsstrategien und Konsequenzen zusammen (siehe Kapitel 7).

Teil IV „Diskussion und Ableitungen für Theorie und Forschung“ beinhaltet die Diskussion sowie das Fazit und den Ausblick. Die Erkenntnisse der Forschungsarbeit zur biografischen Entwicklung subjektiven Gesundheitshandelns und -verständnisses und zur Aufrechterhaltung und Herstellung subjektiver Gesundheit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) in der Arbeits- und Lebenswelt werden in der Diskussion (siehe Kapitel 8) mit dem bisherigen Forschungsstand und theoretischen Diskurs zusammengeführt. Aus den Ergebnissen und deren Diskussion werden Forschungspotenziale und deren theoretische Rahmungen aufgezeigt (siehe Kapitel 9).

Teil I
Theoretische und empirische
Bezüge – Forschungsfeld
und Forschungsstand

2 Die subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit

Menschen machen kontinuierlich im Lebensverlauf² – als zeitliches Geschehen des eigenen Lebens – unterschiedliche Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit, wodurch Wissen und Kompetenzen entstehen, die sich weiterentwickeln und die handlungsleitend sind. Gesundheitsbezogenes Alltagswissen und -handeln von Lai*innen sind von sozial geprägten Wissensbeständen und Handlungsmustern, alltagsweltlichen Lebenserfahrungen und von soziokulturellen Normen bestimmt (Dreßke & Ohlbrecht, 2019; Faltermaier, 2019; Flick, 1998a). Da Menschen vor allem im Alltag und seltener im professionellen Gesundheitssystem gesundheitsbezogene Themen sozial verhandeln und gesundheitsbezogen handeln, spricht Faltermaier (2023b) vom „Laiengesundheitssystem“ (ebd., S. 231). Das Potenzial gesundheitsbezogenen Alltagswissens und -handelns ist für die professionelle Gesundheitsversorgung (Faltermaier, 2023b; Richter & Hurrelmann, 2023b) und für wissenschaftliche Theorien und Modelle von Gesundheit (Richter & Hurrelmann, 2023a) relevant.

In diesem Kapitel erfolgt zunächst eine Annäherung an ein Gesundheitsverständnis aus der Perspektive von Lai*innen und der Wissenschaft (siehe Kapitel 2.1). Anhand des Modells der Salutogenese (siehe Kapitel 2.2) wird die Gesunderhaltung auf Subjektebene betrachtet, um damit die prozesshaften, dynamischen Bedingungsgefüge darzustellen, die die Bewegung auf dem mehrdimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erklären sollen. Da Gesundheit im gesamten Lebensverlauf unter sozialen, soziokulturellen, materiellen usw. Bedingungen als potenzielle Ressourcen zur Bewältigung von gesundheitsbezogenen Stressoren durch das Individuum sichergestellt werden muss, erfolgt die Betrachtung von Gesundheit und Biografie (siehe Kapitel 2.3). Dabei werden Gesundheitsressourcen, Gesundheitshandeln sowie subjektives Gesundheitsverständnis als wesentliche Aspekte subjektiver Gesundheitsbiografien erläutert. Dem schließt sich die interaktionistische Betrachtung auf die Konstruktion von Gesundheit an (siehe Kapitel 2.4), um den Stellenwert sozialer Interaktionen in der Biografie von Subjekten anhand des Symbolischen Interaktionismus zu fokussieren.

2 Für Kohli (1988) besteht der Lebensverlauf aus Ereignissequenzen (= Sequenzialität) im zeitlichen Verlauf (= Kontinuität) individueller Entwicklung (= Biographizität). Hingegen ist die Biografie eine subjektiv erzählte Deutung der erlebten Wirklichkeit (ebd.).

2.1 Lai*innen- und Wissenschaftsperspektive auf Gesundheit

Gesundheit ist kein konsensfähig definiertes Phänomen, das wissenschaftsübergreifend gleich verstanden wird, da jede Wissenschaft (z. B. Medizin, Psychologie, Public Health, Soziologie) verschiedene Aspekte und Zusammenhänge fokussiert und auf der Grundlage disziplinärer theoretischer Ansätze und Modelle, empirischer Erkenntnisse und spezifischer Fachbegriffe definiert (Faltermaier, 2023a; Hurrelmann & Richter, 2013). Gesundheit wird aber nicht nur aus Wissenschaftsperspektive, sondern auch aus der Lai*innenperspektive beschrieben. Als Lai*innenperspektive wird die Betrachtungsweise von Menschen verstanden, die sich nicht wissenschaftlich und fachspezifisch mit Gesundheit beschäftigen (Faltermaier, 2023a). Diese Perspektive auf Gesundheit, das heißt, was Lai*innen unter Gesundheit verstehen und wie sie mit Gesundheit umgehen, beruht auf situativem Alltagswissen, das sich an biografischen Erfahrungen und subjektiven Deutungen, Handlungsmöglichkeiten und sozialen Lebenskontexten ausrichtet (Berg & Lucius-Hoene, 2000; Dreßke & Ohlbrecht, 2019; Faltermaier, 2019). Der Philosoph Hans-Georg Gadamer (2018) versteht Gesundheit als eine „Selbstverständlichkeit des Lebendigseins [...], in der man, soweit sie empfunden ist, am ehesten von Wohlbefinden reden möchte“ (ebd., S. 99). Gesundheit ist ein „Da-Sein, In-der-Welt-Sein, Mit-den-Menschen-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig oder freudig erfüllt sein“ (ebd., S. 144), sodass ein „Zustand der inneren Angemessenheit und der Übereinstimmung mit sich selbst“ (ebd., S. 138) besteht. Hingegen orientiert sich die Fachexpertise an argumentativen Logiken, die z. B. objektive Befunde, Ursache-Wirk-Mechanismen und krankheits- und gesundheitsbezogene Prozesse erklären (Dreßke & Ohlbrecht, 2019; Faltermaier, 2023a; Hurrelmann & Richter, 2013).

Durch das Salutogenesemodell von Antonovsky (1997) (siehe Kapitel 2.2) wurde von der biomedizinisch-dichotomen Sicht auf Gesundheit und Krankheit zunehmend abgerückt und eine prozesshafte, dynamische Betrachtung von Gesundheit und ein bipolares Verhältnis von Gesundheit und Krankheit hervorgehoben. Damit führte Antonovsky (1997) aus medizinsoziologischer Perspektive das Konzept des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums ein. Dem liegt das Verständnis zugrunde, „dass Gesundheit immer wieder aufgebaut werden muss[,] und dass gleichzeitig der Verlust von Gesundheit ein natürlicher und allgegenwärtiger Prozess ist“ (Bengel et al., 2001, S. 26). Auch Lai*innen verstehen Gesundheit als dynamisch und prozesshaft, wodurch die individuelle Positionierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum entsteht (Faltermaier & Kühnlein, 2000; Faltermaier et al., 1998).

Risiko- und Schutzfaktoren bewegen auf physischer, psychischer und sozialer Ebene den Gesundheitszustand auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Dabei sind Gesundheit und Krankheit durch dynamische Zwischenstadien auf dem Kontinuum verbunden. Das gelingende gesundheitsbezogene Gleichgewicht muss während des gesamten Lebensverlaufs hergestellt werden und kann z. B. zu Lebensfreude und Leistungsfähigkeit führen. Dabei wirken dynamische Herstellungsprozesse in der jeweiligen Lebenssituation durch die Wechselbeziehung von erlebten Stressoren und vorhandenen Ressourcen (Hurrelmann & Richter, 2013). Salutogenetische Wissenschaftsperspektiven und die Lai*innenperspektive eint, dass Schutzfaktoren (z. B. gute körperliche Disposition, emotionale Stabilität, Inanspruchnahme medizinischer Vorsorge) sowie personbezogene und externe Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, hohe Arbeitsbelastung) den Gesundheitszustand beeinflussen (Antonovsky, 1997; Faltermaier, 2023a). Dabei wird Gesundheit als mehrdimensionales Phänomen verstanden, das z. B. über das subjektive (Wohl-) Befinden und Handlungspotenzial als individuelles Erleben eines Subjektes und über fehlende physische und psychische Beschwerden und Krankheiten anhand sozial vorgegebener Normen bestimmt werden kann (Faltermaier, 2023a).

Gesundheit entsteht aus der Interdependenz von physischen, psychischen und sozialen Bedingungen als personale und soziale Voraussetzungen (Hurrelmann & Richter, 2013). Bedingungen für Gesundheit sind personale Faktoren (z. B. Persönlichkeitsstruktur, physische Konstitution), subjektive Faktoren (z. B. Hygieneverhalten, Selbstvertrauen) und soziale Verhältnisfaktoren (z. B. Arbeitsplatz, Wohnverhältnisse, Freizeitangebote) (Hurrelmann & Richter, 2013; World Health Organization [WHO], 1986). Mit der Ottawa-Charta wird die gesundheitsbezogene Gestaltung des Sozialen anstatt des Physischen fokussiert (WHO, 1986). Aus gesundheitssoziologischer Perspektive ist Gesundheit ein „Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“ (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147). Gesundheit wird im Wissenschafts- und Lai*innenverständnis im sozialen Kontext des Subjekts konstruiert, in dem sich personale und subjektive Faktoren entfalten, wobei deren Entfaltung wiederum durch soziale Bedingungen begrenzt wird (ebd.). Gesundheit wird dabei von u. a. kulturellen, gesellschaftlichen, politischen und nationalen Determinanten bestimmt (Faltermaier, 2023a; Morris, 2000; Richter & Hurrelmann, 2023b). Dieses dynamische Zusammenwirken beeinflusst das Gesundheitshandeln und den Gesundheitszustand eines Subjektes während des gesamten Lebens (Hurrelmann & Richter, 2013).

Neben personalen und sozialen Faktoren wird der Gesundheitszustand durch die Bewältigung innerer, personaler und äußerer, externer Anforderun-

gen³ bedingt (Hurrelmann & Richter, 2013). Im biopsychosozialen Verständnis muss individuellen Bedürfnissen und externen Anforderungen kontinuierlich nachgekommen werden, um den Zustand, dass „sich der Organismus erfolgreich in seine Umgebung einzufügen und diesen Zustand frei von ungebührlicher Spannung beizubehalten vermag“ (Engel, 1970, S. 301), zu erhalten (ebd.). Im Modell der Salutogenese ist die Bearbeitung von Stressoren durch verfügbare Ressourcen ein wesentlicher Kerngedanke (Antonovsky, 1997). Das im Alltagswissen von Lai*innen verankerte Gesundheitsverständnis kennzeichnet, dass gesundheitsbezogene Ressourcen in verschiedenen Situationen verfügbar sind und genutzt werden können, um Anforderungen zu bewältigen bzw. auszugleichen (Faltermajer, 2023a; Faltermajer et al., 1998). Dadurch kann der Gesundheitszustand in Richtung Gesundheit auf dem Gesundheit-Krankheits-Kontinuum bewegt werden. Dabei ist wesentlich, wie stark der eigene Einfluss und damit die subjektive Kontrollüberzeugung auf den Gesundheitszustand angesehen werden (ebd.). Das Verständnis von Gesundheit als gelungene Realitätsbewältigung (Hurrelmann & Richter, 2013) bzw. gelungene Spannungsbearbeitung (Antonovsky, 1997) betrachtet Gesundheit als einen Zustand des Seins in der Lebenswelt, in dem ein ständiger interaktiver Austausch zwischen dem Subjekt und dessen Umwelt stattfindet. Dadurch stellt das Individuum eine Balance zwischen sich selbst und der Umwelt her und kann seine Gesundheit aufrechterhalten (Faltermajer, 2023a; Hurrelmann & Richter, 2013). Dies kann aus soziologischer Perspektive nach Parsons (1968) zu einem „Zustand der optimalen Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Aufgaben und Rollen, für die es sozialisiert wurde“ (ebd., S. 344, zitiert nach Faltermajer, 2023a, S. 44) führen. Dies markiert aber auch eine zunehmende Verantwortung von Lai*innen für ihre Gesundheit (Franke, 2010).

Gesundheit wird weitgehend subjektiv bewertet, wobei sich die Selbstbeurteilung und Fremdbeurteilung von Gesundheit unterscheiden können (Hurrelmann & Richter, 2013). Wissenschaftsperspektiven verdeutlichen, dass die gesundheitliche Fremdeinschätzung an vorgegebenen objektiven Parametern beschrieben und an sozialen Normen gemessen werden kann (z. B. statistische Normen für die Verteilung von gesundheitsbezogenen Werten, funktionale Normen für Leistungs- und Arbeitsfähigkeit) (Hurrelmann & Richter, 2013; Razum & Kolip, 2020). Hingegen bezieht sich die gesundheitsbezogene Selbsteinschätzung auf das subjektive Erleben und Bewerten von Gesundheit sowie auf individuelle Einstellungen, die durch biografische Erfahrungen geprägt sind (Hurrelmann & Richter, 2013). Die Selbst- und die Fremdeinschätzung von Gesundheit können jeweils auf physischer, psychischer und

3 Für Antonovsky (1997) sind Anforderungen externe und interne Faktoren, die krankmachend, gesundheitsförderlich oder neutral auf das Gesundheitsgleichgewicht wirken. Die Wirkung der Anforderungen hängt mit dem Bewältigungshandeln und verfügbaren allgemeinen Widerstandsressourcen zusammen (ebd.).

sozialer Ebene übereinstimmen bzw. divergieren (ebd.). Die positive Selbsteinschätzung von Lai*innen bezieht sich auf psychische und physische Ausprägungen des (Wohl-)Befindens (z. B. Lebensfreude, psychische Stabilität), die sich gegenseitig ergänzen und zum Handeln anregen können (Faltermaier et al., 1998; Herzlich, 1973). Diese Ausprägungen können Ressourcen z. B. für die Handlungs- und Leistungsfähigkeit im Alltag und physische Arbeitsfähigkeit sein. Negativ konnotierte Selbsteinschätzungen von Gesundheit beziehen sich auf die Abwesenheit von Krankheit und auf das Fehlen von spezifischen physischen und/oder psychischen Beschwerden (Faltermaier et al., 1998; Herzlich, 1973).

Gesundheit als mehrdimensionales Phänomen auf sich wechselseitig beeinflussender physischer, psychischer und sozialer Ebene anzusehen und als dynamisches Phänomen zu verstehen, das unter den jeweiligen Lebensbedingungen aktiv vom Subjekt hergestellt und weiterentwickelt wird, kann sowohl als subjektives Erleben verstanden als auch durch objektiv messbare Parameter bestimmt werden (Hurrelmann & Richter, 2013; Razum & Kolip, 2020). Gesundheit wird aus der Wissenschaftsperspektive und Fremdbestimmung sowie aus der Lai*innenperspektive und Selbstbestimmung als Phänomen wahrgenommen, welches soziale Bedeutungszuschreibungen enthält und woraus resultierendes Alltagswissen und -handeln abgeleitet werden (Faltermaier, 2023a; Hurrelmann & Richter, 2013). Dabei wird Gesundheit als soziales Konstrukt angesehen, das dynamischen Veränderungsprozessen während des gesamten Lebensverlaufs unterliegt (Faltermaier, 2019, 2023a).

Gesundheitsmodelle ermöglichen, aus der jeweiligen Wissenschaftsperspektive zu erklären, wie Gesundheit entstehen und aufrechterhalten sowie wodurch sie gefährdet und reduziert werden kann. Nachfolgend wird das Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1997) beschrieben, um (biografische) Orientierungen und Handlungsstrategien zur Gesunderhaltung und -herstellung darzulegen.

2.2 Salutogenesemodell – sozialwissenschaftlicher Erklärungsansatz für Gesundheit

Theoretische Gesundheitsmodelle stellen Bedingungen, Einflussfaktoren und Prozesse dar, durch die Gesundheit gefördert und erhalten wird und Menschen trotz Belastungen und Risiken gesund bleiben (Faltermaier & Hübner, 2021). In gesundheitsbezogenen Wissenschaften haben sich unterschiedliche Gesundheitsmodelle etabliert, z. B. sozialepidemiologisch-ökologisches Modell (Trojan & Hildebrandt, 1989), Resilienz-Modell (Werner, 1997), Health Belief Model und Health Action Process Approach (Faltermaier, 2023a). In diesem Kapitel wird das Modell der Salutogenese nach Antonovsky (1997)

dargestellt und reflektiert, da es die Gesunderhaltung anhand von Ressourcen in Bezug auf das gesundheitsbezogene Sein in der Lebenswelt erklärt. Dabei wird auch auf das subjektive Gesundheitsverständnis und auf den Bezug zur Biografie der Subjekte eingegangen.

Das vom Medizinsoziologen und Stressforscher Aaron Antonovsky (1923-1994) entwickelte Modell der Salutogenese betrachtet, wie Gesundheit entsteht und aufrechterhalten wird. Antonovsky (1997) versteht Gesundheit als ein aktives, sich dynamisch ordnendes Geschehen. Dabei bewegt sich der Gesundheitszustand auf einem Kontinuum, dessen Enden ein maximal gesunder Pol (Gesundheit/phisches Wohlbefinden) und ein maximal kranker Pol (Krankheit/phisches Missbefinden) sind (Antonovsky, 1997; Bengel et al., 2001). Neben der Hervorhebung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, wird am Modell der Salutogenese nach Antonovsky (1997) jedoch die Fokussierung auf die physische Gesundheit kritisiert, da es ein dichotomes Verständnis von Körper und Psyche suggeriert (Bengel et al., 2001).

Mit dem Modell der Salutogenese hat Antonovsky (1997) wesentliche Neuerungen in die wissenschaftliche Betrachtung von Gesundheit und Krankheit eingeführt. Zentral sind die Einführung des Kontinuums von Gesundheit und Krankheit und die Annahme, dass Gesundheit und Krankheit normale Zustände im Lebensverlauf sind (ebd.). Jedoch ist an der Vorstellung einer linearen Beziehung von Gesundheit und Krankheit nachteilig, dass ein Weniger an Gesundheit zugleich ein Mehr an Krankheit bedeutet (Bengel et al., 2001). Vielmehr sind Gesundheit und Krankheit „parallel, nebeneinander erfassbare, beschreibbare und subjektiv erlebbare Einheiten“ (Bengel et al., 2001, S. 98). Dadurch ist es möglich, dass objektiv kranke Personen, z. B. chronisch erkrankte Personen, sich gesund fühlen, da sie Herausforderungen im Lebensverlauf gelingend bewältigen können, „über ein unterstützendes soziales Netzwerk verfü[en] und insgesamt zufrieden“ (Hartung, 2011, S. 235) sind.

Gesundheit auf einem multidimensionalen Kontinuum zu betrachten, beinhaltet, dass das Subjekt immer im Kontext seiner Lebenswelt, der erlebten Stressoren und verfügbaren Ressourcen sowie der sich ergebenden Konsequenzen gesehen wird, durch die die Bewegung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum beeinflusst wird (siehe Abbildung 1) (Faltermaier, 2023a).

Stressoren als physikalische, biochemische und psychosoziale Einflussfaktoren (z. B. zwischenmenschliche Konflikte, Tod einer nahestehenden Person, Viren) wirken auf das Subjekt ein und führen zu einem physischen und psychischen Spannungszustand (Antonovsky, 1997; Faltermaier, 2023a; Mittelmark & Bauer, 2022). Nach der subjektiven Bewertung des Stressors anhand der möglichen Gesundheitsgefährdung werden Ressourcen zur Bearbeitung von Spannungszuständen genutzt, um diese aufzulösen. Folglich gilt es zu beachten, wie Subjekte mit situativ physischen, psychischen und sozia-

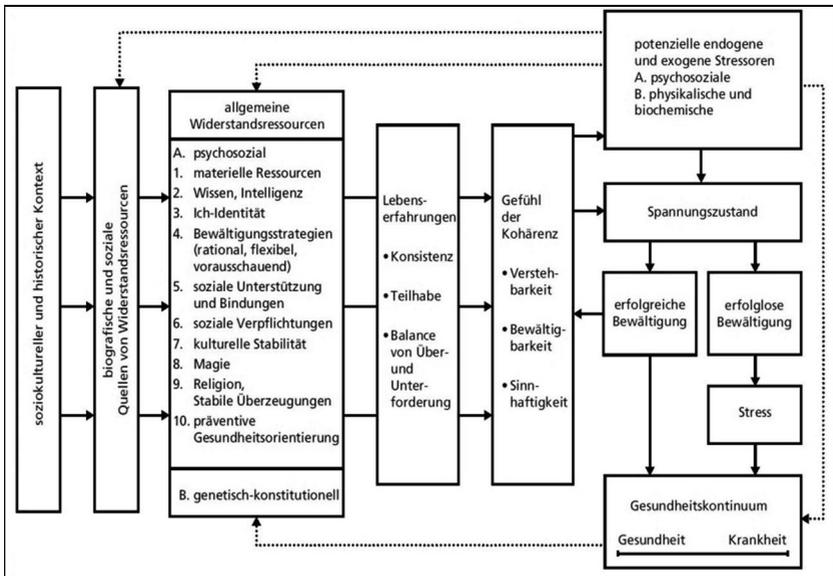


Abbildung 1: Modell der Salutogenese (aus: Faltermaier, 2023a, S. 80)

len Belastungen umgehen, um das gesundheitsbezogene Gleichgewicht herzustellen. Aus der Bewertung des Bewältigungsprozesses als (nicht) erfolgreich ergeben sich gegebenenfalls Korrekturen für zukünftige Bewältigungen. Da Stressoren allgegenwärtig in der Lebenswelt vorkommen, wird das situative Bewältigungspotenzial von Subjekten in dem Modell fokussiert (Antonovsky, 1997; Forbech Vinje et al., 2022).

Das Subjekt braucht zahlreiche, salutogen wirkende Bedingungen, sogenannte allgemeine Widerstandsressourcen (siehe Abbildung 1), die in Belastungssituationen genutzt werden können, um eine gelingende Spannungsverarbeitung zu erreichen (Antonovsky, 1997; Forbech Vinje et al., 2022). Widerstandsressourcen entwickeln sich aufgrund biografischer Bedingungen (z. B. sozialer Status, familiäre Lebensform, Spiritualität) und tragen dazu bei, dass Individuen im Lebensverlauf relevante gesundheitsbezogene Erfahrungen machen (z. B. personale Kontrolle, soziale Teilhabe) (Antonovsky, 1997). Aufgrund dieser biografischen Gesundheitserfahrungen entwickelt sich das Kohärenzgefühl⁴. Diese zeitlich andauernde und im Lebensverlauf

4 Der von Antonovsky geprägte Begriff sense of coherence (SoC) wird in der deutschsprachigen Übersetzung weitgehend als Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1997; Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023a; Mette & Harth, 2017), aber auch als Kohärenzerleben bzw. Schema (Eberz et al., 2011) oder Kohärenzsinn (Bengel et al., 2001) bezeichnet. Ausgehend von der

veränderbare, grundlegende Überzeugung und Zuversicht umfasst, dass das Leben trotz psychosozialer Belastungen grundsätzlich zu verstehen ist, dass erlebte Anforderungen bewältigt werden können und dass das Leben weitgehend als sinnvoll erlebt wird (Mittelmark & Bauer, 2022). Die Verstehbarkeit als kognitive, die Bewältigbarkeit als emotional-kognitive und die Sinnhaftigkeit als motivationale Komponente bedingen einander und bestimmen die individuelle Nutzung von Widerstandsressourcen. Das Kohärenzgefühl ist für die Bewegung und Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum entscheidend (Bengel et al., 2001; Forbech Vinje et al., 2022). Es ist eine „globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein [...] dynamisches Gefühl des Vertrauens hat“ (Antonovsky, 1997, S. 36, Herv. i. O.). Das Vertrauen entsteht durch die Interaktion eines Individuums mit der sozialen Umgebung. Im Lebensverlauf prägen soziale Beziehungen das Kohärenzgefühl, z. B. durch Erfahrungen der sozialen Unterstützung und Zuverlässigkeit (Hartung, 2011). Neben dem individuellen Kohärenzgefühl betont Antonovsky (1987) das Kohärenzgefühl sozialer Gruppen, das u. a. durch gemeinsame Werte, eine hohe Gruppenidentifikation der Individuen und eindeutige Rollenzuweisungen entsteht. Obwohl Antonovsky (1987) ein weitgehend stabiles Kohärenzgefühl des Individuums ab dem Erwachsenenalter postuliert, geht er dennoch davon aus, dass z. B. tiefgreifende Veränderungen von Arbeitsbedingungen die drei Ausprägungen des Kohärenzgefühls stärken bzw. schwächen können (ebd.). Dabei werden die Verstehbarkeit u. a. durch transparente und strukturierte Arbeitsprozesse, die Handhabbarkeit durch z. B. ausgeprägte Autonomie und hohen Zeitdruck sowie die Bedeutsamkeit durch einen großen Handlungsspielraum und Partizipation usw. beeinflusst (Antonovsky, 1997; Mette & Harth, 2017). Mette und Harth (2017) betonen, dass ein starkes Kohärenzgefühl als personale Ressource zur Wahrnehmung und Nutzung institutioneller und materieller Ressourcen am Arbeitsplatz führt und somit eine Reziprozität zwischen Arbeitsbedingungen und dem Kohärenzgefühl besteht.

Das Salutogenesemodell fokussiert biografische, kontextuelle und personale Bedingungen von Gesundheit und stellt einen komplexen Prozess zur Gesunderhaltung und -herstellung dar (Bengel et al., 2001; Faltermaier, 2023a). Obwohl das Modell gesundheitsförderlich und gesunderhaltend ausgerichtet ist, orientiert es sich dennoch an Stressoren, die reaktiv vom Subjekt bewältigt werden (Hurrelmann & Richter, 2013). Aus gesundheitspsychologischer Sicht wird kritisch erwähnt, dass Gesundheit in dem Modell „zu wenig als subjektive und soziale Konstruktion erkennbar ist“ (Faltermaier et al., 1998, S. 28). Die Ergänzung einer positiven Subjektdimension wird vorgeschlagen, die die biografisch-erfahrungsbasierte Nutzung von gesundheitsförderlichen Ressourcen abbildet und eine direkte „Einflussnahme des Indi-

deutschen Ausgabe „Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit“ (Antonovsky, 1997) wird in der vorliegenden Monografie die Übersetzung Kohärenzgefühl verwendet.

viduums auf das Gesundheitskontinuum“ (ebd., S. 28) zeigt. Die angedachte Ergänzung erfolgt im Kontext der subjektiven und biografischen Selbstkonstruktion und der Lebenswelt des handelnden Subjekts (Bauer et al., 2019; Faltermaier et al., 1998). Aus gesundheitssoziologischer Sicht wird angemerkt, dass übergeordnete gesellschaftliche Strukturen (z. B. Sozialstruktur, Sprache, Kultur) ausschließlich implizit beachtet werden (Hurrelmann & Richter, 2013). Faltermaier (2023a) greift dies im gesundheitspsychologisch basierten, integrativen Modell der Salutogenese z. B. durch soziokulturellen Kontext und biografische Bedingungen auf (siehe Abbildung 1).

Die Salutogenese-Forschung hebt hervor, dass das Modell der Salutogenese weiterentwickelt werden muss, um z. B. das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum stärker in verschiedenen positiven Ausprägungen zu erfassen (z. B. Selbstverwirklichung, soziale Anerkennung, gesellschaftliches Engagement) und den individuellen Fokus des Kohärenzgefühls hin zu einem kollektiven Kohärenzgefühl darzustellen. Dafür bedarf es z. B. empirischer Erhebung der drei Komponenten des Kohärenzgefühls anhand quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden (Bauer et al., 2019; Mittelmark & Bauer, 2022; Vaandrager, 2022).

Trotz der Kritik und der notwendigen Weiterentwicklung des Modells ist hervorzuheben, dass die salutogenetische Sicht auf Individuen, die Einführung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums sowie die dynamischen Beziehungen zwischen Stressoren, Bewältigungshandeln und der Gesundheitsdynamik wesentlich die theoretische und praktische Betrachtung von Gesundheit geprägt haben (Hurrelmann & Richter, 2013). Der Einbezug biografischer Bedingungen für gesundheitsrelevante Ressourcen und die Beachtung des Herstellungsprozesses von Gesundheit im Lebensverlaufs weisen auf die Verknüpfung von Gesundheit und Biografie hin.

2.3 Gesundheitsbiografie

Das Erzählen der Lebensgeschichte ermöglicht, subjektive biografische Erfahrungen zu rekonstruieren (Berg & Lucius-Hoene, 2000; Schütze, 1987). Die retrospektive Betrachtung lebensgeschichtlicher Ereignisse beruht auf lebensweltlichen Erfahrungen und Handlungsbezügen (Berg & Lucius-Hoene, 2000). Während dieses Erzählens werden Themen und Ereignisse ausgewählt, die für den jeweiligen Erzählkontext relevant sind (Ohlbrecht & Jellen, 2020). In biografischen Erzählungen werden die Subjektivität als das Individuelle sowie gesellschaftliche Diskurse und soziale Kontexte miteinander verwoben (Bogner & Rosenthal, 2017). Demzufolge ist die Biografie „ein individuelles und kollektives Produkt“ (Bogner & Rosenthal, 2017, S. 45), das

als soziales Konstrukt im zeitlich-gesellschaftlichen Geschehen steht (Bogner & Rosenthal, 2017; Ohlbrecht & Jellen, 2020).

Lebensgeschichtliche Bezüge in die Gesundheitsforschung einzubeziehen, wird zunehmend u. a. in den Gesundheitswissenschaften (Hurrelmann & Richter, 2013; Richter & Hurrelmann, 2023a), in der Gesundheitssoziologie (Ohlbrecht & Jellen, 2020, 2022) und Gesundheitspsychologie (Faltermaier, 2023a, 2023b) beachtet. Die Gesundheitsbiografie wird zum Gegenstand der Gesundheitsforschung (Berg & Lucius-Hoene, 2000; Ohlbrecht & Jellen, 2020; Perrig-Chiello, 2003). Dabei werden gesundheitsbezogene Vorstellungen und Bedeutungen, Alltagspraktiken und Handlungsorientierungen sowie Konsequenzen im biografischen Lebensweltbezug fokussiert (Faltermaier, 2023a; Flick, 1998b; Ohlbrecht & Jellen, 2022; Sperlich, 2023). Aus biografischen Erfahrungen und deren Deutungen entstehen gegenwärtige und zukünftige Handlungsorientierungen, womit dem handelnden Individuum eine aktive Gestaltung des Lebensverlaufs zugeschrieben wird (Berg & Lucius-Hoene, 2000). Herzberg (2018) betont Gesundheit als biografisches Geschehen, das unter sozialen Einflüssen stattfindet und im zeitlichen Lebensverlauf betrachtet werden muss sowie Reflexivität als subjektive Ressource enthält, wodurch sich Selbst- und Lebensweltbezüge verändern.

Gesundheit als ein „biografische[s] Projekt“ (Hanses, 2010, S. 90) wird fortwährend vom Subjekt durch die Bearbeitung von Stressoren mit verfügbaren Ressourcen hergestellt (Antonovsky, 1997). Ob eine Ressource als gesundheitsförderlich wahrgenommen wird, hängt vom subjektiven Gesundheitsverständnis, der subjektiven Bewertung der Ressource und der Wahrnehmung und Einschätzung ihrer Konsequenzen ab. Dies wird wiederum stark von der sozialen Konstruktion von Gesundheit im kulturellen Kontext beeinflusst (Faltermaier, 2023a). Die allgemeinen Widerstandsressourcen sind person- und lebensweltbezogene Bedingungen, die gegen gesundheits-einschränkende Stressoren wirken und als Gesundheitsressourcen bezeichnet werden können (ebd.). Gesundheitsressourcen sind „dauerhaft verfügbare Kräfte oder Merkmale einer Person, soziale[r] Gruppe[n] oder [der] Umwelt, die eine positive Einflussnahme auf das Gesundheitskontinuum ermöglichen oder erleichtern können“ (Faltermaier, 2023a, S. 183f.). Sie müssen mit kulturellen, gesellschaftlichen, sozialen und ökologischen Bedingungen betrachtet werden, da sie von diesen Bedingungen wesentlich in ihrer Bewertung und Verwendung beeinflusst werden (ebd.). Im Lebensverlauf einer Person sind verschiedene, sich verändernde Bedingungen vorhanden, um Gesundheitsressourcen als solche wahrzunehmen und zu nutzen und dadurch lebensverlauf- und lebensphasenbezogene Erfahrungen mit Gesundheit zu machen (Berg & Lucius-Hoene, 2000; Faltermaier, 2023a) und einen gesundheitsbezogenen Gleichgewichtszustand herzustellen (Antonovsky, 1997).

Interne Gesundheitsressourcen sind Persönlichkeitsmerkmale (z. B. interne Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeitserwartung, Optimismus,

Selbstwertgefühl), Handlungskompetenzen (z. B. Copingstile, präventive Lebensweise) und körperliche Ressourcen (u. a. Immunkompetenz, körperliche Fitness) (Aldwin, 2009; Bengel & Lyssenko, 2012; Faltermaier, 2023a; Pinquart & Frohlich, 2009; Schwarzer & Jerusalem, 2002). Externe Gesundheitsressourcen sind soziale Faktoren (z. B. Beziehungen, Unterstützung), soziokulturelle Faktoren (z. B. kulturelle Stabilität, religiöse Überzeugungen), materielle Faktoren (u. a. Arbeitsstelle, Bezug von Sozialleistungen), die Natur und gute Wohnverhältnisse u. Ä. (Antonovsky, 1997; Bengel & Lyssenko, 2012; Dahlgren & Whitehead, 2007; Faltermaier, 2023a; Hartl et al., 2011; Hartung, 2011; Klein & Knesebeck, 2023). Diese Faktoren beziehen sich auf gesellschaftliche, kulturelle und ökonomische Bedingungen in der Lebens- und Arbeitswelt (Dragano, 2023; Faltermaier, 2023a).

Im Verständnis des Salutogenese-modells aktiviert und reguliert das Kohärenzgefühl verfügbare Ressourcen für das gesundheitsbezogene Bewältigungshandeln (Antonovsky, 1997). Dies basiert auf der Überzeugung, dass innere und äußere Stressoren bewältigt werden können, um Gesundheit zu erhalten bzw. herzustellen (Mittelmark & Bauer, 2022). Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive beruht subjektives Gesundheitshandeln auf gesundheitsbezogenem Alltagswissen und subjektivem Gesundheitsverständnis, wird als soziales und subjektives Handeln sichtbar und zeigt sich in verschiedenen Formen situationsübergreifender Lebensweisen, die in die Lebenswelt eingebunden sind (Faltermaier, 2023a). Unter Gesundheitshandeln wird ein weitgehend bewusstes, bedeutungsvolles und zielgerichtetes Handeln verstanden, um die eigene Gesundheit zu erhalten (Faltermaier & Kühnlein, 2000). Da Gesundheit immer mit Lebens- und Selbstvorstellungen verbunden ist, müssen der lebensweltliche Kontext, der biografische Kontext und der Subjekt-Kontext berücksichtigt werden, um Gesundheitshandeln zu rekonstruieren (Faltermaier, 2023a). Gesundheitshandeln ist durch eine Vielzahl gesundheitsbezogener Aktivitäten im Alltag gekennzeichnet und zeigt sich in subjektiven Lebensweisen (ebd.). Faltermaier et al. (1998) konnten empirisch Lebensweisen ohne ausgeprägtes Gesundheitshandeln, mit einem spezifischen Handlungsschwerpunkt und mit integriertem Gesundheitshandeln rekonstruieren. Dabei erstreckt sich das Gesundheitshandeln von keinem bewusst vorsorgenden gesundheitsbezogenen Handeln, das auf gesundheitliche Störungen und Beschwerden ausgerichtet ist, über eine Gesundheitsmotivation und präventive gesundheitsbezogene Aktivitäten für spezifische Lebensbereiche bis hin zu einem in der gesamten Lebensweise integrierten, sozial motivierten, mehrdimensionalen Gesundheitshandeln (ebd.). Ob eine Person gesundheitsbezogen handelt, hängt von der subjektiven Bedeutung von Gesundheit und dem subjektiven Verständnis personaler Kontrolle ab und wie das Gesundheitshandeln in die alltägliche Lebenswelt integriert werden kann (Faltermaier, 2023a; Faltermaier et al., 1998).

Im Gegensatz zum subjektiven Gesundheitshandeln, das auf subjekttheoretischen Ansätzen mit dem Fokus auf subjektive Deutungen und auf Sinn sozialen Handelns beruht, fokussiert Gesundheitsverhalten aus gesundheitspsychologischer Perspektive krankheitsvermeidendes, situationsspezifisches Verhalten (Faltermaier, 2023a). Gesundheitsverhalten kann vom Individuum ausgehen (z. B. ausreichend Bewegung und Schlaf, regelmäßige Nahrungsaufnahme) (Housman & Dorman, 2005; Schwarzer, 2004), das Einhalten von Vorschriften umfassen (z. B. Tragen von Schutzkleidung, Compliance bei medizinischen Behandlungen) (Faltermaier, 2023a; Schwarzer, 2004) und kann das Beanspruchen von Angeboten des professionellen Gesundheitssystems einschließen (z. B. Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen) (Faltermaier, 2023a).

Seit den 1970er-Jahren hat sich eine subjektorientierte Gesundheitsforschung entwickelt, die unter dem Oberbegriff der Gesundheitsvorstellungen zusammengefasst wird. Individuen entwickeln ihr subjektives Verständnis von Gesundheit aus dem Erleben und der Deutung sozial prägender Erfahrungen, wodurch ein erfahrungsbasiertes und -geprägtes, sozial konstruiertes Gesundheitsverständnis entsteht (Faltermaier et al., 1998; Flick, 1998a; Herzlich, 1973). Forschung zu subjektiver Gesundheit versucht,

die subjektiven Vorstellungen von Laien, ihr Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit in ihrer individuumsspezifischen Komplexität zu rekonstruieren, zu systematisieren und sie dann in ihren Konsequenzen für das gesundheitsbezogene Handeln im Alltag abzuschätzen (Faltermaier & Kühnlein, 2000, S. 138).

Somit werden Gesundheitsvorstellungen zu Bedingungen für Gesundheitshandeln (Faltermaier, 2023a). Das Gesundheitsverständnis, das als komplexes Konstrukt vom Subjekt im sozialen Kontext konstruiert wird, und das Gesundheitshandeln von Lai*innen müssen als miteinander verbundene Elemente betrachtet werden, um deren Bedeutungen und Bedingungen für die subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit zu verstehen. Dabei hängt die subjektive Bedeutung von Gesundheit und der damit verbundene Handlungsfokus von biografischen Erfahrungen und von der aktuellen Lebenswelt sowie von biografischen und gegenwärtigen sozialen Interaktionen ab (Faltermaier, 2023a; Faltermaier et al., 1998). Das subjektive Gesundheitsverständnis umfasst einerseits, was eine Person unter Gesundheit versteht und welche sozialen Repräsentationen Gesundheit beschreiben. Andererseits umfasst es, wie sich eine Person beeinflussende positive und negative Bedingungen für ihre Gesundheit in komplexen Zusammenhängen deutend erklärt (Faltermaier, 2023a).

Sowohl die Soziologin und Sozialpsychologin Claudine Herzlich (*1932) als auch Faltermaier et al. (1998) aus gesundheitspsychologischer Perspektive rekonstruierten subjektive Gesundheitsvorstellungen von Berufstätigen. Dabei gingen sie davon aus, dass Lai*innen ihr gesundheitsbezogenes Ver-

ständnis vor allem aus persönlichen und sozialen Lebenserfahrungen entwickeln und wiederum darin begründen, um Gesundheit zu bestimmen (Faltermaier et al., 1998; Herzlich, 1973). Herzlich (1973) rekonstruierte verschiedene subjektive Gesundheitsvorstellungen. Gesundheit wird einerseits über die Abwesenheit von Krankheit definiert („health-in-a-vacuum“, ebd., S. 56) und andererseits ist sie ein subjektiv wahrnehmbares Phänomen, das auf körperlicher Ebene („reserve of health“, ebd., S. 56) bzw. als physisches und psychisches Wohlbefinden („equilibrium“, ebd., S. 60) erlebbar ist. Auch Faltermaier et al. (1998) zeigten auf, dass Gesundheit über die Abwesenheit von Krankheit als ein dichotomer Zustand zwischen Gesundheit und Krankheit mit On-off-Dynamik bis hin zu einem Prozess der Reduktion, der Regeneration oder der Expansion beschrieben wird. Die prozessbasierten Vorstellungen gehen davon aus, dass physische, psychische und soziale Faktoren die Gesundheit beeinflussen, wobei Gesundheit durch Regeneration wieder zunehmen und durch das Expansionspotenzial erweitert werden kann (ebd.). In den Gesundheitsvorstellungen von Herzlich (1973) und Faltermaier et al. (1998) zeigt sich, dass Gesundheit als ein dynamisches Phänomen verstanden wird, das sich über die Lebensspanne entwickelt und verändert. Dabei wird ein sich veränderter Gesundheitszustand als normal angesehen und mit dem persönlichen Lebensverlauf und dem eigenen Handeln verbunden (Faltermaier et al., 1998). Gesundheit muss somit im Kontext des Selbst- und des Lebenskonzepts einer Person betrachtet werden (ebd.), da diese Konzepte von persönlichen Lebenserfahrungen und der Sozialisation bestimmt sind (Berg & Lucius-Hoene, 2000; Faltermaier et al., 1998; Herzlich, 1973).

Subjektive Gesundheitstheorien umfassen das Verständnis, welche positiven und negativen Einflüsse auf die eigene Gesundheit bestehen und wie diese eingeschätzt werden, und alle diesem subjektiven Gesundheitsverständnis entsprechenden Handlungsstrategien (Faltermaier et al., 1998). Faltermaier et al. (1998) rekonstruierten in ihrer gesundheitspsychologischen Studie subjektive Gesundheitstheorien, z. B. Risiko-, Ressourcen- sowie Ausgleichs- und Balancetheorie. Diese subjektiven Theorien von Gesundheit erklären, wie externe und individuelle Risikofaktoren sowie interne und externe Ressourcen und deren jeweilige gesundheitsbezogene Wirkung die Gesunderhaltung unterstützen bzw. Gesundheitseinschränkungen bewirken. Dabei beeinflusst das subjektive Gesundheitsverständnis von geringer bzw. ausgeprägter Kontrolle externer und innerer Risikofaktoren und Ressourcen die Verwendung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien, um Gesundheit zu erhalten und zu fördern (ebd.). Die Ausgleichstheorie fokussiert insbesondere, dass physische, psychische und soziale Gesundheitsaspekte im Lebensverlauf immer wieder in einen Gleichgewichtszustand gebracht werden müssen. Dabei wirken vor allem positive soziale Beziehungen und die innere Zufriedenheit auf die subjektive Gesundheit ein (Faltermaier, 2023a; Faltermaier et al., 1998). Hingegen nimmt die Schicksalstheorie an, dass Gesund-

heit unvermittelt durch eine Krankheit oder zufällige Einflüsse verloren gehen kann (Faltermaier et al., 1998). Diese Gesundheitstheorie basiert auf dem Verständnis, dass das Subjekt nur bedingt die eigene Gesundheit beeinflussen kann, z. B. durch religiöse Alltagspraktiken (ebd.).

Subjektive Gesundheitstheorien verdeutlichen die Komplexität und Vielfalt gesundheitsbezogener Verständnisse von Subjekten. Da subjektive Gesundheitsverständnisse durch lebensgeschichtliche Erfahrungen und deren subjektiven Deutungen geprägt sind, können sie nur unter Berücksichtigung der Biografie und der Lebenswelt verstanden werden (Berg & Lucius-Hoene, 2000; Faltermaier, 2023a). Auf dem subjektiven Gesundheitsverständnis basiert das subjektive Gesundheitshandeln, das sich in der Lebensweise einer Person zeigt. Dabei wird die Person als aktiv handelndes Subjekt betrachtet, das Gesundheit als soziales Konstrukt in der Lebenswelt gestaltet (Faltermaier, 2023a).

2.4 Interaktionistische Perspektive auf die Konstruktion von Gesundheit

Der Symbolische Interaktionismus als Handlungstheorie, geprägt u. a. durch den Philosophen George Herbert Mead (1863-1931), die Soziologen Anselm Strauss (1916-1996) und Herbert Blumer (1900-1987), fokussiert Kommunikation in Interaktionsprozessen (Abels, 2019). Er ist ein „[Ansatz] zur Erforschung des menschlichen Zusammenlebens und des menschlichen Verhaltens“ (Blumer, 2013, S. 63). Die Annahme ist, dass Menschen soziale Wirklichkeit über Kommunikation, Sprache, Symbole und die jeweiligen Bedeutungszuschreibungen erzeugen (Germov & Hornosty, 2011). Der Symbolische Interaktionismus findet durch einen qualitativen Forschungsfokus in der Gesundheitsforschung starke Resonanz, um z. B. gesundheitsbezogene Interaktions- und Kommunikationsprozesse zu rekonstruieren (Sperlich, 2023).

Diese Handlungstheorie mit der sozial- und gesundheitswissenschaftliche Perspektive auf Gesundheit zu verbinden, ermöglicht, Menschen als aktiv handelnde Subjekte zu betrachten, die Zustände von Gesundheit und Krankheit reflektieren und bewusst gesundheitsbezogen handeln können (Sperlich, 2023). Des Weiteren werden im Symbolischen Interaktionismus Bedingungen sozialer Interaktionen, verwendete Symbole und deren Bedeutungen in sozialen Lebenswelten und die Herstellung sozialer Wirklichkeit durch soziale Interaktionen fokussiert (Blumer, 2013). Mit dieser Perspektive können gesundheitsbezogene Herstellungsprozesse in verschiedenen Situationen und Kontexten, individuelle Lebensweisen und zugleich gesellschaftliche Veränderungen, Strukturen der Gesundheitsversorgung usw. über den Lebensverlauf hinweg rekonstruiert werden (Ohlbrecht, 2023; Sperlich, 2023). Im

wechselseitigen Prozess sozialer Interaktionen verschiedener Akteur*innen (Abels, 2019; Blumer, 2013) wird Gesundheit als prozesshaftes Phänomen durch kontinuierliche Interaktionen zwischen Lai*innen im Lai*innen-gesundheitssystem und zwischen Professionellen und Klient*innen bzw. Patient*innen im professionellen Gesundheitssystem hergestellt (Faltermaier & Kühnlein, 2000). Dabei beeinflussen beispielsweise bestehende soziokulturelle Gewohnheiten, gesellschaftliche Entwicklungen, soziale Strukturen, biografische Erfahrungen und individuelle Lebensstile den interaktionistischen Herstellungsprozess von Gesundheit (Faltermaier, 2023a; Hanses, 2012).

Die soziale Interaktion als „Gebrauch signifikanter Symbole“ (Blumer, 2013, S. 72) erfolgt mittels Kommunikations- und Interpretationsleistungen. Jede symbolische Geste (z. B. Sprechen, Körperhaltung) als wahrnehmbares Verhalten hat eine Bedeutung für die Person, die die Geste verwendet, eine Bedeutung für die wahrnehmende Person und eine Bedeutung für die gemeinsame Handlung (ebd.). Die Bedeutungen symbolischer Gesten, die im individuellen und sozialen Gesundheitshandeln sichtbar werden, beruhen auf gesundheitsbezogenem Alltagswissen der Lebenswelt sowie biografischen Erfahrungen und Aneignungen der Subjekte (Dreßke & Ohlbrecht, 2019). Die Bedeutungen entstehen durch die Zuschreibungen, die die Handelnden sich gegenseitig, den Objekten, Ereignissen usw. geben, und durch die Bedeutungszuschreibung definieren die Individuen den Sinn der jeweiligen Situation (Blumer, 2013). Demzufolge sind Bedeutungen „soziale Produkte“ (Abels, 2019, S. 204), die „in einem interpretativen Prozess [...] gehandhabt und abgeändert“ (Blumer, 2013, S. 64) werden. Dadurch ist die Bedeutung der sozialen Wirklichkeit von ständigem Wandel, von Prozessualität und Perspektivität geprägt (Blumer, 2013). Dem Verständnis des Symbolischen Interaktionismus folgend, müssen die Subjekte einer Gruppe das Gesundheitsverständnis in kommunikativen und interpretativen Prozessen aushandeln, um zu einer gemeinsamen, gesundheitsbezogenen Bedeutung zu gelangen (Germov & Hornosty, 2011). In der Lai*innen- und Wissenschaftsperspektive von Gesundheit (Faltermaier et al., 1998; Hurrelmann & Richter, 2013), im Salutogenesemodell (Antonovsky, 1997; Faltermaier, 2023a) und in Gesundheitsbiografien (Berg & Lucius-Hoene, 2000; Ohlbrecht & Jellen, 2020) wird deutlich, dass die Bedeutung von Gesundheit als ein abstraktes Phänomen subjektiv und sozial konstruiert wird. Die Bedingungen des Handelns, die durch die Bedeutungszuschreibung des Handelns relevant werden, müssen in den Verstehensprozess menschlichen Handelns einbezogen werden (Abels, 2019). So können biografische Erfahrungen, gesellschaftliche Diskurse, soziale Rahmungen usw. als Bedingungen betrachtet werden, um das subjektiv und sozial konstruierte Gesundheitshandeln zu verstehen (Faltermaier, 2023a; Flick, 1998a; Hanses, 2012; Hurrelmann & Richter, 2013). Durch z. B. neue Interaktionspersonen und neu wahrgenommene Objekte

wird die Bedeutung im sozialen Interaktionsprozess fortwährend bestätigt oder verändert (Blumer, 2013). So können beispielsweise neues Fachwissen für die professionelle Gesundheitsversorgung (Hanses, 2012) und neu verfügbare soziale oder materielle Ressourcen zur Gesunderhaltung von Subjekten (Faltermaier, 2023a) zu kontinuierlichen Veränderungen der Bedeutungszuschreibung von Gesundheit und somit zu einem sich veränderten Gesundheitsverständnis und -handeln führen (Faltermaier, 2023a; Herzlich, 1973).

In sozialen Interaktionen ist eine wechselseitige Rollenübernahme notwendig, um das Handeln anderer Personen zu verstehen und um verständlich anzuzeigen, wie sie handeln sollen (Blumer, 2013). Ebenso können Menschen sich selbst zum Objekt in der Lebenswelt machen und sich somit selbst durch Rollenübernahme aus der Perspektive anderer Menschen, Gruppen oder Institutionen betrachten, mit sich selbst kommunizieren, sich selbst die Bedeutung von Objekten anzeigen, diese interpretieren und zu sich selbst hin handeln (ebd.). Im Kontext des Symbolischen Interaktionismus ist die Rollenübernahme im Lai*innengesundheitssystem und im professionellen Gesundheitssystem essenziell, um z. B. spezifische soziale Unterstützung aus der Sicht des jeweils anderen Subjekts anzubieten (Faltermaier, 2023a) oder die eigene professionelle Vorstellung an das Gesundheitshandeln von Patient*innen reflexiv zu betrachten (Sander, 2012). Im Sinne des Selbst können sich Subjekte mit dem eigenen gesundheitsbezogenen Handeln, dessen Konsequenzen und gesundheitsbezogenen Bedeutungen durch eine biografische Reflexion auseinandersetzen (Faltermaier, 2023a).

Das menschliche Handeln besteht in jeder Situation und sozialen Interaktion vorrangig darin, indem Menschen durch die Wahrnehmung und Interpretation situativer interner und externer Bedingungen eine individuelle Handlungslinie entwickeln (Abels, 2019; Blumer, 2013). Je nach Interaktions- und Interpretationsprozess können Handlungslinien verändert oder aufgegeben, fortgesetzt oder neu entwickelt werden (Blumer, 2013). In Bezug zum gesundheitsbezogenen Handeln können z. B. Persönlichkeitsmerkmale, Handlungskompetenzen, die physische Konstitution und soziokulturelle Lebenswelt oder ein soziales Netzwerk als Bedingungen betrachtet werden, die das Subjekt nutzt, um gesundheitsbezogenes Handeln im jeweiligen Lebenskontext und Lebensverlauf zu entwickeln (Faltermaier, 2023a; Richter & Hurrelmann, 2023b). Wenn mehrere Subjekte ihre Handlungslinien in einem kontinuierlichen, wechselseitigen Anzeigen von Bedeutungen aneinander angleichen, entsteht ein kollektives Handeln, ohne dabei die Handlungen Einzelner herausstellen zu müssen (Abels, 2019; Blumer, 2013). Im Verständnis des Symbolischen Interaktionismus können z. B. Interaktionen zwischen Professionellen und Patient*innen als soziale Praxis der Herstellung bzw. Sicherstellung von Gesundheit durch Aushandlungs- und Aneignungsprozesse betrachtet werden (Hanses, 2012). Dabei nehmen implizites Wissen und soziale Strukturen einen wesentlichen Einfluss auf die gesundheitsbezo-

genen Herstellungsprozesse ein (ebd.). Im Lai*innengesundheitssystem können in sozialen Netzwerken (z. B. Kollegium, Familie, Peergroup) über die sozialen Repräsentationen von Gesundheit gesundheitsbezogene Handlungslinien aneinander angeglichen werden, um soziales Gesundheitshandeln für die jeweilige Situation und Lebenswelt zu entwickeln (Faltermaier, 2023a) oder um z. B. die Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen anzustreben (Hurrelmann & Richter, 2013). Veränderungen des kollektiven gesundheitsbezogenen Handelns können z. B. durch eine hinzukommende Person im Versorgungsprozess oder ein sich wandelndes gesundheitliches Vokabular der Gesellschaft entstehen (Faltermaier, 2023a; Morris, 2000).

Kollektives Handeln ist sowohl von einer zeitlich horizontalen Verbindung von Handlungen gekennzeichnet als auch mit handlungsbezogenen Vorerfahrungen der Subjekte als vertikale Verbindung verknüpft (Abels, 2019; Blumer, 2013). Im professionellen Gesundheitssystem baut das professionsspezifische Handeln der Beteiligten auf arbeitsteilig angelegte Versorgungsstrukturen (Kälble & Borgetto, 2023) z. B. bei Gesundheits-Check-ups und Diagnostiken komplexer gesundheitlicher Problemlagen aufeinander auf, indem alle Aktivitäten der Einzelnen an verschiedenen Orten zu verschiedenen Zeitpunkten sich zum kollektiven Handeln zusammenfügen. In Aushandlungs- und Entwicklungsprozessen gemeinsamen Handelns bringen die Personen einer Gruppe immer individuell biografische und soziale Handlungserfahrungen und deren Bedeutungen ein (Abels, 2019; Blumer, 2013). In diesem Sinne ist das gesundheitsbezogene Alltagswissen und -handeln von Lai*innen sowohl durch generationsübergreifendes, erfahrungsbasiertes Wissen (Dreßke & Ohlbrecht, 2019) und gesundheitsbezogene Handlungskompetenzen (Faltermaier, 2023a) als auch durch die spezifische Fachexpertise von Professionellen durch berufliche Vorerfahrungen sowie gesundheitsbezogene wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen geprägt (Hanses, 2012).

Aus dem Symbolischen Interaktionismus leitet sich ab, die subjektiven Orientierungs- und Interpretationsleistungen von Menschen in die Rekonstruktion sozialen Handelns und dessen Grundverständnisse einzubinden. Um das gesundheitsbezogene Handeln von Lai*innen zu verstehen, ist es notwendig, das Gesundheitshandeln und die zugrunde liegende Bedeutung von Gesundheit aus ihrer Perspektive zu betrachten. Wenn subjektive Sinnstrukturen der handelnden Subjekte und „die Bedingungen, unter denen sie handeln, die Optionen, die sich ihnen eröffnen (oder die ausgeblendet bleiben), die Entscheidungen, die sie unter diesen Bedingungen treffen und die Konsequenzen, die aus diesen Entscheidungen resultieren“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010, S. 193), gleichsam beachtet werden, lässt sich das subjektive und soziale Phänomen der Gesunderhaltung rekonstruieren. In diesem Zusammenhang erörtern Paul et al. (2023) die Terminologie der sozialen Gesundheit. Als aktiv handelnde Subjekte entwickeln Menschen in vielfachen Situationen gesundheitsbezogene Handlungslinien, wodurch sie in einem fortlaufenden

kommunikativen und interpretativen Interaktionsprozess sind. Die soziale Wirklichkeit, die in zwischenmenschlichen Interaktionssituationen erlebt, ausgehandelt und aktualisiert wird, wird durch die handelnden Subjekte konstruiert, indem diese sich im ständigen wechselseitigen Anzeigen von Bedeutungen und Interpretation der Objektwelt befinden (Blumer, 2013; Sperlich, 2023).

2.5 Schlussbetrachtung

Neben theoretischen Zugängen zu Gesundheit aus der Wissenschaftsperspektive gewinnt die Lai*innenperspektive auf Gesundheit an Bedeutung, um die subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit zu verstehen. Dafür ist es notwendig, Personen als handelnde Subjekte und ihr Handeln im sozialen Kontext zu betrachten. Subjekte entwickeln im Lebensverlauf ein subjektives Gesundheitsverständnis, dem soziale Repräsentationen von Gesundheit zugrunde liegen. In diesem Verständnis spiegeln sich das gesundheitsbezogene Alltagswissen und die komplexen Zusammenhänge von gesundheitsbezogenen Einflussfaktoren wider, wodurch das subjektive Gesundheitshandeln bestimmt wird. Gesundheitsbezogenes Handeln wird vorwiegend sozial im Lai*innengesundheitssystem konstruiert. Dabei wird die soziale Wirklichkeit von Gesundheit überwiegend über kommunikative Prozesse in sozialen Interaktionen konstruiert. Hierbei zeigen sich die beteiligten Subjekte ihr gesundheitsbezogenes Verständnis und Handeln wechselseitig in symbolischen Aktivitäten an und richten ihr eigenes Handeln an der Interpretation der angezeigten Bedeutungen anderer Subjekte aus. Das in sozialen Gruppen generalisierte, kollektive Wissen und Handeln folgt dabei einem dynamischen Prozess.

Gesundheit wird als dynamisches, sozial und kommunikativ hergestelltes Konstrukt verstanden, das aktiv handelnde Subjekte in jeder Lebensphase generieren und in der Lebenswelt konstruieren.

3 Care-Arbeit und Gesundheit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren)

Schien die gesundheitliche Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kindertagesstätten lange Zeit nicht von großem öffentlichen Interesse, so wurde dieses mit der immer wichtiger werdenden Rolle der Erzieherinnen und Erzieher im Zusammenhang mit der Bildungs- und Gesundheitserziehung sowie dem Ausbau des U3-Bereichs und den damit einhergehenden steigenden physischen und psychosozialen Anforderungen größer (Viernickel & Voss, 2013, S. 96).

In der Studie „Strukturqualität und Erzieher_innengesundheit in Kindertageseinrichtungen“ unter Leitung der Erziehungswissenschaftlerinnen Susanne Viernickel und Anja Voss wurden pädagogische Fach- und Leitungskräfte anhand einer Fragebogenerhebung und problemzentrierter Interviews zu strukturellen Arbeitsbedingungen und der Wahrnehmung von Belastungen⁵ und Ressourcen sowie von Beanspruchungen als Folge von Belastungen am Arbeitsplatz befragt (Viernickel & Voss, 2013). Die Studie belegt, dass strukturelle Rahmenbedingungen deutlich mit der Arbeitszufriedenheit und der physischen und psychischen Gesundheit der pädagogischen Kräfte in Zusammenhang stehen (ebd.).

Die Arbeitsbedingungen im Arbeitsfeld von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) sind durch unterschiedliche Faktoren geprägt (siehe Kapitel 3.1). Eine wesentliche gesellschaftspolitische Arbeitsbedingung ist der gesetzliche Förderauftrag nach SGB VIII, § 22, der durch die Bildungspläne konkretisiert und durch die pädagogischen Kräfte in den Kindertageseinrichtungen umgesetzt werden muss. Dadurch steigen die Anforderungen an die Rolle der pädagogischen Kräfte (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Nentwig-Gesemann et al., 2011). Des Weiteren führte der Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr, der durch die Kommunen und Trägerschaften von Kindertageseinrichtungen umgesetzt werden muss, dazu, dass entsprechende Betreuungsplätze zur Verfügung gestellt werden müssen (Rudow & Fischer, 2023). Davon ist die Arbeit der pädagogischen Kräfte nicht direkt betroffen, da kein Anspruch an sie als Personen gestellt werden kann. Allerdings sind durch den Rechtsanspruch alle Betreuungsplätze in den Kindertageseinrichtungen be-

5 Als Arbeitsbelastungen werden in der Arbeitsmedizin und -wissenschaft alle äußeren Faktoren aus Arbeitsbedingungen, -organisation, -aufgaben und -anforderungen sowie sozialen Beziehungen betrachtet, die auf Arbeitende einwirken (Darius et al., 2022).

setzt, was eine hohe Fachkraft-Kind-Relation zur Folge hat (ebd.). Dies führt u. a. dazu, dass in Zeiten der Eingewöhnung neuer Kinder und deren Familien in die Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) keine zeitversetzte Eingewöhnung stattfinden kann, wodurch neue Kinder häufig zeitgleich eingewöhnt werden müssen (Kaul et al., 2023). Dies verstärkt die physischen, psychischen und sozialen Anforderungen an die pädagogischen Kräfte. Zudem wird in der FBBE eine Qualitätsdiskussion auf zunächst theoretischer Ebene geführt, die insofern Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen pädagogischer Kräfte hat, indem erwartet wird, dass die Interaktionsqualität als ein wesentlicher Aspekt der Prozessqualität steigen soll (Kaul et al., 2023). Dadurch steigen die Anforderungen an die pädagogischen Kräfte, ihre professionellen Kompetenzen weiterzuentwickeln (Nentwig-Gesemann et al., 2011).

Care-Arbeit (siehe Kapitel 3.2) als interaktionistische Beziehungsarbeit in verschiedenen Arbeitssituationen im Kontext der Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) ist zentraler Aspekt der Erwerbsarbeit pädagogischer Kräfte (Kaul et al., 2023). Da die Gesundheit der Beschäftigten eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Betreuungs-, Bildungs- und Erziehungsarbeit ist, gilt es, Arbeitsanforderungen sowie arbeitsbezogene und personale Faktoren und deren negativen bzw. positiven Konsequenzen für die Gesundheit pädagogischer Kräfte und für das Arbeitsfeld zu beachten (siehe Kapitel 3.3).

3.1 Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) als Arbeits- und Berufsfeld pädagogischer Kräfte⁶

Kindertageseinrichtungen⁷ sind Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII, §§ 22ff.)⁸, „in denen sich Kinder einen Teil des Tages oder ganz-

6 Ausgehend von der gesetzlichen Bezeichnung „pädagogische Kräfte“ und deren Einteilung in pädagogische Fachkräfte und pädagogische Assistenzkräfte sowie den Qualifikationsabschlüssen der Interviewpersonen des Samples (siehe Kapitel 5.2.2) wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit die Formulierung pädagogische Kräfte verwendet, wenn keine qualifikationsspezifische Betrachtung vorgenommen wird. Arbeits- und gesundheitsbezogene Angaben zu Leitungspersonal werden in dieser Arbeit nicht vorgestellt.

7 Nach dem Achten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VIII) § 22 „Grundsätze der Förderung“ sind Tageseinrichtungen „Einrichtungen, in denen sich Kinder für einen Teil des Tages oder ganztägig aufhalten und in Gruppen gefördert werden“ (SGB VIII, § 22, Absatz 1). Tageseinrichtungen für Kinder können nach dem Niedersächsischen Gesetz über Kindertagesstätten und Kindertagespflege (NKiTaG) Krippengruppen (Kinder unter 3 Jahren), Kindergartengruppen (Kinder zwischen 3–6 Jahre) und Hortgruppen (Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr) umfassen. In dieser Arbeit wird der Begriff Kindertageseinrichtung verwendet und immer explizit das Alter der Kinder angegeben, wenn sich auf Gruppen mit Kindern unter 3 Jahren bezogen wird.

tätig aufhalten und in Gruppen gefördert werden“ (SGB VIII, § 22, Absatz 1). Diese familienergänzenden Einrichtungen beinhalten verschiedene Betreuungsformen, die Kindertageseinrichtungen für unter Dreijährige einschließt (Beher et al., 2023).

Die gesellschaftliche Bedeutung von Kindertageseinrichtungen und pädagogischen Kräften hat in den vergangenen Jahren massiv zugenommen. Herausforderungen für Kindertageseinrichtungen sind der gesellschaftspolitische Diskurs um Frühe Bildung (z. B. Bildungs- und Erziehungspläne, Ausbildungs- und Qualifikationsanforderungen), gesellschaftliche Entwicklungen (z. B. Vereinbarkeit von Elternschaft und Berufstätigkeit, kulturelle Vielfalt, soziale Ungleichheit), gesellschaftliche Werte (z. B. Bildungsgerechtigkeit, Inklusion) und wissenschaftliche Erkenntnisse (z. B. Bedeutung von Beziehung und Interaktion, Qualitätsdimensionen) (Beher et al., 2023; Fröhlich-Gildhoff et al., 2014).

Jede Trägerschaft⁹ ist laut SGB VIII, § 22a, Absatz 1 verpflichtet, eine pädagogische Konzeption zu entwickeln und einzusetzen, um dadurch dem Förderauftrag nachzukommen. In länderspezifischen Gesetzen ist verankert, dass die pädagogische Konzeption beschreiben muss, wie der Bildungs- und Erziehungsauftrag „unter Berücksichtigung [d]es sozialen Umfeldes die Schwerpunkte und Ziele“ (NKiTaG, § 3, Absatz 1) der Arbeit umsetzt. In den einrichtungsspezifischen Konzeptionen wird der jeweils gültige pädagogische Ansatz (z. B. Offene Arbeit, Situationsansatz, Montessoripädagogik, Reggio-Pädagogik) (Knauf et al., 2023) dargelegt, auf dem die pädagogische Arbeit basiert. Die genannten Herausforderungen müssen durch weitere Merkmale der Strukturqualität, die durch Gesetze adressiert werden (z. B. Gruppengröße, Qualifikation der pädagogischen Kräfte, Regelung zu Verfügungszeiten, Personalschlüssel, Raumgröße, Leitungskapazität), ergänzt werden (Beher et al., 2023; Viernickel, 2022). Unter diesen sozialen, räumlich-materiellen Arbeitsbedingungen (Strukturqualität) findet das pädagogische Handeln (Prozessqualität) statt.

Zentrale Merkmale der pädagogischen Prozessqualität sind z. B. das professionelle Agieren in und reflexive Bewältigen von situativen Arbeitsanforderungen, der sensible und einfühlsame Umgang mit den Kindern und das Beachten ihrer individuellen Bedürfnisse und Entwicklungsvoraussetzungen, das Anregen selbstgesteuerten Lernens in verschiedenen Entwicklungs- bzw. Bildungsbereichen der Kinder und der adäquate Umgang mit der Elternschaft (Gutknecht, 2020; Viernickel & Schwarz, 2009). Dies erfordert qualifizierte Personen, die den vielfältigen und sich (weiter)entwickelnden Arbeitsanfor-

8 Sozialgesetzbuch (SGB VIII) Aches Buch Kinder- und Jugendhilfe. § 22 Grundsätze der Förderung.

9 Grundsätzlich wird zwischen öffentlicher Trägerschaft, freigemeinnütziger Trägerschaft und privatgewerblicher Trägerschaft von Kindertageseinrichtungen unterschieden (Beher et al., 2023).

derungen mit spezifischen Kompetenzen und professioneller Haltung in der handlungspraktischen Bewältigung begegnen (Behr et al., 2023; Gutknecht, 2020). Die professionelle Haltung basiert auf zumeist implizit vorhandenen und handlungsleitenden Orientierungen, Werthaltungen und Einstellungen und enthält (berufs)biografische individuelle Erfahrungen und kollektive Prägungen der Lebenswelt und des Milieus (Nentwig-Gesemann et al., 2011). „Die eigene familiäre Sozialisation und ‚Betreuungsbiografie‘, das gesellschaftliche und persönliche Bild von Mutterschaft, Familie und Kindheit“ (Nentwig-Gesemann et al., 2011, S. 17), eigene Erfahrungen bezüglich Kindern unter 3 Jahren, das professionelle Selbstverständnis und die berufliche Sozialisation, Kompetenzen und Fachwissen usw. prägen die professionelle Arbeit und sozialen Interaktionen in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) (Klusemann et al., 2020; Nentwig-Gesemann et al., 2011). Demnach beeinflussen biografische Erfahrungen und Prägungen die „Gestaltung und Hervorbringung von sozialer Realität und beruflicher Handlungspraxis“ (Nentwig-Gesemann et al., 2011, S. 9) in sozialen Interaktionssituationen (ebd.). Aufgrund dessen wird die biografische Selbstreflexion¹⁰ als professionelle Orientierung pädagogischer Kräfte gefordert, um das professionelle Handeln und den damit verbundenen Professionalisierungsprozess voranzutreiben (Nentwig-Gesemann et al., 2011).¹¹ Biografizität als das „intendierte, selbstreflexive Lernen anhand biografischer Erfahrungen“ (Neuss, 2009, zitiert nach Nentwig-Gesemann et al., 2011, S. 18) soll eine „Verfremdungshaltung“ (Nentwig-Gesemann et al., 2011, S. 18) zur eigenen Lebensgeschichte hervorbringen, um in eine kritische, biografische Selbstreflexion zu treten. Dies bezieht sich u. a. auf die eigene Erziehungs-, Bildungs- und Betreuungsbiografie und auf die soziale, kulturelle und lebensweltliche Prägung (Nentwig-Gesemann et al., 2011; Robert Bosch Stiftung, 2011). Dabei entsteht ein zirkulärer Prozess, in dem zum einen das Wissen der biografischen Selbstreflexion das professionelle Handeln prägt und zum anderen die sozialen Interaktionen am Arbeitsplatz die (berufs)biografischen Erfahrungen prägen (Nentwig-Gesemann et al., 2011). Ein Strang biografischer Reflexion betrifft u. a. die biografisch geprägten Gründe zur Berufswahl. Diese beziehen sich insbesondere auf das Klientel (z. B. Freude an der Arbeit mit Kindern), die Tätigkeitsmerkmale (u. a. Arbeitsbedingungen, Aufgabenspektrum), die Gesellschaftsorientierung mit Förderung und Bildung sowie die

10 Ebenso wird in anderen Berufen im Gesundheits- und Sozialwesen der Bezug zwischen dem beruflichen Handeln und der Biografie der Professionellen hervorgehoben, um anhand der Selbstreflexion biografische Anteile im beruflichen Handeln zu erkennen, z. B. Sozialpädagogik (Graßhoff & Scheweppe, 2009) und Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege (Specht-Tomann, 2018).

11 Ausführlich geht Rothe (2019) auf das Verhältnis biografischer Erfahrungen und professioneller Identität von pädagogischen Personal in Einrichtungen frühkindlicher Bildung ein. Sie führte autobiografisch-narrativ Interviews und rekonstruierte dieses Verhältnis anhand von Fallvorstellungen, biografischen Gesamtformungen und kontrastiven Fallvergleichen.

Selbstexploration (z. B. eigene Fähigkeiten, biografisch geprägte Neigungen) (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Knauf, 2009). Extrinsische Motivationen zur Berufswahl (z. B. Arbeitsplatzsicherheit, Vereinbarkeit von Beruf und Privatem) wurden in der Expertise von Fröhlich-Gildhoff et al. (2014) deutlich nachrangig genannt. Diese Expertise hatte zum Ziel, anhand einer Literaturrecherche und -analyse, Sekundäranalysen von Studien und empirischen Fallbetrachtungen und -analysen den Ist-Zustand und den Soll-Zustand erforderlicher Kompetenzen für den Bereich der FBBE (Kinder unter 3 Jahren) darzustellen (ebd.). Dabei untersuchten die Wissenschaftler*innen auch, welche Motive zur Berufswahl Auszubildende und Studierenden im Bereich FBBE haben.

Von der Relevanz der Biografizität für pädagogische Kräfte ausgehend wird die curriculare Verankerung der biografischen Selbstreflexion sowie die Reflexion biografischer Erfahrungen anderer Menschen in der Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) für das pädagogische Handeln und soziale Interaktionen gefordert (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014). Denn neben der biografischen Selbstreflexion als handlungsleitende Orientierung steht die biografische Prägung der Kinder im Fokus des Förderauftrags. Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) ermöglichen die frühkindliche Gesundheits- und Bildungsprägung (Richter-Kornweitz, 2020). Neben der zumeist stark beachteten Bildungsbiografie der Kinder (Kuger et al., 2022; Robert Bosch Stiftung, 2011) fließen auch das Gesundheitsverständnis sowie die gesundheitsbezogenen Prägungen und Erfahrungen der pädagogischen Kräfte (z. B. zu Ernährung, Bewegung, Freizeitgestaltung) in das professionelle Handeln ein. Um gesundheitsbezogene, normative Überzeugungen aufzudecken und diese für die sozialen Interaktionen am Arbeitsplatz reflexiv verfügbar zu machen (Lipowski et al., 2020), bedarf es der Biografizität (Nentwig-Gesemann et al., 2011).

Die Strukturqualität niedersächsischer¹² Kindertageseinrichtungen umfasst verschiedene Bereiche, u. a.:

1. Personal-Kind-Schlüssel: Er ergibt sich aus der maximalen Gruppengröße von 15 Kindern unter 3 Jahren (DVO-NKiTaG, § 7)¹³ und mindestens zwei pädagogischen Fachkräften bzw. einer pädagogischen Fachkraft und einer pädagogischen Assistenzkraft (NKiTaG, § 11, Absatz 1). In Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) lag 2022 der Personal-Kind-Schlüssel bei 1:3,4, wobei für eine kindgerechte Betreuung maximal 3 Kinder auf eine pädagogische Fachkraft empfohlen werden (Bock-Famul-

12 Es werden die länderspezifischen Angaben von Niedersachsen verwendet, da alle Interviewpersonen des Samples in niedersächsischen Kindertageseinrichtungen arbeiten (siehe Kapitel 5.2.2).

13 Verordnung zur Durchführung des Niedersächsischen Gesetzes über Kindertagesstätten und Kindertagespflege

- la, Berg et al., 2023; Gewerkschaft Erziehung und Bildung [GEW], 2024).
2. Beschäftigungsumfang: 30 % der pädagogischen Kräfte (Deutschland: 39 %) gehen einer Vollzeitanstellung nach. Eine Teilzeitanstellung mit 32 bis < 38,5 Wochenstunden haben 28 % (Deutschland: 20 %) und 21 bis < 32 Wochenstunden haben 29 % (Deutschland: 25 %) der pädagogischen Kräfte inne. 10 % (Deutschland: 12 %) der pädagogischen Kräfte haben eine Teilzeitanstellung mit 10 bis < 21 Wochenstunden und unter 10 Wochenstunden arbeiten 3 % (Deutschland: 3 %) der pädagogischen Kräfte (Statistisches Bundesamt, 2022a).
 3. Geschlechterverteilung: In Niedersachsen sind die pädagogischen Kräfte vornehmlich weiblich (92,3 %) und der Anteil männlicher pädagogischer Kräfte liegt bei 7,7 % (Statistisches Bundesamt, 2022b).
 4. Alter: Die Altersverteilung pädagogischer Kräfte wird wie folgt angegeben: < 25 Jahre (13 %), 25 bis < 40 Jahre (37 %), 40 bis > 55 Jahre (37 %) sowie 55 Jahre und älter (18 %) (Statistisches Bundesamt, 2022c).

Weitere Merkmale der Strukturqualität sind z. B. die Qualifikation und Berufserfahrung sowie das Einkommen der pädagogischen Kräfte, Räume und Ausstattung der Kindertageseinrichtung und auch Vor- und Nachbereitungszeiten der pädagogischen und nicht direkten pädagogischen Tätigkeiten (Behr et al., 2023; Viernickel & Schwarz, 2009). Voraussetzungsvoll für die Professionalisierung pädagogischer Kräfte ist die Pluralität an Qualifikationswegen und -abschlüssen. Auf Länderebene ist gesetzlich festgelegt, welche Qualifikationsniveaus zur Bezeichnung als pädagogische Fachkraft bzw. pädagogische Assistentkraft führen. In Niedersachsen werden u. a. staatlich anerkannte Erzieher*innen und Heilpädagog*innen, Heilerziehungspfleger*innen, Sonderpädagog*innen und Kindheitspädagog*innen (NKiTaG, § 9, Absatz 2)¹⁴ als pädagogische Fachkräfte bezeichnet und ihnen obliegt die „Förderung der Kinder in Kindertagesstätten“ (NKiTaG, § 9, Absatz 1). Sie können durch pädagogische Assistentkräfte (z. B. sozialpädagogische Assistent*innen, Kinderpfleger*innen) in ihrer Arbeit unterstützt werden (NKiTaG, § 9, Absatz 1, Absatz 3).

Der seit August 2013 gültige Rechtsanspruch auf einen Betreuungsplatz für Kinder vom vollendeten ersten bis zum vollendeten dritten Lebensjahr (SGB VIII, § 24, Absatz 3) führte zur gesellschaftspolitischen Fokussierung auf und gestiegenen Nachfrage nach pädagogischen Kräften für Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren). Dadurch rückte der triadische Förderauftrag für unter Dreijährige in den gesellschaftlichen Fokus und in die öffentliche Verantwortung des Bildungssystems (Spieß & Storck, 2016). Der gesetzlich verankerte und erwartete

14 Niedersächsisches Gesetz über Kindertagesstätten und Kindertagespflege (NKiTaG), aktuelle Fassung (01.08.2023)

Förderungsauftrag umfasst die Erziehung, Bildung und Betreuung des Kindes und bezieht sich auf die soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung des Kindes. Er schließt die Vermittlung orientierender Werte und Regeln ein. Die Förderung soll sich am Alter und Entwicklungsstand, den sprachlichen und sonstigen Fähigkeiten, der Lebenssituation sowie den Interessen und Bedürfnissen des einzelnen Kindes orientieren und seine ethnische Herkunft berücksichtigen. (SGB VIII, § 22, Absatz 3)

Damit ist die Beachtung der individuellen, (biografischen) Lebensumstände der zu betreuenden Kinder für das professionelle Handeln gesetzlich verankert.¹⁵ Mit dem Eintritt in die Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) treten Kinder in das Bildungssystem ein. Dies verstärkt die Bewusstwerdung über die „Bedeutung [der] ersten Lebensjahre für die Bildungsbiografien der Kinder“ (Robert Bosch Stiftung, 2011, S. 9). Im Übergang von der Familie in die frühkindliche Institution Kindertageseinrichtung ist der Anspruch an die pädagogischen Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren), dass die pädagogische Kraft als „Übergangsexpertin“ (Becker-Stoll & Wertfein, 2020, S. 579) Kinder und deren Familien in dieser Lebensphase unterstützt (ebd.). Dafür gelten die Beziehungsgestaltung und der Bindungsaufbau als wesentliche Aspekte der sozialen Interaktion (ebd.).

Trotz des umfangreichen quantitativen Ausbaus von Betreuungsplätzen für unter Dreijährige und des starken Anstiegs um 72 % der pädagogischen Kräfte in Kindertageseinrichtungen zwischen 2011 und 2022 in Deutschland (Bock-Famulla, Girndt et al., 2023) besteht ein Fachkräftemangel (Hildebrandt et al., 2023) und eine Diskrepanz zwischen dem Betreuungswunsch und der Betreuungsquote (Bock-Famulla, Girndt et al., 2023). Der Betreuungswunsch von Eltern für deren Kinder in einer Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) lag 2022 in Niedersachsen bei 47,5 % (deutschlandweit: 49,1 %), wohingegen die Betreuungsquote bei 33,8 % (deutschlandweit: 35,5 %) lag (ebd.). Der weiterhin bestehende Personalmangel ist auf ungewöhnlich viele Personalausfälle bei insgesamt zu wenig Personal (40,1 %) bzw. bei nicht allgemein zu wenig Personal (36,6 %) zurückzuführen (Hildebrandt et al., 2023). Um dem Fachkräftemangel bei steigendem Bedarf an und sinkender Verfügbarkeit von pädagogischen Kräften (Behr et al., 2023) entgegenzuwirken, wurden neue Zugangswege geschaffen (z. B. berufsintegrierte Ausbildung, Nachqualifikationen für nicht pädagogisch ausgebildetes

15 Auch andere Berufsgruppen mit personenbezogenen Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen (z. B. Pflegefachkräfte (Seltrecht & Dellori, 2015), Sozialpädagog*innen (Graßhoff & Schweppe, 2009), Psychotherapeut*innen (Maercker & Forstmeier, 2013)) sind mit der Berücksichtigung der Biografie bzw. biografischer Bezüge der zu versorgenden Personen im beruflichen Handeln konfrontiert. Das für die Versorgung Nützlichmachen der Biografie der zu versorgenden Personen spiegelt sich in beruflichen Methoden und Konzepten wider, z. B. Biografiearbeit in der Sozialen Arbeit (Hölzle, 2009; Jansen, 2009) und in der Pflegewissenschaft (Specht-Tomann, 2018) oder Narraktiv in der Logopädie (Corsten et al., 2011).

Personal) (Dudek et al., 2013; Fröhlich-Gildhoff et al., 2014). Seit August 2025 werden in Niedersachsen u. a. auch Sozialassistent*innen mit dem Schwerpunkt Haus- und Familienpflege oder Persönliche Assistenz und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*innen in Gruppen für Kinder unter 3 Jahren als dritte Fach- oder Betreuungskraft zugelassen, wenn sie vorgegebene Qualifikationen und Berufserfahrung erfüllen (NKiTaG, § 11, Absatz 2). Parallel etablieren sich Studiengänge der Kindheitspädagogik, die zur Akademisierung pädagogischer Kräfte beitragen (Behr et al., 2023; Bock-Famulla, Girndt et al., 2023).

Um der „konstituierenden Rahmung“ (Bohnsack, 2024, S. 31) aus gesetzlichen Vorgaben, länderspezifischen Bildungsplänen und Qualitätsansprüchen sowie gesellschaftlichen Entwicklungen und institutionellen Orientierungen nachzukommen (Rothe, 2024), wurde mit dem KiTa-Qualitätsgesetz¹⁶ das Gute-KiTa-Gesetz¹⁷ (2019–2022) zwischen Bund, Ländern und Kommunen bis Ende 2024 verlängert (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2023). Mit diesem Investitionsprogramm wurden sieben Handlungsfelder festgelegt (z. B. Gewinnung und Sicherung von qualifizierten Fachkräften, Fachkraft-Kind-Schlüssel, sprachliche Bildung sowie Förderung der kindlichen Entwicklung, Gesundheit, Ernährung und Bewegung), um die Qualität der FBBE in Kindertageseinrichtungen weiterhin voranzutreiben. Dazu ergänzen Kaul et al. (2023), dass bereits in bildungs- und sozialwissenschaftlichen Diskussionen die Trias Bildung, Betreuung und Erziehung „um die Begriffe der Prävention, des Schutzes und der Hilfe sowie der Beratung“ (ebd., S. 19) erweitert werden. Damit gehe einher, welches Begriffsverständnis von Bildung, Betreuung und Erziehung bestehe und wie dies die professionelle Erwerbsarbeit von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen präge (ebd.). Als Betreuung wird „eine umfassende, zunächst elterliche, jedoch auch professionelle Aufmerksamkeit und Sorge für das leibliche, körperliche und psychische Wohlergehen von jüngeren Kindern“ (Kaul et al., 2023, S. 20) verstanden. Über dieses Verständnis von Betreuung drückt sich das Verständnis von Care-Arbeit von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) aus (ebd.).

16 Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung (KiTa-Qualitätsgesetz)

17 Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung (Gute-KiTa-Gesetz)

3.2 Care-Arbeit als Erwerbsarbeit

„Care meint eine spezifische (fürsorgliche, interaktive, leibseelische, körperliche) Praxis sowie eine ethische Weltsicht, die von menschlicher Angewiesenheit ausgeht“ (Dück, 2022, S. 69). Care als (Für-)Sorge umfasst alles menschliche Tun, um die komplexe Verwobenheit von Körper, Selbst und Umwelt zu bewahren, weiterzuentwickeln und herzustellen (Paul et al., 2023).

Wesentliche Kennzeichen von Sorgearbeit¹⁸ (engl. Care Work) sind die Personenbezogenheit/zwischenmenschliche Beziehung, Abhängigkeit in kritischen Lebenssituationen, grundsätzliche Angewiesenheit im Lebensverlauf, Asymmetrie und der Zeitbedarf (Knobloch, 2013). Mit Care werden der Arbeitsinhalt und die sozialen Beziehungen von Sorgearbeit fokussiert (Dück, 2022; Kleemann et al., 2019). Sorgearbeit umfasst sowohl unbezahlte Reproduktions-, Familien- und Gesundheitsarbeit als auch bezahlte Erwerbsarbeit und deren jeweiligen z. B. organisatorischen, erzieherischen oder pflegerischen Tätigkeiten (Aulenbacher et al., 2018; Winker, 2015). Knobloch (2013) unterteilt die Sorgearbeit in direkte bzw. indirekte personenbezogene Tätigkeiten und unterstützende Sorgetätigkeiten. Die strikte Unterteilung der Sorgearbeit muss hinterfragt werden, da sich bei vielen Berufstätigen (z. B. Pflegekräfte, pädagogische Kräfte) alle Formen der Sorgetätigkeit im gesamten Aufgabenspektrum miteinander verwoben zeigen (Kleemann et al., 2019). Care-Arbeit pädagogischer Kräfte als Erwerbsarbeit in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) wird durch den gesetzlichen Förderauftrag SGB VIII (siehe Kapitel 3.1) bestimmt. Die darin genannten direkten personenbezogenen Kernaufgaben erfordern physische Präsenz und kognitive Prozesse (z. B. Aufmerksamkeit, Problemlösung) der pädagogischen Kräfte (Rudow & Fischer, 2023). Hinzu kommen regelmäßige Beobachtungen und Dokumentationen über die gezielte Bildungs- und Entwicklungsförderung, die Gestaltung der Erziehungspartnerschaft mit Eltern und von Übergängen sowie die kontinuierliche Qualitätssicherung (Niedersächsisches Kultusministerium, 2023). Als unterstützende Sorgetätigkeit erfordert die pädagogi-

18 Sorgearbeit bzw. Care-Arbeit und Reproduktionsarbeit sind zwei Begriffe, die sich auf sorgende Arbeit beziehen. Reproduktionsarbeit erfolgt als unentlohnte Arbeit, die meist in familiären Bezügen von Frauen ausgeführt wird und sich auf die Erziehung und Bildung von Kindern und Jugendlichen als zukünftige Arbeitskräfte und auf die Versorgung ehemaliger Arbeitskräfte bezieht. Reproduktionsarbeit umfasst auch die Sorge um sich selbst als Voraussetzung, Reproduktionsarbeit für andere Menschen leisten zu können. Selbstsorge dient in dem Sinne der Reproduktionsarbeit zur Aufrechterhaltung der eigenen Arbeitskraft. Der Begriff Sorgearbeit bzw. Care-Arbeit fokussiert die konkreten Inhalte, spezifischen Tätigkeiten und notwendigen Kompetenzen der Arbeit, die in der Familie und in Institutionen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystems erfolgen kann (Winker, 2015). Eine ausführliche, historische, feministische und gesellschaftskritische Begriffsdiskussion führt Winker (2015).

sche Arbeit mit Kindern unter 3 Jahren die Anpassung bzw. Weiterentwicklung konzeptioneller und pädagogischer Grundlagen (ebd.). Gleichwohl unterliegen die handlungsleitenden Orientierungsmuster im beruflichen Kontext stärker persönlichen und (berufs)biografischen Erfahrungen als während der Ausbildung vermitteltem Wissen und Fertigkeiten sowie erlangten fachspezifischen Kompetenzen (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Nentwig-Gesemann et al., 2011).

