

Fachhochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Studiengang Ergotherapie, Logopädie & Physiotherapie

Bachelorarbeit

Thema

**Möglichkeiten der niedrigschwelligen Gesundheitsförderung durch
Logopädinnen in einem offenen Familientreff –
eine qualitativ-explorative Studie**

Erstprüferin:	Prof. Dr. Hilke Hansen
Zweitprüferin:	Prof. Dr. habil. Bernhard Borgetto
Bearbeiterin:	Marion Bley
Matrikelnummer:	396062
Ausgabedatum:	30.04.2010
Abgabedatum:	28.06.2010

Zusammenfassung

Die Forschungsarbeit „Möglichkeiten der niedrigschwelligen Gesundheitsförderung durch Logopädinnen in einem offenen Familientreff – eine qualitativ-explorative Studie“ von Marion Bley eröffnet eine Sicht auf Gesundheitsförderung durch Logopädinnen im Bereich „Kindersprache“. Der Text zeigt die benachteiligte Lage von Kindern aus Armutslagen im gesundheitlichen Bereich und ihre Risiken hinsichtlich einer gesunden Sprachentwicklung. Sozial schwache Familien sind durch Angebote der Gesundheitsförderung schwer zu erreichen und brauchen niedrigschwellige Zugänge. In Deutschland existieren derzeit keine logopädischen Konzepte zu diesem Bereich. In der Arbeit werden Theorien des Schutzfaktorenkonzeptes, der Bindung, des intuitiven frühen Dialoges und der seelischen Gesundheit zu einer Idee der „Gesunden Kommunikation“ verbunden. Die Möglichkeiten zur Umsetzung dieser Idee in einem Setting, das niedrigschwellige Ansätze benötigt, werden von der Autorin basisnah erforscht. Sie begibt sich mehrere Wochen in einen offenen Familientreff im sozialen Brennpunkt. Durch teilnehmende Beobachtung und praktische Methoden, die sich an die Aktionsforschung anlehnen, untersucht die Verfasserin die Zugänge zu den Beteiligten. Die Interessen, Motivationen und Blickwinkel der Teilnehmerinnen und ihre kommunikativen Gewohnheiten stehen im Mittelpunkt der Studie. Durch die begleitende Auswertung des offenen Kodierens, einer Methode der Grounded Theory, entsteht ein spiralförmiger Forschungsprozess. Neue Blickwinkel und Fragestellungen und praktische Erprobungen wechseln sich dabei ab. Am Ende des Prozesses zeigen sich als Ergebnis Chancen und Schwierigkeiten des offenen Settings für logopädische gesundheitsförderliche Interventionen. Angebote, die eine Partizipation von den Teilnehmerinnen verlangen, erweisen sich als schwer umsetzbar. Die Autorin entwickelt aus den Auswertungen Überlegungen zu den blockierenden Faktoren für die Beteiligten in Bezug auf eine Partizipation. Ein fehlendes Zugehörigkeitsgefühl der Teilnehmerinnen zu der Gruppe erweist sich dabei als einflussreicher Aspekt. Die größten Möglichkeiten liegen für die Verfasserin im direkten Kontakt zu den Teilnehmern und der Face-to-Face-Kommunikation. Darin eröffnen sich Wege, Einzelne in Bezug auf Aspekte einer „gesunden Kommunikation“ dialogisch zu erreichen.

Schlüsselwörter: Logopädie, Gesundheitsförderung, Kindersprache, niedrigschwellig, Partizipation, teilnehmende Beobachtung, Aktionsforschung

Summary

The research study “opportunities for low-threshold health promotion by speech and language therapists in the open family club - an qualitative exploratory study” by Marion Bley opens up a view on health promotion by speech and language therapists in the field of child language. The text shows the disadvantaged position of children in poverty situations in the health sector and their risks in terms of a healthy language development. Deprived families are difficult to reach by health care offers and thus need low-threshold access to these offers. In Germany there are currently no speech and language therapy approaches to this area. In this paper the author combines theories of the concept of protective factors, the Attachment Theory and theories of intuitive early dialogue and mental health to the concept of "Healthy Communication". The possibilities for implementing this idea in a setting that needs these low-threshold approaches are being studied by the author at grass-roots level. For several weeks she attends an open family club in a deprived area. Through participating observation and practical methods which are closely related to the action research, the author examines the approach towards the participants. The interests, motivations and perspectives of the participants and their communication habits are the focus of the study. The parallel evaluation of the open coding, a method from the “Grounded Theory”, creates a spiraled research process, alternating new perspectives and issues and practical trials. At the end of the process, opportunities and difficulties of open settings for health-promoting interventions in speech and language therapy will be shown as a result. Offers that require participation by the attendees prove to be difficult to implement. From the results of the evaluation the author develops thoughts regarding the blocking factors for the attendees in terms of a participation. A lack of sense of belonging to the group turns out to be an influential aspect for the participants. In the author's opinion, direct contact with the participants and face-to-face communication provide the best opportunities for reaching individuals in terms of a "healthy communication" on a dialogue basis.

Key words: Speech and language therapy, health promotion, child language, low-threshold, participation, participating observation, action research

Alle Veränderung erzeugt Angst.
Und die bekämpft man am besten,
indem man das Wissen verbessert.

Ihno Schneevoigt



INHALT	I
TABELLENVERZEICHNIS	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
1 EINLEITUNG	1
1.1 FORSCHUNGSINTERESSE	1
1.2 AUFBAU DER ARBEIT	4
1.3 THEORETISCHER HINTERGRUND	5
1.3.1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG	5
1.3.1.1 Begriff „Gesundheitsförderung“	5
1.3.1.2 Rahmenbedingungen und Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland	7
1.3.1.3 Zentrale Konzepte der niedrigschwelligen Gesundheitsförderung	10
1.3.1.3.1 Empowerment	13
1.3.1.3.2 Partizipation	14
1.3.1.4 Gestaltung niedrigschwelliger Zugangswege	15
1.3.2 SEELISCHE /SOZIALE GESUNDHEIT IM BEZUG ZUR KOMMUNIKATION UND DEM RISIKOFAKTOR DER ARMUT	17
1.3.2.1 Bindung	20
1.3.2.1.1 Bindung und Sprachentwicklung	20
1.3.2.2 Der frühe Dialog und die Sprachentwicklung	21
1.3.2.3 Zusammenfassung der aufgeführten Konzepte und der Zusammenhang zu einer „Gesunden Kommunikation“	24
1.3.2.4 Armut, Sprache und Gesundheit	27
1.3.2.4.1 Interventionen für Eltern und Kinder aus der sozial schwachen Schicht	29
1.3.3 GESUNDHEITSFÖRDERUNG VON KINDERN DURCH LOGOPÄDINNEN	31
1.3.3.1 Logopädische Ansätze der Prävention / Gesundheitsförderung im Bereich der Kindersprache in Deutschland	31
1.3.3.2 Ansätze der niedrigschwelligen Gesundheitsförderung im In- und Ausland	31
1.3.3.3 Das Konzept von Mehrgenerationenhäusern	33
2 MATERIAL UND METHODEN	35
2.1 DER ABLAUF DES FORSCHUNGSPROJEKTES	35
2.1.1 DIE TEILNEHMENDE BEOBACHTUNG	38
2.1.2 AKTIONSFORSCHUNG	39
2.2 FELDEINSTIEG	40
2.2.1 VORERWARTUNGEN	40
2.2.2 KONZEPT DES FÜR DIE UNTERSUCHUNG AUSGEWÄHLTEN MEHRGENERATIONENHAUSES	40
2.2.3 AUSWAHL DER UNTERSUCHUNGSGRUPPE	41
2.2.4 BESCHREIBUNG DER UNTERSUCHUNGSGRUPPE	41
2.2.5 ROLLE DER FORSCHERIN IM PROZESS	42
2.3 DIE AUFZEICHNUNG DER DATENBEOBACHTUNG	42
2.4 DIE DATENAUSWERTUNG	43
2.5 KONKRETER ABLAUF DES PRAXISPROJEKTES	44
2.6 GÜTEKRITERIEN	49

2.7	ETHISCHE ASPEKTE	50
3	ERGEBNISSE	52
3.1	UMFELD DER KINDLICHEN SPRACHENTWICKLUNG	52
3.1.1	ZIELGRUPPENENTSPRECHUNG	52
3.1.2	THEMEN UND INTERESSEN	53
3.1.3	MOTIVATION ZUR TEILNAHME AM TREFF	53
3.1.4	KOMMUNIKATION ZWISCHEN ELTERN / ERWACHSENEN UND KINDERN	56
3.2	ZUGANGSWEGE UND PARTIZIPATION	61
3.2.1	DIE ERPROBUNG UNTERSCHIEDLICHER ZUGANGSARTEN	61
3.2.1.1	Gruppengespräche	61
3.2.1.2	Fragebogen	63
3.2.1.3	Infonachmittag	64
3.2.1.4	Vorbereiten einer gemeinsamen Aktion	67
3.2.1.5	Durchführung einer gemeinsamen Aktion	68
3.2.1.6	Informelle Interviews	70
3.2.2	DIE EIGENE ROLLE	70
3.2.3	PARTIZIPATIONSMÖGLICHKEITEN DER TEILNEHMERINNEN	71
3.3	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	74
4	DISKUSSION	79
4.1	DISKUSSION DES METHODISCHEN VORGEHENS	79
4.2	EINBETTUNG IN DEN WISSENSCHAFTLICHEN KONTEXT	82
4.3	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK	86
	LITERATURVERZEICHNIS	88