Ausgehend von der menschlichen Angewiesenheit entsteht während der Care-Arbeit eine „*Sorgebeziehung*“ (Knobloch, 2013, S. 11, Herv. i. O.) zwischen der für- und versorgenden Person und der sorgerhaltenden Person (ebd.). Die Spannweite der zu umsorgenden Personen reicht von vulnerablen Personen bis hin zur Sorge gesunder Erwachsener füreinander (= Fürsorge) und der Sorge für sich selbst (= Selbstsorge) (Knobloch, 2013; Paul et al., 2023). Allen Formen von Care ist gemein, dass sie insbesondere eine starke Orientierung an anderen Personen haben (Kleemann et al., 2019). Dabei bedingen sich Fürsorge und Selbstsorge im Sinne von Care:

Im Guten, denn Fürsorge scheint die Voraussetzung zu sein für Selbstsorge. Wer empathisches, fürsorgliches Verhalten erlernt hat, ist auch eher in der Lage, für sich selbst zu sorgen. Doch auch im Schlechten, weil viele Menschen, die in der Pflege tätig sind, darüber sich selbst, ihre Bedürfnisse und das eigene Wohlbefinden vernachlässigen müssen. (Schnerring & Verlan, 2020, S. 27)

Die gegenseitige Bedingtheit von Für- und Selbstsorge zeigt sich neben Berufsgruppen im Gesundheitssystem auch im Bereich der Sozial- und Bildungswissenschaften. Der gesetzliche Förderauftrag zentralisiert die Sorgebeziehung zwischen pädagogischen Kräften und den zu umsorgenden Kindern sowie zu den Erziehungsberechtigten. Zum einen sollen die pädagogischen Kräfte die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern fördern und die familiäre Erziehung und Bildung unterstützen und ergänzen (SGB VIII, § 22, Absatz 2). Zum anderen wird im SGB VIII, § 22, Absatz 2 die Zusammenarbeit von pädagogischen Kräften und der Elternschaft bzw. den Erziehungsberechtigten betont, um den Erziehungsprozess kontinuierlich zu gewährleisten. Kindertageseinrichtungen für Kinder unter 3 Jahren sollen aufgrund des gesetzlichen Auftrags eine Infrastruktur gewährleisten, die der Elternschaft eine Balance zwischen familiären und beruflichen Aufgaben ermöglicht (Bock-Famulla, Girndt et al., 2023). Neben der gesetzlich-formalen Vorgabe zur an Personen ausgerichteten Sorgearbeit ist die Beziehungsarbeit zu Kindern ein wesentlicher Bestandteil der Prozessqualität in der pädagogischen Arbeit. Die Beziehung zwischen pädagogischer Kraft und Kind bildet sich durch die Häufigkeit und Qualität der Interaktionen heraus, wobei die Interaktionsgestaltung wesentlich für die kindliche sozial-emotionale und sprachlich-kognitive Entwicklung ist (Viernickel & Schwarz, 2009). Beher und Gragert (2004) verdeutlichen in ihrer Untersuchung, dass die handlungsspezifischen Anforderungen und Aufgabenbereiche in der direkten Sorge-

arbeit mit den Kindern den größten Zeitumfang der gesamten Berufstätigkeit in Kindertageseinrichtungen einnehmen. Die Untersuchung umfasste eine Literatur- und Sekundäranalyse verschiedener Publikationen (z. B. Expertisen, Studien), die Analyse von Kinder- und Jugendhilfestatistiken zur Berufsfeldbetrachtung und die Darstellung von Institutionenportraits, die auf Methoden der qualitativen Datenerhebung (z. B. teilnehmende Beobachtung, Interviews, Dokumente) beruhen (ebd.).

In einer „professionelle[n] Interaktions- und Beziehungsgestaltung“ (Nentwig-Gesemann et al., 2011, S. 16) gilt es insbesondere, die Entwicklungsaufgaben in den ersten drei Lebensjahren der Kinder zu beachten (ebd.). Grundlage der Beziehungsgestaltung sind die professionelle Haltung als „Orientierungsmuster im Sinne von handlungsleitenden (ethisch-moralischen) Wertorientierungen, Normen, Deutungsmustern und Einstellungen [...], die pädagogische Fachkräfte in ihre Arbeit und Gestaltung der Beziehungen einbringen“ (Nentwig-Gesemann et al., 2011, S. 10), und die Kompetenzen der pädagogischen Kräfte (ebd.).

Die interaktionistische Care-Arbeit erfolgt in einer „Sorgesituation“ (Kleemann et al., 2019, S. 162), in der gegebenenfalls weitere Akteure involviert sind; insbesondere dann, wenn ein institutioneller Sorgerkontext besteht (ebd.). Dies wird wiederum von gesellschaftlichen Bedingungen (z. B. Ressourcen, Werten, Anerkennung) gerahmt (Knobloch, 2013). Die Care-Arbeit in Kindertageseinrichtungen wird auf den Ebenen der Gruppe, Institution, Trägerschaft, Gesellschaft und durch Gesetze gerahmt. Dies reicht von der zeitlichen Strukturierung des Tagesablaufes (Behr & Gragert, 2004), der pädagogischen Konzeption (Rudow & Fischer, 2023) und den Arbeits- und Gesundheitsschutzbedingungen (Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr [SMWA] & Sächsisches Staatsministerium für Kultus [SMK], 2019) über den Diskurs zur Qualität frühkindlicher Bildung und zu wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie zu Bildungsplänen und zum gesetzlichen Bildungsauftrag (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014) bis hin zur gesellschaftlichen Anerkennung und Wertschätzung der Erwerbsarbeit pädagogischer Kräfte (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Klusemann et al., 2020). „Der dauerhafte Spagat zwischen den fachlichen Ansprüchen und den Begrenzungen durch die Rahmenbedingungen“ (Klusemann et al., 2020, S. 28) (be)trifft die pädagogischen Kräfte im Kern der professionellen Sorgearbeit.

Care-Arbeit basiert auf einer Sorgeethik, deren Grundverständnis sich darauf bezieht, „dass Menschen miteinander in Beziehung stehen, keine autonomen Subjekte sind und daher Fürsorge, auch im Sinne von Care-Arbeit/fürsorglicher Praxis, benötigen“ (Dück, 2022, S. 68). Von der Care Ethics (Biller-Andorno, 2021) ausgehend besteht die Sorgearbeit aus einem Wahrnehmen des Fürsorgebedarfs und der sich anschließenden Verantwortungsübernahme, um dem Bedarf nachzugehen. Daraus entsteht ein fürsorgendes Handeln als soziale Interaktion von „care-giving“ und „care-receiving“

(Aulenbacher et al., 2018; Paul et al., 2023). Klusemann et al. (2020) zeigen, dass pädagogische Kräfte mit pädagogischen Konzepten, die z. B. die Autonomie, Selbstbestimmung und Partizipation von Kindern fokussieren, stärker auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Kinder eingehen können. Die Wahrnehmung und Begleitung der Entwicklungsaufgaben in den ersten drei Lebensjahren eines Kindes (z. B. Entwicklung eines grundlegenden Vertrauens zu Bezugspersonen, Entwicklung von Autonomie) (Nentwig-Gesemann et al., 2011) stehen im Spannungsfeld des Gewährns von Individualität und Entwicklungsbedarfen des Kindes und der gleichzeitig bestehenden gesundheitlichen Schutz- und Fürsorgebedürftigkeit von Kindern in den ersten Lebensjahren (Niedersächsisches Kultusministerium, 2023; Wertfein et al., 2012). Das pädagogische Bild vom Kind, der notwendige Schutz und die Geborgenheit in vertrauensvollen Sorgebeziehungen prägen die sozialen Sorgeinteraktionen (Niedersächsisches Kultusministerium, 2023). Seit 2023 sind Kindertageseinrichtungen verpflichtet, ein Kinderschutzkonzept¹⁹ (SGB VIII, § 45) zur pädagogischen Konzeption zu ergänzen. Dabei können gesundheitsbezogene, ethische Dilemmata für die pädagogischen Kräfte in der Sorgearbeit entstehen, wenn sie einen Pflege- und Fürsorgebedarf wahrnehmen und nachgehen wollen, jedoch das Kind dies verweigert. Dabei sind die entwicklungspsychologischen Aufgaben der Identitätsentwicklung (Oerter & Montada, 2008) und der Gesundheitsschutz und die Sicherheit des Kindes reflektierend abzuwägen (Niedersächsisches Kultusministerium, 2023).

Die Care-Arbeit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen befindet sich zwischen normativen Vorgaben und Anforderungen (z. B. Bildungsprogramme, gesetzlicher Förderauftrag, pädagogische Konzeption) und den Bedingungen der tatsächlichen Arbeitsrealität (z. B. Heterogenität der kindlichen Entwicklung, geringer Personalschlüssel, physische und psychische Belastung) (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Winker, 2015). Insbesondere der Personalmangel führt einerseits zur Beschleunigung und Aufgabenverdichtung der Erwerbsarbeit und zu einer hohen situativen Flexibilität der pädagogischen Kräfte und Kinder andererseits. Dies kann zu einer hohen Belastung für alle Beteiligten führen, da z. B. Gruppenangebote und Tagesstrukturen verändert werden müssen oder Bezugskräfte der Kinder fehlen (Klusemann et al., 2020). Die Aufgabenverdichtung ist nach Ohlbrecht (2021) ein Spannungsfeld von Arbeit 4.0., das auch die Erwerbsarbeit in Kindertageseinrichtungen betrifft. Hingegen sind digitale Bildungsdokumentationen als Element der Digitalisierung in der Erwerbsarbeit (Ohlbrecht, 2021) in deutschen Kindertageseinrichtungen kaum vorhanden: 83 % der Einrichtungsleitungen

19 Das Kinderschutzkonzept soll u. a. Respekt und Schutz gegenüber Kindern in der Kindertageseinrichtung gewähren. Die einrichtungsinterne Risikoanalyse in Bezug auf das Wohl und die Gefährdung von Kindern sowie der Verhaltenskodex für das Personal sind Bestandteil des Schutzkonzeptes und dienen der Sensibilisierung für Grenzverletzungen und -überschreitungen und Gefährdungssituationen (Maywald, 2018).

gaben in einer quantitativen Befragung zu Themen wie z. B. Personalsituation, Digitalisierung und Weiterbildung an, dass in ihren Einrichtungen nie Software zur digitalen Beobachtung und Dokumentation genutzt wird (Wolters Kluwer, 2020). Wenn eine digitale Bildungsdokumentation erfolgt, dann wird Software zur Textverarbeitung genutzt (Knauf, 2020). Weitere Merkmale moderner Arbeitsverhältnisse (z. B. Flexibilisierung, Mobilität, Arbeitsplatzunsicherheit) werden in Bezug auf „Bildungs- und Erziehungsarbeit als personenbezogene Dienstleistung“ (Ulukut, 2020, S. 87) in Kindertageseinrichtungen nicht diskutiert (Beher et al., 2023; Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Nentwig-Gesemann et al., 2011; Viernickel & Schwarz, 2009).

Zusätzlich zu den beruflichen Aspekten der Care-Arbeit wird die Erwerbsbiografie von Frauen in Kindertageseinrichtungen massiv durch die unbezahlte familiäre Care-Arbeit beeinflusst: „Da immer noch Frauen die Hauptlast der Familienarbeit tragen und in den Kitas ganz überwiegend Frauen arbeiten, ist es nicht verwunderlich, dass ein Großteil (61 %) des Kita-Personals in Teilzeit arbeitet“ (Beher et al., 2023, S. 7). Teilzeit als vorherrschendes Arbeitszeitmodell in Kindertageseinrichtungen führt zur doppelten Care-Arbeit, um die Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit weitgehend zu erfüllen (Beher et al., 2023). Dies kann zu Diskontinuitäten²⁰ in der Erwerbsbiografie führen, die einen durch häufig wechselnden, selbst- oder fremdbestimmten Status (z. B. Erwerbsarbeit, Berufswechsel, berufliche Weiterbildung, Familienarbeit) gekennzeichnet sind (Bartel, 2018). Dabei sind die Erwerbsbiografien vom individuellen Entwurf des eigenen Lebens geprägt (Preißer, 2002), und enthaltene Brüche können Risiken auslösen (z. B. Unsicherheit, Ängste), aber auch Potenziale darstellen (z. B. berufliche Weiterentwicklung, Gestaltungsfreiräume) (Bartel, 2018). Dabei müssen „individuelle Sinnzuschreibungen“ (ebd., S. 142) berücksichtigt und die Bewertung der erwerbsbezogenen Brüche im Kontext „von individuellen biographischen Entwürfen, Erfahrungen und Ressourcen“ (ebd., S. 142) betrachtet werden.

20 Diskontinuitäten sind in der Erwerbsbiografie nicht nur durch Arbeitslosigkeit bestimmt, sondern auch „durch die Notwendigkeit zur kontinuierlichen Gestaltung, Planung und Steuerung der eigenen Erwerbsbiographie, die auch die Bereitschaft und Fähigkeit zu beruflichen Neuorientierungen enthält“ (Preißer, 2002, S. 8).

3.3 Arbeitsbezogene Gesundheit pädagogischer Kräfte

Das Erfüllen der „gesellschaftlichen Schlüsselrolle“ (Almstadt et al., 2012, S. 9) und des wissenschaftlichen Anspruchs in der FBBE erfordert neben der pädagogischen Qualifikation ein hohes Maß an gesundheitlicher Leistungsfähigkeit der pädagogischen Kräfte (ebd.). Verschiedene Gesetze und Verordnungen sollen die Sicherheit am Arbeitsplatz, berufsbezogene Gesundheit der Beschäftigten und soziale Grundsicherung gewährleisten sowie krankheitsbedingte Einkommensverluste kompensieren, z. B. die gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII), das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)²¹, Infektionsschutzgesetz (IfSG)²² und Mutterschutzgesetz (MuSchG)²³. Mit dem gesetzlich verankerten Arbeits- und Gesundheitsschutz und der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) (Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, 2014) wird die gesundheitliche Situation von Beschäftigten am Arbeitsplatz fokussiert. Ziel ist, physische und psychische Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz zu vermeiden und gesundheitsförderliche Potenziale und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu unterstützen (Hartung et al., 2021). Um Gesundheitsförderung als integrales Konzept in Kindertageseinrichtung zu etablieren, ist die kontinuierliche Wechselseitigkeit der vier Interventionsebenen Politik und Gesellschaft, Trägerschaft der Einrichtung, Einrichtungsleitung und pädagogische Kräfte anzustreben. Gesundheitsförderliche Maßnahmen zielen darauf ab, „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen“ (WHO, 1986, S. 1) und zugleich gesundheitsförderliche soziale, kulturelle und ökonomische Bedingungen in der Arbeitswelt zu schaffen (ebd.).

Während der COVID-19-Pandemie galten temporäre Maßnahmen zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung. Diese Maßnahmen wirkten sich auch auf die Erwerbsarbeit in Kindertageseinrichtungen aus. Bundesweit bzw. föderal vorgegebene Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens bezweckten, soziale Kontaktmöglichkeiten und die Übertragung des Coronavirus in Kindertageseinrichtungen zu reduzieren (Loss et al., 2021). Dies umfasste strukturelle Maßnahmen (z. B. Schließung von Kindertageseinrichtungen, Impfpriorisierung für pädagogische Kräfte), organisatorische Maßnahmen (z. B. feste Gruppenzuweisung von Personal, Trennung von Lauf-

21 Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG)

22 Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (IfSG)

23 Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetz – MuSchG)

wegen) und individuelle Maßnahmen (z. B. Lüften, Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung) (ebd.).

Gesundheit als gelungene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen (Hurrelmann & Richter, 2013) bzw. als Spannungsverarbeitung von Stressoren (Mittelmark & Bauer, 2022) führt im Arbeitsfeld von Kindertageseinrichtungen dazu, die vielfältigen Arbeitsbedingungen zu betrachten. Diese können sich „potenziell auf das individuelle Erleben am Arbeitsplatz, auf das körperliche und emotionale Befinden und die Gesundheit der pädagogischen Fachkräfte auswirken“ (Voss & Schumann, 2020, S. 24). Berufsbezogene und die Gesundheit pädagogischer Kräfte beeinflussende Faktoren können aus Anforderungen der Arbeitsumgebung und Arbeitsaufgaben sowie aus organisatorischen, sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen entstehen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Gesundheitsbeeinflussende, äußere Faktoren in Kindertageseinrichtungen (eigene Darstellung nach: Darius et al., 2023; Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte [WIFF], 2020; Losch, 2016a; Rudow & Fischer, 2023; Vincent-Höper et al., 2015; Voss & Schumann, 2020)

Arbeitsumgebung	Arbeitsaufgaben	Organisatorische Faktoren	Soziale Faktoren	Gesellschaftliche Faktoren
Lärm	Aufgabeninhalte (Komplexität, Vielfalt, Kontrollmöglichkeiten)	Gruppengröße und -zusammensetzung	Teammerkmale	Bildungsauftrag
Räumlichkeiten (z. B. kleine Gruppenräume, wenige Rückzugsorte für Personal)	Informationsdichte (parallel zu erfüllende Aufgaben)	Personal-Kind-Schlüssel/Personalmangel	Sozialstruktur der Kinder/familiärer Kontext	Vergütung
Ausstattung (z. B. Möbel, Material)	Zeitdruck	pädagogische Konzeption	Betriebsklima in der Einrichtung	berufliche Anerkennung
Gefahrenquellen und chemische Stoffe	Daueraufmerksamkeit	Arbeitszeit- und Pausenregelung; wenig Erholungsphasen	Einrichtungsleitung; Führung	kulturelle Normen und Werte
Gerüche	physische, emotionale Belastungen	berufliche (Weiter-)Entwicklung		

In Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) sind insbesondere ungünstige ergonomische und physische Faktoren (z. B. kein erwachsenengerechtes Mobiliar, einseitige Körperhaltungen, Heben und Tragen von Kindern und Material) (Barthel et al., 2014; Voss & Schumann, 2020) sowie psychische Faktoren (z. B. hohe Aufgabendichte) (Barthel et al., 2014) gesundheitsbeeinflussende Bedingungen. Ob und, wenn ja, in welchem Ausmaß berufliche Anforderungen als Belastung oder als Ressource erlebt werden, hängt von Bewältigungsstrategien und -ressourcen der pädagogischen Kräfte ab (Rudow & Fischer, 2023; Viernickel & Voss, 2013).

Personale, gesundheitsbeeinflussende Anforderungen, die pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen erleben können, sind z. B. die physische und psychische Konstitution, die Persönlichkeitsstruktur sowie Handlungsfähigkeit, Wissen und Erfahrungen (Barthel et al., 2014; Viernickel & Voss, 2013).

Wenn sich die äußeren Faktoren langanhaltend negativ auf die Gesundheit der pädagogischen Kräfte auswirken, besteht ein erhöhtes Risiko für chronisches Stresserleben und Burnout-Syndrom (Jungbauer & Ehlen, 2015). Dies kann wiederum die Betreuungs- und Arbeitsqualität der pädagogischen Kräfte einschränken (ebd.). In einer Befragungsstudie von Kuhrmeier et al. (2024) zeigte sich, dass 60,5 % der pädagogischen Kräfte kein Burnout-Risiko, 34,6 % Burnout-Symptome und 4,9 % ein Burnout-Risiko aufwiesen. Diese Ergebnisse decken sich mit der Befragung von Darius et al. (2021), die den Zusammenhang zwischen Burnout-Risiko und individuellen Stressverarbeitungsstrategien erhoben. Über individuelle, positive Stressverarbeitungsstrategien (z. B. positive Selbstinstruktion, Bedürfnis nach sozialer Unterstützung) verfügten 51 % der Befragten (Darius et al., 2021). Hingegen korrelieren jedoch individuelle, negative Stressverarbeitungsstrategien (z. B. soziale Abkapplung, Zynismus, Medikamenteneinnahme) mit einem Burnout-Risiko bei 47 % der befragten pädagogischen Kräfte in Kindertageseinrichtungen (ebd.). Weitere stressreduzierende Handlungsstrategien pädagogischer Kräfte sind empirisch belegt, wie z. B. die Hilfe von Kolleg*innen erbitten, Unterstützung der Einrichtungsleitung einholen, Pausenregelungen einhalten und Gespräch im privaten Umfeld führen (Fuchs & Trischler, 2008; Lattner, 2015; Viernickel & Voss, 2013).

Externe Faktoren und interne Anforderungen an die Gesundheit pädagogischer Kräfte können zu Arbeitsbeanspruchungen werden (SMWA & SMK, 2019), die mithilfe von Gesundheitsressourcen (Faltermaier, 2023a) bzw. allgemeinen Widerstandsressourcen (Antonovsky, 1997) bewältigt werden können. Nach Hurrelmann und Richter (2013) sind innere Anforderungen auch Ressourcen, um äußere Faktoren bzw. Belastungen zu bewältigen. Gesundheitsressourcen in Kindertageseinrichtungen kommen wie äußere Faktoren in verschiedenen Bereichen vor (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Gesundheitsressourcen pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (eigene Darstellung nach: Rudow & Fischer, 2023; Viernickel & Voss, 2013; Vincent-Höper et al., 2015; Voss & Schumann, 2020)

Arbeits- umgebung	Arbeits- aufgaben	Organisationale Ressourcen	Soziale Res- sourcen	Personale Ressourcen
ergonomisches Mobiliar	Kreativität im Arbeitsprozess	verbindliche Pausenregelung	hohe Kollegia- lität	hohe Berufs- identifikation
Lärmschutz- maßnahmen	Sinnhaftigkeit des Arbeits- auftrags	Gruppenüber- greifendes Per- sonal	Anerkennung und Wert- schätzung	fachliche Qualifikation
verfügbare Raumkapa- zitäten	Entscheidungs- , Handlungs- , Gestaltungs- spielraum	guter Informa- tionsfluss	soziale Unter- stützung (Eltern, Kolle- gium)	Problemlöse- und Be- wältigungs- kompetenz
Schutz- maßnahmen (Hygiene, Gefahren)	Unterstützung zu beruflicher Weiter-quali- fizierung	Regelmäßige Teamsitzungen, Coaching/ Men- toring	Rückhalt der Leitung und Trägerschaft	Selbstwirk- samkeits- überzeugung
finanzielle Ausstattung	Aufgaben- vielfalt	sicherer Arbeits- platz		Distanzie- rungs- fähigkeit

Barthel et al. (2014) zeigen durch ihre quantitative Fragebogenerhebung auf, dass pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) Faktoren aus der Arbeitsumwelt (z. B. gute Raumakustik, soziale Unterstützung durch Kolleg*innen, materielle Ausstattung) und individuelle Faktoren (z. B. dynamische Körperhaltung, Musikalität) als gesundheitsförderlich erleben. Michaelis et al. (2022) stellen durch eine Fragebogenerhebung mit zumeist offenen Fragen dar, welche Ressourcenwünsche (z. B. ergonomischere Ausstattung, besserer Hitze- und Lärmschutz, höherer Betreuungsschlüssel) und Wünsche zum Arbeitsschutz (u. a. mehr Informationen zum Arbeitsschutz, mehr Unterstützung hinsichtlich Arbeitssicherheit) bei pädagogischen Kräften und Einrichtungsleitungen bestehen.

Die gelungene Bewältigung von Anforderungen und Belastungen anhand vorhandener arbeitsspezifischer, sozialer und individueller Ressourcen stärkt die Arbeitszufriedenheit. Beeinflussende Faktoren auf die Arbeitszufriedenheit sind z. B. die Distanzierungsfähigkeit zur Arbeit, soziale Unterstützung, Zufriedenheit mit der Arbeitszeit, unmittelbare Beziehungsarbeit mit Kindern und Sinngehalt der Arbeit (Behr et al., 2023; Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Fuchs & Trischler, 2008; Viernickel & Voss, 2013). Fuchs und Trischler

(2008) zeigen anhand des DGB-Index²⁴ „Gute Arbeit“ auf, dass pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen mit ihrer Arbeitssituation vollständig zufrieden (23 %) bzw. alles in allem zufrieden sind (55 %). Davon leiten Fuchs und Trischler (2008) eine hohe Identifikation mit der beruflichen Tätigkeit ab. „Der Gewinn aus der identitätsstiftenden, in sozialen Anerkennungszusammenhängen erworbenen Erwerbstätigkeit“ (Ohlbrecht, 2018, S. 131) und die damit verbundene Arbeitszufriedenheit dürfen jedoch nicht über den potenziell gesundheitsschädigenden Präsentismus hinwegtäuschen (Almstadt et al., 2012; Steinke & Badura, 2011).

Hingegen wird die Arbeitszufriedenheit z. B. durch eine unzureichende monetäre Vergütung, einen geringe Personalschlüssel aufgrund personeller Engpässe (z. B. Krankheit, Urlaub, Fort- und Weiterbildung), geringe Vorbereitungszeit, Konflikte im Gruppenteam und fehlende Aufstiegschancen reduziert (Niedersächsisches Kultusministerium, 2023; Viernickel & Voss, 2013).

Erfolgt keine gelingende Bewältigung der Anforderungen und Belastungen (Antonovsky, 1997; Hurrelmann & Richter, 2013) können physische, psychische und psychosoziale Gesundheitseinschränkungen bis hin zu Erkrankungen auftreten. Virusinfektionen und Atemwegsinfektionen (z. B. Coronavirusvariante Omikron, Erkältungserkrankungen, grippale Infekte), Rückenschmerzen und Magen-Darm-Erkrankungen sowie psychische Erkrankungen (z. B. Depression, Belastungsstörungen) führten zu einem Anstieg der AU-Fälle im Jahr 2022 im Vergleich zu den Vorjahren 2018–2021 (AOK Rheinland/Hamburg, 2023). Die krankheitsbedingten Fehltag am Arbeitsplatz sind ein wesentlicher Indikator für den Gesundheitszustand von Arbeitenden (Dragano, 2023). Für das Jahr 2022 ergaben sich die Fehltag bei der Gruppe der Berufsbezeichnungen „Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie“ überdurchschnittlich aufgrund psychischer Erkrankungen und Atemwegserkrankungen (Hildebrandt et al., 2023). Die überdurchschnittlichen Fehltag aufgrund von Atemwegserkrankungen werden auf die Infektionswelle der Coronavirusvariante Omikron zurückgeführt (AOK Rheinland/Hamburg, 2023). Von 2019 zu 2022 stiegen der Krankenstand, die jährlichen AU-Fälle pro 100 versicherten Personen, die jährlichen AU-Tage je Fall sowie die jährlichen Fehlzeiten für Berufstätige in der Berufsgruppenbezeichnung „Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie“ (Hildebrandt et al., 2023; Marschall et al., 2020) bzw. „Kinderbetreuung und -erziehung“ (Grobe et al., 2023; Grobe & Frerk, 2020) und des Personals in Kindertageseinrichtungen (AOK Rheinland/Hamburg, 2023) (siehe Tabelle 3).

24 Der Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) hat seit „2007 begonnen, eine regelmäßige, jährliche Berichterstattung über die Entwicklung der Arbeitsbedingungen aus Sicht der Beschäftigten in Deutschland aufzubauen“ (Fuchs & Trischler, 2008, S. 2), um Arbeitsbedingungen und deren Einfluss auf die Gesundheit darzustellen.

Tabelle 3: Berufsspezifische Arbeitsunfähigkeit (eigene Darstellung)

Kategorie- Bezeichnung	Jahr	2019	2022
Berufshauptgruppe „Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie“	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenstand: 4,6% (Marschall et al., 2020, S. 73) • jährlich 140,2 AU-Fälle pro 100 versicherte Personen (ebd., S. 192) • jährliche Fehlzeiten pro 100 versicherte Personen: 1.666 Tage (ebd., S. 192) 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenstand: 6,8% (Hildebrandt et al., 2023, S. 53) • jährlich 225,8 AU-Fälle pro 100 versicherte Personen (ebd., S. 136) • jährliche Fehlzeiten pro 100 versicherte Personen: 2.486 Tage (ebd., S. 54) • psychische Erkrankungen (4,9 AU-Tage pro versicherte Person; berufsgruppenübergreifend: 3 AU-Tage) (ebd., S. 55) • Atemwegserkrankungen (6 AU-Tage pro versicherte Person; berufsgruppenübergreifend: 3,9 AU-Tage) (ebd., S. 55) • Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (3 AU-Tage pro versicherte Person; berufsgruppenübergreifend: 3,5 AU-Tage) (ebd., S. 55) 	
Berufsgruppe „Kinderbetreuung und -erziehung“	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenstand: 6,72% (Grobe & Frenk, 2020, S. 275) • jährlich 185 AU-Fälle pro 100 versicherte Personen (ebd., S. 271) • AU-Tage je Fall: 13,3 Tage (ebd., S. 271) • jährliche Fehlzeiten pro 100 versicherte Personen: 2454 Tage (ebd., S. 271) • psychische Erkrankungen (5,4 AU-Tage pro versicherte Person) (ebd., S. 206) • Atemwegserkrankungen (4,4 Fehltag pro versicherte Person) (ebd., S. 206) • Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (3,9 AU-Tage pro versicherte Person) (ebd., S. 206) 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenstand: 9,16% (Grobe et al., 2023, S. 147) • jährlich 282 AU-Fälle pro 100 versicherte Personen (ebd., S. 143) • AU-Tage je Fall: rund 11,9 Tage (ebd., S. 143) • jährliche Fehlzeiten pro 100 versicherte Personen: 3.343 Tage (ebd., S. 143) 	
Personal in Kindertageseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenstand: 6,4% (AOK Rheinland/Hamburg, 2023, S. 1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenstand: 8,3% (AOK Rheinland/Hamburg, 2023, S. 1) 	

Die durchschnittlichen AU-Tage pro arbeitende Person lagen 2019 bei 17,3 Tagen (BAuA, 2021). Im Jahr 2022 variieren die durchschnittlichen, branchenübergreifenden Arbeitsunfähigkeitstage von 19,9 bis 22,7 Tagen (BAuA, 2023; Grobe et al., 2023; Hildebrandt et al., 2023). Aufgrund von Krankschreibung fehlte eine berufstätige Person im Bereich „Erziehung, soziale und hauswirtschaftliche Berufe, Theologie“ 2022 durchschnittlich 24,9 Tage (Hildebrandt et al., 2023) bzw. 33 Tage in der Berufsgruppe „Kinderbetreuung und -erziehung“ (Grobe et al., 2023) am Arbeitsplatz.

In einer repräsentativen Befragung gaben 94,7 % der Einrichtungsleitungen (n= 4.806) an, dass der Personalmangel „ausschließlich negative Auswirkungen“ bis „eher negative Auswirkungen“ auf die Gesundheit der arbeitenden Mitarbeiter*innen hat (Deutscher Kitaleitungskongress [DKLK], 2023). Dabei waren im Jahr 2022 58,1 % der pädagogischen Kräfte in der Kinderbetreuung und -erziehung von konstantem bis häufigem Personalmangel betroffen (Hildebrandt et al., 2023).

Dennoch bilden die Kenngrößen in Tabelle 3 nicht den tatsächlichen Gesundheitszustand pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen ab, da das Phänomen des Präsentismus²⁵ unberücksichtigt bleibt (Almstadt et al., 2012). In einer Studie der Techniker Krankenkasse (TK) und des Instituts für Betriebliche Gesundheitsberatung (IFBG) gaben die befragten Beschäftigten an, manchmal (58,1 %) und häufig oder sehr häufig (23,5 %) krank zur Arbeit zu gehen (TK, 2022). Selbstmedikation ist für 28,4 % der Befragten probates Mittel, um arbeiten zu können (ebd.). Ein ausgeprägter Arbeitsethos mit einem einhergehenden Pflichtbewusstsein (Almstadt et al., 2012) und eine hohe Arbeitszufriedenheit (TK, 2022) sind Gründe, auch mit gesundheitlichen Einschränkungen und Erkrankungen zur Arbeit zu gehen. Pädagogische Kräfte begründen den Präsentismus u. a. mit dem Kindeswohl, der elterlichen Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie oder nicht vorhandenen bzw. unzufriedenstellenden Vertretungsregelungen (Almstadt et al., 2012). Potenziell kann Präsentismus zu gesundheitlichen (Langzeit-)Folgen führen, die gegebenenfalls auch eine Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen (Almstadt et al., 2012; Steinke & Badura, 2011). Schmok (2010) betont, dass pädagogische Kräfte vielmehr die eigene „Gesundheitsbiographie“ (ebd., S. 56) im Kontext der Erwerbstätigkeit reflektieren müssen und eigene gesundheitsbezogene Bedürfnisse nicht gegenüber den gesundheitlichen Bedürfnissen der Kinder zurückstecken sollten.

Neben krankheitsbedingten AU-Fällen und AU-Tagen (AOK Rheinland/Hamburg, 2023; Hildebrandt et al., 2023) können Gesundheitseinschränkungen und -beschwerden zu eingeschränkter Leistungs- und Arbeitsfähigkeit (Almstadt et al., 2012; Rudow & Fischer, 2023) und zur Arbeitsunzufrieden-

25 In einem ersten, strukturierten Review haben Steinke und Badura (2011) konzeptuelle Grundlagen, Einflussfaktoren, gesundheitliche Folgen und Kosten von Präsentismus dargestellt.

heit (DKLK, 2023; Viernickel & Voss, 2013) führen. Bei pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen ist hingegen empirisch belegt, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit trotz hoher physischer, psychischer und sozialer Belastungen besteht (Klusemann et al., 2020; Vincent-Höper et al., 2015). Dabei korreliert die Arbeitszufriedenheit mit strukturellen Rahmenbedingungen, sozialer Unterstützung durch die Einrichtungsleitung und der Informationsweitergabe (Schneewind et al., 2012; Vincent-Höper et al., 2015). Aus bildungswissenschaftlicher Perspektive zeigen Klusemann et al. (2020) anhand einer Studie mit einem qualitativen Forschungsdesign (Fokusgruppen mit pädagogischen Kräften, Expert*inneninterviews mit Fachberater*innen) auf, dass das Erleben professionellen Handelns und das Erfüllen beruflicher Anforderungen (z. B. kindliche Entwicklung fördern, Bedürfnisse einzelner Kinder berücksichtigen) die Arbeitszufriedenheit von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen stärken. Personelle Ressourcen (z. B. viel Bewegung in der Freizeit, Kompetenzerleben, Arbeitszufriedenheit) und positive Arbeitsbedingungen (z. B. regelmäßige Arbeitspausen, stabile Personalverfügbarkeit) stärken wiederum die Arbeitsfähigkeit²⁶ (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V [DGUV], 2019; Viernickel & Voss, 2013).

Rudow und Fischer (2023) postulieren, dass Forschung im Themenspektrum Arbeitsfähigkeit, Gesundheit, Belastung und Wohlbefinden pädagogischer Kräfte im frühkindlichen Bildungssystem auf theoretischen Modellen basieren muss.

Zum einen hat sich in Studien zur Erhebung von arbeitsbedingten Belastungen und Beanspruchungen sowie zur Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen das Belastungs-Beanspruchungs-Ressourcen-Modell sowohl für pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen als auch für Lehrpersonal in Schulen etabliert (Rudow & Fischer, 2023). Das Modell bezieht sich auf das komplexe Zusammenwirken von Arbeitsanforderungen und Belastungen, positiven und negativen Beanspruchungsreaktionen sowie individuellen und arbeitsplatzbezogenen Ressourcen, um die Herstellung von Gesundheit und Krankheit zu beschreiben (ebd.). Dabei orientiert es sich am Modell der Salutogenese nach Antonovsky (1997), insbesondere durch den Einbezug gesundheitsbezogener Ressourcen.

Zum anderen wird das Modell der Gratifikationskrisen (Siegrist & Dragano, 2008) verwendet, um zahlreiche Arbeitsanforderungen und individuelle Anstrengungen in Bezug zu sozialer und monetärer Anerkennung und Wertschätzung zu setzen (Rudow & Fischer, 2023). Dabei werden Arbeitsbedin-

26 Laut des Work Ability Index (WAI) bezieht sich die Arbeitsfähigkeit „auf das Vermögen einer Person, die ihr gestellten Arbeitsaufgaben unter Berücksichtigung ihrer psychischen und physischen Ressourcen zu bewältigen“ (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA], 2024, o. S.). Dabei wird die Bewältigung der Arbeit durch eine Person in Bezug zu ihrer Gesundheit, ihren Ressourcen sowie den geistigen und physischen Arbeitsanforderungen betrachtet (ebd.).

gungen (z. B. Personalsituation, Aufgabenverdichtung, Lautstärke, Vergütung, Arbeitsplatzsicherheit) fokussiert (Ernst et al., 2022; Rudow & Fischer, 2023). Je stärker diese Arbeitsanforderungen negativ ausgeprägt sind, desto größer wird das Risiko für physische und psychische Gesundheitseinschränkungen und Erkrankungen sowie das Ausmaß von beruflichen Gratifikationskrisen als psychosoziale Belastung (Rudow & Fischer, 2023). Ernst et al. (2022) stellen dar, dass Berufstätige in sozialen Berufen überdurchschnittlich oft von Gratifikationskrisen betroffen zu sein scheinen. Dabei berufen sie sich auf eine bundesweite, repräsentative Befragung von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Schreyer et al., 2015).

3.4 Schlussbetrachtung

Eine salutogenetische Sichtweise auf gesundheitsbezogene (Berufs-)Biografien pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) bezieht gesellschaftliche, kulturelle, soziale und private Arbeits- und Lebensbedingungen in die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit ein. Hierbei werden private und berufliche Anforderungen und Ressourcen in der Herstellung bzw. Aufrechterhaltung von Gesundheit in ihrer Aufeinanderbezogenheit berücksichtigt (Rudow & Fischer, 2023). Die (berufs)biografische, verstehende Selbstreflexion pädagogischer Kräfte kann zur „Rekonstruktion bzw. Neukonstruktion der eigenen Biografie [und] lebensgeschichtliche[r] Prozessverläufe“ (Nentwig-Gesemann et al., 2011, S. 57) führen. Dadurch können handlungsleitende Orientierungen und ihre gesellschaftlich-kulturelle Rahmung in der Gesundheits- und Berufsbiografie aufgedeckt werden, die die interaktionistische Care-Arbeit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) modellieren.

4 Schlussfolgerung: Forschungslücke und erkenntnisleitende Forschungsfragen

Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) werden primär als Betreuungsort und Bildungs- und Erziehungseinrichtung für Kinder, aber weniger als Arbeitsort für pädagogische Kräfte betrachtet (Rudow & Fischer, 2023). Erwerbsarbeit in Kindertageseinrichtungen als personenbezogene Dienstleistung vollzieht sich in von Anforderungen und Ressourcen gerahmten sozialen Interaktionen und bedarf eines hohen Maßes an gesundheitsbezogener Handlungs- und Arbeitsfähigkeit (Almstadt et al., 2012; Beher et al., 2023; Fuchs & Trischler, 2008; Viernickel & Voss, 2013; Voss & Schumann, 2020). Der Setting-Ansatz zur Gesundheitsförderung befasst sich mit z. B. organisatorischen, materiellen und sozialen Bedingungen einer Lebenswelt (z. B. Schule, Stadtteil, Arbeitsplatz), die die Gesundheit der Menschen beeinflussen, die in dem Setting zusammenkommen (WHO, 2021). Davon ausgehend wurden Ansätze entwickelt, die gesundheitsförderliche Arbeits- und Lebensbedingungen in der jeweiligen Lebenswelt etablieren bzw. stärken und die zur Erhaltung bzw. Herstellung von Gesundheit respektive Handlungs- und Arbeitsfähigkeit beitragen sollen. Auch für die Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) wurden Ansätze entwickelt, die sich auf Kinder (Becker, 2017) und auf pädagogische Kräfte (Jäger-Jürgens et al., 2020) beziehen. Ebenso beziehen sich gesetzliche Vorgaben auf gesundheits- und sicherheitsbezogenes Verhalten für Kinder, Personal und pädagogische Kräfte sowie gesundheits- und sicherheitsrelevante Verhältnisse in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) (DGUV, 2019). Jedoch fehlt diesen Ansätzen und rechtlichen Vorgaben derzeit die Beachtung der biografischen Bezüge zum subjektiven Gesundheitsverständnis und -handeln der Zielgruppen.

In Studien wurde für pädagogische Kräfte in Institutionen der FBBE erhoben, welche Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zur Verfügung stehen, welche stressreduzierenden Strategien pädagogische Kräfte einsetzen und auf welche Ressourcen sie am Arbeitsplatz und im Privaten zurückgreifen können (Almstadt et al., 2012; Darius et al., 2021; Fuchs & Trischler, 2008; Lattner, 2015; Viernickel & Voss, 2013). Diese Studien mit quantitativen und qualitativen Forschungsdesigns erheben die aktuelle Arbeitssituationen, den individuellen und kollegialen Umgang mit gesundheitsbezogenen Belastungen und Beanspruchungen und die Auswirkungen auf z. B. das professionelle Handeln und die Arbeitszufriedenheit. Bei der Ergebnisdarstellung findet weitgehend keine Differenzierung zwischen der Arbeit

mit Kindern unter 3 Jahren und der Arbeit mit Kindern zwischen 3–6 Jahren statt. Diesen Studien fehlt es zudem an einer Bezugnahme zur biografischen Entwicklung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien und des subjektiven Gesundheitsverständnisses. Dadurch sind subjektive Sinnzuschreibungen und Orientierungen zur Erhaltung und Herstellung von Gesundheit im sozialen Umfeld und der lebensgeschichtlichen Rekonstruktion nicht bekannt.

Rudow und Fischer (2023) fordern, dass „[a]nstelle einer Sicht auf Krankheiten und gesundheitliche Risikofaktoren [...] eine ganzheitliche positive Sicht des Menschen und seiner (Berufs-)Biografie unter Berücksichtigung der Gesundheitsressourcen im Vordergrund stehen [sollte]“ (ebd., S. 66). An dieser Forderung sind biografisch konstruierte, subjektive Gesundheitstheorien anschlussfähig. Sie umfassen einerseits das subjektive und sozial konstruierte Gesundheitsverständnis und die darauf basierenden Handlungsstrategien sowie andererseits deren dynamische Entwicklungs- und Deutungsprozesse in sozialen Interaktionen und Lebenskontexten (Faltermaier, 2023a; Herzberg, 2018). Auch die interaktionistische Care-Arbeit von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) ist durch biografisch geprägte Handlungsorientierungen von Gesundheit geprägt. Insbesondere im Kontext der Fürsorge und sozialen Gesundheit plädieren Paul et al. (2023) dafür, Strukturen und Handeln, die Gesundheit ausmachen, in ihrer komplexen sozialen, regionalen und biografischen Verwobenheit zu betrachten. Eine salutogenetische Betrachtung der Gesundheit pädagogischer Kräfte vor dem zeitlich-soziokulturellen Hintergrund ihrer Biografie ist derzeit in der Literatur nicht beschrieben.

An diesen Forschungsdesideraten knüpft die vorliegende Untersuchung an. Das explorative Erkenntnisinteresse der empirischen Untersuchung besteht darin, das Gesundheitsverständnis und gesundheitsbezogene Handlungsstrategien in Biografien pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) zu rekonstruieren. Mit diesem Gegenstandsbe-
reich wird der Fokus zum einen auf die Verknüpfung der biografischen Entwicklung des subjektiven Gesundheitsverständnisses und -handelns pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) und deren Erwerbsarbeit gelegt. Zum anderen sollen die damit zusammenhängenden Bedingungen und Konsequenzen in ihrer sozialen Strukturiertheit sowie die zugrunde liegenden subjektiven Deutungen herausgearbeitet werden. Damit wird das zentrale Anliegen verfolgt, die Einbettung des subjektiven Gesundheitsverständnisses und der gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien in subjektiven Gesundheitstheorien zu rekonstruieren. Die Forschungsarbeit zielt darauf ab, eine gegenstandsbezogene Theorie mittlerer Reichweite²⁷ zu

27 Subjektive Theorien mittlerer Reichweite haben Scheele und Groeben (1988) als Theorien beschrieben, die sich auf die Erklärungen unmittelbarer subjektiver und sozialer Handlungen und deren Folgen beziehen und dadurch Handlungskonstrukte darstellen. Diese Theo-

entwickeln (Strauss & Corbin, 1996), die einen empirischen Beitrag zum Themenspektrum Gesundheit, Biografie und Care-Arbeit als Erwerbsarbeit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) leistet.

Da Gesundheit ein spezifischer Zustand des In-der-Welt-Seins ist (Paul et al., 2023), besteht das Erkenntnisinteresse unter salutogenetischer Perspektive zu erheben, welche Handlungsstrategien Subjekte aus diesem Sein heraus entwickeln und in diesem Sein nutzen. Die zentrale Forschungsfrage der vorliegenden qualitativen Untersuchung lautet:

- Wie entwickeln sich gesundheitsbezogene Handlungsstrategien in Biografien pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) und wie werden diese gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien in der sozialen Arbeits- und Lebenswelt eingesetzt?

Nach Strauss und Corbin (1996) eignen sich Fragestellungen mit „einer Handlungs- und Prozessorientierung“ (ebd., S. 23), um im Forschungsstil der Grounded Theory (siehe Kapitel 5) „ein Phänomen in seiner Tiefe zu erforschen“ (ebd., S. 22). Dabei beziehen sich Forschungsfragen auf ein Phänomen, das an sich nicht hinreichend empirisch belegt ist bzw. für das es bezogen auf spezifische Personengruppen oder Kontexte keine empirisch fundierten Belege gibt (ebd.). Die genannte zentrale Forschungsfrage hält dem Anspruch der Prozessorientierung (= Entwicklung in der Biografie) und der Handlungsorientierung (= Nutzung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien) des Forschungsstil der Grounded Theory stand. Es erfolgt eine Eingrenzung des Gegenstandsbereiches auf biografische Perspektiven und Aspekte, die vergangene Entwicklungen, gegenwärtige Handhabung (Strauss & Corbin, 1996) und gegebenenfalls zukünftige Handlungsorientierungen (Berg & Lucius-Hoene, 2000) bezüglich gesundheitsbezogener Handlungsstrategien verdeutlichen.

Da Erzählungen der Lebensgeschichte ein soziales Konstrukt sind, die im zeitlich-soziokulturellen Zusammenhang eingebettet sind (Bogner & Rosenthal, 2017; Ohlbrecht & Jellen, 2020), sind soziale Interaktionen (Strauss & Corbin, 1996) für gesundheitliche Aufrechterhaltungs- und Herstellungsprozesse in der forschungsleitenden Frage implementiert. Das Forschungsinteresse an daraus entstehenden subjektiven Gesundheitstheorien (Faltermaier, 2023a) bildet sich in folgender Unterfrage ab:

- Wie beeinflussen biografische sowie arbeits- und lebensweltliche Bedingungen die (Weiter-)Entwicklung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien zur Aufrechterhaltung bzw. Herstellung des Gesundheitszustandes

rien bilden subjektiven Definitionen des Gegenstandsbereiches ab und können von Widersprüchlichkeiten und Inkohärenz gekennzeichnet sein (ebd.).

von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren)?

Die biografischen Prägungen bezüglich Gesundheit und das sich entwickelnde, gesundheitsbezogene Alltagswissen werden im subjektiven Gesundheitsverständnis offenbar. Da auf diesem Verständnis das gesundheitsbezogene Handeln basiert (Faltermaier, 2023a; Faltermaier & Kühnlein, 2000), bezieht sich eine weitere Unterfrage auf das subjektive Gesundheitsverständnis:

- Wie wirken sich biografische, arbeits- und lebensweltliche Erfahrungen und deren subjektiven Deutungen auf das subjektive Gesundheitsverständnis von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) aus?

Durch die forschungsleitenden Fragestellungen erfolgt die Eingrenzung des Gegenstandsbereichs (Strauss & Corbin, 1996), indem u. a. die pädagogischen Kräfte als Biografieträger*innen fokussiert werden und keine weiteren Personen interviewt werden, die in der Biografie der pädagogischen Kräfte relevant waren und/oder für deren subjektives Gesundheitshandeln und -verständnis prägend sind. Ebenso werden nur pädagogische Kräfte interviewt, die zum Zeitpunkt des Interviews in einer Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) arbeiten.

Teil II
Wissenschaftstheoretische
Rahmung und Forschungsdesign

5 Wissenschaftstheoretische Perspektiven und forschungspraktisches Vorgehen

Qualitativ-interpretative Methoden haben sich fest im Spektrum der empirischen Forschungsansätze in der Gesundheitsforschung etabliert (Ohlbrecht & Jellen, 2020). Was Menschen unter Gesundheit verstehen und wie sie sich dementsprechend gesund halten, wird als subjektiv bedeutsames Phänomen betrachtet, das sich in Interaktionssituationen in der sozialen Lebens- und Arbeitswelt ausprägt und verdeutlicht. Rekonstruktive Forschungsvorgehen ermöglichen, Phänomene aus der Perspektive der handelnden Personen in einer spezifischen Lebenswelt zu untersuchen und latente Sinnstrukturen sozialer Phänomene zu rekonstruieren, wodurch die soziale Wirklichkeit des empirischen Feldes nachvollziehbar wird (Flick et al., 2012). Aufgrund fehlender theoretischer Konzepte und empirisch-biografisch bezogener Theorien, die das subjektive Gesundheitsverständnis und Herstellungs- und Aufrechterhaltungsprozesse von Gesundheit über den Lebensverlauf hinweg von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) erklären, verwendet diese Forschungsarbeit Methoden der qualitativen Sozialforschung.

Nach der theoretischen und empirischen Annäherung an Gesundheit in der Biografie pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) werden in Teil II wissenschaftstheoretische und epistemologische Grundlagen der Grounded Theory und der Biografieforschung dargestellt (siehe Kapitel 5. 1), um deren Bedeutung für die vorliegende Untersuchung hervorzuheben. Des Weiteren werden das forschungspraktische Vorgehen, orientierende Gütekriterien und Aspekte der Forschungsethik beschrieben (siehe Kapitel 5.2).

5.1 Grounded Theory und Biografie – wissenschaftstheoretische und epistemologische Grundlagen

Vom wissenschaftstheoretischen Verständnis des (sozialen) Handelns und der sozialen Wirklichkeit des Pragmatismus und Symbolischen Interaktionismus ausgehend wird die Relevanz dieser forschungstheoretischen Rah-

mung für die Verwendung der Grounded Theory²⁸ und der Biografiefor-
schung in der vorliegenden Arbeit dargestellt.

In den Grundsätzen der Grounded Theory von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss spiegeln sich der amerikanische Pragmatismus und der Symbolische Interaktionismus als handlungs- und erkenntnistheoretischer Hintergrund wider (Corbin & Strauss, 2015; Griesbacher, 2016; Strauss & Corbin, 1996). Griesbacher (2016) fasst zusammen, dass Strauss

einerseits [von] Blumer (und Mead) [...] auf die Bedeutung von Interaktion, die Rolle von Sprache im sozialen Leben, die symbolische Bedeutung von Objekten und die Wichtigkeit von Zeit sensibilisiert wurde. Andererseits bezog er von Dewey sein Interesse am pragmatischen Handlungsschema, das zwischen routinisiertem und problematischem Handeln differenziert, sowie am prozessualen Aufbau der sozialen Wirklichkeit. (ebd., S. 145)

Von diesen Bezügen ableitend, beziehen sich epistemologische Annahmen der Grounded Theory auf

- symbolische Bedeutungen, die in den Handlungen von sozialen Interaktionen deutlich, hergestellt und ausgehandelt werden,

28 Die forschungstheoretische Auseinandersetzung mit der Grounded Theory führt zum Diskurs über das Begriffsverständnis der Grounded Theory. Strauss und Corbin (1996) sprechen von einer „qualitative[n] Forschungsmethode bzw. Methodologie“ (ebd., S. 8, Herv. i. O.). Für sie ist eine Methodologie „[a] way thinking about and studying a social phenomena“ (Corbin & Strauss, 2015, S. 3). Für Glaser (2011) ist die Grounded Theory „eine hochstrukturierte, aber ausgesprochen flexible Methodologie“ (ebd., S. 138), mit der soziale Phänomene mit definierten Techniken der Datenerhebung und -auswertung untersucht werden, um in einem flexiblen Forschungsprozess eine konzeptuelle Theorie zu generieren (ebd.). Im angloamerikanischen Verständnis ist eine Methodologie durch eine Vielzahl unterschiedlicher Methoden und Techniken der Datenerhebung und -analyse zu einem sozialen Phänomen gekennzeichnet Reichertz und Wilz (2016). Wenn Equit und Hohage (2016) die Grounded Theory als Methodologie betrachten, dann „im Sinne eines spezifischen Prozesses der Theoriegewinnungen [...] als auch als Verweis auf das Ergebnis dieses Prozesses“ (ebd., S. 9). Breuer et al. (2011) verweisen dabei auf die starke Verknüpfung der Subjektivität der Forschenden im Forschungsprozess und der forschungsmethodischen, theoretischen Sozialisation im Forschungskontext und verstehen die Grounded Theory als „sozial und personal geprägte[n] Forschungsstil“ (ebd., S. 428). Dieses Verständnis teilt Strübing (2011), denn Forschende müssen die analytischen Verfahren der Grounded Theory in Bezug zum Gegenstandsbereich, zur Forschungsfrage und -zielsetzung theoriegeleitet auswählen und adäquat einsetzen, wobei die Subjektivität der Forschenden und deren person- und forschungsbezogenen Erfahrungen auf den Auswahl-, Entscheidungs- und Analyseprozess einwirken. Legewie hebt im Vorwort von Strauss und Corbin (1996) besonders die Grounded Theory als „wissenschaftstheoretisch begründeten Forschungsstil“ (ebd., S. VII) hervor. In der vorliegenden Untersuchung wird sich auf das Begriffsverständnis der Grounded Theory als Forschungsstil bezogen, da die Anwendung analytischer Verfahren in der subjektiv und sozial geprägten Forschungsarbeit im qualitativen Forschungsprozess (siehe Kapitel 5.2) sowie die kontinuierliche wissenschaftstheoretische Orientierung am Gegenstandsbereich und an den Fragestellungen fokussiert wurde.

- menschliches Handeln, das vorwiegend in Routinen verläuft und das bei Irritationen reflektiert und weiterentwickelt wird, sodass der Prozess des (sozialen) Handelns fortgesetzt und Realität als prozesshafte, soziale Wirklichkeit gestaltet werden kann,
- innere und äußere Bedingungen des Handelns aus der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft,
- prozessuale Interaktionsketten, in denen Bedingungen, Bedeutungen und Perspektiven stabil bleiben und/oder sich verändern können (Corbin & Strauss, 2015; Griesbacher, 2016; Strauss & Corbin, 1996).

Im Pragmatismus und im Symbolischen Interaktionismus sind Handeln und Interaktionen Kernelemente der wissenschaftstheoretischen Auseinandersetzung. Im Verständnis von Max Weber (1976) ist Handeln immer mit einem Sinn für das handelnde Subjekt versehen. Das Deuten und Zuschreiben von einem Sinn in das Verhalten anderer Subjekte lässt soziales Handeln entstehen, wobei auf das gedeutete Verhalten anderer mit eigenem subjektivem Sinn und Beweggründen handelnd reagiert wird (ebd.). Aus sozialwissenschaftlicher und handlungstheoretischer Sicht treten Subjekte durch soziales Handeln in eine sich gegenseitig beeinflussende Beziehung: Das eigene Handeln wird vom Verhalten anderer beeinflusst und eigenes Handeln soll das Verhalten anderer Menschen beeinflussen (ebd.). Demnach gibt der Sinn dem Handeln eine Richtung, indem sich das Handeln auf das vergangene, gegenwärtige oder erwartete Verhalten anderer Subjekte bezieht. Sinn wird im zeitlichen Verlauf in sozialen Interaktionen reflexiv vollzogen und ist somit sozial und zeitlich bestimmt (ebd.). Handeln ist für Weber (1976) verstehbar, indem es durch Interpretation in Sinnzusammenhänge erklärend gesetzt wird. Der Sinn des Handelns kann sich dabei auf den Zweck oder auf die Bedeutung des Handelns für das Subjekt beziehen (ebd.).

Auch wenn Weber (1976) vom subjektiven Sinn ausgeht, vollzieht sich Handeln in gesellschaftlich und kulturell geprägten Situationen, sodass der subjektive Sinn des Handelns von situativen Bedingungen abhängt. Soziales Handeln ist zudem durch gesellschaftliche Werte und Normen bestimmt, an denen sich zwischenmenschliches Miteinander orientiert. Ebenso fließen reflexive, eigenlogische Bedeutungsstrukturen der handelnden Subjekte in den sozialen Handlungsvollzug ein (ebd.).

Im interpretativen Paradigma des Symbolischen Interaktionismus wird Handeln von Subjekten, insbesondere in sozialen Interaktionen, betrachtet. Für Blumer (2013) basiert menschliches Handeln auf der Bedeutungszuschreibung des Wahrgenommenen in der Lebenswelt. Perspektiven anderer Subjekte zu deuten, darauf und auf weitere Bedingungen in der Lebenswelt zu reagieren und den in diesen Prozessen vorkommenden Situationen und Interaktionen eine Bedeutung zuzuschreiben, ist kennzeichnend für den Symbolischen Interaktionismus und die Grounded Theory (Boehm, 1994). Die wissenschaftstheoretische Annahme der Grounded Theory ist, dass Handeln

in Interaktionen in der Zeitlichkeit (Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft) eingebettet ist. Handeln hat bereits Bedeutungen inne, erfolgt gleichzeitig in gegenwärtigen Bedeutungssystemen und kann weitere Bedeutungen für kommendes Handeln und zukünftige Interaktionen erzeugen (Corbin & Strauss, 2015; Strauss & Corbin, 2016). Erkenntnistheoretisch gilt es, die Bedeutung und den Sinn des (sozialen) Handelns zu verstehen.

Die Grounded Theory kann für die Datenerhebung und -analyse sowie Theoriegenerierung verwendet werden, wenn für ein spezifisches Phänomen Handlungen, Interaktionen und Bedeutungszusammenhänge in einer komplexen sozialen Lebenswelt erfasst und für dieses Phänomen rekonstruiert werden sollen (Strauss & Corbin, 1996). Basierend auf vielfältigen Perspektiven der sozialen Wirklichkeit verschiedener Subjekte sollen Handlungen und Interaktionen im prozessualen Verlauf erklärt werden (Corbin & Strauss, 2015). Verschiedene Perspektiven auf ein Phänomen zu beachten, ist Kennzeichen eines pragmatistischen Forschungsvorgehens, wobei das Subjekt selbst nur eine Perspektive durch sein Handeln realisiert (Griesbacher, 2016).

Die Bezüge zum Pragmatismus werden während der Datenanalyse durch das Kodierparadigma deutlich, indem auf ein prozesshaftes Phänomen bezogene Handlungsstrategien und Konsequenzen im Kontext der Lebenswelt herausgestellt werden (Corbin & Strauss, 2015; Griesbacher, 2016; Strauss & Corbin, 1996). Die Relevanz besteht darin, Prozesse sowie gewohntes (soziales) Handeln und außergewöhnliche bzw. problematische Handlungen und Interaktionen (z. B. Diskussionen, Aushandlungen) zu analysieren und zu verstehen (Corbin & Strauss, 2015; Strauss & Corbin, 2016). In dieser differenzierten Betrachtung von sozialem Handeln wird das pragmatistische Handlungsverständnis deutlich. Schütze (2016) kritisiert die Fokussierung des Sinn und Ordnung stiftenden Handelns zur Herstellung der sozialen Wirklichkeit am interaktiven Handlungsschema. Er betont die Notwendigkeit, die soziokulturelle, makrotheoretische Ebene von Lebensbedingungen und die subjektiv deutende Ebene des Individuums im Forschungsprozess der Biografieforschung miteinander zu verknüpfen (ebd.), um die „unterschiedlichen Konstruktionsebenen der sozialen Realität“ (ebd., S. 143) in der Lebensgeschichte zu rekonstruieren. Für Kohli und Robert (1984) geht es in der Biografieforschung um das „Verhältnis von Subjektivität und gesellschaftlicher Wirklichkeit“ (ebd., S. 4). In dieser Untersuchung werden soziales Handeln in Interaktionen und die subjektiven Sinnstrukturen des sozialen Phänomens der Gesunderhaltung und -herstellung von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) rekonstruiert. Der Fokus liegt dabei auf der biografischen Entwicklung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien und den darin sich zeigenden Aspekten des subjektiven Gesundheitsverständnisses. Zudem werden gesellschaftliche und soziokulturelle Bedingungen als konstituierende Rahmungen des Lebensverlaufs berücksichtigt.

Schütze (2016) betont die komplexe „symbolische Verdichtung [von] Lebens- und Interaktionssituationen“ (ebd., S. 117), die sich u. a. durch soziokulturelle Ordnungen, unerwartete Ereignisse, soziale Irritationen im Lebensverlauf aufschichtet (ebd.). Die Bedingungen von Lebensphasen und deren (sozialem) Handeln und Interaktionssituationen können im Sinne der Grounded Theory anhand der Bedingungsmatrix (Corbin & Strauss, 2015; Strauss & Corbin, 1996) zur Analyse der Bedingungen von Handlungen und Interaktionen zu einer bestimmten Zeit im Lebensverlauf von Subjekten verwendet werden und im biografischen Prozess von Vergangenheit und Gegenwart rekonstruiert werden (Strauss & Corbin, 1996). Dies markiert die wissenschaftstheoretische Annahme, dass Subjekte aufgrund ihres Erlebens von Ereignissen in der Lebenswelt handeln. Demzufolge sind qualitative Datenerhebungsverfahren (z. B. Interview, schriftliche Biografien) notwendig, um dieses Erleben zu erfassen (Strauss & Corbin, 2016). Erzählte Lebensgeschichten als subjektive „Neuproduktionen“ (Nassehi, 2019, S. 143) von Vergangenem in der Gegenwart stellen subjektive Erfahrungen von Ereignissen und deren Einordnung in die Lebenswelt über die individuelle Deutung zusammenhängend dar (Marotzki, 2012). Nach Kohli (1988) ist die Biografie ein „Deutungsschema“ (ebd., S. 38) der Wirklichkeit, sodass die Wirklichkeit eine „gedeutete Wirklichkeit“ (ebd., S. 38) ist. Das Erzählen der Lebensgeschichte orientiert sich in der gegenwärtigen Situation an lebenszeitlichen Bezügen und (kritischen) Lebensereignissen, die im gesellschaftlichen Kontext und in Abhängigkeit von sozialen Deutungsmustern und Bewältigungsprozessen der Lebensereignisse stehen (Marotzki, 2012). Biografieforschung wird somit in zweierlei Hinsicht relevant: „Prozesse der Bedeutungs- und Sinnherstellung und Prozesse der Erzeugung von Selbst- und Weltbildern“ (ebd., S. 177) aus der Perspektive von Subjekten zu rekonstruieren. Nassehi (2019) betont das fluide Aufeinanderbezogensein der Individualität und der Vielfältigkeit und Differenzierung moderner Gesellschaften als zentrales Motiv qualitativer Biografieforschung. Dadurch können auch „gesellschaftliche Tatsachen über die Sinn- und Bedeutungszuschreibung der Handelnden“ (Marotzki, 2012, S. 176) in der Biografieforschung erschlossen werden. Dies knüpft am Verständnis des Symbolischen Interaktionismus an, dass Subjekte aufgrund „interaktionsvermittelter und -gebundener Deutungen“ (ebd., S. 176) sozialer Interaktionen in der Lebenswelt handeln und Biografie²⁹ dadurch ein soziales Konstrukt ist (ebd.).

Nach Schütze (1983) sollen in der sozialwissenschaftlichen Biografieforschung zum einen die makrostrukturelle Ebene der Lebensphasen und übergänge im gesamten sozial-strukturell geprägten Lebensverlauf und zum ande-

29 Auf das Verständnis von Biografie und den wissenschaftstheoretischen Diskurs des Begriffsverständnisses gehen u. a. Alheit und Dausien (1990) mit einer historischen Einordnung, Alber (2016) in einer theoretischen, diskursiven Betrachtung sowie Ohlbrecht und Jellen (2020) in Bezug zur qualitativen Gesundheitsforschung ausführlich ein.

ren die subjektiv-individuelle Ebene von Deutungen und Sinnzuschreibungen durch die Subjekte miteinander verknüpft und deren Zusammenhänge im lebensgeschichtlichen Verlauf rekonstruiert werden. Obgleich Schütze (1983, 1987) objektive Strukturen erwähnt, wird die Fokussierung auf subjektive Sinnstrukturen sowie die angenommene Homologie von retrospektiver Erzählung und tatsächlichem Erleben kritisiert.³⁰ Fischer-Rosenthal und Rosenthal (1997) stellen der Homologie-Kritik entgegen, dass Schütze deutlich die „Korrespondenz der Erzählstruktur mit der Erlebnisstruktur, der Strukturen der Erfahrungsaufschichtung mit denen des Erzählaufbaus“ (ebd., S. 138) aufzeigt und nicht von einer „Homologie von Erzähltem und Erlebten“ (ebd., S. 138) ausgegangen werden kann.

Für Alheit und Dausien (1999) erfolgt mit einer „Biographisierung“ (ebd., S. 417) eine Integration der Subjekte in lebensweltliche Prozesse, und gesellschaftliche Makrostrukturen werden aus der Perspektive der Biografieträger*innen thematisiert (ebd.). Dadurch beinhaltet eine Biografie immer gesellschaftliche Strukturen und Orientierungsmuster sowie Selbstdeutungen und (soziales) Handeln in der Alltags- und Lebenswelt (ebd.). Durch die Interpretation lebensgeschichtlicher Ereignisse und Zusammenhänge der Subjekte konstituiert sich die soziale Wirklichkeit (Marotzki, 1999) und „Strukturkategorien des Sozialen, Ablauftypen, Interpretamente und Deutungsmuster, Vorurteile und Bewältigungsformen, Stereotype und gesellschaftlich bedeutsames Regelwissen“ (Nassehi, 2019, S. 138) werden erkennbar. Gleichzeitig ist für Schütze (1983) die „Lebensgeschichte [...] eine sequentiell geordnete Aufschichtung größerer und kleinerer in sich sequentiell geordneter Prozeßstrukturen“ (ebd., S. 284). Die verschiedenen (Prozess-)Strukturen gilt es aufzudecken, um gegenstandsbezogene Erkenntnisse zu erhalten (ebd.). Von diesem Grundanliegen der Biografieforschung ausgehend entwickelte Schütze (1983) die theoretische Kategorie der Verlaufskurven (ebd.). Das Konzept der Verlaufskurven (trajectory) hebt Schütze (2016) für die Biografieforschung und Strauss für die Grounded Theory (Legewie & Schervier-Legewie, 2004) hervor.

Im Forschungsstil der Grounded Theory soll eine gegenstandsangemessene Theorie entwickelt werden, die ein sozial-konstruiertes Phänomen sowie dessen Bedingungen und thematischen Beziehungen erklärt (Boehm, 1994; Glaser & Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1996). Ergo ist die Grounded Theory für Gegenstandsbereiche geeignet, um deren Prozesse zu verstehen und zu erklären und dadurch neue theoretische Überlegungen und Zusammenhänge von Bedingungen und Konsequenzen für das Phänomen zu verdeutlichen. Sie ist auch geeignet, wenn eine bestehende Theorie eines Gegenstandsbereichs potenziell relevante Themen für die im Forschungsprojekt

30 Auf die Kritik an der Annahme der Homologie von Erzählung und Erzähltem und an der unzureichenden Berücksichtigung heteronomer Bedingungen durch gesellschaftliche, kulturelle Systeme gehen u. a. Alheit (1985) und Nassehi (2019) ein.

ausgewählte Zielgruppe nicht beachtet (Boehm, 1994). Auf das epistemologische Modell des Pragmatismus bezogen, wird die kontinuierliche Verifikation der generierten Hypothesen und Theorie zunehmend als zentrales Element im Forschungsprozess der Grounded Theory fokussiert (Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 2016). Im Verständnis des Pragmatismus bildet eine Theorie die Realität ab. Da Realität als prozesshaft, sich im Wandel von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verändernde Wirklichkeit verstanden wird, muss eine wirklichkeitsbezogene Theorie ebenso als prozesshaft betrachtet werden (Strübing, 2021). Der Pragmatismus fokussiert in der Logik der Prozesshaftigkeit und Perspektivität auch die handlungspraktischen Konsequenzen eines Gegenstandsbereichs und deren Bedeutungen für die handelnden Subjekte (ebd.). Demnach ist eine Theorie der permanenten (Weiter-)Entwicklung unterworfen und nie ein festgesetztes Endprodukt (Glaser & Strauss, 1998; Strübing, 2021). Zusätzlich soll die entwickelte Theorie Voraussetzungen zu Bedingungen, Handlungen und Bedeutungen ermöglichen, die auf Personen in verschiedenen Situationen der sozialen Welt einwirken und deren Handeln bestimmen (Glaser & Strauss, 1998). Darauf basiert das Ziel der Grounded Theory, eine handlungs- und prozessorientierte Theorie zu entwickeln (Strauss & Corbin, 1996). Die Theorie wird abhängig von der Reichweite der Forschungsergebnisse entweder als materiale Theorie bezeichnet, wenn das Phänomen für einen spezifischen Forschungsbereich gilt, oder als formale Theorie benannt, wenn das Phänomen in verschiedenen situationalen Kontexten auftritt (Glaser & Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1996).

Bei der Datenanalyse können theoriebildende Konzepte auf die Generierung einer gegenstandsbezogenen Theorie (Corbin & Strauss, 2015; Glaser & Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1996) abzielen oder mit der Biografieanalyse eine individuelle oder kollektive, gegenstandsbezogene Verlaufskurve von Sinn- und Bedeutungsgehalten und Handlungs- und Lebensweltbezüge rekonstruieren (Marotzki, 1999; Schütze, 1983, 2016).

Mit der Untersuchung der spezifischen Personengruppe pädagogische Kräfte im konkreten Forschungsfeld Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) wird mit der vorliegenden Forschungsarbeit die Entwicklung einer materialen Theorie angestrebt. Dabei wird das biografische Phänomen der sozialen und subjektiven Konstruktion von Gesundheit mit verschiedenen Ebenen von Bedingungsmerkmalen und Konsequenzen verknüpft.

5.2 Der qualitative Forschungsprozess

Vom Forschungsdesiderat und dem damit verbundenen Erkenntnisinteresse (siehe Kapitel 4) ausgehend wurde ein qualitativ forschungsmethodisches Vorgehen für die vorliegende Forschungsarbeit gewählt. Das qualitative Vor-

gehen erwies sich als angemessen, um die Aufrechterhaltung und Herstellung von Gesundheit aus einer Subjektperspektive auszudifferenzieren und das Ziel „einer gegenstandsbezogenen Theorie“ (Strübing, 2021, S. 100) zur subjektiven und sozialen Konstruktion von Gesundheit im Lebensverlauf von pädagogischen Kräften zu erreichen. Den Fallbezug „prozessorientiert im Hinblick auf die *kommunikative und interaktive Konstruktion von Wirklichkeit* herauszuarbeiten“ (Kruse, 2015, S. 52, Herv. i. O.), ist die Stärke qualitativer, rekonstruktiver Forschung und der forschungsleitende Anspruch der vorliegenden Untersuchung.

Diese Forschungsarbeit folgt den Grundprinzipien der Grounded Theory, u. a. dem iterativen Forschungsprozess, theoretischen Sampling, ständigen Vergleich und Schreiben von Memos (Corbin & Strauss, 2015; Glaser & Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1996).

Der iterative Forschungsprozess war zum einen durch die Parallelität von Datengenerierung, Datenanalyse und Theorieentwicklung und zum anderen durch kontinuierlichen Wechsel im dreistufigen Kodierprozess der Datenanalyse gekennzeichnet (Glaser & Strauss, 1998). Dadurch werden die entwickelten Kategorien, deren Eigenschaften und Dimensionen kontinuierlich am Datenmaterial bestätigt, erweitert oder modifiziert (Strübing, 2021). Die systematisch-empirische Verifikation ist „eine Funktion des iterativ-zyklischen Prozesses der Theoriegenese“ (ebd., S. 89). Für die Dokumentation des iterativen Forschungsprozesses zeigen Kruse (2015) sowie Corbin und Strauss (2015) Verschriftlichungsvarianten auf, die von der „Linearisierung“ (Kruse, 2015, S. 628) der Dokumentation des Forschungsprozesses bis zur spiralförmigen Darstellung des Erkenntnisprozesses reichen. Breuer (2019) entwickelte aus einer Diskussion in der Mailingliste Qualitative Sozialforschung vier Varianten der Forschungskommunikation, wobei er die Selbstpositionierung der Forschenden explizit einbezieht. Alle Autor*innen ringen um das Verhältnis von intersubjektiver Nachvollziehbarkeit und Kommunikation des iterativen Forschungs- und Erkenntnisprozesses der Forschenden (Breuer, 2019; Corbin & Strauss, 2015; Kruse, 2015). Der Aufbau der vorliegenden Dokumentation orientiert sich an einer linearen Vorgehensweise (Corbin & Strauss, 2015), die nicht dem tatsächlich iterativen Forschungsprozess entspricht.

Das Schreiben von Memos und Erstellen von Abbildungen (Glaser & Strauss, 1998; Strübing, 2021) im Forschungstagebuch und mittels der QDA-Software MAXQDA³¹ zielte darauf ab, Verknüpfungen zwischen den verschiedenen Datenmaterialien der einzelnen Fälle und zwischen den Fällen zu erzielen, kontinuierlich die Wissensbestände der Forschenden zu dokumentieren und die Theorieentwicklung voranzutreiben (Mey & Mruck, 2011; Strauss & Corbin, 1996). Planungsmemos strukturierten den Forschungs-

31 MAXQDA, Software für qualitative Datenanalyse, 1989–2023, VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, Berlin, Deutschland. (<https://www.maxqda.com/de/>).

prozess und beinhalteten z. B. analysebasierte Kriterien zur nächsten Fallauswahl sowie methodische Überlegungen und Fragen für den exmanenten Nachfrageteil der nächsten Interviewdurchführung. In Theoriememos wurden inhaltliche, konzeptionelle Denkprozesse der Forschenden beispielsweise über Verknüpfungen von Handlungsstrategien zu sensibilisierenden Konzepten der subjektiven Gesundheitsvorstellungen und -theorien und theoretische Bezüge zu Sorgearbeit festgehalten. In Kodememos wurden u. a. Bezüge zu Literatur und konzeptionelle Begriffsbestimmungen einzelner Codes (z. B. Dimensionalisierung von Sorge, Eigenschaften von gesund sein und sich gesund fühlen) notiert. Im Analyseprozess wurden zunehmend Abbildungen entwickelt, um die Kategorien und das Phänomen darzustellen. Memos und Darstellungen ergaben sich auch aus den Datenanalysen und Ergebnisdiskussionen in Interpretationsgruppen. Dieses Vorgehen trug dazu bei, eine analytische Distanzierung vom Datenmaterial hin zum konzeptionellen Denken zu erreichen und gleichzeitig die empirische Verankerung der Konzepte zu prüfen (Corbin & Strauss, 2015; Strauss & Corbin, 1996).

Im Forschungsprozess wurde über verschiedene qualitätssichernde Techniken (siehe Kapitel 5.2.1–Kapitel 5.2.4) darauf geachtet, der Gegenstandsangemessenheit gerecht zu werden. Dieses Gütekriterium qualitativer Forschung bezieht sich auf einen kontinuierlichen Anpassungs- und Abstimmungsprozess zwischen Fragestellung, Phänomen im Untersuchungsfeld, Formen der Datenerhebung und -analyse usw. während des Forschungsprozesses, um den Gegenstandsbereich zu konstituieren (Strübing, 2021).

Zunächst wird auf die reflektierte Subjektivität (siehe Kapitel 5.2.1) eingegangen, um sensibilisierende Konzepte und Vorwissen der Forschenden offenzulegen. Dies führt zur Erläuterung des kriteriengeleiteten Samplings (siehe Kapitel 5.2.2), um das theoretische Sampling als zentrales Merkmal der Grounded Theory nachvollziehbar darzustellen. Die Beschreibung der Interviewdurchführung (siehe Kapitel 5.2.3) und der Datenanalyse (siehe Kapitel 5.2.4) erläutert die tatsächliche Umsetzung des literaturbasierten Vorgehens. Die Dokumentation des Forschungsprozesses soll die intersubjektive Nachvollziehbarkeit als Kernkriterium qualitativer Forschung gewährleisten. Nach Steinke (2012) dient das Gütekriterium u. a. zur Sicherung und Prüfung des methodischen Vorgehens und der daraus entstandenen Ergebnisse.

5.2.1 Reflektierte Subjektivität – Sensibilisierende Konzepte und Vorwissen der Forscherin

In Forschungsarbeiten mit qualitativen Methoden der Datenerhebung und -auswertung nimmt die Selbstreflexion der Forschenden eine entscheidende Rolle ein (Breuer et al., 2011; Kelle & Kluge, 2010). Die Betrachtung der „wissenschaftliche[n] Erkenntnistätigkeit als stilgeprägtes und personengebun-

denes Handeln“ (Breuer et al., 2011, S. 428) verdeutlicht die Subjektivität des Forschungsprozesses. Dieser Prozess wird zudem durch sensibilisierende Konzepte und theoriegeleitete, literaturgestützte Annahmen zu einem Gegenstandsbereich initiiert (Boehm, 1994; Strauss & Corbin, 1996). Demzufolge ist es notwendig, dass Forschende ihre „Vorannahmen, Erwartungen, Motive, Vorstellungen bzw. Werthaltungen und Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Untersuchungsgegenstand [...] explizieren und [...] reflektieren“ (Meyer et al., 2012, S. 513), um somit „für Ergebnisse zugänglich zu sein, die den eigenen Vorannahmen widersprechen“ (ebd., S. 513). Am Anfang des Forschungsprozesses ist es wichtig, sich die eigenen sensibilisierenden Konzepte und Vorannahmen über den Gegenstandsbereich zu verdeutlichen, da sie das inhaltliche und methodische Vorgehen prägen (Boehm, 1994). Insbesondere während der Datenerhebung und -analyse und Theorieentwicklung bedarf es einer kontinuierlichen (Selbst-)Reflexion, um die Entwicklung von neuen Erkenntnissen nicht durch vorheriges theoretisches Wissen und Alltagswissen einzuschränken bzw. zu verhindern (Breuer, 2019; Strübing, 2021) und um zugleich der Offenheit als Kennzeichen qualitativer Sozialforschung gerecht zu werden (Meinefeld, 2012).

Wissend und annehmend, dass implizites Vorwissen der Forschenden vorhanden ist und nicht ausgeblendet werden kann, wurde in der Forschungsarbeit stets beabsichtigt, die „Quellen theoretischer Sensibilität“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 25) zu explizieren.

Wissen aus themenspezifischer Fachliteratur kann z. B. das theoretische Sampling, die Entwicklung der Datenerhebungsmethoden oder die Datenanalyse beeinflussen (Strauss & Corbin, 1996). Die Forschende der vorliegenden Forschungsarbeit kannte Fachliteratur u. a. aus den Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitssoziologie über Modelle von Gesundheit und Krankheit sowie zu subjektiven Gesundheitstheorien und Gesundheitsressourcen. Auch Literatur und entsprechende Gesetze zum Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kindertageseinrichtungen und zur betrieblichen Gesundheitsförderung waren vertraut. Des Weiteren waren Studien zur subjektiven Gesundheitstheorie bekannt. Ebenso bestand Fachwissen aus Literatur zum Themenspektrum von Arbeit und Gesundheit, das z. B. Fragen für den exmanenten Nachfrageteil der fokussiert-narrativen Interviews (siehe Kapitel 5.2.3), Fragen zum semantischen Wissen in den episodischen Interviews (siehe Kapitel 5.2.3) oder das Schreiben von Theoriememos (siehe Kapitel 5.2) beeinflusste. Zugleich ist der Forschenden bewusst, dass keine vollständige Explikation des theoretischen Vorwissens möglich ist (Kelle & Kluge, 2010).

Strauss und Corbin (1996) nennen berufliche Erfahrungen als weitere Wissensquelle, die zur Sensibilisierung für das Forschungsfeld beiträgt. Erfahrungswissen erhöht das Verständnis für soziale Interaktionen, Situationen und Bedingungen, die das Forschungsfeld kennzeichnen können, und kann

zugleich die Offenheit im Forschungsprozess einschränken (ebd.). Als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt „AGnEEs“³² zum Arbeits- und Gesundheitsschutz pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) erweiterte die Forschende ihren Wissens- und Erfahrungsstand vor allem über gesundheitsfördernde und -hemmende Faktoren auf Verhaltens- und Verhältnisebene, über Arbeitsbedingungen und spezifische Arbeitsabläufe und -situationen. Die empirischen Feldkontakte erhöhten das „Verständnis dafür, wie und warum die Dinge in diesem Feld vor sich gehen und was unter bestimmten Bedingungen passieren wird“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 26). In „AGnEEs“ wurde deutlich, dass prägende Lebensereignisse und biografische Erfahrungen und Wandlungsprozesse, die das subjektive Gesundheitsverständnis und Gesundheitshandeln prägten, nicht beachtet wurden. Dies stellte eine forschungsmethodische Limitation des Forschungsprojektes dar. Von dieser Erkenntnis ausgehend, entstand das Forschungsinteresse für Gesundheitsbiografien und die darin verankerte subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit.

Hinzu kam Fach- und Erfahrungswissen aus empirischen Vorarbeiten durch (inter)disziplinäre Projektstudien im Masterstudiengang Ergotherapie/Logopädie/Physiotherapie an der Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst (HAWK) Hildesheim/Holzminde/Göttingen. In qualitativen Forschungsdesigns wurde zum Umgang mit Stimme und Betätigung von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) (Barthel et al., 2014) sowie zum Umgang mit stimmlichen Anforderungen pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder 3–6 Jahre) (Barthel, 2014) empirisch gearbeitet. Weiteres theoretisches und empirisches Wissen entwickelte sich durch ein quantitatives Studienprojekt bei der Erstellung eines Fragebogens zur Gesundheit von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder 3–6 Jahre).

Aus der beruflichen Tätigkeit als Logopädin prägten klinisch-praktische Erfahrungen und die Auseinandersetzungen mit Gesundheit und Krankheit von Erwachsenen das erfahrungsbasierte Wissen. Aufgrund der logopädischen Schwerpunktsetzung im Bereich der Stimmtherapie bestand prominent

32 Im Forschungsprojekt „Arbeits- und Gesundheitsschutz pädagogischer Fachkräfte in niedersächsischen Kindertageseinrichtungen (Kinder 0-3 Jahre) – Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines präventiven Konzeptes“ (AGnEEs) (2016–2019) wurden arbeitsbedingte und personbezogene, gesundheitshemmende und -förderliche Einflussfaktoren von pädagogischen Kräften in niedersächsischen Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) unterschiedlicher Trägerschaften erfasst und beschrieben. Dafür wurden qualitative und quantitative Forschungsmethoden der Datenerhebung und -auswertung verwendet und die pädagogischen Kräfte, Einrichtungsleitungen und Vertreter*innen der Trägerschaft zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlich stark in den Forschungsprozess involviert. In einem partizipativen Vorgehen wurde ein Präventionskonzept entwickelt, implementiert und evaluiert, das mit dem jeweiligen pädagogischen Konzept abgestimmt ist. Das Forschungsprojekt war an der HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen angesiedelt.

die therapeutische Versorgung von Patient*innen, die als Berufssprecher*innen bezeichnet werden (z. B. Pastor*innen, Lehrer*innen, Erzieher*innen) (Koufman & Isaacson, 1991; Vilkman, 2000). In der logopädischen Stimmtherapie wurde die Anamnese und Diagnostik, Therapie und Beratung zur vorliegenden Stimmstörung der Patient*innen durchgeführt und zu gesundheitsbezogenen Bedingungen auf Verhaltens- und Verhältnisebene am Arbeitsplatz beraten. Dieses fachspezifische Theorie- und Erfahrungswissen floss in die thematische Auseinandersetzung mit subjektiven und sozialen Herstellungs- und Aufrechterhaltungsprozessen von Gesundheit ein.

Persönliche Erfahrungen sind weitere Wissensquellen für die theoretische Sensibilität von Forschenden (Strauss & Corbin, 1996). Das persönliche Interesse zur Auseinandersetzung mit subjektiver Gesunderhaltung im biografischen Verlauf entwickelte sich aus der theoretischen, empirischen und klinisch-praktischen Konfrontation mit subjektiven Gesundheitsverständnissen und deren Bedeutung für die (betriebliche) Gesundheitsförderung und Prävention. Dies stellte einen Gegenpol zur beruflichen und sozialen Sozialisation eine stark pathogen-fokussierten Betrachtung von Menschen mit Gesundheitseinschränkungen und -beschwerden dar.

Qualitätssichernde Techniken der Grounded Theorie sollten bestehende Vorannahmen und sensibilisierende Konzepte durchbrechen, um „zu neuen theoretischen Formulierungen“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 56) des zu untersuchenden Phänomens zu gelangen. Diese Techniken sind z. B. das Stellen von Fragen, ständiges Vergleichen, Dimensionalisieren und Analysieren von Eigenschaften (ebd.). Sie wurden im Forschungsprozess der vorliegenden Untersuchung kontinuierlich eingesetzt (siehe Kapitel 5).

Des Weiteren wurden „*Verfahrensvorschläge*, die [...] zur Bahnung, Förderung und Dokumentation von forschungsbezogener Selbstreflexion“ (Breuer et al., 2011, S. 438, Herv. i. O.) vorgeschlagen werden, eingesetzt, um die Selbstreflexivität zu erhöhen. Ein Forschungstagebuch (ebd.) wurde verwendet, um von ersten Ideen zum Gegenstandsbereich ausgehend die fortwährende Entwicklung der Fragestellung und die Präzisierung des Gegenstandsbereichs zur Gesunderhaltung im Lebensverlauf zu dokumentieren. Auch konzeptionelle Überlegungen zur Verknüpfung der analytischen Kategorien zum einen mit dem weiteren Sampling von Interviewpersonen und zum anderen mit der Theoriegenerierung wurden notiert. Dabei floss neues Wissen aus Fachliteratur, Forschungswerkstätten und Methodenworkshops ein. Das schriftliche Explizieren ermöglichte, den Erkenntnisprozess während der Datenerhebung, -auswertung und Theoriegenerierung zu verschriftlichen und retrospektiv zu reflektieren. Des Weiteren wird die Arbeit in „Forschungsgruppen“ (Breuer et al., 2011, S. 441) angeraten, um kontinuierlich mit verschiedenen Professions- und Forschungsperspektiven die Datenanalyse, die Rekonstruktion des Phänomens im Untersuchungsfeld und die Theoriegenerierung mit nicht in der Forschungsarbeit involvierten Personen voranzutrei-

ben (Strübing, 2021). Die Forschende nahm während des gesamten Forschungsprozesses an professionsheterogenen und -homogenen Forschungsgruppen der qualitativen Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsforschung teil (siehe Kapitel 5.2.4).

5.2.2 Die interviewten Personen und deren Arbeitskontexte

Um dem Erkenntnisinteresse und den Forschungsfragen der vorliegenden Untersuchung (siehe Kapitel 4) nachzukommen, wurden Kriterien zu „einer *bewussten* (d. h. nicht zufälligen!), *kriteriengesteuerten Fallauswahl* und *Fallkontrastierung* eingesetzt [...], bei denen sichergestellt wird, dass für die Fragestellung relevante Fälle berücksichtigt werden“ (Kelle & Kluge, 2010, S. 43, Herv. i. O.). Die schrittweise Fallauswahl (Flick, 2011) orientierte sich am Vorgehen zum theoretischen Sampling und basierte auf theoretischen Vorüberlegungen, um die „theoretische Relevanz“ (Kelle & Kluge, 2010, S. 40) für jede ausgewählte Person zu erreichen und damit das zentrale Merkmal des qualitativen Samplings einzuhalten (ebd.). Das dieser Untersuchung zugrunde liegende Fallverständnis bezieht sich auf Einzelpersonen (Corbin & Strauss, 2015; Creswell, 2013).

Die vier Interviewpartnerinnen (siehe Tabelle 4) nahmen im Forschungsprojekt „AGnEEs“ teil, in dem 52 pädagogische Kräfte aus elf niedersächsischen Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) fünf verschiedener Trägerschaften involviert waren. Die Auswahl der Trägerschaften erfolgte nach der Region in Niedersachsen, der Form der Trägerschaft und der Anzahl an Kindertageseinrichtungen pro Trägerschaft. Die Vertreter*innen der Trägerschaft stimmten mit den Einrichtungsleitungen und pädagogischen Kräften aus Gruppen mit Kindern unter 3 Jahren ab, welche Gruppenteams aus welchen Einrichtungen am Forschungsprojekt teilnahmen. In diesen Entscheidungsprozess war das Forschungsteam nicht involviert. Alle in „AGnEEs“ involvierten pädagogischen Kräfte unterschrieben eine informierende Einverständniserklärung und mit ihnen wurde u. a. ein episodisches Interview (siehe Kapitel 5.2.3) geführt.

Pädagogische Kräfte, die sich im episodischen Interview als gesund bezeichneten, wurden als potenzielle Interviewpersonen für die fokussiert-narrativen Interviews (siehe Kapitel 5.2.3) ausgewählt. Dieses Auswahlkriterium wurde a priori aufgrund des theoretischen Wissens zum subjektiven Gesundheitsverständnis (siehe Kapitel 2) als „sensibilisierende Konzepte“ (Strübing, 2021, S. 31) festgelegt, um ein theoriegeleitetes, thematisch-relevantes Merkmal für alle Teilnehmenden zu haben.

Tabelle 4: Interviewpersonen: pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) (eigene Darstellung; Angaben beim fokussiert-narrativen Interview)

<p>Anna Gelbel (24 Jahre, weiblich)</p>	<p>Petra Winter (59 Jahre, weiblich)</p>	<p>Ruth Kern (56 Jahre, weiblich)</p>	<p>Sonia Frey (47 Jahre, weiblich)</p>
<p>Kleines Dorf, ländliche Region Herkunftsregion der Großeltern und Eltern berufstätige Eltern (Mutter: Friseurin, Vater: ?) Ersgeborene von 2 Kindern aktive Teilnahme in regionalen Vereinen</p>	<p>Kleines Dorf, ländliche Region Herkunftsregion der Großeltern und Eltern jüngste Tochter von 3 Kindern, Zwillingsschwester berufstätiger Vater: Dreher Mutter: Ausbildung zur Haushaltshilfe starkes ehrenamtliches Engagement des Vaters</p>	<p>Großstadt Herkunftsregion der Eltern und Großeltern älteste Tochter von 2 Kindern berufstätige Eltern (Mutter: Stenotypsim, Reinigungskraft; Vater: Bürokaufmann)</p>	<p>Kleines Dorf, ländliche Region Großeltern leben in 2 verschiedenen zentral-europäischen Ländern berufstätige Eltern (Mutter: Wirtlerin/Prüferin; Vater: Vorarbeiter)</p>
<p>in Partnerschaft (seit 9 Jahren) Partner im Studium (Pflgewissenschaften) wohnhalt in einer Mietwohnung in einer kleinen Großstadt</p>	<p>verheiratet, 1 erwachsene Tochter Ehemann im Ruhestand wohnhalt im Eigenheim</p>	<p>verheiratet, 2 erwachsene Kinder, 1 Einzelkind berufstätiger Ehemann wohnhalt im Eigenheim, pflegebedürftige Mutter im Haus</p>	<p>verheiratet, 2 Kinder (erwachsene Tochter, jugendlicher Sohn) berufstätiger Ehemann wohnhalt im Eigenheim</p>
<p>Realschulabschluss Ausbildung zur staatlich geprüften Sozialassistentin Ausbildung zur staatlich anerkannten Erzieherin 2-jährige Erwerbstätigkeit in einer Kindertageseinrichtung in freier Trägerschaft (Schwerpunkt: Bewegung) aktuell: berufsbegleitendes Studium der Sozialen Arbeit</p>	<p>Hauptschulabschluss Ausbildung zur Kinderpflegerin und parallel Realschulabschluss verschiedene Erwerbstätigkeiten (Bäckerei, Blumenladen, Müngeschäft) im Wechsel mit Betreuungszzeiten der Tochter</p>	<p>Realschulabschluss Ausbildung zur Bürohilfin (2 Jahre) Ausbildung zur staatlich anerkannten Erzieherin 1-jährige Berufstätigkeit in einem katholischen Kinderheim 5-jährige familiäre Betreuung der Kinder</p>	<p>Realschulabschluss Ausbildung zur staatlich anerkannten Erzieherin 13-jährige Erwerbstätigkeit in einer Kindertageseinrichtung (öffentliche Trägerschaft, kleine Großstadt) Arbeitsplatzwechsel und Teilzeit aufgrund familiärer Care-Arbeit</p>
<p>integrative Kindertageseinrichtung in einem interkulturellen Stadtteil einer kleinen Großstadt öffentliche Trägerschaft 1 Gruppe à 15 Kinder (Kinder 1-3 Jahre) 1 Gruppe à 25 Kinder (Kinder 3-6 Jahre) Arbeitszeit: Teilzeit (30h) Berufserfahrung (im Bereich „Kinder unter 3 Jahren“): 4 Jahre (4 Jahre)</p>	<p>evangelische Kindertageseinrichtung in einem Dorf freie Trägerschaft 1 Gruppe à 15 Kinder (Kinder 1-3 Jahre) 1 Gruppe à 25 Kinder (Kinder 3-6 Jahre) Arbeitszeit: Vollzeit (39 Stunden) Berufserfahrung (im Bereich „Kinder unter 3 Jahren“): 22 Jahre (6 Jahre)</p>	<p>evangelische Kindertageseinrichtung in einem Dorf freie Trägerschaft 1 Gruppe à 15 Kinder (Kinder 1-3 Jahre) 1 Gruppe à 25 Kinder (Kinder 3-6 Jahre) Arbeitszeit: Teilzeit (38,5 Stunden) Berufserfahrung (im Bereich „Kinder unter 3 Jahren“): 36 Jahre (6 Jahre)</p>	<p>Kindertageseinrichtung in einem interkulturellen Stadtteil einer kleinen Großstadt öffentliche Trägerschaft 1 Gruppe à 15 Kinder (Kinder 1-3 Jahre) 1 Gruppe à 25 Kinder (Kinder 3-6 Jahre) Arbeitszeit: Vollzeit (39 Stunden) Berufserfahrung (im Bereich „Kinder unter 3 Jahren“): 24 Jahre (11 Jahre) institutionelle Veränderung zum Familienzentrum</p>

Nach mündlicher Anfrage und informierender Einverständniserklärung sagte Anna Geibel (siehe Tabelle 4) als erste pädagogische Fachkraft ihre Teilnahme zu. Nach ihrem Ausbildungsabschluss arbeitete sie als staatlich anerkannte Erzieherin mit Kindern unter 3 Jahren zunächst in einer Kindertageseinrichtung einer freien Trägerschaft (2 Jahre), bevor sie zu einer öffentlichen Trägerschaft wechselte. Zum Interviewzeitpunkt (August 2018) arbeitete sie als junge Beschäftigte (24 Jahre) mit geringer Berufserfahrung (4 Jahre) in einer kleineren Großstadt. Durch die Analyse des fokussiert-narrativen Interviews wurde deutlich, dass sie sich weiterhin als gesund bezeichnete und keine physischen und psychischen Erkrankungen bestanden. Der soziale Umgang mit krankheitsbedingtem Abwesenheits- und Verlusterfahrungen in ihrer Kindheit und Jugend prägte ihr Gesundheitsverständnis – Gesundheit muss eigenverantwortlich geschützt und sich von Krankheit ferngehalten werden – erheblich. Aufgrund dessen nutzte sie insbesondere präventive gesundheitsbezogene Handlungsstrategien. Sie lebte und wohnte mit ihrem langjährigen Freund ohne Kinder in der Stadt, in der sie auch arbeitete. Im April 2018 hatte sie ein berufsbegleitendes Studium der Sozialen Arbeit begonnen und arbeitete seitdem in Teilzeit. Im Sinne des theoretischen Samplings ergeben sich aus dem wechselseitigen und systematischen Vorgehen von Datenerhebung und -analyse thematische Relevanzen, welche Daten als nächstes unter einem konzeptionell relevanten Fokus zum jeweiligen Stand der Theorieentwicklung erhoben werden müssen (Glaser & Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1996).

Für die Auswahl des nächsten Falls wurden soziodemografische Daten (z. B. Alter, Ausbildung) und arbeitsplatzspezifische Daten (z. B. Trägerschaft, Region) zur maximalen Fallkontrastierung gewählt. Diese Kriterien wurden anhand der soziodemografischen Daten aus der Fragebogenerhebung des Forschungsprojekts „AGnEEs“ ausgewählt. Sie wurden als personspezifische und soziokulturelle Faktoren gewählt, die soziale Interaktionen zur Aufrechterhaltung und Herstellung von Gesundheit beeinflussen können (siehe Kapitel 2). Nach Glaser und Strauss (1998) steckt das Vorgehen der Maximierung von Fällen „den größtmöglichen Geltungsbereich [d]er Theorie ab“ (ebd., S. 64), um u. a. Charakteristika, Varianten, Bedingungen, Konsequenzen, Strategien und Prozessen zu forschen (ebd.). Nach gezielter mündlicher Anfrage und schriftlicher informierender Einverständniserklärung sagte Petra Winter (59 Jahre) (siehe Tabelle 4) für das fokussiert-narrative Interview zu. Als Kinderpflegerin arbeitete sie als pädagogische Assistentkraft seit ihrem 40. Lebensjahr in einer Kindertageseinrichtung kirchlicher Trägerschaft, wobei sie seit 6 Jahren in der Gruppe für Kinder unter 3 Jahren tätig war. Die Einrichtung befand sich in einem Dorf, in dem Petra Winter seit ihrer Geburt lebte und seit vielen Jahren mit ihrem Ehemann im Eigenheim wohnte. Ihre erwachsene Tochter war seit Längerem ausgezogen. Während der Analyse des fokussiert-narrativen Interviews zeigte sich, dass sie

ausschließlich reaktive gesundheitsbezogene Handlungsstrategien nutzt, um ihre physische Leistungsfähigkeit herzustellen und sich psychisch zu entlasten. Sie bezeichnete sich zum Interviewzeitpunkt (November 2019) als gesund, da sie akute und chronische physische Gesundheitseinschränkungen mit gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien handhaben kann. Ihr Gesundheitsverständnis umfasst, dass Gesundheit aufgebaut werden kann und keine ständige Aufrechterhaltung notwendig ist.

Aus dem maximalen Kontrast von soziodemografischen und arbeitsplatzspezifischen Daten und dem sich während der Datenanalyse ergebenden Kontrast von präventiven und reaktiven gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien und subjektivem Gesundheitsverständnis wurden für die nächste Fallauswahl Kriterien der minimalen Kontrastierung zu Petra Winter gewählt. Den sensibilisierenden Konzepten zum subjektiven Gesundheitsverständnis und zu subjektiven Gesundheitstheorien folgend, wurde davon ausgegangen, dass minimale Unterschiede der soziodemografischen Daten (z. B. Alter, Berufserfahrung mit Kindern unter 3 Jahren) und Arbeitsplatz spezifischen Daten (z. B. Trägerschaft, Region) dazu führen können, „ähnliche Daten zu einem bestimmten Thema oder einer bestimmten Kategorie zu finden und dadurch deren theoretische Relevanz zu bestätigen“ (Kelle & Kluge, 2010, S. 48). Ruth Kern (56 Jahre) (siehe Tabelle 4), Arbeitskollegin von Petra Winter, wurde mündlich angefragt und schriftlich über die empirische Untersuchung informiert. Zum Interviewzeitpunkt (November 2019) arbeitete sie seit 24 Jahren als staatlich anerkannte Erzieherin in derselben Kindertageseinrichtung, wobei sie erst seit 6 Jahren in der Gruppe mit Kindern unter 3 Jahren tätig war. Sie wurde in der nahegelegenen Großstadt geboren und lebt dort seither. Mit ihrem Ehemann und ihrer pflegebedürftigen Mutter wohnte sie in einem Eigenheim, wobei ihre beiden erwachsenen Kinder ausgezogen waren. Die Datenanalyse verdeutlichte, dass weitere minimale Unterschiede (z. B. erwachsene Kinder, in der Geburtsregion lebend), aber auch maximale Unterschiede (z. B. Spiritualität, gesellschaftliche Teilhabe, Berufsausbildung) zu Petra Winter bestehen. Ihr Gesundheitsverständnis, dass Gesundheit ein ständiges Ausbalancieren der Sorge um Menschen im sozialen Umfeld und um sich selbst ist, führt zu gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien, die soziales Wohlbefinden stärken.

Zur weiteren Fallauswahl wurden das theoriegeleitete Kriterium „Altersverteilung pädagogischer Kräfte in niedersächsischen Kindertageseinrichtungen“ (siehe Kapitel 3.1) und das maximal kontrastive Kriterium „pädagogische Kraft mit zuhause wohnenden Kindern“ aufgestellt. Diese Kriterien wurden gewählt, um „abweichende Ausprägungen des Phänomens aufzuweisen [...] [und] Variationen bereits erarbeiteter ebenso wie bislang noch unbekante[r] Konzepte“ (Strübing, 2021, S. 33) (weiter) zu entwickeln und dabei gegebenenfalls andere Kontextbedingungen als beeinflussende Faktoren für die Aufrechterhaltung bzw. Herstellung von Gesundheit zu rekonstruieren.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen seit März 2020 konnte die nächste Fallauswahl erst im Frühjahr 2021 beginnen. Die hohe Aufgabendichte, Urlaubs- und Krankheitszeiten sowie die Vorgaben während der COVID-19-Pandemie führten zusätzlich zu den beiden aufgestellten Kriterien dazu, dass einzig Sonja Frey (47 Jahre) (siehe Tabelle 4) nach schriftlicher Anfrage und mündlicher Rücksprache für das fokussiert-narrative Interview zusagte. Zum Interviewzeitpunkt (Januar 2022) lebte sie mit ihrer Familie in ländlicher Region, in der sie auch aufgewachsen ist. Nach ihrer Ausbildung zur staatlich anerkannten Erzieherin arbeitete sie in zwei verschiedenen Kindertageseinrichtungen einer öffentlichen Trägerschaft in einer kleineren Großstadt und war seit 11 Jahren in einer Gruppe für Kinder unter 3 Jahren tätig.

Die bewusste Fallauswahl im iterativen Forschungsprozess diente dazu, eine theoriegeleitete Datengenerierung zu ermöglichen und die Heterogenität pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) zu berücksichtigen (Kruse, 2015).

Alle Interviewpersonen arbeiteten in Kindertageseinrichtungen, die keine weitere Gruppe für Kinder unter 3 Jahren hatten, aber eine Gruppe für Kinder zwischen 3–6 Jahre. In zwei Einrichtungen gab es eine nachmittags bestehende Hortgruppe für Schulkinder (Anna Geibel, Sonja Frey). In den jeweiligen Gruppen der interviewten pädagogischen Kräfte arbeiteten zwei pädagogische Fachkräfte und eine pädagogische Assistentkraft, wobei zusätzlich nur bei Anna Geibel noch eine Person im Freiwilligen Sozialen Jahr (FSJ) tätig war. In allen Kindertageseinrichtungen gab es eine einrichtungsinterne Springkraft³³, auf die die Interviewten bei Personalmangel zurückgreifen konnten. In keiner Kindertageseinrichtung bestand ein über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehendes Konzept zum Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Die interviewten pädagogischen Kräfte erfüllten Bildungs-, Erziehungs-, Betreuungs- und Verwaltungsaufgaben und nutzten Fort- und Weiterbildungen zur beruflichen Qualifikation. Die Fortbildungen bezogen sich vor allem auf pädagogisches und sozial-emotionales Arbeiten mit Kindern unter 3 Jahren. Ebenso hatten die Interviewten an Fortbildungen z. B. zur Raumgestaltung in Gruppen und zu Mahlzeiten mit Kindern unter 3 Jahren teilgenommen. Einzig Ruth Kern hatte eine Fortbildung zur Sicherheitsbeauftragten belegt und Petra Winter eine Fortbildung zur Arbeit mit den Familien der Kinder absolviert.

33 Als Springkräfte werden pädagogische Kräfte bezeichnet, die gruppenübergreifend, flexibel (und spontan) Vertretungen (z. B. bei Personalmangel durch Krankheit, Urlaub) übernehmen (Viernickel & Voss, 2013).

5.2.3 Datenerhebung: episodisches Interview und fokussiert-narratives Interviews

In der rekonstruktiven Sozialforschung gilt es, für die Durchführung qualitativer Interviewstudien eine gegenstandsangemessene Datenerhebungsform auszuwählen, um Offenheit und Kommunikation als Kriterien qualitativer Interviews zu erfüllen (Hopf, 2012; Kruse, 2015). Die nachfolgende Beschreibung der tatsächlichen Durchführung soll die literaturbasierte und gegenstandsadaptierte Datenerhebung zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit darstellen (Corbin & Strauss, 2015; Kruse, 2015).

In diesem Kapitel werden die Interviewformen beschrieben, mit denen die „perspektivengebundene“ (Strübing, 2021, S. 90), subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit im Lebensverlauf und im Arbeitskontext pädagogischer Kräften erhoben wurde.

Episodisches Interview

Nach dem Soziologen und Psychologen Uwe Flick (2011) richtet sich das episodische Interview darauf, zum einen episodisches Wissen als erfahrungsnahes und konkret auf Situationen bezogenes Wissen zu erheben und zum anderen semantisches Wissen als abstrahiertes Wissen von Begriffen und deren Zusammenhänge zu erfassen. Dies basiert auf der Annahme, dass Erlebnisse durch diese Wissensformen erinnert werden, wodurch ein Gegenstandsbereich über die Kombination beider Wissensformen erfasst werden kann (ebd.). Im Forschungsprojekt „AGnEEs“ erfassten episodische Interviews arbeitsbedingte und personbezogene Anforderungen und Ressourcen als Faktoren, die in der subjektiven Konstruktion der pädagogischen Kräfte einen gesundheitshemmenden und/oder -förderlichen Einfluss in spezifischen Arbeitssituationen haben.

Einerseits zielt die Interviewform darauf, situatives Erfahrungswissen in kontextbezogenen Erzählungen zu erheben, wobei die Auswahl der Situationen aufgrund der subjektiven Relevanzsetzung erfolgt (Flick, 2003, 2011). In „AGnEEs“ wurden die Interviewten gebeten, anhand des Tagesablaufs Arbeitssituationen zu erzählen, dabei auf Arbeitsaufgaben und -bedingungen einzugehen, die situative Struktur und soziale Interaktionen sowie das eigene, gesundheitsbezogene Erleben jeder Situation zu erzählen. Der Interviewleitfaden enthielt den Erzählstimulus und erzählgenerierende Fragen bzw. Anforderungen. Vom Erzählstimulus – „Erzählen Sie mir bitte einen typischen Tagesablauf in der Krippe. Erzählen Sie mir bitte zuerst, wie der Arbeitstag für Sie beginnt.“ – ausgehend erzählten die Interviewten ihre erste Arbeitssituation (z. B. Ankommen in der Einrichtung, Herrichten des Gruppenraums). Erzählstimulierende Aufrechterhaltungsfragen dienten dazu, u. a. die situati-

ve Konkretheit gesundheitsbezogener Anforderungen, Belastungen bzw. Ressourcen zu erhöhen, eine konträre Situation zu erzählen und das Erzählen weiterer Arbeitssituationen zu generieren. Im Vorfeld des Interviews gab es keine Begriffsabstimmung mit den pädagogischen Kräften, was unter einer Situation zu verstehen ist. In den Erzählungen von Alltags- und Erfahrungswissen wird die „subjektive Konstruktion von Wirklichkeit“ (Flick, 2011, S. 245) deutlich und soziale Repräsentationen werden zugänglich (ebd.). Andererseits wird semantisches Wissen der Interviewten mit Fragen nach abstrakten Zusammenhängen, der subjektiven Definition von Begriffen usw. erhoben. Dadurch sollen Erklärungen und Argumentationen evoziert werden, die sich nicht auf einen spezifischen, situativen Kontext beziehen (Flick, 2003, 2011). In den episodischen Interviews mit den pädagogischen Kräften wurden subjektive Definitionen von theoriegeleiteten Begriffen (z. B. Gesundheit, Belastung, Stress) und von zentralen Begriffen der Interviewten (z. B. ausgeglichen sein, wohlfühlen) erfragt. Abstrakte Erklärungen bezogen sich u. a. auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren).

Die Interviews mit den pädagogischen Kräften wurden während ihrer Arbeitszeit in einem separaten Raum (z. B. Besprechungs-, Therapieraum) der jeweiligen Kindertageseinrichtung durchgeführt. Im Zeitraum 06/2017–11/2017 wurden die pädagogischen Kräfte interviewt. Die Interviews wurden von einer Interviewleiterin und einer Co-Interviewerin durchgeführt, die wissenschaftliche Mitarbeiterinnen in „AGnEEs“ waren. Während der Interviewdurchführung notierte die Co-Interviewerin die beschriebenen Arbeitssituationen mit den kennzeichnenden Bedingungen, sozialen Interaktionen und dem subjektiven Erleben im „Occupational and Voice Performance Measurement“³⁴ (OVPM). Am Ende des Interviews bewertete jede Interviewperson im OVPM die Wichtigkeit der Betätigung und Stimme in der jeweiligen Situation, hierarchisierte Arbeitssituationen nach ihrem Belastungserleben und bewertete abschließend die Betätigungs- und Stimmperformanz und die damit verbundene Zufriedenheit für die hierarchisierten Situationen.³⁵

34 Das Canadian Occupational Performance Measure ist ein validiertes Verfahren der Ergotherapie, um die Betätigungsperformanz von Klient*innen zu erfassen. Das Vorgehen erfolgt als episodisches Interview und bezieht sich auf die Bereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Die Klient*innen beurteilen die Wichtigkeit der Betätigungen, hierarchisieren belastende bzw. eingeschränkte Betätigungsperformanzen und bewerten deren Betätigungsperformanz und die damit verbundene subjektive Zufriedenheit. Davon ausgehend werden Ziele für die ergotherapeutische Behandlung vereinbart (Law et al., 2009). In Anlehnung an das Verfahren wurde eine adaptierte, deutsche Version im Forschungsprojekt „AGnEEs“ eingesetzt.

35 Nach der Datenerhebung und -auswertung wurden die priorisierten Arbeitssituationen an die pädagogischen Kräfte jeder Gruppe und den Einrichtungsleiter*innen zurückgemeldet und ein Termin für Videoaufnahmen ausgewählter Arbeitssituationen vereinbart.

Fokussiert-narratives Interview

Das vom Soziologen Fritz Schütze (1987) entwickelte narrative Interview ist eine mittlerweile in vielen Wissenschaften etablierte Methode der Datenerhebung. Das Interview ist „eine Interviewstrategie, die zum Ziel hat, das *Kommunikationsmuster der Narration* zu evozieren“ (Kruse, 2015, S. 152f., Herv. i. O.) und prozessorientierte Fragestellungen zu beantworten (Schütze, 1987). Narrationen selbsterlebter Erfahrungen bieten nach Schütze (1987) die Möglichkeit, zeitlich ausgedehnte und vergangene soziale Prozesse aus der Perspektive der erfahrungs- und handlungstragenden Person in Bezug zur subjektiven Alltags- und Lebenswelt und innerlich-subjektive Veränderungen in sozialen Lebenswelten zu erfassen.

Durch das narrative Interview³⁶ sollen zum einen Erzählungen lebensgeschichtlicher Prozesse und deren Deutungsmuster erhoben werden, in denen das Subjekt „handelnd und erleidend selbst verwickelt war“ (Schütze, 1987, S. 49), und zum anderen argumentative und erklärende Darstellungen eigentheoretischer Logiken evoziert werden (ebd.). Schütze (1982) ging davon aus, dass das Erzählen von kommunikationsstrukturellen Elementen der Gestaltschließung und des Kondensierungs- und Detaillierungszwang geprägt ist, die ein Erzählen des Erlebten und dessen Handlungsorientierungen in der jeweiligen zeitlichen und sozialen Lebenssituation gewährleisten.

In der Versprachlichung sozialer Interaktionen und lebensgeschichtlicher Ereignisse werden subjektives Handeln, dessen subjektiver Sinn und damit verbundene Motive deutlich. Durch die Verknüpfung mit „Zeit-, Ort- und Motivationsbezügen, [...] Orientierungskategorien, [...] Aktivitäts- und Reaktionsbedingungen, [...] Planungsstrategien, [...] Standpunkt- bzw. Basispositionen“ (Schütze, 1987, S. 14) entstehen prozessuale Erzählungen, die subjektives und soziales Handeln aus der gedeuteten Perspektive der Interviewperson aufzeigen (ebd.). Aufgrund der theoriegeleiteten Fokussierung auf gesundheitsbezogene Handlungsstrategien und subjektives Gesundheitsverständnis wurde im fokussiert-narrative Interview der Schwerpunkt auf Gesundheit und deren subjektiven Deutungen in der Lebensgeschichte gelegt. Die Ziele des narrativen Interviews werden durch eine strukturelle Dreiteiligkeit im Interviewaufbau verfolgt.

Das Interview beginnt mit einer erzählgenerierenden Aufforderung bzw. Frage, mit der eine „autobiographische, interaktions- bzw. beziehungshistorische oder (kollektiv-)historische“ (Schütze, 1987, S. 49) Stegreiferzählung hervorgebracht werden soll. Die retrospektive Erzählung produziert lebensgeschichtliche Ereignisse und Erfahrungen, in denen die interviewte Person

36 Kruse (2015) geht auf die (Weiter-)Entwicklungen und insbesondere kritische Differenzierung von narrativen Interviews, biografischen Interviews und Interviews mit narrativen Anteilen ein. In der vorliegenden Arbeit wird sich auf das Verständnis und Vorgehen nach Schütze (1983, 1987) bezogen.

als handelnde*r Akteur*in involviert war. Dabei erfolgt eine autonome Relevanzsetzung der sozialen Prozesse, aufgeschichteter und verknüpfter Lebensereignisse, innerlicher Veränderungen usw. und deren Deutungsmuster in einer zeitlich-verkürzenden Erzählung (Schütze, 1983, 1987). Die offene Aufforderung der fokussiert-narrativen Interviews richtete sich auf die autobiografische Erzählung: „Erzählen Sie mir bitte Ihre Lebensgeschichte. Sie können dabei anfangen, wo Sie möchten.“

Für dieses Interview wurde ein soziodemografischer Kurzfragebogen erstellt, den die Interviewpersonen vor dem Interview ausfüllten. In der Intervieweinführung wurde das Vorgehen des Interviews (z. B. Rolle der Interviewperson, Interviewerverhalten) erklärt und der inhaltliche Fokus auf Gesundheit in der persönlichen Lebensgeschichte hervorgehoben. Dies erfolgte mit der Annahme, „thematisch begrenzt“ (Schütze, 1982, S. 574) zum einen eine „wohlabgegrenzte [...] Geschichtsgestalt“ (Schütze, 1987, S. 49) zum Gegenstandsbereich der Untersuchung als Aspekt der Lebensgeschichte anzuregen (Schütze, 1983) und zum anderen das ungewohnte, abstrakte Erzählen der Lebensgeschichte (Kruse, 2015) zu erleichtern. Eine weitere Annahme war, dass über Gesundheit respektive gesund sein bzw. sich gesund fühlen gesprochen werden kann. Bei allen Interviewpersonen folgte auf die Erzählaufforderung eine monologische Interviewphase, in der die Interviewten ihre Lebensgeschichte mit verschiedenen thematischen Schwerpunktsetzungen und unterschiedlich stark ausgeprägten Detaillierungen erzählten, z. B. von institutionellen Ablaufmustern, kritischen Lebensereignisse sowie der Berufsorientierung und -ausübung. Die Stegreiferzählungen endeten jeweils mit einer Koda (z. B. „(1) das ist es eigentlich so (2) ja (1) das Größte“, Sonja Frey, N/Z. 189; „(2) m.: (3) m: (1) mehr fällt mir eigentlich im Moment @nicht ein.@“, Ruth Kern, N/Z. 210).

Der Erzählkoda schließt sich der immanente Nachfrageteil (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010) an, in dem zusätzliches Erzählpotenzial bezugnehmend auf Themen der Stegreiferzählung ausgeschöpft werden soll (Schütze, 1983, 1987). Hierzu wird explizit u. a. nach verkürzten oder abgebrochenen Erzählungen, nach wahrgenommenen Erzähllücken und nach abstrakten oder vagen Erzählpassagen gefragt, um Präzisierungen zu erreichen (ebd.). Für die fokussiert-narrativen Interviews wurden Formulierungen vorbereitet, um erzählgenerierendes Nachfragen zu gewährleisten, z. B.:

„Sie erwähnten vorhin [...]. Es wäre schön, wenn Sie nochmal mehr davon erzählen würden.“

„Sie haben [...] erzählt.

- Erzählen Sie dies nochmal anhand einer ganz konkreten Situation.“
- Es wäre schön, wenn Sie darauf ganz ausführlich eingehen könnten, sodass ich es mir ganz konkret vorstellen kann.“

Vom ersten fokussiert-narrativen Interview mit Anna Geibel an bewährten sich diese vorformulierten Aufforderungen, da sie Sicherheit in der Interviewführung, insbesondere der sprachlichen Fokussierung auf das Erzählen, gaben. Erzählgenerierendes Nachfragen erfolgte zu Themen wie z. B. Geburtskontext, generationsübergreifende Verlust- und Abwesenheitserfahrungen in der Kindheit und Jugend, Zeit im Kindergarten bzw. in der Grundschule, familiärer Alltag in der Kindheit, Spiritualität, soziales Einbezogen-sein und Berufsentscheidung.

Als dritten Teil des narrativen Interviews erfolgt das exmanente Nachfragen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2010). Dabei werden forschungsspezifische Fragen zur Theoretisierung gestellt, indem z. B. argumentative Erklärungen und abstrakte Zusammenhänge bezogen auf den Gegenstandsbereich der Untersuchung fokussiert werden (Schütze, 1983, 1987). In den fokussiert-narrativen Interviews dieser Forschungsarbeit stammten die thematischen Fragen aus drei verschiedenen Bezügen:

1. aus der Datenanalyse der episodischen Interviews der jeweiligen Interviewperson (z. B. Hilflosigkeit, Pausen, Kollegium) im Forschungsprojekt „AGnEEs“;
2. aus der Datenanalyse der fokussiert-narrativen Interviews der anderen Interviewpersonen, um Themen erneut (z. B. Geschwisterkonstellation, Verhältnis zu Eltern, Spiritualität) oder neu (z. B. Ruhestand, soziales Engagement) aufzugreifen, und
3. aus theoretischen Bezügen und sensibilisierenden Konzepten (z. B. Definition von Gesundheit, subjektive Bedeutung von Gesundheit (am Arbeitsplatz), soziale Anerkennung).

Die fokussiert-narrativen Interviews wurden im privaten Wohnumfeld (Anna Geibel, Sonja Frey) bzw. am Arbeitsplatz (Petra Winter, Ruth Kern) geführt. Ein hoher Grad an Zuhören und ein geringer Grad an Fremdstrukturierung (Kruse, 2015; Schütze, 1987) durch die Interviewerin kennzeichneten die ersten beiden Teile des fokussiert-narrativen Interviews. Die Interviews wurden im Zeitraum von 08/2018 (Anna Geibel), 11/2019 (Petra Winter, Ruth Kern) bis 01/2022 (Sonja Frey) geführt. Dadurch wird deutlich, dass einzig Sonja Frey die gesellschaftlichen und gesundheitsbezogenen Folgen der COVID-19-Pandemie in die Konstruktion ihrer Lebensgeschichte einbeziehen konnte.

Die informierenden Einverständniserklärungen als ein forschungsethischer Grundsatz wurden jeweils vor den episodischen Interviews und den fokussiert-narrativen Interviews schriftlich eingeholt. Anhand dieser und der mündlichen Klärung forschungsbezogener Fragen erfolgte eine umfassende Informierung der pädagogischen Kräfte (Deutsche Gesellschaft für Soziologie, 2017). In beiden Dokumenten wurde die freiwillige Teilnahme und die Möglichkeit zum Abbruch der Teilnahme zugesichert (Hopf, 2012). Des

Weiteren wurden die pädagogischen Kräfte über potenzielle Risiken aufgeklärt und Maßnahmen (z. B. Vertraulichkeitszusicherung: keine Weitergabe personenbezogener Daten und Informationen an Dritte, insbesondere an Kolleg*innen, Einrichtungsleiter*innen und Vertreter*innen der Trägerschaft; Pseudonymisierung personenbezogener Daten) zum forschungsethischen Prinzip der Nicht-Schädigung umgesetzt (Hopf, 2012). Die informierende Einverständniserklärung in „AGnEEs“ wurde von Vertreter*innen des Datenschutzmanagements der HAWK geprüft und freigegeben.

Die Durchführung aller Interviews wurde zeitnah in Postskripten protokolliert und damit der von Flick (2003) empfohlenen Dokumentation nachgekommen. Die Postskripte dienen als Memos zur methodischen Reflexion der Interviewvorbereitung, -nachbereitung und -durchführung sowie zur methodischen und thematischen Planung nachfolgender Interviews. Alle Interviews wurden audiografiert und nach dem einfachen Transkriptionssystem (Dresing & Pehl, 2015) transkribiert.

Die Indikation beider Interviewmethoden war indiziert und dem Gegenstandsbereich angemessen, um gesundheitsbezogene Handlungsstrategien, subjektives Gesundheitsverständnis und die (Weiter-)Entwicklung subjektiver Gesundheitstheorien in den Erzählungen der Lebensgeschichte und spezifisch an kontextualisierten Arbeitssituationen zu erheben. Die lebensgeschichtlichen und arbeitsplatzspezifischen Erzählungen ermöglichten den Zugang zu sozialen und subjektiven Konstruktionen von Gesundheit in der Lebens- und Arbeitswelt.

5.2.4 Datenanalyse: Auswertung im Forschungsstil der Grounded Theory

Die Datenanalyse orientierte sich am theoretischen Vorgehen der Grounded Theory. Zielsetzung dieses Forschungsstils ist es, eine konzeptionelle Theorie zu entwickeln, die der Wirklichkeit des spezifischen Phänomens gerecht wird (Strauss & Corbin, 1996). Diese theoretische Zielsetzung entspricht dem Ziel der vorliegenden Untersuchung: eine konzeptionelle Theorie zu gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien und zum subjektiven Gesundheitsverständnis zu generieren. Die Datenauswertung begann mit der Analyse des fokussiert-narrativen Interviewtranskripts von Anna Geibel und anschließend wurde das Transkript ihres episodischen Interviews ausgewertet. Dem schlossen sich in gleicher Reihenfolge die Analyse der Interviewtranskripte von zunächst Petra Winter, dann Ruth Kern und abschließend Sonja Frey an.

In diesem Kapitel wird die Umsetzung der Datenanalyse der episodischen und fokussiert-narrativen Interviews zur intersubjektiven Nachvollziehbarkeit beschrieben. Dabei wird das rekursive Analyseverfahren in linear-sequenzieller Weise vorgestellt, wobei die Kodiermodi prozesshaft ineinander übergin-

gen. Der Kodierprozess, das Stellen von Fragen, das komparative Analysieren, die Dimensionalisierung, das theoretische Sampling und die theoretische Sättigung werden als zentrale Strategien der Datenanalyse erläutert. Diese Strategien sollen eine möglichst hohe Qualität der Ergebnisse sichern (Strübing, 2021).

Der iterative Kodierprozess ist für offene Forschungsfragen geeignet, um in einem explorativen „Prozess der Entwicklung von Konzepten in Auseinandersetzung mit dem empirischen Material“ (Strübing, 2021, S. 16) eine Theorie oder konzeptionelle Ordnung zu entwickeln (Strauss & Corbin, 1996; Strübing, 2021). Durch das analytische Vorgehen entsteht eine methodische Strenge im Forschungsprozess, mit der Vorannahmen und -erfahrungen sowie Kontext- und Alltagswissen durchbrochen werden (Strauss & Corbin, 1996). Die theoretische Sensibilität bezieht sich auf die Fähigkeit der Forschenden, abhängig von bekanntem Wissen, beruflichen Vorerfahrungen und subjektiven Vorannahmen, eine analytische Distanz in der Datenanalyse einzunehmen, den Daten im Forschungsprozess eine Bedeutung zu verleihen und für den Gegenstandsbereich Relevantes zu erkennen (Glaser & Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1996). Im Forschungsprozess ergeben sich induktive, deduktive und abduktive Analyseschritte und Schlussfolgerungen in der Datenanalyse und im Erkenntnisprozess (Kelle, 2011). Demnach gilt es, anhand der theoretischen Sensibilität und subjektiven Reflexivität (siehe Kapitel 5.2.1) induktive Offenheit, deduktive Hypothesenableitung, abduktive Erkenntnisse und verifizierende Prüfung der Hypothesen und Theoriegenerierung zu gewährleisten (Kelle, 2011; Reichertz, 2011; Strauss, 1998; Strübing, 2021). Die theoretische Sensibilität entwickelt sich kontinuierlich durch die Parallelität von Datengenerierung, Datenanalyse und Theorieentwicklung. Dadurch ergeben sich neue Analyseschritte, um zu verstehen, was soziale Interaktionen für die handelnden Akteur*innen unter den Bedingungen der sozialen Lebenswelt bedeuten (Glaser & Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1996). Letztendlich soll durch die theoretische Sensibilität im iterativen Kodierprozess eine gegenstandsnahe und realitätsgerechte Theorie entwickelt werden (ebd.). Die theoretische Sensibilität der Forschenden ermöglichte, das in den Daten vorhandene Potenzial für eine Theoriegenerierung zu erkennen und somit Bekanntes zur subjektiven und sozialen Konstruktion von Gesundheit und zur Care-Arbeit pädagogischer Kräfte mit Neuem aus der Empirie zu verknüpfen. Die Datenanalyse wurde von der kontinuierlichen Teilnahme an Auswertungs- und Interpretationsgruppen sowie Methodenworkshops begleitet. Die interprofessionellen Arbeitsgruppen verhalfen, verschiedene Lesarten und Interpretationsrichtungen zu diskutieren. Dadurch konnte dem qualitätssichernden Merkmal von Forschungsarbeiten im Stil der Grounded Theory, vielfältige Sinnzuschreibungen, Deutungen und Handlungsmöglichkeiten während der Analyse zu berücksichtigen, gerecht werden und Lesarten konnten aufgrund von Vorannahmen und sensibilisierender Konzepte aufgedeckt

werden (Mey & Mruck, 2011). Der mehrperspektivische Zugang an Interviewausschnitte und der kommunikative Analyseprozess in Auswertungs- und Interpretationsgruppen (Kruse, 2015) stärkten die Weiterentwicklung der theoretischen Sensibilität und die kritische Selbstreflexivität.

Das komparative Analysieren ist eine Kernstrategie im Kodierprozess, wodurch einerseits die enthaltenen Ereignisse von Kodiereinheit zu Kodiereinheit verglichen und ähnliche Phänomene gleich bezeichnet werden und alle Codes, Kategorien, deren Eigenschaften und Dimensionen kontinuierlich miteinander verglichen werden. Andererseits wird kontinuierlich zwischen den verschiedenen Kodierphasen im Analyseprozess gewechselt (Glaser & Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1996). Mittels des ständigen Vergleichens werden die entwickelten Kategorien im empirischen Datenmaterial verifiziert und mit entsprechenden Datenpassagen belegt (Glaser & Strauss, 1998; Strübing, 2021). Dadurch entsteht eine ihrem Gegenstand angemessene und handhabbare Theorie (Glaser & Strauss, 1998). In der Forschungsarbeit erfolgte das ständige Vergleichen zwischen den Codes, deren Eigenschaften und Dimensionen sowie Kategorien innerhalb eines Interviews sowie zwischen den beiden Interviews einer Person und zwischen den Kategorien der verschiedenen Interviews aller Interviewpartnerinnen.

Die Interviewtranskripte wurden mithilfe der drei Kodiermodi – offenes, axiales und selektives Kodieren – analysiert. Im Kodierprozess ist das theoretische Sampling von den Kodiermodi, der theoretischen Sensibilität und konzeptionellen Entwicklung abhängig (Corbin & Strauss, 2015; Glaser & Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1996).

Während des offenen Kodierens hat das theoretische Sampling das Ziel, verschiedene relevante Konzepte und Kategorien mit deren Eigenschaften und Dimensionen zu erhalten, da die thematische Relevanz sowie spezifische Kategorien und Phänomene nicht bekannt sind (Strauss & Corbin, 1996). Es werden Kodiereinheiten bestimmt und darin enthaltene Ereignisse, soziale Interaktionen, Prozesse und Wirkungen usw. konzeptuell bezeichnet (ebd.). Nach der Sequenzierung der fokussiert-narrativen Interviewtranskripte wurde das offene Kodieren im zeitlichen Ablauf line-by-line bezogen auf die Forschungsfragen (siehe Kapitel 4) durchgeführt. Hingegen wurden ausgewählte, gegenstandsbezogene Sequenzen der Transkripte der episodischen Interviews offen kodiert. Dafür wurden induktiv entwickelte, konzeptuelle Bezeichnungen und In-vivo-Kodes aus dem Datenmaterial verwendet. Durch diesen Analyseschritt wurden inhaltliche Themen sowie eine Auflistung und Gruppierung von Konzepten herausgearbeitet und anschließend konzeptionelle Bezeichnungen in Kategorien zusammengefasst (siehe Tabelle 5).

Parallel wurden erste Kodememos (z. B. unterstützen, sich wohlfühlen, Verlust erleben) geschrieben, in denen sich sukzessive die Beschreibung der Codes von Interview zu Interview weiterentwickelte. Theoriebasierte Memos

Tabelle 5: Konzeptuelle Bezeichnungen im offenen Kodieren (exemplarischer Auszug) (eigene Darstellung)

Konzeptuelle Bezeichnungen	Kategorie
<ul style="list-style-type: none"> • unterstützt werden • jemanden unterstützen • fehlende Unterstützung • praktische Hilfe • emotionale Unterstützung • Informationen erhalten • finanzielle Förderung • materielle Hilfen 	Unterstützung
<ul style="list-style-type: none"> • Peergroup/Freundschaften haben • familiär-generationale Zugehörigkeit erleben • nicht alleinsein • „<i>wenn ich mich gutfühle</i>“ (Ruth Kern, N/Z. 1164) • angenehme Stimmung genießen (sozial) • Wohlbehagen empfinden (räumlich-materiell) 	sich wohlfühlen

(z. B. Arbeitszufriedenheit, Vulnerabilität) wurden als Verschriftlichung sensiblisierender Konzepte geschrieben.

Eigenschaften und Charakteristika der Kategorien werden dimensionalisiert, um eine analytisch detaillierte Vielfalt eines Phänomens zu erreichen und im Kodierprozess zu abstrahieren (Strauss & Corbin, 1996). Anhand zweier Kategorien werden Eigenschaften und deren Dimensionalisierung exemplarisch dargestellt (siehe Tabelle 6).

Das offene Kodieren ist neben der analytischen Methode des komparativen Analysierens durch das Stellen von Fragen gekennzeichnet. Das Stellen theoriegenerierender W-Fragen ist relevant, um die entstehenden Kategorien konzeptuell auszuarbeiten und auszudifferenzieren sowie den Analysefokus konstant auf die Handlungs- und Prozessorientierung während der Theoriegenerierung zu lenken (Glaser & Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1996). Während des offenen Kodierens waren dies u. a. folgende Fragen:

- Worum geht es in dieser Textpassage?
- Wer ist im sozialen Nahfeld? Wie interagieren die Personen miteinander?
- Welche Erfahrungen werden im sozialen Nahfeld (Familie, Peergroup, Kollegium) gemacht? Welche sozialen Phänomene werden angesprochen?
- Was kennzeichnet soziale Abwesenheit?
- Wie wird Alleinsein erlebt?

Tabelle 6: Dimensionalisierung als zentrale Strategie (exemplarische Darstellung)
(eigene Darstellung)

Eigenschaften und Dimensionalisierung	
Unterstützung	sich wohlfühlen
Intensität „komplett unterstützt“ (Sonja Frey, N/Z. 36) – „stand eben keiner mehr hinter mir“ (Ruth Kern, N/Z. 95)	Dauer langanhaltend/-bestehend – kurzzeitig
Formen materiell – sozial – psychisch – finanziell – informationell	Häufigkeit oft – selten
Kontext privat – beruflich	Ausmaß viel – wenig
Zielgruppe andere Menschen – Subjekt Kinder und Jugendliche – Erwachsene vulnerable Personen – nicht vulnerable Personen bekannte Personen/Institutionen – unbekannte Personen/Institutionen	Intensität (innere Verbundenheit) enge Vertrautheit – lose Bekanntheit
Dauer kurzzeitig – langanhaltend	Personenbezug nah/vertraut – fremd/unbekannt
Häufigkeit kontinuierlich – punktuell grundsätzlich – situations-, anlassbezogen	Ortsbezug bekannt – unbekannt materiell – atmosphärisch
	Formen alleinsein/sozialer Rückzug – Gemeinschaft/soziales Zusammensein sozial – psychisch

- Was kennzeichnet „sich gutfühlen“?
- Mit welchen Personen, Situationen, Kontexten usw. wird „gutfühlen“ verbunden?
- Wann und wie wird Unterstütztwerden erlebt?
- Welche Formen von Unterstützung gibt es?
- Warum ist es wichtig, soziale Unterstützung anzunehmen und zu leisten?

Die entwickelten konzeptuellen Bezeichnungen und Kategorien bezogen sich auf die beiden Interviews jeder Interviewperson, um als Ergebnisdarstellung der Einzelfallanalyse auf Subjektebene ein gesundheitsbezogenes Fallportrait zu erstellen (Kruse, 2015). Das gesundheitsbezogene Fallportrait stellt eine biografische Gesamtformung mit Prozessperspektive dar. Die retrospektiv gedeuteten Lebensgeschichten werden „mit Hilfe biographischer Einzelfallanalysen strukturell beschrieben und re-konstruiert“ (Dausien et al., 2005, S. 8). Die Fallstruktur bezieht sich auf das jeweilige Kernphänomen und die dazu im Lebensverlauf entwickelten gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien und das subjektive Gesundheitsverständnis in Bezug zur sozialen und subjektiven Konstruktion und Sinnstruktur von Gesundheit.

Während des axialen Kodierens als weiterer Kodiermodus wird anhand des theoretischen Samplings gezielt nach weiterem Datenspezifika (z. B. soziale Interaktionen, Situation), Datenmaterial oder weiteren Personen gesucht, sodass die analysierten Beziehungen der paradigmatischen Elemente vertiefend überprüft, ergänzt und bestätigt werden können, um die Dichte und Präzision der Theorie zu erreichen (Corbin & Strauss, 2015; Strauss & Corbin, 1996). Ab dem axialen Kodieren wurde neben der subjektbezogenen Analyse eine fallübergreifende Analyse durchgeführt. Dies erfolgte, um eine konzeptionelle Theorie zu gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien, subjektivem Gesundheitsverständnis und deren Bedingungen und Konsequenzen „auf der Ebene sozialer Sinnstrukturen“ (Kruse, 2015, S. 241, Herv. i. O.) zu entwickeln. Strauss und Corbin (1996) entwickelten das „paradigmatische Modell“ (ebd., S. 78), wodurch die (Sub-)Kategorien „in ihren zeitlichen und räumlichen Beziehungen, Ursache-Wirkungsbeziehungen, Mittel-Zweckbeziehungen, argumentativen, motivationalen Zusammenhängen“ (Boehm, 1994, S. 131) auf neue Weise zusammengestellt werden.

In der vorliegenden Forschungsarbeit wurden die Kategorien und Subkategorien der gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien als Handlungs- und interaktionale Strategien, kontextuelle Bedingungen der Arbeits- und Lebenswelt sowie gesundheitsrelevante Erfahrungen und das subjektive Gesundheitsverständnis als Konsequenzen nach Corbin und Strauss (2015) fallübergreifend miteinander verknüpft (siehe Tabelle 7), um sie in eine zusammenhängende Struktur zu bringen. Das paradigmatische Modell lenkte während der Datenanalyse die theoretische Sensibilität der Forschenden.

Für die Analyse empfehlen Strauss und Corbin (1996), die Bedingungs-matrix als analytisches Hilfsmittel einzusetzen, um Bedingungen, Handlungsstrategien und Konsequenzen, die sich auf ein Phänomen beziehen, in Beziehung zusetzen (Corbin & Strauss, 2015). Dadurch soll die Bedeutung der Bedingungen für das Phänomen verdeutlicht werden (ebd.). Insbesondere während des axialen Kodierens wurden anhand dieser Matrix die gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien und sozialen Interaktionen mit Bedingungen

Tabelle 7: Axiales Kodieren: fallübergreifende Kategorie „gesundheitsbezogene Handlungsstrategie: Unterstützung annehmen – ablehnen – leisten“ (eigene Darstellung nach: Corbin & Strauss, 2015)

Subkategorien der Handlungs- und interaktionalen Strategien (exemplarisch)	informationelle Unterstützung annehmen praktische Unterstützung leisten medizinische Versorgung annehmen – vermeiden Gesundheitsbeschwerden hochhängen – runterspielen Unterstützungsbereitschaft erleben
Bedingungen (exemplarisch)	personale und externe Ressourcen und Anforderungen (Lebenswelt, Arbeitsplatz) kritische Lebensereignisse gesundheitliche Eigenverantwortung soziale Prägung im Umgang mit Krankheit und Vulnerabilität Zugang zum professionellen Gesundheitssystem
Konsequenzen (exemplarisch)	Zuverlässigkeit Vertrauen soziales Integriertsein/Zugehörigkeit handlungs- und leistungsfähig sein Entlastung, Regeneration

und Konsequenzen verknüpft. Dabei wurden sowohl beim fallbezogenen als auch beim fallübergreifenden Kodieren die verschiedenen Ebenen berücksichtigt, z. B. Handlung und Interaktion (z. B. aushandeln, befolgen, zurückziehen), Individuum, Familie, Gruppe (z. B. Familie, Partnerschaft, Peer-group, Kollegium), Ebene der Gemeinde (z. B. Vereinsangebote, Wohnort: Dorf/Stadt), institutionelle Ebene (z. B. Trägerschaft und Leitung der Kindertageseinrichtung, Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz) und nationale Ebene (z. B. berufsbezogene Gesetze im Bundesland, professionelles Gesundheitssystem). In den fallbezogenen Analysen war vor allem die Ebene von Individuum, Familie und Gruppe relevant, da diese „Biographien, Philosophien, Wissen und Erfahrungen von Einzelpersonen“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 137) beinhaltet.

Während des axialen Kodierens wurde ebenso der ständige Vergleich als analytisches Mittel für die minimale und maximale Kontrastierung verwendet (Glaser & Strauss, 1998). Über das Minimieren kann eine inhaltliche Verdichtung der Kategorien, deren Eigenschaften und Dimensionen und der Bedingungen ermöglicht werden, um diese differenzierter zu betrachten. Die Erklärung eines Phänomens kann dadurch präziser und diesbezügliche theoretische Vorhersagen wahrscheinlicher werden (ebd.). Die Maximierung ermöglicht, den maximalen Geltungsbereich für die entwickelte Theorie abzustecken. Dadurch werden die Reichweite und grundlegenden Kennzeichen

der Theorie sowie u. a. Variationen, Gründe, Konsequenzen von Beziehungen, Strategien und Prozesse erkennbar (ebd.). Das Vergleichen verschiedener Interviewpassagen innerhalb eines Transkriptes und zwischen den beiden Transkripten einer Interviewperson erfolgte, um z. B. gesundheitsbezogene Handlungsstrategien („mit Unterstützung umgehen“, „Bedürfnisse abwägen“, „professionelle Expertise ambivalent nutzen“ usw.) und das subjektive Gesundheitsverständnis für das gesundheitsbezogene Fallportrait zu spezifizieren. Dafür wurden verschiedene bzw. ähnliche Situationen und soziale Interaktionen im Arbeitskontext und im Privaten miteinander verglichen. Das Vergleichen von (Sub-)Kategorien über alle Interviewtranskripte hinweg ermöglichte, Übereinstimmungen und Unterschiede zwischen den Kategorien und deren Subkategorien sowie deren Eigenschaften und Dimensionen der einzelnen paradigmatischen Elemente zu erkennen und demzufolge Kategorien ausdifferenzieren.

Während des selektiven Kodierens sollen durch das theoretische Sampling bestehende Kategorien inhaltlich verdichtet, thematisch aufgefüllt und die Beziehungen zwischen den Kategorien hin zum Kernphänomen gestärkt werden (Strauss & Corbin, 1996). Das theoretische Sampling ist „ein Mittel zur Sicherung von Konsistenz und Reichhaltigkeit der zu entwickelnden Theorien“ (Strübing, 2021, S. 91), und über die paradigmatischen Elemente werden alle Kategorien mit der Kernkategorie in Beziehung gesetzt (Strauss & Corbin, 1996).

Zum einen zielte das selektive Kodieren darauf ab, eine „beschreibende Erzählung oder Darstellung“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 94) in einem gesundheitsbezogenen Fallportrait (siehe Kapitel 6) für jede Interviewperson zu generieren. In diesen Fallportraits wurde die jeweils im Lebensverlauf entwickelte Kernkategorie zum subjektiven Gesundheitsverständnis mit den (Sub-)Kategorien der gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien in der Lebens- und Arbeitswelt, den (biografischen) Bedingungskategorien sowie den Konsequenzkategorien zum subjektiven Gesundheitsverständnis und zu gesundheitsrelevanten Erfahrungen in Beziehung gesetzt. Zum anderen wurde die fallübergreifende Kernkategorie (siehe Kapitel 7) in Beziehung zu allen fallimmanenten gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien, den kontextuellen Bedingungen aus der Arbeits- und Lebenswelt und den Konsequenzen auf das subjektive Gesundheitsverständnis und -erleben gesetzt. Die fallübergreifende Konzeptualisierung führte zu einer gegenstandsbezogenen und am Datenmaterial geprüften Theorie.

Anhand der kodierten Interviewtranskripte ist die Zuordnung zu den Hauptkategorien und zu deren Subkategorien nachvollziehbar. Im Kodierprozess geschriebene Theoriememos (z. B. Wohlbefinden, Selbstsorge, Fürsorge, Unterstützung, Zugehörigkeit) und entwickelte Schaubilder flossen während des selektiven Kodierens in die Konzeptualisierung des Kernphänomens pro Fall und fallübergreifend ein.

Die verschiedenen Strategien der Datenanalyse werden durchgeführt, bis für jede Kategorie und deren Eigenschaften sowie Beziehungen untereinander eine theoretische Sättigung erreicht ist (Corbin & Strauss, 2015; Glaser & Strauss, 1998). Sie ist gegeben, wenn keine neuen und relevanten Daten für eine Kategorie hinzukommen (Glaser & Strauss, 1998; Strübing, 2021). Eine theoretische Sättigung ist ebenso erreicht, wenn die Kategorienentwicklung bezogen auf alle paradigmatischen Elemente, deren Eigenschaften und Dimensionen unter einer prozessorientierenden Perspektive thematisch und in ihren Beziehungen dicht ist sowie die Beziehungen zwischen den Kategorien untereinander ausreichend begründet und nachvollziehbar für das gegenstandsbezogene Phänomen der Untersuchung sind (Corbin & Strauss, 2015; Strauss & Corbin, 1996). Corbin und Strauss (2015) betonen, dass der iterative Forschungsprozess so lange fortgesetzt wird, bis die Forschenden überzeugt sind, die Kategorien und deren vielfältige Eigenschaften und Dimensionen vollständig beschrieben zu haben. Sobald eine „*konzeptuelle Repräsentativität*“ (Strübing, 2021, S. 35, Herv. i. O.) aller relevanten Kategorien erreicht ist, muss anhand der empirischen Daten die Beendigung des Prozesses aus Datenerhebung und -auswertung begründet werden (ebd.). In der vorliegende Forschungsarbeit wurde eine theoretische Sättigung angestrebt, ohne zu behaupten, dass diese für die konzeptuelle Theorie zur Herstellung und Erhaltung von Gesundheit pädagogischer Kräfte vollumfänglich erreicht wurde. Die Datenerhebung und -analyse sowie Entwicklung und Ausdifferenzierung der konzeptuellen Theorie endeten mit der Annahme, dass der iterative Forschungsprozess eine gegenstandsbezogene, in der Empirie verankerte Theorie hervorgebracht hat. Gleichzeitig wird in Bezug auf Mey und Mruck (2011) die theoretische Sättigung mit pragmatischen Gründen zur Beendigung der Untersuchung innerhalb einer Qualifikationsarbeit verknüpft (ebd.).

5.3 Schlussbetrachtung

Im Forschungsstil der Grounded Theory kann der latente Sinn sozialen Handelns in Interaktionen und in alltagsweltlichen Handlungs- und Orientierungsmustern sozialer Strukturen anhand rekonstruktiver Datenanalyse erschlossen werden. In der Biografie als soziales Konstrukt mit subjektiven Deutungen von Erfahrungen werden das Verhältnis von Subjektivität und gesellschaftlicher Wirklichkeit sowie der Sinn von Handlungs- und Lebensweltbezügen deutlich. Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist, interpretativ zu erschließen, wie sich subjektiver Sinn unter der Komplexität der Arbeits- und Lebensbedingungen im Lebensverlauf pädagogischer Kräfte für gesundheitsbezogene Handlungsstrategien und das diesbezügliche Gesund-

heitsverständnis entwickelt hat. Insofern ist eine interpretative Erschließung über die Erzählung und Analyse der Lebensgeschichte und der Erwerbstätigkeit ein methodischer Zugang, subjektives Gesundheitshandeln und -verständnis zur Erhaltung und Herstellung von Gesundheit zu rekonstruieren.

Teil III
Ergebnisse der
empirischen Untersuchung

6 Gesundheitsbezogene Fallportraits pädagogischer Kräfte

Die Fallportraits³⁷ stellen die subjektiven Gesundheitstheorien der einzelnen pädagogischen Kräfte dar. Zunächst wird die biografische Hervorbringung des Kernphänomens anhand prägender sozialer Interaktionen sowie deren subjektiver Deutungen und Sinnzuschreibungen für das subjektive Gesundheitshandeln und -verständnis beschrieben. Darauf aufbauend werden die gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien, die in der Arbeits- und Lebenswelt genutzt werden, und die damit verbundenen gesundheitsbezogenen Konsequenzen und das subjektive Gesundheitsverständnis dargestellt. Dabei werden gesellschaftliche, soziale, kulturelle Bedingungen der Lebenswelt und Bedingungen des Arbeitsplatzes Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) einbezogen.

Die gesundheitsbezogenen Fallportraits stellen aus Subjektperspektive der pädagogischen Kräfte die rekonstruierte subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit dar. Außerdem zeigen die individuellen, rekonstruierten Lebensgeschichten auch „strukturelle und kollektive Phänomene“ (Ohlbrecht & Jellen, 2020, S. 119) auf, wodurch „das Selbst- und Weltverhältnis des Biografen“ (ebd., S. 120) mit Fokus auf die Entstehung, Aufrechterhaltung und Herstellung von Gesundheit deutlich wird.

6.1 Anna Geibel – Gesundheit als vorsorgendes Geschütztsein

Anna Geibel kommt im Februar 1994 als „*Erstgeborene*“ (N/Z. 15)³⁸ „*im Krankenhaus [...] per Kaiserschnitt zur Welt*“ (N/Z. 12f.) und sie betont, dass das professionelle Gesundheitssystem in ihrer Familie in kritischen Lebenssituationen genutzt wird. Sie wächst in der Herkunftsregion der Großeltern und Eltern auf und wohnt mit ihren Eltern und ihrem zwei Jahre jünge-

37 Kruse (2015) stellt das Fallexzerpt als strukturierte, gegenstandsbezogene Falldarstellung vor. Die Struktur dieser Fallgeschichte bezieht sich auf die Kernkategorie und die damit zusammenhängenden Thematisierungen und Merkmalsausprägungen sowie Sinnstrukturen und Deutungsmuster. Daran orientierte sich der formale Aufbau der Fallportraits in der vorliegenden Studie.

38 Zitate, die mit „N/Z“ markiert sind, stammen aus dem fokussiert-narrativen Interview.

ren Bruder im elterlichen Eigenheim. Als Kind und Jugendliche ist sie in verschiedenen Vereinen aktiv, die in allen drei Familiengenerationen soziales Eingebundensein markieren. Die Taubenzucht des Opas (mütterlicherseits), die Mitgliedschaft der Eltern und ihre eigene im Karnevalsverein sowie ihr 10-jähriges Tischtennispielen im örtlichen Sportverein stärken das soziale Integriert- und regionale Verbundensein. Die örtliche Nähe zu den Großeltern ermöglicht, dass sie regelmäßig mit ihrem Opa (mütterlicherseits) auf dessen Taubenschlag gehen darf, da sie „*das älteste Enkelkind*“ (N/Z. 195f.) ist. Sie deutet dieses Zusammensein rückblickend so, dass „*es immer so total unbeschwert war*“ (N/Z. 198). Von ihrer Oma (väterlicherseits) wird sie öfter aus dem Kindergarten abgeholt, da ihre Eltern berufstätig sind. Für sie stehen die generationsübergreifende, erlebnisorientierte Freude und das sozial-kulturelle Eingebundensein für eine unbeschwerte Kindheit.

Im Kontrast dazu erzählt Anna Geibel zwei Ereignisse aus ihrer Kindheit (2003–2005) und Jugend (2009), die vom generationsübergreifenden Ferngehalten-Werden von erkrankten Familienmitgliedern und sozialem Ausgeschlossenensein geprägt sind. Sie ist „*das erste Mal mit Krankheit in Berührung gekommen*“ (N/Z. 34), als sie „*so in der vierten fünften Klasse*“ (N/Z. 34f.) ist und ihr Opa (mütterlicherseits) an Krebs erkrankt. Bis dahin hat sie „*irgendwie mit großartig Krankheit oder so [...] eigentlich auch noch keine Berührungspunkte*“ (N/Z. 27f.). An Kinderkrankheiten hat sie „*keine bewusste Erinnerung*“ (N/Z. 29), außer dass sie zu kulturellen Festen und damit verbundenen Vereinsaktivitäten „*immer einfach irgendwie krank und zuhause*“ (N/Z. 33) war. Bis zur Erkrankung des Opas steht für sie nicht die Erkrankung, sondern das für sie daraus folgende soziale Ausgeschlossenensein im Vordergrund. Die Erkrankung und das Versterben des Opas als endgültiger sozialer Verlust finden parallel zum Übergang von der Grundschule zur weiterführenden Schule statt. Als Anna Geibel 15 Jahre alt ist, kurze Zeit nach dem Schulwechsel vom Gymnasium zur Realschule, kommt es zur plötzlichen Abwesenheit ihrer Mutter. Ihre Mutter erkrankt an einer Depression und wird aufgrund der bestehenden Suizidgefahr im professionellen Gesundheitssystem stationär behandelt. Während beider krankheitsbezogener Ereignisse erlebt sie, dass ihre Eltern Krankheiten und deren Folgen „*relativ von uns Kindern so ferngehalten haben*“ (N/Z. 37). Dies wird zum einen durch Verschweigen als verbales Ferngehalten-Werden deutlich. Sie weiß als Kind „*zwar irgendwie, Opa ist krank und dem geht es auch nicht gut (.) ähm aber wir haben das halt nicht so direkt mitbekommen*“ (N/Z. 37f.), wodurch eine Unwissenheit über den Krankheitsprozess entsteht. Das Verschweigen zeigt sich auch bei ihrer Großmutter (mütterlicherseits), die darauf dringt, die Depression der Mutter außerfamiliär zu verschweigen: „*immer so ,oh Gott da bloß- das soll keiner wissen*“ (N/Z. 1529). Zum anderen bestehen ein physisches und ein emotionales Ferngehalten-Werden (z. B. erkrankte Personen selten besuchen dürfen, Abwesenheit bei der Beerdigung des Opas, Mutter

weint nicht vor den Kindern). Anna Geibel rechtfertigt das (non)verbale Ferngehalten-Werden anhand sozial-dörflicher Strukturen, da psychische Erkrankungen „*eher ein Tabu-Thema*“ (N/Z. 1530) waren. Rückblickend deutet sie diesen Umgang als notwendig für ihre Eltern, da sie eine Zeit der Verarbeitung benötigt hätten, bevor sie mit ihren Kindern über Krankheiten mit unsicherer Prognose sprechen konnten.

Anna Geibel erklärt sich das Entstehen der Depression ihrer Mutter aus der langanhaltenden beruflichen Überforderung, da sie „*halt immer ganz schlecht nein sagen [konnte] und dadurch war es halt irgendwann alles zu viel*“ (N/Z. 87f.). Die eigentheoretische Erklärung und der familiäre Umgang mit der psychischen Erkrankung werden zum „*Schlüssel(.)°erlebnis (.) oder keine Ahnung° (.) das man halt auf sich selber gut achtgeben muss*“ (N/Z. 83f.). Sie entwickelt gesundheitsbezogene, primär selbstsorgende Handlungsstrategien (siehe Abbildung 2), denn sie „*will halt nicht, dass [ihr] das passiert*“ (N/Z. 1425f.). Dies basiert auf der gesundheitsbezogenen Selbsterkenntnis, dass „*man [...] auch erstmal erkennen [muss] was man eigentlich machen muss. oder was einem eigentlich guttut*“ (N/Z. 1417f.).

Gesundheit ist für Anna Geibel eine subjektive Wahrnehmung psychosozialer und physischer Unbeschwertheit, die präventiv selbstsorgend unter verschiedenen Lebensbedingungen aufrechterhalten und geschützt werden muss. Physisch, psychisch und sozial gesund zu sein steht im Gegensatz zu krank sein.

Vom Schweigen bis zum Ansprechen – familiäre Kommunikationsformen aufbrechen

Anna Geibel übernimmt und nutzt das generationsübergreifende, familiär geprägte Schweigen. Als Jugendliche erlebt sie jedoch das Ansprechen und Reden über psychische Belastungen in ihrer Peergroup als kommunikative Alternative. Durch die gesundheitsbezogene Entlastungsstrategie des Ansprechens von Belastungen kann sie auf sich selbst achten und für sich eigenverantwortlich sorgen.

Gewohntes Schweigen und fehlendes Nachfragen: Anna Geibel nimmt als Kind und Jugendliche das familiäre Schweigen als verbales Ferngehalten-Werden von physischen und psychischen Erkrankungen deutlich wahr. Sie erlebt, dass bei familiären Festen „*eine total bedrückte Stimmung war und eigentlich keiner irgendwie etwas gesagt hat. ja (.) das fand ich als Kind halt immer so (.) ja wie ein Spannungsverhältnis*“ (N/Z. 233–235). Durch das Schweigen fühlt sie sich verunsichert und ausgegrenzt, was sie retrospektiv als psychisch belastend bewertet. Sie passt sich dem gewohnten Schweigen über Krankheiten an, indem sie „*nie nachgefragt [hat] (.) irgendwie. jetzt*

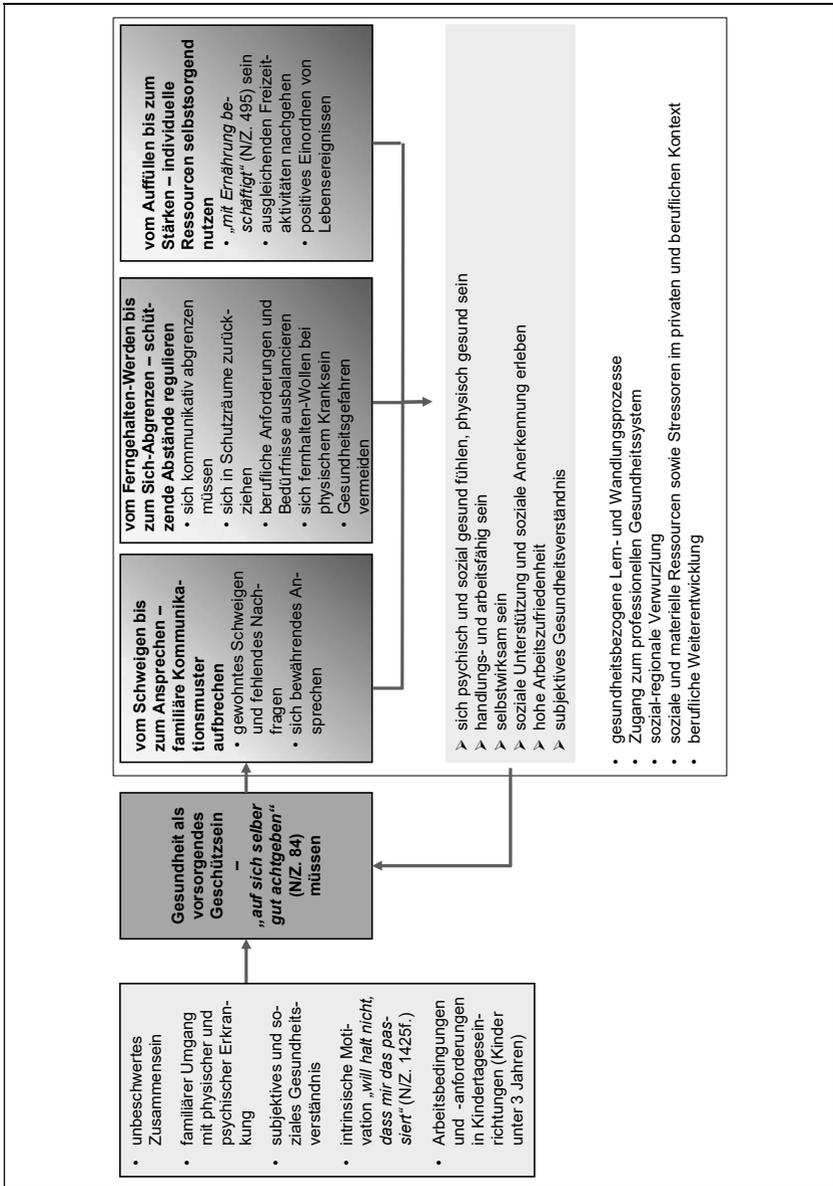


Abbildung 2: Gesundheitsbezogene Handlungsstrategien der pädagogischen Fachkraft Anna Geibel – Gesundheit als vorsorgendes Geschütztsein (eigene Darstellung)

auch im Hinter- im Nachhinein nicht“ (N/Z. 240). Ihre Unsicherheit im Nachfragen zu krankheitsgeprägten Situationen bleibt bis ins Erwachsenenalter bestehen.

Zusätzlich zum fehlenden Nachfragen verschweigt sie als Jugendliche und Erwachsene ihre psychischen Belastungen (z. B. Ängste, berufliche Schwierigkeiten), da *„ich halt immer noch denke, dass ich Mama nicht mit irgendwas belasten will. ihr eigentlich nie so richtig was erzählt habe. also schon so belanglose Sachen, aber wenn es mir irgendwie mal nicht gut ging oder so habe ich mit ihr halt nie darüber gesprochen, weil ich irgend- also gar nicht, weil ich mir das so bewusst dachte, aber das war einfach so in mir“* (N/Z. 291–295).

Sie versteht ihr Verschweigen als verbal fürsorgende Schutzstrategie vor psychischen Belastungen gegenüber von ihr als vulnerabel eingeschätzten Personen und ordnet das Verschweigen als eine unbewusste Kommunikationsform ein.

Sich bewährendes Ansprechen: Anna Geibel erlebt als 15-Jährige parallel zum innerfamiliären Schweigen über die plötzliche Abwesenheit und Erkrankung ihrer Mutter, dass sie in ihrer Peergroup über ihre Unwissenheit und Unsicherheit im Umgang mit der Depression sprechen kann. Das Sprechen über psychische Belastungen und gemeinsame Aktivitäten im Freundeskreis werden für sie zu Erfahrungen sozialer Unterstützung: *„die haben mich da auch total gut aufgefangen. ich konnte halt auch mit den auch darüber reden, auch wenn zuhause darüber nicht so gesprochen wurde. mit meinen Freunden konnte ich halt darüber reden und das ähm ja hat auch mir glaube ich ganz gut geholfen“* (N/Z. 285–288). Daraus schlussfolgert sie die zentrale Bedeutung des Ansprechens von psychischen Belastungen in vertrauensvollen Beziehungen: *„ohne Freunde oder irgendwie Leute, mit denen man sprechen kann, ist das auch sehr schwer“* (N/Z. 290). Zusätzlich ist ihr Freund eine relevante Unterstützungsressource, da sie mit ihm *„halt auch ganz viel reden“* (N/Z. 354) kann, wie z. B. über die Depression der Mutter, die Entscheidung für eine Ausbildung, den Arbeitsplatzwechsel und das berufsbegleitende Studium. Die Parallelität von psychisch belastenden und psychisch unbeschwerten Lebenssituationen sowie die Erkenntnis, dass das Sprechen über psychische Belastungen entlastend ist, stärken ihr Bedürfnis nach verbaler Kommunikation und dem Aufbrechen des familiär geprägten Schweigens. Aufgrund des ordnungsstiftenden Ansprechens fühlt sie sich gesund.

Als Anna Geibel Anfang 20 ist, entsteht ein kommunikativer Wandlungsprozess mit ihrer Mutter: Sie konnte *„auch ganz lange da über diese Situation mit [ihr]er Mutter auch gar nicht so sprechen [...] und jetzt inzwischen, wenn man dann auch selber irgendwie (.) erwachsener geworden ist //ja// und dann so ein bisschen Abstand davon hat“* (N/Z. 1520–1522). Der physiologische Entwicklungsprozess des Erwachsenwerdens, der physische Ab-

stand aufgrund ihres Auszugs und der zeitliche Abstand zur krankheitsbezogenen Lebenskrise ermöglichen ihr ein Aufbrechen des innerfamiliären Schweigens. Das Nachfragen und Erzählen werden zur dialogischen Kommunikationsform zwischen ihr und ihrer Mutter.

Auf die Erfahrungen des sich bewährenden Ansprechens führt Anna Geibel zurück, dass es ihr auch im beruflichen Kontext ein zentrales Bedürfnis ist, im kontinuierlichen Austausch zu sein und potenziellen Belastungen entgegenzuwirken.

Im Krippenteam³⁹ besprechen sie jeden Morgen den Tagesablauf und spezifische Angebote sowie situative Anforderungen (z. B. Eingewöhnen neuer Kinder, Störungen während der Mahlzeiten). Für sie stärkt der Austausch die teaminterne Kollegialität, die von Vertrauen und Respekt geprägt ist. Dies hat zur Folge, dass Anna Geibel ihre Bedürfnisse im Gruppenteam anspricht und z. B. um physische Entlastung oder eine kurze physische Abwesenheit aus der Gruppe bittet. Sie erlebt, dass das Ansprechen von beruflichen Anforderungen, Belastungen und eigenen Bedürfnissen zur psychischen Entlastung führt: *„das ich auch darüber rede, wenn's mir nicht gut geht (.) manchmal hilft das ja schon, wenn man's dann einfach einmal ausgesprochen hat, dann ist es danach eigentlich schon fast weggeblasen“* (N/Z. 640–642). In Gesprächen mit der Einrichtungsleitung (z. B. Rücksprache über im Gruppenteam getroffene Entscheidungen, Feedback zum beruflichen Arbeiten) erlebt sie eine starke soziale Unterstützung und soziale Anerkennung. Die Gespräche mit der Einrichtungsleitung und mit den Kolleginnen im Gruppenteam (pädagogische Kräfte, Springkraft, FSJlerin) stärken ihre Arbeitszufriedenheit.

Zusätzlich fordert Anna Geibel ihre Kolleg*innen im Gesamtteam offensiv auf, ihr Verhalten oder situative Arbeitsbedingungen zu verändern, wenn sie *„immer nur meckern“* (N/Z. 659). Sie begründet ihr aufforderndes Ansprechen mit der angespannten Arbeitsatmosphäre, die ihr nicht guttut, und mit ihrer Einstellung, dass jede*r eigenverantwortlich auf sich selbst achten muss. Sie ordnet ihre Begründung in ihre grundsätzliche Lebensauffassung ein: *„man hat halt sein eines Leben und man sollte halt irgendwie versuchen, das Beste für sich draus zu machen“* (N/Z. 661f.). Über das auffordernde Ansprechen versucht sie, soziale Belastungen zu reduzieren und eine für sich angenehme Arbeitsatmosphäre herzustellen. Das offensive Ansprechen als ihre gesundheitsbezogene Entlastungsstrategie zielt darauf ab, sich vor psychosozialen Belastungen zu schützen und sich am Arbeitsplatz weiterhin gesund zu fühlen.

39 In den Interviews bezeichneten alle Interviewpersonen Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) konstant als Krippe. In den gesundheitsbezogenen Fallportraits (siehe Kapitel 6.1.1-Kapitel 6.1.4) wird diese Alltagssprachliche Bezeichnung verwendet.

Vom Ferngehalten-Werden bis zum Sich-Abgrenzen – schützende Abstände regulieren

Anna Geibel erlebt das kommunikative und physische Ferngehalten-Werden von Krankheiten und kranken Menschen als soziale Ausgrenzung in ihrer Kindheit und Jugend. Als Erwachsene modifiziert sie das Ferngehalten-Werden in ein Sich-Abgrenzen. Dies bedeutet für sie, sich eigenverantwortlich von sozialen, psychischen und physischen Stressoren zu distanzieren und sich folglich vor gesundheitlicher Überforderung und Handlungsunfähigkeit im privaten und beruflichen Umfeld zu schützen.

Sie ist als Erwachsene überzeugt, dass mit eigenen Grenzen proaktiv oder reaktiv umgegangen werden muss, um die eigene Gesundheit zu schützen bzw. zu regenerieren. Dennoch ist sie sich bewusst, dass sie in Arbeitssituationen, die zeitlich „*halt schon auch 'n bisschen getaktet*“ (E/Z. 857)⁴⁰ sind, nicht auf ihre physischen Belastungsgrenzen achtet. Trotz des Wissens um die langfristigen physischen Folgen und vorhandener materieller Ressourcen legitimiert sie die physische Grenzüberschreitung anhand der schnelleren Arbeitsabläufe. Der Übergang vom Mittagessen zum Waschen und Umziehen für den Mittagsschlaf ist die „*einzigste Situation im Tagesablauf*“ (E/Z. 1015f.), in der sie „*wirklich an [ihre] Grenzen [kommt], weil das 'ne sehr sehr stressige Situation ist*“ (E/Z. 1016f.). In dieser Arbeitssituation hat sie keine Handlungsstrategien, um Stress als Grenzerfahrung zu reduzieren, und empfindet die situativen Bedingungen und zahlreichen pädagogischen und organisatorischen Aufgaben „*immer als anstrengend*“ (E/Z. 1029).

Sich kommunikativ abgrenzen müssen: Anna Geibel hat „*dieses ja krasse Vorbild halt mit [ihrer] Mutter*“ (N/Z. 1424f.):

„meine Mutter ist halt jemand, der halt nicht nein sagt und ähm (.) ja die wurde halt dann auch immer von vielen Leuten noch angesprochen, ob sie denen nicht so nochmal die Haare machen kann oder dies oder das oder (.) und ähm ja, die konnte da halt immer ganz schlecht nein sagen und dadurch war es halt irgendwann alles zu viel und ja (.) das habe ich halt für mich selber so genommen, dass ähm (.) ja das man sich da auch manchmal halt auch irgendwie selber ausgrenzen muss und (.) gucken muss, was für sich selber so gut ist. (.) weil mir selber das auch manchmal schwerfällt, ich bin halt auch gerade auf der Arbeit so ein Typ, dass ich Sachen irgendwie lieber selber mache“ (N/Z. 84–91).

Anna Geibel kann sich von ihrem perfektionistischen Arbeitsanspruch und damit ihrer Kontrolle über Arbeitsprozesse und -aufgaben erst lösen, als sie das berufsbegleitende Studium der Sozialen Arbeit beginnt. Der Studienbeginn und ihre intrinsische Motivation der beruflichen Weiterentwicklung führen zur kommunikativen Selbstabgrenzung, dass sie Nein-Sagen kann und

40 Zitate, die mit „E/Z“ markiert sind, stammen aus dem episodischen Interview.

zusätzliche Aufgaben am Arbeitsplatz ablehnt. Sie möchte sich in der Parallelität von Berufstätigkeit und Studium vor potenzieller Überforderung schützen.

Als 15-Jährige erkennt Anna Geibel während eines berufsorientierenden Praktikums im Pflegeheim (2009), dass sie mit dem „*Entwicklungs(,)stillstand oder eher Rückgang*“ (N/Z. 363) älterer Menschen nicht umgehen kann. Hingegen nimmt sie eine „*Traumwelt*“ (N/Z. 383) im Sprachheilkindergarten während eines Schulpraktikums (2009) wahr. Dort erlebt sie eine entwicklungsorientierte und fürsorgende Förderung der Kinder, ein zugewandtes Miteinander im Kollegium und angenehme Arbeitsbedingungen. Ihre Grenzerfahrungen mit physischen Alterungsprozessen, der psychischen Grenzüberschreitung ihrer Mutter und ihren sozialen Fürsorgeerfahrungen führen „*dazu [...], dass ich ähm lieber Erzieherin geworden bin*“ (N/Z. 377). Jedoch muss Anna Geibel lernen, sich als Erzieherin von psychosozialen Belastungen durch kritische Lebenserfahrungen der Krippenkinder (z. B. prekäre Wohnverhältnisse, Flucht- und Gewalterfahrung) abzugrenzen. Humor wird ihre kommunikative Abgrenzungsstrategie: „*es halt auch mal mit Humor nimmt, auch wenn es sich irgendwie blöd anhört, aber ich glaube, dass das halt wichtig ist damit man selber daran nicht äh ja daran zu grübeln hat*“ (N/Z. 675f.). Humor ermöglicht ihr, sich vor langanhaltender Betroffenheit bezüglich biografischer und aktueller Lebenskrisen der Kinder und deren Familien zu schützen. Neben der abgrenzenden Funktion hat für sie Humor auch die Funktion, situative Spannungsverhältnisse durch Lachen zu verändern. Gleichzeitig gesteht sie ein, dass Humor nicht sozial adäquat ist, da es ihrer pädagogischen Haltung widerspricht. Sie stellt dennoch das sich schützende Abgrenzen über das prosoziale Handeln gegenüber fürsorgebedürftigen Personen.

Außerdem grenzt Anna Geibel ihren Arbeitsalltag und ihre Freizeit voneinander ab, indem sie in ihrer Freizeit nicht über ihre Arbeit spricht. Für sie gilt, dass „*wenn man halt Freizeit hat dann ist Freizeit und Arbeit ist Arbeit und das sich das halt nicht alles so vermischt*“ (N/Z. 1140f.). Dadurch beschäftigt sie sich in ihrer Freizeit z. B. nicht mit den familiären Schicksalen der Kinder oder den Meinungsverschiedenheiten mit dem Kindergarten team und schützt sich vor psychischer Belastung. Sie löst die Trennung zwischen Berufstätigkeit und Freizeit nur auf, wenn sie davon ausgeht, dass ihr das Sprechen mit ihrem Partner über berufliche Belastungen helfen könnte.

Sich in Schutzräume zurückziehen: Parallel zum Ferngehalten-Werden von physischen und psychischen Krankheiten und zu Spannungsverhältnissen in der Familie nutzt Anna Geibel in ihrer Kindheit und Jugend Rückzugsmöglichkeiten, um sich (un)bewusst von Stressoren fernzuhalten. Ein imaginärer Schutzraum ist für sie als Kind das Verkleiden. Sie verkleidet sich zu Fasching im Karnevalsverein und grundsätzlich im Elternhaus „*super gerne*“ (N/Z. 174). Dadurch kann sie ihre Kreativität entfalten und erlebt Spaß als

Merkmal, sich psychisch gesund zu fühlen. Als Kind zieht sie sich auch in physische und soziale Schutzräume zurück (z. B. Taubenschlag des Opas (mütterlicherseits), eigenes Zimmer, Sportverein, Freundeskreis), die für sie zu psychischen Entlastungs- und sozialen Entfaltungsräumen werden. In den sozialen Interaktionen erlebt sie Zuwendung und im Alleinsein kann sie ihre Emotionen zulassen.

Als 20-Jährige wird die eigene Wohnung in der nächstliegenden Großstadt ihr Rückzugsort, wobei sie den natürlichen Abgrenzungsprozess von den Eltern mit dem familiären Umgang hinsichtlich der psychischen Erkrankung der Mutter verknüpft. Für sie ist der „*räumliche Abstand was das angeht auch nicht verkehrt auf jeden Fall*“ (N/Z. 326f.), um die physische Nähe und Distanz zu ihren Eltern und zum familiären Umgang mit gesundheitsbezogenen Lebenskrisen selbstständig zu regulieren.

Physische Rückzugsorte am Arbeitsplatz sind z. B. der Pausenraum oder die Sofaecke für die Mitarbeitenden. Anna Geibel nutzt diese Orte, um sich in ihren regulären Pausen aus dem Gruppengeschehen zurückzuziehen und für sich allein oder mit Kolleginnen im Gespräch zu sein. Während der direkten Arbeit mit den Krippenkindern kann sie sich vormittags mit wenigen Kindern in den Nachbarraum des Gruppenraums zurückziehen, um ein spezifisches Angebot in ruhiger Arbeitsatmosphäre durchzuführen. Die materiellen Rückzugsressourcen ermöglichen ihr eine temporäre Entlastung von physischen Stressoren (z. B. Lautstärke, Tragen von Kindern).

Für Anna Geibel ist ihr Gruppenteam ein sozialer Schutzraum am Arbeitsplatz. Das Zusammenarbeiten ist von Kollegialität, kontinuierlichem organisatorischen und fachlichen Austausch sowie gelingenden Alltagsroutinen geprägt. Sie nimmt soziale Anerkennung, Wertschätzung und Integriertsein wahr. Dies erlebt sie nur im Krippenteam, wohingegen die zwischenmenschlichen Konflikte im Gesamtteam der Kindertageseinrichtungen für sie anstrengend sind, wie z. B. starke Meinungsverschiedenheiten sowie müßige Diskussions- und Entscheidungsprozesse. Sie grenzen sich als Krippenteam bewusst vom Kindergartenteam ab, um sich vor sozialen Stressoren zu schützen. Der „*Vertrauensvorschuss*“ (N/Z. 906) der Einrichtungsleitung, Arbeitssituationen anhand ihrer beruflichen Erfahrungen und pädagogischen Haltung selbstständig organisieren zu dürfen, stärkt den Zusammenhalt im Krippenteam. Anna Geibel resümiert, dass sie als Gruppenteam „*eigentlich auch ganz gut für [sich] selber gesorgt*“ (E/Z. 964) haben und ihre Arbeitszufriedenheit dadurch gestärkt wird.