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 : Methodische Schlüsselemente des Setting-Ansatzes nach Halkow & Engelman 2008.....	13
Tabelle 2: Forschungsergebnisse Bindung und sprachliche Entwicklung	21
Tabelle 3: Forschungsergebnisse Eltern-Kind-Interaktion und Sprachentwicklung	23
Tabelle 4: Forschungsergebnisse Armut und Sprachentwicklung	29
Tabelle 5: Darstellung des gesamten Ablaufes	47
Tabelle 6: Hauptrisikofaktoren für Armut in Bezug zu Besucherinnen des offenen Familientreffs	52
Tabelle 7: Günstige und ungünstige Kommunikationsfaktoren der Teilnehmerinnen.....	57

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell des Zugehörigkeitsgefühls nach Schoenaker 1997	18
Abbildung 2: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept nach Antonovsky im Zusammenhang zum frühen Dialog unter Einbezug der Konzepte von Bindung, Resilienz und seelischer Gesundheit (eigene Darstellung).....	25
Abbildung 3: Die Spirale als Symbol für den Prozess des Praxisprojektes	37
Abbildung 4: Teilnahmemotivationen der Teilnehmerinnen	55
Abbildung 7: Vorbereitete Plakate für den Infonachmittag	66
Abbildung 8: Blumentöpfe bemalen.....	69
Abbildung 9: Dynamik von Aktivität und die Wirkung auf die Partizipation (eigene Darstellung)	71

1 Einleitung

1.1 Forschungsinteresse

Die Chancenungleichheit innerhalb der Gesellschaft in Deutschland findet zurzeit großes öffentliches Interesse. Diese Varianz bezieht sich auf verschiedene Gebiete, wie z. B. den Arbeitsmarkt, den Bildungssektor und den Bereich der Gesundheit. Die Schere zwischen Arm und Reich wird immer größer und zunehmend sind auch Kinder von Armut¹ betroffen. Der „3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung“ von 2008 spricht von einem Armutsrisiko für Kinder in Deutschland von 12% im Jahr² (vgl. Bundesregierung 2008, S.101). Mit einem niedrigen sozialen Status gehen verschiedene Risiken für eine gesunde Entwicklung einher, unter anderem das einer Sprachentwicklungsverzögerung. So heißt es in dem oben erwähnten Bericht: „Nach Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen im Jahr 2005 werden bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weitaus häufiger Entwicklungsverzögerungen und Gesundheitsstörungen festgestellt. Besonders deutlich zeigt sich dies bei Sehstörungen, Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen, Wahrnehmungs- und psychomotorischen Störungen, intellektuellen Entwicklungsverzögerungen, emotionalen und sozialen Störungen sowie psychiatrischen Auffälligkeiten“ (vgl. Bundesregierung 2008, S. 107f). Das dabei gerade die letztgenannten Defizite eng mit den Störungen der Sprachentwicklung zusammenhängen, spricht Grimm an: „Auf der empirischen Grundlage unterschiedlich epidemiologischer Studien kann man heute gesichert davon ausgehen, dass ungefähr 50% der sprachentwicklungsgestörten Kinder psychiatrische Probleme ausbilden“ (vgl. 2003 S. 68).

Kinder der sozial schwachen Schicht frühzeitig in ihrer Sprachentwicklung zu unterstützen, ihnen ein „Extrapolster“ an Sprachkompetenz für die Zukunft mitzugeben, ist sehr schwierig, da ihre Familien schwer erreichbar sind. Will man Angehörige dieser Gruppen erreichen, so funktionieren in der Regel nicht die „Komm-Strukturen“, in denen interessierte Eltern der Mittelschicht z.B. durch Angebote in Bildungshäusern angesprochen wer-

¹ Armut definiert sich nach der familiären Armut, d.h. die Unterschreitung der relativen Einkommensgrenze von 50% des durchschnittlichen Nettoeinkommens in Deutschland, der materiellen Grundversorgung des Kindes, der kulturellen, sozialen und gesundheitlichen Dimension.

² Diese Zahl galt lt. Bericht für das Jahr 2005.

den. Auf dem freien Bildungsmarkt existiert eine Vielzahl an Angeboten für Eltern und Kinder, wie Seminare zu Fingerspielen oder Baby-Bücher-Clubs, welche zum Ziel unter anderem sprachliche Förderung haben. Durch die vorrangige Mittelschichtausrichtung von Angeboten auf dem Gesundheits- und Bildungssektor werden der Unterschied zwischen den sozialen Schichten und damit auch die Chancenungleichheit für Kinder immer größer.

Auf dem Kongress „@ Hildesheim – Multiprofessionelles Forum Gesundheit 2009“ zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ lernte ich den „Setting-Ansatz“ kennen. Diese Schlüsselstrategie der „Weltgesundheitsorganisation“ (WHO) soll vor allem der sozialen Unterschicht niedrigschwellige Zugänge zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung ermöglichen. Durch eine möglichst große Beteiligung der Teilnehmerinnen an der Planung und Umsetzung von Angeboten möchte der Setting-Ansatz für Nachhaltigkeit sorgen. Ergo- und Physiotherapeutinnen stellten auf dem Kongress die Umsetzung dieses Ansatzes im Rahmen ihrer Arbeit vor. In meiner bisherigen langjährigen Tätigkeit als Logopädin mit dem Schwerpunkt „Kindersprache“ begegneten mir keine niedrigschwelligen Konzepte für die Sprachtherapie oder für eine Gesundheitsförderung durch Logopädinnen. Trotz einer intensiven Literaturrecherche und der Suche im öffentlichen Internet konnten keine Ansetze und Umsetzungen in diesem Bereich innerhalb Deutschlands gefunden werden. Logopädische Interventionen finden häufig in der Praxis und weniger im Lebensumfeld der behandelten Personen statt. Eine Ausnahme bilden schwer betroffene neurologische Patienten, bei denen Hausbesuche üblich sind. Kindertherapien finden in der Regel in den Praxisräumen oder im Kindergarten statt. Dabei habe ich als Therapeutin bisweilen den Eindruck, dass die Arbeit die Lebenswelt der Kinder nicht erreicht und eine Umsetzung des Erlernten im Lebensalltag schwierig ist. Das gilt im Besonderen für Eltern und Kinder aus sozial schwachen Schichten, bezüglich denen ein gegenseitiges Verstehen aufgrund der unterschiedlichen Lebenswelten erschwert scheint und die Therapeutin in die Gefahr gerät, am Lebensalltag der Patienten vorbei zu beraten.

An dieser Stelle setzt mein Interesse dieser Arbeit an. Um eine Idee zu bekommen, auf welche Weise niedrigschwellige logopädische Angebote zur Gesundheitsförderung im Bereich „Kindersprache“ sinnvoll aufgebaut werden können, möchte ich ein Verständnis für die Lebenswelt der Adressaten entwickeln. Diese Erfahrung kann eine Basis sein, um An-

gebote nachhaltig und im Sinne der Teilnehmenden nach der Idee des Setting-Ansatzes konzipieren zu können. Daran schließt sich die Frage nach den Inhalten von Gesundheitsförderung für Kinder und deren Eltern durch Logopädinnen im niedrigschwelligen Bereich an. Gesundheitsförderung ist bisher im logopädischen Sinne nicht definiert, obwohl der „Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.“ (dbl) in einer Neufassung der Berufsleitlinien im Jahr 2008 Logopädinnen dazu auffordert, sich in allen Segmenten der Gesundheitsversorgung zu beteiligen, speziell auch im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. dbl, 2009, S.3f). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, was niedrigschwellig gestaltete Inhalte der Logopädie sein können.

In dem Setting eines offenen Familientreffs in einem Mehrgenerationenhaus bin ich diesen Fragestellungen mehrere Wochen lang nachgegangen, um Antworten auf folgende Fragen zu finden:

1) Was kennzeichnet die Umgebung der Kinder und ihrer Sprachentwicklung im Setting des offenen Familientreffs?

- a) Gehören die Besucherinnen der Zielgruppe der Untersuchung an?
 - Weisen die Besucherinnen Risikofaktoren für Armut auf?
 - Wie wird der Sprachstand der Kinder eingeschätzt?
- b) Was sind die Themen der Teilnehmerinnen des Treffs?
- c) Was sind die Teilnahmemotivationen der Besucherinnen am offenen Treff?
- d) Was kennzeichnet die Kommunikation zwischen den Teilnehmerinnen?

2) Wie ist die Erreichbarkeit der Teilnehmerinnen?

- a) Was können positive Zugangswege sein?
- b) Sind eine Partizipation der Teilnehmerinnen und ein gemeinsames Gestalten von Angeboten zu erreichen?

3) Wie kann der organisatorische und didaktische Rahmen sein?

- a) Ist der Rahmen des offenen Familientreffs für Gesundheitsförderung durch Logopädinnen geeignet?
- b) Was können Inhalte der Gesundheitsförderung sein?

1.2 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in fünf Kapitel. Die Einleitung gibt dem Leser eine Vorstellung über das Forschungsinteresse der Autorin und ihre Fragestellungen an das Projekt. Zudem vermittelt sie die notwendigen theoretischen Hintergründe auf denen die Überlegungen des Projektes basieren. Dieser Theorieteil gliedert sich in drei Abschnitte: Teil 1.3.1 gibt dem Leser einen Überblick über den Begriff der Gesundheitsförderung und seine historische Entwicklung. Die wichtigsten Ideen und Instrumente der Gesundheitsförderung finden eine Erklärung. Teil 1.3.2 begründet die Idee der Gesundheitsförderung durch Logopädinnen in Bezug auf die Entwicklung der Sprache durch die Zusammenhänge von „sozialer“ bzw. „seelischer Gesundheit“ und der Kommunikationsfähigkeit. Am Ende des Teils werden die Ausführungen in den Zusammenhang zu dem Risikofaktor der Armut gestellt. Teil 1.3.3 der Arbeit gibt Einblicke in Konzepte der Prävention und der niedrigschwelligen (Gesundheits-)Förderung von Kindern im In- und Ausland und über die Beteiligung von Logopädinnen an diesen Beispielen.