Berufliche Anforderungen und Bedürfnisse ausbalancieren: Anna Geibel erlebt, dass sie anhaltende physische Anforderungen (z. B. Tragen eines Kindes, lautes „*Wutgebrüll*“, E/Z. 103) und Situationen mit hoher Aufgabendichte (z. B. morgendliche Bringzeit in der Eingewöhnungszeit, Wickelzeit am Vormittag) nur zeitlich begrenzt aushalten kann. In solchen Arbeitssituationen kann sie „*gar nicht allen gerecht werden*“ (E/Z. 41f.). Für Anna Gei-

bel ist es „*so ein schmaler Grat*“ (N/Z. 1071), sowohl auf die Bedürfnisse der Kinder (z. B. „*Bedürfnis nach dem Tragen oder irgendwie dieses Schuckeln*“, E/Z. 671f.; Sicherheitsbedürfnis über physische Nähe) als auch auf ihr Gesundheitsverständnis, auf sich selbst achten zu müssen, einzugehen. Sie erklärt: „*erstrangig sind natürlich erstmal die Kinder dran, sage ich mal, nichtsdestotrotz gucke ich auch auf mich selber*“ (N/Z. 1060f.). Indem sie die Bedürfnisse der Kinder über ihr selbstorgende Geschütztsein stellt, erfüllt sie die beruflichen Anforderungen und folgt ihrem fürsorgenden Berufsverständnis.

Anna Geibel achtet auf ihre Bedürfnisse am Arbeitsplatz, wenn physikalische und soziale Stressoren (z. B. Lautstärke, körperliche Belastung) sie überfordern. Unter den situativen Arbeitsbedingungen wägt sie zwischen dem Aushalten der Anforderungen und dem Eingehen auf ihre Bedürfnisse ab (z. B. ein brüllendes Kind weiterhin beruhigen oder das Kind einer Kollegin geben, ein Angebot für alle Kinder oder für eine Kleingruppe anbieten). Sie nutzt auch gezielt Strategien des Ruhigwerdens (z. B. gelassen sein, leises Sprechen), um durch ihr verändertes Handeln den situativ erlebten Stress reduzieren und die situative Kontrolle zurückgewinnen zu können. Auch wenn sie nicht immer auf ihre Bedürfnisse achtet und auf sie eingehen kann, so nimmt sie sich dennoch im Ausbalancieren von Anforderungen und Bedürfnissen als selbstwirksam wahr.

Sich Fernhalten-Wollen bei physischem Kranksein: Ihre Erfahrungen, dass sie im Kindergarten- und Grundschulalter bei typischen physischen Infektionskrankheiten (z. B. Windpocken) zuhause bleiben musste, um sich zu regenerieren, übernimmt sie nicht automatisch als Berufstätige. Rückblickend ordnet sie das Zuhause-bleiben-Müssen als ein Ausgegrenzt-Werden von sozial-kulturellen Festen und nicht als eine gesundheitsbezogene Regenerationszeit ein. In den ersten Berufsjahren geht Anna Geibel mit physischen Gesundheitsbeschwerden zur Arbeit und begründet es mit ihrem perfektionistischen Arbeitsanspruch. Erst der Vergleich mit Kolleg*innen führt zur Selbstreflexion: „*so, wie dumme manche bleiben irgendwie wegen jedem Schnupfen zuhause und ich schleppe mich mit Fieber her ((zieht die Nase hoch)) und äh ja, hatte dann so gedacht ‚eigentlich hat ja niemand was davon‘*“ (N/Z. 623–625). Sie erkennt, sowohl nicht arbeitsfähig zu sein, da sie ihrem beruflichen Anspruch nicht gerecht wird, als auch ihre gesundheitsbezogene Überzeugung – auf sich selbst achten zu müssen – nicht zu erfüllen. Diesen Lernprozess gesteht sie ein, indem sie erzählt, dass „*wenn man krank ist @zuhause bleibt@ das musste ich ja auch erst lernen sage ich mal, aber ähm ja (.) auch so was ist halt auf sich selber achten*“ (N/Z. 1405f.).

Sie betont dennoch, dass sie sich „*eigentlich fast immer gesund [fühle] (.) ähm seit zwei Jahren nicht einen Tag krank*“ (N/Z. 620f.) war. Sie ist stolz, dass sie keine krankheitsbedingten Fehltag am Arbeitsplatz hat, und begründet dies mit den eigenverantwortlichen Handlungsstrategien im Ausbalancie-

ren von Grenzen, dem Aufbrechen familiärer Kommunikationsformen und ihrem selbstsorgenden Umgang mit Ressourcen.

Gesundheitsgefahren vermeiden: Im Krippenteam nutzen sie verschiedene Hygienestrategien zum Fremd- und Selbstschutz, z. B. Hände und Wickelunterlage nach dem Wickeln eines Kindes desinfizieren, Spielzeug in unregelmäßigen Abständen und den Essbereich nach jeder Mahlzeit säubern oder nach jeder Mahlzeit mit den Kindern die Hände waschen. Materielle Ressourcen (z. B. Desinfektionsmittel, Handschuhe) unterstützen, die Infektionsgefahr mit Keimen und Bakterien zu reduzieren und dadurch Gesundheitsgefahren für die Kinder und sich selbst zu vermeiden. Dabei hat Anna Geibel einen Wandlungsprozess von der Begründung über die haptische Wahrnehmung des Kindes während der beziehungsorientierten Pflege hin zum Fremd- und Selbstschutz vollzogen: *„ich dachte halt immer, das ist ja für das Kind blöd, wenn ich da irgendwie mit diesen Gummiplastikhandschuhen da am Wickeln bin (.) und mich selber hat's jetzt nicht so gestört, deswegen habe ich mir erst immer keine angezogen, bis ich irgendwann mal auf die Idee kam, dass das ja vielleicht auch wenn irgendwie Krankheiten rumgehen oder so auch nicht so toll ist, wenn ich da 15 Kinder wickele und ähm genau deswegen versuche ich mir halt immer Handschuhe anzuziehen auf jeden Fall“* (E/Z. 920–925). Dadurch hält sie nun institutionell vorgegebene Hygienemaßnahmen und ihr subjektives Gesundheitsverständnis, auf sich selbst achten zu müssen, ein.

Vom Auffüllen bis zum Stärken – individuelle Ressourcen selbstsorgend nutzen

Anna Geibel nutzt gesundheitsbezogene Alltagspraktiken, mit denen sie auf physischer, psychischer und sozialer Ebene *„auf sich selber gut achtgeben“* (N/Z. 84) kann und sich als selbstwirksam erlebt.

„mit Ernährung beschäftigt“ (N/Z. 495) sein: Anna Geibel hat sich während der krankheitsbedingten Abwesenheit ihrer Mutter (2009) und während ihrer Ausbildung (2010–2014) *„privat auch so total mit Ernährung beschäftigt“* (N/Z. 495). Ihre Verantwortungsübernahme für den Haushalt als Jugendliche und ihr Interesse am Kochen führen dazu, dass sie sich gerne über Ernährungsformen (z. B. Vegetarismus, zuckerfreie Ernährung) informiert und diese umsetzt. Sie erlebt unerwartete Auswirkungen der veränderten Ernährung – *„total krass wie man auf einmal nicht mehr müde war @(.)@//@(.)@// einfach so da war und fit war“* (N/Z. 585f.) –, die ihre Überzeugung stärken, dass sie durch ihre Ernährung selbstsorgend ihre Gesundheit positiv beeinflussen kann.

Sich mit Ernährung zu beschäftigen, bedeutet für sie auch, soziale Verantwortung zu übernehmen. Ihre Erfahrungen, dass sie ein überzeugendes Vorbild für ihr soziales Umfeld sein kann (z. B. weiterführende Schule: Mitschüler*innen, Ausbildungspraktikum: Menschen mit Behinderung in einer Wohngruppe), bestärken ihre Einstellung als pädagogische Fachkraft, „*das auch ja an die Kinder so ein bisschen weiterzugeben*“ (N/Z. 595f.). Sie möchte die Kinder und deren Eltern für eine ausgewogene Ernährung sensibilisieren und bei den Eltern die gesundheitliche Verantwortung aktivieren: „*ich denke halt, dass [...] man das sowohl den Kindern das weitergeben muss als auch die Eltern in die Verantwortung nehmen. das ist einfach (.) wichtig*“ (N/Z. 604–608). Gleichzeitig hat sie den Fürsorgeauftrag, darauf zu achten, dass die Kinder in ihrer Krippengruppe ausreichend essen. Um der Verantwortung und dem Anspruch nachzukommen, gehen sie als Krippenteam auf verschiedene kulturell geprägte Nahrungsmittel der Kinder ein und kaufen die Lebensmittel für das Frühstück gemeinsam mit den Kindern ein.

Ausgleichenden Freizeitaktivitäten nachgehen: Anne Geibel ist als Erwachsene überzeugt, „*dass ähm man irgendwie seine Freizeit dann auch nutzt, um seine Ressourcen auch wieder aufzufüllen*“ (N/Z. 1132f.). Einerseits stärken ihre Freizeitaktivitäten ihren Gesundheitszustand, sich gesund zu fühlen, und andererseits halten sie ihre physische Arbeitsfähigkeit aufrecht. Im Jugend- und Erwachsenenalter treten die gesundheitsbezogenen Aspekte der Freizeitaktivitäten in den Vordergrund, denn sie erlebt, „*dass mir das guttut*“ (N/Z. 131). Wenn sie mit ihren Freundinnen zusammen ist, erlebt sie unbeschwerte Geselligkeit (z. B. Essen gehen, Geburtstage feiern) und Verständnis für ihre psychischen Belastungen. Als Erwachsene treibt Anna Geibel individuellen Ausdauersport wie Joggen und Schwimmen. Zur Unterstützung nutzt sie Ressourcen wie das Joggen mit ihrem Partner und die verfügbare Schwimmkarte, die sie durch die Trägerschaft der Kindertageseinrichtung erhält. Hingegen spielt sie während ihrer Kindheit und Jugend (6–16 Jahre) Tischtennis im Ortsverein, was ihr ermöglichte, sich durch den Mannschaftssport in soziokulturelle Strukturen zu integrieren. Für Anna Geibel sind Freizeitaktivitäten von großer Bedeutung, da sie ihr helfen, berufliche und private Anforderungen und Belastungen auszugleichen.

Positives Einordnen von Lebensereignissen: In der Reflexion ihres Lebensverlaufs nimmt Anna Geibel eine kausale Lebensdeutung vor und schreibt lebensprägenden Erfahrungen (z. B. soziale Abwesenheits- und Verlusterfahrung, familiäres Ferngehalten-Werden von Krankheiten) eine Sinnhaftigkeit zu: „*was ich auch inzwischen denke, wenn das halt nicht alles so gewesen wäre, dann wäre ich heute auch nicht so wie ich bin. [...] habe ich mich dadurch auch entwickelt und (.) ja auch ganz schön früh ganz schön viel Verantwortung getragen und ich war halt dann total selbstständig*“ (N/Z. 305–

309). Sie fokussiert ihre positiven Persönlichkeitsmerkmale, die sie nun im privaten und beruflichen Kontext nutzt.

Phänomenbeschreibung

Das „*Schlüssel(.)erlebnis*“ (N/Z. 83) – der familiäre Umgang mit der psychischen Erkrankung ihrer Mutter – als kritisches, gesundheitsbezogenes Lebensereignis wird als etwas Positives bilanziert und mit dem Handlungsanspruch verknüpft, „*auf sich selber gut achtgeben*“ (N/Z. 84) zu müssen. Der Anspruch fokussiert die eigenverantwortliche Aufgabe und das damit verbundene gesundheitsbezogene Verständnis, dass Gesundheit durch selbstsorgendes Handeln aufrechterhalten werden muss. Von der erfahrungsbasierten Selbsterkenntnis ausgehend, was einem gesundheitlich guttut, können gesundheitsbezogene Handlungsstrategien entwickelt, übernommen oder verändert und schließlich unter den jeweiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen genutzt werden. Die Selbstdeterminiertheit umfasst, dass Bedingungen der Lebenswelt beeinflusst werden können und eigenen Bedürfnissen entsprechend gehandelt werden kann. Auf der internalen Kontrollüberzeugung und den Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten basierend, müssen die verschiedenen Ausprägungen der gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien selbstbestimmt im privaten und beruflichen Umfeld genutzt werden. Die verschiedenen Handlungsstrategien zur gesundheitsbezogenen Selbstsorge verdeutlichen eine handhabbare Aufrechterhaltung von Gesundheit. Die subjektive Gesundheitstheorie umfasst die Kausalität, dass die gelingende Nutzung der gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien dazu führt, sich selbst und andere Menschen von Gesundheitseinschränkungen und -beschwerden fernzuhalten und dadurch für- und selbstsorgend Gesundheit zu schützen und gegebenenfalls zu regenerieren. Gesundheit wird dabei als mehrdimensionaler Zustand verstanden.

Physisch gesund zu sein umfasst, handlungsfähig und arbeitsfähig zu sein. Durch die gelingende Verwendung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien und erwarteten bzw. nicht erwarteten positiven Konsequenzen entsteht ein Selbstwirksamkeitserleben, sodass eine Handlungssicherheit entsteht. Dies bestärkt, die gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien weiterhin zu nutzen und gegebenenfalls den situativen Bedingungen in den jeweiligen Arbeits- und Lebenskontexten anzupassen. Anpassungen basieren auf Wandlungsprozessen der individuellen Einstellung und Überzeugung sowie auf externen Anforderungen.

Gesundheit kann auch durch Stressoren reduziert werden, wodurch Gesundheitseinschränkungen und -beschwerden entstehen können. Physische und psychische Gesundheitsbeschwerden, die sozial als krank bezeichnet werden, zeigen sich auf physischer, psychischer und sozialer Ebene und sind

durch unterschiedliche Ausprägungen (Auftreten, Verlauf, Dauer, Intensität usw.) gekennzeichnet. Sie wirken sich auf das Subjekt und/oder auf das soziale Nahfeld aus. Je nach Ausprägung, krank zu sein, müssen gesundheitsbezogene Handlungsstrategien des Lai*innengesundheitssystems oder die Expertise aus dem professionellen Gesundheitssystem genutzt werden, um Gesundheit wieder herzustellen. Demnach wird Gesundheit als dynamisch betrachtet, denn einerseits kann sie durch gesundheitsförderliches Handeln und Ressourcen regeneriert und andererseits durch Überforderungen und externe Stressoren reduziert werden. Gesundheit ist ein dichotomes Konstrukt, das durch physiologische altersabhängige Entwicklungs- und Abbauprozesse und durch stressorenbedingte Abbau- und ressourcenbezogene Regenerationsprozesse einer lebenslangen Dynamik unterliegt.

Die gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien sind unter verschiedenen Lebensbedingungen und biografischer Prägung in eigenverantwortliche Handlungsstrategien übergegangen und eng mit materiellen, zeitlichen und sozialen Ressourcen verknüpft. Individuelle und externe Ressourcen sowie Stressoren (z. B. physiologischer Entwicklungsprozess, Kommunikationsfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein, soziale Anerkennung, materielle Rückzugsorte, anhaltende Lautstärke, soziale Konflikte) beeinflussen die Verwendung von gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien. Ressourcen, die situativ oder kontinuierlich genutzt werden können, stärken die Handhabbarkeit der gesundheitsbezogenen Selbstsorge und ermöglichen die fortwährende Aufgabe, Gesundheit vorsorgend zu schützen.

6.2 Petra Winter – Gesundheit als pragmatisches Unbeschwertsein

Als Petra Winter und ihre Zwillingsschwester im Februar 1960 geboren werden, beginnt ihr Verbundensein mit der ländlichen Herkunftsregion ihrer Großeltern und Eltern. Familie Winter wohnt mit im Eigenheim der Großeltern (mütterlicherseits), mit denen Petra Winter viel Zeit verbringt und zu denen sie eine enge Beziehung entwickelt. Vom alltäglichen Familienleben erzählt sie z. B. das Aushandeln des abendlichen Fernsehens und die Unterstützung ihrer Mutter bei den Hausaufgaben. Das enge Verbundensein mit ihrer Zwillingsschwester ist für sie eine wichtige soziale Ressource, da es mit der vier Jahre „*älteren Schwester [...] nicht so doll [ist]*“ (N/Z. 207f.). Da Petra Winter bei der Hausgeburt „*20 Minuten später gekommen*“ (N/Z. 11) ist, ist sie die Jüngste von drei Töchtern. Aufgrund ihrer schwachen physischen Konstitution schlussfolgert die Hebamme: „*also das wird wohl nichts werden*“ (N/Z. 12f.), und sie und ihre Zwillingsschwester müssen im städtischen Krankenhaus versorgt werden. In ihrer Kindheit wird krank zu sein in

der Familie thematisiert, wenn auf physische Gesundheitsbeschwerden reagiert werden muss (z. B. Mumps, Röteln, verstauchte Knöchel). Sie lernt ein selbstverständliches Einhalten medizinisch-vorgebender Unterstützung und ein pragmatisches Umgehen mit physischen Gesundheitsbeschwerden kennen: „*das ist dann eben so [...] wurde kein großer Ast gemacht*“ (N/Z. 1700f.). Sie selbst verwendet als Erwachsene im Privaten und Beruflichen „*nicht so viel Zeit drauf oder auch Gedanken [...], auf gesund oder krank zu sein*“ (N/Z. 1648f.). Sie fasst für sich zusammen: „*ich bin gesund und habe auch ein paar Melischen*“ (N/Z. 1634f.).

Gesundheit ist für Petra Winter ein Zustand physisch gesund zu sein, in dem private Handlungs- und berufliche Arbeitsfähigkeit besteht, auch wenn physische Gesundheitseinschränkungen, sogenannte Melischen, erlebbar sind. Wenn Gesundheit besteht, ist keine Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit notwendig.

„*Melischen*“ (N/Z. 1635) können zeitlich andauern (z. B. Atemprobleme) und temporär auftreten (z. B. Schmerzen im Knie und im Arm). Petra Winter macht sich „*keine großen Gedanken*“ (E/Z. 782) um physische Gesundheitsbeschwerden und -einschränkungen, da sie gesundheitsbezogene Handlungsstrategien hat, um handlungs- und arbeitsfähig zu sein (siehe Abbildung 3). Sie stellt fest, dass sie dadurch zuverlässig am Arbeitsplatz ist und „*nicht einen Tag krankgeschrieben war*“ (N/Z. 1637).

Zum generationsübergreifenden Verbundensein erzählt Petra Winter, wie ihr Großvater (mütterlicherseits) und Vater sie unterstützen, indem ihr Großvater sie auf immaterielle (z. B. häufiges Zusammensein) und finanzielle (z. B. Geschenke, Fahrschule) Weise seit ihrer Kindheit unterstützt und ihr Vater sie fürsorgend unterstützt (z. B. Muttermilch ins Krankenhaus bringen, Schwimmen beibringen). Gleichzeitig erlebt sie deren Entscheidungen als verpflichtende Vorgabe, indem ihr Vater entscheidet, dass sie z. B. zum Konfirmandenunterricht gehen muss und sie als schwangere 17-Jährige heiraten muss. Sie entwickelt ein angepasstes Reagieren auf soziale Erwartungen, indem sie fremdbestimmte Entscheidungen ohne kommunikatives Aushandeln oder Verweigern annimmt.

Als 15-Jährige ist Petra Winter zum ersten Mal mit einer fremdbestimmten Entscheidung konfrontiert, die sie nicht hinnehmen will. Als sie sich nach ihrem Hauptschulabschluss für einen Ausbildungsplatz als Kinderpflegerin an der regionalen Frauenfachschule bewirbt, hat ihre Freundin „*eine Zusage und ich eine Absage. und da habe ich gesagt ,kann ja nicht sein! ich habe ein viel besseres Zeugnis. 'ne? (.) und dann ((räuspert)) bin ich mit meinen Eltern hin, habe da ein Veto eingelegt und dann habe ich die Zusage [...] gekriegt*“ (N/Z. 631–634). Ihr Widerspruch ist durch die bestehende berufliche Alternativlosigkeit und ihre berufliche Vorstellung, dass sie „*was mit Menschen machen wollte, speziell mit Kindern*“ (N/Z. 28f.), motiviert. Dass ihr

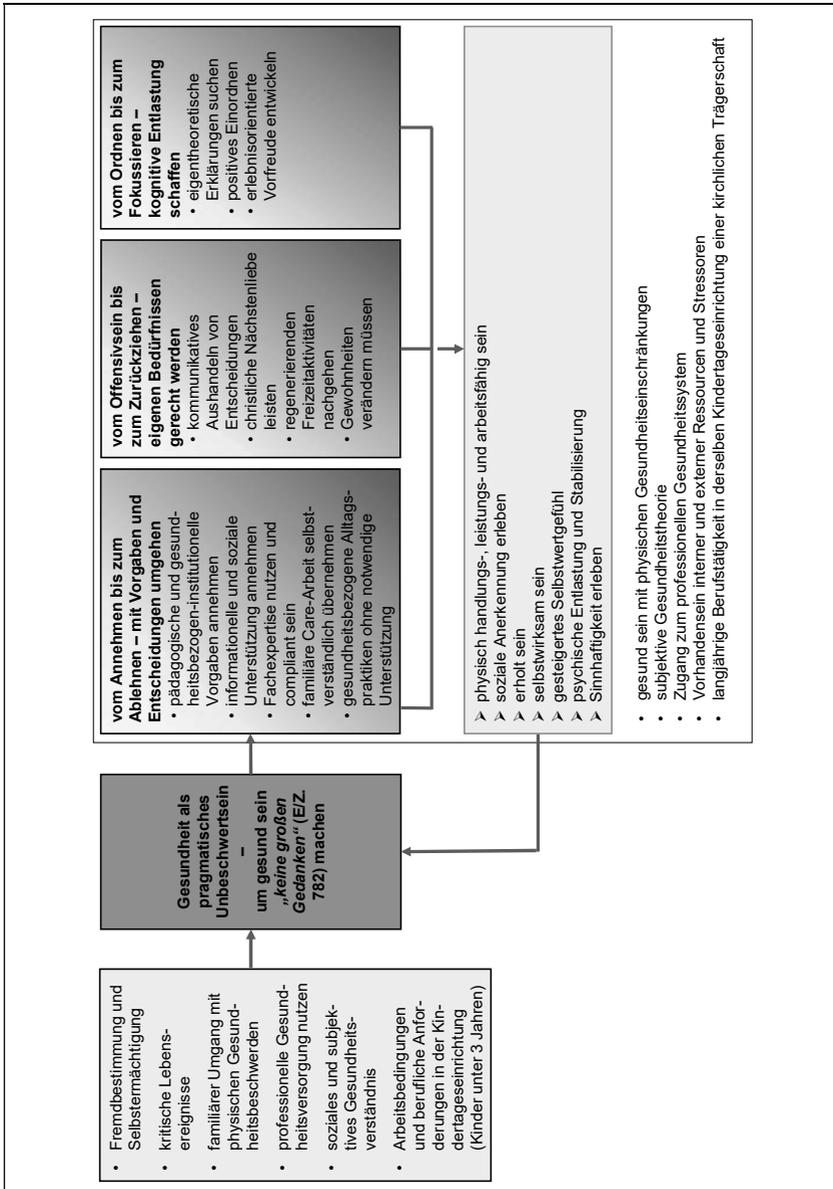


Abbildung 3: Gesundheitsbezogene Handlungsstrategien der pädagogischen Assistentin Petra Winter – Gesundheit als pragmatisches Unbeschwertsein (eigene Darstellung)

Eintreten gegen die Benachteiligung richtig war, unterstreicht sie, indem sie neben der Berufsausbildung ihren Realschulabschluss absolviert und durch die doppelte Bildungsanforderung ihre hohe Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit verdeutlicht. Trotz der zusätzlichen Anforderungen der Schwangerschaft, der Geburt ihrer Tochter und der Heirat im zweiten Ausbildungsjahr bricht sie die Ausbildung nicht ab. Rückblickend „*bin ich dann auch stolz, dass ich das dann geschafft habe*“ (N/Z. 2507f.). Sie ordnet diesen Wendepunkt als ein kritisches Lebensereignis ein, dass sie trotz verschiedener Anforderungen und schwierigen Lebensbedingungen leistungsfähig ist. Hingegen wird ihr Lebenstraum, im Ausland zu arbeiten, aufgrund der sozialen Veränderungen nicht wahr.

Vom Annehmen bis zum Ablehnen – mit Vorgaben und Entscheidungen umgehen

Im Erwachsenenalter nimmt Petra Winter weiterhin fremdbestimmte Entscheidungen und Vorgaben aus ihrem sozialen Umfeld und von Professionellen im Gesundheitssystem selbstverständlich an. Dabei findet kein kommunikatives Aushandeln statt, wenn sie die Fremdbestimmung als handlungsunterstützend erlebt und somit keine weitere kognitive Auseinandersetzung notwendig ist. Das Annehmen und Erfüllen von Vorgaben und Entscheidungen erlebt Petra Winter als psychisch entlastend. Ihr Umgang mit Fremdbestimmung führt einerseits zur Vermeidung potenzieller sozialer Konflikte und bewirkt soziale Harmonie, andererseits wird sie somit beruflichen und privaten Anforderungen gerecht, wodurch insbesondere eine berufliche Zufriedenheit entsteht.

Pädagogische und gesundheitsbezogen-institutionelle Vorgaben annehmen: Aufgrund des Wechsels vom Kindergarten in die Krippe vor sechs Jahren musste sich Petra Winter an die neue Arbeitsweise und -haltung gewöhnen, Kinder zu beobachten und auf deren Bedarfe zu reagieren, anstatt Angebote vorzugeben: „*das war erstmal so=n Umgewöhnen, Zurücknehmen. //mhm// ne? Zurücknehmen, weil meine Kollegin Frau Kern, die hat so=n dreiviertel Jahr dieses extra für Kleinstkinder so=n äh längere Workshop alles gemacht //ja// und wenn da irgendwas- sie hat mir immer viel erzählt und sie haben eben gesagt- mir eben gesagt also jetzt zurücknehmen, wir sind jetzt nicht mehr die Bebasteler, Bespieler, sondern wir sind die Beobachter und arbeiten nur nach dem Bedarf des Kindes. [...] finde ich 'n sehr angenehmes Arbeiten*“ (E/Z. 517–525). Vom aktiv-dominanten Vorgeben im Kindergarten muss sie ihr pädagogisches Arbeiten zum aktiv-zurückhaltenden, gezielten Beobachten verändern und responsiv auf (non)verbal signalisierte Bedürfnisse der Kinder eingehen. Sie übernimmt die auf Fachwissen basierenden Vorgaben ihrer Kollegin, ohne sich die Gründe für dieses Arbeiten er-

klären zu lassen. Sie erlebt die Vorgaben zum einen als Unterstützung bei der Umsetzung der pädagogischen Konzeption und zum anderen als Unterstützung im eigenen Gewöhnungsprozess an die für sie neue Arbeitshaltung. Das Annehmen pädagogischer Vorgaben wird verstärkt, indem sie erlebt, wie das entwicklungsbegleitende Arbeiten sie psychisch entlastet.

Mit dem Eingehen auf die Bedarfe der Kinder geht jedoch einher, eine „ganz andere Nähe“ (E/Z. 528) zu zulassen. Für Petra Winter ist es „ne neue Herausforderung“ (E/Z. 526f.), auf das Bedürfnis der Kinder nach physischer Nähe (z. B. auf dem Schoß sitzen, auf dem Arm tragen) einzugehen. In Pflegesituationen reagiert sie auf die kindlichen Bedürfnisse und ist mit den Kindern entweder „andauernd im Dialog, also man ist immer am Sabbeln“ (E/Z. 707) oder „beide [sind] mal ruhig, müssen ja auch nicht erzählen“ (E/Z. 711). Die pädagogische Haltung sei dabei, „immer dem Kind zugewandt“ (E/Z. 708f.) zu sein und über die wahrnehmende, (non)verbale Zuwendung die sozialen Beziehungen zu gestalten. Bei den Eltern achtet sie trotz intensiver Gespräche (z. B. familiäre Ereignisse, Kindesentwicklung) darauf, über das Siezen sich selbstsorgend abzugrenzen. Sie kann im Umgang mit der sozialen Nähe auf keine vorgebende Unterstützung zurückgreifen und versucht durch selbst entwickeltes Vorgehen, fürsorgend den Bedürfnissen der Kinder und Eltern gerecht zu werden.

Petra Winter hält mit ihrer langjährigen Kollegin die institutionellen Vorgaben der evangelischen Kindertageseinrichtung ein, indem sie z. B. die pädagogische Konzeption in der Krippengruppe umsetzen, Elterngespräche führen oder mit den Kindern zu Veranstaltungen in die Kirche gehen. Sie erlebt diese Vorgaben als unterstützende Orientierung für ihre Berufstätigkeit. Durch die Vorgabenerfüllung muss sie sich nicht kognitiv mit der Arbeitsausführung beschäftigen.

Gesundheitsbezogen-institutionelle Vorgaben hält Petra Winter ein und arbeitet bei spezifischen Erkrankungen, insbesondere ansteckenden physischen Gesundheitsbeschwerden (z. B. Magen-Darm-Erkrankung), nicht: „*ich bin echt krank, ich bleibe zuhause*“ (E/Z. 553). Wenn physische Gesundheitsbeschwerden (z. B. starke Kopfschmerzen) während der Arbeitszeit entstehen, geht sie nach Hause und legitimiert dies über die Anweisung der Einrichtungsleitung als weisungsbefugte Person. Die institutionellen Vorgaben und Anweisungen unterstützen Petra Winter mental, bei Gesundheitsbeschwerden legitimiert zuhause zu bleiben bzw. nach Hause zu gehen. Sie ist stolz, dass beides selten vorkommt und sich die Familien, Kolleginnen im Gruppenteam und Einrichtungsleitung auf sie verlassen können.

Die institutionell vorgegebene Informationspflicht und gesundheitsbezogene Vorgaben versteht Petra Winter als eindeutige Arbeitsvorschriften. Sie bezieht sich darauf, wenn sie Eltern anrufen und sie bitten muss, ihr krankes Kind z. B. bei Fieber aus der Krippe abzuholen, oder wenn sie alle Eltern über ansteckende Erkrankungen (z. B. Bindehautentzündungen, Hand-Mund-

Fuß-Erkrankung) in der Kindertageseinrichtung informiert. Die Arbeitsschutzmaßnahme, beim Wickeln Handschuhe anzuziehen, erklärt sie den Kindern als Hygienevorgabe, die sie einhalten muss. Dies sei „*schon alleine aus Selbstschutz*“ (E/Z. 720) wichtig, um sich vor Ansteckung zu schützen. Hingegen sind routinierte Hygienemaßnahmen (z. B. Körperhygiene: Hände waschen, Mund waschen; das Reinigen der Tische und Stühle) keine institutionellen Vorgaben.

Informationelle und soziale Unterstützung annehmen: Petra Winter erhält spezifische Informationen von verschiedenen Personen (z. B. Vater, Freundin, Kollegin). Als 37-Jährige kehrt sie mit ihrem Ehemann nach einem einjährigen Auslandsaufenthalt nach Deutschland zurück und bekommt keine informationelle Unterstützung durch das Arbeitsamt bei ihrer Suche nach einer Erwerbstätigkeit. Anstatt einer Handlungsvorgabe erhält sie den Handlungsauftrag, sich „*selber darum kümmern*“ (N/Z. 109) zu müssen. In dieser Zeit wird ihre Freundin zur sozialen Unterstützungsressource, die sie über die Erwerbsmöglichkeit im Münzhandel informiert. Durch diese Tätigkeit erlebt sich Petra Winter als physisch belastbar und leistungsfähig außerhalb der familiären Care-Arbeit. Drei Jahre später informiert ihr Vater sie über eine freie Arbeitsstelle im örtlichen Kindergarten. In Verbindung mit dem beruflichen Ankommen in ihrem Ausbildungsberuf erzählt sie erstmalig von reflexiven Fragen und deutet ein inneres und äußeres Aushandeln an: „*dann habe ich gesagt ‚ich würde gern erst einmal Praktikum machen (.) dann können wir uns erstmal beschnuppern.‘ passt das überhaupt? ist es nochmal was?*“ (N/Z. 127–129). Die unbefristete Arbeitsstelle wird für sie zur sozialen Ressource, durch die sie soziale Anerkennung erlebt und der sie eine hohe Bedeutung zuschreibt, da sie ihrem ursprünglichen Berufsinteresse nachgehen kann.

Petra Winter nimmt spezifische Gesundheitsinformationen von einer Kollegin an, da keine eigentheoretischen und medizinischen Erklärungen „*das Gefühl, meine Beine und meine Arme sind so schwer*“ (N/Z. 1593), verstehbar und handhabbar machen. Das verständliche Erklären und ihr Vertrauen in das gesundheitsbezogene Erfahrungswissen des Ehemanns der Kollegin führen dazu, dass sie Nahrungsergänzungsmittel einnimmt. Aufgrund der eintretenden Linderung ihrer physischen Gesundheitsbeschwerden, setzt sie die gesundheitsbezogene Information weiterhin um.

Die hohe Kollegialität im Krippenteam ist für Petra Winter eine soziale Ressource, um berufliche Anforderungen (z. B. eine Krippengruppe aufbauen und etablieren, in Vollzeit und Schichtdienst arbeiten) leistungsfähig zu erfüllen. Die Erfahrungen, den beruflichen Anforderungen mithilfe hoher kollegialer Unterstützung gerecht zu werden und soziale Anerkennung zu erhalten, stärken ihr Selbstwertgefühl. Die langjährige Zusammenarbeit führt auch dazu, dass die Kolleginnen im vertrauensvollen Miteinander über psychosoziale Belastungen und physische Überforderungen sprechen und sich gegenseitig

entlasten (z. B. Übernahme oder Tausch der Aufgaben, zuhören und Empathie zeigen).

Fachexpertise nutzen und compliant sein: Als Kind erlebt Petra Winter, physische Gesundheitsbeschwerden (z. B. Infektionserkrankungen, Verstauchungen) im professionellen Gesundheitssystem behandelt zu lassen. Ihre Eltern nutzen die medizinische Fachexpertise der ambulanten Gesundheitsversorgung und folgen den ärztlichen Anweisungen. Sie muss sich nach der jeweiligen medizinischen Behandlung ausruhen (z. B. auf dem Sofa liegen, ruhig sitzen) und übernimmt das Verhalten, compliant zu sein. Rückblickend deutet sie, dass sich die frühkindliche Zuschreibung „*das wird wohl nichts werden*“ (N/Z. 13) aufgrund der medizinischen Versorgung nicht bewahrheitet hat.

Als Erwachsene nutzt Petra Winter die Fachexpertise im professionellen Gesundheitssystem bei physischen Gesundheitsbeschwerden (z. B. Refluxerkrankung, reduzierte Lungenfunktion), wenn ihr eigene Erklärungen fehlen und Handlungsunsicherheit entsteht. Medizinische Erklärungen unterstützen sie, Gesundheitsbeschwerden „*ein[zu]ordnen und dann ist es gut. dann kann ich damit umgehen*“ (N/Z. 1632f.). Daraus folgt, dass sie sich keine weiteren Gedanken um ihre Gesundheit machen muss: sie „*geht regelmäßig zum Arzt, macht das was der sagt und dies und jenes und dann war's das für mich*“ (N/Z. 1657f.). Diese kognitive und pragmatische Handlungsstrategie begründet sie anhand der sozialen Prägung, dass in ihrer Kindheit und Jugend keine anhaltende Beschäftigung mit krank sein in ihrer Familie stattfand: „*das Krankheit in dem Sinne immer ein Thema war, ne (.) bin ich nicht mit großgeworden. und deshalb äh habe ich da auch nie äh große Gedanken drum gehabt*“ (N/Z. 1655–1657). Mit ihrer Compliance erfüllt sie normative Erwartungen an sich selbst als Patientin und legitimiert darüber, sich wenig mit gesund sein und krank sein zu beschäftigen. Die ärztlichen Erklärungen und gesundheitsbezogenen Vorgaben unterstützen die Handhabbarkeit gesundheitskritischer Situationen, wobei für sie die gesundheitsbezogene Verantwortung sowohl bei ihr selbst als auch bei medizinischem Fachpersonal liegt.

Petra Winter erzählt nur eine Situation, in der sie sich der ärztlichen Expertise widersetzt. Als 18-Jährige muss sie ihre einjährige Tochter mit lebensbedrohlichen physischen Gesundheitsbeschwerden stationär behandeln lassen. Jedoch entscheidet sie selbstbestimmt aufgrund der psychischen Belastung (z. B. Besuche mit physischem Abstand, kein Wiedererkennen durch die Tochter), ihre Tochter nach einer Woche nach Hause zu holen.

Familiäre Care-Arbeit selbstverständlich übernehmen: Nach der Hochzeit ziehen Petra Winter und ihr Mann in eine Dreizimmerwohnung im Nachbarort ihres Geburtsortes, und sie übernimmt die familiäre Care-Arbeit (z. B. Haushalt führen, Betreuung der Tochter). Ab dieser Zeit entsteht ein Wechsel aus Zeiten ausschließlicher familiärer Care-Arbeit und Zeiten paralleler Er-

werbstätigkeit, wobei sich letztere an den Anforderungen familiärer Care-Arbeit orientiert. Ihre Erwerbstätigkeit wird durch die Kompatibilität von institutioneller Betreuung der Tochter, familiärer Care-Arbeit, ihrer Arbeitszeit und die ihres Ehemannes bestimmt. Jedoch gibt sie ihre Erwerbstätigkeiten (z. B. Bäckerei, Blumenladen) auf, wenn familiäre Ereignisse dies erfordern (z. B. keine Ganztagsbetreuung der Tochter in der Grundschule, Berufstätigkeit des Ehemanns in Nordamerika). Sie übernimmt auch selbstverständlich kurzzeitig (z. B. ganztägige Betreuung ihres Neffen) und langfristig (z. B. Versorgung des verwitweten Großvaters (mütterlicherseits)) familiäre Fürsorge. Sie relativiert zwar ihre soziale Unterstützung (z. B. einkaufen gehen, Tabletten stellen), da sie sich *„ein bisschen um ihn gekümmert“* (N/Z. 192) habe, betont jedoch gleichzeitig ihre Leistungsfähigkeit, ohne selbst soziale Unterstützung bei der Mehrfachanforderung zu erhalten: *„ich war verheiratet, so jetzt hast du Haushalt, Kind, Mann und jetzt musste damit klarkommen müssen. es war jetzt nicht so, dass laufend einer auf der Matte gestanden hat und gesagt hat ‚Mensch du, machen wir mal‘. sondern da musste ich wirklich zusehen, wie ich das wuppe“* (N/Z. 2509–2511). Sie erlebt sich in der fürsorgenden Care-Arbeit als selbstständig und leistungsfähig.

Mittlerweile erlebt Petra Winter familiäre Care-Arbeit als stressig, wenn sie ungeplante, zeitlich terminierte Vorgaben erhält. Wenn sie sich daraufhin Gedanken machen muss, wie sie ihre Arbeitszeit ändern und ihre Arbeitsaufgaben und die privaten Anforderungen koordinieren muss, *„das beschäftigt [sie] dann auch schon [...] das ist dann für [sie] Stress“* (N/Z. 2367f.). Das Stresserleben löst sich erst auf, wenn sie die Vereinbarkeit der verschiedenen Anforderungen *„wieder überschauen“* (N/Z. 2379) kann.

Gesundheitsbezogene Alltagspraktiken ohne notwendige Unterstützung:

Petra Winter verbindet mit der Selbstmedikation eine zeitnahe Reduzierung und Auflösung physischer Gesundheitsbeschwerden. Wenn sie beispielsweise Kopfschmerzen hat, nimmt sie sofort Tabletten ein, da keine anderen Handlungsstrategien ihre Kopfschmerzen reduzieren oder auflösen. Sie begründet die Selbstmedikation auch mit ihrem Arbeitsanspruch der Zuverlässigkeit und legitimiert die gesundheitsbezogene Handlungsstrategie darüber, dass einerseits sich ihre Kollegin ebenso verhält und andererseits für die Kinder ungewohnte personelle Veränderungen durch eine Vertretungsperson aus dem Kindergarten erfolgen würde. Sie betont, dass sie *„nicht so=n Typ [ist], der dauernd krank macht //mhm//, aber äh da überlegt man sich’s noch zehnmal mehr und sagt ‚ne: das schaff ich heute schon‘“* (E/Z. 572–574). Dabei stellt sie die Fürsorge der Kinder über ihre physische Gesundheit. Sie ist stolz, keine krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitstage zu haben, obwohl sie weiß, dass sie dafür *„keine Plakette“* (N/Z. 1636) von der Trägerschaft erhält. Jedoch stärkt die soziale Anerkennung der Kinder und deren Eltern ihr Selbstwertgefühl.

Hingegen lehnt Petra Winter gesellschaftliche Ernährungstrends (z. B. Chiasamen essen, spezielle Säfte trinken) ab, die die Gesunderhaltung unterstützen sollen und die ihr verschiedene Personen (z. B. Schwester, Kollegin) empfehlen: „*ich mache jetzt nicht jeden Trend mit [...] das ist jetzt nicht meins. damit beschäftige ich mich nicht*“ (N/Z. 1540–1559). Sie begründet dies mit ihrer kritischen Haltung und ihrem Misstrauen gegenüber Gesundheitstrends sowie mit ihrer chronischen „*Refluxkrankheit*“ (N/Z. 1546). Durch das selbstbewusste Ablehnen distanziert sie sich vom sozialen Zwang und erlebt sich als selbstwirksam, da sie sich an ihrer Einstellung orientiert.

Vom Offensivsein bis zum Zurückziehen – eigenen Bedürfnissen gerecht werden

Petra Winters bedürfnisbasiertes Zurückziehen ins Private führt zur physischen Regeneration und psychischen Entlastung, sodass sie arbeitsfähig ist. Hingegen tritt sie in kritischen Lebenssituationen kommunikativ offensiv in Aushandlungen für sich selbst und durch christliche Nächstenliebe für andere Menschen ein und erlebt sich dabei als wirkmächtig.

Kommunikatives Aushandeln von Entscheidungen: Als ihr Mann zum zweiten Mal (2006–2009) im Ausland arbeiten muss, gibt Petra Winter ihre unbefristete Erwerbstätigkeit in der Kindertageseinrichtung nicht auf: „*da habe ich gesagt ,ne: die Arbeit gebe ich nicht wieder auf, das kriege ich nicht wieder*“ (N/Z. 1311f.). Ihre selbstbestimmte Entscheidung basiert auf der sozialen Anerkennung und Zufriedenheit am Arbeitsplatz und auf ihrem Willen, die sinngebende Erwerbstätigkeit zu behalten. Als Folge genießt sie diese Lebensphase, um selbstbestimmt zu sein: „*die Zeit habe ich auch wirklich mal für mich genossen. es war so die erste Zeit, wo ich mal alleine war. [...] ich konnte einfach mal nur für mich entscheiden*“ (N/Z. 813–818). Ihre bedürfnisbasierte, selbstsorgende Entscheidungs- und Handlungsfreiheit stärkt ihr Selbstwertgefühl und sie genießt das temporäre Loslösen von sozialen Erwartungen (z. B. kochen müssen, pünktlich zuhause sein).

Petra Winter erzählt ausführlich den kommunikativen Aushandlungsprozess, als ihr Ehemann, der seit sechs Jahren im Ruhestand ist, sie bittet, mit 58 Jahren in den Ruhestand zu gehen. Der anstehende Berufsausstieg als normatives Ereignis wird für sie zur psychischen Belastung bezüglich des Verlustes eines sinnstiftenden Status. Sie versucht mit Strategien der Verdrängung („*man verdrängt das immer noch so ein bisschen*“, N/Z. 188f.) und Zuversicht („*aber ja dann kommt eben nochmal was anderes (.) dazu*“, N/Z. 189f.) diese psychische Belastung zu bewältigen. Dabei werden ihr soziales Integriertsein, ihre soziale Anerkennung und berufliche Zufriedenheit am Arbeitsplatz als psychosoziale Ressourcen deutlich. Durch das kommunikative Aushandeln versucht sie, ihre eigenen Bedürfnisse und die Erwartungen

ihres Mannes zu beachten sowie einen Entscheidungskompromiss zu finden. Durch den ausgehandelten Kompromiss – „dann habe ich noch ein Jahr rausgeschunden“ (N/Z. 186) – erlebt sie sich als selbstwirksam, und die gelungene kommunikative Aushandlung stärkt ihr selbstsorgendes Durchsetzungsvermögen eigener Bedürfnisse.

Christliche Nächstenliebe leisten: Petra Winter setzt sich im Privaten fürsorgend für andere Menschen ein und begründet dies mit ihrem christlichen Glauben. Ihr Bedürfnis, christliche Nächstenliebe zu leisten, führt dazu, dass sie ihr fürsorgendes Handeln als sinnvoll erlebt. Sie entwickelt ein im Alltag praktizierbares Glaubensleben außerhalb der Institution Kirche. Sie grenzt sich dabei zum einen von ihrem Vater ab, der sein Religiösessein anhand von Aktivitäten in der örtlichen Kirchengemeinde zeigte (z. B. Mitgliedschaft im Kirchenvorstand, regelmäßige Gottesdienstbesuche), und zum anderen von denjenigen, die „am fleißigsten in die Kirche“ (N/Z. 2448) gehen, deren Glaube aber nicht im sozialen Umgang sichtbar wird. Aus ihrem Glaubensverständnis heraus resultiert, Hilfsbereitschaft anzubieten und Rücksicht zu nehmen: „wie ich mit anderen Menschen umgehe, da kann ich meinen Glauben beweisen und sagen, wo er mir wichtig ist oder wo ich sage ‚da müssen wir mal Rücksicht nehmen oder mal nachgucken, ob es ihm gut geht oder nicht.‘ das ist für mich der Glaube“ (N/Z. 2449–2452).

Für sie hat das tägliche Gebet für andere Menschen drei wichtige Funktionen. Sie nimmt durch das Beten eine stellvertretende Funktion ein, indem sie für Menschen mit physischen Gesundheitsbeschwerden betet: „behüte da mal oder gucke mal“ (N/Z. 2399). Sie nimmt sich in Situationen menschlicher Handlungslosigkeit gegenüber Krankheiten (z. B. Prostatakrebs) durch das Beten als handlungsfähig wahr und erfüllt aus ihrem Glaubensverständnis heraus den christlichen Auftrag der Nächstenliebe. Im Beten offenbart sie auch ihr Nichtverstehen kritischer Lebensereignisse: „wenn irgendwas ist, was ich nicht so beurteilen kann oder so, dann wende ich mich schon an Gott“ (N/Z. 2407f.). Sie benennt ihre Angst und Unsicherheit und gibt dies an die göttliche Verantwortung ab: „dann habe ich so ich habe das so weitergegeben, so ein bisschen. ich habe mir noch Hilfe geholt, so das ist dann so für mich //ja// wichtig“ (N/Z. 2421f.). Dadurch erlebt sie eine psychische Stabilisierung. Die dritte Funktion des Betens wird in der kommunikativen Gemeinschaft mit Gott deutlich. Petra Winter sucht nicht die christliche Gemeinschaft in der Kirche und die Vergemeinschaftung über soziale Praktiken (z. B. Singen, Beten) im öffentlichen Raum.

Regenerierenden Freizeitaktivitäten nachgehen: Petra Winter distanziert sich durch ihre Hobbys kognitiv und physisch von den Anforderungen des Arbeitsalltags. Das Lesen „gehört für [sie] zum Leben dann zum Leben dazu“ (N/Z. 307f.), da sie durch ihre Eltern, die „auch viel gelesen haben“ (N/Z. 309), an das Lesen herangeführt wurde. Mittlerweile ist das Lesen ein

tägliches Ritual, um sich zurückzuziehen und zu erholen: „*ich lege mich aufs Sofa mit einer Decke und lese. so das ist dann meine Zeit. //mhm// das genieße ich dann auch. und dann ist es auch für mich auch gut ähm am Montag wieder loszugehen*“ (N/Z. 1377–1379). Auch Serien anzuschauen, ermöglicht ihr ein legitimes Zurückziehen und Alleinsein. Sie kann sich in dieser Zeit entspannen und vom Arbeitsalltag abschalten: „*dann mache ich meine Serie an und dann ist das für mich entspannt. dann freue ich mich drauf. das ist dann auch ein schöner Moment für mich. [...] da kann ich auch abschalten*“ (N/Z. 1473–1477). Beide Freizeitaktivitäten führen dazu, dass sie sich in gemütlicher Privatsphäre wohlfühlt, sich erholen und ihre Leistungsfähigkeit stärken kann, um arbeitsfähig zu sein. Als 59-Jährige führt sie begründend ihr Alter an, wodurch sie sich mit der physischen Regeneration zunehmend beschäftigen muss.

Im Gegensatz zum ehrenamtlichen Engagement und sozialen Eingebundensein des Vaters (z. B. Leitung der Bücherei, Mitgliedschaft im Kirchenvorstand) übernimmt Petra Winter kein Ehrenamt in ihrem Geburts-, Wohn- und Arbeitsort. Sie begründet dies u. a. mit dem fehlenden Interesse an sozial-kulturellen Ereignissen, vorhandenen langjährigen Bekanntschaften und dem notwendigen Abstand zu den Eltern der Krippenkinder.

Gewohnheiten verändern müssen: Petra Winter erzählt, dass sie als junge Erwachsene am Wochenende viele soziale Kontakte hatte und im Urlaub unkonventionell mit Freund*innen durch das europäische Ausland reiste, um gemeinsam Spaß zu haben. Als 59-Jährige hat sie nun deutlich mehr das Bedürfnis nach Erholung und wenigen sozialen Interaktionen. Nach intensiven Arbeitswochen braucht sie mittlerweile Aktivitäten, bei denen sie sich ohne Zeit- und Aufgabendruck erholen kann (z. B. ausschlafen, ein Vollbad nehmen). Dies wird möglich, indem sie selbstsorgend auf sich achtet und sie sich als Ehepaar gegenseitig „*auch die Freiheiten [lassen]*“ (N/Z. 1512), Aktivitäten allein durchzuführen. Auch Urlaub hat für sie nun die Bedeutung des Erholens und Genießens. Sie unternimmt Fern- und Inlandsreisen mit ihrem Ehemann, ihrer Zwillingsschwester und ihrem Schwager und sucht im Urlaub keine neuen Bekanntschaften. Sie fokussiert ihre Bedürfnisse nach Ruhe und Ausgeglichenheit und erlebt sich dabei als selbstwirksam.

Petra Winter begründet nie anhand ihres Alters als personaler Faktor und anhand der Lautstärke als physikalischer externer Faktor, dass sie gewohnte Abläufe von Arbeitssituationen verändern muss. Mit Lautstärke als potenziellen physikalischen Stressor hat Petra Winter „*auch kein Problem mit*“ (E/Z. 413). Das kollegiale Entscheiden über die Tagesgestaltung in der Krippe und ein hohes Maß an Handlungsfreiheit durch die Einrichtungsleitung führen dazu, dass grundsätzlich ein flexibles Gestalten gewohnter Arbeitssituationen anhand der Bedürfnisse der Kinder erfolgt.

Vom Ordnen bis zum Fokussieren – kognitive Entlastung schaffen

Petra Winter nutzt kognitive Entlastungsstrategien, um mit physischen Gesundheitsbeschwerden und psychischen Anforderungen umzugehen. Dies führt dazu, dass sie sich nur kurzzeitig mit gesundheitsbezogenen Beschwerden und Belastungen beschäftigen muss und sich selbstsorgend beruhigen kann. Dabei erlebt sie sich als selbstwirksam.

Eigenthoretische Erklärungen suchen: Petra Winter erklärt sich physische Gesundheitsbeschwerden selbst, um sie für sich verstehbar zu machen: „*mir tat jetzt wirklich abends mal wirklich das Knie weh, da habe ich gesagt ‚ja Mensch, du hast heute aber auch (.) den ganzen Vormittag auf den Knien gegessen heute und hattest Kinder drauf‘. klar (.) merkste das abends, ne. also ich suche mir auch gleich immer gleich eine Erklärung dazu, die ein bisschen simpler ist*“ (N/Z. 1613–1616). Ihre kausalen Erklärungen, dass aus anhaltenden physischen Anforderungen (z. B. auf Knien hocken, Heben und Tragen von Kindern) physische Gesundheitsbeschwerden entstehen, beruhigen sie; sie muss sich keine weiteren Gedanken machen. Sie begründet die kognitive Entlastungsstrategie damit, dass sie sich im Lebensverlauf wenig mit Krankheit auseinandersetzen musste. Gleichzeitig versucht sie mit physischen Entlastungsstrategien (z. B. Sitzhaltung häufig verändern, höhenverstellbaren Stuhl nutzen) Schmerzen vorzubeugen.

Als „*Handicap, was [sie] so’n bisschen [hat]*“ (E/Z. 416) empfindet Petra Winter ihre Wetterfühligkeit, die mit starken Kopfschmerzen verbunden ist, und ihre Stimmeneinschränkungen aufgrund von Erkältungen und einer Kehlkopfentzündung. Ihre kausale Erklärung, dass ihre Gesundheitsbeschwerden auf ihre physische, unveränderbare Konstitution basieren, ermöglicht ihr, dass sie sich darüber keine weiteren Gedanken machen muss.

Positives Einordnen: Indem Petra Winter ihre physischen Gesundheitsbeschwerden als „*Melischen*“ (N/Z. 1635) einordnet und ihnen dadurch eine geringe Bedeutung zuschreibt, nimmt sie sich als Person wahr, die „*jetzt nicht derjenige [ist], der gleich was dramatisches hat*“ (N/Z. 1616f.). Mit ihrem positiven Denken und positiv bewertendem Einordnen von physischen Gesundheitsbeschwerden beruhigt sie sich selbst. Sie betont dabei ihren Optimismus und ihre Zuversicht als personelle Ressourcen. Durch die kognitive Zuschreibung, gesund zu sein (z. B. „*du bist gesund, alles gut*“, N/Z. 1618; „*ich bin immer eher gesund als krank*“, E/Z. 783f.), relativiert sie physischen Gesundheitsbeschwerden und betrachtet sich als arbeitsfähig.

Erlebnisorientierte Vorfreude entwickeln: Für den Ruhestand haben sich Petra Winter und ihr Ehemann vorgenommen, viel zu verreisen. Sie wollen die zeitliche Flexibilität zum spontanen Verreisen nutzen. Sie bezieht diese neue Entscheidungs- und Handlungsflexibilität auch auf gemeinsame Alltagsaktivitäten (z. B. Fahrrad fahren, Schwimmen). Dies setzt jedoch voraus,

dass „*man [...] noch eine Weile gesund*“ (N/Z. 2531) bleibt. Erlebnisorientierte Vorfreude zu entwickeln („*wo wir uns so ein bisschen drauf freuen, dass man so frei ist*“, N/Z. 1305), ist für sie eine Entlastungsstrategie, um den anstehenden Verlust der Erwerbstätigkeit und den damit einhergehenden Verlust sozialer Anerkennung und Wertschätzung zu bewältigen.

Phänomenbeschreibung

Im dichotomen Gesundheitsverständnis bedeutet Gesundheit primär physisch gesund zu sein mit vorhandener physischer Handlungs- und Arbeitsfähigkeit. Hingegen schränkt physisch krank zu sein die Leistungsfähigkeit ein, sodass private und berufliche Anforderungen nicht erfüllt werden können. Das Gesundheitsverständnis beinhaltet ein Kontinuum mit den beiden maximalen Ausprägungen gesund sein und krank sein. Beide Zustände sind durch interne und externe Faktoren sowie gesundheitsbezogene Handlungsstrategien veränderbar, worin ein dynamisches Gesundheitsverständnis deutlich wird. Physisch gesund zu sein umfasst ein Spektrum ohne und mit physischen Gesundheitseinschränkungen, sogenannte „*Melischen*“ (N/Z. 1635). Gesund zu sein mit physischen Gesundheitseinschränkungen bedeutet im subjektiven Erleben, nicht krank zu sein. Gesundheitsbeeinflussende Ressourcen (z. B. generationsübergreifendes Familienleben, gelingender Bildungsverlauf, Rückzugsmöglichkeiten) stärken den subjektiven Gesundheitszustand, physisch gesund zu sein. Hingegen führen gesundheitsbeeinflussende Faktoren wie z. B. physische Anforderungen und Belastungen im privaten und beruflichen Kontext sowie zunehmendes Alter zu Einschränkungen des Gesundheitszustandes, physisch gesund zu sein.

Reaktive, gesundheitsbezogene Handlungsstrategien im Lai*innen-gesundheitssystem und im professionellen Gesundheitssystem sowie gesundheitsförderliche Unterstützungs- und Entlastungsressourcen verweisen auf das Verständnis, dass gesund zu sein als regenerierbar angesehen wird, bis keine weitere Beschäftigung damit mehr notwendig ist. Die dominante Nutzung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien für die physische, soziale und psychische Gesundheit wurde unter familiären Sozialisationsbedingungen mit hohen Anpassungsprozessen geprägt und ist weiterhin für gesundheitsbezogene Anpassungsleistungen und fürsorgendes mehrdimensionales Gesundheitshandeln entscheidend. Daraus folgen insbesondere die Herstellung physischer Gesundheit und das Erfüllen sozialer Erwartungen. Die physische Konstitution und subjektive Handlungs- und Arbeitsfähigkeit sind dabei wesentliche Referenzen für das (Nicht-)Nutzen gesundheitsbezogener Handlungsstrategien.

Gesundheitsbezogene Handlungsstrategien können aber auch zur Erklärbarkeit und Verstehbarkeit gesundheitsunsicherer Situationen beitragen, so-

dass diese Situationen subjektiv und sozial handhabbar werden. Das Annehmen medizinischer Versorgung im professionellen Gesundheitssystem und die damit verbundene Auseinandersetzung, krank zu sein, sind nur bei physischen Gesundheitsbeschwerden notwendig, die nicht eigentheoretisch erklärbar und handhabbar sind, um den Gesundheitszustand physisch gesund zu sein herzustellen.

Der lebensprägende Satz „*also das wird wohl nichts werden*“ (N/Z. 12f.) und die damit erfolgte Fremdzuschreibung physischer Vulnerabilität prägen die pragmatische Orientierung an fremdbestimmten Entscheidungen und Vorgaben. Dies ermöglicht, über eine Handlungsorientierung zur Aufrechterhaltung sozialer Gesundheit zu verfügen und vorhandene Handlungs- und Leistungsfähigkeit zu verdeutlichen. Das gesundheitsbezogene Reagieren auf fremdbestimmte Entscheidungs- und Handlungsvorgaben lässt jedoch nur ein geringes Durchsetzungsvermögen und Erfüllen eigener Bedürfnisse entstehen.

6.3 Ruth Kern – Gesundheit als sorgsames Ausbalanciertsein

Ruth Kern wohnt seit ihrer Geburt im November 1963 in der städtischen Herkunftsregion ihrer Großeltern und Eltern. Das Narrativ zu ihrer Geburt charakterisiert ihren Lebensbeginn: „*man streitet sich darüber, in welchem Krankenhaus oder so @(.)@ meine Mutter sagt dies, mein Onkel sagt das //@(.)@// man weiß es nicht so ganz genau*“ (N/Z. 13–15). Sie wird als uneheliches Kind in eine sozial unsichere Situation mit unklarer familiärer Entwicklung hineingeboren (z. B. Eltern sind nicht miteinander verheiratet, Vater ist 22 Jahre älter als die Mutter und verheiratet, physische Vulnerabilität des Vaters, berufstätige Mutter als Stenotypistin und Reinigungskraft). Zunächst wohnt sie mit ihrer „*Mutter in ihrem Elternhaus [...], weil mein Vater damals noch nicht geschieden war*“ (N/Z. 15f.) und nach einem Jahr sind sie „*ins Haus meines Vaters beziehungsweise zu seinen Eltern gezogen*“ (N/Z. 17f.).⁴¹ Das generationsübergreifende Wohnen aus prekären sozialen Situationen heraus, die wohnraum- und arbeitsbedingten Abwesenheitserfahrungen der Eltern und familiären Unsicherheitserfahrungen ihrer Kindheit fasst Ruth Kern rückblickend als „*alles ein bisschen schwierig*“ (N/Z. 16f.) zusammen.

Konträr zu den schwierigen innerfamiliären Erfahrungen hat Ruth Kern „*ganz schöne Erinnerungen*“ (N/Z. 32) an die liebevolle Zuwendung der

41 Bis in die 1960er-Jahre war es für unverheiratete Paare aufgrund des Paragraphen 180 StGB kaum möglich, eine gemeinsame Wohnung zu erhalten.

Erzieherinnen in der Krippe⁴² und im Kindergarten sowie an das Miteinander mit ihren Freundinnen und deren Familien. Sie genießt, dass sich die pädagogischen Fachkräfte um sie kümmern: *„die haben mit uns gespielt, die haben mit uns gebastelt, die haben mit uns gesungen und es waren- also ich habe (.) es waren wirklich alles total liebe äh Kindergärtnerinnen“* (N/Z. 989f.). Deshalb habe sie als Kindergartenkind *„schon gesagt, ich möchte unbedingt Kindergärtnerin werden“* (N/Z. 23f.). Sie genießt auch das regelmäßige Einbezogenwerden in die Familie ihrer Freundin: *„es war auch so=ne Gemeinschaft mit dieser ganzen Familie, [...] es war einfach schön, diese Gemeinschaft. das kannte ich von zuhause ja gar nicht so“* (N/Z. 289–294). Hingegen erlebt sie, dass sich ihre Eltern *„viel um meine Schwester, die ja deutlich jünger war, gekümmert“* (N/Z. 298) haben und ihren individualisierten Aktivitäten nachgegangen sind (z. B. fernsehen, um den Hund kümmern, abends in die Gaststätte gehen).

Anhand dieser außerfamiliär prägenden Erfahrungen in verschiedenen sozialen Gemeinschaftsformen und dem Fakt, dass sie *„damals schon gerne kleinere Kinder um [s]ich gehabt (.) und [...] die da betüddelt“* (N/Z. 991f.) hat, begründet Ruth Kern ihren Wunsch, Erzieherin zu werden.

Ihre ambivalenten Erfahrungen sozialer Beziehungsqualität führen dazu, dass Ruth Kern einerseits sorgende Handlungsstrategien entwickelt, damit sich andere Menschen gutfühlen, und sie andererseits gesundheitsbezogene Handlungsstrategien nutzt, um sich *„auch das zu gönnen, was [sie] gerne möchte“* (N/Z. 1475) und dadurch Anforderungen und Belastungen auszuweichen und ein bedürfnisorientiertes Gutfühlen zu erleben.

Gesundheit als subjektive Wahrnehmung bedeutet für Ruth Kern, *„[w]enn ich mich gutfühle“* (N/Z. 1164) und *„nicht nur, dass ich mich gesund fühle, sondern dass das Umfeld um mich herum auch gesund ist und sich gutfühlt und nicht allen Frust an mir ablässt“* (N/Z. 1173f.). Gesundheit umfasst auch, keine physischen Gesundheitsbeschwerden und Handlungseinschränkungen zu erleben: wenn *„mein Rücken [...] nicht weh [tut], meine Beine [...] nicht weh [tun] (.) und ich kann eben wirklich machen, was ich will“* (N/Z. 1172f.).

Für Ruth Kern hat Gesundheit *„einen recht hohen Stellenwert“* (N/Z. 1616). Dies begründet sie damit, dass sie *„eben noch für die ganzen Anderen auch da sein kann, weil wenn wenn's mir nicht gut geht, dann kann ich mich auch nicht mehr um andere kümmern. (.) das finde ich schon schon ganz wichtig“* (N/Z. 1618f.). Ihre Gesundheit ist die Voraussetzung, sich um ihr soziales Umfeld fürsorgend kümmern zu können. Gleichzeitig ist die Fürsor-

42 Familienverhältnisse wie z. B. Berufstätigkeit der Mutter und alleinerziehende Mütter entsprechen nicht der Familienpolitik der Bundesrepublik Deutschland (BRD) und dem gesellschaftlichen Bild in den 1960er-Jahren. Die Fremdbetreuung von Kindern in einer Krippe wurde als Notlösung bei schwierigen Familienverhältnissen angesehen (Blank-Mathieu, 1998).

ge eine Selbstsorgestrategie, um sich gesund zu fühlen. Sie muss einen „*Spagat machen*“ (N/Z. 728) zwischen ihrem permanenten Erfüllen sozialer Erwartungen und Anforderungen und ihren Bedürfnissen (siehe Abbildung 4).

Für sie besteht eine starke Bedingtheit zwischen ihrer Gesundheit und der Gesundheit anderer Menschen. Deshalb nutzt sie gesundheitsbezogene Handlungsstrategien, um diesen Spagat im Privaten und im Beruflichen zu bewältigen. Da sie „*ein Harmoniemensch*“ (N/Z. 1081) ist, vermeidet sie seit ihrer Kindheit kommunikative Aushandlungen, passt sich sozialen Anforderungen und Erwartungen an und geht ihrem Bedürfnis nach, soziale Harmonie sicherzustellen, um sich selbst gut zu fühlen.

Vom Dabeisein bis zum Zurückziehen – sich vorübergehend erholen

Die prägenden Erfahrungen sozialer Zuwendung in ihrer Kindheit leiten Ruth Kern als pädagogische Fachkraft: Die Kinder in ihrer Krippengruppe sollen Zuwendung erleben und sie legitimiert dies mit der zu erfüllenden Fürsorgepflicht. Dazu zählt, vielfältigen Arbeitsaufgaben (z. B. soziale Konflikte schlichten, Angebote gestalten) und der permanenten Aufmerksamkeitsanforderung, „*immer auf der Hut sein, immer mitkriegen, was was doch hier überall passiert*“ (N/Z. 1321f.), nachzukommen. Währenddessen sorgt sie sich wenig um ihre Bedürfnisse. Dennoch braucht sie physischen und zeitlichen Abstand unterschiedlicher Intensität von Anforderungen und Belastungen, um sich zu erholen. Da sie „*sowieso ganz schlecht abschalten*“ (E/Z. 846) kann, nutzt sie Erholungszeiten vor allem im Privaten, um ihre Handlungs- und Arbeitsfähigkeit herzustellen.

Arbeitsphasen zum Durchatmen nutzen: Ruth Kern nutzt Arbeitssituationen mit geringer Aufgabenanforderung (z. B. Schlafenszeit, Frühstückszeit der pädagogischen Kräfte), um „*dann mal fünf Minuten durchatmen*“ (E/Z. 583f.) zu können. In diesen Zeiten können sie als pädagogische Kräfte der Fürsorgepflicht nachkommen, die Kinder zu beaufsichtigen, und gleichzeitig in Ruhe organisatorische Absprachen treffen. Kurzzeitiges Durchatmen ist für sie auch möglich, wenn sie den Gruppenraum verlässt, sich ihre „*Trinkpausen [...] Toilettenpausen*“ (E/Z. 766) nimmt und „*auch mal zwei Minuten länger nimmt und hier mal mit ner Kollegin im Kindergarten schnackt*“ (E/Z. 591f.). Sie legitimiert das kurzzeitige physische Distanzieren über das selbstsorgende Erfüllen physischer und sozialer Bedürfnisse. Jedoch entsteht keine anhaltende Regeneration am Arbeitsplatz. Zusätzlich bestehen in Absprache mit der Einrichtungsleitung keine regulären Pausenzeiten für das Krippenteam, sodass sie nachmittags früher nach Hause gehen können. Für Ruth Kern bedeutet dies aber, dass sie längere Regenerationszeiten unmittelbar nach der Erwerbsarbeit haben muss, um sich von beruflichen Anforderungen

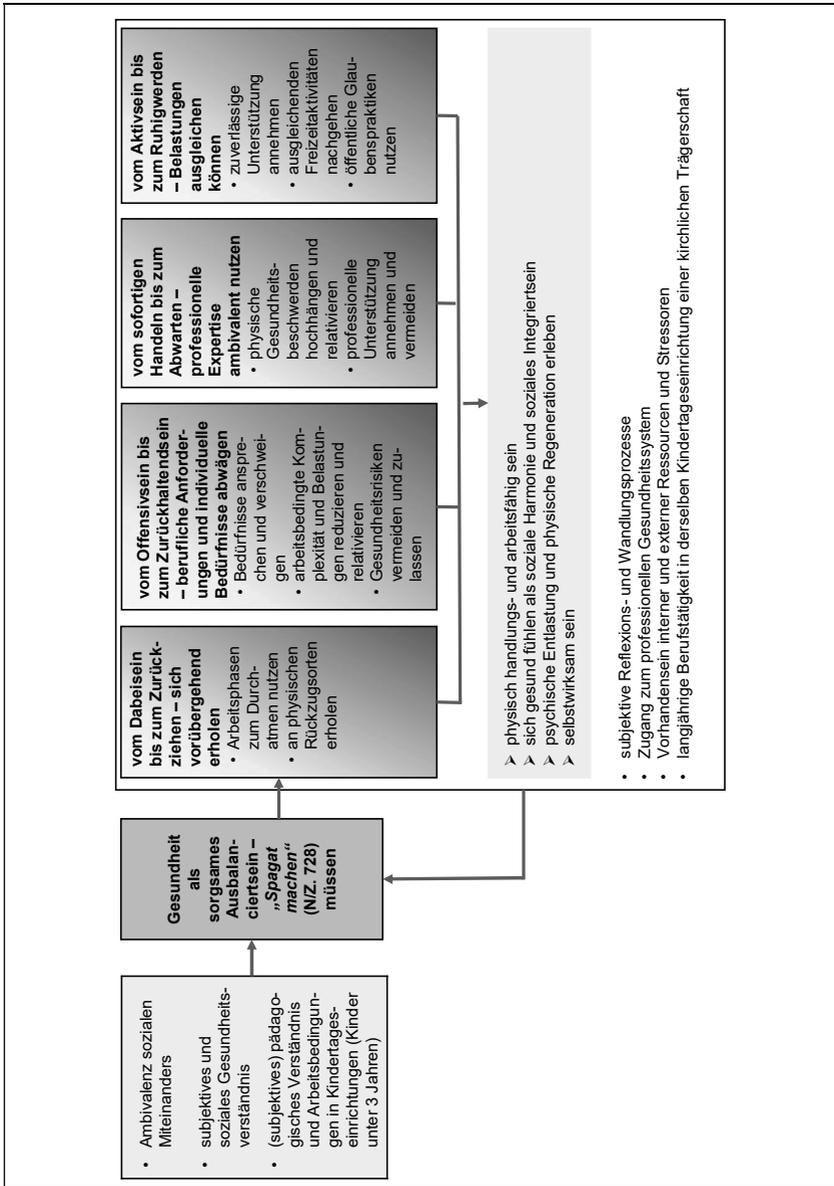


Abbildung 4: Gesundheitsbezogene Handlungsstrategien der pädagogischen Fachkraft Ruth Kern – Gesundheit als sorgsames Ausbalanciertsein (eigene Darstellung)

zu erholen. Sie begründet die notwendige Regenerationszeit mit ihrem Alter als 55-Jährige und nicht mit bestehenden Arbeitsbedingungen.

An physischen Rückzugsorten erholen: In ihrem Garten kann sich Ruth Kern nach den beruflichen Anforderungen und vor der häuslichen Care-Arbeit erholen: „*da kann ich mich dann auch wirklich in diesen Stuhl setzen und kann meine Beine hochlegen, kann meinen Kaffee trinken, kann von mir aus, weiß ich nicht, in die Tageszeitung gucken [...] da ist für mich dann Priorität ich möchte jetzt hier mal wirklich 20 Minuten nur sitzen. [...] dass ich mal echt abtauchen kann*“ (N/Z. 797–805). Sie priorisiert ihr Erholungsbedürfnis über die familiäre Care-Arbeit und nutzt den Garten als physischen Rückzugsort, um „*mal einen Moment (.) Pause*“ (N/Z. 863) zu machen. Dies wird für sie zur Alltagsroutine, um nach der Berufstätigkeit für private Anforderungen handlungsfähig zu sein.

Des Weiteren ist für sie Urlaub eine Zeit, in der sie „*eigentlich immer weg(.)fahren möchte, //ja// weil ja, wenn man zuhause ist, ist irgendwie kein Urlaub und schon gar nicht, wenn man die Mutter im Haus hat*“ (N/Z. 613f.). Sie reist mit ihrem Ehemann im Wohnwagen ins europäische Ausland und genießt die damit verbundene Flexibilität sowie Aktivitäten in der Natur (z. B. Fahrrad fahren, Beeren pflücken). Das Verreisen als physisches und zeitlich begrenztes Erholen an Rückzugsorten hebt ihre sorgende innerfamiliäre Pflichterfüllung auf. Sie kann sich nur im Urlaub von der physischen Erreichbarkeit und den täglichen Erwartungen ihrer 85-jährigen pflegebedürftigen Mutter entziehen. Petra Winter übernimmt selbstverständlich die Care-Aufgaben für ihre mit im Haus wohnende Mutter, ohne soziale Unterstützung von ihrer 5 Jahre jüngeren Schwester zu erhalten. Das physische Zurückziehen von diesen Anforderungen und sozialen Erwartungen ist für sie notwendig, da sie sich in der Zeit dem Balanceakt zwischen den Fürsorgerwartungen und dem Erfüllen ihrer Bedürfnisse zugunsten ihrer Erholung entziehen kann.

Vom Offensivsein bis hin zum Zurückhaltendsein – berufliche Anforderungen und individuelle Bedürfnisse abwägen

Für Ruth Kern sind selbstsorgende Handlungsstrategien am Arbeitsplatz wesentlich, um handlungs- und arbeitsfähig zu bleiben. Dabei muss sie Anforderungen, Belastungen und Stressoren mit ihren Bedürfnissen und Überzeugungen abwägen.

Bedürfnisse ansprechen und verschweigen: Aus ihrer Kindheit erzählt Ruth Kern nur ein Erlebnis des innerfamiliären Ansprechens ihrer Bedürfnisse. Dass ihr berenteter Vater sie von der Grundschule abholt, wird für sie zur psychosozialen Belastung, „*weil man wurde dann gehänselt (.) ,dein Opa*

holt dich wieder ab“ (N/Z. 57). Das bewusste verbale Ausgrenzen durch Gleichaltrige verstärkt ihr negatives Erleben der familiären prekären Sozialisationsbedingungen in ihrer Kindheit. Indem sie ihrem Vater sagt „*ich möchte nicht, dass du mich abholst*“ (N/Z. 58f.), tritt sie für ihr Bedürfnis nach sozialer Anerkennung durch Gleichaltrige ein und es erfolgt eine verbale Selbstermächtigung.

Ihre Schwangerschaften führen dazu, dass sie als junge Berufstätige anspricht, sich um ihre Kleinfamilie kümmern zu wollen. Sie hört als 27-Jährige auf, im Kinderheim zu arbeiten, als ihre Tochter (1990) geboren wird. Seit der Geburt der Tochter und des Sohnes (1992) hat sie „*die Zeit mit [ihren] Kindern zuhause genossen*“ (N/Z. 168f.). Reflexiv ist sie stolz, dass sie ihr Bedürfnis nach familiärer Fürsorge erfüllt hat und sie erst als 31-Jährige im Herbst 1995, als ihr Sohn einen Kindergartenplatz erhält, wieder anfängt zu arbeiten. Seitdem arbeitet sie in derselben Kindertageseinrichtung.

Aktuell bestehende physische Anforderungen (z. B. beim Morgenkreis auf dem Fußboden sitzen, Kinder auf dem Schoß sitzen haben) und physische Gesundheitsbeschwerden (z. B. Rückenprobleme, Nackenverspannungen) führen dazu, dass Ruth Kern z. B. beim Sitzen auf dem Fußboden die Krippenkinder bittet: „*kannste mal ein Stück weiterrutschen?*“, *dass ich mich da anlehnen kann*“ (E/Z. 166f.). Indem sie ihre Bedürfnisse anspricht und materielle Unterstützungsressourcen nutzt (z. B. Heizung, Schrank, Erzieherstuhl), kommt sie ihrem akuten Bedürfnis nach physischer Entlastung nach und kann berufliche Aufgaben erfüllen (z. B. Morgenkreis leiten, Buch vorlesen). Hingegen vermeidet sie das wiederholte Ansprechen ihrer sozialen Bedürfnisse im Gruppenteam (z. B. abwechselnde Leitung des Morgenkreises, kollegialer Respekt) und ist sich bewusst, dass dadurch Unstimmigkeiten bestehen bleiben. In dem Wissen, dass ihre langjährige Kollegin in den Ruhestand gehen wird und sich die Personalkonstellation zeitnah ändern wird, verschweigt sie ihre zunehmende Unzufriedenheit. Durch den fehlenden kommunikativen Klärungsprozess geht sie ihrem Bedürfnis nach sozialer Harmonie nach und erlebt sich als widerstandsfähig gegenüber bestehenden sozialen Belastungen.

Arbeitsbedingte Komplexität und Belastungen reduzieren und relativieren: Für Ruth Kern sind anstrengende Arbeitssituationen durch eine hohe Aufgabendichte und einen reduzierten Personalschlüssel gekennzeichnet (z. B. morgendliche Bringzeit, Essenszeiten). In diesen Arbeitsphasen muss sie in kurzer Zeit organisatorische und soziale Anforderungen parallel und teilweise spontan erfüllen, und es treten häufig unkontrollierbare Faktoren auf (z. B. vorzeitiges Ankommen der Kinder, Gesprächsbedarf der Eltern). In diesen Situationen wird sie „*unruhig, wuselig*“ (E/Z. 47), da sie ihre Aufmerksamkeit auf mehrere Aufgaben richten muss und nicht den heterogenen Entwicklungsständen der einzelnen Kinder (z. B. Selbstständigkeit, Unterstützungsbedarf) gerecht werden kann. Um die situative Komplexität zu reduzieren, verändern sie im Gruppenteam Situationen strukturell (z. B. Gruppe

in mehrere Kleingruppen aufteilen, für Angebote mehrere Räume nutzen) und nutzen materielle Ressourcen (z. B. Sicherheitsriegel am Gartentor, Wickeltisch mit Treppe). Da sie durch die langjährige Zusammenarbeit ein „wirklich gut eingespieltes Team“ (E/Z. 442) sind, verlässt sich Ruth Kern auf ihre Kolleginnen, hat nicht alle Kinder und Aufgaben im Blick und erlebt sich als entlastet.

Neben der situativen Anforderungskomplexität ist die Lautstärke ein physikalischer Stressor für Ruth Kern. „[E]ine ganz schöne Lautstärke“ (E/Z. 458) entsteht durch räumliche Arbeitsbedingungen (z. B. kleiner Garderobenraum, keine Lärmschutzmaßnahmen im Gruppenraum), lautstärkeintensives Spielzeug (z. B. Plastikspielzeug, Spielzeug mit Geräuschen), anhaltend weinende oder schreiende Kinder und/oder sich im Gruppenraum unterhaltende Eltern. Es entsteht „eine Geräuschkulisse //ja// die kann man nicht wirklich gut ertragen“ (E/Z. 712). Um eine ruhige Arbeitsatmosphäre herzustellen, nutzt sie verhaltensbezogene Regulationsstrategien, indem sie z. B. Kinder auffordert, das Spielen mit lautem Spielzeug zu beenden, und sie Eltern bittet, nicht im Gruppenraum zu verweilen. Jedoch lehnt sie in einer Fortbildung vorgeschlagene Maßnahmen zur Lautstärkereduzierung ab (z. B. Filzbeklebung an Mobiliar, individuell angepasster Gehörschutz). Diese Maßnahmen seien im Arbeitsalltag nicht handhabbar, da sie z. B. durch den von der Einrichtungsleitung besorgten Gehörschutz weniger vom Gruppengeschehen hört und ihre Betreuungspflicht nicht erfüllen kann. Sie verstärkt ihre Ablehnung dauerhafter Maßnahmen, indem sie die Lautstärke als situations- und tagesabhängig relativiert. Als Ausgleich braucht sie die ruhige Autofahrt nach Hause und kann diese Ruhe im Gegensatz zur Lautstärke in der Krippe selbstständig regulieren.

Gesundheitsrisiken vermeiden und zulassen: Ruth Kern hat als Erwachsene weiterhin die väterliche Hygieneerziehung in sich, da er „immer mit gesagt [hat] ‚also wenn ihr diesen Hund angefasst habt oder das Meerschweinchen, jetzt werden die Hände gewaschen‘. [...] ‚nicht das ihr dann jetzt irgendetwas esst‘ oder weiß ich ‚sonst was anfasst‘“ (N/Z. 315–318). Als pädagogische Fachkraft achtet sie bei den Kindern auf das Händewaschen vor Mahlzeiten. Eine institutionelle Hygienevorgabe ist, Handschuhe beim Wickeln zu tragen. Ruth Kern entscheidet jedoch selbst, ob sie Handschuhe anzieht, und setzt sich damit bewusst über institutionelle Vorgaben hinweg. Sie betont, dass sie einschätzen kann, wann sie den gesundheitsbezogenen Selbstschutz braucht. Beide Hygienemaßnahmen schützen vor physischen Gesundheitsrisiken, wobei sie einmal den Schutz der Kinder und einmal den Selbstschutz hervorhebt.

Trotz ambivalenter Erfahrungen als Kind, sich bei physischen Gesundheitsbeschwerden (z. B. Husten, Schnupfen) von anderen Menschen fernhalten zu müssen und gleichzeitig von ihren Eltern „eingetrichtert gekriegt [zu haben], man bleibt nicht wegen jedem Kram zu Hause“ (N/Z. 1283f.), trägt

sie als pädagogische Fachkraft die im Krippenteam getroffene Entscheidung mit, dass sie den Eltern sagen „wegen jedem Schnupfen, jeden Husten, Sie können Ihr Kind nicht deshalb zuhause behalten“ (N/Z. 1285). Neben dem Anspruch, die Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit für die Eltern der Krippenkinder zu ermöglichen, ist sie überzeugt, dass die Kinder und pädagogischen Kräfte nicht vor jahreszeitbedingten Gesundheitsbeschwerden geschützt werden müssen, denn die Konfrontation „härtet ja auch irgendwo in gewisser Weise ab“ (N/Z. 1287). Obwohl sie feststellt, dass ihr Immunsystem im Alter „nicht mehr so stark [ist]. ich kriege doch mal schneller einen weg“ (N/Z. 1289f.), legitimiert sie ihr Arbeiten mit Erkältungssymptomen mit ihrem beruflichen Anspruch und ihrem Gesundheitsverständnis.

Vom sofortigen Handeln bis zum Abwarten – professionelle Expertise ambivalent nutzen

In ihrer Fürsorge hängt Ruth Kern physische Gesundheitsbeschwerden anderer Menschen hoch und nutzt schnellstmöglich die Expertise im professionellen Gesundheitssystem. Hingegen nutzt sie für sich selbst die Fachexpertise erst, wenn ihre gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien nicht mehr wirken. Für sie ist es jedoch grundsätzlich selbstverständlich, professionelle Expertise zu nutzen.

Physische Gesundheitsbeschwerden hochhängen und relativieren: Ruth Kern erlebt von ihrer Kindheit an bis ins Erwachsenenalter, dass ihre Mutter physische Erkrankungen (z. B. Magengeschwür, Blutgerinnsel im Kopf) und die kontinuierliche, medizinische Versorgung ihres Vaters „*ziemlich hoch [...]hängt*“ (N/Z. 1668). Hingegen wird sie von ihrer Mutter „*mit der Wärmflasche ins Bett gepackt, hat Hustensaft gekriegt oder was auch immer man gerade brauchte*“ (N/Z. 1623f.) und ihre physischen Gesundheitsbeschwerden werden wenig beachtet. Gleichzeitig erlebt sie in ihrer Kindheit, dass ihre Erkältungssymptome hochgehungen werden und sie von sozialen Interaktionen ausgeschlossen wird, um die physische Gesundheit anderer Menschen zu schützen: „*habe auch gerne damals mit meinen jüngeren Cousins rumge- (.) rumgetüddelt, die allerdings, wo ich immer nicht hinkommen durfte, wenn ich einen Schnupfen hatte, weil die Eltern immer sehr empfindlich waren und gesagt haben ,↑ne:!! dann werden sie krank. das geht nicht.↑*“ (N/Z. 994–997).

Aus dem Erfahrungswissen heraus, dass physische Gesundheitsbeschwerden zur sozialen Isolation führen, stellt Ruth Kern einerseits als Kind ihr Bedürfnis nach sozialem Miteinander in der Peergroup über die physische Gesundheit ihrer Schwester. Als Erstgeborene „*war es zeitweilig so, dass ich meine Schwester mit (.) als Beipack gekriegt habe (.) und die sollte dann mitspielen*“ (N/Z. 48f.) im unbeschwerten Miteinander in ihrer Peergroup.

Um der Fürsorgepflicht zu entkommen, hat sie „*ein bisschen hinterlistig ihr mal die Mütze abgezogen, weil ich dann dachte ‚naja, dann ist die halt krank, dann brauche ich sie ja nicht mehr mitnehmen‘*“ (N/Z. 50f.). Jedoch führt ihr absichtsvolles Aussetzen eines gesundheitsgefährdenden Stressors nicht zur sozialen Ausgrenzung ihrer Schwester, denn „*sie wurde nicht krank*“ (N/Z. 52).

Andererseits entwickelt Ruth Kern aus den sozialen Erfahrungen ambivalenter Bedeutungszuschreibung von physischen Gesundheitsbeschwerden zwei verschiedene gesundheitsbezogene Handlungsstrategien: sie hängt physische Erkrankungen anderer Menschen hoch und sie relativiert eigene Gesundheitsbeschwerden. Die plötzlich auftretenden, lebensgefährlichen physischen Gesundheitsbeschwerden ihres Ehemanns (z. B. Schlaganfall, anhaltender Schwindel) und notwendige medizinische Versorgung verstärken das Hochhängen physischer Gesundheitsbeschwerden nahestehender Personen bei Ruth Kern. Fehlende eigentheoretische Erklärungen beunruhigen sie und erhöhen ihre gedankliche Auseinandersetzung mit ihren fürsorgenden Möglichkeiten. In gesundheitskritischen Situationen nutzt sie sofort notfallmedizinische Expertise (z. B. Notarzt, Krankenwagen) in der Erwartung, dass die physischen Gesundheitsbeschwerden ihres Mannes durch eine zeitnahe Behandlung kontrolliert werden können. Die Erfahrung sozialer Unterstützungsbereitschaft im Freundeskreis, das Wissen, in einer hilflosen Situation nicht allein zu sein, und das Annehmen praktischer Unterstützung führen bei ihr zur psychischen Stabilisierung. Ebenso hängt sie auch die nicht lebensbedrohlichen, chronischen Gesundheitsbeschwerden ihres Ehemannes hoch (z. B. Knalltrauma im Ohr, Tinnitus) und begleitet ihn zum ambulanten Facharzt. Die notfallmedizinische und die ambulant medizinische Versorgung samt fachspezifischen Erklärungen bestärken sie darin, physischen Gesundheitsbeschwerden große Bedeutung beizumessen. Dadurch erlebt sie sich als verantwortungsvoll handelnd gegenüber anderen Menschen.

Im Vergleich zu den physischen Gesundheitsbeschwerden ihres Ehemannes relativiert Ruth Kern ihre physischen Gesundheitsbeschwerden (z. B. Hals-, Kopfschmerzen) als übliche Reaktion auf intensive physische Anforderungen und psychische Belastung, sodass z. B. das Singen im Chor das Singen am Folgetag in der Krippe einschränkt oder „*man hat mal nen schlechten Tag*“ (E/Z. 460). Sie reflektiert, dass es „*manchmal [...] wirklich unvernünftig [war], dass man dann wirklich arbeiten gekommen ist*“ (N/Z. 1252f.), aber „*wenn's irgendwie geht, kommt man trotzdem*“ (E/Z. 756f.) zur Arbeit. Trotz der Selbsterkenntnis, dass sie mit physischen Gesundheitsbeschwerden nicht vollständig arbeitsfähig ist, stellt sie ihre Erwerbstätigkeit darüber und bezeichnet ihre physischen Gesundheitsbeschwerden (z. B. Nackenverspannungen, Rückenprobleme) als „*Wehwehchen*“ (E/Z. 755). Sie rechtfertigt ihre Entscheidung, trotz physischen Gesundheitsbeschwerden zu arbeiten damit, dass sie physische Entlastungsstrategien und materielle Un-

terstützungsressourcen nutzt, sich die Kinder, Eltern und Kolleginnen auf ihr Kommen verlassen können und der reguläre Krippenablauf beibehalten werden kann. Zudem argumentiert sie, dass ihre Kollegin auch arbeitet, wenn sie krank ist. Sie misst ihren physischen Gesundheitsbeschwerden wenig und ihrer permanenten Präsenz am Arbeitsplatz viel Bedeutung bei.

Professionelle Unterstützung annehmen und vermeiden: Da Ruth Kern „*ziemliche Angst vorm Arzt @ha[t]@ @(.)@*“ (N/Z. 1646), nutzt sie solange wie möglich eigene gesundheitsbezogene Alltagspraktiken (z. B. Tee trinken, Wärmflasche nutzen, Selbstmedikation, ausruhen), um „*möglichst schnell [...] wieder auf die Beine*“ (N/Z. 1635) zu kommen. Sie weiß z. B., dass sie „*halt definitiv viel trinken soll und muss*“ (E/Z. 309), und nutzt folglich protektive Handlungsroutrinen am Arbeitsplatz (z. B. Teekanne sichtbar hinstellen, kontinuierliches Nachgießen), um das Wiederauftreten von Blasenentzündungen und die damit verbundene medizinische Konsultation zu vermeiden.

Erst wenn ihre gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien nicht mehr wirken und sie ihre Arbeitsfähigkeit bedroht sieht, nimmt sie professionelle Unterstützung an. Wenn sie „*vor Schmerzen nicht [arbeiten] kann*“ (N/Z. 1248), ruft sie von der Arbeit aus einen Arzt an und bittet um zeitnahe medikamentöse Versorgung. Darin wird ihr Gesundheitsverständnis deutlich, dass durch die ärztliche Expertise zeitnah ein physischer Zustand von gesund zu sein erreicht werden kann und sie arbeitsfähig bleibt. Dabei deutet sie einen Reflexionsprozess an, indem sie sich mit Kolleg*innen aus dem Kindergarten vergleicht, die „*wegen jedem Furz und Feuerstein zum Arzt gehen und dann eine Woche fehlen. da denkt man dann auch ,wie blöd bist du eigentlich?*“ (N/Z. 1253–1255). Aus dem sozialen Vergleich erfolgt jedoch keine Veränderung ihres subjektiven Gesundheitshandelns. Als Argument dient ihr ausschließlich ihre notwendige Arbeitsfähigkeit, um soziale Erwartungen zu erfüllen (z. B. zuverlässig für die Kinder und Eltern da sein, strukturelle Beständigkeit in der Krippengruppe).

Hingegen nimmt sie kontinuierlich an ambulantem Gesundheitstrainings wie „*Rückenschule*“ (N/Z. 866) und Manueller Therapie teil, wenn anhaltende physische Gesundheitsbeschwerden dies notwendig machen, und bemerkt, das „*tut mir halt (.) gut*“ (N/Z. 413). Sie folgt auch den Empfehlungen der Krankenkasse und des Hausarztes zur Gesundheitsvorsorge, indem sie sich gegen Grippe impfen lässt.

Ein einziges Mal fordert Ruth Kern eine professionelle Gesundheitsversorgung zur psychischen Entlastung ein, als sie aufgrund von Belastungen (z. B. Pflegebedürftigkeit der Mutter, Schwierigkeiten im Kollegium) „*irgendwie gar nicht mehr konnte*“ (E/Z. 811). Sie fährt zur ärztlich legitimierten Kur, um sich von der anhaltenden Überforderung temporär zu distanzieren und sich durch die professionelle Versorgung psychisch zu regenerieren.

Vom Aktivsein bis hin zum Ruhigwerden – Belastungen ausgleichen können

Ruth Kern nutzt gesundheitsbezogene Alltagspraktiken, mit denen sie berufliche und private, psychische und soziale Belastungen ausgleicht und auf sich achtet, um handlungs- und arbeitsfähig zu bleiben.

Zuverlässige Unterstützung annehmen: Für Ruth Kern sind die Einrichtungsleiterin und die Kolleginnen im Krippenteam soziale Unterstützungsressourcen. Durch das Erzählen privater Erlebnisse (z. B. Sorge um ihren Ehemann, Belastung durch ihre Mutter) und das Nachfragen der Kolleginnen erlebt sie eine innerliche Entlastung und sozialen Zuspruch. Die Kollegialität stärkt ihr soziales Gutfühlen im Krippenteam und wird für sie zur sozialen Ressource, die sie durch das Erfüllen beruflicher Anforderungen bewahren möchte.

Das Annehmen sozialer Unterstützung wird als junge Erwachsene besonders prägend, als Ruth Kern soziale Unterstützung ihres Freundeskreises und keine Unterstützung ihrer Eltern erhält. Als 17-Jährige lernt sie ihren heutigen Ehemann bei einer Chorfahrt in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) kennen und besucht ihn zwischen 1985 und 1990 regelmäßig: *„es war eine sehr schwierige Zeit, weil irgendwie es stand auch keiner [...] es stand eben keiner mehr hinter mir. das heißt, keiner stimmt nicht (.) also meine Eltern waren total dagegen, weil äh (.) es war teuer, es war aussichtslos eigentlich zu dem Zeitpunkt noch 85. ne? und es war ne echt schwierige Zeit“* (N/Z. 93–97). Wie die schwierige Zeit in ihrer Kindheit ist die schwierige Zeit im jungen Erwachsenenalter ebenso durch soziale Unsicherheit und Ungewissheit geprägt. Jedoch erfährt sie im Gegensatz zu ihren Eltern keine generationsübergreifende Unterstützung. Die Erfahrung wird für Ruth Kern zur psychischen Belastung. Nur ein einziges Mal – als sie sich in einer Notsituation befindet, da sie mit ihrem kaputten Auto *„direkt zwischen Bundesgrenze und DDR [...] liegen geblieben“* (N/Z. 470f.) ist – erhält sie sorgende Unterstützung durch ihren Vater. Hingegen sind ihre Freund*innen eine stabile Unterstützungsressource, indem sie von ihnen materielle (z. B. geliehene Autos, Übernachtungsmöglichkeiten) und psychische Unterstützung (z. B. Ermutigung) erhält: *„ganz viel haben mir meine Freunde geholfen [...] die mich sowieso unterstützt haben“* (N/Z. 458–461). Diese beständige Unterstützung stärkt ihr Selbstbewusstsein im belastenden Abgrenzungsprozess von ihren Eltern. Sie nimmt sich in der Parallelität verschiedener Lebenssituationen (u. a. Ausbildung zur Bürogehilfin, Ausbildung zur Erzieherin, Freund in der DDR lebend, in einer Wohngemeinschaft leben, Geldverdienen durch Babysitten) als ausdauernd und widerstandsfähig gegenüber Belastungen wahr.

Ruth Kern erhält erstmals kontinuierlich praktische Unterstützung von ihren Eltern, als diese regelmäßig Zeit mit ihren Enkeln verbringen. Indem

sie die Unterstützung annimmt, wird sie in der familiären Care-Arbeit entlastet und kann wieder anfangen zu arbeiten.

Ausgleichenden Freizeitaktivitäten nachgehen: Die berufliche und familiäre Care-Arbeit „*schlaucht halt auch ganz schön*“ (N/Z. 752), und so nutzt Ruth Kern Freizeitaktivitäten allein im Privaten (z. B. Stricken, Basteln) und in Gemeinschaft im Öffentlichen (z. B. Freunde treffen, im Kirchenchor singen, Schwimmen) als Ausgleich zu sozialen und psychischen Belastungen (z. B. Pflegebedürftigkeit der Mutter, Probleme in den Familien der Krippenkinder). Durch diese Freizeitaktivitäten kann sie sich von externen Stressoren temporär distanzieren und ihr Bedürfnis nach innerlichem Ruhigwerden erfüllen. Dadurch erlebt sie sich als selbstwirksam, da sie den Gesundheitszustand, sich gesund zu fühlen, herstellen kann. Sie lässt z. B. die häusliche Care-Arbeit liegen und geht ihren kreativen Hobbys nach. Hingegen vernachlässigt sie z. B. das Bummeln als langsames, zielloses Schlendern da ihr „*dann doch alles wieder wichtig [erscheint], was du e: machen musst*“ (N/Z. 834f.), und stellt damit ihr fürsorgendes Pflichtgefühl über das selbstsorgende Erholen.

Trotzdem geht sie ihren kulturellen Interessen nach, indem sie und ihr Ehemann unregelmäßig ins Kino und wöchentlich zur Chorprobe gehen. Sie stellt als 55-Jährige fest, dass „*das Singen im Chor, das ist irgendwie, das brauche ich halt*“ (N/Z. 81f.), um durch das soziale Integriertsein von psychischen Belastungen abzuschalten sowie Freude als positive Emotion und soziales Gutfühlen zu erleben. Das Singen ist für sie seit ihrer Kindheit eine psychosoziale Ressource, weil sie „*eben auch Spaß daran ha[t]*“ (N/Z. 1509).

Bereits als Kind bis ins Jugendalter macht Ruth Kern regelmäßige Team-sport (Turnen, Badminton) im Sportverein. Mittlerweile unternehmen sie und ihr Ehemann in unregelmäßigen Abständen Fahrradtouren, Spaziergänge oder Wanderungen und gehen regelmäßig mit einem befreundeten Paar schwimmen. Dabei erzählt sie einen Wandlungsprozess von einer emotionalbedürfnisorientierten Motivation hin zur kognitiv-reflektierten Motivation, sportlich aktiv zu sein: „*jetzt habe ich eingesehen, dass es äh mir guttut. @(.)@ //@(.)@// hat aber lange gedauert*“ (N/Z. 404f.). Da sie sportliche Aktivitäten mit vertrauten Personen durchführt und keine soziale Verpflichtung besteht, entsteht bei ihr neben dem physischen Wohlbefinden auch ein soziales Wohlfühlen. Obwohl sie sich bewusst ist, dass sie sich durch das Fahrradfahren zur Arbeit gutfühlt, da sie dabei „*ein bisschen runtertouren kann*“ (N/Z. 791), legitimiert sie ihr unregelmäßiges Fahrradfahren mit ihren Sorgen um ihren physisch kranken Ehemann, bei dem sie nach der Arbeit schnell sein möchte. Physische Aktivitäten dienen ihr zur physischen und psychischen Selbstsorge nach oder während der Sorge für ihr soziales Umfeld. Ruth Kern ist zwar an Gesundheitstrends (z. B. Faszientraining) interessiert, jedoch bewertet sie diese als zusätzliche Anforderung („*was denn nun*

noch?“, N/Z. 1547) und legitimiert ihr Beenden des Faszientrainings anhand familiärer Anforderungen (z. B. pflegebedürftige Mutter und Tante, neugeborene Enkeltochter), ihrer Berufstätigkeit und fehlenden Forschungsbelegen. Dadurch entzieht sie sich dem gesellschaftlichen Handlungsdruck zur physischen Selbstoptimierung.

Das mit den Freizeitaktivitäten verbundene Aktivsein und Ruhigwerden ist für sie ein selbstsorgendes Ausgleichen sozialer Fürsorgeerwartung und -pflicht.

Öffentliche Glaubenspraktiken nutzen: Ruth Kern geht regelmäßig zur Messe und *„merk[t] ,also das das tat dir jetzt gut. und das brauchst du“* (N/Z. 1501f.). Die sozial-spirituelle Ressource wird für sie notwendig, um zur Ruhe zu kommen und sich psychisch gesund zu fühlen: *„ich finde diese Messen [...] finde ich sehr schön und da komme ich auch so richtig runter“* (N/Z. 1499–1501). Sie begründet das selbstverständliche Zur-Kirche-Gehen mit ihrer familiären Prägung, schon als Kind zur Kirche gegangen zu sein (z. B. Kinderstunde, Gottesdienst). Sie deutet im Erwachsenenalter die familiäre Gewohnheit in selbstsorgendes Handeln um, da sie die soziale Zugehörigkeit und spirituellen Praktiken zur psychischen Selbstregulation braucht und sie sich regenerieren kann.

Phänomenbeschreibung

Gesundheit bedeutet für Ruth Kern, einen *„Spagat machen“* (N/Z. 728) zu müssen zwischen einerseits dem fürsorgenden Erfüllen sozialer Anforderungen und Erwartungen und andererseits dem selbstsorgenden Regenerieren, um wiederum fürsorgend handeln zu können. Die eigene Gesundheit kann sowohl durch gesundheitsförderliche Handlungsstrategien regeneriert werden, die primär der Selbstsorge dienen, als auch durch die gesundheitliche Fürsorge, sodass sich andere Menschen als gesund erleben und sich dies positiv auf die eigene Gesundheit auswirkt. Mit dem fürsorgenden Zuwenden ist das Gesundheitsverständnis verbunden, dass Gesundheit wechselseitig in sozialen Interaktionen entsteht. Gesundheit ist ein Kennzeichen guter Beziehungsqualität und ein Bedeutungsträger sozialer Beziehungen, um diese aufrechterhaltend zu gestalten. Dabei beeinflussen interne und externe Ressourcen und Stressoren in der privaten und beruflichen Lebenssituation die Gesundheit. Dies geht mit dem subjektiven Gesundheitsverständnis einher, dass Gesundheit mehrdimensional ist, ein dichotomes Verhältnis von zunehmender und abnehmender Gesundheit sowie ein dynamischer Gesundheitszustand bestehen.

Soziale und psychische Gesundheit über soziale Harmonie sicherzustellen, ist eine wesentliche Motivation, gesundheitsbezogene Handlungsstrategien zu nutzen. Mithilfe von gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien und

Ressourcen kann das Ausbalanciertsein von fürsorgender Zuwendung und Anforderungserfüllung und selbstsorgendem Regenerieren gelingen. Am Arbeitsplatz werden vor allem gesundheitsbezogene Handlungsstrategien zur Regulation von Anforderungen und Belastungen verwendet, wobei regenerative und ausgleichende Handlungsstrategien insbesondere außerhalb der Arbeitszeit genutzt werden. Dabei werden institutionelle Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (z. B. Pausenregelung, Hygienevorgaben, Umgang mit ansteckenden Erkrankungen) durch legitimierende Abweichungen und eigentheoretische Erklärungen selbstbestimmt modifiziert.

Alle gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien zielen darauf ab, die subjektive Handlungs- und Arbeitsfähigkeit herzustellen bzw. zu erhalten, um alltägliche Anforderungen erfüllen zu können. Die dabei erlebte Selbstwirksamkeit stärkt die Nutzung dieser Handlungsstrategien, um den Spagat von Fürsorge und Selbstsorge zu bewältigen. Die gesundheitsbezogenen Strategien der Fürsorge und die selbstsorgenden Strategien müssen aktuelle, situative Anforderungen und dauerhafte, soziale Erwartungen und Belastungen regulieren, sodass ein gesundheitsförderliches Ausbalanciertsein als innere, subjektive Ausgeglichenheit entsteht. Eigentheoretische Erklärungen, die das subjektive Gesundheitshandeln begründen, führen dazu, die gesundheitsbezogene Verstehbarkeit sicherzustellen.

Dennoch besteht das Erfahrungswissen, dass die subjektive Gesundheit nicht vollumfänglich durch individuelle Handlungsstrategien beeinflusst und kontrolliert werden kann. Wenn subjektive gesundheitsbezogene Handlungsstrategien nicht mehr wirken und die Handlungs- und Arbeitsfähigkeit bedroht sind, wird selbstverständlich auf die Expertise im professionellen Gesundheitssystem zurückgegriffen. Dies bestätigt das Verständnis, dass physische Gesundheitsbeschwerden und psychische Gesundheitseinschränkungen durch professionelle Expertise zeitnah beeinflusst und kontrolliert und teilweise regeneriert werden können, wodurch eine gesundheitliche Stabilisierung entstehen kann.

6.4 Sonja Frey – Gesundheit als eigenverantwortliches In-Beziehung-Sein

Sonja Frey (*August 1975) lebt seit ihrem 4. Lebensjahr in „*diesem Örtchen hier*“ (N/Z. 8), wobei ihre Eltern aus einem zentraleuropäischen Land stammen. In ihrer Kindheit arbeitet ihre Mutter als Prüferin und ihr Vater als Vorarbeiter in einem regionalen Technologieunternehmen. Sie und ihr 6,6 Jahre älterer Bruder gehen in den örtlichen Kindergarten und in die regionale Grundschule. Das Physische (ländliche Region, Eigenheim) und Soziale (Bil-

dungseinrichtungen, Peergroup) sind für Sonja Frey relevante Zugehörigkeitsbezüge, die sie einordnend erzählt. Hingegen öffnet sie die Geschichte der Herkunftsfamilie über sozial-emotionale Erinnerungen: „*es war nicht immer so einfach, sage ich mal (.) ähm weil da fängt die Lebensgeschichte eigentlich schon an ähm (.) mein Vater war Alkoholiker*“ (N/Z. 12f.).

Ein prägendes Ereignis ist die Bewusstwerdung des Zusammenhangs zwischen dem Alkoholkonsum und der Aggressivität ihres Vaters. Sonja Frey bekommt seine Aggressivität „*erst mit[...] als [sie] ungefähr acht Jahre alt war*“ (N/Z. 14). Obwohl er ihr gegenüber nicht aggressiv ist, lehnt sie ihn entschieden ab: „*für mich war er eigentlich gestorben ((macht Anführungszeichen mit Fingern in die Luft)) sage ich jetzt mal so. es ging nicht, ich konnte ihm gar nicht mehr vertrauen*“ (N/Z. 16f.). Der Vertrauensverlust führt zur Ablehnung des Vaters, um mit der aussichtslosen Familiensituation umgehen zu können. Indem ihre Mutter mit ihr in die nächstgelegene Stadt zieht, entsteht zwar ein physischer Abstand zum Vater, aber auch der Verlust sozial-räumlicher Zugehörigkeit. Nachdem sie und ihre Mutter wieder zu ihrem Vater und Bruder ziehen, zieht ihr Vater für sie unerwartet aus. Infolgedessen entstehen ambivalente Erfahrungen – die soziale Belastungsminde- rung durch die Abwesenheit des Vaters und eine psychisch belastende Fremdbestimmung –: „*ich habe immer gesagt, ich möchte nicht zu ihm, weil er kann mit mir sowieso nichts anfangen'. ähm (.) das war dem Gericht eigentlich egal. ich musste alle 14 Tage dahin*“ (N/Z. 27–29). Ihr Empfinden des Ausgeliefertseins gegenüber entscheidungsmächtigen Personen und der fremdbestimmte Zwang deutet sie rückblickend als Auslöser ihrer physischen Krankheitszeichen, wenn sie zu ihrem Vater musste: „*[ich] hatte fast jedes Mal 40 Fieber, wenn ich zu ihm musste, weil ich nicht hinwollte*“ (N/Z. 29f.). Krank zu sein entbindet sie von der Besuchspflicht bei ihrem Vater, was ihr kausales Verständnis von psychosozialer Belastung und physisch krank werden zu können als Ausdruck eines mehrdimensionales Unwohlfühlers prägt.

Als 13-Jährige erlebt Sonja Frey nach dem Tod ihres Vaters eine Wende in ihrem Leben und beginnt infolge der familiären Neuordnung, „*Familienleben zu spüren*“ (N/Z. 35). Sie deutet die familiäre Situation reflexiv als positive Lebensveränderung, denn sie hatte „*das Gefühl, ich kann endlich leben*“ (N/Z. 31f.). Die positive Bilanzierung des kritischen, sozialen Lebensereignisses stärkt ihr soziales Wohlbefinden. Sie erlebt, dass sie durch den „*Lebenspartner*“ (N/Z. 33) der Mutter zuverlässige Unterstützung im Alltag erhält und gemeinsame Aktivitäten stattfinden. Aufgrund dieser Erfahrungen sieht sie ihn als zentrale Figur stabiler Beziehungsgestaltung an. Sie erzählt, wie ihre Mutter und deren Lebenspartner ihren „*Entschluss, Erzieherin zu werden*“ (N/Z. 39) stark unterstützen: „*also entweder Heilerziehungspflege oder Erzieherin oder irgendwie in diese Richtung, auf jeden Fall, wo man Kindern helfen kann oder die unterstützen kann [...] meine Eltern haben*

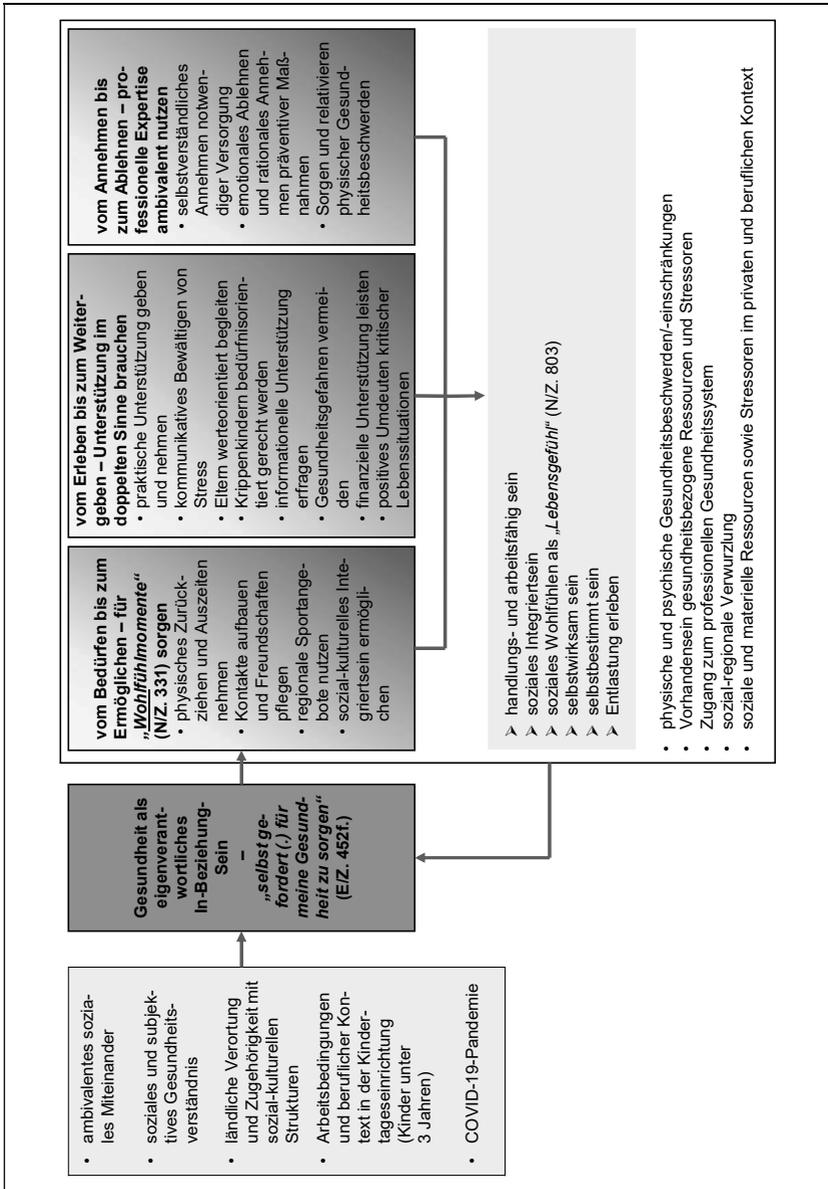


Abbildung 5: Gesundheitsbezogene Handlungsstrategien der pädagogischen Fachkraft Sonja Frey – Gesundheit als eigenverantwortliches In-Beziehung-Sein (eigene Darstellung)

mich dann komplett unterstützt“ (N/Z. 43-46). Die berufliche Entscheidung, vulnerable Menschen zu unterstützen, begründet sie zudem mit der erlebten Hilfsbedürftigkeit ihres Cousins, der „mit einer körperlichen und geistigen Behinderung“ (N/Z. 40) geboren wurde.

Die Erfahrungen innerfamiliärer Zuwendung, Unterstützung und gemeinsamer Aktivitäten stehen im Kontrast zum Erleben von inner- und außerfamiliärem Vertrauensverlust, Fremdbestimmung und Alleinsein in ihrer Kindheit und Jugend. Die ambivalenten sozialen Erfahrungen beeinflussen, dass Sonja Frey in ihrem Lebensverlauf gesundheitsbezogene Handlungsstrategien (weiter)entwickelt und nutzt, um soziale und physische Gesundheit als Lebensgefühl selbstbestimmt herzustellen und erhalten zu können.

„Gesund sein bedeutet eigentlich für mich, wenn ich mich wohlfühle“ (N/Z. 769). Dieses Lebensgefühl entsteht und besteht insbesondere in von Vertrauen und Unterstützung geprägten sozialen Beziehungen (siehe Abbildung 5). Bei physischer, psychischer und sozialer Gesundheit sind die subjektive Entscheidungs-, Handlungs- und Arbeitsfähigkeit vorhanden. Sonja Frey betont die gesundheitsbezogene, eigenverantwortliche Selbstsorge, denn da „bin ich auch selbst gefordert (.) für meine Gesundheit zu sorgen“ (E/Z. 452f.).

Vom Bedürfen bis zum Ermöglichten – für „Wohlfühlmomente“ (N/Z. 331) sorgen

Erfahrungen des generationsübergreifenden Angenommenseins werden in der Kindheit und Jugend von Sonja Frey prägende Erfahrungen. Die innerfamiliäre und außerfamiliäre, unerwartete und unbekanntete Fürsorge anderer Menschen erzählt Sonja Frey im kontrastiven Vergleich zu sozial prekären Lebenssituationen (z. B. Aggressivität des Vaters, Alleinsein in der Gastfamilie in der 7. Klasse). Die Warmherzigkeit der Großeltern (väterlicherseits) (*„da ging es mir auch richtig gut. [...] da fühlte ich mich auch heimisch. //ja// ne also, obwohl das alles total fremd für mich war, war=s aber dadurch, dass die mir halt so viel Liebe gegeben haben“*, N/Z. 702–705) und die Zuwendung der Gastfamilie in der 9. Klasse (*„die waren halt auch immer da, und die haben halt viel gezeigt, was man so machen kann. und die hatten dieses familiäre. also ich habe mich nie allein gelassen gefühlt. [...] da habe ich mich wohlgefühlt“*, N/Z. 269–279) werden zu zentralen Erfahrungen sozialen Wohlbefindens. Diese Erfahrungen prägen ihre gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien, „Wohlfühlmomente“ (N/Z. 331) für sich herzustellen und für andere Menschen zu schaffen, um sich selbst in diesen sozialen Beziehungen wohlfühlen. Die gesundheitliche Eigenverantwortung ist für sie Motivation und Anspruch zugleich, sodass sie sich als selbstbestimmt handlungsfähig und selbstwirksam erlebt.

Physisches Zurückziehen und Auszeiten nehmen: Sonja Frey zieht sich als Erwachsene von unkontrollierbaren Stressoren zurück, durch die stressige Arbeitssituationen entstehen: „*wenn so ganz viele Komponenten zusammen//ja// kommen, die eigentlich in dem Moment gar nicht zu regeln sind*“ (E/Z. 151f.). Für den Umgang mit Stress kennt sie keine gesundheitsbezogene Unterstützung durch die Trägerschaft der Kindertageseinrichtung: „*(4) glaube ich nicht^o weiß ich nicht. also wahrscheinlich gibt's so was wie Rückenschule oder sonst so was. keine Ahnung*“ (E/Z. 451f.). Sie sieht die Trägerschaft nicht in der Verantwortung, für die Gesundheit der Mitarbeitenden zu sorgen. Jede pädagogische Kraft müsse eigenverantwortlich eigene Grenzen erkennen und sich von Stressoren fernhalten: „*wenn ich meine, dass ich überlastet bin, dass ich mich zurückziehe*“ (E/Z. 494).

Mit dem Erfüllen beruflicher Anforderungen und vor allem ihren physischen Gesundheitseinschränkungen nach der Coronainfektion begründet sie, dass sie bewusst ruhige Arbeitssituationen (z. B. Schlafwache) nutzt, da es ihr „*total gut bekommt nochmal runterzufahren in der Mittagszeit*“ (N/Z. 1227f.). Auch in vorgegebenen Pausenzeiten nimmt sie sich „*eine Auszeit*“ (N/Z. 1238), um sich temporär von der Lautstärke als physikalisch anhaltenden Stressor in der Krippengruppe fernzuhalten. An physischen (z. B. Pausenraum, Gartenbank) und sozialen (z. B. private Telefonate führen, Gespräche mit Nachbar*innen) Rückzugsorten kann sie sich während der Arbeitszeit regenerieren. Diese Handlungsstrategie zielt darauf ab, „*ein bisschen nochmal neue Energie (.) schöpfen für den Tag*“ (N/Z. 1246f.). Zusätzlich ermöglichen sich die Teamkolleginnen gegenseitig kurze Rückzugsmomente: „*wir gehen zwischendurch mal für fünf bis zehn Minuten einfach mal raus und sagen ‚Mensch ich brauch jetzt mal kurz (.) äh ‘ne Pause‘ und dann ist das aber auch in Ordnung*“ (E/Z. 78ff.). Das Ansprechen individueller Bedürfnisse sowie materielle, organisatorische und soziale Ressourcen unterstützen das physische Zurückziehen. Jedoch sind insbesondere kurze Auszeiten bei einigen ganztägigen (z. B. Personalmangel, „*Dauerschreikinder*“, E/Z. 937) und situativen (z. B. Müdigkeit der Kinder beim Mittagessen, Elternanliegen in der Ankommenszeit) Stressoren nicht möglich. In temporären Stresssituationen nutzt Sonja Frey ihre optimistische Haltung zur kognitiven Selbstregulation, und bei anhaltenden Stressoren reorganisieren sie im Gruppenteam interne Arbeitsabläufe, um eigenverantwortlich eine angenehme Arbeitsatmosphäre zu schaffen.

Das temporäre physische Zurückziehen in Auszeiten sowie der Optimismus, um physikalische, physische und psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu ertragen, reichen jedoch nur kurzzeitig aus, um arbeitsfähig zu sein. Sonja Frey muss sich, insbesondere nach der Coronainfektion, nach der Arbeit eine Auszeit zuhause nehmen: „*ich komme von der Arbeit (.) [...] ich bin gegen fünf, halb sechs liege hier auf=m Sofa und schlafe hier fast ein. das hätte es bei mir nie gegeben (.) vorher. also ich bin total erschöpft. dieser so*

ein Arbeitstag haut mich grad echt voll aus den Socken“ (N/Z. 1098–1103). Durch das Erholen im Privaten (z. B. auf dem Sofa liegen, im Garten sitzen) und für sich allein sein erlebt sie „ein schönes Runterkommen“ (N/Z. 1296f.).

Kontakte aufbauen und Freundschaften pflegen: In ihrer Kindheit erlebt Sonja Frey ein unbeschwertes Miteinander mit ihrer Freundin in der Freizeit (z. B. Fahrrad fahren, Spielen auf dem Hof) und durch das tägliche Ritual – das Abholen ihrer Freundin zum Schulbus – *„immer eine heiße Schokolade [zu] bekommen“ (N/Z. 689). Durch die konstante, soziale Ressource ist ein natürliches, temporäres Loslösen von familiären Belastungen möglich. Diese Freundschaftserfahrungen führen dazu, dass sie soziales Verbundensein auch als Erwachsene in unterschiedlicher Art und Intensität pflegt, um soziales Wohlfühlen zu erleben. Langjährige „Freundschaften, die ich aus der Schule noch habe, die sind mir halt total wichtig“ (N/Z. 297f.). Sie initiiert und pflegt sie z. B. durch Telefonate, das Schreiben von Textnachrichten oder gemeinsame Ausflüge. Freundschaften in der Nachbarschaft pflegt sie durch geselliges Beisammensein und gegenseitige Alltagsunterstützung. Dafür bringt sie zeitliche und materielle Ressourcen ein und gestaltet aktiv soziales Zusammensein und folglich ihr soziales Integriertsein. Ihr Freundeskreis ist für sie ein „Wohlfühlfaktor“ (N/Z. 283), denn „Freunde treffen, das ist wohlfühlen“ (N/Z. 283). Dabei nimmt sie die zentrale Figur des Ermöglichens und Gestaltens sozialer Beziehungen ein.*

Darüber hinaus ermöglicht ihr ihre Kontaktfähigkeit, neue Beziehungen aufzubauen. Sie hat z. B. *„letzte Woche Sonntag gerade zufällig jemanden kennengelernt [...] habe dann gefragt, ob das möglich ist, das wir auf die Wiese gehen, dass sich die Hunde vielleicht mal ein bisschen beschnuppern und miteinander spielen. [...] also das ist dann auch sehr toll, neue Freundschaften oder ja Bekannte kennenzulernen“ (N/Z. 343–350). Sie begründet das Aufbauen neuer sozialer Kontakte zwar über ihren Hund, dennoch wird deutlich, dass sie dabei erlebnisorientierte Vorfreude und soziales Wohlfühlen erlebt.*

Regionale Sportangebote nutzen: Bei Sonja Frey sind sportliche Aktivitäten beständige gesundheitsbezogene Alltagspraktiken. In ihrer Jugend erfährt sie über leistungs- und beziehungsorientiertes Rock-'n'-Roll-Training und Turniere erlebnisorientierte Freude und Stolz als positive Emotionen. Im Gemeinschaftssport erlebt sie soziales Wohlfühlen mit Gleichaltrigen. Dabei ist ihr als Jugendliche und als Erwachsene wichtig, selbstbestimmt entscheiden zu können, wann sie z. B. das Tanzen beendet oder Sportangebote wechselt. Trotz der Linderung von Rückenproblemen und dem sozialen Wohlfühlen in der Sportgruppe entscheidet sie sich als Erwachsene, den zeitlich und inhaltlich vorgegebenen Reha-Sport zu beenden. Sie nutzt nun das regionale Fitnessstudio, um selbstbestimmt zu entscheiden, wann und wie oft sie zum Sport geht. Sie braucht mittlerweile Sport *„zum Ausgleich“ (N/Z. 1355) von*

physischen und psychischen Belastungen. Für Sonja Frey ist der psychosomatische „*Kummerspeck*“ (N/Z. 808) auf psychische Belastungen zurückzuführen (z. B. Folgen einer Fehlmedikation ihrer Autoimmunerkrankung, plötzliche Tod des Zweitgeborenen). Weiterhin ist Sport für sie von Bedeutung, um sich physisch gesund zu fühlen und „*um einfach auch für mich was zu machen und mich wohlzufühlen*“ (N/Z. 819). Die Motivation ins Fitnessstudio zu gehen, wird durch materielle (z. B. Mitglied einer Krankenkasse, Gutscheiprogramm der Krankenkasse) und soziale (z. B. Ehemann, bekannte Besitzer des Fitnessstudios) Ressourcen unterstützt.

Sozial-kulturelles Integriertsein ermöglichen: Aufgrund eigener Erfahrungen, dass Sport eine soziale Ressource ist, unterstützt sie ihre Kinder, an regionalen Sportangeboten teilzunehmen, weil sie „*das eigentlich wichtig fand, dass die Kinder hier in einer Gemeinschaft aufwachsen*“ (N/Z. 864f.). Sie entschließt sich für einschneidende berufliche Veränderungen (z. B. neue Arbeitsstelle, andere Arbeitszeiten, Teilzeitstelle), um ihre Tochter zum Training im Vereinssport bringen zu können. Sie steht zu ihrer Zusage „*gesagt. getan*“ (N/Z. 106), wodurch sie ihrer Tochter Vertrauen und Zuverlässigkeit vermitteln und gleichzeitig soziales Integriertsein ermöglichen möchte. Ebenso unterstützt sie ihre Tochter und ihren Sohn im Kindes- und Jugendalter, regelmäßig Freund*innen z. B. zum Feiern, Grillen im Garten oder Schwimmen im Pool einzuladen. Sie möchte ihren Kindern ein Gemeinschaftsgefühl mit Gleichaltrigen ermöglichen, da sie selbst die Zugehörigkeit im Freundeskreis als soziales Wohlfühlen erlebt hat.

Vom Erleben bis zum Weitergeben – Unterstützung im doppelten Sinne brauchen

Für Sonja Frey wird als 13-Jährige die Unterstützung der Mutter und des Stiefvaters zur bedeutsamen Erfahrung sozialer Beziehungsgestaltung. Als Erwachsene versteht sie soziale Unterstützung als ein gegenseitiges Sorgen über alle Altersspannen hinweg: „*Unterstützung ist grundsätzlich immer wichtig. also das braucht man sein Leben lang*“ (N/Z. 883f.). Sie nutzt vielfältige gesundheitsbezogene Handlungsstrategien, um sowohl verschiedene Personengruppen zu unterstützen als auch selbst Unterstützung zu erhalten.

Praktische Unterstützung geben und nehmen: Im jetzigen Krippenteam unterstützen sich die Kolleginnen, indem sie z. B. Arbeitszeiten tauschen oder bei Personalmangel einen zusätzlichen Dienst übernehmen. Zudem nimmt Sonja Frey die Hilfe von Kolleginnen an, wenn sie z. B. in einer Fachkraft-Kind-Interaktion überfordert ist und Stress erlebt. Sie gibt die für sie nicht handhabbare Interaktionssituation an eine Kollegin ab und kann sich dadurch aus einer sozial belastenden Interaktion physisch zurückziehen. Das

gegenseitige Unterstützen bei psychischen und sozialen Anforderungen basiert für sie auf dem Wahrnehmen eigener fachlicher und sozialer Grenzen und deren vertrauensvolles Ansprechen im Gruppenteam. Die kollegiale Unterstützung ist für sie eine soziale Ressource am Arbeitsplatz. Sonja Frey erzählt, dass sie sich auch im Privaten nur in für sie nicht handhabbaren Situationen von Familienangehörigen unterstützen lässt. Bei psychischer Überforderung im Umgang mit ihrer Erstgeborenen nimmt sie die Unterstützung ihres Ehemanns an oder greift auf das Betreuungsangebot ihrer Eltern zurück, als sie die Betreuung ihrer Tochter aufgrund der anstehenden Entbindung des dritten Kindes nicht gewährleisten kann. Durch das Annehmen praktischer Unterstützung fühlt sie sich entlastet.

Kommunikatives Bewältigen von Stress: Sonja Frey nutzt zwei zeitlich variierende kommunikative Bewältigungsstrategien, durch die sie stressige Situationen bewältigen kann. Sie redet mit zeitlichem Abstand über Belastungen, indem sie z. B. ihrem Ehemann von Stresserleben am Arbeitsplatz berichtet und danach „*einfach abschalten kann*“ (N/Z. 1281). Mit ihren Teamkolleginnen spricht sie über „*Reibungspunkte mit anderen Kollegen*“ (N/Z. 1458) aus dem Kindergarten und danach spricht sie diese Kolleg*innen auf Konflikte an, die zwischen dem Team der Krippe und den Kolleg*innen aus dem Kindergarten bestehen. Diese Gespräche helfen ihr im Umgang mit sozialen Belastungen, da sie z. B. Zuspruch erhält oder Rückversicherung einholen kann. Hingegen spricht sie ihre Teamkolleginnen sofort auf soziale Belastungen in der jeweiligen Arbeitssituation an, um ihr Stresserleben über ein klärendes Gespräch zu reduzieren. Ebenso nutzt sie das sofortige Ansprechen von Stress gegenüber der Einrichtungsleitung, um durch zusätzlich zu übernehmende Aufgaben entstandenen Stress aufzulösen. Sie nutzt die kommunikativ-konfrontative Handlungsstrategie, um Überforderungen anzusprechen und Entlastungsmöglichkeiten vorzuschlagen bzw. einzufordern.

Sonja Frey ist mit diesen Bewältigungsstrategien der kommunikativ-regulierenden Unterstützung zufrieden, denn dadurch reduzieren sich ihre psychischen Belastungen.

Eltern werteorientiert begleiten: Den pädagogischen Kräften der Krippengruppe ist es wichtig, die Eltern bei der Entwicklung, Erziehung und Bildung ihres Kindes fürsorgend zu unterstützen. Sonja Frey berät die Eltern, indem sie werteorientierte, erfahrungsbasierte Hinweise für Eltern-Kind-Interaktionen gibt. In ihrem Verständnis basieren Interaktionen mit Kleinkindern auf Ehrlichkeit und Zuverlässigkeit, wodurch Vertrauen in sozialen Beziehungen entstehen kann: „*das ist halt auch wichtig, dass die Kinder die Sicherheit von zuhause mitbekommen. ne? das was ich sage, das zählt, das kann mal was dazwischenkommen, ja (.) aber ähm (1) genau, dass man jetzt nicht sagen ‚ja ja wir kommen beide‘ nur damit das Kind beruhigt ist und am Ende ist es nicht so. das zerbricht ein Vertrauen. (1) //mhm// und das sagen wir auch*

*ganz oft Eltern ‚also redet ehrlich mit euren Kindern‘.“ (N/Z. 634–638). Dabei geht sie davon aus, dass sich ihr erfahrungs- und wertebasiertes Wissen auf die familiären Interaktionen übertragen lässt und die Eltern ihre lösungsorientierten Hinweise umsetzen können. Ihr sozialer Wert der Zuverlässigkeit ist stark von ihrer Erfahrung in der Kindheit geprägt, dass sie sich auf ihren Stiefvater „*verlassen konnte*“ (N/Z. 560).*

Als Gruppenteam unterstützen sie Eltern bei der Umsetzung von Interaktionsformen mit dem Kind, die sie mit ihnen besprochen haben. Sonja Frey begründet diese Unterstützung mit dem professionellen Fürsorgeauftrag, ihrem Anspruch der entwicklungsorientierten Fürsorge für die Kinder und der erlebten Dankbarkeit der Eltern als Form sozialer Anerkennung. Sie selbst erlebt sich durch das wertorientierte Begleiten als selbstwirksam.

Krippenkinder bedürfnisorientiert gerecht werden: Für Sonja Frey ist ihr pädagogisches Verständnis essenziell, auf die Bedürfnisse der Kinder zu reagieren. Insbesondere in der Übergangszeit vom familiären Umfeld in die unbekannte institutionelle Umgebung ist es ihr pädagogischer Anspruch, die Kinder zu beobachten, auf ihre (non)verbal signalisierten Bedürfnisse zu reagieren und sie dadurch im physischen und sozialen Ankommen zu unterstützen. Obwohl sie aus Selbstsorge physische Belastungen vermeidet, legitimiert sie das Aushalten physischer Beanspruchungen über ihren beruflichen Fürsorgeauftrag in dieser Zeit, indem sie z. B. weinende Kinder durch das Tragen auf dem Arm beruhigt oder Kinder sich auf ihren Schoß setzen dürfen. Sie wählt bewusst ihre Sitzhaltung (z. B. Schneidersitz, ausgestreckte Beine), um keine Schmerzen zu bekommen und dem Bedürfnis der Kinder nach physischer Nähe gerecht zu werden. Wenn sie die Eingewöhnungszeit so gestaltet, dann empfindet sie die Arbeitssituationen als „*sehr angenehm*“ (E/Z. 471) und „*eigentlich ziemlich entspannt*“ (E/Z. 481).

Informationelle Unterstützung erfragen: Bereits in der Ausbildung zur Erzieherin erlebt Sonja Frey im Praktikum in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung, dass sie in einer für sie unbekanntem Arbeitsumgebung und mit ihr unbekanntem Menschen Unterstützung erfragen muss. Aufgrund der krankheitsbedingten Abwesenheit ihrer Anleiterin, muss sie die Kollegin in der Nachbargruppe fragen, um Arbeitsprozesse und -aufgaben zu verstehen und mit Menschen mit Behinderung umgehen zu können. Sie verbindet das Annehmen informationeller Unterstützung mit der kognitiven Strategie, psychische und soziale Überforderung auszublenden. Retrospektiv deutet sie die Zeit des Praktikums als gelingend und nimmt sich als handlungssicher wahr.

Auch im jetzigen Arbeitskontext erfragt sie pädagogische Fachexpertise, Erfahrungswissen und spezifische Handlungsmöglichkeiten, wenn sie sich in sozialen Interaktionen mit Kindern überfordert fühlt und im professionellen Handeln an ihre fachlichen Grenzen gerät. Sie nimmt die pädagogische Expertise von verschiedenen Personen an (z. B. Einrichtungsleitung, Fachbera-

terin der Trägerschaft, Fachkraft der „*Diagnostikstelle*“ (N/Z. 461), Sprachkraft der Einrichtung, Fortbildungspersonal), die nicht in die sozialen Interaktionen involviert sind. Sie erfragt konkrete „*Hilfestellung*“ (N/Z. 438), um sie im spezifischen Arbeitssetting anzuwenden. Dadurch kann sie einerseits mit situativen Überforderungen umgehen sowie physikalische und soziale Stressoren zeitnah reduzieren und andererseits die kindliche Entwicklung zielgerichtet fördern. Die erlebte Wertschätzung und der kontinuierliche Fachaustausch stärken ihre Bereitschaft, die spezifischen Unterstützungsvorschläge anzunehmen und umzusetzen. Die von der Trägerschaft finanzierten Fortbildungen nimmt sie als monetäre Unterstützung zur beruflichen Weiterqualifikation wahr. Durch das Erfragen und Annehmen von Hilfestellungen erlebt sie sich als handlungssicher und arbeitsfähig.

Auch wenn ihre Kolleg*innen sie nicht fragen, informiert sie diese über spezifische Gesundheitsangebote, um sie dabei zu unterstützen, deren physische Gesundheit wieder herzustellen. Wenn Kolleg*innen diese Hinweise nicht annehmen, reguliert sie ihr Unverständnis, indem sie sich deren gesundheitliche Eigenverantwortung bewusstmacht.

Gesundheitsgefahren vermeiden: Sonja Frey nutzt präventive und reaktive Handlungsstrategien und materielle Hygieneressourcen in der Krippe, um die Kinder und sich selbst vor physischen Gesundheitsgefahren zu schützen. Sie wechselt nach jedem Kind das Handtuch, auf dem die Kinder gewickelt werden, und verwendet Desinfektionsmittel für ihre Hände, um sich vor Pilzen, Bakterien oder Viren zu schützen und deren Ausbreitung zu vermeiden.

Während der Coronapandemie reduziert sie ihre Personenkontakte, um die Gesundheitsgefährdung durch eine Virusinfektion für andere und für sich zu minimieren. Das Vermeiden von Gesundheitsgefahren erfordert ein ständiges Abwägen der potenziellen Risiken (z. B. Sport im Fitnessstudio bei hohen Inzidenzen während der Coronapandemie machen oder unterlassen, Handschuhe beim Wickeln der Kinder tragen oder nicht anziehen). Ihr ist wichtig, selbstbestimmt entscheiden zu können, ob und wie sie Gesundheitsgefahren meidet.

Finanzielle Unterstützung leisten: Sonja Frey unterstützt verschiedene regionale, soziale und medizinische Versorgungsstrukturen und Vereine, indem sie ihre finanziellen Ressourcen einbringt. Sie unterstützt temporär regionale Versorgungsstrukturen (z. B. Gasthof, Hofladen) in der Coronapandemie und kontinuierlich örtliche Vereine (z. B. Sportverein, Feuerwehr). Ihre Motivation ist, dass relevante regional-soziale Strukturen, von denen sie als Familie profitierten bzw. profitieren, fortbestehen und für die Dorfgemeinschaft verfügbar bleiben. Sie positioniert sich dabei als zentrale Figur im regional-sozialen System, da z. B. der Gasthof von ihrer Bestellung und Werbung oder der Hofladen von ihren Einkäufen profitieren würden. Die kontinuierliche finanzielle Unterstützung für einen „*Baby-Notarztwagen*“ (N/Z. 847) und für

die regionale medizinische Luftrettung begründet sie mit ihrer Betroffenheit, da ihr zweites Kind „*verstorben ist nach der Entbindung. der hatte [...] keine Überlebenschance*“ (N/Z. 153–155). Davon leitet sie für sich die Notwendigkeit ab, Hilfesysteme zu unterstützen, die vulnerable Menschen in Not-situationen helfen.

Durch ihr prosoziales Handeln erlebt sie ein sinnstiftendes Gemeinschaftsgefühl in einer unbekanntenen und einer vertrauten Gruppe als „*Förderer*“ (N/Z. 863).

Positives Umdeuten kritischer Lebenssituationen: Während schwieriger Lebensereignissen deutet Sonja Frey die unsicheren Situationen positiv um, um diese ohne soziale Unterstützung bewältigen zu können. Sie nutzt die Neubewertung z. B. für die Ausnahmesituation häuslicher Quarantäne aufgrund der Coronainfektion: „*ich habe es genossen. @ich habe es genossen.@ (.) ich habe es echt genossen. weil einfach mal man nichts machen muss, sich um nichts kümmern muss*“ (N/Z. 1367–1369). Rückblickend deutet sie die Isolationspflicht nicht als temporäre Verhinderung physischer Beziehungsgestaltung, sondern bewertet die Quarantänezeit als Befreiung von sozialen Anforderungen. Mit der Strategie des positiven Umdeutens relativiert sie auch ihre physischen Gesundheitsbeschwerden und reduzierte physische Belastbarkeit bei der gewohnten häuslichen Care-Arbeit während und nach der Coronainfektion. Dies steht im Kontrast zum Hervorheben ihrer physischen Gesundheitsbeschwerden nach der Impfung. Sie erlebt, „*dass ich vieles nicht mehr so erledigen kann wie ich es vorher gemacht habe. also sonst war von oben bis unten das Haus putzen, das mache ich das schaffe ich nie mehr. ist mir zu anstrengend. ich bin sehr schnell kaputt und erschöpft (.) das mache ich jetzt immer etagenweise. mal einen Tag das, mal einen Tag das*“ (N/Z. 1069–1071). Die reduzierte Belastbarkeit wird für sie zur alltäglichen Herausforderung, sodass sie folglich ihre routinierten Abläufe umstrukturiert, handlungsfähig bleibt und auf keine Unterstützung angewiesen ist. Das positive Umdeuten ermöglicht ihr, dass sie sich Lebensbedingungen nicht ausgeliefert fühlt.

Sonja Frey deutet auch Alltagsroutinen um (z. B. morgendliches Spazieren mit dem Hund als Genuss anstatt Pflicht), um erwarteten Stress auf der Arbeit präventiv entgegenzuwirken und es sich vorher „*entspannter zu machen*“ (N/Z. 774).

Vom Annehmen bis zum Ablehnen – professionelle Expertise ambivalent nutzen

Seit ihrer Kindheit ist Sonja Frey es gewohnt, den Zugang zum und die Expertise des professionellen Gesundheitssystems zu nutzen. Sie nimmt professionelle Versorgung vor- und nachsorgend an, um ihre Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen.

Selbstverständliches Annehmen notwendiger Versorgung: In ihrer Kindheit führen die mütterliche Sorge und starke physische Gesundheitsbeschwerden dazu, die Fachexpertise der stationären Gesundheitsversorgung nutzen zu müssen: „*Wenn ich da krank war, war ich tatsächlich sehr krank. also ich hatte dann immer Lungenentzündungen (.) ich hatte sehr hohes Fieber (.) ähm da war meine Mutter schon immer sehr besorgt*“ (N/Z. 1552–1555). Als 13-Jährige ist es erneut die Sorge der Mutter, dass sie ambulante Psychotherapie erhält, um psychische Belastungen zu bewältigen (z. B. Alkoholsucht des Vaters, Trennung der Eltern, Tod des Vaters). Als Erwachsene nutzt sie selbstverständlich für- und selbstsorgend professionelle Versorgung (z. B. ambulante Psychotherapie mit ihrer Tochter, stationäre Entbindungen), um bei psychischen und physischen Grenzerfahrungen professionell versorgt zu werden. Sie erlebt, dass medizinische Interventionen „*ein ganz anderes Lebensgefühl*“ (N/Z. 803) erzeugen können, weshalb sie die professionelle Versorgung annimmt (z. B. gynäkologische Operation zulassen, kontinuierliche Einnahme von Medikamenten). Sie führt ihre wieder zunehmende physische Handlungs- und Arbeitsfähigkeit auf das Befolgen der professionellen Expertise zurück. Dennoch erlebt sie beim Annehmen professioneller Versorgung auch psychische Grenzsituationen (z. B. Alleinsein im Krankenhaus, Ausgeliefertsein fremdbestimmter Entscheidungen) mit langanhaltenden Belastungen (u. a. Schmerzen, nicht Stillen können). Sie beschreibt eine „*völlige Überforderung*“ (N/Z. 917), da ihre Gesundheitsbeschwerden nicht zeitnah im Lai*innengesundheitssystem und professionellen Gesundheitssystem bewältigt werden konnten.

Emotionales Ablehnen und rationales Annehmen präventiver Maßnahmen: Mit Bezug zur COVID-19-Pandemie erzählt Sonja Frey zum ersten und einzigen Mal, dass sie eine medizinische Versorgung – das Impfen – entschlossen ablehnt. Sie begründet ihr Misstrauen mit der Unwissenheit über potenzielle Folgen der Impfung: „*boah ich lasse mich auf keinen Fall mit diesem Scheißzeug impfen (.) wer weiß, was da passiert*“ (N/Z. 1511f.). Ihre Befürchtung bezüglich unvorhersehbarer Konsequenzen der medizinischen Intervention wird durch die subjektive Entscheidungs- und Handlungsunsicherheit verstärkt. Das emotionale Ablehnen der präventiven Maßnahme verändert sich durch die medizinische Zuschreibung, vulnerabel zu sein: „*als dann aber durch einen Betriebsarzt festgestellt wurde, dass ich Risikopatientin bin [...] haben wir uns dafür entschieden (.) uns impfen zu lassen*“ (N/Z. 1513–1517). Sie nutzt die medizinische Zuschreibung als ordnungsstiftende Diagnose, um ihr emotionales Ablehnen des Impfens als Privatperson hin zum rationalen Annehmen der Impfung als pädagogische Fachkraft zu begründen. Sie externalisiert die Entscheidung für die Schutzmaßnahme, indem sie diese Entscheidung über den Betriebsarzt als professionell Tätigen im Gesundheitssystem mit Bezug zum Arbeitskontext legitimiert.

Da nach der Erstimpfung die jahrelang ausgebliebene Regelblutung als unvorhersehbare Folge eintritt, lehnt Sonja Frey eine weitere Impfung ab und fokussiert dabei, etwas Besonderes zu sein: „*es ist von tatsächlich von der Impfung. also die haben gesagt es gibt jetzt mehrere Fälle tatsächlich, meiner ist jetzt der schlimmste gewesen, [...] dass es nach Jahren wiederkommt und auch bleibt, ist untypisch*“ (N/Z. 1025–1028). Sie nutzt die medizinische Expertise, um Kausalitäten zu erklären und damit ihre gesundheitsbezogene Selbstsorge und ihr berechtigtes Ablehnen der Impfung zu bestätigen.

Sorgen und Relativieren physischer Gesundheitsbeschwerden: Die Sorge um die physische Gesunderhaltung und Gesundheitsherstellung anderer Menschen hat Sonja Frey im Privaten und im Beruflichen. Aus der beruflichen Fürsorgepflicht und der institutionellen Vorgabe heraus lässt sie Kinder mit physischen Gesundheitsbeschwerden (z. B. Fieber, Erkältung, Bindehautentzündung) von deren Eltern abholen, rät zur ärztlichen Behandlung und fordert eine ausreichende Regeneration der Kinder ein. Im Privaten sorgt sie sich auch um die physische Gesundheit ihrer erwachsenen Tochter und ihrer Eltern. Sie informiert über spezifische Angebote im professionellen Gesundheitssystem und nutzt empfohlene präventive Handlungsstrategien (z. B. physischen Abstand halten, Mund-Nase-Bedeckung tragen) während der COVID-19-Pandemie, um die physische Gesundheit der Familienmitglieder zu schützen. Sie geht aber auch davon aus, dass sich mit zunehmendem Alter physische Gesundheitseinschränkungen einstellen, vor denen keine Handlungsstrategien schützen können.

Hingegen relativiert sie „*diese paar Erschöpfungszustände dann halt*“ (N/Z. 1532) und ihre schnell auftretende, anhaltende Müdigkeit nach der Coronainfektion. Dadurch versucht sie, die unsichere Situation handhabbar zu machen. Sie weiß zwar um ihre gesundheitsbezogene Eigenverantwortung, jedoch nimmt sie diese oft nicht wahr, wenn „*man halt wirklich an seine Grenzen kommt, dass man dann die Bremse zieht. sollte man tun*“ (E/Z. 502f.). Dabei steht ihre Eigenlogik von Arbeitsfähigkeit und Verlässlichkeit konträr zu ihrer eigenverantwortlichen Selbstsorge.

Phänomenbeschreibung

Gesundheit als eigenverantwortliches In-Beziehung-Sein zu gestalten, bezieht sich insbesondere auf die Herstellung und das Erhalten sozialer Beziehungen respektive sozialer Gesundheit. Gesundheitsbezogene Handlungsstrategien, vor allem fürsorgendes und selbstsorgendes Handeln, zielen darauf ab, „*Wohlfühlmomente*“ (N/Z. 331) zu schaffen und soziale Unterstützung zu leisten bzw. anzunehmen. Diese Strategien sind darauf ausgerichtet, unter den jeweiligen sozialen Zugehörigkeitsbezügen und Lebensbedingungen Gesundheit als soziales Wohlbefinden und Lebensgefühl zu erhalten bzw. her-

zustellen. Prosoziales, fürsorgendes Handeln zielt darauf ab, stabile Beziehungskonstellationen und ein soziales Gemeinschaftsgefühl in der Arbeits- und Lebenswelt zu gestalten, wodurch soziale, psychische und physische Gesundheit gestärkt wird. Unterstützung ist eine zentrale, wechselseitige soziale Ressource, die im Lebensverlauf zur Widerstandsressource werden kann.

Das subjektive Gesundheitsverständnis umfasst Gesundheit als einen dynamischen Zustand, der von individuellen und externen Faktoren beeinflusst werden kann. Gesundheit kann sich in zwei Entwicklungsrichtung bewegen: (1) dem Zunehmen, wobei durch gesundheitsbezogene Handlungsstrategien und Ressourcen Gesundheit (zeitnah) regeneriert werden kann, und (2) dem Abnehmen, das durch externe Stressoren verursacht wird. Die gesundheitliche Eigenverantwortung der Selbstsorge liegt im selbstbestimmten Abwägen zwischen der Nutzung und Nichtnutzung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien, sowohl im Lai*innengesundheitssystem als auch im professionellen Gesundheitssystem sowie im Entscheiden für oder gegen eine dieser Strategien. Die subjektive Gesundheitstheorie weist auf die Individualisierung von gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien in verschiedenen Lebenskontexten hin. Durch präventive und reaktive Handlungsstrategien in beiden Gesundheitssystem kann Gesundheit geschützt und regeneriert werden. Externe gesundheitsgefährdende Faktoren sind jedoch nur bedingt beeinflussbar. Langanhaltende Anforderungen können trotz professioneller Unterstützung zur Überforderung führen. Komplexität als Merkmal von Gesundheit führt dazu, dass gesundheitsbezogene Prozesse nicht vollständig verstehbar, vorhersagbar und kontrollierbar sind. Deshalb ist das Subjekt lebenslang gefordert, Gesundheit eigenverantwortlich herzustellen und zu erhalten.

Die subjektive Gesundheitstheorie umfasst ein Gesundheitsverständnis, in dem sich subjektive Gesundheit als soziales Lebensgefühl und Krankheit als Zustand eingeschränkter bis fehlender Handlungs- und Arbeitsfähigkeit sowie physischer Gesundheitseinschränkungen dichotom gegenüberstehen. Ein prozesshaftes Regenerieren ermöglicht es, die Handlungs- und Arbeitsfähigkeit selbstwirksam wiederherzustellen und berufliche sowie private Anforderungen zu erfüllen. Gesundheit wird als ein Möglichkeitsraum verstanden, der es erlaubt, sowohl physisch als auch psychisch belastbar zu sein und situative Handlungssicherheit zu haben.

7 Gesundheit im Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge – subjektive Gesundheitstheorien pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren)

Nachdem die biografische Entwicklung und die Nutzung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien der einzelnen pädagogischen Kräfte dargestellt wurden (siehe Kapitel 6), wird in diesem Kapitel das fallübergreifende Modell zum biografisch geprägten Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge zur Erhaltung und Herstellung von Gesundheit (siehe Abbildung 6) beschrieben.

Zunächst wird das gesundheitsbezogene Kernphänomen – Selbstsorge und Fürsorge als Kontinuum zur subjektiven und sozialen Konstruktion von Gesundheit – anhand biografischer Wendepunkte sowie Interessen und Neigungen als Gründe für die Berufswahl beschrieben (siehe Kapitel 7.1). Vor dem Hintergrund der biografischen Entwicklung und Veränderung des Kernphänomens werden die Facetten des Gesundheitsverständnisses als Bedingungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung sowie als Konsequenzen der Handlungsstrategien im Umgang mit dem Kernphänomen aufgezeigt (siehe Kapitel 7.2). Anschließend werden die gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien dargestellt (siehe Kapitel 7.3), die zur Handhabung des gesundheitsbezogenen Verhältnisses von Selbstsorge und Fürsorge genutzt werden. Dabei wird der Bezug zur Erwerbstätigkeit als pädagogische Kraft in einer Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) hervorgehoben.

7.1 „und (.) ja das war halt so, so ‘ne Traumwelt sozusagen“ (Anna Geibel, N/Z. 383) – biografische Prägung von Fürsorge

In den Biografien der Interviewten kommen kritische Lebensereignisse als nicht-normative Wendepunkte vor, auf die sie mit Anpassungsreaktionen auf die veränderte Lebenssituation reagieren. In der Retrospektive deuten die pädagogischen Kräfte Abwesenheits- und Verlusterfahrungen in der Kindheit und Jugend als kritische Lebensereignisse. Mit diesen Ereignissen verbinden sie gesundheitsrelevante Erfahrungen sowie gesundheitsbezogene Erkennt-

nisse und Schlussfolgerungen, u. a. als Begründungen für die Berufswahl und als Orientierung für ihr subjektives Gesundheitshandeln. Dabei werden soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und das gesundheitsbezogene Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge deutlich (siehe Abbildung 6).

Anna Geibel erlebte als Kind nach dem Tod ihres Opas (mütterlicherseits) den Verlust eines unbeschwerten sozialen Miteinanders, das von erlebnisorientierter Freude und Privilegierung geprägt war. Der soziale Verlust aufgrund einer Krebserkrankung führte bei ihr zur belastenden Bewusstwerdung der familiären kollektiven, kommunikativen Vermeidungsstrategie des Tabuisierens von physischen Krankheiten und krankheitsbedingten Abbauprozessen. Sie nahm weder verbale und nonverbale Zuwendung noch eine explizite Auseinandersetzung ihrer Eltern und Großmutter wahr, um mit Krankheiten und sozialem Verlust umzugehen. Hingegen bewertet Sonja Frey retrospektiv die familiäre Situation nach dem Tod ihres Vaters nicht als soziale Verlust-erfahrung, sondern als soziale und psychische Entlastung von den psychosozialen Folgen seiner Alkoholsucht. Für sie entstand erstmals als 13-Jährige „das Gefühl, ich kann endlich leben“ (Sonja Frey, N/Z. 31f.). Die damals erstmals erlebte familiäre Unterstützung und professionelle Unterstützung zur Bewältigung der sozialen Belastungen wurden zu prägenden Erfahrungen sozialer Fürsorge. Im Gegensatz dazu wurde für Petra Winter als Jugendliche der immaterielle Verlust ihres Traums, als Kinderpflegerin im Ausland zu arbeiten, zu einer psychischen Belastung. Aufgrund der Schwangerschaft und der sozial vorgegebenen Heirat war sie mit dem Verlust einer selbstbestimmten Lebensplanung konfrontiert. Sie musste familiäre Care-Arbeit übernehmen und erhielt selten fürsorgende Unterstützung zur Bewältigung ihrer neuen Lebenssituation.

Neben den Verlusterfahrungen prägten Abwesenheitserfahrungen das unterschiedliche Erleben von sozialer Fürsorge. Unerwartete, physische Abwesenheitserfahrungen bei Anna Geibel (z. B. stationäre Versorgung bei psychischer Erkrankung) und kontinuierlich bestehende, sozial-emotionale Abwesenheit bei Ruth Kern (z. B. elterliche Fürsorge für die jüngere Schwester, Vulnerabilität eines Elternteils) führten bei den Interviewten zum einen zur Übernahme der familiären Care-Arbeit und zur Entwicklung einer hohen Selbstständigkeit und zum anderen zum verstärkten Beziehungsaufbau bzw. zur Beziehungsstabilisierung außerhalb der Familie. Diese Erfahrungen prägten das Verständnis, dass Gesundheit über fürsorgendes und selbstsorgendes, soziales Handeln hergestellt werden kann.

Die zusätzlich fehlende Unterstützung der Eltern bei Bildungsprozessen und Entwicklungsaufgaben (z. B. Entscheidung zum Schulwechsel, Stärkung des Selbstbewusstseins) verstärkte sowohl das selbstsorgende Annehmen außerfamiliärer fürsorgender Zuwendung als auch das normative Distanzieren von den Eltern im Jugendalter.

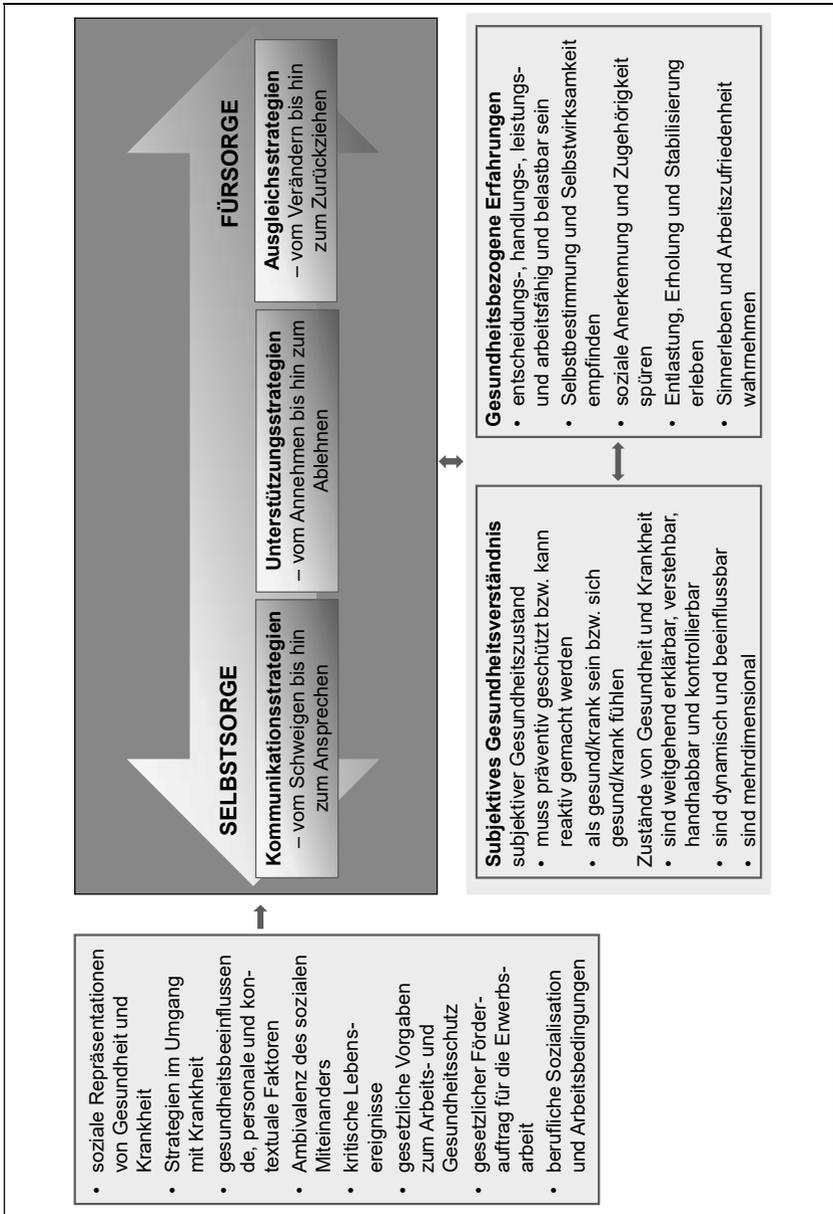


Abbildung 6: Modell von Gesundheit als Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge (eigene Darstellung)

Diese kritischen Lebensereignisse von Abwesenheit und Verlust sind eng mit der Bewusstwerdung sozial kontrastreicher Prägungen (z. B. Tabuisierung und Belastung, Zuwendung und Entlastung, Unterstützung und Verantwortung) verbunden. In Zeiten von Abwesenheits- und Verlusterfahrungen sowie eigenem Fürsorgebedarf wurden für alle Interviewten außerfamiliäre Unterstützungsformen als soziale Ressourcen bewusst, die zugleich Ambivalenzen des sozialen Miteinanders verdeutlichten. Insbesondere die sozial-emotionale Zuwendung in der Kindheit (z. B. pädagogische Kräfte im Kindergarten, Familien der Freundinnen, Großeltern) sowie die soziale und praktische Unterstützung durch den Freundeskreis im Jugend- und jungen Erwachsenenalter wurden zu prägenden sozialen Erfahrungen von Zugehörigkeit, Vertrauen und Zuverlässigkeit. So begründet Ruth Kern reflexiv ihre Berufswahl, dass sie „*unbedingt Kindergärtnerin werden*“ (Ruth Kern, N/Z. 24) wollte, mit ihren institutionellen Erfahrungen von liebevoll-sorgender und altersgerechter Förderung und ihrem Faible für das spielerische Sorgen um jüngere Kinder in ihrer Kindergartenzeit. Die divergenten sozialen Erfahrungen zwischen außerfamiliär erfüllten Bedürfnissen durch fürsorgende Unterstützung und familiär fehlender Unterstützung prägten in ihr den gesundheitsbezogenen Balanceakt zwischen Selbstsorge und Fürsorge. Ein gelingendes Ausbalancieren der fürsorgenden Unterstützung anderer Menschen und das Sorgen um eigene Bedürfnisse fördert sowohl die Gesundheit anderer Menschen als auch die eigene Gesundheit.

Sonja Frey deutet die familiäre Unterstützung, die sie durch den Lebenspartner ihrer Mutter erstmals bewusst erlebte rückblickend als gesundheitsrelevanten Wendepunkt und als Motiv für ihre Berufswahl. Ihre psychische Vulnerabilität, die notwendige professionelle Unterstützung zur Verarbeitung der familiären Belastungen und die familiäre, sozial-emotionale Unterstützung prägten ihr subjektives Gesundheitsverständnis. Sie betrachtet Gesundheit als eine Fähigkeit, unter den gegebenen Bedingungen verschiedener Lebenskontexte sozial-emotionale Zuwendung für andere Menschen zu bieten und dadurch ein Lebensgefühl von sozialer Zugehörigkeit für sich selbst zu schaffen. Gleichzeitig führten die Erfahrungen mit ihrem jüngeren Cousin, der mit körperlicher und geistiger Behinderung geboren wurde und Unterstützungsbedarf hatte, zu ihrem Entschluss, Heilerziehungspflegerin oder Erzieherin zu werden. Die Verknüpfung von Vulnerabilität und Unterstützungsbedarf bzw. -notwendigkeit und die Personengruppe der Kinder wurden zum Motiv ihrer Berufswahl, in dem sie vulnerablen Kindern „*helfen kann oder die unterstützen kann*“ (Sonja Frey, N/Z. 44). Die Fürsorge um vulnerable Menschen und derer Entwicklungsprozesse war für alle Interviewten ein zentraler Grund ihrer Berufswahl. So begründet Anna Geibel beispielsweise ihre Berufsentscheidung mit der Begleitung der Entwicklung von Kindern im Gegensatz zu den physiologischen Abbauprozessen älterer Men-

schen. Hingegen war für Petra Winter *„immer klar, dass [sie] was mit Menschen machen wollte, speziell mit Kindern“* (Petra Winter, N/Z. 28f.).

Das Erleben verschiedener Fürsorgeformen und deren hohe soziale Bedeutung in der Kindheit und Jugend waren der Hauptgrund für die Interviewten, sich für einen pädagogischen Beruf zu entscheiden. Sie orientierten sich dabei an ihren eigenen sozial-emotionalen Erfahrungen des Wohlbefindens und entschieden sich gegen solche Erfahrungen, die sie in ihrem bisherigen Lebensverlauf als belastend empfanden. Nahestehende Personen (z. B. Eltern, Lebenspartner) waren teilweise bei der Berufsentscheidung relevant, indem sie die Interviewten in ihrer Wahl bestärkten.

Des Weiteren waren Arbeitsbedingungen ein Grund für die Berufswahl. Anna Geibel war die Einzige, die berufsorientierende Praktika absolvierte. Der Vergleich der sozialen und strukturellen Arbeitsbedingungen im Altenheim (z. B. kommunikative Tabuisierung, physische, kognitive und soziale Abbauprozesse älterer Menschen) mit den Arbeitsbedingungen in einer Kindertageseinrichtung (z. B. fördernde Zuwendung und Unterstützung, hoher Personalschlüssel) führte dazu, dass sie *„den Entschluss gefasst [hat], dass [sie] Erzieherin werden möchte“* (Anna Geibel, N/Z. 106). Hingegen wurden für Petra Winter, Ruth Kern und Sonja Frey Arbeitsbedingungen erst in der Vereinbarkeit von familiärer Care-Arbeit und Erwerbstätigkeit relevant. Da spielten die eigene physische Leistungsfähigkeit, um Anforderungen im privaten und beruflichen Umfeld zu erfüllen, und die familiäre bzw. institutionelle Betreuung der eigenen Kinder eine entscheidende Rolle.

Die rückblickende Deutung sozialer Erfahrungen mit fürsorgender und selbstsorgender Zuschreibung wird zur Orientierungslinie des subjektiven Gesundheitshandelns in der Biografie der pädagogischen Kräfte. Die Handhabung des gesundheitsbezogenen Verhältnisses von Selbstsorge und Fürsorge führt zu sozialer, psychischer und physischer Gesundheit und zu hoher Arbeitszufriedenheit.

7.2 „nicht nur, dass ich mich gesund fühle, sondern dass das Umfeld um mich herum auch gesund ist“ (Ruth Kern, N/Z. 1173) – subjektives Verständnis von Gesundheit

Die pädagogischen Kräfte haben im Lebensverlauf durch soziale Repräsentationen von Gesundheit und durch gesundheitsbezogene Zuschreibungen ein subjektives Gesundheitsverständnis (siehe Abbildung 7) entwickelt. Dieses Verständnis hat sich durch die Nutzung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien und der subjektiven Deutungen biografischer Erfahrungen kontinu-

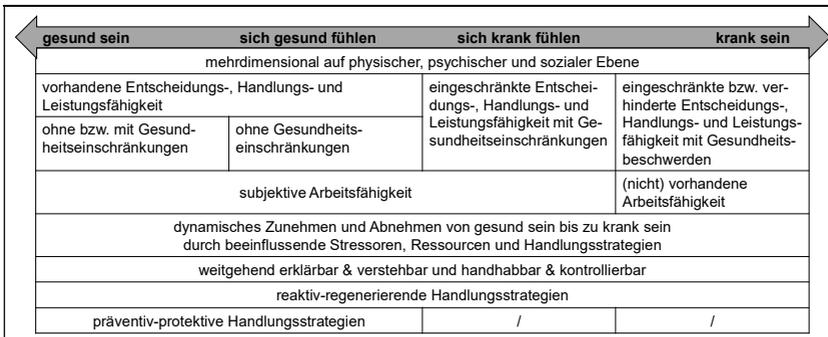


Abbildung 7: Subjektives Gesundheitsverständnis (eigene Darstellung)

ierlich im Lebensverlauf weiterentwickelt. Auf diesem Gesundheitsverständnis basieren die gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien, die die pädagogischen Kräfte zur Handhabung von Selbstsorge und Fürsorge respektive zur Aufrechterhaltung und Herstellung von Gesundheit nutzen.

Für die pädagogischen Kräfte bestehen verschiedene und ineinander übergehende Zustände auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit.

Gesundheit und Krankheit als Sein bezieht sich primär auf die physische, und weniger auf die psychische und soziale Konstitution. Gesundheit und Krankheit als Befinden werden bilanzierend insbesondere als soziales und psychisches Wohlfühlen bzw. Unwohlfühlen in der Arbeits- und Lebenswelt verstanden. Darin wird ein mehrdimensionales und holistisches Verständnis von Gesundheit deutlich. In sozialen Interaktionen wird z. B. ehrliche Kommunikation, Vertrautheit und Entspannung erlebt, woraus abgeleitet wird, dass dies Kennzeichen für den Zustand, sich gesund zu fühlen, sind. Physische Gesundheit kann in sozialen Interaktionen und im Alleinsein erhalten bzw. hergestellt werden. Sie besteht, wenn Körperfunktionen und -strukturen nicht wahrnehmbar sind bzw. wenn wahrnehmbare, meist chronische Gesundheitseinschränkungen die Entscheidungs-, Handlungs- und Leistungsfähigkeit respektive Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigen. Somit wird physisch gesund zu sein und sich gesund zu fühlen als ein Spektrum verstanden: keine physischen Gesundheitseinschränkungen zu haben oder physische Gesundheitseinschränkungen zu haben, die jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben.

Das subjektive Gesundheitsverständnis der Zustände von gesund/krank sein und sich gesund/krank fühlen basiert auf einem dichotomen Konstrukt von Gesundheit und Krankheit. Es steht immer in Bezug zu wahrnehmbaren Gesundheitseinschränkungen (z. B. Kopfschmerzen, Müdigkeit, Stress) und -beschwerden (z. B. Atemnot, Depression) respektive einem mehrdimensionalen Zustand sich krank zu fühlen bzw. krank zu sein und der damit verbun-

denen Arbeits(un)fähigkeit. Dabei wird davon ausgegangen, dass Krankheit als subjektives Empfinden erst ab einer gewissen Intensität der Gesundheitseinschränkungen zu einem Zustand des Krankseins wird und dann als Gesundheitsbeschwerden bezeichnet wird. Gesundheitsbeschwerden reduzieren bzw. heben die Entscheidungs-, Handlungs-, Leistungs- und die Arbeitsfähigkeit auf. Daraus folgt für die pädagogischen Kräfte, dass (1) sie sich krank fühlen und sich dennoch als arbeitsfähig erleben können, (2) sie krank sind und sich als arbeitsfähig erleben und (3) sie krank und nicht arbeitsfähig sind. Um die eigene Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu deuten, werden insbesondere der soziale Vergleich mit Kolleg*innen und die Zuverlässigkeit für die Kinder und Eltern am Arbeitsplatz herangezogen.

Das subjektive Gesundheitsverständnis umfasst, dass Gesundheit durch das Individuum erhalten werden kann und selbstsorgend geschützt werden muss. Einerseits erfordert der Gesundheitsschutz eine anhaltende, eigenverantwortliche Beschäftigung mit der subjektiven Gesundheit, um Gesundheitseinschränkungen und -beschwerden fernzuhalten. Basierend auf der internalen Kontrollüberzeugung werden präventiv-protektive, gesundheitsbezogene Handlungsstrategien genutzt. Andererseits besteht das Verständnis, dass Gesundheit durch das Individuum hergestellt werden kann, ohne dass eine fortwährende Beschäftigung notwendig ist. Reaktive gesundheitsbezogene Handlungsstrategien reichen dann aus, um Gesundheit herzustellen. Indem auf wahrgenommene Gesundheitseinschränkungen und -beschwerden reagiert wird, werden diese reduziert bzw. aufgehoben und Gesundheit nimmt zu. Damit ist das Verständnis verbunden, dass Gesundheit und Krankheit dynamische Zustände sind, die durch subjektive Faktoren (z. B. Alter, chronische Erkrankung) und externe Stressoren (z. B. physische Belastung, psychische Überforderung) reduziert sowie durch interne und externe Ressourcen (z. B. Freundschaften, Zuversicht) und gesundheitsbezogene Handlungsstrategien (siehe Kapitel 6 und Kapitel 7.3) hergestellt bzw. erhalten werden können. Bestehende Lebens- und Arbeitsbedingungen werden als Stressoren und/oder Ressourcen konnotiert, an denen sich die selbstsorgende Aufrechterhaltung und Herstellung von Gesundheit orientieren. Die präventiv-protektiven und reaktiv-regenerierenden gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien des Lai*innengesundheitssystems und des professionellen Gesundheitssystems werden für den eigenverantwortlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit genutzt. Das Gesundheitsverständnis beinhaltet, dass die Zustände von Gesundheit und Krankheit weitgehend erklärbar und verstehbar sowie handhabbar und kontrollierbar sind.

7.3 „da finde ich, bin ich auch selbst gefordert (.) für meine Gesundheit zu sorgen.“ (Sonja Frey, N/Z. 452f.) – gesundheitsbezogene Handlungsstrategien im Fokus der Erwerbstätigkeit pädagogischer Kräfte

Individuelle Handlungsstrategien der pädagogischen Kräfte zielen darauf ab, das gesundheitsbezogene Verhältnis von Fürsorge und Selbstsorge zu bewältigen (siehe Abbildung 6). Dazu nutzen sie relevante Unterstützungsressourcen bzw. stellen diese zur Verfügung, um externe Stressoren und interne Spannungszustände (Antonovsky, 1997) zu regulieren sowie Gesundheit für sich und andere Menschen herzustellen bzw. zu erhalten.

Die gesundheitsbezogenen Kommunikations-, Unterstützungs- und Ausgleichsstrategien der pädagogischen Kräfte werden nun mit Fokus auf die Erwerbstätigkeit in der Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) dargestellt. Auch wenn die Beschreibung der drei verschiedenen Kategorien von Handlungsstrategien getrennt erfolgt, bedingen sie sich teilweise und stehen gleichwertig zueinander. Sie beziehen sich auf die gesundheitsbezogene Selbstsorge und/oder Fürsorge. Im Sinne des Forschungsstils der Grounded Theory werden ebenso die kontextuelle Einordnung, beeinflussenden Bedingungen und die entstehenden Konsequenzen beschrieben.

7.3.1 Kommunikationsstrategien – vom Schweigen bis hin zum Ansprechen

Die pädagogischen Kräfte nutzen kommunikative Handlungsstrategien, die sich insbesondere auf ihre soziale und psychische Gesundheit auswirken (siehe Abbildung 8). Kommunikation in der Arbeits- und Lebenswelt bedeutet für sie, sich selbst mit ihren eigenen Bedürfnissen, Werten und Einstellungen in soziale Interaktionen einzubringen und dadurch beispielsweise arbeitsorganisatorische Prozesse zu klären oder familiäre Entscheidungen zu treffen.

Situatives Ansprechen, Auffordern und Verschweigen

Die pädagogischen Kräfte sprechen ihre Bedürfnisse (z. B. ruhige Arbeitsatmosphäre, Verantwortungsabgabe für spezifische Angebote) gegenüber ihren Kolleg*innen im Gruppenteam an, wenn sie sich aufgrund physikalischer Stressoren aus der Arbeitsumgebung und hoher Aufgabendichte überfordert fühlen. Das situative Ansprechen als kommunikative Strategie zur

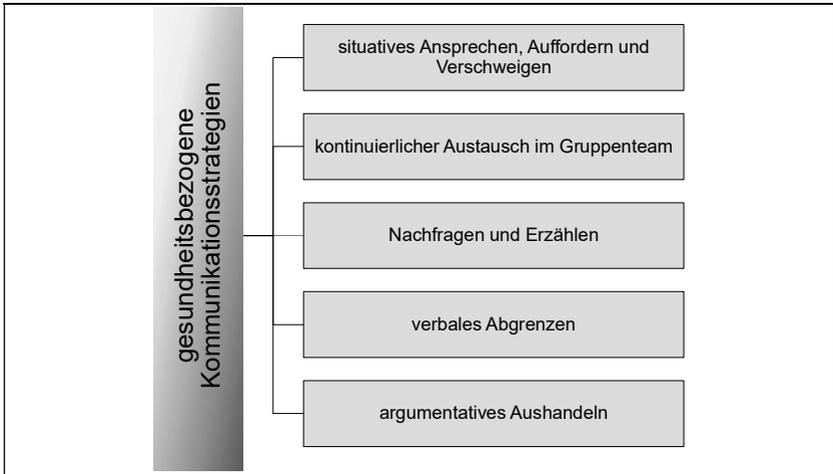


Abbildung 8: Gesundheitsbezogene Kommunikationsstrategien pädagogischer Kräfte (eigene Darstellung)

Bewältigung von Stress und physischer Belastung führt bei den pädagogischen Kräften zu physischer und psychischer Entlastung. Wenn trotz wiederholtem, selbstsorgendem Ansprechen die eigenen Bedürfnisse nicht kontinuierlich von den Kolleg*innen beachtet werden, neigen die pädagogischen Kräfte dazu, ihre Bedürfnisse zu verschweigen. Die Enttäuschung über die ausbleibende und zugleich erwartete Kollegialität verstärkt das Verschweigen und erschwert das erneute Ansprechen eigener Bedürfnisse im Gruppenteam. Dabei wird das eigene Bedürfnis nach sozialer Harmonie über andere subjektive Bedürfnisse und damit verbundene Belastungen gestellt. Im Aushalten dieses teaminternen Miteinanders erleben sich die pädagogischen Kräfte als widerstandsfähig gegenüber sozialen Belastungen am Arbeitsplatz.

Die Interviewten nutzen vor allem ein aufforderndes Ansprechen als kommunikative Entlastungsstrategie, wenn sie Stress durch soziale Konflikte und Meinungsverschiedenheiten mit Kolleg*innen im Gesamtteam der Kindertageseinrichtung erleben. Sie sprechen ihre Kolleg*innen offensiv darauf an, z. B. konstruktiv mit ihrer Unzufriedenheit hinsichtlich der Arbeitsbedingungen umzugehen, anstatt sich nur zu beschweren. Dieses direkte Ansprechen basiert auf der Einstellung, eigenverantwortlich für sich selbst zu sorgen und subjektiv erlebte Stressoren anzusprechen. Soziales Stresserleben wird hingegen erst im Gesamtteam der Kindertageseinrichtung thematisiert, wenn sich die pädagogischen Kräfte im Gruppenteam über ihre subjektiven Wahrnehmungen ausgetauscht und das zeitlich verzögerte Ansprechen gegenüber dem Gesamtteam abgestimmt haben. Die soziale Rückversicherung im Gruppenteam stärkt sie in der Bewältigung sozialer Stressoren.