Kapitel 2 gibt einen Überblick über die angewandten Materialien und Methoden des Forschungsprojektes. Die Methoden der Datensammlung und der Datenaufbereitung sowie der Auswertung werden der Leserin vorgestellt. Der gesamte Ablauf der Untersuchung wird dargestellt.

Die Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 3 ist nach den drei Hauptfragestellungen der Arbeit strukturiert. Im ersten Abschnitt des Kapitels widmet sich die Autorin der Lebenswelt und der beobachteten Kommunikation der Teilnehmerinnen der Untersuchung wohingegen sie sich im zweiten Teil mit der Frage nach den Zugangswegen und einer möglichen Partizipation der Besucher auseinandersetzt. Der dritte Part beleuchtet den Rahmen des offenen Familientreffs i. B. auf die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung durch Logopädinnen sowie die passenden Inhalte aus Sicht der Autorin.

In Kapitel 4 werden die Ergebnisse vor dem theoretischen Hintergrund diskutiert. Ebenso findet eine Methodendiskussion statt.

Die Arbeit endet mit einem Fazit und Ausblick in Kapitel 5.

Da es sich um eine qualitative Forschungsarbeit handelt, in der die Sicht der Forscherin sowie das Wahrnehmen und Reflektieren der eigenen Gefühle einen hohen Stellenwert einnehmen, ist die Arbeit ab Kapitel 2 in der ersten Person verfasst.

Die Autorin nutzt zudem überwiegend die weibliche Form in der vorliegenden Arbeit, welche stellvertretend für die männliche Form steht. Da in der Logopädie überwiegend Frauen arbeiten und in dem offenen Familientreff ebenfalls fast ausschließlich Frauen (und Kinder) anwesend sind, erschien der Autorin das Nutzen der weiblichen Form gerechtfertigt. Im Theorieteil wechseln sich weibliche und männliche Formen ab, schließen aber jeweils das andere Geschlecht mit ein.

Die anwesenden Personen im offenen Familientreff werden in der Arbeit wechselnd als „Besucherinnen“, „Teilnehmerinnen“ oder „die Frauen“ bezeichnet.

1.3 Theoretischer Hintergrund

1.3.1 Gesundheitsförderung

1.3.1.1 Begriff „Gesundheitsförderung“

Der Begriff der „Gesundheitsförderung“ lässt sich in Abgrenzung zur „Krankheitsprävention“ (kurz: „Prävention“) verstehen:

Nach Hurrelmann, Klotz & Haisch (vgl. 2009, S. 11) entwickelte sich der Begriff der Prävention aus der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts und setzt sich als wesentliches Ziel die Vermeidung des Auftretens von Krankheiten. Das grundsätzliche Gedankenmodell ist das pathogenetisch geprägte Risikofaktorenmodell: Aus einem Risikoverhalten heraus steigt die Wahrscheinlichkeit eine bestimmte Krankheit zu bekommen. Beispielsweise haben Raucher ein höheres Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken als Nichtraucher. Aus dieser Logik heraus setzt die Prävention auf die Minimierung krankmachender Faktoren und wendet sich primär an Risikogruppen wie Übergewichtige, Raucher, etc. Maßnahmen teilen sich auf in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, worunter Vorbeugung, Früherkennung und Rehabilitation / Rezidivprophylaxe zu verstehen sind (vgl. Lützenkirchen 2005, S. 21).

Gesundheitsförderung hingegen bezieht sich auf das salutogenetische Modell nach Anton Antonovsky und nimmt die Stärkung und Förderung der Schutzfaktoren und Ressourcen in den Blick, um eine höhere Gesundheitsqualität Einzelner oder ganzer Gruppen von Menschen erreichen zu können (vgl. Hurrelmann, Klotz und Haisch 2009, S. 12f). Gesundheit und Krankheit stellen sich in diesem Modell als ‚zwei Pole eines Kontinuums‘ dar, zwischen denen sich die Menschen stets in wechselnden Positionen befinden. Ob ein Mensch mehr zum Krankheits- oder zum Gesundheitspol tendiert, ist einerseits von Quantität und Qualität der vorhandenen Risikofaktoren, andererseits von den sozialen und personalen Schutzfaktoren³ des Menschen abhängig, welche die Risikofaktoren in ihrer Wirkung abmildern können (vgl. Altgeld und Kolip 2009, S. 41).

Hurrelmann, Klotz & Haisch fassen Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Ansätze zusammen: „Gemeinsames Ziel beider Interventionsformen ist, einen sowohl individuellen als auch kollektiven Gesundheitsgewinn zu erzielen: Einmal durch das Zurückdrängen von Risiken für Krankheiten, zum anderen durch die Förderung von gesundheitlichen Ressourcen“ (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2009, S. 12).

Der Begriff der Gesundheitsförderung ist durch die Weltgesundheitsorganisation, speziell durch die „Ottawa-Charta“⁴ aus dem Jahr 1986, geprägt worden. In dieser Erklärung wurde das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit aller Menschen, speziell auch der gesellschaftlichen Randgruppen, formuliert. Durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollen demnach allen Menschen die Chancen und Ressourcen eröffnet werden, die es ihnen erlauben, ihr Gesundheitspotential auszuschöpfen (vgl. Lützenkirchen 2005, S. 20). Die Begriffe ‚Gesundheitspotential‘ und ‚ausschöpfen‘ drücken Grundzüge von Gesundheitsförderung aus: Die Maßnahmen setzen an den Ressourcen und Bedürfnissen der Menschen an und haben das Ziel, diese zu einem höheren Maß an Selbstbestimmung und Autonomie in Bezug auf ihre Gesundheit zu bringen. Hierzu kann der Einzelne durch personale Ansätze auf der Verhaltensebene hinsichtlich einer gesunden Lebensweise unterstützt werden. Aber auch Einzelpersonen oder Gruppen wie z. B. die Familie, Schulklassen, oder auch Betriebe, Stadtteile oder ganze Länder können durch die strukturellen Ansätze, und damit auf der

³ Der Begriff der Schutzfaktoren wird im Abschnitt 1.3.2 näher erläutert.

⁴Die Ottawa-Charta stellt eine völkerrechtlich grundlegende Urkunde der WHO zur Gesundheitsförderung dar.

Verhältnisebene, erreicht werden. Es besteht das Ziel, gesundheitlich ungünstig wirkende Faktoren zu verringern bzw. verstärkt gesundheitsförderliche Strukturen zu schaffen (vgl. Lützenkirchen 2005, S. 21).

Ein struktureller Ansatz zur Gesundheitsförderung im Stadtteil wäre beispielsweise die Planung und Umsetzung von mehr Bewegungsräumen für die Bevölkerung in Form von Spielplätzen oder Fitness- Pfaden. Die Bewohner des Quartiers würden bei der Maßnahme durch Mitsprache und -arbeit miteinbezogen.

Gerade durch die strukturellen Ansätze zeigt sich die Verschiebung der Verantwortung für Gesundheit: Diese liegt nicht mehr allein bei dem Einzelnen und damit auf der Verhaltens-ebene, sondern auch Umgebungsverhältnisse werden inzwischen als wichtige Faktoren für Gesundheit angesehen. „Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden“ (aus der Ottawa-Charta 1986, zitiert durch Lützenkirchen 2005, S. 21).

Gesundheitsförderung ist also ein Begriff, der im Gegensatz zur Prävention gesellschaftspolitisch geprägt ist. Hurrelmann, Klotz & Haisch (vgl. 2009, S. 11) bescheinigen der Gesundheitsförderung eine enge Nähe zu den Gesellschafts- und Kulturwissenschaften, der Prävention hingegen zu den Medizin- und Biowissenschaften.

1.3.1.2 Rahmenbedingungen und Entwicklung der Gesundheitsförderung in Deutschland

Die Gesundheitsförderung ist noch ein relativ junger Begriff, da er erst durch die o. g. Ottawa-Charta 1986 geprägt wurde (vgl. Hurrelmann, Klotz & Haisch 2009, S.11).

Einen Rahmen der Finanzierung durch die Krankenkassen bekamen Akteure der Gesundheitsförderung erstmals durch das „Gesundheitsreformgesetz“ von 1988. Mit diesem neuen, gesundheitspolitischen Gestaltungsraum durften die Krankenkassen primärpräventive oder gesundheitsförderliche Interventionen eigeninitiativ ins Leben rufen (vgl. Mosenbach et al. 2009, S. 348). Dieser Spielraum wurde unter dem damaligen Gesundheitsminister Seehofer, der von 1992-1998 im Amt war, weitestgehend wieder zurückgenommen und erst mit der „großen Gesundheitsreform“ im Jahr 2000 wieder aufgenommen. Zu diesem Zeitpunkt

wurden die Aufgaben der Krankenkassen zur Prävention im Sozialgesetzbuch erweitert. Die Krankenkassen sollten nun Leistungen der primären Prävention erbringen, die „den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Finanzierung erfolgt über Zwangsabgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen“ (Rosenbrock & Gerlinger 2004, zitiert nach Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2009, S. 15). Die Krankenkassen erhielten durch die Gesetzeserweiterungen also neue und stärkere Verpflichtungen in Bezug auf präventive und gesundheitsförderliche Leistungen.