Gegenüber der Einrichtungsleitung sprechen die pädagogischen Kräfte sofort Arbeitsbelastungen an, wenn zusätzliche, ungeplante und zeitlich nicht absehbare Anforderungen vorgegeben werden und zu Belastungen führen. Das Ansprechen von psychischer Belastung aufgrund von Aufgabenverdichtung und Zeitdruck erfolgt mit konkreten Veränderungsvorschlägen, um das Gruppenteam und/oder sich selbst zu entlasten.

Nicht nur Kolleg*innen und die Einrichtungsleitung, sondern auch die Kinder in der Gruppe werden kommunikativ aufgefordert, z. B. ihren Sitzplatz zu wechseln, sodass die pädagogischen Kräfte eine für sie physisch angenehme Sitzposition einnehmen können, oder ihr Schreien zu beenden, sodass die pädagogischen Kräfte und anderen Kinder bei geringerer Lautstärke interagieren können. Damit reagieren die pädagogischen Kräfte sofort in der Situation auf physikalische Stressoren, die zu physischer und psychischer Belastung führen (können).

Aus ihrem Fürsorgeauftrag heraus, der Sorge um ein krankes Kind und die anderen Kinder in der Gruppe, werden Eltern angerufen und aufgefordert, ihr krankes Kind aus der Kindertageseinrichtung zeitnah abzuholen. Für diese Kommunikationsstrategie nutzen die pädagogischen Kräfte die institutionellen Vorgaben, um ihr aufforderndes Mitteilen zu legitimieren.

Das auffordernde, sofortige und zeitlich verzögerte Ansprechen von externen Stressoren ist eine selbstsorgende Strategie, um psychische und physische Belastung zu regulieren und Entlastung zu erleben. Die kommunikative Bewältigungsstrategie dient den pädagogischen Kräften dazu, soziale Belastung und Stress zu reduzieren, eine angenehme Arbeitsatmosphäre zu schaffen und berufliche Anforderungen erfüllen zu können.

Kontinuierlicher Austausch im Gruppenteam

Zudem besteht ein kontinuierlicher arbeitsorganisatorischer Austausch im Gruppenteam, bei dem z. B. Arbeitsabläufe abgestimmt, Anforderungen bei spezifischen Angeboten für die Kinder mitgeteilt sowie physische und soziale Belastungen aufgrund der Aufgabenverdichtung besprochen werden. Der teaminterne Austausch über Anforderungen und Belastungen führt zu Entlastung und stärkt die Arbeitszufriedenheit, da gemeinsam lösungsorientiert überlegt wird, wie berufliche Anforderungen aus Arbeitsaufgaben und organisatorischen Anforderungen kollegial erfüllt werden können. Dies stärkt die Handlungssicherheit der einzelnen pädagogischen Kräfte und führt zu einer angenehmen Arbeitsatmosphäre.

Nachfragen und Erzählen

Im Gruppenteam ist das Nachfragen und Erzählen ein kommunikatives Handeln, das auf gegenseitigem Vertrauen und hoher Kollegialität beruht. Die Kolleginnen im Gruppenteam und weitgehend auch die Einrichtungsleitung sind soziale Ressourcen für die pädagogischen Kräfte, um z. B. private Belastungen loszuwerden und über berufliche Überforderungen zu sprechen. Dadurch erleben die pädagogischen Kräfte, dass sie ihre Arbeitsaufgaben handlungssicherer und konzentrierter erfüllen können, und fühlen sich psychisch entlastet.

Aufgrund des gesetzlichen Förderauftrags und der pädagogischen Konzeption der Kindertageseinrichtung fragen die pädagogischen Kräfte in Beratungsgesprächen mit den Eltern nach, wie diese die Entwicklung ihres Kindes erleben. Gleichzeitig erzählen die pädagogischen Kräfte, wie sie die Entwicklung des Kindes in der Kindertageseinrichtung wahrnehmen. Dabei informieren und beraten sie die Eltern über mögliche Unterstützungsressourcen, um die Bildung und Erziehung des Kindes zu stärken.

Verbales Abgrenzen

Die pädagogischen Kräfte nutzen ein verbales Abgrenzen im Gruppen- und Gesamtteam, um sich selbst vor Überforderung in prekären Arbeitssituationen zu schützen. Sie lehnen z. B. zusätzliche Aufgaben ab, um die Aufgabenvielfalt und -komplexität weiterhin handhaben zu können. Diese verbale Abgrenzungsstrategie der Selbstsorge basiert bei Anna Geibel auf ihrem gesundheitskritischen Erlebnis mit ihrer psychisch erkrankten Mutter und der eigentheoretischen Erklärung, dass psychische Gesundheitsbeschwerden und Erkrankungen durch fehlende berufliche Abgrenzung und daraus folgende berufliche Überforderung entstehen können. Daraus folgt bei ihr ein kommunikativer Wandlungsprozess, im beruflichen und privaten Umfeld verbal Grenzen zu setzen, um auf sich selbst zu achten und ihre Gesundheit selbstsorgend zu schützen.

Die kommunikative Strategie des Abgrenzens wird auch in sozialen Interaktionen genutzt, in denen prekäre Familien- und Lebenssituationen der Kinder die pädagogischen Kräfte herausfordern und sie Grenzen in ihrem professionellen Handeln wahrnehmen. Humor dient als kommunikative Schutzstrategie, um psychische und soziale Stressoren von sich selbst fernzuhalten.

Argumentatives Aushandeln

In der Partnerschaft und Familie sowie im Freundeskreis nutzen die pädagogischen Kräfte auch gesundheitsbezogene Kommunikationsstrategien, z. B. das Erzählen beruflicher Belastungen, wodurch ein gedankliches Loslassen ermöglicht wird, sowie das auffordernde Ansprechen zur medizinischen Versorgung, um fürsorgende Entlastung zu erleben. Aus den kommunikativen Strategien entsteht eine selbstsorgende psychische und soziale Entlastung, da eigene Bedürfnisse und Belastungen beachtet werden.

Nur im privaten Umfeld ist die Kommunikationsstrategie des argumentativen Aushandelns zu erkennen. Bei Petra Winter basiert das Aushandeln von Entscheidungen auf einem Wandlungsprozess vom pragmatischen Befolgen fremdbestimmter Entscheidungen hin zur aktiven Selbstbestimmung, um ihre sinngebende Erwerbsarbeit entweder durch einen zeitlich begrenzt Auslandsaufenthalt oder durch einen frühzeitigen Eintritt in den Ruhestand nicht aufzugeben. Die Fähigkeit, selbstbestimmt zu entscheiden, durchsetzungsfähig und kompromissbereit zu sein, stärkt die Selbstwirksamkeit und Entscheidungsfähigkeit der pädagogischen Kräfte.

Das kommunikative Aushandeln und Ansprechen im familiären Umfeld stehen im Kontrast zu den vorhandenen und gewohnten Kommunikationsmustern des familiären Verschweigens von und fehlenden Nachfragens bei Gesundheitsbeschwerden. Das Verschweigen wird mit einer schützenden Fürsorge gegenüber vulnerabel eingeschätzten Personen begründet, um diese vor potenziellen psychischen Belastungen zu schützen. Ebenso entscheiden sich die pädagogischen Kräfte bewusst dafür, nicht oder nur selten über berufliche Anforderungen in der privaten Lebenswelt zu sprechen. Sie streben an, mit dieser selbstsorgenden Kommunikationsstrategie eine strikte Trennung zwischen Beruflichem und Privatem einzuhalten, sich von beruflichen Belastungen abzugrenzen und eine temporäre Entlastung zu erleben. Diese Grenzziehung zwischen Arbeit und Privatleben wird nur dann aufgelöst, um z. B. Kolleg*innen über die eigene krankheitsbedingte Abwesenheit am Arbeitsplatz zu informieren.

7.3.2 Unterstützungsstrategien – vom Annehmen bis hin zum Ablehnen

Pädagogische Kräfte setzen verschiedene gesundheitsbezogene Handlungsstrategien ein, um vor allem informationelle, praktische und materielle Unterstützung in der Arbeits- und Alltagswelt anzunehmen oder abzulehnen. Das Ziel ist dabei, ihre subjektive Gesundheit zu erhalten oder herzustellen. Darüber hinaus unterstützen sie auch andere Menschen, um deren Gesundheit zu erhalten oder herzustellen. Die Unterstützungsrichtungen sind selbstsorgend

und/oder fürsorgend ausgerichtet. Die pädagogischen Kräfte nutzen unterschiedliche Ressourcen und involvieren verschiedene Personengruppen, wenn sie gesundheitsbezogene Unterstützungsstrategien einsetzen. Ziel der Unterstützungsstrategien ist zudem, physische, psychische und soziale Entlastung für sich selbst zu erreichen sowie die eigene Handlungs- und Arbeitsfähigkeit zu verdeutlichen und zu stärken (siehe Abbildung 9).

Soziale Beziehungen gestalten

Die Gestaltung sozialer Beziehungen zu den Kindern und deren Eltern bedeutet für die pädagogischen Kräfte, dass sie soziale Unterstützung für deren Lebenssituation leisten. Das Erfüllen des gesetzlichen Förderauftrag und des eigenen Arbeitsanspruchs wird durch eine fürsorgende Beziehungsgestaltung nachgekommen. Dabei halten die pädagogischen Kräfte teilweise eigene physische Belastungen aus, um die Kinder unter 3 Jahren bei ihren ersten institutionellen Betreuungserfahrungen und familiären Trennungserfahrungen zu unterstützen. Biografische Erfahrungen zuverlässiger sozialer Unterstützung in kritischen Lebenssituationen während ihrer Kindheit und Jugend sind für die pädagogischen Kräfte Handlungsorientierungen, weshalb sie die kontinuierliche Beziehungsgestaltung als sinnstiftend deuten. Sie empfinden eine hohe Zufriedenheit durch die Gestaltung sozialer Beziehungen am Arbeitsplatz.

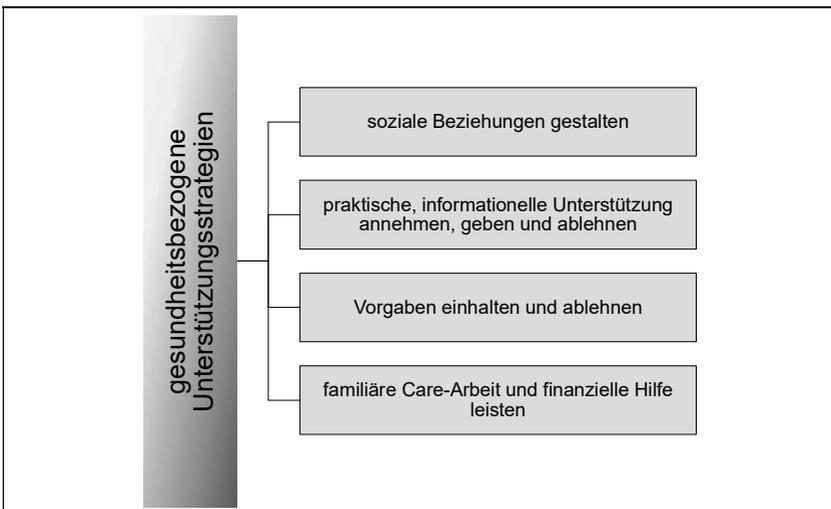


Abbildung 9: Gesundheitsbezogene Unterstützungsstrategien pädagogischer Kräfte (eigene Darstellung)

Darüber hinaus streben die pädagogischen Kräfte an, zuverlässig am Arbeitsplatz zu sein, um den Eltern eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen. Beispielsweise erlauben sie, dass Kinder mit Erkältungssymptomen in die Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) kommen dürfen, damit berufstätige Eltern ihrer Erwerbsarbeit nachgehen können. Durch diese Haltung zur Beziehungsgestaltung sehen sich als soziale Unterstützungsressource für die Eltern.

Indem sie auf die sozialen Strukturen und individuellen Bedürfnisse von Eltern und Kindern eingehen, erleben sich die pädagogischen Kräfte als wesentliche Unterstützung des familiären Systems. Dies betrifft sowohl die Bildung, Betreuung und Erziehung der Kinder als auch die Vereinbarung familiärer und beruflicher Anforderungen der Eltern.

Praktische, informationelle Unterstützung annehmen, geben und ablehnen

Die pädagogischen Kräfte unterstützen sich gegenseitig im Gruppenteam bei der praktischen Umsetzung der Arbeitsaufgaben und -organisation. Nach dem selbstsorgenden Ansprechen oder fürsorgenden Wahrnehmen arbeitsbedingter und/oder gesundheitsbezogener Belastungen und Überforderungen unterstützen sie sich gegenseitig, indem z. B. Aufgaben abgegeben oder übernommen werden, um die Aufgabendichte für die Einzelne zu reduzieren. Sie ermöglichen es sich, sich aus stressigen Interaktionssituationen physisch fernzuhalten und zu regenerieren oder sie tauschen flexibel ihre Arbeitszeiten, um berufliche und private Anforderungen vereinbaren zu können. Eine hohe Kollegialität ermöglicht das Geben und Annehmen von praktischer Unterstützung im Gruppenteam. Zudem gewährt die Einrichtungsleitung den jeweiligen Gruppenteams eine selbstständige Arbeitsgestaltung. Dies führt dazu, dass die pädagogischen Kräfte Handlungsautonomie als Ressource nutzen, um Arbeitsanforderungen und gesundheitsbezogenen Belastungen flexibel zu bewältigen. Dies stärkt sowohl das Selbstwirksamkeitserleben im Gruppenteam als auch die gesundheitsbezogene Entlastung der einzelnen pädagogischen Kraft.

Die pädagogischen Kräfte nehmen auch gesundheitsbezogene, materielle Unterstützungsangebote der Trägerschaft an (z. B. Dauerkarte für regionale Schwimmbäder, ergonomischer Stuhl), da sie diese Ressourcen als Unterstützung zur selbstsorgenden Aufrechterhaltung ihrer physischen Gesundheit betrachten. Sonja Frey betont jedoch, dass die Trägerschaft nicht für die physische Gesundheit der pädagogischen Kräfte verantwortlich sei, sondern jede Person müsse sich selbst um ihre Gesundheit sorgen. Darüber hinaus nutzen die pädagogischen Kräfte die monetäre Unterstützung der Trägerschaft, um an pädagogisch-orientierten Fortbildungen teilzunehmen. Dies stärkt ihre pä-

dagogische Handlungssicherheit und berufliche Qualifikation, wodurch ihre Arbeitszufriedenheit steigt.

Im Kollegium werden gesundheitsbezogene Informationen weitergegeben, beispielsweise Empfehlungen für Nahrungsergänzungsmittel oder spezifische Gesundheitsangebote im professionellen Gesundheitssystem. Durch diese Informationsweitergabe wird an die gesundheitsbezogene Eigenverantwortung der Kolleg*innen appelliert. Für Petra Winter ist es wichtig, selbstbestimmt zu entscheiden, ob und wie sie diese Informationen annimmt. Erlebt sie durch das Annehmen der Hinweise gesundheitsförderliche Konsequenzen, wie z. B. reduzierte physische Gesundheitsbeschwerden oder eine gesteigerte Leistungsfähigkeit, bewertet sie die informationelle Unterstützung als hilfreich und führt die spezifischen Gesundheitsstrategien weiter. Ernährungstrends, die ihre Kolleginnen im Gruppenteam empfehlen, lehnt sie ab, da sie misstrauisch ist, ob und wie die Ernährungsformen mit ihrer chronischen Erkrankung vereinbar sind. Durch das selbstbestimmte Ablehnen gesundheitsbezogener Informationen nimmt sie sich als eigenverantwortlich und selbstwirksam wahr.

Die pädagogischen Kräfte nehmen Fach- und Erfahrungswissen von verschiedenen Personen an (z. B. Einrichtungsleitung, Kolleg*innen, Fachbereichsleitung), denen sie vertrauen. Sie fragen explizit nach, wenn sie an Grenzen ihres professionellen Handelns kommen und sich in der Interaktion mit den Kindern als handlungsunsicher erleben. Ihre Offenheit und Handlungsunsicherheit sowie der kollegiale Respekt sind für sie Gründe, die informationelle Unterstützung anzunehmen. Sie erwarten, dass sich dadurch ihre professionelle Handlungssicherheit in konkreten Arbeitssituationen (z. B. spezifische Angebote zur Bildung der Kinder unter 3 Jahren, Umgang mit Konflikten zwischen den Kindern) steigert.

Wie im beruflichen Kontext nutzen die Interviewten auch im privaten Umfeld gesundheitsbezogene Unterstützung, um ihre Gesundheit zu erhalten bzw. herzustellen.

Sie nehmen selbstorgend Unterstützung von unterschiedlichen Personen an, wie z. B. von der Peergroup, dem Partner/Ehemann und den Eltern. Die soziale Unterstützung reicht von materiellen und zeitlichen Ressourcen in besonderen Lebenssituationen (z. B. bei einer Fernbeziehung, dem Berufseinstieg, der Entbindung) bis zur emotionalen und praktischen Unterstützung. Diese Unterstützung ermöglicht es ihnen, parallele private Anforderungen gelingend zu bewältigen und dennoch berufstätig zu bleiben. Dabei erleben die pädagogischen Kräfte situative Entlastung und Regeneration sowie eine gestiegene Belastbarkeit bei der Koordination verschiedener Anforderungen. Solange sie sich jedoch keinen Unterstützungsbedarf zuschreiben, lehnen sie angebotene praktische Unterstützung ab, wie z. B. die Versorgung mit Lebensmitteln bei Krankheit.

Einzig Petra Winter nimmt informationelle Unterstützung zu Erwerbstätigkeiten an, wenn diese mit der familiären Betreuung ihrer Tochter vereinbar sind. Als Berufstätige erlebt sie sich als leistungsfähig außerhalb familiärer Anforderungen und erhält zusätzlich soziale Anerkennung durch Kolleg*innen und Eltern.

Bereits die wahrgenommene Unterstützungsbereitschaft verschiedener Personen nehmen die pädagogischen Kräfte als Entlastung wahr, etwa Angebote zur praktischen Unterstützung aus der Nachbarschaft bei kritischen Lebensereignissen oder das Wissen um die soziale Unterstützung im Gruppenteam bei Gesundheitsbeschwerden und beruflicher Belastung. Das Wissen um verschiedene Unterstützungsformen in kritischen Lebenssituationen oder bei gesundheitsbezogener Belastung bzw. Beanspruchung ist für die pädagogischen Kräfte eine Ressource, die soziales Integriertsein und gegenseitige Fürsorge ausdrückt.

Vorgaben einhalten und ablehnen

Von allen Interviewten werden institutionelle Handlungsvorgaben weitgehend als unterstützend für das berufliche Handeln erlebt und unhinterfragt umgesetzt, da sie die Vertreter*innen der Trägerschaft und die Einrichtungsleitung als weisungsgebende Instanzen betrachten.

Die pädagogischen Kräfte halten institutionelle Vorgaben zur pädagogischen Konzeption ein und setzen diese beispielsweise bei der Bildung, Erziehung und Betreuung der Kinder und in der Elternberatung um. Die konkrete Umsetzung der pädagogischen Konzeption sowie der Umgang mit den Eltern und Kindern sind von individuellen Werten und biografischen Erfahrungen der pädagogischen Kräfte geprägt (z. B. Vertrauen, Ehrlichkeit, Zuverlässigkeit). Das fürsorgende, kindzentrierte Begleiten und Fördern durch zielgerichtetes Beobachten und bedürfnisorientiertes Reagieren entspricht sowohl dem pädagogischen Selbstanspruch, den individuellen Bedürfnissen der Kinder gerecht zu werden, als auch den persönlichen „*sehr schöne[n] Erinnerungen*“ (Ruth Kern, N/Z. 23) an die „*Traumwelt*“ (Anna Geibel, N/Z. 383) im Kindergarten. Das eigenverantwortliche Ausgestalten institutioneller Vorgaben bezüglich der Arbeitsaufgaben und -organisation wird als angenehm und entlastend empfunden. Zugleich erkennen die pädagogischen Kräfte, dass es ihnen nicht immer möglich ist, den pädagogischen Selbstanspruch in allen sozialen Interaktionen zu erfüllen, z. B. aufgrund hoher Informationsdichte oder vieler Personenkontakte in einer Situation. Diese Diskrepanz halten die pädagogischen Kräfte aus und deuten das Aushalten als ihre Anpassungs- und Umsetzungsfähigkeit im Arbeitskontext.

Ebenso werden gesundheitsbezogene Vorgaben, die den Umgang mit Erkrankungen bei Kindern betreffen, von den pädagogischen Kräften als unter-

stützend für ihr professionelles Handeln wahrgenommen und deshalb akzeptiert. Sie halten die institutionellen Informations- und Fürsorgepflichten ein (z. B. Kinder mit Gesundheitsbeschwerden abholen lassen, Aushänge über ansteckende Krankheiten anbringen). Die Einhaltung dieser institutionellen Vorgaben entlastet die pädagogischen Kräfte, da sie ihr Handeln gegenüber den Eltern transparent und nachvollziehbar begründen können. Einzig Ruth Kern hebt hervor, dass ihr Gruppenteam entschieden hat, dass Kinder mit jahreszeitbedingten Infektionserkrankungen in die Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) kommen dürfen und sich somit gegen die institutionellen Vorgaben stellen. Sie begründet dies einerseits mit ihrem Selbstanspruch, zuverlässig die Vereinbarkeit von Familie und Beruf der Eltern zu unterstützen. Andererseits begründet sie es mit ihrer Überzeugung, dass eine physische Abhärtung gegenüber Viren das Immunsystem der anderen Kinder und der pädagogischen Kräfte stärke und somit die Anfälligkeit für Infektionserkrankungen verringere. Diese Begründungen verdeutlichen eine mehrschichtige Fürsorge, die auf einer selbstsicheren Abschätzung gesundheitsbezogener Einflussfaktoren basiert.

Die Interviewten kennen auch die institutionellen Vorgaben, dass sie mit Gesundheitsbeschwerden und Erkrankungen nicht zur Arbeit kommen sollen. Diese Vorgaben nutzen sie nur als unterstützende Begründung, wenn sie aufgrund physischer Gesundheitsbeschwerden krank sind und sich daher als arbeitsunfähig einschätzen. Dies kommt jedoch selten vor, da sie sich nach medikamentöser Selbstbehandlung auch mit physischen Beschwerden als arbeitsfähig betrachten. Im Gegensatz dazu gehen die pädagogischen Kräfte nach Hause, wenn die weisungsbefugte Einrichtungsleitung sie aufgrund physischer Gesundheitseinschränkungen bzw. -beschwerden dazu auffordert.

Der gesundheitsbezogene Vergleich mit Kolleg*innen führt oft zu deren Abwertung – festgemacht an deren als häufig vorkommend bewerteten krankheitsbezogenen Abwesenheit – und hebt die eigene Zuverlässigkeit am Arbeitsplatz hervor. Bei Anna Geibel führt der soziale Vergleich mit Kolleg*innen, und nicht die institutionellen Vorgaben, zu einem Wandlungsprozess: Sie regeneriert sich selbstorgend bei physischen Gesundheitsbeschwerden zuhause, auch wenn diese ihre Arbeitsfähigkeit nicht einschränken.

Die institutionellen Hygienevorgaben und die dazugehörigen materiellen Ressourcen werden von den pädagogischen Kräften weitgehend als unterstützend erlebt. Durch präventive Handlungsstrategien gewährleisten sie den physischen Fremd- und Selbstschutz vor ansteckenden Infektionskrankheiten, beispielsweise beim Wickeln durch das Desinfizieren der Wickelunterlage und das Tragen von Handschuhen sowie durch allgemeine Sauberkeit (z. B. das Waschen der Hände, das Reinigen von Essbereichen und Spielzeug). Sie halten die Arbeitsschutzvorgaben ein, um Gesundheitsgefahren für andere Personen und sich selbst zu vermeiden. Gleichzeitig entscheiden sie selbstbestimmt, ob sie beim Wickeln Handschuhe als Hygienemaßnahme tragen

oder nicht. Sie wägen dabei die potenziellen Gesundheitsgefahren gegen die haptische Wahrnehmung des Kindes ab. Dadurch wägen sie den gesundheitlichen Fremd- und Selbstschutz mit der fürsorgenden Beziehungsgestaltung ab.

Die pädagogischen Kräfte nehmen selbstsorgend medizinische Versorgung (z. B. Medikamente, spezifische Bewegungs- und Ernährungsvorgaben) zur Herstellung der physischen Gesundheit in Anspruch. Bei physischen Gesundheitsbeschwerden, die ihre Handlungs- und Arbeitsfähigkeit einschränken oder verhindern, suchen sie professionelle Unterstützung für sich selbst und für andere Menschen. Sie greifen insbesondere dann auf medizinische Unterstützung zurück, wenn ihnen eigene gesundheitsbezogene Handlungsstrategien fehlen und die physischen Gesundheitsbeschwerden nicht handhabbar sind. Sie nehmen ambulante Gesundheitsversorgung (z. B. Psychotherapie, Physiotherapie) an, um kontinuierlich professionelle Unterstützung für physische und temporär für psychische Gesundheitsbeschwerden zu erhalten. Das Annehmen professioneller Handlungsvorgaben wird durch medizinische Erklärungen erleichtert, die die physischen Beschwerden verständlich machen. Die pädagogischen Kräfte fühlen sich durch das Annehmen stationärer oder ambulanter medizinischer Versorgung physisch und psychisch entlastet. Biografische Erfahrungen, die retrospektiv so gedeutet werden, dass eine zeitnahe Linderung physischer Gesundheitsbeschwerden und eine gesundheitsbezogene Erholung bzw. Stabilisierung durch professionelle Unterstützung möglich sind, verstärken die Bereitschaft, diese Unterstützung anzunehmen. Zudem stärken positive Folgen, wie z. B. die zunehmende Handlungs- und Arbeitsfähigkeit und weniger Sorgen um die eigene Gesundheit und die Gesundheit nahestehender Personen, das Annehmen professioneller Unterstützung. Aufgrund dieser gesundheitsförderlichen Erfahrungen nehmen sich die Interviewten als selbstwirksam und entlastet wahr, wenn sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Dies führt wiederum dazu, dass sie Personen im sozialen Umfeld über spezifische professionelle Unterstützung informieren.

Demgegenüber nutzen die pädagogischen Kräfte individuelle, reaktive und präventive Handlungsstrategien (z. B. Selbstmedikation, Relativierung physischer Gesundheitsbeschwerden), um professionelle Unterstützung des Gesundheitssystems solange wie möglich zu vermeiden. Dadurch erleben sie sich als arbeitsfähig und zuverlässig für die Kinder, Eltern, Kolleginnen im Gruppenteam und die Einrichtungsleitung.

Während der COVID-19-Pandemie reduziert Sonja Frey ihre Personenkontakte, um die potenzielle Gesundheitsgefahr einer Virusinfektion zu vermeiden und die gesundheitspolitischen Vorgaben zum Selbst- und Fremdschutz einzuhalten. Obwohl sie vorgegebene gesundheitsbezogene Schutzmaßnahmen wie z. B. physischen Abstand und das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes einhält, lehnt sie zunächst die medizinische Vorsorge des Imp-

fens strikt ab. Erst durch die medizinische Zuschreibung des Betriebsarztes der Kindertageseinrichtung, der ihr eine hohe Vulnerabilität aufgrund ihrer chronischen physischen Gesundheitsbeschwerden zuschreibt, nimmt sie die gesundheitsbezogene Schutzmaßnahme an. Aufgrund auftretender physischer Gesundheitsbeschwerden nach der Impfung lehnt Sonja Frey jedoch weitere Impfungen gegen das Coronavirus ab. Im Gegensatz dazu sind es institutionelle und medizinische Empfehlungen, aufgrund deren sich Ruth Kern gegen Influenza impfen lässt. Sie will auch weiterhin die jährliche Influenza-Impfung in Anspruch nehmen, um sich zu schützen.

Familiäre Care-Arbeit und finanzielle Hilfe leisten

Neben dem Annehmen verschiedener Unterstützungsformen im privaten Lebensumfeld, leisten die Interviewten auch familiäre Care-Arbeit. Ihr fürsorgendes Unterstützen umfasst die gesundheitsbezogene Versorgung pflegebedürftiger Familienmitglieder, die Übernahme häuslicher Aufgaben und die Erziehung der Kinder. Darüber hinaus ermöglichen sie ihren Kindern das sozial-kulturelle Integriertsein in regionale Vereinsstrukturen. Dies führt dazu, dass sich die pädagogischen Kräfte als zuverlässig in der familiären Beziehungsgestaltung und im Erfüllen sozialer Erwartungen erleben.

Die gelingende Bewältigung beruflicher und privater Care-Arbeit stärkt die pädagogischen Kräfte in ihrer Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Das Erfüllen sozialer Erwartungen stärkt gleichzeitig ihr soziales Wohlbefinden. Wenn jedoch die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und privaten Anforderungen schwerfällt und keine soziale Unterstützung verfügbar ist, spüren die pädagogischen Kräfte eine zunehmende Belastung, die als Stress empfunden wird.

Neben der familiär fürsorgenden Unterstützung erzählt nur Sonja Frey, dass sie auch finanzielle Hilfe leistet. Aufgrund ihrer sozialen Verlufterfahrung – der Tod des zweiten Kindes – und Zugehörigkeitserfahrungen – das Integriertsein im Sportverein – und aufgrund des globalen Ereignisses der COVID-19-Pandemie unterstützt sie monetär regionale, medizinische und soziale Versorgungsstrukturen sowie Vereine. Für sie ist dieses Engagement sinnstiftend, da sie durch die finanzielle Hilfe Gemeinschaftsstrukturen und spezifische Versorgungsangebote für vulnerable Menschen unterstützt.

7.3.3 Ausgleichsstrategien – vom Verändern bis hin zum Zurückziehen

Die pädagogischen Kräfte haben gesundheitsbezogene Ausgleichsstrategien etabliert (siehe Abbildung 10), mit denen sie selbstsorgend und eigenverantwortlich ihre Entlastung und Regeneration bei Belastungen und Beanspruchungen steuern. Entlastende Ausgleichsstrategien zielen darauf ab, Belastungen in einer Situation zu verringern, aufzulösen oder auszuhalten. Regenerative Ausgleichsstrategien sollen nach einer belastenden Situation zur Erholung führen. Beide Arten von Ausgleichsstrategien dienen dazu, die eigene Handlungs- und Arbeitsfähigkeit zu erhalten bzw. herzustellen.

Sich-Fernhalten und Sich-Nähern

Bei der Regulierung von Nähe und Distanz nutzen die pädagogischen Kräfte verschiedene Ausgleichsstrategien, um sich selbstbestimmt von externen Stressoren fernzuhalten und Ressourcen zu nähern. Sie ziehen sich aus beruflichen und privaten Situationen zurück, wenn sie die Interaktionssituation nicht verändern können und sich von physischen und sozialen Stressoren fernhalten wollen.

Um physikalischen Stressoren aus der Arbeitsumgebung und Arbeitsaufgaben zu entgehen, ziehen sie sich vor allem physisch zurück. Dabei nutzen sie materielle Rückzugsressourcen (z. B. im Pausenraum sein, spazieren gehen) während der regulären Pausen, um sich zu regenerieren und temporäre Entlastung zu empfinden. Zudem nutzen sie bewusst Aktivitäten außerhalb des Gruppenraums wie z. B. das Holen von Getränken oder den Gang zur Toilette, um sich kurzzeitig vom Gruppengeschehen zu distanzieren. Während des physischen Fernhaltens an Rückzugsorten nähern sie sich oft anderen Personen (z. B. Gespräch mit der Nachbarin der Kindertageseinrichtung, private Telefonate in der Pause). Das Zurückziehen von Stressoren als gesundheitsbezogene Ausgleichsstrategie variiert in Dauer und Entfernung und kann mit oder ohne sozialen Kontakt stattfinden, beispielsweise durch ein fünfminütiges Verlassen des Gruppenraumes für ein Gespräch mit einer Kollegin im Foyer der Einrichtung oder durch eine zweiwöchige Urlaubsreise. Sich von Stressoren in belastenden Situationen fernzuhalten, ermöglicht insbesondere Anna Geibel, ihre Gesundheit zu schützen. Andere pädagogische Kräfte verwenden diese Strategien hauptsächlich zur Regeneration ihrer Gesundheit, um ihre Arbeitsfähigkeit zu stärken bzw. herzustellen. Ein längeres Fernhalten vom Arbeitsumfeld im Privaten (z. B. zuhause sein, im Garten sein, im Urlaub sein) ermöglicht ihnen ausgedehnte Regenerationszeiträume, um anschließend wieder handlungs- und leistungsfähig für bevorstehende familiäre und berufliche Anforderungen zu sein.

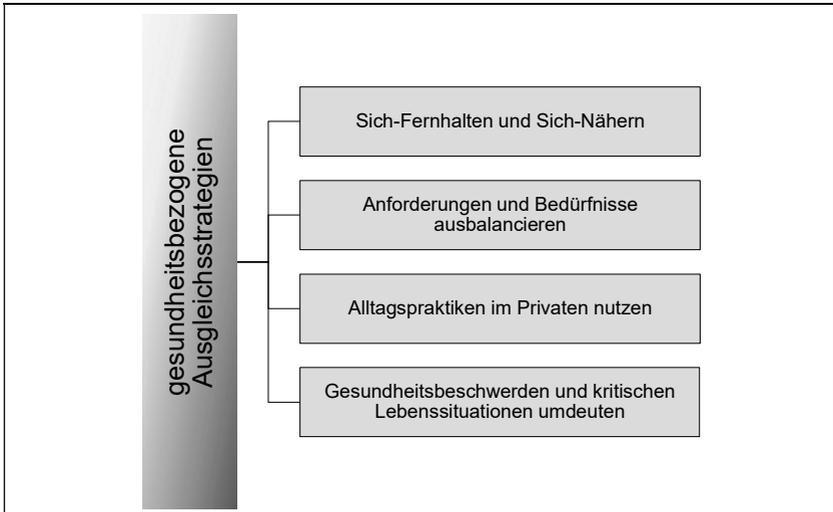


Abbildung 10: Gesundheitsbezogene Ausgleichsstrategien pädagogischer Kräfte (eigene Darstellung)

Für die pädagogischen Kräfte ist insbesondere ihr jeweiliges Gruppenteam ein sozialer Rückzugsort vor sozialen Konflikten im Gesamteam der Kindertageseinrichtung. Die gegenseitige Wertschätzung und soziale Anerkennung sowie der vertrauensvolle Austausch führen dazu, dass sie den Zusammenhalt des Gruppenteams als sozialen Schutzraum erleben und soziales Wohlbefinden als Ausgleich zu sozialen Belastungen wahrnehmen.

Anforderungen und Bedürfnisse ausbalancieren

Die pädagogischen Kräfte nutzen entlastende Ausgleichsstrategien, um die arbeitsbedingte Komplexität zu bewältigen. Durch strukturelle Veränderungen der Arbeitssituationen (z. B. Personenanzahl in Gesprächen während der morgendlichen Ankommenszeit reduzieren, Lautstärke intensives Spielzeug minimieren) sollen stressauslösende Faktoren wie z. B. hohe Aufgabendichte und hohe Lautstärke vermindert werden. Diese Strategien sollen es ihnen ermöglichen, sich auf einzelne Aufgaben und Personen zu konzentrieren und die situative Kontrolle zurückzugewinnen. Insbesondere Anna Geibel ist sich ihres beruflichen Selbstanspruchs und des gesetzlichen Förderauftrags als handlungsleitende Orientierungen bewusst, jedem einzelnen Kind mit seinen individuellen Bedürfnissen (z. B. physische Nähe, soziale Aufmerksamkeit, emotionale Sicherheit) gerecht zu werden. Sie empfindet – im Gegensatz zu

den anderen pädagogischen Kräften – die größte Herausforderung darin, den beruflichen Selbstanspruch, den Kindern gerecht zu werden, mit dem subjektiven gesundheitsbezogenen Selbstanspruch, auf sich selbst zu achten, auszubalancieren.

Wenn die pädagogischen Kräfte die stressauslösenden Arbeitsbedingungen nicht ändern können, greifen sie auf intraindividuelle Verhaltensänderungen zurück (z. B. gelassen werden, leise sprechen), um ihr inneres Stresserleben auszugleichen. Diese Strategien stärken ihr Empfinden von Selbstwirksamkeit und steigern ihre Arbeitszufriedenheit, da sie den Förderauftrag erfüllen können.

Im Gegensatz dazu nutzen die pädagogischen Kräfte bewusst Arbeitssituationen mit geringer Aufgabendichte, wie beispielsweise die Schlafwache und die Frühstückszeit der pädagogischen Kräfte, und mit angenehmen Arbeitsbedingungen (z. B. geringe Anforderung, ruhige Arbeitsatmosphäre), um sich während der Arbeit von vorhergehenden Stressoren kurzzeitig zu regenerieren. Sowohl bei strukturellen und intraindividuellen Veränderungen als auch beim bewussten Nutzen von Arbeitssituationen mit entlastenden Bedingungen bleiben die pädagogischen Kräfte in der jeweiligen Arbeitssituation und versuchen, die beruflichen Anforderungen und individuellen Bedürfnisse auszugleichen.

Alltagspraktiken im Privaten nutzen

Die pädagogischen Kräfte haben verschiedene gesundheitsbezogene Alltagspraktiken, mit denen sie nach der Erwerbsarbeit ihre Gesundheit wiederherstellen und langfristig aufrechterhalten möchten.

Sie widmen sich verschiedenen Hobbys und Freizeitaktivitäten (z. B. Schwimmen, Handarbeit, Fernsehen, ins Kino gehen). Diese Aktivitäten ermöglichen es ihnen, sich legitimiert ins Private zurückzuziehen und zu regenerieren. Einzig Ruth Kern vernachlässigt und beendet schließlich ihr individuelles physisches Training, wenn der Sport zeitlich zu belastend wird. Auch Hobbys wie z. B. Serien schauen und Bücher lesen dienen dazu, sich von beruflichen Belastungen zu erholen und in der heimischer Umgebung Gemütlichkeit und Wohlbefinden zu erleben. Im Gegensatz zu Freizeitaktivitäten, die im privaten Umfeld stattfinden, gibt es auch Freizeitaktivitäten, die im öffentlichen Raum und in sozialen Interaktionen ausgeübt werden, wie z. B. das Nutzen regionaler Sport- und Kulturangebote oder der Restaurantbesuch mit der Peergroup. Diese Freizeitaktivitäten fungieren als selbstsorgende Handlungsstrategien, um physische und psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen aus dem Arbeitsalltag sowie das fürsorgende Pflichtgefühl gegenüber (pflegebedürftigen) Familienmitgliedern auszugleichen. Freizeitaktivitäten ermöglichen, eine selbstwirksame Erholung und eine innere Dis-

tanzierung von beruflichen Belastungen durch Geselligkeit in der Peergroup und stärken somit die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit.

Für die pädagogischen Kräfte sind soziale Beziehungen, die von Geselligkeit, Fröhlichkeit und Unbeschwertheit geprägt sind, wesentliche Ausgleichsressourcen zu beruflichen und familiären Belastungen.

Nur für Sonja Frey stellen soziale Beziehungen auch eine gesundheitsbezogene Ausgleichsstrategie zu biografisch geprägten Erfahrungen von Alleinsein und sozialen Verlusten dar. Für sie ist Gesundheit ein selbstsorgendes In-Beziehung-Sein, durch das sie ihre soziale Gesundheit besonders in ihrer privaten Lebenswelt präventiv erhält. Wie die anderen pädagogischen Kräfte investiert sie in langjährig bestehende Freundschaften, allerdings baut nur sie neue soziale Kontakte auf. Die soziale Zugehörigkeit zu verschiedenen sozialen Gruppen und die damit verbundene erlebnisorientierte Freude tragen dazu bei, dass sie sich in sozialen Beziehungen gesund fühlt. Hingegen zieht sich Petra Winter ins private Umfeld zurück, wobei sie dort ein soziales Wohlbefinden erlebt.

Aufgrund eingeschränkter physischer Handlungs- und Leistungsfähigkeit nach einer physischen Erkrankung (Sonja Frey: Folgen ihrer Coronainfektion) und aufgrund von Erschöpfung unmittelbar nach der Erwerbsarbeit (Ruth Kern, Petra Winter) verändern die pädagogischen Kräfte gewohnte Alltagsroutinen bei der häuslichen Care-Arbeit in der Freizeit bzw. am Wochenende. Zu diesen Veränderungen gehören beispielsweise das Pflegen weniger sozialer Kontakte und das Verteilen der Hausreinigung auf mehrere Wochentage. Die pädagogischen Kräfte achten dabei auf ihre Gesundheit bzw. müssen auf sich selbst achten, um durch veränderte Gewohnheiten berufliche Belastungen auszugleichen und somit für private Anforderungen handlungsfähig zu bleiben. Dabei wird ein dynamisches Verständnis von Gesundheit deutlich, das zeigt, dass Gesundheit durch äußere und personale Faktoren beeinträchtigt, aber durch gesundheitsbezogene Ausgleichsstrategien der Erholung wieder aufgebaut werden kann.

Die pädagogischen Kräfte nutzen teilweise Glaubenspraktiken, um psychische und soziale Entlastung und Selbstregeneration zu erleben. Ruth Kern beispielsweise nimmt an öffentlichen Glaubenspraktiken, wie z. B. den Besuch der katholischen Messe und dem Singen im Kirchenchor teil. Diese Aktivitäten bieten ihre transzendentalen Erfahrungen und die soziale Zugehörigkeit zur christlichen Gemeinschaft hilft ihr dabei, berufliche und private Belastungen auszugleichen. Hingegen führt Petra Winter ein individualisiertes Glaubensleben im Sinne christlicher Nächstenliebe. Sie hält Fürbitte und bietet ihre Hilfe Menschen an, die sich aufgrund von Krankheit in kritischen Lebenssituationen befinden. Diese selbstsorgenden bzw. fürsorgenden religiösen Ausgleichsstrategien tragen dazu bei, dass sich ihr Belastungserleben reduziert, sie sich psychisch regenerieren können und sich zunehmend psychisch gesund fühlen.

Nur Anna Geibel beschäftigt sich intensiv mit verschiedenen Ernährungsformen, ohne dass dafür eine medizinische Indikation besteht. Ihr Interesse an Ernährung begründet sie einerseits mit ihren Erfahrungen des Kochens für die Familie während der krankheitsbedingten Abwesenheit ihrer Mutter, als Anna Geibel Jugendliche war. Andererseits hat sie erkannt, dass sie ihre Gesundheit durch ihre Ernährungsweise positiv beeinflussen und aufrechterhalten kann. Aufgrund dieser biografischen Erfahrungen setzt sie sich auch am Arbeitsplatz für die Sensibilisierung von Kindern und Eltern hinsichtlich einer vielfältigen Ernährung ein. Sie sieht ihren Förderauftrag dadurch erfüllt, ihr Wissen über den Zusammenhang zwischen Ernährung und Gesundheit fürsorgend an die Kinder und Eltern weiterzugeben und deren gesundheitsbezogene Eigenverantwortung zu stärken.

Umdeuten von Gesundheitsbeschwerden und kritischen Lebenssituationen

Die pädagogischen Kräfte verfügen über gesundheitsbezogene kognitive Ausgleichsstrategien, durch die sie sich als handlungsfähig und selbstwirksam erleben. Infolgedessen benötigen sie keine externen Unterstützungsformen.

Eine dieser Strategien ist das Relativieren subjektiver physischer Gesundheitsbeschwerden, um weiterhin familiäre Anforderungen erfüllen und zur Arbeit gehen zu können. Mit dem Relativieren physischer Beschwerden geht einher, dass die pädagogischen Kräfte eigenverantwortlich Medikamente einnehmen und eine zeitnahe Symptomlinderung erwarten. Darüber hinaus führt das Relativieren zu einer Selbstberuhigung und dem Einnehmen einer optimistischen und zuversichtlichen Haltung. Sie betrachten sich als belastbar und berufen sich auf ihre gesundheitsbezogene Eigenverantwortung sowie Fähigkeit der Selbsteinschätzung, um ihren Gesundheitszustand und ihre Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können.

Die pädagogischen Kräfte nutzen eigentheoretische Erklärungen als gesundheitsbezogene Strategie, um die Entstehung von physischen Gesundheitseinschränkungen für sich verständlich zu machen. Kausale Ursache-Wirkungs-Erklärungen beruhigen sie, sodass sie sich einerseits nicht weiter mit diesen physischen Einschränkungen beschäftigen müssen und andererseits gesundheitsbezogene Handlungsstrategien für sich ableiten können. Diese Strategien setzen sie vor allem bei physischen Gesundheitseinschränkungen ein, die sie als Folge von Arbeitsanforderungen, ihrer physischen Konstitution und personaler Faktoren sehen. Dadurch können sie sich entlasten und nicht veränderbare gesundheitliche Bedingungen akzeptieren.

Das positive Einordnen kritischer Lebenssituationen erfolgt durch biografische Reflexion. Beispielsweise wird die selbstständige Übernahme von fa-

miliärer Care-Arbeit mit der Entwicklung positiver Persönlichkeitsmerkmale in Verbindung gebracht oder die Isolationspflicht während der Coronainfektion als temporäre Befreiung von sozialen Anforderungen und Erwartungen gedeutet. Die positive Einordnung von kritischen Lebensereignissen führt dazu, dass sich die pädagogischen Kräfte nicht ausgeliefert fühlen und die positiven Aspekte bilanziert fokussieren, wie z. B. berufliche und private Selbstständigkeit und Verantwortungsübernahme sowie physische Regeneration. Sie nehmen eine kausale Lebensdeutung von gesundheitlich-kritischen Lebensereignissen und deren Sinnhaftigkeit vor.

In Bezug auf zukünftige normative Lebenssituationen nutzt Petra Winter ebenfalls das kognitive Umdeuten. Sie konzentriert sich bewusst auf die Vorfreude auf positive Lebensveränderungen und die dadurch gewonnene Handlungsfreiheit, wenn sie an ihren bevorstehenden Ruhestand denkt. Die Fokussierung auf die mögliche Entscheidungs- und Handlungsflexibilität setzt sie als Entlastungsstrategie ein, um mit dem Verlust der sinnstiftenden Erwerbstätigkeit in der Kindertageseinrichtung umzugehen.

7.3.4 Zentrale Merkmale gesundheitsbezogener Handlungsstrategien

Die gesundheitsbezogenen Kommunikations-, Unterstützungs- und Ausgleichsstrategien der pädagogischen Kräfte weisen übergreifende Merkmale auf:

- **zeitliches Auftreten:** während der Arbeitszeit – nach der Arbeitszeit, präventiv – reaktiv, situativ – kontinuierlich;
- **Orientierungsrichtung:** selbstsorgend – fürsorgend;
- **Personengerichtetheit:** verschiedene Personengruppen am Arbeitsplatz – in der privaten Lebenswelt;
- **Wirkausrichtung:** Arbeitsumgebung, Arbeitsaufgaben, Arbeitsorganisation, soziale Faktoren, personale Faktoren.

Für die pädagogischen Kräfte ist die professionelle Fürsorge – Bildung, Betreuung und Erziehung – während der Arbeitszeit weitgehend vorrangig gegenüber der gesundheitsbezogenen Selbstsorge. In Interaktionssituationen halten sie physische, psychische und soziale Belastungen aus, wie z. B. Lärm in sozialen Interaktionen mit Kindern oder das bedürfnisorientierte Tragen der Kinder. Erst zeitlich verzögert nutzen sie gesundheitsbezogene Ausgleichsstrategien (z. B. sich fernhalten in kurzen Pausen oder festgelegten Pausenzeiten), um ihren Gesundheitszustand zu regenerieren. Ebenfalls zeitlich verzögert greifen sie auf Unterstützungsstrategien zurück, wenn sie an ihre professionellen Handlungsgrenzen stoßen. Sie erfragen fachlichen Rat bei Kolleg*innen und der Einrichtungsleitung am Arbeitsplatz oder bei Fort-

bildungen, um sich zukünftig in kritischen Interaktionssituationen als handlungssicher gegenüber den Kindern und Eltern zu erleben. Hingegen setzen die pädagogischen Kräfte Kommunikations- und Unterstützungsstrategien unmittelbar während einer Interaktionssituation ein, wenn sie physische, psychische und soziale Überforderungen und Belastungen erleben und sie die soziale Interaktion nicht weiterführen können. Sie erwarten von diesen gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien eine umgehende Verbesserung der Arbeitsbedingungen, um ihren professionellen Arbeitsauftrag und individuellen Arbeitsanspruch zu erfüllen sowie fürsorgend die Bildung, Betreuung und Erziehung der Kinder gewährleisten zu können.

Außerhalb der Arbeitszeit, insbesondere unmittelbar nach der Arbeitszeit, nutzen die pädagogischen Kräfte ihre individuellen Ausgleichsstrategien (z. B. sich von Stressoren fernhalten, Alltagspraktiken nachgehen). Ebenso nutzen sie Unterstützungsstrategien (z. B. praktische Hilfe annehmen, medizinische Versorgung in Anspruch nehmen), um sich von arbeitsbedingten Anforderungen und Belastungen zu erholen sowie die subjektive Gesundheit zu stabilisieren. Das Nachgehen regenerativer Freizeitaktivitäten als legitimes Zurückziehen aus sozialen Interaktionen dient dem physischen Distanzieren aus sozialen Interaktionen und psychosozialen Abstandnehmen von Arbeitsanforderungen.

Die reaktive gesundheitliche Selbstsorge wird notwendig, um Gesundheit als sorgsames Ausbalanciertsein herzustellen. Wenn Gesundheitseinschränkungen bzw. -beschwerden auftreten, müssen sich die pädagogischen Kräfte mit ihrem subjektiven Gesundheits- und Krankheitszustand auseinandersetzen, bis Gesundheit als pragmatisches Unbeschwertsein wieder erlebt wird. Präventive Handlungsstrategien basieren auf biografischen Erfahrungen, wie z. B. ambivalentes Miteinander sowie soziale Abwesenheits- und Verlusterfahrungen. Diese Erfahrungen prägen das subjektive Gesundheitsverständnis, dass die subjektive Gesundheit durch Selbstsorge geschützt werden muss und gesundheitsbezogene Handlungsstrategien kontinuierlich umgesetzt werden sollten, um Gesundheitseinschränkungen und -beschwerden vorzubeugen. Sowohl durch präventive als auch durch reaktive Selbstsorge entsteht bei den pädagogischen Kräften ein Selbstwirksamkeitserleben. Dieses Erleben ermöglicht es ihnen, mit gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien ihre Handlungsfähigkeit für Anforderungen im privaten Umfeld und ihre Leistungsfähigkeit im Sinne ihrer Arbeitsfähigkeit zu schützen, aufrechtzuerhalten und wieder herzustellen. Trotz oder gerade wegen der erlebten Selbstwirksamkeit durch reaktive Selbstsorgestrategien erfolgt jedoch kein Wandel hin zu präventivem Gesundheitshandeln, um Gesundheitseinschränkungen bzw. -beschwerden fernzuhalten.

Die gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien der pädagogischen Kräfte richten sich nach den Prinzipien der Selbstsorge und Fürsorge. Ausgehend von den individuellen Bedürfnissen zielen die gesundheitsbezogenen Kom-

munikations-, Unterstützungs- und Ausgleichsstrategien primär darauf ab, die subjektive physische, psychische und soziale Gesundheit selbstsorgend aufrechtzuerhalten bzw. herzustellen. Dies führt zu einer gesteigerten Handlungs- und Arbeitsfähigkeit sowie einer angenehmen Arbeits- und Lebensumgebung, in der soziale Anforderungen und Erwartungen fürsorgend erfüllt werden können.

Unterstützungs- und Kommunikationsstrategien werden von den pädagogischen Kräften vorrangig fürsorgend eingesetzt, um ihrem beruflichen und privaten Fürsorgeanspruch sowie den Fürsorgeerwartungen gerecht zu werden. Die daraus resultierenden Konsequenzen wie z. B. soziale Harmonie, Selbstwirksamkeitserleben und Zufriedenheit wirken sich positiv auf die subjektive Gesundheit aus. Für- und Selbstsorge sind miteinander verweben, indem Kommunikations- und Unterstützungsstrategien (z. B. Fachexpertise erfragen, Vorgaben annehmen) genutzt werden. Die pädagogischen Kräfte greifen dabei z. B. auf materielle, informationelle und soziale Ressourcen in ihrem Arbeits- und Lebenskontext zurück, um ihrem Fürsorgeauftrag nachzukommen und zugleich handlungssicher und -fähig zu sein.

Die Personen, die in die subjektiven Gesundheitsstrategien innerhalb sozialer Interaktionen involviert werden, lassen sich in drei Kategorien unterteilen: (1) Personen in direkter Nähe (z. B. Kinder, Eltern, Kolleg*innen im Gruppenteam, eigene Familienangehörige), (2) Personen in mittlerer Reichweite (z. B. Kolleg*innen im Gesamtteam, Einrichtungsleitung, Sprachförderkraft) und (3) Personen mit weiterer Entfernung zu sozialen Interaktionen im Arbeitsgeschehen (z. B. Mitarbeitende der Trägerschaft, Spezialist*innen für kindliche Entwicklung, Fortbildner*innen). Jede Personengruppe wird unterschiedlich intensiv und jeweils für spezifische Anliegen in die gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien einbezogen.

Die Wirkrichtung der gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien bezieht sich bei Kommunikations- und Unterstützungsstrategien vor allem auf Faktoren der Arbeitsbedingungen, wie z. B. die Arbeitsumgebung, Arbeitsaufgaben, Arbeitsorganisation und soziale Faktoren. Hingegen sind Ausgleichsstrategien insbesondere auf personale Faktoren (z. B. chronische Erkrankung, altersbedingte Konstitution) ausgerichtet.

7.4 Schlussbetrachtung

Die Forschungsfrage, wie sich gesundheitsbezogene Handlungsstrategien in Biografien pädagogischer Kräfte, die mit Kindern unter 3 Jahren in Kindertageseinrichtungen arbeiten, entwickeln und im Lebensverlauf genutzt werden, konnte beantwortet werden. Im Lebensverlauf entwickeln und nutzen pädagogische Kräfte vielfältige gesundheitsbezogene Kommunikations-,

Unterstützungs- und Ausgleichsstrategien. Mit diesen Strategien können sie die subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit im Verhältnis von gesundheitsbezogener Selbstsorge und (professioneller) Fürsorge erhalten bzw. herstellen. Es wird deutlich, dass sie die gesundheitsbezogenen Strategien sowohl als Individuen als auch im kollektiven Handeln in ihrer sozialen Arbeits- und Lebenswelt einsetzen. Die pädagogischen Kräfte verknüpfen diese Strategien mit verfügbaren Ressourcen, um Stressoren und Belastungen zu bewältigen.

Die salutogenetische Fragestellung, unter welchen biografischen sowie arbeits- und lebensweltlichen Bedingungen Gesundheit entsteht sowie erhalten und hergestellt wird, wird in den rekonstruierten Biografien der pädagogischen Kräfte deutlich beantwortet. Kontextuelle Bedingungen der Lebens- und Arbeitswelt prägen die subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit mithilfe gesundheitsbezogener Kommunikations-, Unterstützungs- und Ausgleichsstrategien im Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge. Zu diesen Bedingungen gehören z. B. soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit, der Umgang mit Krankheit, die Ambivalenz des sozialen Miteinanders und kritische Lebensereignisse. Auch gesetzliche Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, der gesetzliche Förderauftrag für die Erwerbsarbeit und die berufliche Sozialisation und bestehende organisatorische, soziale und gesellschaftliche Arbeitsbedingungen sind prägende kontextuelle Bedingungen.

Die subjektiven Deutungen von biografischen Erfahrungen (z. B. Tabuisierung von Erkrankungen, soziale Abwesenheit, sozialer Verlust, Zuverlässigkeit) prägen das subjektive Gesundheitsverständnis. Ebenso werden soziale Repräsentationen von Gesundheit z. B. als physische Handlungs-, Leistungs- und Arbeitsfähigkeit, als psychisches und soziales Wohlbefinden und als Abwesenheit von physischen und psychischen Erkrankungen deutlich. Das subjektive Gesundheitsverständnis der pädagogischen Kräfte basiert auf der Vorstellung, den Gesundheits- und Krankheitszustand weitgehend erklären, verstehen und beeinflussen zu können. Aufgrund dessen werden die vielfältigen gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien eigenverantwortlich zur Erhaltung und Herstellung der Gesundheit genutzt.

Teil IV
Diskussion und Ableitungen
für Theorie und Forschung

8 Transfer der Ergebnisse in die theoretische Diskussion

Konzeptionelle Theorien, die im Forschungsstil der Grounded Theory entstanden sind, sollen einen Beitrag zur Forschungssituation des Gegenstandsbereichs leisten (Glaser & Strauss, 1998). Die Studienlage zu Arbeitsbedingungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder zwischen 3–6 Jahre) ist umfassend. Arbeitsbedingungen können zum einen als gesundheitliche Belastungen und Beanspruchungen und zum anderen als Ressourcen in der Arbeitswelt von Kindertageseinrichtungen erlebt werden. Dabei beziehen sich wenige Studien zum einen auf die subjektive Bewältigung von arbeitsassoziierten Stressoren und Belastungen durch pädagogische Kräfte, und zum anderen auf pädagogische Kräfte, die mit Kindern unter 3 Jahren in der FBBE arbeiten. Der biografische und salutogenetische Bezug zum Umgang mit Anforderungen, Belastungen und Beanspruchungen, die sich auf die Gesundheit und Krankheit der Subjekte auswirken, ist bisher nicht für die spezifische Personengruppe pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) untersucht. Hingegen ist bekannt, dass Erlebnisse in der individuellen Bildungs-, Betreuungs- und Erziehungsbiografie das professionelle Selbstverständnis und das professionelle Handeln pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen beeinflussen (Nentwig-Gesemann et al., 2011).

In der Ergebnisdiskussion werden die Erkenntnisse dieser Forschungsarbeit zur biografischen Entwicklung und Aufrechterhaltung des gesundheitsbezogenen Verhältnisses von Selbstsorge und Fürsorge bei pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) (siehe Abbildung 6) in den Forschungsstand und theoretischen Diskurs eingebettet (siehe Kapitel 8.1). In der sich anschließenden Methodendiskussion wird die Erhebung des Gegenstandsbereiches Gesundheit als verborgenes Phänomen (Gadamer, 2018) forschungsmethodisch reflektiert (siehe Kapitel 8.2).

8.1 Professionelle Fürsorge und gesundheitsbezogene Selbstsorge – Care-Arbeit in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren)

Die Erkenntnisse der Forschungsarbeit zeigen die gesundheitsbezogene Prägung im sozialen, gesellschaftlichen und kulturellen Lebensumfeld auf die biografische Entwicklung und auf Veränderungen des subjektiven Gesundheitsverständnisses und Gesundheitshandelns auf. Die retrospektiven Deutungen von biografischen Erlebnissen und deren Sinnzuschreibung für die derzeitige Erwerbstätigkeit und für die subjektive Aufrechterhaltung und Herstellung von Gesundheit aus der Perspektive der pädagogischen Kräfte selbst erweitern die Bildungs-, Betreuungs- und Erziehungsbioografie um die Relevanz der Gesundheitsbioografie pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren).

In der Ergebnisdiskussion wird das Verhältnis vom Selbstsorge und Fürsorge von der biografischen Prägung ausgehend für die Berufswahl (siehe Kapitel 8.1.1) und für die berufliche Care-Arbeit und gesundheitsbezogene Selbstsorge zur subjektiven und sozialen Konstruktion von Gesundheit unter den Arbeitsbedingungen pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen diskutiert (siehe Kapitel 8.1.2). Davon ausgehend wird unter salutogenetischer Perspektive auf das Sinnerleben als Komponente des Kohärenzgefühls pädagogischer Kräfte eingegangen (siehe Kapitel 8.1.3). Abschließend wird der Frage nachgegangen, in welchem Verhältnis professionelle Fürsorge und gesundheitsbezogene Selbstsorge zum Präsentismus pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) steht (siehe Kapitel 8.1.4).

8.1.1 Biografische Erfahrungen von Fürsorge als Motive der Berufswahl

Die pädagogischen Kräfte sehen sich nicht in der „Vorstellung eines geborenen Erziehers“ (Graßhoff & Schweppe, 2009, S. 308), sondern erzählen von biografischen Erlebnissen, die sie als zentrale soziale Erfahrungen für ihre Berufswahl deuten. Diese außer- und innerfamiliären Erfahrungen sind von unterschiedlichen Formen sozialer Fürsorge gekennzeichnet.

Institutionelle Betreuungserfahrung

Die pädagogischen Kräfte erlebten den Beruf Erzieher*in bereits in ihrer (früh)kindlichen Lebenswelt während eigener institutioneller Zeiten in Kin-

dertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren und/oder Kinder zwischen 3–6 Jahre). Dies deckt sich mit der Erkenntnis aus der qualitativen Studie mit pädagogischen Kräften aus Thüringen von Nürnberg und Schmidt (2018): Institutionelle Betreuungserfahrungen sind wesentliche biografische Erfahrungen, die die Berufsentscheidung prägen. Hinsichtlich des Motivs der institutionellen Selbsterfahrung müssen gesellschaftliche Strukturen beachtet werden, in denen die pädagogischen Kräfte aufgewachsen sind. In der Studie von Rothe (2019) wird deutlich, dass aufgrund des geringen Stellenwerts institutioneller Betreuungsformen in den 1950er- und 1960er-Jahren in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) die meisten pädagogischen Kräfte keine institutionellen Betreuungserfahrungen hatten und demzufolge „außerfamiliäre Betreuungsssettings [...] von randständiger Bedeutung“ (ebd., S. 243) für die Berufswahl waren. Vom geringen gesellschaftspolitischen Stellenwert der Kindertageseinrichtungen erzählt auch Petra Winter (*1960). Ihre Mutter musste die familiäre Kinderbetreuung übernehmen, weil es im Wohnort „*noch keinen Kindergarten [gab], gar nichts*“ (Petra Winter, N/Z. 352). Obwohl Ruth Kern auch in den 1960er-Jahren aufwuchs, führte die prekäre Familiensituation zu ihrer institutionellen Fremdbetreuung. Der marginale Ausbau von Kindertageseinrichtungen für Kinder unter 3 Jahren und die geringe Verfügbarkeit von Kindertageseinrichtungen für Kinder zwischen 3–6 Jahren zeigen die strukturelle Betreuungssituation in den 1950er-Jahren in der BRD auf (Biedinger & Becker, 2006). Hinzu kam das familienpolitische Verständnis, das „Mütter zu den besten Betreuungspersonen von Kleinkindern [erklärte und] eine Erziehung in einer Kinderkrippe als Notlösung bei schwierigen Familienverhältnissen oder für alleinerziehende Mütter“ (Blank-Mathieu, 1998, o. S.) betrachtet wurde. Hingegen leiteten Anna Geibel (*1994) und Sonja Frey (*1975) von ihrer institutionellen Fremdbetreuung kein Motiv für die Berufswahl ab. Nentwig-Gesemann et al. (2011) verweisen aus der Perspektive frühkindlicher Bildung auf die Relevanz familiärer und institutioneller Betreuungserfahrungen in der (frühen) Kindheit. Diese Erfahrungen werden zu zentralen Elementen der eigenen „Betreuungsbiografie“ (ebd., S. 17) und prägen das professionelle Verständnis von Bildung, Betreuung und Erziehung (ebd.).

Fürsorgende Rollenvorbilder

In den Biografien der pädagogischen Kräfte ist erkennbar, dass mit den Gründen zur Berufswahl zum einen sozial-kontrastive Erfahrungen und zum anderen fürsorgendes Handeln von familiären und außerfamiliären Vorbildern verbunden sind. Nürnberg und Schmidt (2018) bezeichnen fürsorgende Erfahrungen in der Kindheit pädagogischer Kräfte als „Evidenzerlebnis“ (ebd., S. 608) für die Berufswahl.

Bei Ruth Kern deutet retrospektiv das soziale Wohlbefinden in außerfamiliären Beziehungen, insbesondere die fürsorgende Care-Arbeit der pädagogischen Kräfte in ihrer institutionellen Betreuungszeit, als bedeutsam für ihre Berufsentscheidung. Sie deutet diese Erfahrungen als Gegenhorizont zu familiären Belastungen. Die institutionelle Selbsterfahrung wird durch die Studie von Nürnberg und Schmidt (2018) als Motiv für die Berufswahl bestätigt. Ebenso waren für die pädagogischen Kräfte außerfamiliäre Kindheits- und Jugenderfahrungen der sozialen Anerkennung in der Peergroup und soziales Integriertsein in die Familien der Peergroup für ihre Berufsentscheidung relevant. Diese Ergebnisse werden aber nicht durch Studien bestätigt (Bischoff, 2018; Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Nürnberg & Schmidt, 2018; Rothe, 2019).

Des Weiteren sind der elterliche Erziehungsstil (Bischoff, 2018) und weibliche Rollenvorbilder von pädagogischen Kräften in Bildungseinrichtungen (Nürnberg & Schmidt, 2018) für die Berufsentscheidung empirisch belegt. Die Affinität für jüngere Kinder, vor allem in Verbindung mit dem spielerischen Übernehmen der Rolle der „*Kindergärtnerinnen*“ (Ruth Kern, N/Z. 990), wird zum Motiv der Berufswahl (Nürnberg & Schmidt, 2018). Nach Abels (2010) übernimmt das Kind im *play* die Rolle und das Handeln wichtiger Bezugspersonen, wodurch sich das „Kind mit signifikanten Anderen identifiziert“ (ebd., S. 28). Petra Winter nannte zwar ihr Interesse an Kindern als Grund für ihre Berufswahl, erzählte jedoch nicht, auf welche biografischen Erfahrungen sie dieses Interesse zurückführt. Hierbei lässt sich nur vermuten, dass die Mutter als weibliches Rollenvorbild mit genderspezifischen Aufgaben der familiären Care-Arbeit für die Berufswahl prägend gewesen sein könnte.

Das Motiv der generationenübergreifenden Fürsorge bezieht sich bei den pädagogischen Kräfte der vorliegenden Untersuchung zum einen auf das Entwicklungspotenzial von Kindern und die spezifische (früh)kindliche Förderung und zum anderen auf Erfahrungen zuverlässiger, generationenübergreifender Unterstützung in der Familie und des notwendigen Unterstützungsbedarfs vulnerabler Familienmitglieder. Diese Erfahrungen stehen im Kontrast zu sozialen Erfahrungen von Vernachlässigung und Ausgrenzung sowie zum fehlenden Umgang mit physiologischen physischen Abbauprozessen älterer Menschen. Das Motiv des generationenübergreifenden Bezugs zu Kindern bestätigen Fröhlich-Gildhoff et al. (2014) als prominentes Motiv der Berufsentscheidung.

Die Erkenntnis, dass die Motive der Berufswahl mit sozialen Erfahrungen fehlender Fürsorge kontrastiert werden, wird nicht in der Literatur beschrieben (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Nürnberg & Schmidt, 2018; Rothe, 2019). Hierbei ist denkbar, dass die Selbststrukturierung der Biografie als soziales Konstrukt sowie subjektive Deutungen von sozialen Interaktionserfahrungen im fokussiert-narrativen Interview ein ausführliches Erzählen

evozierte, um den Prozess der Berufswahl plausibel für eine fremde Person zu erzählen.

Gesellschaftlich-normative Prägung

Die historisch geprägte Konnotation weiblicher Care-Arbeit bezieht sich auf familiäre und berufliche Kontexte (Winker, 2015). Eine genderspezifische Fürsorgeübertragung beziehen Nürnberg und Schmidt (2018) auf die „Standardfigur [...] ältere Schwester“ (ebd., S. 608). Dies deckt sich mit den Ergebnissen dieser Forschungsarbeit: Die pädagogischen Kräfte Anna Geibel und Ruth Kern mussten als Erstgeborene auf jüngere Geschwister aufpassen und häusliche Care-Arbeit in familiär prekären Situationen übernehmen. Anna Geibel führt ihre hohe Selbstständigkeit und Verantwortungsübernahme in der Erwerbstätigkeit auf ihre genderspezifische Rollenprägung zurück. Ihre Sinnzuschreibung dieser personalen Kompetenzen, als gedeutete Konsequenzen aus dem fürsorgenden Handeln in der Kindheit und Jugend, wird durch die soziale Wertschätzung von Kolleg*innen und der Einrichtungsleitung im jungen Erwachsenenalter bestärkt. Hier zeigt sich die Anschlussfähigkeit an die Studie von Nürnberg und Schmidt (2018), dass biografische Erfahrungen der Fürsorgegestalterin die spätere Erwerbstätigkeit beeinflussen. Positive Erfahrungen sozialer Anerkennung durch Fürsorgeübernahme prägen „die Erzieherin [als] Milieugestalterin“ (ebd., S. 609), Arbeitsanforderungen weitgehend selbstständig durchzuführen (ebd.).

Arbeitsanforderungen und -bedingungen

Auffällig ist, dass einzig Anna Geibel Arbeitsbedingungen im Sprachheilkindergarten (z. B. hohe Personalschlüssel, geringe Gruppengröße, hohe Kollegialität) als Argument für die Ausbildung zur Erzieherin nannte. Dabei fand jedoch keine Orientierung am pädagogischen Anforderungsprofil und am gesetzlichen Förderauftrag der FBBE statt. Arbeitsbedingungen, z. B. ein sicherer Arbeitsplatz, Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014), aber auch soziales Engagement (Bischoff, 2018), „Selbstexploration ([e]igene Fähigkeiten und Eignung)“ (Knauf, 2009, S. 53) und „Gesellschaftsorientierung/Wirksamkeit“ (ebd., S. 53) werden als weitere Gründe für die Berufswahl in der Literatur genannt. Diese Motive zeigen sich bei den pädagogischen Kräften der vorliegenden Forschungsarbeit nicht. Bei ihnen deuten sich in den handlungsleitenden Motiven der Berufswahl das Erleben von Fürsorge und das eigene fürsorgende Handeln als grundlegende biografische Erfahrungen an. Für das Wohl anderer Menschen zu sorgen und soziale Beziehungen zu gestalten, deckt sich sowohl mit den Kernaufgaben

von pädagogischen Kräften (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2008) und dem triadischen Förderauftrag nach SGB VIII, § 22, Absatz 3 als auch mit Merkmalen von Sorgearbeit (Knobloch, 2013; Paul et al., 2023).

Die vorliegenden Erkenntnisse verdeutlichen, dass die Motive für die Berufswahl eng mit der retrospektiven Deutung und Sinnzuschreibung sozial geprägter, biografischer (Für-)Sorgeerfahrungen in der Kindheit und Jugend verbunden sind. (Für-)Sorge als essenzieller Bestandteil sozialer Gesundheit (Paul et al., 2023) wird im Zusammenhang mit Motiven der Berufswahl bisher nicht diskutiert (Bischoff, 2018; Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Nürnberg & Schmidt, 2018; Rothe, 2019).

8.1.2 Care-Arbeit und Gesundheit als verschiedene Aufträge an pädagogische Kräfte

Die pädagogischen Kräfte dieser Forschungsarbeit befinden sich in einem Spannungsfeld: zwischen einerseits gesetzlichen, gesellschaftlichen, institutionellen und sozialen Anforderungen an die Erwerbsarbeit und Gesundheit als Voraussetzung für ihre Erwerbsarbeit und andererseits dem gesellschaftlichen und subjektiven Verständnis von Gesundheit und darauf basierendem Gesundheitshandeln. Paul et al. (2023) plädieren dafür, subjektives Gesundheitshandeln und die komplexen Bedingungen für dieses Handeln in den Fokus von theoretischen und empirischen Betrachtungen zu stellen. Diesem Plädoyer kommt die vorliegende Forschungsarbeit nach. Sie betrachtet gesundheitsbezogene Handlungsstrategien pädagogischer Kräfte in deren biografischen und aktuellen Arbeits- und Lebenszusammenhängen. Diese kontextuellen Bedingungen beeinflussen die professionelle Fürsorge und gesundheitsbezogene Selbstsorge.

In diesem Kapitel werden Care-Arbeit und Gesundheit als unterschiedliche Aufträge an die pädagogischen Kräfte in der sozialen Arbeits- und Alltagswelt anhand verschiedener Ebenen des gesundheitsbezogenen Verhältnisses von Fürsorge und Selbstsorge diskutiert.

Gesetzlicher Förderauftrag und gesellschaftliche Gesundheitspflicht

Pädagogische Kräfte werden aufgrund des gesetzlichen Förderauftrags nach SGB VIII, § 22, Absatz 3 und davon abgeleiteten länderspezifischen Gesetzen für Kindertageseinrichtungen (Niedersächsisches Kultusministerium, 2023) sowie durch Lehrinhalte in der Ausbildung bzw. im Studium (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Nentwig-Gesemann et al., 2011) für eine personenzentrierte Fürsorge in der Erwerbstätigkeit sozialisiert. Der Handlungsauftrag

der Care-Arbeit richtet sich explizit auf die Kinder und Eltern, prägt das professionelle Verständnis und die professionelle Haltung (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Nentwig-Gesemann et al., 2011) und beeinflusst den professionstheoretischen Diskurs um frühkindliche, kind- und entwicklungszentrierte Bildung, Betreuung und Erziehung (Kaul et al., 2023; Wehner, 2021). Dabei hebt der triadische Förderauftrag insbesondere die Betreuung in der institutionellen Care-Arbeit hervor: „**Betreuung** umschreibt die umfassende Sorge für das leibliche und seelische Wohl bzw. Wohlbefinden der Kinder. Betreuung umfasst Pflege und Gesundheitsfürsorge, aber auch emotionale Zuwendung und soziale Anerkennung“ (BMFSFJ, 2008, S. 9, Herv. i. O.). Dieser Betreuungskanon betont die gesundheitliche Fürsorge und weist auf ein mehrdimensionales Gesundheitsverständnis (Faltermaier, 2023a) hin. Für das Wohlbefinden und die Sicherheit als subjektives Erleben der Kinder zu sorgen, wird zum omnipräsenten, gesundheitsbezogenen Arbeitsanspruch an pädagogische Kräfte, weil Kinder unter 3 Jahren mit physischen, sozialen, emotionalen Wohlbefinden ihre Entwicklungsaufgaben besser bewältigen können (Wertfein et al., 2012).

Neben der professionellen Care-Arbeit als Erwerbsarbeit in Kindertageseinrichtungen werden pädagogische Kräfte mit dem gesellschaftlichen Auftrag zur individuellen Gesundheitspflicht konfrontiert (Schmidt, 2022). Das damit verbundene Gesundheitsverständnis fokussiert die Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit in der sozialen Lebens- und Arbeitswelt (Faltermaier, 2023a; Kickbusch & Hartung, 2014; Schmidt, 2022). Eine gesundheitliche Eigenverantwortung ist auch bei den pädagogischen Kräften der vorliegenden Forschungsarbeit vorhanden. Dabei wird deutlich, dass die Häufigkeit, Dauer, Intension und Zielsetzung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien variieren und die Variabilität als Ausdruck einer gesundheitsbezogenen Selbsteinschätzung zu betrachten ist. Sie begründen die situativ flexible Nutzung gesundheitsbezogener Kommunikations-, Unterstützungs- und Ausgleichsstrategien, die selbstsorgend und/oder fürsorgend in sozialen Interaktionen ausgerichtet sind, anhand der notwendigen Flexibilität im professionellen Handeln mit Kindern unter 3 Jahren. Dabei wird deutlich, dass sie den triadischen Förderauftrag (SGB VIII, § 22) und die professionelle Care-Arbeit über die gesundheitsbezogene Selbstsorge stellen. Auch wenn Sonja Frey explizit die gesundheitliche Selbstsorge als eigenverantwortlich zu erfüllende Pflicht hervorhebt – „*da finde ich, bin ich auch selbst gefordert (.) für meine Gesundheit zu sorgen*“ (Sonja Frey, N/Z. 452f.) – ist die gesundheitsbezogene Selbstsorge nicht als vorrangige Handlungsorientierung am Arbeitsplatz zu erkennen. Dieses Selbstsorgeverständnis rekurriert auf gesundheitsbezogene Handlungsstrategien, die in hoher Eigenverantwortung eingesetzt werden. Ebenso deutet das subjektive Gesundheitsverständnis auf eine Individualisierung von Gesundheit am Arbeitsplatz hin.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sich die pädagogischen Kräfte in einem Verhältnis von gesellschaftlich geprägter Gesundheitspflicht für sich selbst (Kickbusch & Hartung, 2014; Schmidt, 2022) und dem Professionsverständnis von Sorgepflicht für andere Personen (BMFSFJ, 2008; Kaul et al., 2023) als konstituierende Rahmung befinden.

Institutionelle und subjektive Gesundheitsverantwortung

Um den gesetzlichen und pädagogischen Auftrag professioneller Fürsorge erfüllen zu können, sind „Sicherheit und Gesundheit förderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen“ (DGUV, 2019, S. 73). Maßnahmen zum Arbeitsschutz und zur Unfallverhütung werden anhand von „arbeitsphysiologischen, arbeitspsychologischen und sonstigen ergonomischen sowie arbeitshygienischen Fragen“ (ASiG⁴³, § 1, Absatz 1) ergriffen. Solche Maßnahmen (z. B. Beurteilung und Dokumentation von Arbeitsbedingungen zur Gefährdungsbeurteilung, jährliche Unterweisung zur Arbeitssicherheit (ArbSchG⁴⁴, § 5, Absatz 3; DGUV, 2019)) beziehen sich jedoch ausschließlich auf physische und psychische Belastungen für Mitarbeiter*innen. Ob den pädagogischen Kräften dieser Untersuchung die gesetzlichen Vorgaben bekannt sind, bleibt offen, denn sie nennen keine entsprechenden Maßnahmen und nehmen auch keinen Bezug zum gesetzlich verpflichtenden Arbeits- und Gesundheitsschutz der Trägerschaft von Kindertageseinrichtungen (DGUV, 2019; SMWA & SMK, 2019), wenn sie über Gesundheit am Arbeitsplatz sprechen. Ihnen sind jedoch einzelne konkrete Verhaltens- und Verhältnismaßnahmen zum Lärmschutz (z. B. Gehörschutz, Filzgleiter) bekannt. Sie lehnen diese Maßnahmen aber ab, weil sie befürchten, z. B. aufgrund der reduzierten Hörwahrnehmung die FBBE der Kinder unter 3 Jahren nicht gewährleisten zu können. Mit dieser Entscheidung stellen sie den Fürsorgeauftrag gegenüber den Kindern über die gesundheitsbezogene Selbstsorge. Gleichwohl nutzen sie ergonomisches Mobiliar (z. B. Wickeltisch, Stühle), da sie diese Verhältnismaßnahme als materielle Unterstützungsressource zur Aufrechterhaltung ihrer physischen Gesundheit betrachten. Ergonomische Arbeitsmittel gehören zur erwachsenengerechten Ausstattung der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen, um Belastungen und Beanspruchungen des Muskel-Skelett-Systems entgegenzuwirken (DGUV, 2019; Sinn-Behrendt et al., 2015).

43 Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG)

44 Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG).

Die Arbeits- und Erziehungswissenschaftler Rudow und Fischer (2023) verweisen auf verschiedene Personengruppen mit institutionell und gesetzlich vorgegebener Verantwortung für den gesundheitsbezogenen Arbeitsschutz der Mitarbeiter*innen in Kindertageseinrichtungen: „Träger, Leitungskräfte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte und Beschäftigtenvertretungen haben für den Arbeitsschutz eine gemeinsame Verantwortung“ (ebd., S. 224). Sie betonen verschiedene strukturelle und inhaltliche Verantwortungsebenen, die nicht die Ebene der pädagogischen Kräfte enthält (ebd.). Demgegenüber steht die Erkenntnis der vorliegenden Forschungsarbeit, dass die pädagogischen Kräfte die gesundheitliche Selbstsorge als „Aufgabe“ (Sonja Frey, E/Z. 497) jeder pädagogischen Kraft ansehen. Diese Aufgabe des selbstsorgenden Gesundheitshandelns wird situativ flexibel in der sozialen Arbeits- und Lebenswelt erfüllt. Ihre vielfältigen gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien als Reaktion auf externe Stressoren während der Arbeitszeit basieren auf dem subjektiven Gesundheitsverständnis, dass ihr eigenverantwortliches Gesundheitshandeln soziale Interaktionen so verändern kann, dass zeitnah eine gesundheitsförderliche Veränderung (z. B. Entlastung, Regeneration) und eine Reduktion der Stressoren eintritt. Dabei benennen die pädagogischen Kräfte keine gemeinsame gesundheitsbezogene Verantwortung verschiedener Personen am Arbeitsplatz. Sie schreiben der Trägerschaft und der Leitung der Kindertageseinrichtung keine genuine Fürsorgeverantwortung für die physische Gesundheit der pädagogischen Kräfte zu. Ebenso ist keine Verknüpfung der verschiedenen Personengruppen und deren Verantwortung für situationsübergreifende Maßnahmen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes mit den selbstsorgenden, situativ flexibel eingesetzten gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien vorhanden. Eine Verknüpfung von verschiedenen Verantwortungsträger*innen und von institutionsbezogenen Widerstandsressourcen (Jenny et al., 2022) ist nur marginal vorhanden.

Aus sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Perspektive weisen Almad et al. (2012) auf ein ausgeglichenes Verhältnis von gesundheitlicher Fürsorge der arbeitgebenden Trägerschaft für die Mitarbeitenden und von gesundheitlicher Selbstsorge der pädagogischen Kräfte hin:

Zum einen sind Kindertageseinrichtungen durch das *Arbeitsschutzgesetz* ohnehin dazu aufgefordert, einen sinnvollen und wirksamen Schutz der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu organisieren. [...] Zum anderen gibt es unter den Beschäftigten Ansätze eines Bewusstseins (als implizites Wissen oder als Erfahrung) und den Willen, Gesundheitsprävention zu *ihrer* Aufgabe zu machen und nicht allein auf das Handeln des Arbeitgebers zu setzen. (ebd., S. 53, Herv. i. O.)

Mit dieser Feststellung wird ein Verständnis von Machbarkeit von Gesundheit (Kickbusch & Hartung, 2014) und geteilter gesundheitsbezogener Verantwortung ausgedrückt. Die gesetzliche Fürsorgeverantwortung für die Gesundheit der Mitarbeitenden einerseits und die nicht bestehende Fürsorgeerwartung der pädagogischen Kräfte an die Trägerschaft andererseits verdeut-

licht das Verhältnis von arbeitsbezogener Fürsorgezuschreibung und dem subjektiven Gesundheitsverständnis der pädagogischen Kräfte, dass sie selbst für ihren Gesundheitszustand verantwortlich sind. Die Diskrepanz zwischen dem Verständnis geteilter und individueller Gesundheitsverantwortung könnte durch die verschiedenen Wirkebenen von situationsübergreifenden Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz der Trägerschaft und dem situativen, selbstsorgenden Gesundheitshandeln der pädagogischen Kräfte erklärbar sein.

Arbeitsbedingungen und gesundheitsbezogene Handlungsstrategien

Anforderungen aus der Arbeitsumgebung und -organisation, durch Arbeitsaufgaben und soziale Faktoren, die von den pädagogischen Kräften der vorliegenden Untersuchung als Stressoren erlebt werden (z. B. Lärm, Zeitdruck, Aufgabenkomplexität, Daueraufmerksamkeit, Sozialstruktur der Kinder), decken sich mit empirischen Befunden weiterer Studien (Almstadt et al., 2012; Darius et al., 2022, 2023; Losch, 2016a; Sinn-Behrendt et al., 2015; Viernickel & Voss, 2013; Vincent-Höper et al., 2015; Voss & Schumann, 2020). Zur Bewältigung der Stressoren (Antonovsky, 1997) bzw. Risikofaktoren (Hurrelmann & Richter, 2013) nutzen die pädagogischen Kräfte situativ verschiedene Handlungsstrategien und Ressourcen, um einen ausgeglichenen Gesundheitszustand zu erreichen (Antonovsky, 1997; Forbech Vinje et al., 2022). Hünersdorf (2021) weist darauf hin, dass Arbeitsbedingungen (z. B. hoher Personalmangel, geringer Personalschlüssel) die zeitintensive Care-Arbeit einschränken können und eine bedürfnisorientierte Sorgebeziehung daher nicht ausreichend gewährleistet werden kann. Die pädagogischen Kräfte der vorliegenden Untersuchung erzählen nicht von arbeitsstrukturellen und -organisatorischen Bedingungen, durch die sie den Förderauftrag z. B. in Pflegesituationen und Situationen mit spezifischen Angeboten nicht erfüllen können. Sie verweisen auf personelle Ressourcen (z. B. FSJlerin, Springkraft der Kindertageseinrichtung, Sprachkraft), wodurch sie z. B. krankheitsbedingte Personalausfälle kompensieren können oder zusätzliche Angebote für die Kinder möglich werden.

Almstadt et al. (2012) betonen, dass die Gesundheit der pädagogischen Kräfte wesentliche Voraussetzung für deren Arbeitsfähigkeit ist, jedoch konkretisieren sie (selbstsorgendes) subjektives Gesundheitshandeln nicht. An diesem Forschungsdesiderat setzt die vorliegende Studie zu gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) an. Die gesundheitsbezogenen Kommunikations-, Unterstützungs- und Ausgleichsstrategien der pädagogischen Kräfte im Umgang mit Belastungen und Beanspruchungen aufgrund von Arbeitsbedingungen verdeutlichen deren Gesundheitsverständnis, dass eine aktive,

selbstregulierende Herstellung und Aufrechterhaltung von Gesundheit am Arbeitsplatz möglich ist. Die gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien und dieses subjektive Gesundheitsverständnis lassen auf subjektive Gesundheitstheorien sowohl der Regeneration und Expansion (Faltermaier et al., 1998) als auch auf Ausgleichs- und Balancetheorien (Faltermaier, 2023a) schließen. Die Handlungsstrategien verweisen auf ein Verständnis von Gesundheit als dynamisches Phänomen (Antonovsky, 1997; Faltermaier & Kühnlein, 2000; Faltermaier et al., 1998). Gleichzeitig wird das subjektive Gesundheitsverständnis von individueller Machbarkeit deutlich (Kickbusch & Hartung, 2014), bis ein Gesundheitszustand der „inneren Angemessenheit und der Übereinstimmung mit sich selbst“ (Gadamer, 2018, S. 138) erreicht und kein situatives Gesundheitshandeln mehr notwendig ist. Die Nutzung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien und damit verbundener Bewältigungskompetenzen verdeutlicht, dass Gesundheit in sozialen Interaktionen in der Arbeits- und Lebenswelt konstruiert wird (Berg & Lucius-Hoene, 2000; Faltermaier, 2019). Gesundheit als soziale Praxis kommt z. B. durch die Beziehungsgestaltung und Kommunikation in sozialen Interaktionen zum Ausdruck (Paul et al. 2023).

Die pädagogischen Kräfte setzen zielgerichtet Kommunikationsstrategien ein, um zum einen ihre gesundheitsbasierte Leistungsfähigkeit während der Arbeitszeit zu schützen und zum anderen Gesundheitseinschränkungen bzw. -beschwerden zu reduzieren und somit physische, physische und soziale Entlastung für sich selbst herzustellen. Die gesundheitsbezogene Intention kommunikativer Handlungsstrategien stimmt mit anderen empirischen Befunden überein. Kommunikation mit Kolleg*innen wird als soziale Ressource und als Schutzfaktor bei Arbeitsbelastungen beschrieben (SMWA & SMK, 2019; Viernickel & Voss, 2013). Der kollegiale Austausch stärkt die Kommunikationsfähigkeit und Zusammenarbeit im Team, was wiederum stressreduzierend wirkt (Fuchs & Trischler, 2008). Hingegen führen Arbeitsbedingungen wie z. B. Personalmangel und Zeitdruck dazu, dass sich der kollegiale, „reflexionsorientierte Austausch unter Kolleg*innen reduziert“ (Klusemann et al., 2020, S. 51). Die pädagogischen Kräfte der vorliegenden Untersuchung nennen zwar tägliche Teambesprechungen zur Arbeitsorganisation (Viernickel & Voss, 2013), schreiben ihnen aber keine Bedeutung für ihre gesundheitsbezogenen Kommunikationsstrategien zu. Hingegen erwarten die pädagogischen Kräfte eine fürsorgende Entlastung durch die Einrichtungsleitung, wenn sie ihr gegenüber Belastungen aus den Arbeitsbedingungen ansprechen. Bei den pädagogischen Kräften besteht eine situative Fürsorgeerwartung, wenngleich sie nicht die kontinuierliche Aufgabe der Einrichtungsleitung einfördern, ein „gesundheits- und motivationsförderndes Umfeld zu schaffen und zu erhalten“ (Arbeitsgruppe „KiTa-Leitung“, 2016, S. 9).

Mit der kommunikativen Regulation von Stressoren verfolgen die pädagogischen Kräfte das Ziel, selbstsorgend Arbeitsbedingungen zu schaffen,

unter denen sie fürsorgend für die Kinder unter 3 Jahren arbeiten können. Die Kommunikationsstrategien basieren auf einem Verständnis, Stressoren präventiv zu vermeiden bzw. während des Belastungserlebens zu reduzieren. Dieses Verständnis weist einerseits daraufhin, dass sich das arbeitsplatzspezifische Gesundheitspotenzial reduzieren kann, aber die subjektive Selbstregulationsfähigkeit diesem Reduzierungsprozess entgegenwirken kann. Andererseits verweist das Verständnis von Gesundheit als vorsorgendes Geschütztsein auch auf die subjektive Kontrollierbarkeit gesundheitsbeeinflussender Stressoren (Faltermaier et al., 1998) und sozialer Gesundheitsressourcen (Faltermaier, 2023a; Lattner, 2015), wodurch Gesundheit als kontinuierliche Lebensaufgabe vom Individuum hergestellt werden kann (Kickbusch & Hartung, 2014).

Eine besondere Erkenntnis der Studie ist, dass die pädagogischen Kräfte nicht von belastenden Elterngesprächen erzählen. Hingegen werden Elterngespräche in Studien zur Arbeitsbelastungen in Kindertageseinrichtungen als potenzielle soziale Belastungen genannt (Almstadt et al., 2012). Die pädagogischen Kräfte erzählen vielmehr von gelingender Kommunikation mit den Eltern (z. B. in der Bring- und Abholzeit, in Entwicklungsgesprächen zum Kind). Dies kann mit der Akzeptanz und dem Respekt zwischen den Eltern und pädagogischen Kräften erklärt werden, da diese Beziehungsmerkmale für die Zusammenarbeit mit Eltern auch in der Studie von Lattner (2015) angegeben wurden. Für die pädagogischen Kräfte ist die gelingende, das heißt ehrliche, direkte und kontinuierliche kommunikative Zusammenarbeit mit den Eltern eine soziale Ressource, da sie eine familiäre und institutionelle „Bildungs- und Erziehungspartnerschaft“ (Kaul et al., 2023, S. 85) herstellen können. Dies steht im Gegensatz zu den Ergebnissen von Almstadt et al. (2012), die eine zunehmende Überforderung der pädagogischen Kräfte aufgrund von Sprach- und Kulturbarrieren aufzeigen, und zu den Ergebnissen von Vincent-Höper et al. (2015), bei denen die pädagogischen Kräfte Eltern in einem geringen Maße als soziale Ressource einschätzten.

Die situativen Kommunikationsstrategien der pädagogischen Kräfte beziehen sich auf soziale Interaktionen und deren Belastungen mit verschiedenen Personen. Die gesundheitsbezogene Kommunikation kann als eine Strategie zur sozialen Konstruktion von Gesundheit am Arbeitsplatz betrachtet werden, die insbesondere auf einem kollegialen Alltags- und Arbeitswissen basiert (Blumer, 2013; Germov & Hornosty, 2011). Das Aufbrechen familiärer Kommunikationsstrukturen (Tabuisieren und (Ver-)Schweigen) wird zur kommunikativen Entlastungsstrategie im Arbeitskontext der pädagogischen Kräfte.

Zusätzlich zu den Kommunikationsstrategien nutzen die pädagogischen Kräfte gesundheitsbezogene Unterstützungsstrategien während der Arbeitszeit, um insbesondere soziale Interaktionen aufrechtzuerhalten bzw. sich aus sozialen Interaktionen zurückzuziehen. Sie greifen selbstsorgend auf Unter-

stützungsstrategien zurück, wenn sie aufgrund bestehender Arbeitsbelastungen und Beanspruchungen, physischer Gesundheitseinschränkungen und psychischer Überforderung „adressatengerechte Kommunikations- und Interaktionsstrukturen zu den Kindern“ (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014, S. 22) nicht wahren können. Diese Strategien zielen darauf ab, dass sich die pädagogischen Kräfte unter Rückgriff auf verschiedene praktische, materielle, emotionale, soziale und informationelle Unterstützungsressourcen (Viernickel & Voss, 2013; Vonneilich & Franzkowiak, 2022) als handlungsfähig und -sicher erleben. Nach dem Modell der Salutogenese können Unterstützungsformen als allgemeine Widerstandsressourcen betrachtet werden (Antonovsky, 1997). Die pädagogischen Kräfte nutzen beispielsweise materielle Ressourcen (z. B. höhenverstellbare Stühle, Wickeltisch) zur Unterstützung der ergonomischen Körperhaltung, um während der direkten Arbeit mit den Kindern präventiv physischen Gesundheitsbeschwerden (z. B. Rückenbeschwerden, Knieschmerzen) entgegenzuwirken. Die gesundheitsbezogenen Unterstützungsstrategien richten sich des Weiteren darauf, physische und psychische Entlastung in Stresssituationen zu erzielen und einen subjektiven Zustand von Gesundheit zu erleben (Antonovsky, 1997). Sowohl das selbstsorgende Achten auf die eigene Körperhaltung als auch das situative Nutzen von Unterstützungsressourcen sind gesundheitsförderliche Maßnahmen, die empirisch belegt sind (Viernickel & Voss, 2013) und aus der Perspektive des Gesundheits- und Arbeitsschutzes angeraten werden (DGUV, 2019).

Mit sozialer Unterstützung aus dem sozialen Umfeld bewältigen Individuen externe und interne Anforderungen (Hartung, 2011). Soziale Unterstützung ist ein zentraler Faktor in den Lebenserzählungen und in den Erzählungen konkreter Arbeitssituationen der pädagogischen Kräfte dieser Untersuchung, dem sie eine hohe gesundheitsbeeinflussende, sozialstrukturierte Bedeutung zuschreiben. In der Literatur werden zwei Erklärungsansätze – das Puffermodell und das Haupteffekt-Modell – für den Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung, Gesundheit und Stressoren dargestellt (Cutrona et al., 1986; Hartung, 2011; Vonneilich & Franzkowiak, 2022). Im Ansatz des Puffermodells wirkt soziale Unterstützung insbesondere in kritischen Lebens- und Stresssituationen protektiv (Vonneilich & Franzkowiak, 2022). Soziale Unterstützung führt dazu, dass „Stressoren positiver beurteilt [...] und hilfreiche Verhaltensweisen zur Bewältigung gefunden werden“ (Hartung, 2011, S. 245). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zeigen, dass sich das Puffer-Modell besonders in biografischen, sozial gegensätzlichen Erfahrungen und bei beruflichen Grenzerfahrungen zeigt. Dabei reicht die soziale Unterstützung von der Unterstützungsbereitschaft bis hin zur Unterstützungsleistung (Vonneilich & Franzkowiak, 2022), die die pädagogischen Kräfte bei subjektivem Unterstützungsbedarf in kritischen Arbeits- und Lebenssituationen annehmen. Am Arbeitsplatz stärkt die soziale Unterstützung die Handhabbarkeit beruflicher Anforderungen der pädagogischen Kräfte und

reduziert deren situatives Stress- und Belastungserleben. Die Unterstützung von Kolleg*innen und der Einrichtungsleitung ist als sozialer Schutzfaktor zahlreich beschrieben (Fuchs-Rechlin, 2007; Lattner, 2015; SMWA & SMK, 2019; Schneewind et al., 2012; Viernickel & Voss, 2013) und korreliert mit der Arbeitszufriedenheit pädagogischer Kräfte (Lattner, 2015). Soziale Unterstützung als Ausdruck von z. B. der Fähigkeit der Zusammenarbeit und der Kommunikationsfähigkeit kennzeichnet Kollegialität und wirkt stressmindernd (Fuchs & Trischler, 2008). Am Arbeitsplatz ist soziale Unterstützung eine wichtige soziale Ressource zur Bewältigung von Stress (= Puffer-Modell) (ebd.).

Im Arbeits- und Lebensumfeld ist den pädagogischen Kräften dennoch wichtig, selbstbestimmt zu entscheiden, wie sie mit sozialer Unterstützung umgehen. Dabei wird das Modell der Haupteffekte als Erklärungsansatz für die Wirkung sozialer Unterstützung auf die subjektive Gesundheit deutlich (Hartung, 2011; Vonneilich & Franzkowiak, 2022), indem „soziale Unterstützung gesundheitsförderliche Verhaltensweisen sowie das Selbstwertgefühl und das Kontrollempfinden fördert“ (Hartung, 2011, S. 245).

Für die pädagogischen Kräfte dieser Forschungsarbeit sind die soziale Unterstützung im Gruppenteam in Verbindung mit Vertrauen und Anerkennung durch die Einrichtungsleitung sowie eine hohe Entscheidungs- und Handlungsfreiheit wesentliche gesundheitsbezogene Ressourcen am Arbeitsplatz. Sie nehmen ihre Arbeitsbedingungen wie z. B. hohe Gestaltungs- und Handlungsfreiheit, hohe Entscheidungsfreiheit und ausgeprägte Eigenverantwortung (Schneewind et al., 2012; Viernickel & Voss, 2013) als Unterstützungsressourcen für ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Arbeiten wahr. Empirische Befunden unterstreichen, dass sich diese Arbeitsbedingungen positiv auf die Arbeitszufriedenheit pädagogischer Kräfte (Viernickel & Voss, 2013) und auf die Reduktion von Stress (DGUV, 2019) auswirken können. Hingegen verweisen Rudow und Fischer (2023) sowie Klusmann et al. (2020) darauf, dass pädagogische Kräfte große Entscheidungs- und Handlungsfreiräume auch als (zu) hohe Anforderung an die Selbststeuerung und Verantwortung sowie einen Entscheidungsdruck in Situationen mit hoher Aufgabendichte und -komplexität erleben können. Diese Befunde können durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden. Die pädagogischen Kräfte beziehen vielmehr die gelingende Bewältigung beruflicher Anforderung auf die unterstützenden Arbeitsbedingungen, unter den sie ihre gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien einsetzen können. Dabei schreiben sie sich eine hohe Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung als personale Gesundheitsressourcen (Faltermajer, 2023a) zu.

Die pädagogischen Kräfte nehmen nicht nur soziale Unterstützung am Arbeitsplatz an, sondern leisten auch soziale Unterstützung als Für- und Selbstsorge. Dabei besteht das interaktionistische Gesundheitsverständnis, dass die subjektive Gesundheit vom Gesundheitszustand und Wohlbefinden

anderer Menschen abhängig ist. Demnach wirkt sich die sorgende Unterstützung für anderer Menschen positiv auf den eigenen Gesundheitszustand aus. Dies formuliert Ruth Kern pointiert: „*und nicht nur, dass ich mich gesund fühle, sondern dass das Umfeld um mich herum auch gesund ist und sich gut fühlt und nicht allen Frust an mir ablässt*“ (Ruth Kern, N/Z. 1172-1174). Die soziale Fürsorgeunterstützung wird bei den pädagogischen Kräften zur Selbstsorgestrategie, um einerseits einen ausgeglichenen Gesundheitszustand und Gesundheit als ein sorgsames Ausbalanciertsein zu erreichen und um andererseits selbstsorgend Gesundheit als In-Beziehung-Sein aufrechtzuerhalten. Die subjektiven Gesundheitsverständnisse beziehen sich auf ein „In-der-Welt-Sein“ (Gadamer, 2018, S. 144), heben das Eingebundensein in soziale Welten hervor und betonen die interaktionistische Konstruktion von Gesundheit. Dies knüpft an Hurrelmann und Richter (2013) an, dass der mehrdimensionale Gesundheitszustand immer wieder in ein Gleichgewichtszustand gebracht werden muss (ebd.), wofür Schutzfaktoren (Hurrelmann & Richter, 2013) und allgemeine Widerstandsressourcen (Antonovsky, 1997) bedeutsam sind.

Aus salutogenetischer Perspektive ist die soziale Unterstützung ein Schutzfaktor für die subjektive Gesundheit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Viernickel & Voss, 2013). Gegenseitige fürsorgende Unterstützung am Arbeitsplatz ist ein Ausdruck der sozialen, interaktionistischen Konstruktion von Gesundheit.

Neben den Kommunikations- und Unterstützungsstrategien am Arbeitsplatz nutzen die pädagogischen Kräfte gesundheitsbezogene Ausgleichsstrategien. Alle drei Formen gesundheitsbezogener Handlungsstrategien unterstützen die Erwerbstätigkeit als „Medium der Selbstverwirklichung sowie Selbstwirksamkeitserfahrung“ (Ohlbrecht, 2021, S. 201). Ausgleichsstrategien basieren auf dem subjektiven Gesundheitsverständnis, dass Gesundheit als Handlungs- und Leistungspotenzial regeneriert werden kann (Faltermaier, 2023a). Dabei prägt das Verständnis von Gesundheit als pragmatisches Unbeschwertsein die Maxime, sich „*keine großen Gedanken*“ (Petra Winter, E/Z. 782) um die subjektive Gesundheit zu machen und Gesundheitseinschränkungen und -beschwerden über Ausgleichsstrategien zu relativieren und zu regenerieren. Selbstsorgende Ausgleichsstrategien (z. B. sich in regulären Pausen erholen, sich in Arbeitssituationen mit geringer Aufgabendichte regenerieren, kurze Auszeiten außerhalb des Gruppenraums) ermöglichen, am Arbeitsplatz „*neue Energie*“ (Sonja Frey, N/Z. 1246) zu schöpfen, um Anforderungen des weiteren Arbeitstags bewältigen zu können. Die pädagogischen Kräfte können die Ausgleichsstrategien nutzen, wenn begünstigende Arbeitsbedingungen wie z. B. festgelegte Pausenzeiten oder eine hohe Kollegialität im Gruppenteam bestehen. Die gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien sind mit einer situationsspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung und individuellen Überzeugung verbunden, dass gesundheitsbezogenes Handeln

trotz situativer Stressoren (z. B. Lärm, Personalmangel, physische Belastung) den subjektiven Gesundheitszustand regenerieren kann (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Dieses Verständnis weist auf die subjektive Gesundheitstheorie von Gesundheit als Akkumulator (Faltermaier, 2023a; Faltermaier et al., 1998) hin, indem gesundheitsbezogene Ausgleichsstrategien die reduzierte Handlungs- und Leistungsfähigkeit aufbauen können. Dabei wird das subjektive Verständnis deutlich, dass Gesundheit als dynamische Leistungsfähigkeit nur eine kurze Regenerationszeit während der Erwerbstätigkeit benötigt.

Unmittelbar nach der Arbeitszeit nehmen die pädagogischen Kräfte physische und psychosoziale Erschöpfung und Müdigkeit wahr. Diese Ergebnisse decken sich mit anderen Studienergebnissen und Expertisen, dass physische Ermüdung und Gesundheitsbeschwerden (z. B. Nacken-, Kopfschmerzen, Rückenbeschwerden) negative Folgen anhaltender Belastung am Arbeitsplatz Kindertageseinrichtungen sind (Fuchs & Trischler, 2008; Rudow & Fischer, 2023; Viernickel & Voss, 2013). In der bundesweiten Befragung DGB-Index Gute Arbeit⁴⁵ gaben nur 13 % der pädagogischen Kräfte (n=202) an, während bzw. unmittelbar nach der Arbeit keine Gesundheitsbeschwerden zu haben (Fuchs & Trischler, 2008). Hierbei muss beachtet werden, dass fehlende Pausenzeiten als Arbeitsbedingung keine Regeneration am Arbeitsplatz ermöglichen. Die gesundheitsbezogene Ausgleichsstrategie des Zurückziehens und Regenerierens muss dann unmittelbar nach der Arbeitszeit erfolgen und wird durch die Wohnverhältnisse der pädagogischen Kräfte als unterstützende Verhältnisfaktoren (Hurrelmann & Richter, 2013) ermöglicht. Die pädagogischen Kräfte benötigen diese Regenerationszeit, um anschließende familiäre Care-Arbeit erfüllen zu können. Weil die pädagogischen Kräfte eine zeitnahe Erholung erleben, behalten sie die selbstsorgende Regeneration nach der Arbeitszeit bei und verwenden nur dann selbstsorgende Ausgleichsstrategien am Arbeitsplatz, wenn sie durch physische und psychosoziale Überforderungen ihre Arbeitsfähigkeit bedroht sehen und Kommunikations- und Unterstützungsstrategien nicht ausreichen. Neben regenerativen Ausgleichsstrategien im Alleinsein sind auch gesundheitsbezogene Alltagspraktiken im sozialen Umfeld (z. B. mit Freund*innen treffen, an kulturellen Veranstaltungen teilnehmen, Glaubenspraktiken durchführen) für die pädagogischen Kräfte Ausgleichsstrategien, um Gesundheit als Potenzial (Faltermaier et al., 1998) aufzubauen. Diese Alltagspraktiken als Ausgleichsstrategien und die notwendigen Umgebungsbedingungen werden auch von Viernickel und Voss (2013) als gesundheitsförderlich beschrieben. Zusätzlich werden kognitive Ausgleichsstrategien genutzt, um Arbeits- und Lebenssitua-

45 Die Berichterstattung des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) erhebt jährlich die Arbeitsbedingungen aus Sicht der Beschäftigten. Ziel der Erhebung ist, die Qualität der Arbeit in Deutschland zu erfassen, gesundheitsbezogene Faktoren zu erheben und für eine Verbesserung der Arbeitsrealität zu werben (Fuchs & Trischler, 2008).

tion neu zu bewerten (Bengel et al., 2001) und den altersbedingt gesundheitlichen Abbauprozess zu verstehen.

Diese Erkenntnisse zu gesundheitsbezogenen Ausgleichsstrategien unmittelbar nach der Arbeit können mit der erhöhten Anstrengungsbereitschaft (Darius et al., 2022) bzw. Verausgabungsbereitschaft (Viernickel & Voss, 2013) pädagogischer Kräfte diskutiert werden. Damit geht das Gesundheitsverständnis einher, dass Gesundheit von Leistungsfähigkeit und Robustheit gekennzeichnet ist, die nicht geschützt werden muss, sondern regeneriert werden kann (Faltermaier, 2023a). Das Alter als Grund der Regenerationsnotwendigkeit verdeutlicht ein dynamisches Verständnis von Gesundheit und geht mit der subjektiven Theorie von Gesundheit als Potenzial (Faltermaier et al., 1998) bzw. Gesundheit als Reduktionsprozess im Lebensverlauf (Faltermaier, 2023a) einher. Aufgrund der Erkenntnisse dieser Forschungsarbeit kann die Hypothese aufgestellt werden, dass die erhöhte Anstrengungsbereitschaft auf biografisch kritische Lebensereignisse der pädagogischen Kräfte zurückgeführt werden kann, in denen sie ein starkes Durchhaltevermögen gegenüber sozial unsicheren Situationen und gesundheitsbezogener Vulnerabilität entwickelt haben und denen sie eine hohe (gesundheitsbezogene) Bedeutung zuschreiben (Marotzki, 2012).

Die pädagogischen Kräfte nutzen gesundheitsbezogene Ausgleichsstrategien primär selbstsorgend, um ihre Gesundheit im Verständnis als Handlungs- und Leistungspotenzial herzustellen. Dabei zeigt sich, dass sie eine Regenerationsfähigkeit haben, um im Verständnis eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums nach kürzeren oder längeren Erholungsphasen ein gesundheitsbezogenen Gleichgewichtszustand (Antonovsky, 1997) zu erreichen. Durch die selbstsorgenden Ausgleichsstrategien kann anschließend fürsorgendem Handeln in der Arbeits- und Lebenswelt nachgekommen werden.

Vereinbarkeit fürsorgender Beziehungsgestaltung und gesundheitsbezogener Selbstsorge

Die Vereinbarkeit von fürsorgender Beziehungsgestaltung und gesundheitsbezogener Selbstsorge in der Erwerbsarbeit und im Privatleben ist eine weitere Verhältnisebene von Selbstsorge und Fürsorge, durch die der Gesundheitszustand der pädagogischen Kräfte beeinflusst wird. Fürsorge als grundlegende Orientierung für soziale Interaktionen mit verschiedenen Menschen in unterschiedlichen sozialen Welten ermöglicht die Erhaltung und Herstellung sozialer Gesundheit (Paul et al., 2023).

Die fürsorgende Beziehungsgestaltung als Bestandteil der Care-Arbeit am Arbeitsplatz orientiert sich an der „Sorge für das leibliche und seelische Wohl bzw. Wohlbefinden der Kinder [...] Pflege und Gesundheitsfürsorge, aber auch emotionale Zuwendung und soziale Anerkennung“ (BMFSFJ, 2008,

S. 9) sind wesentlich. Die fürsorgende Care-Arbeit der pädagogischen Kräfte dieser Forschungsarbeit basiert auf einem interaktionistischen Gesundheitsverständnis, dass sie sich selbst über die Herstellung und Aufrechterhaltung des Wohlbefindens der Kinder entlasten können. Gesundheit wird als In-Beziehung-Sein verstanden, um über eine aktive Beziehungsgestaltung soziale Gesundheit (Paul et al., 2023) aufrechtzuerhalten. Dabei deuten die pädagogischen Kräfte soziale Beziehungsmerkmale (u. a. enge Bindung, emotionale Nähe) (Viernickel & Voss, 2013) als sozial interpersonale Gesundheitsressourcen (Faltermaier, 2023a), was bei ihnen zu einer hohen Arbeitszufriedenheit (Viernickel & Voss, 2013) führt. Auffällig ist, dass sie nur punktuell selbstsorgendes Gesundheitshandeln in sozialen Interaktionen mit Kindern am Arbeitsplatz nutzen. Diesbezüglich heben Almstadt et al. (2012) hervor, dass pädagogische Kräfte das Kindeswohl vorwiegend über die eigene Gesundheit am Arbeitsplatz stellen. Die pädagogischen Kräfte dieser Forschungsarbeit begründen dies mit der Angewiesenheit der Kinder und der fürsorgenden Beziehungsgestaltung als ihre Handlungsorientierungen. Dieses Verständnis zur Gestaltung der „Sorgebeziehung“ (Knobloch, 2013, S. 11, Herv. i. O.) weist auf eine Zuschreibung der Sorgebedürftigkeit der Kinder unter 3 Jahren hin. Aufgrund der „generational geordneten Sorge- bzw. Versorgungsnotwendigkeit und -bedürftigkeit junger Menschen“ (Farrenberg & Schulz, 2021, S. 38) müssen pädagogische Kräfte sich ihrer Verantwortung in der beziehungsorientierten Fürsorgearbeit bewusst sein.

Paul et al. (2023) verweisen auf die alltäglichen, routinierten, (non)verbalen sozialen Praktiken des Miteinanders, durch die soziale Gesundheit konstruiert wird. Die Vereinbarkeit von für- und selbstsorgendem Gesundheitsschutz und fürsorgender Beziehungsgestaltung wird für die pädagogischen Kräfte beispielsweise in der Pflegesituation „Wickeln“ herausfordernd. Sie wägen selbstbestimmt zwischen einerseits der entwicklungspädagogischen Fürsorge und beziehungsorientierten Pflege durch die taktile Wahrnehmung zum Wohlbefinden des Kindes und andererseits den gesundheitsbezogenen Fremd- und Selbstschutz durch das Tragen von Handschuhen als präventive Handlungsstrategie und institutionelle Schutzvorgabe ab. Das wirkmächtige subjektive Verständnis, Gesundheit selbstsorgend schützen zu müssen, führt zum Wandlungsprozess: vom Ablehnen hin zum Tragen von Handschuhen in der fürsorgenden Pflege. Hierbei wäre aufschlussreich, welches professionelle Verständnis von pädagogischer und gesundheitsbezogener Fürsorge pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) haben und wie diese doppelte Fürsorge im Verhältnis zu gesundheitsbezogener Selbstsorge und sozialer Gesundheit steht (Paul et al., 2023). Dies steht vor dem Hintergrund, dass Kinder in den ersten Lebensjahren besonderen Gesundheitsschutz benötigen und zugleich eine Hygiene- und Gesundheits-erziehung in der institutionellen Verantwortung liegt (Wertfein et al., 2012)

und dies sich in einem professionellen Pflege- und Sorgehandeln zeigen muss (Kaul et al., 2023).

Für die pädagogischen Kräfte der vorliegenden Untersuchung ist zusätzlich zur Vereinbarkeit von fürsorgender Beziehungsgestaltung und Selbstsorge am Arbeitsplatz die Vereinbarkeit von familiären Verpflichtungen (z. B. eigene Kinder betreuen, pflegebedürftige (Groß-)Eltern versorgen, Hausarbeit erledigen) und der Erwerbstätigkeit von Bedeutung. Sie erzählen von familiärer Care-Arbeit als Reproduktionsarbeit, als ihre Kinder im Kindes- und Jugendalter waren. Sie deuten rückblickend, dass biografische Erfahrungen von Abwesenheit der Eltern in ihrer Kindheit und Jugend sowie gesellschaftlich tradierte Rollenerwartungen (z. B. Erwerbstätigkeit des Ehemanns ermöglichen, Familienangehörigen bei Sorgebedarf unterstützen) dazu geführt haben, selbstverständlich familiäre Sorgearbeit im Erwachsenenalter zu übernehmen. Aus dem hohen Sinnerleben der familiären Care-Arbeit wird diese gegenüber der beruflichen Care-Arbeit priorisiert. Die Anpassungen der Erwerbstätigkeit an die familiäre Fürsorgearbeit kann als symbolisch bedeutungsvolle Handlung zur Herstellung sozialer Gesundheit (Paul et al., 2023) in der Familie gedeutet werden. Das Leisten der doppelten Fürsorge begründen die pädagogischen Kräfte mit sozialen Erwartungen und eigenen Bedürfnissen als Mütter. Die gelingende Bewältigung der doppelten Sorgearbeit führt bei ihnen zum Erleben von Selbstwirksamkeit, Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit. Aus salutogenetischer Perspektive sind dies personale Ressourcen zur Bewältigung unterschiedlicher Anforderungen (Eriksson, 2022; Schwarzer & Jerusalem, 2002).

Ausgehend von Gesundheit als „optimale Leistungsfähigkeit eines Individuums für die Erfüllung der Aufgaben und Rollen“ (Parson, 1968, S. 344, zitiert nach Faltermaier, 2023a, S. 44) werden primär funktionale Merkmale von Gesundheit fokussiert (Franke, 2010).⁴⁶ Die Bindung an gesellschaftlich tradierte Muster kann zu Rollenkonflikten aufgrund verschiedener sozialer Erwartungen führen (ebd.). Hierbei ist bemerkenswert, dass die pädagogischen Kräfte dieser Forschungsarbeit keine Rollenkonflikte erzählen, sondern vielmehr die gelingende Vereinbarkeit von familiärer Betreuung eigener Kinder und Erwerbstätigkeit hervorheben. Empirische Befunde bestätigen, dass pädagogische Kräfte eine gute Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben

46 Diese Sichtweise auf Gesundheit wird in der Forschung zur Frauengesundheit jedoch kritisch betrachtet: „Gesundheit als optimale Leistungsfähigkeit für die Rollen und Aufgaben, für die Frauen sozialisiert werden, bindet Frauen an überkommene Muster von Weiblichkeit und Mütterlichkeit“ (Franke, 2010, S. 40). Aus der Sichtweise der Frühpädagogik und Pädagogik früher Kindheit wird auf professionelle Interaktionen mit Kindern und Eltern in der FBBE (Kinder unter 3 Jahren) hingewiesen, insbesondere bei inklusiver Arbeit und den damit verbundenen Pflege- und Sorgeinteraktionen (Gutknecht, 2020), sodass eine professionelle Haltung und Responsivität notwendig sind, die „mitnichten als Teile der lange propagierten ‘natürlichen Mütterlichkeit’ gesehen werden“ (Kaul et al., 2023, S. 22) können.

erleben und sich dadurch entlastet fühlen (DGUV, 2019; Viernickel & Voss, 2013). Die gute Vereinbarkeit wird als Ressource wahrgenommen, die sich nach Faltermaier et al. (1998) als positiver Aspekt der sozialen und ökologischen Umwelt auf die subjektive Gesundheit auswirkt.

Auch wenn die Studienlage auf eine gute Vereinbarkeit hinweist, müssen soziale Rahmenbedingungen und der Beschäftigungsumfang beachtet werden. Die Untersuchung zur Arbeitssituation und -zufriedenheit von pädagogischen Kräften der Gewerkschaft für Erziehung und Bildung (2007) und das Fachkräftebarometer Frühe Bildung (2023) zeigen deutlich auf, dass das Arbeitsfeld Frühe Bildung einer der „weiblich dominierten Teilarbeitsmärkte“ (Beher et al., 2023, S. 37) ist. Ein Vereinbarkeitsdilemma (Farrenberg & Schulz, 2021) erzählen die pädagogischen Kräfte dieser Forschungsarbeit in Hinblick auf ihre aktuelle wöchentliche Arbeitszeit von ≥ 30 h und die Übernahme familiärer Care-Arbeit nicht, sodass dies auf eine gelingende Vereinbarkeit beruflicher und privater Anforderungen hindeuten kann. Dies würde sich mit den Ergebnissen von Beher et al. (2023) decken, dass eine gute Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie für pädagogische Kräfte eine hohe Bedeutung hat. Dabei hat der Umfang der Wochenarbeitszeit einen geringen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit als positive Beanspruchungsfolge (Fuchs-Rechlin, 2007; Viernickel & Voss, 2013).

Die aufgezeigten Kommunikations-, Unterstützungs- und Ausgleichsstrategien ermöglichen pädagogischen Kräften, „zu **Expert innen ihrer Gesundheit** [zu] avancieren und diese aktiv und eigenverantwortlich in die Hand [zu] nehmen“ (Viernickel & Voss, 2013, S. 185, Herv. i. O.). Dies setzt voraus, dass pädagogische Kräfte in konstituierenden gesellschaftlichen, pädagogischen, institutionellen und sozialen Fremdrahmungen handeln, in denen ihnen ein gesundheitsfördernder, für- und selbstsorgender Handlungsspielraum zur Verfügung steht (Viernickel & Voss, 2013). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die empirischen Erkenntnisse zum Arbeits- und Gesundheitsschutz pädagogischer Kräfte, welche eine hohe Arbeitsbelastung am Arbeitsplatz Kindertageseinrichtungen aufzeigen (Almstadt et al., 2012; Darius et al., 2023; Rudow & Fischer, 2023; Viernickel & Voss, 2013; Vincent-Höper et al., 2015), für eine gesundheitliche Fürsorge durch die Trägerschaft und Selbstsorge durch die pädagogischen Kräfte plädieren, um deren Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Die Arbeitsfähigkeit wird durch physische und psychische Arbeitsanforderungen, die Arbeitsumgebung und individuelle Ressourcen als „körperliche, mentale und soziale Fähigkeiten des Beschäftigten, seine Gesundheit, Qualifikation (Bildung), Kompetenz sowie Einstellungen und Werte“ (Hasselhorn & Freude, 2007, S. 9) bestimmt. Präventives Gesundheitshandeln der pädagogischen Kräfte dieser Untersuchung umfasst eigenverantwortliche Handlungsstrategien im Lai*innengesundheitssystem und Vorsorgeuntersuchungen im professionellen Gesundheitssystem, um den subjektiven Gesundheitszustand zu schützen. Reaktive gesundheitsbezogene

Handlungsstrategien werden genutzt, um Gesundheitseinschränkungen und -beschwerden zu reduzieren, bis diese nicht mehr als das „sich Entgegenwerfende, kurz, das Aufdringliche“ (Gadamer, 2018, S. 137) wahrnehmbar sind. Dabei nehmen die pädagogischen Kräfte auch professionelle Unterstützung an, wenn gesundheitsbezogene Fremdeinschätzungen von legitimierte Personen bestehen (Hurrelmann & Richter, 2013), gesundheitspolitische Vorgaben eingehalten werden sollen (Loss et al., 2021) und subjektives Gesundheitshandeln den gewünschten Gesundheitszustand nicht erzielt. Im Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1997) werden reaktive Bewältigungsstrategien zum Umgang mit Stressoren forciert, wobei auch eine präventive Gesundheitsorientierung als allgemeine Widerstandsressource angesehen wird (Faltermajer, 2023a; Mittelmark & Bauer, 2022).

Von den Erkenntnissen der Forschungsarbeit ausgehend, präventive und reaktive gesundheitsbezogene Handlungsstrategien pädagogischer Kräfte gleichermaßen zu beachten, besteht weiterführendes Forschungspotenzial, das subjektive Gesundheitsverständnis von Kontrollierbarkeit und die damit verbundene Selbstwirksamkeitserwartung für pädagogische Kräfte in der Arbeits- und Lebenswelt auszudifferenzieren. Die Erkenntnisse zu gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien zeigen auch, dass pädagogische Kräfte Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stressoren (Antonovsky, 1997) einsetzen und sie diese reflexiv in der sozialen Arbeits- und Alltagswelt einordnen können.

8.1.3 Bedeutsamkeit der Erwerbsarbeit von pädagogischen Kräften als individuelles und kollektives Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl als zentrale Komponente im Modell der Salutogenese besteht aus den Elementen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit (Antonovsky, 1997). Damit Arbeitsbedingungen eine salutogene Wirkung haben, müssen sie verstehbar, handhabbar und sinnvoll sein (Antonovsky, 1987; Jenny et al., 2022; Mette & Harth, 2017). Fortwährend wirkende Stressoren (z. B. Zeitdruck, hohe Aufgabendichte, hohe Aufgabenkomplexität) können das Kohärenzgefühl schwächen, wohingegen Ressourcen (z. B. transparente Arbeitsaufgaben, strukturierte Arbeitsabläufe) das Kohärenzgefühl stärken können (Mette & Harth, 2017). Eberz et al. (2011) definieren das „arbeitskontextspezifische Kohärenzerleben“ (ebd., S. 116) als

kontextspezifisches, kognitiv-emotionales Schema, das ausdrückt, in welchem Ausmaß man 1. Stimuli im Arbeitskontext subjektiv als strukturiert, vorhersehbar und erklärbar wahrnimmt; 2. darauf vertraut, dass geeignete Ressourcen zur Bewältigung der aus den Arbeitsaufgaben resultierenden Anforderungen mobilisiert werden können und 3. die Auseinandersetzung mit den eigenen Arbeitsaufgaben als sinnvoll und emotional befriedigend erlebt. (Eberz et al., 2011, S. 117)

Mit dieser Definition wird „der Aspekt der emotionalen, vom Sinnerleben getragenen Befriedigung“ (Eberz et al., 2011, S. 117) der Bedeutsamkeitskomponente deutlich hervorgehoben. Es „zeigt sich, dass sich Sinnerleben positiv auf die psychische und physische Gesundheit, das Wohlbefinden, [die] Motivation, Arbeitszufriedenheit und das berufliche Engagement auswirkt“ (Hardering, 2020, S. 2). Auch das Arbeitsengagement pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen korreliert sehr stark mit der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit und der sozialen Wertschätzung der eigenen Arbeit (Vincent-Höper et al., 2015). In der Befragung von Fuchs und Trischler (2008) gaben 98 % der pädagogischen Kräfte an, in (sehr) hohem Maß einer sinnvollen Arbeit nachzugehen. Konzeptuelle Überlegungen zu Sinnerleben in der Erwerbsarbeit nennen u. a. Zugehörigkeit, Entfaltung eigenen Potenzials und Authentizität sowie persönliches Wachstum als Elemente dieses Sinnerlebens (Hardering, 2020). Die nachfolgenden Aspekte sind für das Erleben einer sinnstiftenden Erwerbstätigkeit der pädagogischen Kräfte der vorliegenden Untersuchung relevant:

1. unmittelbare Arbeit mit Kindern unter 3 Jahren;
2. gelingende Zusammenarbeit mit der Elternschaft;
3. hohe Kollegialität im Gruppenteam;
4. Anerkennung auf institutioneller Ebene;
5. Erfüllen des gesellschaftlichen Auftrags.

Diese Elemente verweisen auf soziale Interaktionen und die Einbettung in gesellschaftliche Bezüge als wesentliche Bedeutungen von Erwerbsarbeit (Ohlbrecht, 2021).

Unmittelbare Arbeit mit Kindern unter 3 Jahren

Die unmittelbare Arbeit mit Kindern in Kindertageseinrichtungen ist die primäre Quelle subjektiven Sinnerlebens am Arbeitsplatz. Für die pädagogischen Kräfte der vorliegenden Forschungsarbeit bezieht sich das starke Sinnerleben auf die direkte Arbeit mit Kindern unter 3 Jahren und die dabei erlebte immaterielle Anerkennung der Kinder. Diese Ergebnisse decken sich mit anderen empirischen Befunden (Fuchs & Trischler, 2008; Viernickel & Voss, 2013). Dabei ist Verlässlichkeit als sozialer Wert der Beziehungsgestaltung für die pädagogischen Kräfte dieser Untersuchung wesentlich, um den triadischen Förderauftrag zu erfüllen. Beher und Walter (2012) zeigen in ihrer Studie, dass sich pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) als sehr sicher (33,2 %) und sicher (58,8 %) im „Aufbau verlässlicher und tragfähiger Beziehungen“ einschätzen. Dabei wird in der Literatur der FBBE nicht das Verständnis von Verlässlichkeit z. B. hinsichtlich notwendiger gesundheitsbezogener Voraussetzungen oder sozialer Grenzen in der Care-Arbeit diskutiert, sondern auf die Beziehungsgestaltung über Be-

treuung, Bildung und Erziehung (Kaul et al., 2023), Kompetenzentwicklung (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Nentwig-Gesemann et al., 2011) und professionelle Haltung (Nentwig-Gesemann et al., 2011) verwiesen.

Die pädagogischen Kräfte dieser Untersuchung messen insbesondere ihren konstanten Aufbau fürsorgender Beziehungen und deren Gestaltung eine hohe subjektive Bedeutsamkeit bei. Dies unterstreichen sie mit der fürsorgenden Begründung, dass sich die Kinder (unter 3 Jahren) nicht an unbekannte pädagogische Kräfte aus anderen Bereichen der Kindertageseinrichtung und an andere Strukturen des Tagesablaufs gewöhnen müssen sowie konsistente Erfahrungen sozialer Zuverlässigkeit und struktureller Stabilität erleben. Bemerkenswert ist, dass sie in dem Zusammenhang rückblickend konsistente Fürsorgeerfahrungen in ihrer Kindheit und Jugend (z. B. soziale Unterstützung, Zuverlässigkeit, Vertrauen, Sicherheit, Unbeschwertsein) als prägende Lebenserfahrungen sozialen Miteinanders deuten. Das Erleben, dass das professionelle Handeln in der Arbeit mit den Kindern unter 3 Jahren eine hohe Sinnhaftigkeit hat (Hardering, 2020), stärkt die Bedeutsamkeitskomponente des Kohärenzgefühls der pädagogischen Kräfte.

Gelingende Zusammenarbeit mit der Elternschaft

Neben dem Sinngehalt der Erwerbsarbeit durch unmittelbare Arbeit mit Kindern unter 3 Jahren wird als zweite Quelle subjektiven Sinnerlebens am Arbeitsplatz eine gelingende Zusammenarbeit mit Eltern bzw. Erziehungsberechtigten genannt. Die Arbeit mit der Elternschaft ist ein zentrales Handlungsfeld pädagogischer Kräfte (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014). Zusätzlich zur verlässlichen Beziehungsgestaltung zu den Kindern sind „verlässliche und bedarfsgerechte Angebote“ (BMFSFJ, 2008, S. 11) in der Beziehung zu den Eltern relevant. Aufgrund ihrer Zuverlässigkeit im Sinne beständiger Anwesenheit am Arbeitsplatz erfüllen die pädagogischen Kräfte der vorliegenden Untersuchung den Förderauftrag, dass „Tageseinrichtungen für Kinder und Kindertagespflege [...] den Eltern dabei helfen [sollen], Erwerbstätigkeit, Kindererziehung und familiäre Pflege besser miteinander vereinbaren zu können“ (SGB VIII, § 22, Absatz 3). Die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie sowie die Weitergabe sozialer Werte für die Erziehung und Bildung der Kinder kennzeichnen die Zusammenarbeit der pädagogischen Kräfte dieser Untersuchung mit den Eltern. Des Weiteren sind der regelmäßige Austausch und Beratungsgespräche zur Entwicklung des Kindes und zu spezifischen Förderangeboten wesentliche Inhalte der „Erziehungspartnerschaft“ (Nentwig-Gesemann et al., 2011, S. 5). Das Vertrauen der Eltern und deren Anerkennung wirken sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit der pädagogischen Kräfte aus. Dies deckt sich mit den empirischen Erkenntnissen von Viernickel und Voss (2013), dass eine gelingende und wert-

schätzende Zusammenarbeit mit Eltern eine gesundheitsbeeinflussende Ressource am Arbeitsplatz ist. Für die pädagogischen Kräfte ist die Zusammenarbeit mit den Eltern deshalb bedeutsam, da sie dadurch das familiäre Umfeld der Kinder besser kennenlernen, relevante Informationen in ihr pädagogisches Handeln integrieren und den elterlichen Umgang mit den Kindern prägen können. Da sich für die pädagogischen Kräfte beides auf die Bildung, Betreuung und Erziehung der Kinder unter 3 Jahren auswirkt, betrachten sie ihre Zusammenarbeit mit Eltern als bedeutsam.

Hohe Kollegialität im Gruppenteam

Eine hohe Kollegialität im Gruppenteam erweist sich in den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit als dritte Quelle subjektiven Sinnerlebens am Arbeitsplatz. Antonovsky (1987) macht deutlich, dass z. B. zugewiesene Aufgaben, geteilte Werte und eine ausgeprägte Gruppenidentifikation zum Kohärenzgefühl sozialer Gruppen führen. Das Gruppenkohärenzgefühl entwickelt sich durch die zeitliche Stabilität einiger Jahre der sozialen Beziehungen (Forbech Vinje et al., 2022). Da die pädagogischen Kräfte der vorliegenden Untersuchung seit mindestens zwei und bis zu sechs Jahren in derselben Teamkonstellation arbeiten, kann dies als Voraussetzung für die Entwicklung einer Teamkohärenz angenommen werden. Die Gruppenidentifikation zeigt sich u. a. in der häufig verwendeten „Wir“-Formulierung der pädagogischen Kräfte und auch in der Abgrenzung zu Kolleg*innen, die mit Kindern zwischen 3–6 Jahren arbeiten. Die arbeitsorganisatorisch verschiedenen Gruppenteams innerhalb der Kindertageseinrichtungen verstärken die Entwicklung einer „In-Group“ (Bauman, 2015, S. 62), die von Kollegialität (z. B. Vertrauen, Offenheit, Respekt, Verlässlichkeit) charakterisiert ist und sich in einem „Zusammengehörigkeitsgefühl“ (ebd., S. 60) ausdrückt. Dabei ist auffällig, dass die pädagogischen Kräfte der vorliegenden Untersuchung die hohe Kollegialität und damit verbundene soziale Unterstützung ausschließlich auf ihr Gruppenteam beziehen und nicht das Gesamtteam der Kindertageseinrichtung einbeziehen. Studien, die das Teamklima (Viernickel & Voss, 2013) oder Teamkonflikte (Eling, 2022) untersuchten, fokussieren alle Mitarbeitenden als Gesamtteam der Kindertageseinrichtung und welche Faktoren die Zusammenarbeit beeinflussen. Diese Studien differenzierten nicht zwischen Gruppenteams, die mit Kindern unter 3 Jahren arbeiten, und Gruppenteams, die mit Kindern zwischen 3–6 Jahren arbeiten.

Die qualitativen Aspekte sozialer Beziehungen im Gruppenteam stammen einerseits aus dem professionellen Selbstverständnis pädagogischer Kräfte (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014) und andererseits aus Werten sozialen Miteinanders, die sich aus biografisch geprägten Erfahrungen der pädagogischen Kräfte der vorliegenden Forschungsarbeit entwickelt haben. Im Gruppen-

team, das eine gemeinsame Werteorientierung hat und eine offene Kommunikationskultur und gegenseitige Unterstützung lebt, nehmen pädagogische Kräfte eine Entlastung im Erfüllen des gesetzlichen Förderauftrags und eine Wertschätzung des eigenen professionellen Handelns (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014; Viernickel & Voss, 2013) wahr. Dies wirkt sich wiederum positiv auf die Bedeutsamkeitskomponente des Kohärenzgefühls der Gruppe und auf das subjektive Sinnerleben aus (Hardering, 2020).

Die Teamkollegialität scheint eine Vorbedingung zu sein, gesundheitsbezogene Handlungsstrategien zur Bewältigung von Stressoren am Arbeitsplatz einzusetzen. Dennoch muss beachtet werden, dass die pädagogischen Kräfte z. B. keine kommunikativen Aushandlungen von Teamkonflikten erzählten, die sie aufgrund unterschiedlicher individueller Arbeitsansprüche oder unterschiedlichem subjektiven Belastungserleben haben. Dies könnte auf ein Harmoniebestreben der pädagogischen Kräfte im Gruppenteam hinweisen, um „Gesundheit als Harmonie [...] zwischen der Person und ihrer (sozialen) Umwelt“ (Faltermajer et al., 1998, S. 89) zu erleben. Hartung (2011) erläutert, dass sich „die positiven Erfahrungen im Zusammenleben mit anderen“ (ebd., S. 245) positiv auf den subjektiven Gesundheitszustand auswirken. Das in Gruppen erlebte Kontrollempfinden wirkt sich positiv auf die Handhabbarkeit aus und das Selbstwertgefühl beeinflusst die Bedeutsamkeit am Arbeitsplatz, wodurch das Kohärenzgefühl gestärkt wird (ebd.). Das gemeinsame Bewältigungshandeln als soziales Handeln im Gruppenteam zeigt die interaktionistische Konstruktion von Gesundheit als sozialen Prozess auf. Indem die pädagogischen Kräfte bewährte Bewältigungsstrategien situativ nutzen, können sie mit Arbeitsbelastungen umgehen und physische, psychische und soziale Entlastung als Gruppenteam und Einzelperson erleben. Dies stärkt die individuelle und kollektive Handhabbarkeit verschiedener Arbeitssituationen mit unterschiedlichen Arbeitsbedingungen (Jenny et al., 2022) und beeinflusst das subjektive und kollektive Sinnerleben (Hardering, 2020).

Ebenso wirkt sich die gegenseitige soziale Unterstützung über das Kohärenzgefühl im Gruppenteam auf die subjektive Gesundheit aus (Hardering, 2020), und ein starker Zusammenhalt im Team führt zu einer hohen Zufriedenheit im Gruppenteam (Schneewind et al., 2012). Soziale Unterstützung und Zusammenhalt sind für die pädagogischen Kräfte der vorliegenden Forschungsarbeit wesentliche soziale Arbeitsbedingungen, um gesundheitsbezogene Handlungsstrategien zur Bewältigung von arbeitsbedingten Stressoren einzusetzen. Das gemeinsame Bewältigen von Stressoren, die eine pädagogische Kraft oder das gesamte Gruppenteam erlebt, führt zur „Erweiterung der Komponente Handhabbarkeit“ (Hartung, 2011, S. 244). Das Wissen um die Bedeutsamkeit sozialer Unterstützung, führt zu fürsorgenden Interaktionen im Gruppenteam und stärkt das Kohärenzgefühl.

Je stärker das Kohärenzgefühl einer Gruppe ausgeprägt ist, desto besser kann die Gruppe bestehende psychosoziale Stressoren bewältigen (Antono-

vsky, 1997). Die pädagogischen Kräfte setzen individuell gesundheitsbezogene Kommunikations-, Unterstützungs- und Ausgleichsstrategien und kollektive (gesundheitsbezogene) Bewältigungsstrategien ein, um externe und interne Stressoren am Arbeitsplatz zu regulieren. Dadurch regulieren sie auch das Verhältnis von kollegialer Fürsorge und gesundheitsbezogener Selbstsorge im Gruppenteam. Die sozial-interaktive Bewältigung deutet auf ein starkes Teamkohärenzgefühl hin. Forbech Vinje et al. (2022) heben hervor, dass Gruppen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl soziale Situationen und Interaktionen strukturieren, wodurch eine gemeinsame, situationsspezifische Handhabbarkeit von Arbeitsanforderungen möglich wird. Hierbei betonen die Wissenschaftler*innen, dass zur Bewältigung insbesondere von Stressoren aus der Organisation und aus gesellschaftlichen Strukturen gemeinsam verfügbare, allgemeine Widerstandsressourcen eingesetzt werden müssen. Dabei steuert die Teamkohärenz die Wahl der situativ notwendigen gesundheitsbezogenen Bewältigungsstrategien (ebd.). Die gemeinsame Mobilisation von Widerstandsressourcen bezieht sich bei den pädagogischen Kräften dieser Untersuchung auf die soziale Regulation z. B. von Arbeitsverdichtung und -komplexität, Lautstärke und Gruppengröße. Sie sind als gesamtes Gruppenteam diesen Stressoren ausgesetzt und erleben eine gemeinsame Entlastung, auch wenn sie die Stressoren individuell unterschiedlich bewerten. Allgemeine Widerstandsressourcen (Antonovsky, 1997), die die pädagogischen Kräfte im Gruppenteam mobilisieren, sind z. B. psychosoziale und materielle Ressourcen, fachliches Wissen, soziale Unterstützung aus dem Kollegium und wertebasierte Überzeugungen (Faltermaier, 2023a). Diese Gesundheitsressourcen werden mit gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien genutzt und wirken sich positiv auf den Gesundheitszustand der pädagogischen Kräfte aus. Dabei vollzieht sich eine soziale Konstruktion von Gesundheit im Gruppenteam.

Aus dem aktuellen Forschungsstand zum Modell der Salutogenese geht hervor, dass empirische Belege zum Gruppenkohärenzgefühl weiterhin notwendig sind. Dies bezieht sich z. B. auf das dreidimensionale Konstrukt des Kohärenzgefühls und dessen Wechselwirkung mit dem individuellen Kohärenzgefühl sowie auf das bereichsspezifische Kohärenzgefühl (Bauer et al., 2019; Mittelmark & Bauer, 2022; Vaandrager, 2022).

Anerkennung auf institutioneller Ebene

Eine weitere Quelle des Erlebens hoher Bedeutsamkeit am Arbeitsplatz ergibt sich durch Anerkennungsprozesse auf institutioneller Ebene. Die Erkenntnisse der vorliegenden Forschungsarbeit zeigen, dass den pädagogischen Kräften eine hohe Entscheidungs- und Handlungsautonomie durch die Einrichtungsleitungen gewährt wird. Zugleich gibt es in den Kindertageseinrichtungen

gen verschiedene Kommunikationsformate (z. B. morgendliche Besprechung, Teamsitzungen), durch die sie sich ausreichend informiert erleben und einbringen können. Diese Ergebnisse werden durch andere empirische Befunde bestätigt. Die Gewährung von Autonomie in der Gestaltung von Arbeitsprozessen stärkt das Sinnerleben am Arbeitsplatz und die Arbeitszufriedenheit pädagogischer Kräfte (Almstadt et al., 2012). Indem pädagogische Kräfte über institutionelle Prozesse informiert werden und sich an Entscheidungsprozessen beteiligen können, steigt deren Bedeutsamkeitserleben am Arbeitsplatz (Almstadt et al., 2012; Antonovsky, 1987).

Zusätzlich erleben die pädagogischen Kräfte dieser Forschungsarbeit ihre Erwerbstätigkeit als sinnvoll, wenn sie von den Einrichtungsleitungen in ihrem Arbeitsvorgehen bestätigt werden und dies als soziale Unterstützung bewerten. Diesbezüglich zeigen Vincent-Höper et al. (2015), dass hilfreiches Feedback durch die Einrichtungsleitung eine eher seltene soziale Ressource am Arbeitsplatz ist und negativ mit der Arbeitszufriedenheit korreliert. Dies kann durch die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit nicht bestätigt werden. Die pädagogischen Kräfte setzen Kommunikationsstrategien gegenüber der Einrichtungsleitung ein, um z. B. die hohe Arbeitsintensität durch zusätzliche Aufgaben anzusprechen oder spezifisches Fach- und Erfahrungswissen für kritische Interaktionssituationen mit den Kindern zu erfragen. Diese gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien dienen den pädagogischen Kräften als kollektive Bewältigungsstrategien, um mit arbeitsbezogenen Stressoren umzugehen (Antonovsky, 1997).

Die pädagogischen Kräfte der vorliegenden Untersuchung nehmen die monetäre und materielle Unterstützung als Anerkennungssymbole der Trägerschaft für ihre beruflichen Leistung wahr, wodurch die Arbeitszufriedenheit steigt (Viernickel & Voss, 2013). Sie nehmen die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungen durch die Trägerschaft an, um ihr professionelles Handeln für Kinder unter 3 Jahren zu erweitern und eine höhere Handlungssicherheit in der Bildung, Betreuung und Erziehung der Kinder zu erlangen. Viernickel und Voss (2013) zeigen, dass pädagogische Kräfte (93,3 %) die monetäre Unterstützung für Fort- und Weiterbildungen durch die Einrichtung als Ressource und trägerspezifische Anerkennung zur beruflichen Weiterqualifikation betrachten.

Der tendenzielle Unterschied, dass Kindertageseinrichtungen mit öffentlicher Trägerschaft eine bessere ergonomische Ausstattung und Lärmschutzmaßnahmen gegenüber Einrichtungen freier Trägerschaft haben (Viernickel & Voss, 2013), deckt sich nicht mit den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit. Das Ringen um und gegebenenfalls Investieren in ergonomische Ausstattung (z. B. erwachsenengerechter Wickeltisch, höhenverstellbare Stühle) und Lärmschutzmaßnahmen (z. B. Schallschutzdecken) erfolgen sowohl in den Einrichtungen öffentlicher als auch freier Trägerschaft. Hingegen stellt nur die öffentliche Trägerschaft eine Dauerkarte für das regionale

Schwimmbad den Mitarbeiter*innen zur Verfügung. Dies kann als Intervention des betrieblichen Gesundheitsmanagements gedeutet werden (Viernickel & Voss, 2013).

Erfüllen des gesellschaftlichen Auftrags

Die fünfte Quelle des Sinnerlebens pädagogischer Kräfte ist das Erfüllen des gesellschaftlichen Auftrags. Neben der individuellen Sinnzuschreibung erfolgt auch eine gesellschaftliche Bedeutungszuschreibung der Erwerbsarbeit (Hardering, 2020). Mit dem Ausbau von Betreuungsplätzen für Kinder unter 3 Jahren aufgrund des Rechtsanspruchs auf einen Betreuungsplatz (SGB VIII, § 24, Absatz 2) wurde der gesellschaftliche Stellenwert für deren institutionelle Bildung, Betreuung und Erziehung deutlich markiert (Rudow & Fischer, 2023). Dadurch erhalten pädagogische Kräfte eine gesellschaftliche und bildungspolitische „Schlüsselrolle“ (Almstadt et al., 2012, S. 9) in Einrichtungen frühkindlicher Bildung. Die Erwerbstätigkeit in Kindertageseinrichtungen ist in gesellschaftliche und kulturelle Strukturen eingebettet, wodurch das Erleben einer bedeutsamen Erwerbsarbeit entstehen kann (Antonovsky, 1987). Es entsteht

eine ganz besondere Form der Motivation, nämlich das Erleben, dass man mit der eigenen Arbeit etwas Nützliches und Sinnvolles für andere Menschen macht: Dienstleistungen zu erarbeiten, deren gesellschaftlicher Nutzen nicht in Frage gestellt wird und die zum Funktionieren des gesellschaftlichen Lebens beitragen, vermittelt das Gefühl, einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung und Erhaltung der Gesellschaft zu leisten. (Fuchs & Trischler, 2008, S. 30)

Der Sinngehalt der Arbeit steigt, wenn sich individuelle Interessen und Motivationen mit dem gesellschaftlichen Auftrag decken, wodurch sich ein Erleben von eigener Bedeutsamkeit als Gesundheitsressource entwickeln und gestärkt werden kann (Fuchs & Trischler, 2008). Der gesellschaftliche Nutzen der eigenen Erwerbsarbeit ist in sehr hohem Maße (68 %) und in hohem Maße (30 %) für pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen vorhanden (ebd.).

Gesellschaftliche Bedingungen, in denen die Erwerbsarbeit von pädagogischen Kräften eingebettet ist, sind z. B. der gesetzliche Auftrag/Bildungsauftrag, kulturelle Normen und der Umgang mit kultureller Vielfalt, die Bezahlung/Entlohnung und das Berufsimago (SMWA & SMK, 2019). Empirische Befunde bestätigen, dass die Entlohnung (Fuchs & Trischler, 2008; Viernickel & Voss, 2013) und die gesellschaftliche Anerkennung der Profession (Lattner, 2015; Viernickel & Voss, 2013) wesentliche Anerkennungsfaktoren sind, die sich gesundheitsförderlich auf die pädagogischen Kräfte auswirken. Im Gegensatz dazu gehen die pädagogischen Kräfte dieser Forschungsarbeit

nicht auf die monetäre Anerkennung und gesellschaftliche Wertschätzung des Berufs, Qualitätsanforderungen und Arbeitsplatzunsicherheit ein. Die Kennzeichen von Gratifikationskrisen (Siegrist & Dragano, 2008) scheinen die pädagogischen Kräfte nicht als Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit zu betrachten. Dies könnte darauf hinweisen, dass die unmittelbare soziale Anerkennung durch die Kinder, Eltern, Teamkolleg*innen, die Einrichtungsleitung sowie die Trägerschaft für die pädagogischen Kräfte eine höhere Bedeutsamkeit hat als die gesellschaftliche und monetäre Anerkennung. Demgegenüber stehen die empirischen Erkenntnissen von Fuchs und Trischler (2008), in der 78 % der pädagogischen Kräfte „Belastungen durch fehlende Leistungs- und Bedürfnisgerechtigkeit des Einkommens“ (ebd., S. 36) angaben. Dass die pädagogischen Kräfte der vorliegenden Untersuchung kein Ungleichgewichtserleben von individueller Verausgabung und monetärer Entlohnung thematisierten, könnte darauf schließen lassen, dass das soziale Anerkennungs- und Sinnerleben in den direkten Interaktionen zwischen Kindern, Eltern und Kolleg*innen im Gruppenteam und der Einrichtungsleitung erfolgt. Dies wird durch das subjektive Gesundheitsverständnis bestärkt, indem der wechselseitige Einfluss von Fürsorge und Selbstsorge in sozialen Interaktionen die Aufrechterhaltung und Herstellung des subjektiven Gesundheitszustands am Arbeitsplatz ermöglicht. Weiterhin ist denkbar, dass für sie neben der hohen Berufsidentifikation und beruflichem Sinnerleben aufgrund ihrer Lebensbedingungen (z. B. Erwerbstätigkeit des Ehemanns, finanziertes Eigenheim) die eigene Erwerbsarbeit nicht die alleinige Existenzsicherung darstellt.

Eine Erkenntnis der Forschungsarbeit ist, dass alle pädagogischen Kräfte ein ausgeprägtes Sinnerleben im Arbeitskontext aufweisen. Die Homogenität des Samples im fokussiert-narrativen Interview, die sich alle als gesund bezeichneten, führt zu einem vertieften Verständnis, wie sich subjektives Gesundheitshandeln sozial im biografischen Verlauf entwickelt und verändert. Ebenso wird deutlich, wie anhand vielfältiger, situativ flexibel und kontinuierlich eingesetzter gesundheitsbezogener Handlungsstrategien mit Stressoren umgegangen werden kann, um den subjektiven Gesundheitszustand zu regulieren. Es kann davon ausgegangen werden, dass die vielfältigen gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien der pädagogischen Kräfte und die verfügbaren Ressourcen, die sie (kombiniert) nutzen, ein Ausdruck für die Bedeutsamkeit der Erwerbsarbeit und für ein hohes Kohärenzgefühl sind (Mette & Harth, 2017). Zugleich liegt darin die Limitation, dass sich die Ergebnisse auf pädagogische Kräfte mit einem hohen Kohärenzgefühl beziehen. Dennoch wird deutlich, dass die Erwerbsarbeit mit den grundlegenden Bedeutungen von Expression und sozialer Interaktion (Ohlbrecht, 2021) bezogen auf das professionell-pädagogische Handeln und auf das subjektive Gesundheitshandeln am Arbeitsplatz verbunden sind. Im Kapitel 9 „Fazit und Ausblick“ werden sich daraus ergebende Forschungspotenziale aufgezeigt.

8.1.4 Präsentismus im Verhältnis von Fürsorge und Selbstsorge

Anknüpfend an das Handlungs- und Leistungspotenzial einer erwerbsfähigen Person wird im Sozialversicherungsrecht die Gesundheit einer Person als Basis für deren Arbeitsfähigkeit verstanden (Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA], 2023). Almstadt et al. (2012) weisen für das Arbeitsfeld in Kindertageseinrichtungen darauf hin, dass die Anzahl der krankheitsbedingten AU-Tage der pädagogischen Kräfte aufgrund des ausgeprägten Präsentismus vorsichtig gedeutet werden muss. Präsentismus am Arbeitsplatz wird einerseits aus produktivitäts- und defizitorientiertem Interesse und andererseits aus gesundheits- und verhaltensorientierter Perspektive untersucht (Steinke & Badura, 2011). Die gesundheitsbezogene Sicht bezieht sich auf das „Verhalten, sich bei einer Erkrankung nicht krankzumelden, sondern arbeiten zu gehen“ (Schmidt & Schröter, 2010, S. 93). Die meisten Definitionen von Präsentismus rekurrieren auf die physische Anwesenheit einer Person, ihrem physischen und psychischen Zustand, krank zu sein, und greifen dabei die Gründe für das Präsentismusverhalten nicht auf (TK, 2022). Krank zu sein bezieht sich hierbei auf eine medizinisch bestätigte Erkrankung, mit der dennoch der Erwerbsarbeit nachgegangen wird, obwohl sie ein legitimer Grund der Abwesenheit vom Arbeitsplatz wäre (Lohaus & Habermann, 2018). Das Phänomen des Präsentismus wurde für pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen empirisch untersucht (Almstadt et al., 2012; TK, 2022; Viernickel & Voss, 2013). Es wirkt auch auf das gesundheitsbezogene Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge bei den pädagogischen Kräften der vorliegenden Untersuchung ein.

Motive des Präsentismus

Die pädagogischen Kräfte begründen ihren Präsentismus mit den sozialen Werten der Zuverlässigkeit und Verantwortung gegenüber den Kindern und deren Eltern sowie Kolleg*innen im Gruppenteam und der Einrichtungsleitung. Für die pädagogischen Kräfte bedeutet ihre Zuverlässigkeit die konstante physische Anwesenheit und ihre soziale Unterstützung die konsistente Fürsorgeerfahrung anderer Menschen. Sie implizieren eine Angewiesenheit der anderen Personengruppen auf ihre Anwesenheit und schreiben u. a. den Kindern und Eltern dieses zentrale Merkmal von Care-Arbeit zu (Dück, 2022; Knobloch, 2013). Damit legitimieren sie die gesundheitsbezogene Handlungsstrategie, eigene Gesundheitseinschränkungen und -beschwerden zu relativieren. Das Verständnis, Gesundheit selbstsorgend schützen zu müssen, führt jedoch dazu, diese gesundheitsbezogene Aufgabe ins Verhältnis zum Motiv der verlässlichen Beziehungsgestaltung zu setzen. Das präventive

Verständnis gesundheitsbezogener Selbstsorge deutet Grenzen physischer Anwesenheit an. Gleichwohl legitimieren die pädagogischen Kräfte ihren Präsentismus damit, dass sie gesundheitsbezogene Entlastungsstrategien und materielle Unterstützungsressourcen zur physischen Selbstsorge am Arbeitsplatz nutzen. Dabei beeinflusst der soziale Vergleich mit Kolleg*innen wesentlich den Präsentismus der pädagogischen Kräfte. Er bestärkt einerseits die gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien der Selbstmedikation und Relativierung von Gesundheitsbeschwerden sowie -einschränkungen und führt zur Legitimierung der selbsteingeschätzten Arbeitsfähigkeit. Auch die Studienergebnisse von Viernickel und Voss (2013) bestätigen, dass die Einnahme von Medikamenten eine Handlungsstrategie ist, trotz gesundheitlicher Beschwerden arbeiten zu gehen. Andererseits führt der soziale Vergleich zur Bewusstwerdung des subjektiven Gesundheitsanspruches, eigenverantwortlich die subjektive Gesundheit zu schützen, sowie zur Bewusstwerdung, dem beruflichen Selbstanspruch nicht gerecht zu werden, wenn die pädagogischen Kräfte physisch krank sind. Daraus vollzieht sich teilweise ein Wandlungsprozess, nicht zur Arbeit zu gehen, wenn sie krank sind.

Als weiteres Motiv deutet Ruth Kern (*1963) das Erfüllen sozialer Erwartungen und die biografisch familiäre Prägung des Arbeitens als Leistungserbringung an. Dieses Motiv bestätigt die explorative Studie mit erwerbstätigen Frauen von Flick et al. (1998). Für viele Frauen bedeutet Gesundheit, dass sie leistungs- und arbeitsfähig sind und ihre physische Funktionalität das Erfüllen privater und beruflicher Anforderungen ermöglicht (ebd.). Für Anna Geibel (*1994) sind eigentheoretische, biografisch geprägte Erklärungen zu dauerhafter Leistungserbringung und kritischen Gesundheitsbeschwerden Ausgangspunkt, sich von beruflichen Erwartungen abgrenzen zu müssen. Sie nutzt im privaten und beruflichen Kontext gesundheitsbezogene Vorsorgestrategien, um selbstsorgend Verantwortung für ihren Gesundheitszustand zu übernehmen und ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten.

Demnach unterscheiden sich die Motive des Präsentismus zum einen hinsichtlich der sozialen Verantwortungsübernahme, die ausgehend von sozialen Werten und Erwartungen in der Fürsorge begründet wird. Zum anderen legitimiert die selbstsorgende Verantwortung den Absentismus, um den subjektiven Gesundheitszustand zu erhalten. In den Motiven des Präsentismus zeigt sich eine „Zentralität der Arbeit“ (Hardering, 2020, S. 9), die von biografischen Erfahrungen der Fürsorge und Selbstsorge, gesellschaftlicher Bedeutungszuschreibung von FBBE und subjektiver Sinnzuschreibung der Erwerbsarbeit gerahmt ist. Das selbstbestimmte Entscheiden über Präsentismus und Absentismus bei physischen Gesundheitsbeschwerden bzw. -einschränkungen sehen die pädagogischen Kräfte als ihre gesundheitsbezogene Entscheidungsfähigkeit und -verantwortung an. Von diesen Erkenntnissen ausgehend wäre es interessant, das Phänomen des Präsentismus pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) bezüglich subjek-

tivem Gesundheitsverständnis, generationaler Unterschiede und biografischer Lebensereignisse im Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge explizierter zu untersuchen.

Konsequenzen des Präsentismus

Sowohl bei den pädagogischen Kräften dieser Untersuchung als auch bei Erzieher*innen in der Interviewstudie von Viernickel und Voss (2013) ist bedenklich, dass für die pädagogischen Kräfte Präsentismus als genuin zur Erwerbstätigkeit dazugehören scheint. Die pädagogischen Kräfte dieser Forschungsarbeit machen sich kaum Gedanken um mögliche gesundheitsbezogene Einschränkungen (z. B. reduzierte Aufmerksamkeit, erhöhtes Stresserleben), die sich auf die direkte Arbeit mit den Kindern unter 3 Jahren auswirken und zu eigenen gesundheitlichen Langzeitfolgen führen können. Gesundheitsbezogene Konsequenzen des Präsentismus sind z. B. reduzierte Arbeitsfähigkeit, eingeschränkte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspanne und erhöhte Fehlerwahrscheinlichkeit während der Arbeit bis hin zur Verstärkung von Krankheitssymptomen und langfristigen Arbeitsausfällen (Schmidt & Schröder, 2010). Dies kann mit einer gesundheitsbezogenen Fremd- und Selbstgefährdung (z. B. Infektionsrisiko bei Erkältungserkrankungen, reduzierte Reaktionsfähigkeit) einhergehen (TK, 2022). Die pädagogischen Kräfte begründen ihren Präsentismus mit der gelingenden Nutzung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien (z. B. Selbstmedikation, Unterstützungsressourcen nutzen), wodurch strukturelle und organisatorische Bedingungen in der Kindertageseinrichtung und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie der Eltern aufrechterhalten werden können. Die starke Identifikation mit der sinnstiftenden Erwerbstätigkeit (Fuchs & Trischler, 2008) und eine hohe Verausgabungsbereitschaft (Darius et al., 2022; Viernickel & Voss, 2013) als Persönlichkeitsmerkmale sowie Perfektionismus und die Bereitschaft, an die (gesundheitlichen) Belastungsgrenzen heranzugehen (Viernickel & Voss, 2013), begünstigen ihr Präsentismusverhalten. Zusätzlich legitimieren die pädagogischen Kräfte die Fürsorge aus dem pädagogischen Auftrag und professionellen Selbstverständnis (Almstadt et al., 2012; Viernickel & Voss, 2013) heraus. Jedoch könnte diese Art der Fürsorge eine vortäuschte Fürsorge gegenüber sich selbst und gegenüber anderen Personen am Arbeitsplatz sein, da sie gesundheitsbezogene und arbeitsrelevante Konsequenzen (Schmidt & Schröder, 2010; TK, 2022) nicht in ihre Argumentation des Präsentismus einbeziehen. Da sich die pädagogischen Kräfte eine hohe gesundheitliche Eigenverantwortung zuschreiben, scheint hier ein Forschungspotenzial zum Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge in Bezug zu den gesundheits- und arbeitsbezogenen Konsequenzen des Präsentismus für

die verschiedenen Personengruppen in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) zu bestehen.

Die pädagogischen Kräfte dieser Untersuchung sind stolz, dass sie „*nicht einen Tag krankgeschrieben*“ (Petra Winter, N/Z. 1637) waren. Stolz als emotionale Ressource entsteht aus Selbstwirksamkeitserfahrungen, dass gesundheitsbezogene Handlungsstrategien die Arbeitsfähigkeit erhalten, sowie aus der Zuverlässigkeit und Aufrechterhaltung struktureller Abläufe in der Kindertageseinrichtung. Da die „Unternehmenskultur“ (Schmidt & Schröder, 2010) als arbeitsbezogener Faktor den Präsentismus von Erwerbstätigen beeinflusst (Lohaus & Habermann, 2018), wäre bei der Diskussion des Präsentismus von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen zu bedenken, welcher Umgang mit krankheitsbedingtem Absentismus in Institutionen der FBBE besteht. Der Stolz der pädagogischen Kräfte könnte darauf hinweisen, dass sie soziale Anerkennung erfahren, indem sie krankheitsbedingten Fehltag, die als institutionell-öffentliche Darlegung der Arbeitsunfähigkeit gedeutet werden, vermeiden.

Dauerhafte Präsenz versus selbstorgende Pausen

Neben dem Präsentismus im gesundheitsbezogenen Verständnis (Schmidt & Schröder, 2010) sind die pädagogischen Kräfte Ruth Kern und Petra Winter während des Arbeitstages dauerhaft präsent in der Kindergruppe. Gesetzlich vorgeschriebene Pausenzeiten sind in der Arbeitsorganisation nicht verankert, sodass die beiden pädagogischen Kräfte nur kurzzeitig abwesend sind (z. B. zur Toilette gehen, Getränke aus der Küche holen). Diese Abwesenheitszeiten können jedoch nicht als Erholungszeiten deklariert werden. Dieser institutionell-legitimierte Präsentismus muss im Sinne der Fürsorge für die Kinder unter 3 Jahren kritisch betrachtet werden, wenn „Erholungszeiten wie Pausen“ (DGUV, 2019, S. 79) nicht eingehalten und „Rückzugsräume, in denen Beschäftigte [...] ihre Pausen verbringen können“ (DGUV, 2019, S. 24), nicht genutzt werden. „Für konzentriertes und gesundes Arbeiten sind regelmäßige Pausen unverzichtbar“ (DGUV, 2019, S. 87), um die beruflichen Anforderungsbereiche und den gesetzlichen Förderauftrag (SGB VIII, § 22) erfüllen und die Interaktionsqualität zwischen Kind und pädagogischer Kraft (Fröhlich-Gildhoff et al., 2014) zur Entwicklungsförderung des einzelnen Kindes gestalten zu können. Die pädagogischen Kräfte, die keine geregelten Pausenzeiten haben, scheinen das Verhältnis von professioneller Fürsorgeverantwortung gegenüber den Kindern und der notwendigen Selbstsorge für Gesundheit als sorgsames Ausbalanciertsein (Ruth Kern) während der Arbeitszeit nicht als belastend zu erleben. Dies spiegelt sich in dem subjektiven Gesundheitsverständnis wider, dass Gesundheit ein pragmatisches Unbeschwertsein (Petra Winter) bedeutet, sodass keine gesundheitsbezogene

Selbstsorge notwendig ist, solange Gesundheit als eine „generelle Handlungsfähigkeit“ (Faltermaier et al., 1998, S. 88) besteht. Dabei deuten die pädagogischen Kräfte die fehlenden Pausen nicht als Belastung, sondern heben die kürzere Gesamtzeit pro Tag am Arbeitsplatz hervor. Dies steht im Gegensatz zu Studienergebnissen von Viernickel und Voss (2013): 83,2 % der pädagogischen Kräfte aus Kindertageseinrichtungen gaben an, dass sie es als belastend wahrnehmen, da ihnen „Zeit für kleinere Erholungspausen“ (ebd., S. 161) fehlt und sie „keine Zeit für Pausen“ (ebd., S. 161) haben. Dauerhafte physische, psychische und emotionale Arbeitsanforderungen können zu Gesundheitseinschränkungen führen (z. B. reduzierte Konzentration, erhöhte Reizbarkeit, Müdigkeit, Erschöpfung) (Viernickel & Voss, 2013). Potenzielle Gefährdungen aufgrund dauerhafter Arbeitsanforderungen ohne kurze selbstsorgende Erholungszeiten oder Pausen wurden von den pädagogischen Kräften der vorliegenden Forschungsarbeit nicht genannt.

Hingegen nutzen die pädagogischen Kräfte Anna Geibel und Sonja Frey verbindlich festgelegte Pausen und kurze Erholungszeiten außerhalb des Gruppenraums, um sich zu regenerieren. Dies basiert auf dem subjektiven Gesundheitsverständnis, dass Arbeitsanforderungen die physische Gesundheit sowie das psychische und soziale Wohlbefinden reduzieren und eine zeitnahe Herstellung von Gesundheit durch gesundheitsbezogene Handlungsstrategien möglich ist. Demnach kann der mehrdimensionale Gesundheitszustand (Faltermaier et al., 1998) mithilfe gesundheitsfördernder Widerstandsressourcen regeneriert werden. Sie nutzen die gesundheitsbezogene Ausgleichsstrategie des Sich-Fernhaltens an selbstgewählten physischen Rückzugsorten, womit sie selbstsorgend ihre „Arbeitspausen erholsam gestalten“ (DGUV, 2019, S. 87). Für sie sind Pausenzeiten und Rückzugsorte gesundheitsbezogene Unterstützungsressourcen, um im subjektiven Verständnis Gesundheit als soziales Wohlbefinden sowie psychische und physische Ausgeglichenheit (Faltermaier et al., 1998) herzustellen. Dies ermöglicht es ihnen anschließend, soziale Interaktionen mit den Kindern entsprechend ihrem beruflichen Anspruch gestalten zu können. Pausenzeiten und -räume sind als Ressourcen auch in der Studie von Viernickel und Voss (2013) empirisch belegt und erweisen sich im Sinne des Modells der Salutogenese als Gesundheitsressourcen (Faltermaier, 2023a) bzw. als allgemeine Widerstandsressourcen (Forbech Vinje et al., 2022) am Arbeitsplatz. Die eigenverantwortliche Selbstsorge in der Pausennutzung und -gestaltung basiert u. a. auf dem subjektiven Gesundheitsverständnis, die subjektive Gesundheit vorsorgend aufrechterhalten zu können bzw. zu regenerieren, um arbeitsfähig zu bleiben. Die erlebte Selbstwirksamkeit, Stressoren bewältigen zu können und die sinnstiftende Erwerbstätigkeit erfüllen zu können, wirkt sich auf ihre Arbeitszufriedenheit aus.

Die kontinuierliche Präsenz im Gruppenraum und fehlende Pausen versus das Einhalten und Gestalten von Pausenzeiten deuten die pädagogischen

Kräfte auf unterschiedliche Weise mit einer subjektiven Sinnstiftung ihrer Erwerbstätigkeit. Die fürsorgende Handlungsorientierungen beziehen sich dabei auf das Erfüllen des Förderauftrags und legitimer Arbeitszeitveränderungen zur Betreuung der Kinder unter 3 Jahren. Die vorrangig selbstsorgende Handlungsorientierung erfolgt an der notwendigen Gesundheitsregeneration, um den subjektiven Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Mögliche theoretische und empirische Anschlussfähigkeiten werden im Kapitel 9 „Fazit und Ausblick“ dargestellt.

Schlussbetrachtung

Die subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit erfolgt in sozialen Interaktionen (Faltermaier, 2023a), und Gesundheit wird zum „Bedeutungsträger für unsere Beziehungen“ (Herzlich, 1998, S. 176). Indem die pädagogischen Kräfte ein hohes Kohärenzgefühl am Arbeitsplatz wahrnehmen, erfolgt eine gelingende Bewältigung arbeitsplatzspezifischer Stressoren mithilfe von verfügbaren allgemeinen Widerstandsressourcen (Jenny et al., 2022), insbesondere mit der situativen flexiblen Nutzung gesundheitsbezogener Kommunikations-, Unterstützungs- und Ausgleichsstrategien. Da ein hohes Kohärenzgefühl mit einem guten Gesundheitszustand in Verbindung steht (Eriksson, 2022), ist die subjektiv positive Einschätzung des Gesundheitszustandes der pädagogischen Kräfte anhand des subjektiven Gesundheitsverständnisses und der gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien zur Aufrechterhaltung und Herstellung von Gesundheit zu erklären. Demnach ist es relevant, die Konstruktion von Gesundheit der pädagogischen Kräfte in den sozialen Interaktionen mit verschiedenen Personengruppen unter Einbezug der individuellen Arbeitseinstellung, des subjektiven Gesundheitsverständnisses, der (biografischen) Sinnzuschreibung der Erwerbsarbeit und der privaten Sorgearbeit sowie den Arbeitsbedingungen in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) zu betrachten. Die Verbindung von fürsorgendem und selbstsorgendem Lebenssinn in der Lebens- und Arbeitswelt wirkt sich positiv auf den Gesundheitszustand (Hardering, 2020) der pädagogischen Kräfte aus. In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde eine konzeptionelle Theorie zum gesundheitsbezogenen Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge entwickelt, deren Relevanz (Steinke, 2012) sich für die salutogenetische Gesundheitsforschung im Arbeitsfeld pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) darin zeigt, dass sie gesundheitsbezogene Handlungsstrategien im Umgang mit Stressoren (Antonovsky, 1997) konkretisiert und in den biografischen Lebenszusammenhang und die aktuelle Erwerbstätigkeit stellt. Die Rekonstruktion der Lebensgeschichte verdeutlicht die Zusammenhangsbildung (Marotzki, 2012) von biografischen

und aktuellen Erfahrungen in der Arbeits- und Alltagswelt über die Bedeutungszuschreibung von Selbstsorge und Fürsorge.

Aus den Erkenntnissen dieser Forschungsarbeit lässt sich die Hypothese ableiten, dass sich das in der Literatur bestehende Verhältnis von Fürsorge für die Kinder aus der Perspektive der Kindheitspädagogik und Pädagogik der Frühen Kindheit und vom Appell nach gesundheitsbezogener Sorge aus arbeitsmedizinischer, gesundheitssoziologischer Perspektive in dem widerspiegelt, was die pädagogischen Kräfte als Verhältnis von gesundheitsbezogener Selbstsorge und professioneller Fürsorge erleben.

8.2 Methodische Reflexion – die Frage nach Gesundheit

Der Gegenstandsbereich der vorliegenden Forschungsarbeit bezog sich auf die subjektive und soziale Konstruktion von Gesundheit in der Biografie pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren). In der qualitativen Sozialforschung bezieht sich das Gütekriterium der Gegenstandsangemessenheit auf „multiple Passungsverhältnisse“ (Strübing, 2021, S. 103), indem die theoretischen Bezüge und Fragestellungen, das Sample und Datenmaterial sowie die Datenerhebung und -analyse den Gegenstand der Forschungsarbeit konstituieren und diesen im Forschungsprozess kontinuierlich spezifizieren (ebd.). Im Forschungsstil der Grounded Theory soll eine „gegenstandsbezogene Theorie“ (Strübing, 2021, S. 100) entwickelt werden, die den Forschungsgegenstand anhand konzeptueller Kategorien und deren Bedingungen, Eigenschaften und Konsequenzen erklärt (Glaser & Strauss, 1998). Wenn der Philosoph Hans-Georg Gadamer (2018) postuliert, dass „Gesundheit sich verbirgt“ (ebd., S. 143), dann wirft dies die Frage auf, ob und wie Gesundheit als Forschungsgegenstand konstituiert werden kann.

„Die Verborgenheit der Gesundheit“ (Gadamer, 2018, S. 142) wird in komplexen, subjektiven Gesundheitsverständnissen der pädagogischen Kräfte dieser Forschungsarbeit deutlich, indem Gesundheit negativ konnotiert als Abwesenheit von Krankheit und physischen und psychischen Gesundheitsbeschwerden beschrieben wird. In diesem Verständnis steht Gesundheit immer als Gegenhorizont zu Krankheit, als das sich Aufdrängende und Auffällige, das Beschreibbare und Erklärbare (Gadamer, 2018). Dichotome Zustände von Gesundheit und Krankheit werden auch im Gesundheitsverständnis der pädagogischen Kräfte deutlich, wenn sie auf semantische Fragen zu Gesundheit (z. B. „Was bedeutet gesund sein für Sie?“, Sonja Frey, E/Z. 768; „Was bedeutet denn für Sie gesund zu sein?“, Ruth Kern, N/Z. 1162) das Fehlen von physischen Schmerzen und von Stress beschreiben. Diesbezüglich halten Frank et al. (1998) fest, dass es Personen deutlich leichter fällt,

über Krankheit als konkrete Erfahrung anstatt über Gesundheit als abstraktes Phänomen zu sprechen. Weitere Konnotationen, die aufgrund eines subjektiven Zustands von Gesundheit gegeben sind und zu Zieloptionen im Lebensverlauf werden, beziehen sich auf Funktionen und Fähigkeiten (z. B. Handlungs-, Arbeitsfähigkeit, Bewältigung von Stressoren und Belastungen) und einen subjektiven Gesundheitszustand als Befindlichkeitsphänomen des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Dieses Verständnis von Gesundheit spiegeln sich auch in der Literatur zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen wider (Faltermajer, 2023a, 2023b; Faltermajer et al., 1998; Frank et al., 1998; Herzlich, 1973).

Die Thematisierung von Gesundheit kann sowohl zum Erzählen von Vulnerabilität (Hanses, 2010) als auch zum Erzählen einer Gelingensgeschichte (Goffman, 2003) führen. Wenn einerseits Gesundheit im Gegenhorizont von Krankheit rekonstruiert wird, kann dadurch die eingeschränkte Fähigkeit hervortreten, den gesellschaftlichen Anspruch zur individuellen Gesundheitspflicht (Schmidt, 2022) nicht erfüllen zu können. Andererseits kann das Erzählen der gelingenden Bewältigung von Lebens- und Arbeitsanforderungen eine ausgeprägte salutogenetische Perspektive auf Gesundheit darstellen (Antonovsky, 1997; Mittelmark & Bauer, 2022) und die gesundheitsbezogene Selbstunternehmerschaft (Schmidt, 2022) zur Erhaltung und Herstellung von Gesundheit hervorheben. Anhand von alltags- und arbeitsbezogenen Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten sowie biografischen Ereignissen und deren subjektiven Deutungen war es den Interviewpersonen möglich, Gesundheit aus ihrer Lai*innenperspektive zu erzählen. Hierin zeigt sich die Relevanz qualitativer Gesundheitsforschung, indem sie u. a. die Subjektperspektive und das Alltagswissen und -handeln, den gesellschaftlichen, kulturellen Lebensweltbezug, soziale Interaktionen, Kontextualisierung bezogen auf Gesundheit und Krankheit methodisch fokussiert (Ohlbrecht, 2023).