Der Rahmen, den die Spitzenverbände der Krankenkassen für sich bezüglich dieser Aufgaben definieren, ist in der im Jahr 2008 erweiterten Fassung des „Leitfaden Prävention“ (vgl. IKK-Bundesverband⁵ 2008) zu lesen. Der Leitfaden enthält sowohl die prioritären Handlungsfelder „Bewegungsgewohnheiten“, „Ernährung“, „Stressbewältigung / Entspannung“ und „Suchtmittelkonsum“ als auch Förderkriterien für Leistungen von Prävention und Gesundheitsförderung. Der Begriff der Gesundheitsförderung wird von den Kassen nur in Bezug auf Betriebe genutzt („betriebliche Gesundheitsförderung“), andere Maßnahmen werden unter „Primärprävention“ gefasst. Besonderes Gewicht erhält neben dem „Individuellen Ansatz“⁶ der Setting-Ansatz⁷ als Umsetzungsinstrument: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen dabei, insbesondere Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz außerhalb von Betrieben ...zu verstärken und hierfür zunächst mindestens 50 Cent pro Kopf ihrer Versicherten zu verwenden“ (IKK-Bundesverband 2008, S. 8).

Die alleinige Verantwortung für die Finanzierung von Interventionen nach dem Setting-Ansatz weisen die Krankenkassen in dem Leitfaden an verschiedenen Stellen von sich: „Mit diesem – insbesondere von der Weltgesundheitsorganisationen [sic!] (WHO) empfohlenen und weit über die Aufgaben der Krankenkassen hinausreichenden – Ansatz (...). Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist eine gesamtpolitische Aufgabe (...). Grundsätzlich kommt eine Förderung durch die Krankenkassen nur in Betracht, wenn Settingträger einen angemessenen Anteil an Eigen-/ Drittmitteln - auch in Form geldwerter Leistungen – in die Aktivitäten einbringen und weitere für die Settings verantwortliche Partner inhaltlich und finanziell eingebunden sind“ (IKK-Bundesverband 2008, S. 8f).

⁵ IKK steht für „Innungskrankenkassen“

⁶ Der individuelle Ansatz richtet sich auf den einzelnen Versicherten.

⁷ Dieses Umsetzungsinstrument zur Gesundheitsförderung wird unter Punkt 1.3.1.3 erläutert.

Zum Setting-Ansatz werden u. a. Umsetzungsmöglichkeiten und Voraussetzungen zu „Gesundheitsförderung in der Kommune / im Stadtteil“ aufgezeigt. Dabei umfassen die beschriebenen Handlungsfelder z. B. die Kinder- u. Jugendhilfe, soziale Aktivitäten, soziale Infrastruktur, die Familienhilfe und Gesundheit und bieten damit viele Möglichkeiten für verschiedenste Maßnahmen (vgl. ebd. S. 20ff). Somit lassen sich auch Interventionen verankern, welche nicht direkt, sondern als Sekundärfolgen den o. g. primären Handlungsfeldern zuzuordnen sind. Maßnahmen der Erziehungshilfe wie Elternkurse können beispielsweise durch Verhaltensänderung der Eltern eine sekundäre Stressreduzierung bei Eltern und bei Kindern bewirken.

Verwiesen wird auch auf die Möglichkeit der Vernetzung mit den Handlungsfeldern der „Soziale-Stadt-Programme“ (vgl. Soziale Stadt Bundestransferstelle) welche darauf abzielen, die Lebensqualität im Stadtteil zu erhöhen und dadurch die gesundheitlichen Lebensbedingungen der Bevölkerung zu verbessern. Hier stellen die Krankenkassen einen Kooperationspartner dar (vgl. ebd., S. 25).

Trotz der politischen Entwicklung, welche den Krankenkassen einerseits mehr Spielräume andererseits aber auch stärkere Verpflichtungen in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung eingebracht hat, stehen laut Hurrelmann, Klotz & Haisch noch immer weniger als 5% des gesamten finanziellen Budgets der gesetzlichen Krankenversicherungen für präventive Ansätze [und zur Gesundheitsförderung, M.B.] zur Verfügung (vgl. 2009, S. 14). „Bisher ist nicht abzusehen, ob durch die Regelungen tatsächlich eine Stärkung der präventiven Ansätze im deutschen Gesundheitswesen möglich sind“ (Hurrelmann, Klotz & Haisch 2009, S. 15). Die Autoren sehen ein gesundheitspolitisches Umdenken hinsichtlich der finanziellen Verteilung als unumgänglich an. Grund hierfür sei aufgrund der demografische Wandel und die dadurch bedingten Veränderungen im Krankheitsspektrum. Chronische Krankheiten, welche in Zukunft einen Großteil der Erkrankungen ausmachen würden, seien nicht heilbar, aber durch präventive und gesundheitsförderliche Interventionen vermeidbar. Daher fordern die Autoren „Gesundheitsförderung und Prävention als integralen Bestandteil des gesamten Versorgungsgeschehen“ (Hurrelmann, Klotz und Haisch 2009, S. 17), welche nicht allein durch die Sozialversicherungsträger finanziert werden dürften, sondern auch durch Bund, Länder und Gemeinden mitgetragen werden müssten (vgl. ebd., S. 16ff).

Eine solche Umsetzung, die auch auf politischer Ebene stattfindet, stellt das weltweite „Gesunde-Städte-Netzwerk“ dar, welches als Folge der Ottawa-Charta entstand. „In der ‚gesunden Stadt‘ stehen Gesundheit, körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden im Mittelpunkt aller - nicht zuletzt der politischen – Entscheidungen“ (vgl. WHO). Gesundheitsförderung soll durch das Netzwerk als gesellschaftspolitische Aufgabe im öffentlichen Bewusstsein verankert werden. Dieses Ziel wird „in enger Zusammenarbeit von Fachleuten des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens, der Arbeitsgebiete Umwelt, Wohnen, Stadtentwicklung, mit Initiativen, Projekten und der Selbsthilfebewegung verfolgt. Ein wichtiges Prinzip der Arbeit ist die Vernetzung, die den Transfer von Impulsen und Erfahrungen erleichtert“ (vgl. WHO).

Dieser Abschnitt macht deutlich, dass Gesundheitsförderung nach dem Setting Ansatz in erster Linie keine ‚Einzelgängertätigkeit‘ ist. Gerade bei der Arbeit auf der Verhältnisebene stehen Vernetzungsaktivitäten im Vordergrund. Speziell die Krankenkassen lassen sich nur auf Förderungen ein, wenn dieser Punkt konzeptionell hervortritt. Alle auf allen Ebenen vorhandenen Ressourcen sollen optimal genutzt werden.

1.3.1.3 Zentrale Konzepte der niedrigschwelligen Gesundheitsförderung

Mit der Ottawa-Charta forderte die WHO eine gerechtere Verteilung von Gesundheitschancen. Ein Ausgangspunkt für diese Forderung war, dass viele Maßnahmen und Projekte zur Gesundheitsförderung und vor allem zur Prävention nicht alle Zielgruppen erreichen würden, sondern eindeutig mittelschichtorientiert seien, da sie in ihren Konzeptionen auf ein bereits vorhandenes Gesundheitsbewusstsein aufbauen würden. Sie fänden in Strukturen wie Volkshochschulen oder als betriebliche Qualifikationen statt und erreichten damit eher besser gestellte Bevölkerungsgruppen⁸ (vgl. Altgeld 2006, S. 49). Eine Kernstrategie zum Abbau dieser Probleme ist der Setting-Ansatz.

Nach Grossmann & Scala (2004) wurde der Setting-Ansatz 1986 durch die WHO als schnelle Umsetzungsstrategie zur Gesundheitsförderung konzipiert (zitiert durch Hanses, 2008, S. 16).

⁸ Diese Problematik bezieht sich auf moderne Industrienationen; in Entwicklungsländern geht es um die gerechtere Verteilung basaler Gesundheitsleistungen.

Für Altgeld und Kolip stellt der Setting-Ansatz „die wichtigste Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung“ dar. Dem Setting-Ansatz liege die Idee zugrunde, dass Gesundheit im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird. „Gesundheitsförderung muss in diesem Lebensalltag ansetzen. Die Fokussierung auf definierte Sozialräume, sei es das Quartier, der Betrieb, die Schule oder das Krankenhaus, ermöglicht es, die Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen“ (Altgeld und Kolip 2009, S. 45).

Der Setting-Ansatz verkörpert somit ein „niedrigschwelliges“ Instrument. Durch die oben angesprochene Alltagsorientierung, was bedeutet, dass Interventionen in den alltäglichen Settings der Zielgruppe stattfinden, kann es gelingen, auch schwer erreichbare Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Die üblichen „Komm-Strukturen“ werden in „aufsuchende Arbeit“ umgewandelt. Dieses heißt, die Menschen des Settings suchen nicht die Angebote auf, sondern die „Experten“ kommen in die Lebenswelt der Adressaten. Damit kann die Schwelle, an Angeboten teilzunehmen, niedrig gehalten werden.

Der Begriff „Setting“ wird in der Literatur unterschiedlich definiert. Die WHO (1986) beschreibt Setting mit „the place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing“ (zitiert durch Halkow & Engelmann 2008, S. 78ff) Hanses beschreibt Settings als „soziale Bereiche, in denen Gesundheitsförderungsprogramme mit allen beteiligten Parteien umgesetzt werden sollen“ (Hanses 2008, S. 8). Im ‚Leitfaden Prävention‘ der Krankenkassen werden Lebensräume definiert, „in denen Menschen große Teile ihrer Zeit verbringen. Unter Settings werden soziale Systeme verstanden, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben und in denen zugleich die Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet und beeinflusst werden können“ (IKK-Bundesverband, 2008, S. 8)⁹.

⁹ Andere Autoren haben eigene Definitionen über Setting, Lebensraum und Lebenswelt, welche vollständig wiederzugeben an dieser Stelle zu weit führen würde. Deshalb werden exemplarisch 3 Beschreibungen aufgeführt.

Grossmann & Scala (vgl. 2001, S. 23ff) beschäftigen sich mit den fünf Handlungsfeldern, die in der Ottawa-Charta aufgeführt werden und die ihrer Meinung nach das ganze Spektrum des neuen Gesundheitsverständnisses abbilden. Diese sich wechselseitig beeinflussenden Aktionsebenen sind:

- **Persönliche Kompetenzen entwickeln** (Vermittlung von Gesundheitswissen, Copingtechniken und sozialer Kompetenz)
- **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen** („bottom-up“-Prozesse durch Bürgerbeteiligung)
- **Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen** (Koordination bei der Herstellung unterstützender Lebenswelten aller sozialer Systeme)
- **Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln** (Umorientierung von einer öffentlichen Gesundheitspolitik zu einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik)
- **Gesundheitsdienste neu organisieren** (Anpassung der professionellen Rollen im Gesundheitswesen an die neuen Anforderungen der Gesundheitsförderung)

Eine Erklärung zu den Zielen der ersten drei der oben aufgeführten Punkten gibt die Übersicht von Halkow & Engelmann auf der kommenden Seite. Hier werden ebenfalls die Ebenen auf denen Interventionen stattfinden sowie die methodischen Umsetzungselemente genannt. Die Schlüsselemente „Empowerment und Partizipation“ werden im Anschluss an die Tabelle vertieft dargestellt, da sie in der folgenden Darstellung des Praxisprojektes eine Rolle zum Verständnis spielen.

Methodische Schlüsselemente	Handlungsebene	Ziel(e)	Hintergrund Ottawa-Charta
Vermittlung von Lebenskompetenzen	Individuelle Ebene	<ul style="list-style-type: none"> - Individuelle Befähigung, die Bedingungen des eigenen Lebens und der sozialen Lebenswelt zu verstehen - Entwicklung von Problemlösestrategien und Bewältigungskompetenzen 	„Persönliche Kompetenzen entwickeln“
Empowerment und Partizipation	Schnittstelle zwischen individueller Ebene und Verhältnisebene	<ul style="list-style-type: none"> - Befähigung eigene Interessen zu erkennen und zu vertreten - Erleben von Eigenaktivität und damit Schaffung eines Bewusstseins von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung - Vertretung eigener Interessen bei der Gestaltung und Verbesserung der Verhältnisse 	<p>„Persönliche Kompetenzen entwickeln“</p> <p>„Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“</p>
Schaffung struktureller Rahmenbedingungen	Strukturelle Ebene, Verhältnisse	<ul style="list-style-type: none"> - Schaffung einer gesunden physischen, psychischen und sozialen Umwelt im Setting - Integration der Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung in die Prozesse des Setting-Alltags - Verknüpfung mit anderen Settings durch Netzwerke und Allianzen 	„Gesundheitsfördernde Lebenswelten“

Tabelle 1 : Methodische Schlüsselemente des Setting-Ansatzes nach Halkow & Engelmann 2008, S.88

1.3.1.3.1 Empowerment

Der kleinste gemeinsame Nenner „aller Verständigung über das Empowerment-Konzept“ ist nach Herriger die Bezeichnung von „Entwicklungsprozessen in der Dimension der Zeit, in deren Verlauf Menschen die Kraft gewinnen, derer sie bedürfen, um ein nach eigenen Maßstäben buchstabiertes ‚besseres Leben‘ zu leben“ (Herriger 2006, S. 13). Wörtlich übersetzt meine Empowerment ‚Selbst-Bemächtigung‘ oder ‚Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung‘ (ebd.).

Nach Herriger ist der Ausgangspunkt von Empowerment-Prozessen immer ein Erleben von Fremdbestimmung und Machtlosigkeit, welches ein Gefühl von „Ausgeliefertsein“ und

„Ohnmacht“ in dem betroffenen Menschen hervorrufe (vgl. ebd., S. 54). Diese Empfindung des Menschen erklärt Herriger mit Hilfe des „Erwartungsmodell der erlernten Hilflosigkeit“ von Seligmann (1975). Ausgangspunkt dieses Modells ist das Eintreten eines belastenden Lebensereignisses, auf welches von der betroffenen Person mit Hilfe von Strategien der Bewältigung und Bearbeitung (Coping-Strategien) reagiert wird. Laufen diese Strategien immer wieder fehl, und entsteht die Erfahrung der Unkontrollierbarkeit eines Ereignisses, so kommt die Person zu der Überzeugung, dass sie keine Handlungsmöglichkeit besitzt, um einen positiven Einfluss auf die Umwelt zu nehmen. Die Umwelt und das Ereignis werden als unkontrollierbar empfunden. Diese Erfahrung der Hilflosigkeit kann sich, wenn sie länger andauert oder sich wiederholt, in der Zukunft zu einer Generalisierung entwickeln. Anforderungen und Aufgaben des Lebens, welche zuvor bewältigt worden sind, können sich der Person nun als unüberwindbar darstellen. Eigene Kontrollmöglichkeiten und Ressourcen werden nicht mehr wahrgenommen und es besteht die Gefahr einer „Entsozialisierung“ von Kompetenzen, Motivationen und Selbstregulierungsfähigkeiten, die auf der Ebene der Emotionalität von Niedergeschlagenheit, Resignation und Depressivität begleitet werden kann (vgl. ebd., S. 57f).

Keupp (2003) verweist auf die sozial ungleiche Verteilung von Erfahrungen der erlernten Hilflosigkeit: ‚Lebenserfahrungen, in denen Subjekte sich als ihr Leben Gestaltende konstruieren können, in denen sie sich in ihren Identitätsentwürfen als aktive ProduzentInnen ihrer Biographie begreifen können‘, sind ein *sozialstrukturell ungleich verteiltes Gut*“ (hervorgehoben; zitiert durch Herriger 2006, S. 13). Nach Herriger verweise Keupp zu Recht auf die sozialepidemiologische Forschung, welche Zusammenhänge zwischen sozialer Position und Wohlbefinden nachspüre (vgl. ebd., S. 64).

Empowerment in der Gesundheitsförderung soll also alle Menschen gleichsam dazu befähigen, ihre Lebenswelt gesundheitsförderlich zu gestalten. Dazu kann es gehören, in einem ersten Schritt gemeinsam verschüttete Fähigkeiten aufzudecken und den Menschen ihre Ressourcen bewusst zu machen.

1.3.1.3.2 Partizipation

Partizipation drückt im Zusammenhang mit dem Setting-Ansatz die Beteiligung der Individuen des Settings an dem Prozess der Entwicklung und Durchführung von Projekten der Gesundheitsförderung aus. „Die Zielgruppe wird idealerweise in den Planungs- und Durchführungsprozess miteinbezogen und wird so zu aktiv Handelnden“ (Kickbusch 2003, S. 187).

Halkow & Engelmann (vgl. ebd., S. 91ff) reflektieren kritisch die Möglichkeiten von Partizipation: In ihren Augen wird die Idee der Partizipation in Konzepte übernommen, ohne dass sich zuvor mit diesem Begriff genügend auseinandergesetzt würde. Sie zitieren Schultze, welcher die Ungleichverteilung von Partizipationschancen beschreibt: Das Partizipationsinteresse und die möglichen Partizipationsformen stiegen mit dem sozialen Status. Auch gäbe es Zielgruppen (z. B. ethnische Gruppen), die sich eher in eigene Binnenräume zurückzögen und partizipativ schwer zu erreichen seien. All dieses ist nach Meinung der Autoren in Planungsprozesse mit einzubeziehen.

Partizipation und Empowerment sind eng miteinander verwoben. Partizipation wird „als methodischer Weg beschrieben, um Empowerment zu fördern. Empowerment ist aber zugleich eine Grundvoraussetzung für Partizipation und die selbstbestimmte Gestaltung von Lebensräumen“ (Halkow & Engelmann 2008, S.90).

Durch Empowerment und Partizipation sollen also insbesondere sozial schlechter gestellte Menschen zu einem stärkeren Bewusstsein hinsichtlich ihrer Gesundheit und damit zu mehr Selbstbestimmung und Selbstverantwortung geführt werden. Die Zugangswege dieser Gruppe zu Gesundheit können auf diese Weise verbessert werden. Hier stellt sich die Frage, wie Zugänge gestaltet sein müssen, damit sie sich für Angehörige sozial schwacher Schichten tatsächlich niedrigschwellig darzustellen.

1.3.1.4 Gestaltung niedrigschwelliger Zugangswege

Die Zugangsbarrieren zu Bildungsmaßnahmen korrelieren nach Kuwan/Thebis (2004) stark mit der Schulbildung, der Berufsbildung und der Stellung im Beruf; sie sind also bei bildungsfernen oder langzeitarbeitslosen Personen in der Regel eher stärker ausgeprägt. Genannt werden als Barrieren

- eine örtliche Entfernung,
- eine mangelnde Finanzierbarkeit,
- ein nicht den Adressaten entsprechendes Lernsetting,
- ein Nicht-wahrnehmen eines Nutzens,
- ein fehlende Anstoß von Außen,
- ein fehlendes Zutrauen in die eigene Lern- und Leistungsfähigkeit.

(zitiert durch Mengel 2007, S. 71).

Um diesen Barrieren zu begegnen, sollten Lernsituationen nach Mengel immer freiwillig, möglichst in der Lebenswelt der Adressaten, stattfinden. Damit die Nutzer einen Sinn in der Situation erkennen können, sollten ihre Lebenswirklichkeiten thematisch aufgegriffen werden. Das eigene Handeln oder Gespräche, an denen sich die Adressaten beteiligen können, erhöhen die Selbsttätigkeit und verbinden die Lerninhalte sinnstiftend mit der Lebenswelt der Adressaten. Viele der Personen, die mit den Lernsituationen angesprochen werden sollen, haben Defiziterfahrungen z. B. in ihrer Schulzeit gemacht und haben ein schlechtes Selbstbild in Bezug auf ihre Lernfähigkeiten. Um eine Wiederholung negative Erfahrungen zu vermeiden, sollte die Lerngruppe möglichst homogen sein. Einer der wichtigsten Aspekte sieht Mengel in einer von gegenseitiger Anerkennung und Respekt geprägten Lernatmosphäre. Grundsätzlich sollte ein Lernen mit- und voneinander auf Augenhöhe stattfinden (vgl. ebd., S. 97ff).