Die Erkenntnisse zur sozialen und subjektiven Konstruktion von Gesundheit müssen dahingehend reflektiert werden, dass insbesondere bei den episodischen Interviews im Forschungsprojekt „AGnEEs“ die Interviewpersonen gezielt in ihrer Rolle als pädagogische Kräfte angesprochen wurden. In der Literatur wird Gesundheit als physische und psychische Leistungsfähigkeit im Arbeits- und Lebenskontext (Faltermajer et al., 1998) und als Voraussetzung für die Arbeitsfähigkeit pädagogischer Kräfte beschrieben (Almstadt et al., 2012; Flick et al., 1998) und grundsätzlich mit der Erwerbstätigkeit verknüpft (BAuA, 2013). Aufgrund der Interviewdurchführung während der Arbeitszeit in den Räumlichkeiten der Kindertageseinrichtung könnte das Verständnis von Gesundheit als Leistungs- und Bewältigungsfähigkeit von Anforderungen und als Erfüllung beruflicher Rollenerwartung sowie von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit als dominantes Gesundheitsverständnis in den episodischen Interviews evoziert worden sein. Gesundheit als funktionale Norm der Arbeitsfähigkeit, um Arbeitsanforderungen gelingend

zu bewältigen (Bengel et al., 2001), wird durch die gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien forciert. Dabei kann das Erzählen des subjektiven Erlebens von Arbeitssituationen auch durch die soziale Erwünschtheit beeinflusst worden sein. Die Interviews im Forschungsprojekt „AGnEEs“ können „*Erwartungs-Erwartungen*“ (Kruse, 2015, S. 280, Herv. i. O.) bei den pädagogischen Kräften und Interviewerinnen ausgelöst haben: seitens der Interviewten sich als arbeitsfähig darzustellen und dennoch arbeitsplatzspezifische Belastungen zu beschreiben und seitens der Interviewerinnen, Belastungen und Stressoren auf Verhaltens- und Verhältnisebene zu erfassen, sodass Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz entwickelt, implementiert und evaluiert werden können. Das episodische Interview als „*koproduktives und interaktionales Kommunikationsergebnis*“ (Kruse, 2015, S. 280, Herv. i. O.) zwischen einer interviewten pädagogischen Kraft und zwei Interviewerinnen muss auch vor dem Hintergrund eingeordnet werden, dass die Trägerschaft mit den Einrichtungsleitungen und pädagogischen Kräften über deren Teilnahme am Forschungsprojekt „AGnEEs“ entschieden und somit eine implizit vorgegebene Teilnahme der pädagogischen Kräfte nicht ausgeschlossen werden kann. Anhand der Verschwiegenheitserklärung der Interviewerinnen wurde zugesichert, keine personenbezogenen Ergebnisse an die jeweilige Einrichtungsleitung und Trägerschaft weiterzugeben. Dies sollte Vertrauen und Offenheit als Merkmale qualitativer Interviewführung (Steinke, 2012) ermöglichen. Die Analyse der Interviewsituation als Kriterium qualitativer Forschung konnte keine Hinweise auf ein fehlendes „Arbeitsbündnis“ (ebd., S. 320) im Forschungsprozess, insbesondere während der Datenerhebung darlegen.

Im Gegensatz zu den episodischen Interviews, in denen Gesundheit als Funktionalität für die Handlungs- und Arbeitsfähigkeit betont wurde, wurde Gesundheit in den fokussiert-narrativen Interviews mehr als mehrdimensionales Befinden in der sozialen Lebens- und Arbeitswelt beschrieben. In den fokussiert-narrativen Interviews wurde aber auch das subjektive Gesundheitsverständnis von Funktionalität und Fähigkeiten sowie Abwesenheit von Krankheit deutlich. Wohlbefinden und Ausgeglichenheit als Aspekte sozialer Harmonie und einem gesundheitsbezogenen Gleichgewicht (Faltermaier et al., 1998; Frank et al., 1998) zeigen sich in allen Lebensphasen und werden bei den pädagogischen Kräften zu einer erstrebenswerten Lebensweise bzw. -aufgabe in der sozialen Umwelt. Mit den fokussiert-narrativen Interviews konnte Gesundheit als biografisches Phänomen, „von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig oder freudig erfüllt [zu] sein“ (Gadamer, 2018, S. 144), erhoben werden. Dabei wurde deutlich, dass die Referenz für das Erleben und Deuten des subjektiven Gesundheitszustands in der sozialen Umwelt liegt. Insbesondere kritische Lebensereignisse und -phasen führen dazu, dass die pädagogischen Kräfte gesundheitsbezogene Handlungsstrategien entwickeln und einsetzen, um Gesundheit als soziales Gleichgewicht herzustellen. Dabei

zeigt sich, dass sich in der Kindheit und Jugend das Gesundheitsverständnis und gesundheitsbezogene Handlungsstrategien in der sozialen Lebenswelt der Subjekte entwickeln und im Lebensverlauf durch die Subjekte modifiziert und beibehalten werden, aber auch weitere Formen des subjektiven Gesundheitshandelns entstehen. Die lebensphasenspezifischen Veränderungen von subjektivem Gesundheitsverständnis und gesundheitsbezogenem Handeln (Flick, 1998b) konnten ergänzend zum subjektiven Gesundheitsverständnis im Kontext der Erwerbstätigkeit erhoben werden.

Mit der Erhebung biografischer Verläufe (Schütze, 1983) und der Fokussierung auf Gesundheit gelang es, den Gegenstandsbereich der subjektiven und sozialen Konstruktion von Gesundheit im Lebensverlauf der pädagogischen Kräfte zu erfassen. Es gelang, soziale, kulturelle und gesellschaftliche Orientierungen, Zeit- und Ortsbezüge und subjektive Sinnzuschreibungen usw. (Schütze, 1987) durch die subjektive Rekonstruktion von Gesundheit im Lebensverlauf aus der gedeuteten Perspektive der pädagogischen Kräfte zu eruieren. Auch wenn bei jeder Interviewperson eine Einstiegserzählung vorhanden ist und im weiteren Interviewverlauf deutliche Erzählpassagen zu erkennen sind, muss dennoch beachtet werden, dass das Erzählen der Biografie eine Herausforderung für die Interviewpersonen war. Sie beschrieben das Erzählen der Lebensgeschichte als ungewohnt, insbesondere gegenüber einer fremden Person. Das lineare Erzählen in der Einstiegserzählung kann als Hilfe zur Strukturierung des ungewohnten Erzählens der Lebensgeschichte gedeutet werden. Zusätzlich war auffällig, dass die pädagogischen Kräfte den Fokus auf Gesundheit im Lebensverlauf nicht als herausfordernd benannten. Dies kann möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass der Erzählstimulus („*Erzählen Sie mir bitte Ihre Lebensgeschichte. Sie können dabei anfangen wo Sie möchten.*“) nicht zusätzlich auf den Gegenstand Gesundheit fokussierte. Damit erfolgte von der Interviewerin der Ziel, die angenommene doppelte Herausforderung, von Gesundheit und Lebensgeschichte als zwei „*eigensinnige Selbstverständlichkeiten*“ (Hanses, 2010, S. 89) zu erzählen, nicht zu stark zu fokussieren. Demnach wurde nur in der Einleitung des Interviews auf Gesundheit hingewiesen. So wurde versucht, über die Intervieweinführung und den Erzählstimulus die Balance zwischen thematischer Offenheit und Begrenzung (Schütze, 1982, 1983) zu erreichen, sodass eine individuelle Relevanzsetzung zur biografischen Einbettung von Gesundheit durch die Interviewpersonen erfolgen konnte. Zudem können die bereits bestehende Vertrautheit zwischen Interviewperson und Interviewerin und die freie Wahl des Interviewwortes für das fokussiert-narrative Interview durch die Interviewperson als positive Einflüsse auf die Interviewsituation (Steinke, 2012) gewertet werden.

Sowohl in den episodischen Interviews als auch in den fokussiert-narrativen Interviews konnten durch das Erzählen als Zugang zum Gegenstandsbereich individuelle Erfahrungen und deren subjektiven Deutungen (Flick,

2003, 2011; Schütze, 1983, 1987) in der Lebens- und Arbeitswelt rekonstruiert werden. Die episodischen Interviews (Flick, 2011) ermöglichten, subjektive Relevanzen und Zusammenhänge zu Gesundheit im Arbeitskontext zu erzählen. Mit den fokussiert-narrativen Interviews (Schütze, 1987) konnten die prozessuale Konstruktion von Gesundheit anhand von gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien und subjektivem Gesundheitsverständnis in der sozialen Lebens- und Arbeitswelt im biografischen Verlauf erhoben werden. Des Weiteren konnten mit beiden Interviewformen salutogen wirkende Faktoren erfasst werden, die in der gedeuteten Retrospektive der Interviewten den subjektiven Gesundheitszustand beeinflussen. Die Indikation der Methodenwahl zur Datenerhebung und -auswertung (Steinke, 2012) kann als gegenstandsangemessen gewertet werden.

Während des iterativen Forschungsprozesses mit weiterer Fallauswahl sowie Datenerhebung und -auswertung im Forschungsstil der Grounded Theory (Corbin & Strauss, 2015; Strübing, 2021) justierte sich der Gegenstandsbereich nach. Am Anfang des Forschungsprozesses bezog sich dieser auf die Konstruktion von Gesundheit pädagogischer Kräfte und konkretisierte sich während des Forschungsprozesses zum gesundheitsbezogenen Verhältnis von Fürsorge und Selbstsorge als Kernphänomen der sozialen und subjektiven Konstruktion von Gesundheit im Lebensverlauf. Als Limitation muss genannt werden, dass die Gültigkeit der gesundheitsbezogenen Fallportraits und der gegenstandsbezogenen Theorie zum Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) nicht mit den Interviewten diskutiert wurde. Dadurch ist die kommunikative Validierung als Gütekriterium qualitativer Sozialforschung nicht erfüllt (Steinke, 2012). Aufgrund der Einhaltung anderer Gütekriterien (z. B. Dateninterpretation in Forschungsgruppen, minimale und maximale Fallkontrastierung, Verwendung kodifizierter Methoden der Grounded Theory) (Steinke, 2012) wird dennoch davon ausgegangen, dass die im Forschungsprozess entwickelte konzeptionelle Theorie in sich kohärent ist und das Gütekriterium der Kohärenz (Steinke, 2012) erfüllt.

9 Fazit und Ausblick

Die „Allgegenwärtigkeit von Gesundheit“ (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 144) in der Gesellschaft (Kickbusch & Hartung, 2014), in der Arbeitswelt (Dragano, 2023) und in der alltäglichen Umwelt des Subjektes (WHO, 1986) unterstreicht die Bedeutung der Lai*innenperspektive auf Gesundheit. Gesundheit wird vornehmlich durch Alltagswissen und subjektive Logiken und im alltäglichen Handeln unter den jeweiligen Lebensbedingungen sozial hergestellt (Faltermaier, 2023a; Flick, 1998a; Herzlich, 1973, 1998). Gesundheitsbezogene Alltagspraktiken und individuelles, sozial geprägtes Gesundheitshandeln im Lai*innengesundheitssystem und professionellen Gesundheitssystem führen zur subjektiven und sozialen Konstruktion von Gesundheit (Faltermaier, 2023a; Ohlbrecht & Jellen, 2022). Bereits in der Gesundheitsdefinition der WHO (1986) wird postuliert, dass Gesundheit entsteht, wenn „man sich um sich selbst und für andere sorgt“ (ebd., S. 5). Die gesundheitsbezogene Sorge wird von sozialen, sozioökonomischen, kulturellen und gesellschaftlichen usw. Determinanten als konstituierende Rahmungen der sozialen Welt, deren subjektiven Deutungen und der eigenen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit beeinflusst (Kickbusch & Hartung, 2014; Richter & Hurrelmann, 2023a; WHO, 1986). Die vorliegende Forschungsarbeit zeigt von der biografischen Rekonstruktion ausgehend gesundheitsbezogene Handlungsstrategien auf, die pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) in ihrer Arbeits- und Lebenswelt einsetzen. Zudem wird das subjektive Gesundheitsverständnis offenbar, auf dem das subjektive Gesundheitshandeln basiert und das sich zugleich aus dem subjektiven Gesundheitshandeln ergibt. Dabei hebt die salutogenetische Perspektive der Ergebnisse hervor, dass sich die Aufrechterhaltung und Herstellung subjektiver Gesundheit in den sozialen Welten der pädagogischen Kräfte am Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge orientiert. Diese Ergebnisse können als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung theoretischer Überlegungen zu subjektiven Gesundheitstheorien pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) dienen, und sie zeigen Forschungs- und Anwendungspotenziale zur Gesunderhaltung pädagogischer Kräfte in deren sozialen Arbeits- und Lebenswelt auf.

Die zentrale Erkenntnis der Forschungsarbeit ist, dass sich die Gesundheit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) im gesundheitsbezogenen Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge herausbildet sowie aufrechterhalten und hergestellt wird (siehe Kapitel 6, Kapitel 7). Die professionelle Fürsorge wird durch den gesetzlichen Förderauftrag für die

Erwerbsarbeit in Kindertageseinrichtungen vorgegeben und richtet sich auf die „Erziehung, Bildung und Betreuung des Kindes und bezieht sich auf die soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung des Kindes“ (SGB VIII, § 22, Absatz 3). Dabei erfolgt das pädagogische Handeln im „sozialen Austausch und durch die Fürsorge“ (Niedersächsisches Kultusministerium, 2023, S. 91) der pädagogischen Kräfte. Die Care-Arbeit in Kindertageseinrichtungen umfasst den Aufbau und die Gestaltung einer personenbezogenen Sorgebeziehung, die von grundlegender Angewiesenheit der Kinder unter 3 Jahren, von sozialer Abhängigkeit in der Transition in die erste Bildungseinrichtung als kritische Lebenssituation und von generationaler Asymmetrie zwischen pädagogischen Kräften und Kindern unter 3 Jahren charakterisiert ist (Dück, 2022; Knobloch, 2013). Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit zeigen, dass die Sorge um Kinder unter 3 Jahren ein gesundheitsbeeinflussender Faktor ist, der sich aus sozialen, organisatorischen und gesellschaftlichen Arbeitsanforderungen und aus der biografischen Prägung der pädagogischen Kräfte ergibt. Vor diesem Hintergrund könnte empirisch untersucht werden, wie sich die Merkmale von Care-Arbeit (Dück, 2022; Kaul et al., 2023; Paul et al., 2023) in sozialen Interaktionen in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) ausprägen und wie dies das Verständnis von Fürsorge pädagogischer Kräfte beeinflusst. Hierbei wäre zudem interessant, ob und wie sich verschiedene Vorstellungen von Fürsorge auf das subjektive Gesundheitsverständnis und -handeln auswirken. Daraus könnten Erkenntnisse zur Aufrechterhaltung bzw. Herstellung von sozialer Gesundheit durch Care-Arbeit (Paul et al., 2023) pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) entstehen.

Die vorliegende Untersuchung zeigt auf, welche biografischen Ereignisse retrospektiv als zentrale Erfahrungen familiärer und außerfamiliärer Fürsorge gedeutet werden (siehe Kapitel 6). Demzufolge wäre denkbar, Merkmale von Care-Arbeit in verschiedenen sozialen, (berufs)biografischen Umwelten pädagogischer Kräfte zu untersuchen (z. B. Kindertageseinrichtungen mit/ohne Förderschwerpunkt, verschiedene pädagogische Konzeptionen) und deren Einfluss auf die Entwicklung des subjektiven Fürsorge- und Gesundheitsverständnisses zu rekonstruieren.

Eine Grenze der Forschungsergebnisse bezieht sich u. a. auf die Konkretisierung der Wechselwirkung von gesundheitsbezogenen, selbstsorgenden Handlungsstrategien und der professionellen Fürsorge in der berufsbiografischen Sozialisation. Diesbezügliche Erkenntnisse könnten das Verständnis vom gesundheitsbezogenen Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge weiterentwickeln und zu Inhalten der Ausbildung bzw. des Studiums und von Fort- und Weiterbildungen (z. B. konkreter Umgang mit gesundheitsbezogenen Belastungen und Gefährdungen, Wissen um gesundheitsbezogenes Management in Organisationen) (Almstadt et al., 2012) werden.

Die konzeptionelle Theorie zum gesundheitsbezogenen Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge erweitert bisherige empirische und theoretische Wissensbestände zu Gesundheit und Krankheit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren). Die gesundheitsbezogenen Kommunikations-, Unterstützungs- und Ausgleichsstrategien der pädagogischen Kräfte in ihren arbeits- und lebensweltlichen Bezügen präzisieren die Realisierung zum einen der geforderten selbstsorgenden Gesundheitsverantwortung pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Almstadt et al., 2012; Viernickel & Voss, 2013) und zum anderen der gesellschaftlich vorherrschenden Gesundheitspflicht des Individuums (Schmidt, 2022). Die qualitative Untersuchung veranschaulicht das eigenverantwortliche, selbstsorgende präventiv-schützende und reaktiv-regenerierende Gesundheitshandeln pädagogischer Kräfte. Anhand des Gesundheitshandelns wird die individuelle Handhabbarkeit und die kollektive Handhabbarkeit von kontextspezifischen Stressoren in der Arbeits- und Lebenswelt erkennbar, wodurch Gesundheit als Leistungs- und Arbeitsfähigkeit hergestellt wird. Diese Ergebnisse deuten auf die Machbarkeit von Gesundheit in der alltäglichen Lebensrealität hin (Kickbusch & Hartung, 2014) und suggerieren zugleich eine Selbstkontrolle über Gesundheit (Schmidt, 2022). Von den Erkenntnissen zu präventiven und reaktiven gesundheitsbezogenen Handlungsstrategien pädagogischer Kräfte ausgehend, könnten weiterführende Forschungsarbeiten das subjektive Gesundheitsverständnis von Kontrollierbarkeit und die damit assoziierte Selbstwirksamkeitserwartung von pädagogischen Kräften in der Arbeits- und Lebenswelt ausdifferenzieren.

Da sich alle pädagogischen Kräfte dieser Forschungsarbeit als gesund bezeichneten und sich selbst eine Gesundheitsverantwortung zuschreiben, wäre eine Erweiterung des Samples mit pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) in zukünftigen Studien interessant, die die Gesundheitsverantwortung externalisieren. Hierbei könnte die biografische Entwicklung von Externalisierung und deren Auswirkung auf gesundheitsbezogene Handlungsstrategien im Arbeits- und Lebenskontext untersucht werden.

Mit der vorliegenden Forschungsarbeit wurde erstmals die Einbettung gesundheitsbezogener Handlungsstrategien und eines subjektiven Gesundheitsverständnisses im Lebensverlauf pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) erhoben. Aus der gedeuteten Rekonstruktion lebensgeschichtlicher Erfahrungen entsteht Gesundheit als „biographische[s] Produkt“ (Hanses, 2010, S. 90). Der geforderten Kernkompetenz pädagogischer Kräfte in Einrichtungen der FBBE zufolge, sollten pädagogische Kräfte „die eigene Erziehungs-, Betreuungs- und Bildungsbiografie reflektieren und dieses Wissen in die Gestaltung ihres professionellen Handelns einbringen können“ (Nentwig-Gesemann et al., 2011, S. 20). Mithilfe einer Sensibilisierung für die biografische Entwicklung des subjektiven Gesundheitshandelns

und -verständnisses könnten (angehende) pädagogische Kräfte ihre Gesundheitsbiografie reflektieren. Infolgedessen könnte die Bedeutung von Gesundheit als soziale Praxis (Paul et al., 2023) auf das professionell-fürsorgende Handeln erfasst werden. Eine Verknüpfung individueller Gesundheitsbiografien mit dem gesetzlichen Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag könnte die gesundheitsbezogene Vorbildfunktion von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) in Bezug auf die Gesundheitsbildung der Kinder betonen (Lipowski et al., 2020; Richter-Kornweitz, 2020). Jedoch gilt es die Motivation der pädagogischen Kräfte für gesundheitsbezogenes Handeln am Arbeitsplatz zu beachten, sodass sie im Verhältnis von selbstsorgender und fürsorgender Gesundheitsverantwortung nicht nur auf die fürsorgende Vorbildfunktion limitiert werden bzw. sich selbst darauf zurückbeziehen (Viernickel & Voss, 2013).

Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit zeigen, dass kritische Lebenserfahrungen (z. B. soziale Abwesenheit, sozialer Verlust, physische und psychische Erkrankungen) zentrale Bewältigungserfahrungen von externen und internen Stressoren sind (siehe Kapitel 6). Die salutogenetischen Fragen, unter welchen Bedingungen Gesundheit entsteht und was Menschen gesund erhält, können aus den rekonstruierten Biografien der pädagogischen Kräfte so beantwortet werden, dass sich insbesondere aus der Verfügbarkeit und der Nutzung sozialer, konsistenter Kommunikations- und Unterstützungsressourcen zur Bewältigung von Stressoren gesundheitsbezogene Handlungsstrategien entwickeln. Im Lebensverlauf der pädagogischen Kräfte ist erkennbar, wie die gelingende Bewältigung von Stressoren die Verstehbarkeit von Reizen aus der Umwelt und die Handhabbarkeit von Stressoren stärkt, sodass der Umgang mit Anforderungen, Belastungen und Stressoren als sinnhaft erlebt wird (Mittelmark & Bauer, 2022). Inwiefern biografische, außerfamiliäre Fürsorgeerfahrungen das professionelle Handeln gegenüber Kindern (unter 3 Jahren) mit prekären Sozialstrukturen und kritischen Lebenserfahrungen prägen, kann durch die vorliegende Untersuchung nicht beantwortet werden. Dies stellt vor dem Hintergrund zunehmender z. B. kultureller Vielfalt und sozialer Ungleichheit eine empirische Anschlussfähigkeit zu Gesundheit als soziale Praxis dar.

Jedoch geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass außerfamiliäre Fürsorgeerfahrungen die Motive der Berufswahl prägen. Diese Hinweise werden durch empirische Erkenntnisse zur Berufswahl von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder zwischen 3–6 Jahre) bestätigt (Nürnberg & Schmidt, 2018; Viernickel & Voss, 2013).

„Mit der Bedeutsamkeit der Arbeit ist die Bedeutung oder der Nutzen der Arbeit gemeint“ (Hardering, 2020, S. 15). Die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit belegen eine hohe Bedeutsamkeit der Erwerbsarbeit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) (siehe Kapitel 7). Sinnstiftende Aspekte sind die direkte Arbeit mit Kindern unter 3

Jahren, die gelingende Zusammenarbeit mit Eltern, eine hohe Kollegialität, Anerkennung auf institutioneller Ebene und das Erfüllen des gesellschaftlichen Auftrags zur FBBE von Kindern unter 3 Jahren. Diese Ergebnisse werden durch empirische Befunde zur beruflichen Identifikation und zum Sinnerleben des professionellen Handelns pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder zwischen 3–6 Jahre) bestätigt (Almstadt et al., 2012; Viernickel & Voss, 2013). Die Bedeutsamkeit der Erwerbsarbeit ist eine wesentliche Gesundheitsressource (Antonovsky, 1997) und wirkt sich u. a. auf die Arbeitszufriedenheit und das Arbeitsengagement pädagogischer Kräfte aus (Fuchs & Trischler, 2008; Vincent-Höper et al., 2015). Die Verstehbarkeit und Handhabbarkeit sowie das Sinnerleben kennzeichnen das Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1997; Mittelmark & Bauer, 2022). Da die pädagogischen Kräfte dieser Untersuchung ihrer Erwerbstätigkeit eine hohe Bedeutung zuschreiben und durch ihre Erwerbsarbeit ein ausgeprägtes Sinnerleben haben, bietet eine Erweiterung des Samples in Hinblick auf ein Kohärenzgefühl mit einem geringen Sinnerleben und einer geringen Handhabbarkeit von gesundheitsbezogenen Stressoren in der (Erwerbs-)Biografie ein Forschungspotenzial. Des Weiteren wäre denkbar, mit einem geringen Sinnerleben assoziierte Arbeitsunzufriedenheit und Arbeitsunfähigkeit zu erfassen. Diesbezügliche Auswirkungen auf das Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge wären interessant, um die gegenstandsbezogene Theorie weiterzuentwickeln.

Ebenso belegen die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit und empirischen Befunde für pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder zwischen 3–6 Jahre) (Darius et al., 2022; Viernickel & Voss, 2013), dass mit einem hohen Sinnerleben der Erwerbstätigkeit eine hohe Verausgabungsbereitschaft einhergehen kann. Darius et al. (2022) zeigen den Zusammenhang zwischen erhöhter Anstrengungsbereitschaft, reduzierter psychischer Gesundheit und verstärkter Burnout-Symptomatik auf. Hierbei wäre für pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) interessant, ob sich die Befunde von Darius et al. (2022) bestätigen lassen und welche Rückschlüsse auf gesundheitsbezogene Handlungsstrategien für selbstsorgendes und fürsorgendes Handeln und weiterführend auf die Bedeutsamkeit als Komponente des Kohärenzgefühls abgeleitet werden können.

Bezüglich des ausgeprägten Sinnerlebens und dem Phänomen des Präsentismus (Schmidt & Schröder, 2010) bei pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) wäre zukünftig empirisch zu untersuchen, ob der Präsentismus auf soziodemografische Daten der pädagogischen Kräfte (z. B. generationale Altersunterschiede, Dauer der Erwerbstätigkeit, Berufsabschluss), auf institutionelle Besonderheiten (z. B. pädagogische Konzeption, Führungsstil der Einrichtungsleitung, Pausenregelung) und auf gesellschaftliche Prägungen (z. B. Gesundheit als Pflicht, Gesundheitstrends, Bildungsauftrag) zurückzuführen ist. Durch Studien könnte da-

von ausgehend differenzierte Erkenntnisse zum Präsentismus und dem gesundheitsbezogenen Verhältnis von Selbstsorge und Fürsorge gewonnen werden.

Die empirische Datenlage zur subjektiven Bewertung von Arbeitsbedingungen durch pädagogische Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) ist bisher rar (Barthel et al., 2014; Sinn-Behrendt et al., 2015; Voss & Schumann, 2020). Da Gesundheit in sozialen Institutionen wie z. B. der Arbeitswelt konstituiert wird (Dragano, 2023; Faltermaier, 2023a), wäre auch die Erhebung der „Unternehmenskultur“ (Schmidt & Schröder, 2010, S. 94) im Umgang mit Gesundheit und Krankheit in Kindertageseinrichtungen interessant. Vor dem Hintergrund prekärer Arbeitsbedingungen (z. B. Fachkräftemangel, Personalausfälle, hohe Arbeitsdichte) (Almstadt et al., 2012; Fuchs & Trischler, 2008; Schneewind et al., 2012; Viernickel & Voss, 2013), zunehmender psychischer Erkrankungen (Hildebrandt et al., 2023), ansteigender AU-Fälle und AU-Tage (AOK Rheinland/Hamburg, 2023; Grobe et al., 2023; Grobe & Frerk, 2020) und dem Phänomen des Präsentismus (Almstadt et al., 2012; TK, 2022) bietet die Erhebung institutioneller Strukturen und sozialer Faktoren zukünftiges Forschungspotenzial. Hierbei wäre interessant, wie die kontextuellen Arbeitsbedingungen sozial am Arbeitsplatz verhandelt werden und wie dies das Verhältnis von selbstsorgendem und fürsorgendem Handeln beeinflusst. Weiterführend wäre aufschlussreich, wie sich der institutionsspezifische Umgang mit Gesundheit und Krankheit auf gesundheitsbezogene Handlungsstrategien von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) auswirkt. Denn beides, Arbeitsbedingungen und gesundheitsbezogene Handlungsstrategien, sind salutogenetische Bedingungen zur Aufrechterhaltung von Gesundheit.

In Hinblick auf prekäre Arbeitsplatzbedingungen (z. B. Personalmangel und damit assoziierte organisatorische Umstrukturierungen bis hin zu Schließzeiten, anhaltende soziale Konflikte) wäre es erkenntnisreich, Studien mit pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) durchzuführen, deren organisatorische und soziale Arbeitsbedingungen eine starke Heterogenität aufzeigen. Hierbei wäre interessant zu analysieren, wie sich fortwährend prekäre Arbeitsbedingungen auf gesundheitsbezogene Handlungsstrategien und auf das subjektive Gesundheitsverständnis auswirken.

Insbesondere vor dem Hintergrund der biografischen Rekonstruktion des subjektiven Gesundheitsverständnisses und -handelns und deren Wirkmächtigkeit bieten die Forschungsergebnisse das Potenzial, dieses Verständnis und Gesundheitshandeln auf Verhaltensebene von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention aufzunehmen und dadurch die Beschäftigtenperspektive zu integrieren. Aus salutogenetischer Perspektive könnte die individuelle und kollektive Nutzung allgemeiner Widerstandsressourcen zum Umgang mit Stressoren am Arbeitsplatz (Jenny et al., 2022) in

Bezug zur individuellen und kollektiven Deutungen von Gesundheit rekonstruiert werden. In Anbetracht dessen, dass Gesundheit eine Bedingung der Arbeitsfähigkeit ist (BAuA, 2013) und demnach Bedingung für das professionelle Handeln pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) ist, wäre die gesundheitsbezogene Arbeitsfähigkeit im Verständnis von Selbstsorge und Fürsorge relevant zu erheben. Die biografische und aktuelle Deutung von Gesundheit zum gesundheitsbezogenen und arbeitsspezifischen Sorgeverständnis pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) könnte bei der Implementierung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Michaelis et al., 2022) und bei der Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) (Jäger-Jürgens et al., 2020) berücksichtigt werden. Des Weiteren könnten Studien untersuchen, wie sich bestehende Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz und Präventionsprogramme auf das selbst- und fürsorgende Gesundheitshandeln von pädagogischen Kräften in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) auswirken. Die mehrdimensionale Betrachtung von Gesundheit müsste sich dabei auf den „Menschen mit seiner physischen, psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit“ (BAuA, 2013, S. 14) beziehen. Subjektive Gesundheitstheorien zur Aufrechterhaltung und Herstellung von Gesundheit pädagogischer Kräfte in Kindertageseinrichtungen (Kinder unter 3 Jahren) könnten von der individuellen Ebene ausgehend, ‘gesundheitsbezogene Kreise’ in die soziale Arbeits- und Lebenswelt ziehen.

Das Arbeitsfeld der FBBE von Kindern unter 3 Jahren zeigt als junges Forschungsgebiet noch gesellschaftliche, professionsspezifische, pflege- und gesundheitswissenschaftliche Forschungsdesiderate auf (Gutknecht, 2020; Hünersdorf, 2021; Kaul et al., 2023). Dabei ist Gesundheit als wesentliche Voraussetzung für die Arbeitsfähigkeit pädagogischer Kräfte als weiterführende und zukünftige Aufgabe im Forschungskontext und als Gestaltungsaufgabe am Arbeitsplatz Kindertageseinrichtung (Kinder unter 3 Jahren) unabdingbar.

Literaturverzeichnis

- Abels, H. (2010). *Interaktion, Identität, Präsentation: Kleine Einführung in interpretative Theorien der Soziologie. Studentexte zur Soziologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Abels, H. (2019). *Einführung in die Soziologie: Die Individuen in ihrer Gesellschaft*. Springer VS.
- Alber, I. (2016). Sinn und Ordnung. Biographien als Deutungsmuster im Diskurs. *BIOS - Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen*, 29(1), 14–27. <https://doi.org/10.3224/bios.v29i1.02>
- Aldwin, C. M. (2009). *Stress, Coping, and Development: An Integrative Perspective* (2nd ed.). Guilford.
- Alheit, P. (1985). Wirklichkeitsrekonstruktionen und Wirklichkeitskonstitutionen in biographischen Erzählungen: Zur Kritik zweier prominenter Interpretationsansätze. In H.-W. Franz (Hrsg.), 22. *Deutscher Soziologentag 1984: Beiträge der Sektions- u. Ad-hoc-Gruppen* (S. 92–96). Westdt. Verl.
- Alheit, P. & Dausien, B. (1990). *Biographie: eine problemgeschichtliche Skizze. (Werkstattberichte des Forschungsschwerpunkts "Arbeit und Bildung", 14)*. Verfügbar unter: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/2771> [Zugriff am: 07.07.2024]
- Alheit, P. & Dausien, B. (1999). Biographieforschung in der Erwachsenenbildung. In H.-H. Krüger & W. Marotzki (Hrsg.), *Handbuch der erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung* (S. 407–432). Leske und Budrich.
- Allgemeine Ortskrankenkasse Rheinland/Hamburg. (2023, 7. März). *Krankenstand beim Kita-Personal schnell in die Höhe* [Pressemitteilung]. Verfügbar unter: https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/rheinland-hamburg/Dokumente/Pressemitteilungen/10_PM_Kita_AU.pdf [Zugriff am: 26.02.2024]
- Almstadt, E., Gebauer, G. & Medjedović, I. (2012). *Arbeitsplatz Kita. Berufliche und gesundheitliche Belastungen von Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen im Land Bremen*. Institut für Arbeit und Wirtschaft (IAW). <https://doi.org/10.26092/elib/1282>
- Antonovsky, A. (1987). Health promoting factors at work: the sense of coherence. In R. Kalimo, M. A. El-Batawi & C. L. Cooper (Hrsg.), *Psychosocial factors at work: And their relation to health* (S. 153–167). World Health Organization.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. dgvt-Verlag.
- Arbeitsgruppe „KiTa-Leitung“. (2016). *Qualitätsleitfaden KiTa-Leitung: Qualitätsansprüche und -kriterien für die Leitung von Kindertageseinrichtungen der Städte Potsdam, Brandenburg an der Havel und des Landkreises Märkisch-Oderland*. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSf/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_WB_Qualitaetsleitfaden_KiTa-Leitung_2016.pdf [Zugriff am: 24.05.2024]

- Aulenbacher, B., Dammayr, M. & Riegraf, B. (2018). Care und Care Work. In F. Böhle, G. G. Voß & G. Wachtler (Hrsg.), *Handbuch Arbeitssoziologie: Band 2: Akteure und Institutionen* (S. 747–766). Springer.
- Bartel, S. (2018). Arbeit oder Gesundheit? Eine qualitative Verlaufsstudie zu gesundheitsbedingten Brüchen in der Berufsbiographie. In H. Ohlbrecht & A. Seltrecht (Hrsg.), *Gesundheit und Gesellschaft. Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik* (S. 139–154). Springer.
- Barthel, M. (2014). *Umgang mit stimmlichen Anforderungen bei Berufssprechern - personbezogene Strategien und umweltbezogene Förderfaktoren bei pädagogischem Fachpersonal in Kindertageseinrichtungen (3 - 6 Jahre)*. HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminden/Göttingen. (Unveröffentlichte Masterarbeit).
- Barthel, M., Harth, D., Scholz-Minkwitz, E., Endrulat, S., Schröder, M. & Ehlert, H. (2014). Betätigung und Stimme von Erziehern in der Krippe: Ein interdisziplinärer primärpräventiver Ansatz. *Präv Gesundheitsf*, 9(2), 130–137. <https://doi.org/10.1007/s11553-014-0437-2>
- Bauer, G. F., Roy, M., Bakibinga, P., Contu, P., Downe, S., Eriksson, M., Espnes, G. A., Jensen, B. B., Juvinya Canal, D., Lindström, B., Mana, A., Mittelmark, M. B., Morgan, A. R., Pelikan, J. M., Saboga-Nunes, L., Sagy, S., Shorey, S., Vaandrager, L. & Vinje, H. F. (2019). Future directions for the concept of salutogenesis: a position article. *Health promotion international*, 35(2), 187–195. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz057>
- Bauman, Z. (2015). *Vom Nutzen der Soziologie* (3. Aufl.). Suhrkamp.
- Becker, C. (2017). *Gesundheitsförderung in der Krippe*. KiTa Fachtexte. Verfügbar unter: https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/KiTaFT_Becker_GesundheitsfoerderunginderKrippe_2017.pdf [Zugriff am: 26.03.2024]
- Becker-Stoll, F. & Wertfein, M. (2020). Übergang von der Familie in frühkindliche Institutionen. In R. Braches-Chyrek, C. Röhner, H. Sünker & M. Hopf (Hrsg.), *Handbuch Frühe Kindheit* (2. Aufl., S. 571–580). Barbara Budrich.
- Behr, K., Finger, S., Fuchs-Rechlin, K., Hanssen, K., Hartwich, P., Rauschenbach, T. & Tillmann, K. (2023). *Fachkräftebarometer Frühe Bildung 2023* (1. Aufl.). Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). Verfügbar unter: https://www.fachkraeftebarometer.de/fileadmin/Redaktion/Fachkraeftebarometer_2023/WiFF_FKB_2023_Web.pdf [Zugriff am: 01.06.2024]
- Behr, K. & Gragert, N. (2004). *Aufgabenprofile und Qualifikationsanforderungen in den Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe: Tageseinrichtungen für Kinder, Hilfen zur Erziehung, Kinder- und Jugendarbeit, Jugendamt*. Abschlussbericht – Band 1. Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut. Verfügbar unter: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs/231_2250_Band_1_sw.pdf [Zugriff am: 11.03.2024]
- Behr, K. & Walter, M. (Hrsg.). (2012). *WiFF-Studien Weiterbildung: Bd. 15. Qualifikationen und Weiterbildung frühpädagogischer Fachkräfte: Bundesweite Befragung von Einrichtungsleitungen und Fachkräften in Kindertageseinrichtungen: Zehn Fragen - Zehn Antworten*. Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI).
- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter: Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert* (9. Aufl.). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Bd. 6*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Berg, T. & Lucius-Hoene, G. (2000). Gesundheitsvorstellungen im biographischen Kontext: Deutungsmuster in Erzählungen der Gesundheitsbiographie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8(4), 168–179. <https://doi.org/10.1026//0943-8149.8.4.168>
- 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: Working Paper*. Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung. Verfügbar unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/61067/ssoar-2006-biedinger_et_al-Der_Einfluss_des_Vorschulbesuchs_auf.pdf [Zugriff am: 25.05.2024]
- Biller-Andorno, N. (2021). Fürsorgeethik (Ethics of care). In N. Biller-Andorno, S. Monteverde, T. Krones & T. Eichinger (Hrsg.), *Medizinethik* (S. 91–107). Springer.
- Bischoff, S. (2018). Frühpädagogische Professionalität und Habitus – Analysen zum Denken und Handeln von Fachkräften in Kindertageseinrichtungen aus habitustheoretischer Perspektive. *Zeitschrift für Grundschulforschung*, 11, 215–230. <https://doi.org/10.1007/s42278-018-0020-6>
- Blank-Mathieu, M. (1998). *Alte Bundesländer – Neue Bundesländer*. Handbuch für ErzieherInnen. Verfügbar unter: <https://www.kindergartenpaedagogik.de/fachartikel/geschichte/der-kinderbetreuung/weitere-historische-beitraege/443/> [Zugriff am: 25.05.2024]
- Blumer, H. (2013). *Symbolischer Interaktionismus: Aufsätze zu einer Wissenschaft der Interpretation* (1. Aufl.). Suhrkamp.
- Bock-Famulla, K., Berg, E., Girndt, A., Akko, D. P., Krause, M. & Schütz, J. (2023). *Länderreport Frühkindliche Bildungssystem 2023: Transparenz schaffen – Governance stärken*. Bertelsmann Stiftung.
- Bock-Famulla, K., Girndt, A., Berg, E., Vetter, T. & Kriechel, B. (2023). *Fachkräfte-Radar für KiTa und Grundschule 2023*. <https://doi.org/10.11586/2023041>
- Boehm, A. (1994). Grounded Theory - wie aus Texten Modelle und Theorien gemacht werden. In A. Boehm, A. Mengel & T. Muhr (Hrsg.), *Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge* (S. 121–140). UVK Univ.-Verl. Konstanz. Verfügbar unter: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/1442> [Zugriff am: 13.04.2024]
- Bogner, A. & Rosenthal, G. (2017). Biographien – Diskurse – Figurationen: Methodologische Überlegungen aus einer sozialkonstruktivistischen und figurationssoziologischen Perspektive. In T. Spies (Hrsg.), *Theorie und Praxis der Diskursforschung. Biographie und Diskurs: Methodisches Vorgehen und Methodologische Verbindungen* (S. 43–67). Springer VS.
- Bohnsack, R. (2024). Konstituierende Rahmung und praktisches Erkennen und Reflektieren in der organisationalen Praxis. In R. Bohnsack, T. Sturm & B. Wagnener (Hrsg.), *Konstituierende Rahmung und professionelle Praxis: Pädagogische Organisationen und darüber hinaus* (S. 17–63). Barbara Budrich.

- Breuer, F. (2019). *Varianten eines un-/orthodoxen Schreibens entlang eines Grounded-Theory-Forschungsstil*. Verfügbar unter: https://lists.fu-berlin.de/listinfo/qsf_l#archive [Zugriff am: 05.04.2024]
- Breuer, F., Mey, G. & Mruck, K. (2011). Subjektivität und Selbst-/Reflexivität in der Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 427–448). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2013). *Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention - Erfahrungsberichte aus der Praxis* (5. Aufl.). Verfügbar unter: http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/A51.pdf?__blob=publicationFile&v=14rwb=true.pdf [Zugriff am: 18.06.2024]
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2021). *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2019*. Verfügbar unter: https://www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/pdf/Kosten-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am: 04.03.2024]
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2023). *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2022*. Verfügbar unter: https://www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/pdf/Kosten-2022.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [Zugriff am: 04.03.2024]
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2024). *Work Ability Index (WAI)*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Verfügbar unter: <https://www.baua.de/DE/Themen/Praevention/Mentale-Gesundheit/FAQ/FAQ.html#title-faq-e09352dc-028a-46a8-812a-a35df9bc8d93> [Zugriff am: 04.03.2024]
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2008). *Bildung, Betreuung und Erziehung für Kinder unter drei Jahren – elterliche und öffentliche Sorge in gemeinsamer Verantwortung*. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93382/c12b49783ca9fda82f0b03c9b05a295b/bildung-betreuung-und-erziehung-kurzgutachen-data.pdf> [Zugriff am: 24.05.2024]
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. (2023, 1. Januar). *Zweites Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung (KiTa-Qualitätsgesetz)*. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/zweites-gesetz-zur-weiterentwicklung-der-qualitaet-und-zur-teilhabe-in-der-kindertagesbetreuung-kita-qualitaetsgesetz--201142> [Zugriff am: 22.02.2024]
- Corbin, J. & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (4th ed.). SAGE Publications Inc.
- Corsten, S., Hardering, F. & Bröckel, M. (2011). Der biografisch-narrative Ansatz in der Intervention bei Aphasie: Ein innovatives Konzept für die logopädische (Gruppen-)Arbeit. *Forum Logopädie*, 25(6), 6–11.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). Sage Publications.
- Cutrona, C., Russell, D. & Rose, J. (1986). Social Support and Adaptation to Stress by the Elderly. *Psychology and aging*, 1(1), 47–54. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.1.1.47>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007). *European strategies for tackling social inequalities in health: Levelling up Part 2*. WHO Europe. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/handle/11136/10600>

- who.int/bitstream/handle/10665/107791/E89384.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Zugriff am: 20.02.2024]
- Darius, S., Hohmann, C. B., Siegel, L. & Böckelmann, I. (2021). Zusammenhang zwischen dem Burnout-Risiko und individuellen Stressverarbeitungsstrategien bei Kindergartenerzieherinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 71(6), 230–236. <https://doi.org/10.1055/a-1376-6962>
- Darius, S., Hohmann, C. B., Siegel, L. & Böckelmann, I. (2022). Beurteilung psychischer Beanspruchung bei Kindergartenerzieherinnen mit unterschiedlichem Overcommitment. *Psychiatrische Praxis*, 49(2), 89–98. <https://doi.org/10.1055/a-1403-5421>
- Darius, S., Hohmann, C. B., Siegel, L. & Böckelmann, I. (2023). Zusammenhang von Belastungsfaktoren im beruflichen Setting bei Erzieherinnen in Kindertagesstätten mit dem Burnout-Risiko. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 73(2), 81–88. <https://doi.org/10.1007/s40664-023-00493-1>
- Dausien, B., Lutz, H., Rosenthal, G. & Völter, B. (2005). Einleitung. In B. Völter, B. Dausien, H. Lutz & G. Rosenthal (Hrsg.), *Biographieforschung im Diskurs* (S. 7–20). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deutsche Gesellschaft für Soziologie. (2017). *Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS)*. Verfügbar unter: <https://soziologie.de/dgs/ethik/ethik-kodex> [Zugriff am: 08.04.2024]
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (2019). *Branche Kindertageseinrichtungen: DGUV Regel 102-602*. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV).
- Deutscher Kitaleitungskongress. (2023). *DKLK-Studie 2023: Personalmangel in Kitas im Fokus*. Verfügbar unter: https://deutscher-kitaleitungskongress.de/wp-content/uploads/2023/03/DKLG_Studie_2023_210x297_A4_V07_RZ-1.pdf [Zugriff am: 26.02.2024]
- Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (Hrsg.). (2020). *WiFF Wegweiser Weiterbildung: Bd. 14. Gesundheitsförderung in Kitas. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. Ein Wegweiser der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte*. Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI).
- Dragano, N. (2023). Arbeit und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 203–218). Springer.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (6. Aufl.). Eigenverlag.
- Dreßke, S. & Ohlbrecht, H. (2019). Alltagswissen über Körper, Gesundheit und Krankheit aus soziologischer Perspektive. *Klinische Sozialarbeit*, 15(3), 7–9.
- Dück, J. (2022). *Kämpfe um Care in der Krise: Transformationen in Krankenhäusern und Kitas*. Juventa.
- Dudek, J., Hanssen, K. & Reitzner, B. (2013). Pluralisierung der Ausbildungslandschaft: Neue Wege in das Arbeitsfeld Kindertageseinrichtungen. In F. Berth, A. Diller, C. Nürnberg & T. Rauschenbach (Hrsg.), *DJI-Fachforum Bildung und Erziehung: Bd. 10. Gleich und doch nicht gleich: Der Deutsche Qualifikationsrahmen und seine Folgen für frühpädagogische Ausbildungen* (S. 63–82). Verlag Deutsches Jugendinstitut.

- Eberz, S., Becker, R. & Antoni, C. H. (2011). Kohärenzerleben im Arbeitskontext: Ein nützliches Konstrukt für die ABO-Psychologie? *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 55(3), 115–131. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000056>
- Eling, V. (2022). Zur Bedeutung von Teamkonflikten für die Prozessqualität in Kindertageseinrichtungen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 68(5), 1–18. <https://doi.org/10.3262/ZP00000004>
- Engel, G. L. (1970). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Hans Huber.
- Equit, C. & Hohage, C. (2016). Ausgewählte Entwicklungen und Konfliktlinien der Grounded Theory Methodologie. In C. Equit & C. Hohage (Hrsg.), *Handbuch Grounded Theory: Von der Methodologie zur Forschungspraxis* (S. 9–46). Beltz Juventa.
- Eriksson, M. (2022). The Sense of Coherence: The Concept and Its Relationship to Health. In M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, L. Vaandrager, J. M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Lindström & C. Meier Magistretti (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (S. 61–68). Springer.
- Ernst, C., Portuné, R., Straub, E. M. & Wittmann, S. (2022). *Stress, Mobbing & Co: Psychische Belastung im Arbeitsleben anhand ausgewählter Beispiele*. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV).
- Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. (2014). *Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: https://www.dnbgf.de/fileadmin/user_upload/Materialien/2014_Luxemburger_Deklaration_BGF.pdf [Zugriff am: 23.02.2024]
- Faltermaier, T. (2019). Subjektperspektive in der Gesundheitsarbeit: Ein gesundheitspsychologischer Ansatz zur Arbeit mit subjektiven Gesundheits- und Krankheits-theorien. *Klinische Sozialarbeit*, 15(3), 4–6.
- Faltermaier, T. (2023a). *Gesundheitspsychologie* (3. Aufl.). *Grundriss der Psychologie: Bd. 21*. Kohlhammer.
- Faltermaier, T. (2023b). Laienperspektive auf Gesundheit und Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 247–260). Springer.
- Faltermaier, T. & Hübner, I.-M. (2021). Gesundheit, Modelle der. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie* (S. 722–723). Hogrefe AG.
- Faltermaier, T. & Kühnlein, I. (2000). Subjektive Gesundheitskonzepte im Kontext: Dynamische Konstruktionen von Gesundheit in einer qualitativen Untersuchung von Berufstätigen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8(4), 137–154. <https://doi.org/10.1026//0943-8149.8.4.137>
- Faltermaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M. (1998). *Gesundheit im Alltag: Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. Juventa.
- Farenberg, D. & Schulz, M. (2021). Öffentliche Betreuung - institutionalisierte Sorge: Kritische Anfragen an die ordnungsbildende Funktion eines Begriffs. In O. Bilgi, U. Sauerbrey & U. Stenger (Hrsg.), *Betreuung – ein frühpädagogischer Grundbegriff?* (S. 27–45). Beltz Juventa.
- Fischer-Rosenthal, W. & Rosenthal, G. (1997). Narrationsanalyse biographischer Selbstpräsentation. In R. Hitzler & A. Honer (Hrsg.), *Uni-Taschenbücher Sozialwissenschaften: Bd. 1885. Sozialwissenschaftliche Hermeneutik: Eine Einführung* (S. 133–164). Leske + Budrich.

- Flick, U. (1998a). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. In U. Flick (Hrsg.), *Gesundheitsforschung. Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 7–30). Juventa.
- Flick, U. (Hrsg.). (1998b). *Gesundheitsforschung. Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Juventa.
- Flick, U. (2003). Episodic Interviewing. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Hrsg.), *Qualitative researching with text, image and sound: A practical handbook* (S. 75–92). Sage Publications.
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (4 Aufl.). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U., Hoose, B. & Sitta, P. (1998). Gesundheit und Krankheit gleich Saúde und Doença? Gesundheitsvorstellungen bei Frauen in Deutschland und Portugal. In U. Flick (Hrsg.), *Gesundheitsforschung. Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 141–159). Juventa.
- Flick, U., Kardorff, E. von & Steinke, I. (Hrsg.). (2012). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Forbech Vinje, H., Langeland, E. & Bull, T. (2022). Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979–1994. In M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, L. Vaandrager, J. M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Lindström & C. Meier Magistretti (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (S. 29–45). Springer.
- Frank, U., Belz-Merk, M., Bengel, J. & Strittmatter, R. (1998). Subjektive Gesundheitsvorstellungen gesunder Erwachsener. In U. Flick (Hrsg.), *Gesundheitsforschung. Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 57–69). Juventa.
- Frank, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Hans Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Weltzien, D., Kirstein, N., Pietsch, S. & Rauh, K. (2014). *Expertise. Kompetenzen früh-/kindheitspädagogischer Fachkräfte im Spannungsfeld von normativen Vorgaben und Praxis*. Forschungs- und Innovationsverbund an der evangelische Hochschule Freiburg e.V. Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94174/6a47780ac348d80e4718f38d52230ae8/kompetenz-en-frueh-kindheitspaedagogischer-fachkraefte-im-spannungsfeld-von-normativen-vorgaben-und-praxis-data.pdf> [Zugriff am: 20.05.2024]
- Fuchs, T. & Trischler, F. (2008). *Arbeitsqualität aus Sicht von Erzieherinnen und Erziehern: Ergebnisse aus der Erhebung zum DGB-Index Gute Arbeit*. Internationales Institut für Empirische Sozialforschung. Verfügbar unter: https://web.archive.org/web/20220901043003/http://inifes.de/_docs/arbeitspapier_erzieherinnen_24112008.pdf [Zugriff am: 09.06.2024]
- Fuchs-Rechlin, K. (2007). *Wie gehts im Job? KiTa-Studie der GEW*. Verfügbar unter: <https://www.gew.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=20671&token=40ac0922c8f828d6e3d95bde1d951219918e3ba7&download=> [Zugriff am: 01.06.2024]
- Gadamer, H.-G. (2018). *Über die Verborgenheit der Gesundheit: Aufsätze und Vorträge* (2. Aufl.). *MedizinHuman: Bd. 10*. Suhrkamp.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2023). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V: Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie*. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3374/AU-RL_2023-12-07_iK-2024-02-21.pdf [Zugriff am: 03.06.2024]

- Germov, J. & Hornosty, J. (2011). Theorizing Health: Major Theoretical Perspectives in Health Sociology. In J. Germov & J. Hornosty (Hrsg.), *Second Option: an Introduction to Health Sociology* (S. 23–43). Oxford University Press.
- Gewerkschaft Erziehung und Bildung. (2024). *Kita-Qualität*. Verfügbar unter: <https://www.gew.de/mein-arbeitsplatz/kita/qualitaet> [Zugriff am: 26.02.2024]
- Glaser, B. G. (2011). Der Umbau der Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 137–161). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. Hans Huber.
- Goffman, E. (2003). *Wir alle spielen Theater: Die Selbstdarstellung im Alltag* (2. Aufl.). Piper.
- Graßhoff, G. & Schweppe, C. (2009). Biographie und Professionalität in der Sozialpädagogik. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit: Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (S. 307–318). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Griesbacher, M. (2016). Kodierparadigma und Temporal Sensitivity in der Grounded Theory. In C. Equit & C. Hohage (Hrsg.), *Handbuch Grounded Theory: Von der Methodologie zur Forschungspraxis* (S. 141–157). Beltz Juventa.
- Grobe, T. G., Braun, A. & Starke, P. (2023). *BARMER Gesundheitsreport 2023: Risikofaktoren für psychische Erkrankungen* (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Nr. 41). Institution für Gesundheitssystemforschung.
- Grobe, T. G. & Frerk, T. (2020). *BARMER Gesundheitsreport 2020: Branchenreport. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse: Band 24*. Barmer.
- Gutknecht, D. (2020). Betreuung, Bildung und Erziehung von Klein(st)kindern in der Kita. In R. Braches-Chyrek, C. Röhner, H. Sünker & M. Hopf (Hrsg.), *Handbuch Frühe Kindheit* (2. Aufl., S. 581–594). Barbara Budrich.
- Hanses, A. (2010). Gesundheit und Biographie – eine Gradwanderung zwischen Selbstoptimierung und Selbstsorge als gesellschaftliche Kritik. In B. Paul & H. Schmidt-Semisch (Hrsg.), *Risiko Gesundheit: Über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheitsgesellschaft* (S. 89–104). VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Hanses, A. (2012). Gesundheit als soziale Praxis: Zur Relevanz von Interaktions- und Wissensordnungen professionellen Handelns als soziale Praxis. In A. Hanses & K. Sander (Hrsg.), *Interaktionsordnungen: Gesundheit als soziale Praxis* (S. 35–51). Springer VS.
- Hardering, F. (2020). *Sinn in der Arbeit*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-30816-2>
- Hartl, A., Granig, P., Steiner, M., Klingbacher, M. & Ritter, M. (2011). Die Nutzung natürlicher Gesundheitsressourcen. In P. Granig & L. A. Nefiodow (Hrsg.), *Gesundheitswirtschaft – Wachstumsmotor im 21. Jahrhundert* (S. 185–218). Gabler.
- Hartung, S. (2011). Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (S. 235–255). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hartung, S., Faller, G. & Rosenbrock, R. (2021). Betriebliche Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i042-2.0>

- Hasselhorn, H.-M. & Freude, G. (2007). *Der Work-Ability-Index: Ein Leitfaden. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Sonder-schrift: S 87*. Wirtschaftsverl. NW Verl. für neue Wissenschaft.
- Herzberg, H. (2018). Biographie und Gesundheit. In H. Lutz, M. Schiebel & E. Tuider (Hrsg.), *Handbuch Biographieforschung* (S. 327–337). Springer.
- Herzlich, C. (1973). *Health and Illness: A Social Psychological Analysis*. ACADEMIC PRESS.
- Herzlich, C. (1998). Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. In U. Flick (Hrsg.), *Gesundheitsforschung. Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (S. 171–180). Juventa.
- Hildebrandt, S., Dehl, T., Zich, K. & Nolting, H.-D. (2023). *Gesundheitsreport 2023: Analyse der Arbeitsunfähigkeiten. Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung: Band 44*. medhochzwei Verlag GmbH.
- Hohmann, C. B., Darius, S., Siegel, L. & Böckelmann, I. (2023). Lärm in Kindertagesstätten als Risikofaktor für die Gesundheit von Erzieherinnen. *ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*(07), 458–465. <https://doi.org/10.17147/asu-1-288504>
- Hölzle, C. (2009). Gegenstand und Funktion von Biografiearbeit im Kontext Sozialer Arbeit. In C. Hölzle & I. Jansen (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Biografiearbeit* (S. 31–54). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hopf, C. (2012). Qualitative Interviews - ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 349–360). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Housman, J. & Dorman, S. (2005). The Alameda County Study: A Systematic, Chronological Review. *American Journal of Health Education*, 36(5), 302–308. <https://doi.org/10.1080/19325037.2005.10608200>
- Hünersdorf, B. (2021). Betreuung als "entleerte" Sorge? Ein phänomenologisch-existenztanalytischer Versuch. In O. Bilgi, U. Sauerbrey & U. Stenger (Hrsg.), *Betreuung – ein frühpädagogischer Grundbegriff?* (S. 46–59). Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8. Aufl.). Beltz Juventa.
- Jäger-Jürgens, R., Beushausen, U., Barthel, M. & Scholz-Minkwitz, E. (2020). *Aktiv für ihre Gesundheit - nachhaltig in Eigenverantwortung Entwicklung gestalten: Ein Leitfaden für Kindertageseinrichtungen* (Soziale Arbeit und Gesundheit im Gespräch Nr. 16). HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminde/Göttingen. Verfügbar unter: https://www.hawk.de/sites/default/files/2019-12/heft_16_agnees.pdf [Zugriff am: 26.03.2024]
- Jansen, I. (2009). Biografie im Kontext sozialwissenschaftlicher Forschung und im Handlungsfeld pädagogischer Biografiearbeit. In C. Hölzle & I. Jansen (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Biografiearbeit* (S. 17–30). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Jenny, G. J., Bauer, G. F., Forbeck Vinje, H., Brauchli, R., Vogt, K. & Torp, S. (2022). Applying Salutogenesis in the Workplace. In M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, L. Vaandrager, J. M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Lindström & C.

- Meier Magistretti (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (S. 321–336). Springer.
- Jungbauer, J. & Ehlen, S. (2015). Stressbelastungen und Burnout-Risiko bei Erzieherinnen in Kindertagesstätten: Ergebnisse einer Fragebogenstudie. *Gesundheitswesen*, 77(6), 418–423. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1381995>
- Käble, K. & Borgetto, B. (2023). Soziologie der Berufe und Interprofessionalität im Gesundheitswesen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 411–435). Springer.
- Kaul, I., Cloos, P., Simon, S., Thole, W. & Münder, J. (2023). *Rethinking frühkindliche "Bildung, Erziehung und Betreuung": Fachwissenschaftliche und rechtliche Vermessungen zum Bildungsanspruch in der Kindertagesbetreuung*. Expertise im Auftrag des Pestalozzi-Fröbel-Verbandes. Pestalozzi-Fröbel-Verband e.V. (pfv).
- Kelle, U. (2011). „Emergence“ oder „Forcing“? Einige methodologische Überlegungen zu einem zentralen Problem der Grounded-Theory. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 235–260). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kelle, U. & Kluge, S. (2010). *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung* (2. Aufl.). *Qualitative Sozialforschung: Bd. 15*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kickbusch, I. & Hartung, S. (2014). *Die Gesundheitsgesellschaft: Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik* (2. Aufl.). Hans Huber.
- Kleemann, F., Westerheide, J. & Matuschek, I. (2019). *Arbeit und Subjekt: Aktuelle Debatten der Arbeitssoziologie*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-23260-3>
- Klein, J. & Knesebeck, v. d. O. (2023). Soziale Einflüsse auf die gesundheitliche Versorgung. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 367–380). Springer.
- Klusemann, S., Rosenkranz, L. & Schütz, J. (2020). *Professionelles Handeln im System: Perspektiven pädagogischer Akteur*innen auf die Personalsituation in Kindertageseinrichtungen (HiSKiTa)*. Bertelsmann Stiftung. <https://doi.org/10.11586/2020040>
- Knauf, H. (2009). "Ich will Erzieher/-in werden". Warum brandenburgische Fachschülerinnen und -schüler sich für den Beruf der/des Erzieher/in entscheiden. *KiTa aktuell*, 18(3), 52–54. <https://doi.org/10.25656/01:7467>
- Knauf, H. (2020). Digitalisierung in Kindertageseinrichtungen: Das Beispiel Bilddokumentation aus der Perspektive pädagogischer Fachkräfte in Deutschland und Neuseeland. *Z.f.Päd.*, 66(2), 233–250.
- Knauf, T., Düx, G., Schlüter, D. & Gärtner, P. (2023). *Handbuch pädagogische Ansätze: Praxisorientierte Konzeptions- und Qualitätsentwicklung in Kindertageseinrichtungen* (4. Aufl.). *Frühe Kindheit. Pädagogische Ansätze*. Cornelsen.
- Knobloch, U. (2013). Sorgeökonomie als kritische Wirtschaftstheorie des Sorgens. In H. Baumann, I. Bischel, M. Gemperle, U. Knobloch, B. Ringger & H. Schatz (Hrsg.), *Care statt Crash: Sorgeökonomie und die Überwindung des Kapitalismus* (S. 9–23). edition 8.
- Kohli, M. (1988). Normalbiographie und Individualität: Zur institutionellen Dynamik des gegenwärtigen Lebenslaufregimes. In H.-G. Brose & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Biographie und Gesellschaft: Band 4. Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende* (S. 33–54). Leske + Budrich.

- Kohli, M. & Robert, G. (1984). Einleitung. In M. Kohli & G. Robert (Hrsg.), *Biographie und soziale Wirklichkeit: Neue Beiträge und Forschungsperspektiven* (S. 1–6). J.B. Metzler.
- Koufman, J. A. & Isaacson, G. (1991). The Spectrum of Vocal Dysfunction. *The Otolaryngologic Clinics of North America*, 24(5), 985–988.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2. Aufl.). *Grundlagentexte Methoden*. Beltz Juventa.
- Kuger, S., Haas, W., Kalicki, B., Loss, J., Buchholz, U., Fackler, S., Finkel, B., Grgic, M., Jordan, S., Lehfeld, A.-S., Maly-Motta, H. L., Neuberger, F., Wurm, J., Braun, D., Iwanowski, H., Kubisch, U., Maron, J., Sandoni, A., Schienkewitz, A. & Wieschke, G. J. (2022). *Kindertagesbetreuung und Infektionsgeschehen während der COVID-19-Pandemie: Abschlussbericht der Corona-KiTa-Studie*. <https://doi.org/10.3278/9783763973279>
- Kuhrmeier, M., Darius, S., Lysak, M., Zavgorodnij, I. & Böckelmann, I. (2024). Zusammenhang zwischen Overcommitment und Burnout-Risiko bei ukrainischen und deutschen Kindergärtnerinnen. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 74(2), 77–84. <https://doi.org/10.1007/s40664-023-00519-8>
- Lattner, K. (2015). *Arbeitsbezogene Belastungen, Stressbewältigungsstrategien, Ressourcen und Beanspruchungsfolgen im Erzieherinnenberuf: Eine Querschnittsanalyse zur psychischen Gesundheitssituation von fröhpädagogischen Fachkräften in Niedersachsen*. Dissertationsschrift. Verfügbar unter: https://refubium.fub-berlin.de/bitstream/fub188/10849/1/Dissertation_Katrin_Lattner_2016_Online_version.pdf [Zugriff am: 10.06.2024]
- Law, M., Polatajko, H., Carswell, A., McColl, M. A., Pollock, N. & Baptiste, S. (2009). Das kanadische Modell der »occupational performance« und das »Canadian Occupational Performance Measure«. In C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, P. Weber & B. M. Hack (Hrsg.), *Ergotherapie - Reflexion und Analyse. Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (S. 155–170). Springer.
- Legewie, H. & Schervier-Legewie, B. (2004). "Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spaß machen". *Forum Qualitative Sozialforschung*, 5(3). <https://doi.org/10.17169/fqs-5.3.562>
- Lipowski, H., Spiekermann, N. & Fuchs-Rechlin, K. (2020). Handlungsanforderungen Gesundheitsförderung in Kitas im Überblick. In Deutsches Jugendinstitut/ Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (Hrsg.), *WiFF Wegweiser Weiterbildung: Bd. 14. Gesundheitsförderung in Kitas. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. Ein Wegweiser der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte* (S. 38–80). Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI).
- Lohaus, D. & Habermann, W. (2018). *Präsentismus: Krank zur Arbeit – Ursachen, Folgen, Kosten und Maßnahmen*. Springer.
- Losch, D. (2016a). Lärm als Stressor in der Kindertagesstätte: Eine qualitative Studie. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 66(1), 20–28. <https://doi.org/10.1007/s40664-015-0037-9>
- Losch, D. (2016b). Subjektive Beurteilung des Lärms in Kindertagesstätten durch die MitarbeiterInnen. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 66(2), 84–91. <https://doi.org/10.1007/s40664-015-0057-5>

- Loss, J., Kuger, S., Buchholz, U., Lehfeld, A.-S., Varnaccia, G., Haas, W., Jordan, S., Kalicki, B., Schienkiewitz, A. & Rauschenbach, T. (2021). Infektionsgeschehen und Eindämmungsmaßnahmen in Kitas während der COVID-19-Pandemie – Erkenntnisse aus der Corona-KiTa-Studie. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(12), 1581–1591. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03449-z>
- Maercker, A. & Forstmeier, S. (Hrsg.). (2013). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung*. Springer.
- Marotzki, W. (1999). Forschungsmethoden und -methodologie der Erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung. In H.-H. Krüger & W. Marotzki (Hrsg.), *Handbuch der erziehungswissenschaftlichen Biographieforschung* (S. 109–133). Leske und Budrich.
- Marotzki, W. (2012). Qualitative Biographieforschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 175–186). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Marschall, J., Hildebrandt, S., Kleinlercher, K.-M. & Nolting, H.-D. (2020). *Gesundheitsreport 2020. Stress in der modernen Arbeitswelt: Sonderanalyse: Digitalisierung und Homeoffice in der Corona-Krise* (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung). Verfügbar unter: <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/12648/data/05502d6e5b48a73d150d6d3d917298ce/studie-dak-gesundheitsreport-2020.pdf> [Zugriff am: 02.03.2024]
- Maywald, J. (2018). Ein Kinderschutzkonzept für die Kita erarbeiten. *Das Leitungsheft | kindergarten heute*(04), 26–29. Verfügbar unter: <https://www.herder.de/kiga-heute/leitungsheft/archiv/2018-11-jg/4-2018/ein-kinderschutzkonzept-fuer-die-kita-erarbeiten/> [Zugriff am: 11.03.2024]
- Meinefeld, W. (2012). Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 265–275). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Mette, J. & Harth, V. (2017). Das Kohärenzgefühl im Arbeitskontext: Bedeutung des Konstrukts für die Gesundheit von Beschäftigten und die betriebliche Gesundheitsförderung. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 67(4), 240–244. <https://doi.org/10.1007/s40664-017-0168-2>
- Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.). (2011). *Grounded Theory Reader*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer, T., Karbach, U., Holmberg, C., Güthlin, C., Patzelt, C. & Stamer, M. (2012). Qualitative Studien in der Versorgungsforschung - Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. *Gesundheitswesen*, 74, 510–515. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1323693>
- Michaelis, M., Stöbel, U., Bieler, F., Schambortski, H. & Nienhaus, A. (2022). Organisation und Umsetzung des Arbeitsschutzes in Kitas. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 72(3), 99–106. <https://doi.org/10.1007/s40664-021-00454-6>
- Mittelmark, M. B. & Bauer, G. F. (2022). Salutogenesis as a Theory, as an Orientation and as the Sense of Coherence. In M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, L. Vaandrager, J. M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Lindström & C. Meier Magistretti (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (S. 11–17). Springer.
- Morris, D. B. (2000). *Krankheit und Kultur: Plädoyer für ein neues Körperverständnis*. Verlag Antje Kunstmann.

- Nassehi, A. (2019). Die Form der Biographie. Theoretische Überlegungen zur Biographieforschung in methodologischer Absicht. *BIOS – Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen*, 32(1-2), 136–154. <https://doi.org/10.3224/bios.v32i1-2.12>
- Nentwig-Gesemann, I., Fröhlich-Gildhoff, K., Harms, H. & Richter, S. (2011). *Professionelle Haltung - Identität der Fachkraft für die Arbeit mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren: Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF)*. *WiFF-Expertisen: Bd. 24*. Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI).
- Niedersächsisches Kultusministerium. (2023). *Orientierungsplan für Bildung und Erziehung: Gesamtausgabe*. Verfügbar unter: <https://www.mk.niedersachsen.de/download/4491> [Zugriff am: 02.06.2024]
- Nürnberg, C. & Schmidt, M. (2018). *Der Erzieherinnenberuf auf dem Weg zur Profession: Eine Rekonstruktion des beruflichen Selbstverständnisses im Kontext von Biographie und Gesellschaft*. Barbara Budrich.
- Oerter, R. & Montada, L. (Hrsg.). (2008). *Entwicklungspsychologie* (6. Aufl.). Beltz.
- Ohlbrecht, H. (2018). Arbeitswelt und Gesundheit: Ein gesundheitssoziologischer Blick auf die Herausforderungen der Arbeitswelt 4.0. In H. Ohlbrecht & A. Seltrecht (Hrsg.), *Gesundheit und Gesellschaft. Medizinische Soziologie trifft Medizinische Pädagogik* (S. 117–137). Springer.
- Ohlbrecht, H. (2021). Arbeit und Gesundheit: Arbeitsfreude und Arbeitsleid in der „schönen neuen Arbeitswelt“. *Sozialer Fortschritt*, 70(4), 189–206. <https://doi.org/10.3790/sfo.70.4.189>
- Ohlbrecht, H. (2023). Die qualitative Analyse von Gesundheit und Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 79–97). Springer.
- Ohlbrecht, H. & Jellen, J. (2020). Zur biografischen Perspektive in der qualitativen Gesundheitsforschung – eine Annäherung. In Netzwerk qualitative Gesundheitsforschung (Hrsg.), *Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung* (S. 116–136). Beltz Juventa.
- Ohlbrecht, H. & Jellen, J. (2022). Perspektiven und Chancen qualitativer Gesundheitsforschung. *ZQF – Zeitschrift für Qualitative Forschung*, 23(2), 141–147. <https://doi.org/10.3224/zqf.v23i2.01>
- Paul, J., Merz, S., Bergholz, A., König, F., Weigt, J., Eich-Krohm, A., Apfelbacher, C. & Holmberg, C. (2023). Social health: rethinking the concept through social practice theory and feminist care ethics. *Medical humanities*, 49(4), 752–759. <https://doi.org/10.1136/medhum-2022-012535>
- Perrig-Chiello, P. (2003). Die multiplen Facetten von Gesundheitsbiographien. In P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Hrsg.), *Gesundheitsbiographien: Variationen und Hintergründe* (S. 7–14). Hans Huber.
- Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (Hrsg.). (2003). *Gesundheitsbiographien: Variationen und Hintergründe*. Hans Huber.
- Pinquart, M. & Fröhlich, C. (2009). Psychosocial resources and subjective well-being of cancer patients. *Psychology & health*, 24(4), 407–421. <https://doi.org/10.1080/08870440701717009>
- Preißer, R. (2002). *Möglichkeiten zur beruflichen Neuorientierung angesichts diskontinuierlicher Erwerbsbiographien*. Verfügbar unter: http://www.die-bonn.de/esprid/dokumente/doc-2002/preisser02_01.pdf [Zugriff am: 18.03.2024]

- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2010). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. Lehr- und Handbücher der Soziologie*. Oldenbourg.
- Razum, O. & Kolip, P. (2020). Gesundheitswissenschaften: eine Einführung. In O. Razum & P. Kolip (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 19–43). Beltz Juventa.
- Reichert, J. (2011). Abduktion: Die Logik der Entdeckung der Grounded Theory. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (279–297). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Reichert, J. & Wilz, S. (2016). Welche Erkenntnistheorie liegt der GT zugrunde? In C. Equit & C. Hohage (Hrsg.), *Handbuch Grounded Theory: Von der Methodologie zur Forschungspraxis* (S. 48–66). Beltz Juventa.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.). (2023a). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Springer.
- Richter, M. & Hurrelmann, K. (2023b). Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 1–19). Springer.
- Richter-Kornweitz, A. (2020). Gesundheitsförderung in der Kita – eine Aufgabe für Politik, Wissenschaft und Fachpraxis. In Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (Hrsg.), *WiFF Wegweiser Weiterbildung: Bd. 14. Gesundheitsförderung in Kitas. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. Ein Wegweiser der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte* (S. 15–23). Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJJ).
- Robert Bosch Stiftung. (2011). *Qualifikationsprofile in Arbeitsfeldern der Pädagogik der Kindheit: Ausbildungswege im Überblick*. Robert Bosch Stiftung. Verfügbar unter: https://www.bvkt.de/media/pik_qualifikationsprofile_1_.pdf [Zugriff am: 02.06.2024]
- Rothe, A. (2019). *Professionalität und Biografie: Eine qualitative Studie zur Bedeutung biografischer Erfahrungen für die professionelle Identität frühpädagogischer Fachkräfte* (1. Aufl.). Beltz Juventa.
- Rothe, A. (2024). Förderprogramme in Kindertageseinrichtungen zwischen Orientierungsangebot und Zumutung. In R. Bohnsack, T. Sturm & B. Wager (Hrsg.), *Konstituierende Rahmung und professionelle Praxis: Pädagogische Organisationen und darüber hinaus* (S. 89–110). Barbara Budrich.
- Rudow, B. (2007). *Arbeitsschutz, Belastungen und Belastungsbewältigungen bei Erzieherinnen (ABBE-Projekt): Abschlussbericht*. Hans-Böckler-Stiftung. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf_fof/96714.pdf [Zugriff am: 15.07.2024]
- Rudow, B. & Fischer, B. (2023). *Gesundheit, Belastung und Arbeitszufriedenheit von frühpädagogischen Fachkräften: Theorie - Diagnostik - Prävention - Gesundheitsförderung* (1. Aufl.). Waxmann.
- Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr & Sächsisches Staatsministerium für Kultus. (2019). *Gesund arbeiten in der Kita: Handbuch für Kita-Träger und Kita-Leitungen zum Arbeitsschutz und zur betrieblichen Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter: <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/29759/documents/52886> [Zugriff am: 02.06.2024]
- Sander, K. (2012). Interaktionsordnung. Zur Logik des Scheiterns und Gelingens professioneller Praxen. In A. Hanses & K. Sander (Hrsg.), *Interaktionsordnungen: Gesundheit als soziale Praxis* (S. 15–34). Springer VS.

- Scheele, B. & Groeben, N. (1988). *Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion subjektiver Theorien: Die Heidelberger Struktur-Lege-Technik (SLT), konsensuale Ziel-Mittel-Argumentation und kommunikative Flußdiagramm-Beschreibung von Handlungen*. Francke Verlag. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-10293> [Zugriff am: 05.04.2024]
- Schmidt, B. (2022). Gesellschaftliche Konstruktion von Gesundheit und Krankheit. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (2. Aufl., S. 229–236). Springer.
- Schmidt, J. & Schröder, H. (2010). Präsentismus – Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report. Fehlzeiten-Report 2009: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern (German Edition)* (S. 93–100). Springer.
- Schmok, A. (2010). Brandenburger Kitas sind ein Ort der Gesundheitsförderung: Das Netzwerk Gesunde Kita in Brandenburg. In *Ratgeber. Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst* (S. 56–59). Verfügbar unter: https://www.kita-bildungsserver.de/wp-content/themes/kita-bildungsserver.de/inc/dokumente_zum_download_ausliefern.inc.php?did=1029 [Zugriff am: 05.03.2024]
- Schneewind, J., Böhmer, N., Granzow, M. & Lattner, K. (2012). *Abschlussbericht des Forschungsprojektes „Studie zur Kompetenz und Zufriedenheit von Erzieherinnen in Niedersachsen“*. Hochschule Osnabrück. Verfügbar unter: https://www.nifbe.de/pdf_show_projects.php?id=118 [Zugriff am: 04.03.2024]
- Schnerring, A. & Verlan, S. (2020). *Equal Care: Über Fürsorge und Gesellschaft* (1. Aufl.). Verbrecher Verlag.
- Schreyer, I., Krause, M., Brandl-Knefz, M. & Nicko, O. (2015). Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit und das Auftreten von beruflichen Gratifikationskrisen bei Kita-Mitarbeiter/innen in Deutschland. *Frühe Bildung*, 4(2), 71–82. <https://doi.org/10.1026/2191-9186/a000201>
- Schütze, F. (1982). Narrative Repräsentation kollektiver Schicksalsbetroffenheit. In E. Lämmert (Hrsg.), *Erzählforschung: Ein Symposium* (S. 568–590). Metzler.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13(3), 283–293. Verfügbar unter: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/5314> [Zugriff am: 06.04.2024]
- Schütze, F. (1987). *Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien: erzähl-theoretische Grundlagen: Teil I Merkmale von Alltagserzählungen und was wir mit ihrer Hilfe erkennen können*. Fernuniversität Hagen.
- Schütze, F. (2016). Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In F. Schütze (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Prozessanalyse: Grundlagen der qualitativen Sozialforschung* (S. 117–149). Verlag Barbara Budrich.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. Aufl.). Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik*, 44, 28–53. <https://doi.org/10.25656/01:3930>
- Seltrecht, A. & Dellori, C. (2015). Zur Bedeutung der Kategorie "Biografie" im beruflichen Handeln von Pflegefachkräften. *sozialersinn. Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung*, 16(2), 123–142.
- Siegrist, J. & Dragano, N. (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben: Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. *Bundesgesund-*

- heitsblatt, *Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 51(3), 305–312. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0461-5>
- Sinn-Behrendt, A., Sica, L., Bopp, V. & Bruder, R. (2015). *Projekt ErgoKiTA: Prävention von Muskel-Skelett-Belastungen bei Erzieherinnen und Erziehern in Kindertageseinrichtungen* (IFA-Report Nr. 2). Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3012> [Zugriff am: 17.06.2024]
- Specht-Tomann, M. (2018). *Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege* (3. Aufl.). Springer.
- Sperlich, S. (2023). Handlungsorientierte Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 43–57). Springer.
- Spieß, K. & Storck, J. (2016). *Fachkräfte in der frühen Bildung – Erwerbssituation, Einstellungen und Änderungswünsche: Eine Analyse auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) und Familien in Deutschland (FiD)*. Hans-Böckler-Stiftung.
- Statistisches Bundesamt. (2022a). *Beschäftigungsumfang des pädagogischen Personals in KiTas: KiTas mit Horten*. Verfügbar unter: <https://www.laendermonitor.de/de/vergleich-bundeslaender-daten/personal-und-einrichtungen/paedagogisches-personal/beschaeftigungsumfang-1> [Zugriff am: 22.02.2024]
- Statistisches Bundesamt. (2022b). *Geschlecht des pädagogischen KiTa-Personals: KiTas mit Horten*. Verfügbar unter: <https://www.laendermonitor.de/de/vergleich-bundeslaender-daten/personal-und-einrichtungen/paedagogisches-personal/geschlecht-1> [Zugriff am: 22.02.2024]
- Statistisches Bundesamt. (2022c, 1. März). *Altersstruktur des pädagogischen KiTa-Personals: KiTas mit Horten*. Verfügbar unter: <https://www.laendermonitor.de/de/vergleich-bundeslaender-daten/personal-und-einrichtungen/paedagogisches-personal/altersstruktur-1> [Zugriff unter: 22.02.2024]
- Steinke, I. (2012). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (S. 319–331). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). *Präsentismus: Ein Review zum Stand der Forschung*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
- Strauss, A. (1998). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. W. Fink UTB.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Beltz.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2016). Methodological Assumptions. In C. Equit & C. Hohage (Hrsg.), *Handbuch Grounded Theory: Von der Methodologie zur Forschungspraxis* (S. 128–140). Beltz Juventa.
- Strübing, J. (2011). Zwei Varianten von Grounded Theory? Zu den methodologischen und methodischen Differenzen zwischen Barney Glaser und Anselm Strauss. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 261–277). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Strübing, J. (2021). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatischen Forschungsstils* (4. Aufl.). Springer.
- Techniker Krankenkasse. (2022). *Präsentismus in einer zunehmend mobilen Arbeitswelt: Datenanalyse und aktuelle Studienlage 2022*. Techniker Krankenkasse.

- Verfügbar unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2143236/e7a6b3beba55964a56d7072f374a5e78/dossier-praesentismus-data.pdf> [Zugriff am: 02.06.2024]
- Trojan, A. & Hildebrandt, H. (1989). Konzeptionelle Überlegungen zu gesundheitsbezogener Netzwerkförderung auf lokaler Ebene. In W. Stark (Hrsg.), *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsfürsorge - Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis* (S. 97–116). Lambertus.
- Ulukut, J. (2020). Kompetenzentwicklung. In Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (Hrsg.), *WiFF Wegweiser Weiterbildung: Bd. 14. Gesundheitsförderung in Kitas. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. Ein Wegweiser der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte* (S. 84–90). Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI).
- Vaandrager, L. (2022). Salutogenesis Theory and Methods: Developments, Innovations and Next Steps. In M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, L. Vaandrager, J. M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Lindström & C. Meier Magistretti (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (S. 565–567). Springer.
- Viernickel, S. (2022). Qualität in Kindertageseinrichtungen. In H. Reinders, D. Bergs-Winkels, A. Prochnow & I. Post (Hrsg.), *Lehrbuch. Empirische Bildungsforschung: Eine elementare Einführung* (S. 453–474). Springer VS.
- Viernickel, S. & Schwarz, S. (2009). *Schlüssel zu guter Bildung, Erziehung und Betreuung: Wissenschaftliche Parameter zur Bestimmung der pädagogischen Fachkraft-Kind-Relation*. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft.
- Viernickel, S. & Voss, A. (2013). *STEGE - Strukturqualität und Erzieher_innen-gesundheit in Kindertageseinrichtungen: Wissenschaftlicher Abschlussbericht*. Verfügbar unter: <https://www.gew.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=20674&token=9d0413d1612a043e64cd74e9e71d51fcfe9d13ec&sdownload=> [Zugriff unter: 26.02.2024]
- Vilkman, E. (2000). Voice problems at work: A challenge for occupational safety and health arrangement. *Folia phoniatrica et logopaedica*, 52(1-3), 120–125. <https://doi.org/10.1159/000021519>
- Vincent-Höper, S., Gude, M. & Kersten, M. (2015). *Ergebnisbericht. "VitaKita"-Studie: Ergebnisse einer bundesweiten Onlinestudie*. Universität Hamburg, und Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW). Verfügbar unter: <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/medien-arbeits-hilfen/medien-center/die-psychische-gesundheit-von-paedagogischem-fachpersonal-in-22488> [Zugriff am: 04.03.2024]
- Vonneilich, N. & Franzkowiak, P. (2022). Soziale Unterstützung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i110-3.0>
- Voss, A. & Schumann, M. (2020). Gesundheit von pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. In Deutsches Jugendinstitut/Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (Hrsg.), *WiFF Wegweiser Weiterbildung: Bd. 14. Gesundheitsförderung in Kitas. Grundlagen für die kompetenzorientierte Weiterbildung. Ein Wegweiser der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte* (S. 24–33). Deutsches Jugendinstitut e.V. (DJI).
- Weber, M. (1976). *Soziologische Grundbegriffe* (3. Aufl.). *Uni-Taschenbücher: Bd. 541*. J. C. B. Mohr P. Siebeck.

- Wehner, U. (2021). Frühe Bildung, Betreuung und Erziehung – programmatisch mit-tendrin, theoretisch marginalisiert: Über Schwierigkeiten und Möglichkeiten, Be-treuung systematisch als ein (früh)pädagogisch vollwertiges Moment zu achten. In O. Bilgi, U. Sauerbrey & U. Stenger (Hrsg.), *Betreuung – ein frühpädagogi-scher Grundbegriff?* (S. 12–26). Beltz Juventa.
- Werner, E. E. (1997). Vulnerable but invincible: high risk children from birth to adult-hood. *Acta Paediatr, Suppl* 422, 103–105. Verfügbar unter: <https://online.library.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.1997.tb18356.x> [Zugriff am: 20.02.2024]
- Wertfein, M., Müller, K. & Kofler, A. (2012). *Kleine Kinder – großer Anspruch! 2010: Zweite IFP-Krippenstudie zur Qualitätssicherung in Tageseinrichtungen für Kinder unter drei Jahren*. Staatsinstitut für Frühpädagogik (IFP).
- Winker, G. (2015). *Care Revolution: Schritte in eine solidarische Gesellschaft. X-Texte zu Kultur und Gesellschaft*. Transcript.
- Wolters Kluwer. (2020). *DKLK-Studie 2020: Kita-Leitung zwischen Digitalisierung und Personalmangel*. Wolters Kluwer. Verfügbar unter: https://deutscher-kita-leitungskongress.de/wp-content/uploads/2023/01/DKLG_Studie_2020_.pdf [Zugriff am: 11.03.2024]
- World Health Organization. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Ver-fügbar unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Zugriff am: 20.02.2024]
- World Health Organization. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms*. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1> [Zugriff am: 24.05.2024]



Jana Costa, Helge Kminek,
Teresa Ruckelshauß,
Mandy Singer-Brodowski,
Johanna Weselek (Hrsg.)

Bildung für nachhaltige Entwicklung: Kontroversen und Debatten

*Schriftenreihe „Ökologie und Erziehungswissenschaft“ der
Kommission Bildung für nachhaltige Entwicklung der
Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE)
2025 • 164 Seiten • kart. • 44,90 € (D) • 46,20 € (A)
ISBN 978-3-8474-3144-2 • eISBN 978-3-8474-3281-4 (Open Access)*

Dieser Band setzt sich mit drängenden Fragen im Forschungsfeld Bildung für nachhaltige Entwicklung auseinander: Wie lassen sich normative Zielsetzungen und die Ergebnisoffenheit von Bildungsprozessen in Einklang bringen? Welche neuen Perspektiven eröffnen sich für die berufliche Professionalität im Kontext von BNE? Wie kann mit Herausforderungen, wie negativen Emotionen angesichts globaler Krisendiagnosen, umgegangen werden? Die Beiträge widmen sich konkreten Ansätzen und interdisziplinären Schnittstellen und greifen dabei zentrale Kontroversen und Debatten im Forschungsfeld auf.



Jörg Maywald

Kinderschutz in der Kindertagespflege

Eine kinderrechtsbasierte Einführung

Pädagogische Einsichten: Praxis und Wissenschaft im Dialog, Band 4
2025 • 127 Seiten • kart. • 14,90 € (D) • 15,40 € (A)
ISBN 978-3-8474-3087-2 • eISBN 978-3-8474-3220-3

Jedes Kind hat das Recht auf Schutz vor Gefahren für sein Wohl. Körperliche, seelische und sexualisierte Gewalt im Bereich der Familie gehören ebenso dazu wie Fehlverhalten und Gewalt durch Kindertagespflegepersonen.

Der Autor stellt dar, was unter einem kinderrechtsbasierten Kinderschutz zu verstehen ist. Anhand zahlreicher Beispiele erörtert er, welche Maßnahmen zur Prävention und Intervention notwendig sind, damit Kindertagespflegestellen zu sicheren Orten für Kinder werden.

Maria Barthel

Subjektive Gesundheitstheorien pädagogischer Kräfte

Eine qualitativ-rekonstruktive Studie im Kontext von
Biografie und Erwerbsarbeit in Kindertageseinrichtungen

Was bedeutet Gesundheit für pädagogische Kräfte? Die qualitative Interviewstudie untersucht die subjektiven Gesundheitstheorien pädagogischer Kräfte, die mit Kindern unter drei Jahren in Kindertageseinrichtungen arbeiten. Die Autorin rekonstruiert die biografischen, arbeitsplatzspezifischen und lebensweltlichen Bedingungen, die das subjektive Gesundheitshandeln und -verständnis in der Care-Arbeit prägen. Ihre Ergebnisse eröffnen den Blick auf das Verhältnis von gesundheitsbezogenen, individuellen und kollektiven Fürsorge- und Selbstsorgestrategien in der Arbeits- und Lebenswelt. Damit bietet das Buch eine theoretische Basis, mit biografischer und salutogenetischer Perspektive die Gesundheit pädagogischer Kräfte zu betrachten und für Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention nutzbar zu machen.

Die Autorin: Dr. Maria Barthel, wissenschaftliche Mitarbeiterin (Netzwerk- und Forschungscoordination) im Studiengang Therapiewissenschaften/ Studienrichtung Logopädie am Gesundheitscampus Göttingen, Fakultät Ingenieurwissenschaften und Gesundheit an der HAWK Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst Hildesheim/Holzminden/Göttingen

ISBN 978-3-96665-109-7



9 783966 651097

www.budrich-academic-press.de