In ihrer Arbeit aus dem Bereich der Familienbildung beleuchtet Mengel aus Sicht der Adressaten zum einen Barrieren, zum anderen aber auch die Zugangsmöglichkeiten zu Lernsettings. Die Beschreibungen von Mengel, welche aus der Perspektive der Bildungsarbeit zu verstehen sind, spiegeln einen Großteil der Faktoren wieder, die niedrighschwellige Arbeit nötig machen, damit auch sozial benachteiligte Menschen sich an Gesundheitsförderprojekten, welche ebenfalls Bildungsarbeit beinhalten, beteiligen können.

1.3.2 Seelische /Soziale Gesundheit im Bezug zur Kommunikation und dem Risikofaktor der Armut

Seelische und soziale Gesundheit sind in der Literatur nicht einheitlich definiert. Im Folgenden wird ein Modell dieser Begriffe von Theo Schoenaker aufgegriffen:

Schoenaker (1997) beschreibt drei soziale Lebensaufgaben, die der erwachsene Mensch zu bewältigen hat: Die Arbeit, die Liebe und die Gemeinschaft. In der Art wie der Mensch diese Aufgaben löst, zeigt sich für Schoenaker der Grad seiner sozialen (=seelischen) Gesundheit. Das wichtigste soziale Hauptziel aller Menschen sei das Erreichen eines Zugehörigkeitsgefühls. Dieses liefere „die Dynamik und die Motivation, sich als Mitmensch zu verhalten und sozial konstruktiv zu den oben erwähnten Lebensaufgaben beizutragen und seelisch (=sozial) gesund zu leben“ (Schoenaker 1997, S. 11). Das Gefühl zu einer Gruppe zugehörig zu sein, ist für Schoenaker notwendig für die seelische Gesundheit, da das Selbstwertgefühl von der sozialen Identität abhängig sei.

Zugehörigkeitsgefühl definiert der Autor über die Begriffe „annehmen“ und „beitragen“: „So ist das Zugehörigkeitsgefühl nicht nur ein Gefühl der Verbundenheit bzw. Einheit mit der Gemeinschaft, sondern auch ein Gefühl für die Bedürfnisse der Gemeinschaft“ (Schoenaker 1997, S. 11). In dem Zugehörigkeitsgefühl liegt für Schoenaker die Wurzel seelischer Gesundheit. So könne man Kinder z. B. auf einfachste Weise in ihrer Zugehörigkeit zur Familie stärken, indem man ihr Bemühen, im Alltag mitzuhelfen, aufgreife und in den Tagesablauf integriere und damit gleichzeitig positiv auf die seelische Gesundheit der Kinder einwirke (vgl. ebd.). Ein Zugehörigkeitsgefühl entstehe durch „Ermutigung“. Hierin sieht der Autor „jedes Signal der Aufmerksamkeit, das das Zugehörigkeitsgefühl weckt oder stärkt“ (Schoenaker 1997, S. 12). Das Gefühl der Zugehörigkeit scheine auch mit Leichtigkeit und Optimismus und dem Zutrauen, dass man in der Lage ist, die Aufgaben des Lebens zu bewältigen, verbunden zu sein.

Fehlt das Zugehörigkeitsgefühl, spricht der Autor von der „Entmutigung“, was sich für ihn in dem für Menschen wahrscheinlich niederdrückendsten aller Gefühlszustände ausdrückt. „Der Glaube, nicht dazuzugehören und keinen Platz zu haben, ist ein existenzieller Entmutigungszustand und führt leicht zu Aggressionen, Eifersucht, Resignation und Krankheiten“ (hervorgehoben, Schoenaker 1997, S. 12).

Die existentielle Ermutigung besteht für Schoenaker in der grundsätzlichen Annahme des Gegenübers. „Die Bereitschaft und Fähigkeit, den Menschen so anzunehmen wie er ist, schafft eine positive Beziehungsqualität“ (ebd.). Entwickeln ließe sich diese Qualität durch nonverbale Signale, wie ein freundlicher Blick, eine freundliche Stimme, zuzuhören, usw.

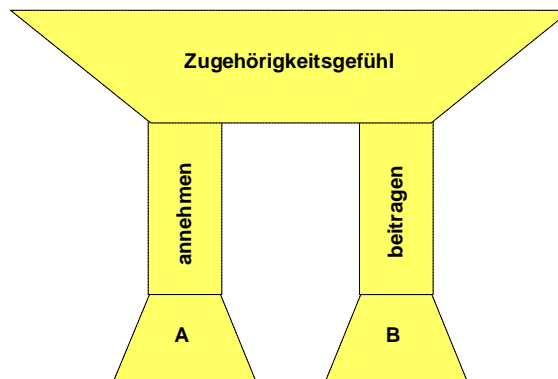


Abbildung 1: Modell des Zugehörigkeitsgefühls nach Schoenaker 1997, S. 11

An Schoenakers Ausführungen zur seelischen Gesundheit lässt sich das salutogenetische Modell von Gesundheit von Antonovsky (s. 1.3.1.1) anschließen, das durch Lützenkirchen wie folgt erläutert wird (vgl. Lützenkirchen 2005, S. 19ff):

Ähnlich wie Schoenaker von einem Zugehörigkeitsgefühl spricht, ist ein Kernbegriff in Antonovskys Modell das „Kohärenzgefühl“. Dieses setzt sich aus den drei Komponenten „Verstehbarkeit“, „Handhabbarkeit“ und „Sinnhaftigkeit“ zusammen. Nach Antonovskys Modell ist die Gesundheit eines Menschen umso besser, desto ausgeprägter sein Kohärenzgefühl ist. Das Kohärenzgefühl wird durch feste Bindungen und selbstwertstärkende Erfahrungen geprägt. Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl erleichtert die Bewältigung von Stressoren, die von Außen auf den Menschen einwirken. Antonovsky sieht im Kohärenzgefühl eine Eigenschaft, die es ermöglicht, trotz negativer Einflüsse gesund zu bleiben. Das Kohärenzgefühl stellt ein allgemeines Gefühl der Zuversicht dar, dass die interne und externe Welt vorhersagbar ist und sich positiv entwickeln wird. Kohärenzsinn ist ein positives Selbstbild der Handlungsfähigkeit, der Bewältigung des Lebens, der Gewissheit der Selbststeuerungsfähigkeit und der Gestaltbarkeit der Lebensbedingungen.

„Generalisierte Widerstandsressourcen“¹⁰ sind im Modell Antonovsky's begünstigende Faktoren oder Fähigkeiten eines Menschen, an ihn gestellte Anforderungen zu bewältigen. Hierzu zählen z. B. Intelligenz, Copingstrategien, körperliche Gegebenheiten, soziale Einbindung und Unterstützung von außen. Diese Faktoren wirken unabhängig von der spezifischen Situation stets begünstigend. Wie psychosoziale, biochemische oder physikalische Stressoren bewältigt werden und wie der Gesundheitszustand des Menschen sich damit darstellt, hängt nach Antonovsky entscheidend von den generalisierten Widerstandsressourcen des Menschen ab. In der Stärkung dieser Ressourcen und damit in einer Hilfe den Kohärenzsinn aufrecht zu erhalten und Stressoren bewältigen zu können sieht Lützenkirchen (vgl. ebd., S. 20) die Absicht gesundheitsfördernder Maßnahmen.

Auch im Konzept der „Resilienz“ spielen Widerstandressourcen eine entscheidende Rolle. Nach Wustmann (vgl. 2004, S.18) definiert sich Resilienz als psychische Widerstandskraft von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken. Resilienz wird nach der Autorin bedeutsam, wenn die kindliche Entwicklung signifikant bedroht ist und das Kind sich trotz dieser Bedrohung (z. B. durch belastende Lebensumstände), erfolgreich entwickeln kann. Die kindliche Entwicklung beinhaltet den Erwerb und Erhalt altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen und damit die Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben. Durch jede erfolgreich vollbrachte Entwicklungsstufe stabilisiert sich die Persönlichkeit des Kindes und es lernt, Veränderungen und Stresssituationen als Herausforderung zu begreifen. Stellen sich die Stressoren als zu groß heraus, ist mit Stagnation und Entwicklungsdefiziten zu rechnen, die zu psychischen und somatischen Krankheiten führen können. (vgl. ebd., S. 20).

Es wird deutlich, dass „Zugehörigkeitsgefühl“, „Kohärenzgefühl“ und „Resilienz“ etwas sehr Ähnliches bedeuten. Alle drei Aspekte scheinen eine wichtige Rolle in der gesunden Entwicklung von Kindern zu spielen, besonders wenn diese unter belastenden Bedingungen abläuft. Auch für die Gesundheit des erwachsenen Menschen müssen diese Faktoren ihren Beschreibungen nach bedeutsam sein.

¹⁰ Generalisierte Widerstandsressourcen stellen „Schutzfaktoren“ des Menschen dar.

Die erste Erfahrung des Kindes, sich zugehörig zu fühlen, beginnt in der Regel bereits im Mutterleib. Die folgenden zwei Abschnitte sollen aufzeigen, was nach der Geburt zu diesem Gefühl existentiell beiträgt.

1.3.2.1 Bindung

Das Kind kommt mit einem besonderen Bindungsbedürfnis zur Welt und die Mutter, als zentrale Person für ihr Kind, unterstützt es, indem sie dessen Bindungsbedürfnisse aufgrund ihrer empathischen Interpretation seines „Ausdrucksvermögens“ erkennt und angemessen und prompt reagiert. Auf diese Weise kann eine sichere Bindung zwischen Mutter und Kind entstehen. (vgl. Grossmann 2004, S.28) Nach Grossmann (vgl. ebd., S. 29f) stellt Bindung nach bindungstheoretischer Sicht eine psychologische Anpassung dar und habe viel mit seelischer Gesundheit zu tun. Er beschreibt die sogenannte „konstruktive interne Kohärenz“, welche das psychologisch angepasste Kind auf dem Weg seiner Entwicklung zum Erwachsenen erfährt. Im bindungstheoretischen Sinn würde ein solches Kind als „klug“ und kompetent bezeichnet: Es sei in der Lage, negative Gefühle deutlich seiner Bindungsperson mitzuteilen, diese Gefühle in einen realistischen Zusammenhang zur Wirklichkeit zu stellen und trotz der negativen Gefühle zielorientiert zu planen und zu handeln. Das Kind fühle sich „wert“ Hilfe zu erhalten und könne dieses dem Beziehungspartner mitteilen. Grossmann schließt mit seiner Erklärung zur „seelischen Gesundheit“ an die bereits ausgeführten Konzepte an.

1.3.2.1.1 Bindung und Sprachentwicklung

Einen engen Zusammenhang zwischen früher Bindung, Sprachentwicklung und kognitiver Entwicklung macht Klann-Delius (vgl. 2004, S. 167ff) deutlich. In der Bindungstheorie bildeten sich unterschiedliche Bindungstypen aus einem Zusammenspiel kindlicher Signale und elterlicher Response-Tendenzen aus. Je feinfühlicher die Mutter mit den kindlichen Signalen des Säuglings wie Schreien, Lächeln oder Vokalisationen umgeht und prompt und angemessen reagiert, desto sicherer kann sich eine Bindung zwischen Mutter und Kind ausbilden (vgl. Grossmann, 2004, S. 30). Die sozial-pragmatisch, interaktionistischen Modelle der kindlichen Entwicklung und des Spracherwerbs, wie sie z.B. von Papoušek vertreten werden, gehen ebenfalls davon aus, dass die frühe Eltern-Kind-Interaktion wesentlich ist, um Strukturen des Austausches zu entwickeln, die für Lernen und Spracherwerb

grundlegend sind. Diese Grundqualifikationen zur Kommunikation, welche das Kind im vorsprachlichen Dialog mit seinen Beziehungspartnern lernt, sind Reziprozität (zeitlich abgestimmtes Alternieren vokal-verbaler Beiträge), Intentionalität (im Sinne mentaler Ausgerichtetheit auf die Welt und des Ausdrucks kommunikativer Absichten), Intersubjektivität (die Herausbildung der Differenz zwischen Selbst und Anderen) und Referenz (sprachliche Bezugnahme auf Außersprachliches).

In der folgenden Tabelle zeigen sich belegte Zusammenhänge zwischen Bindung und sprachlicher Entwicklung:

Autor	nach	Effekt
Klann-Delius 2004, S. 169	Beebe et al. 2002	Der Grundmechanismus von Reziprozität wird von Bindungserfahrungen unterschiedlich beeinflusst - je nach Bindungstyp variierte das Ausmaß an Koordination bei 4 Monate alten Säuglingen
Klann-Delius 2004, S.172	Meins 1997	Sicher gebundene Kinder vergrößerten ihren Wortschatz zwischen 11 und 19 Monaten stärker als unsicher gebundene, was Meins damit erklärte, dass Erstere ihre Eltern eher in ihre Explorationen mit einbezogen.
Klann-Delius 2004, S. 172	Meins 1997 Meins et al. 2002	Mütter sicher gebundener Kinder stimmten sich sprachlich häufiger auf den Zustand ihrer Kinder ab.
Klann-Delius 2004, S. 172	Fonagy et al. 1993	Mütter sicher gebundener Kinder wiesen ein höheres Maß an Selbstreflexion auf.
Klann-Delius 2004, S. 172	Meins 1997	Mütter sicher gebundener Kinder gebrauchen gegenüber ihrem Kind häufiger deskriptive, benennende Äußerungen und präferierten als Themen des wechselseitigen Interesses Objekte.
Klann-Delius 2004, S. 172	Klann-Delius 1996	Bei Kindern im Alter zwischen 17 und 36 Mon. unterscheidet sich die zeitl. Passung von Dialogbeiträgen - unsicher gebundene Kinder zeigen bei emotionalen Themen signifikant längere Beiträge, bei anderen Themen signifikant kürzere.

Tabelle 2: Forschungsergebnisse Bindung und sprachliche Entwicklung

1.3.2.2 Der frühe Dialog und die Sprachentwicklung

Paousék (1994) hat in ihrem Werk „Vom ersten Wort zum ersten Schrei“ die Zusammenhänge zwischen intuitiver mütterlicher Sprachdidaktik und Sprachentwicklung von Kindern untersucht. Sie zeigt ein dyadisches Wechselspiel zwischen der Bezugsperson¹¹ und dem

¹¹ Da die engste Bezugsperson in den untersuchten Kulturen i. d. R. die Mütter sind, wird im Folgenden auch von ‚Müttern‘ gesprochen, obwohl sich die gleichen Interaktionen auch bei anderen engen Bezugspersonen beobachten lassen.

Säugling/ Kleinkind auf, in welchem sich die Mutter in der Regel hochsensibel auf die verschiedenen Phasen des Spracherwerbs einstellen und diesen damit unterstützen (vgl. ebd., S. 179f). Das Kind auf der anderen Seite der Interaktion fordert die Mutter ebenfalls zur Kommunikation heraus (vgl. ebd., S. 31). Die Interaktion zwischen Mutter und Kind ist dabei in der vorsprachlichen Phase besonders von wechselseitigem Blickkontakt, stimmlichem Austausch und mütterlicher Sprache in einer spezifisch angepassten Sprechweise geprägt, dem man auch „Ammentalk“ nennt. Inwieweit die intuitive Verhaltensbereitschaft bei der Mutter ausgelöst wird, ist abhängig von der Responsivität des Säuglings und von der Fähigkeit und Bereitschaft der Mutter, sich intuitiv auf die kindlichen Signale einzulassen (vgl. ebd., S. 39). Die frühe Dialogerfahrung findet für den Säugling schon in der Phase des Lautierens statt und setzt sich später in interaktiven Spielen („Geben-Nehmen“ / „Frage-Antwort“) fort (vgl. ebd., S. 99). Auch die Nachahmungsbereitschaft der Mutter spielt eine Rolle. Durch die Nachahmung bekommt das Kind zum einen ein artikulatorisches Modell und ein auditives Feedback geboten, auf der anderen Seite gibt es Mutter und Kind ein Gefühl der Gegenseitigkeit und Gemeinsamkeit (vgl. ebd., S. 105f). Eine Anlizgerichtetheit unterstützt das Kind durch die Verbindung von auditiven und visuellen Eindrücken im Erlernen der einzelnen Laute (vgl. ebd., S. 113f) und stellt gleichzeitig ein Bindungselement zwischen Mutter und Kind dar.

In der Interaktion mit der Mutter lernt der Säugling schon in den ersten Monaten, wie er die Mutter zu einem gewünschten Benehmen bringen kann (z. B. die Forderung nach Wiederholung eines Spieles durch einen Quietschlaut). Dieses Verhalten kann sich auch in negativer Weise äußern, indem der Säugling den Nutzen des Schreiens als Aufmerksamkeitssicherung lernt, wenn die Mutter überwiegend auf diese Lautäußerung reagiert (vgl. ebd., S. 158f). Nach Harding reagieren Mütter auf instrumentelles Verhalten der Säuglinge wie auf Kommunikation und lehren ihrem Kind dadurch, sein Verhalten zunächst als Mittel zum Zweck zu identifizieren, bevor es lernt, sein Verhalten als Mittel zur Kommunikation einzusetzen (zitiert durch Paoušek, 1994, S. 162).

Der frühe Dialog bewirkt (im positiven Fall) also zum einen eine Bindung zwischen Mutter und Kind und damit ein Zugehörigkeitsgefühl für das Kind, zum anderen erlebt das Kind durch den Dialog die Aspekte des Kohärenzgefühls von Sinnhaftigkeit, Handhabbarkeit

und Verstehbarkeit. Die Mutter strukturiert die Welt zumutbar für das Kind und macht die Umgebung für es verstehbar. Sie reagiert auf die Kommunikationsaufforderungen des Kindes und gibt diesen so einen Sinn. Das Kind lernt zunehmend die Welt zu lenken und für sich handhabbar zu machen, z. B. durch ritualisierte Spiele mit der Mutter. Das Zugehörigkeitsgefühl stärkt die seelische Gesundheit. Die folgende Tabelle zeigt verschiedene Studien, die einen Zusammenhang zwischen der Eltern- Kind-Interaktion und der Sprachentwicklung belegen:

Autor	nach	Effekt
Paousék 1994, S. 171	Smolak & Weinraub 1983	Positiver Zusammenhang zwischen Sprachangebot in Spielsituationen und der Größe des Vokabulars
Paousék 1994, S. 171f	Tomasello & Farrar 1986; Akhtar, Dunham & Dunham 1991	Positive Korrelation zwischen spontaner mütterlicher Ausrichtung nach dem kindlichem Interesse mit sprachlichem Bezug und der Wortschatzerweiterung ; negative Korrelation zwischen direkter Umleitung der kindlichen Aufmerksamkeit und Wortschatzerwerb
Paousék 1994, S. 171	Tamis-LeMonda & Bornstein 1989, Vibbert & Bornstein 1989, Goldfield 1987	Positive Korrelation zwischen mütterlicher Unterstützung der kindlichen Aufmerksamkeit für Objekte der Umwelt mit 5 Monaten und dem Wortschatz mit 13 Monaten
Paousék 1994, S. 172f	Murray, Johnson & Peters 1990	Positiver Einfluss von syntaktischer Feinabstimmung der mütterlichen Sprache auf den Beginn des Wortverständnisses und der intentionalen Kommunikation mit 9 Monaten und dem Sprachverständnis mit 18 Monaten
Szagun 2008, S. 184f	Newport et al. 1977	Positive Korrelation zwischen mütterlichem Gebrauch von Ja/ Nein-Fragen, Erweiterungen und Deixis sowie negative Korrelation zwischen mütterlicher Verwendung von Imperativen und Wiederholungen und dem Anstieg von Flexionen und Auxiliaren bei ihren Kindern.
Szagun 2008, S. 189f	Nelson 1973	Positiver Einfluss des ‚ akzeptierenden Interaktionsstils ‘ der Mütter mit mehr Bezug auf Sachverhalte und Objekte statt auf das Verhalten der Kinder auf Fortschritte der Sprachentwicklung, besonders auf die Größe des Vokabulars ; negativer Einfluss des ‚ direktiven Interaktionsstils ‘ der Mütter unter gehäufte Verwendung von Imperativen und mehr Bezug auf das Verhalten der Kinder statt auf Sachverhalte auf die Sprachentwicklung

Tabelle 3: Forschungsergebnisse Eltern-Kind-Interaktion und Sprachentwicklung

Die Tabellen 2 und 3 zeigen nachgewiesene Wechselwirkungen zwischen Bindung, dem frühen Dialog zwischen Müttern und ihren Kindern und der Entwicklung der Sprache.

Paousék (vgl. 1994, S.179f) zieht aus ihren Untersuchungen u. a den Schluss, dass die Qualität der sprachlichen Umwelt und der Unterstützung im Zusammenhang mit dem zeitlichen Beginn und der Qualität der Vokalisations- und Wortschatzentwicklung steht.

Diese grundlegenden Interaktionen zwischen Mutter und Kind stellen die Basis für weitere Entwicklungen und höhere Fähigkeiten dar. So beschreibt Herdt, dass mit zunehmender Interaktion und Kommunikation innerhalb der Familie der Bildungserfolg der Kinder ansteige. Seiner Ansicht nach haben Kinder, welche in dem Alter zwischen 18 und 34 Monaten eine Sprachentwicklungsverzögerung aufweisen, ebenfalls eine Verzögerung in den sozial-orientierten Verhaltensweisen (wie z. B. der Nachahmung von motorischen Spielroutinen) (zitiert durch Kühne 2003, S. 58). Dieses bestätigt auch Martinius, für den die Sprache, die sich aus dem frühen Dialog mit den Eltern und der familiären Geborgenheit entwickle, der „Hauptweg“ zum Erlernen von Kulturtechniken ist (zitiert nach Kühne 2003, S. 89).

Die zentrale Stellung der Sprache in der Entwicklung des Menschen schildert Roux (vgl. 2005, S. 4) anhand von Vygotskij, der schon 1934 auf die Verwobenheit der Entwicklung des Denkens und des Sprechens verweist. Diese geschehe im Rahmen eines kulturellen Prozesses, etwa als Aneignung von Wissensbeständen, Werten und Denkweisen in einem kulturhistorischen Kontext. Sprache wird von Vygotskji als wichtigstes Mittel zum Hineinwachsen und Anpassen in die Kultur einer Gesellschaft und zum sozialen Austausch gesehen.

1.3.2.3 Zusammenfassung der aufgeführten Konzepte und der Zusammenhang zu einer „Gesunden Kommunikation“

Durch den frühen Dialog mit der Mutter wird somit der Grundstein für die Entwicklung des Kindes gelegt. Das Kind kann eine sichere Bindung aufbauen, welche einen zentralen Punkt zum Aufbau von Schutzfaktoren darstellt. Es entwickelt die Sprache, und gleichzeitig durch das Erlernen der Begriffe lernt das Kind in Zusammenhängen zu denken. Es lernt den sozialen Austausch als Grundlage für das Leben in Gesellschaft und Kultur.

Folgende Graphik, die die Autorin aus der Zusammenfassung verschiedener Literatur (vgl. Wustmann 2004, S.28ff/Lützenkirchen 2005, S. 19ff, Papousék 1994, Grossmann 2004, S.

28ff, Holz 2005, S. 104f) entworfen hat, soll die gesamten Wechselwirkungen veranschaulichen, die in diesem Kapitel vermittelt werden:

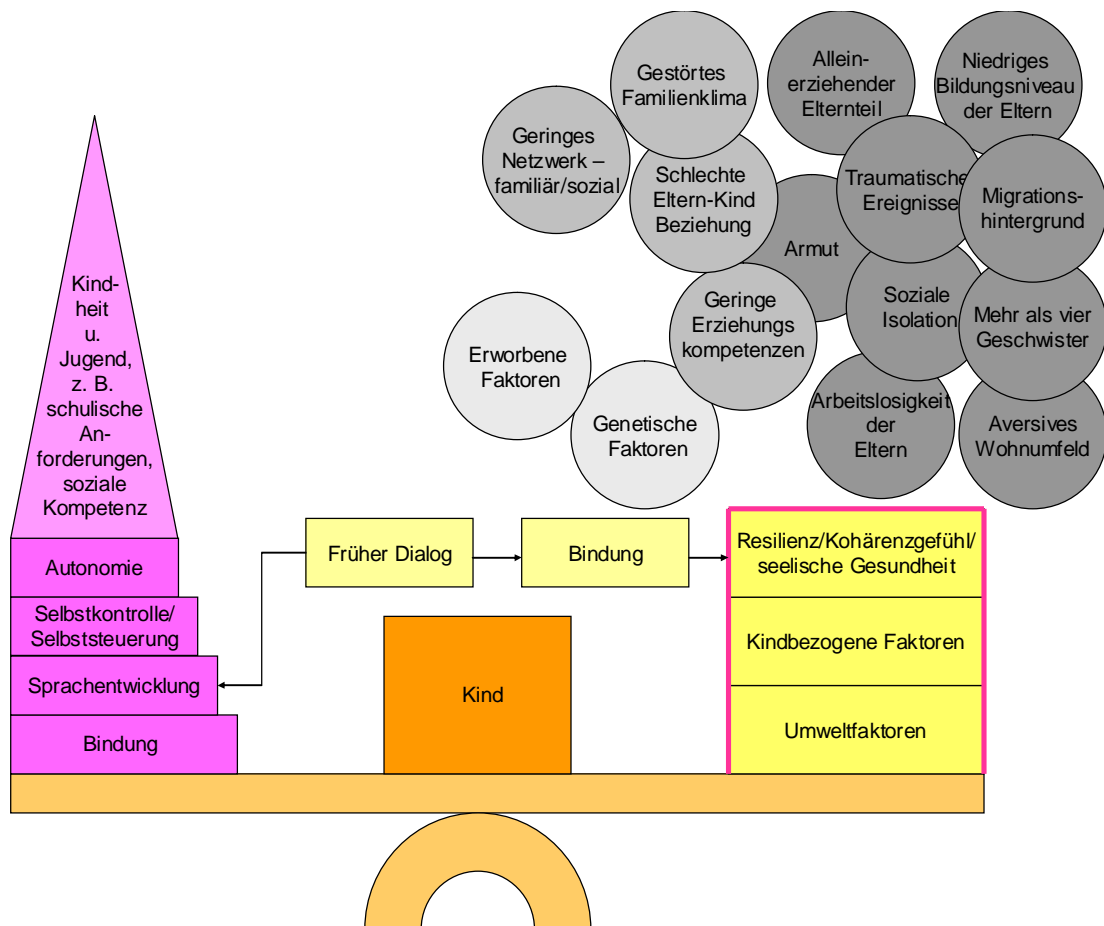


Abbildung 2: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept nach Antonovsky im Zusammenhang zum frühen Dialog unter Einbezug der Konzepte von Bindung, Resilienz und seelischer Gesundheit (eigene Darstellung)

In einem ausgeglichenen Zustand kann sich das Kind seinen Entwicklungsaufgaben widmen. Dieser Status kann von sogenannten Vulnerabilitätsfaktoren (hellgrau) oder von Risikofaktoren (mittel- und dunkelgrau) gestört werden. Es gibt zum einen primäre Vulnerabilitätsfaktoren, die belastende Aspekte beinhalten, welche das Kind von sich aus mitbringt, beispielsweise eine angeborene Sehschwäche. Sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren erwirbt das Kind in der Auseinandersetzung mit seiner Umwelt, z. B. ein negatives Bindungsverhalten. Die Risikofaktoren, welche in der Graphik beispielhaft genannt sind, sind in der Familie oder dem weiteren Umfeld lokalisiert. Familiäre und soziale / emotionale Faktoren haben eine mittelgraue, sozioökonomische / -strukturelle Faktoren eine dunkelgraue Farbe.

Die Schutzfaktoren auf der rechten Seite der Waage bilden einen Puffer gegen die Risikofaktoren und sorgen somit für einen ausgeglichenen Zustand des Kindes. Kindbezogene Faktoren bringt das Kind von sich aus mit, wie beispielsweise ein positives Temperament. Ein Umweltfaktor kann z. B. eine stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson darstellen. Je besser der Puffer des Kindes ausgebildet ist, desto ungestörter kann es sich entwickeln. Unterstützt wird die Ausbildung des Puffers durch den Aufbau von früher Bindung zu einer Bezugsperson, in der Regel der Mutter. Dieser Aufbau findet durch den Dialog statt, der interaktiv verbal und non verbal mit der Mutter stattfindet. Gleichzeitig führt dieser Dialog zur Sprachentwicklung des Kindes.

Zusammenfassend aus diesem Kapitel kann man aus Sicht der Autorin von „**gesunder Kommunikation**“¹² sprechen, wenn bestimmte Aspekte im Dialog zwischen Eltern und Kindern vorhanden sind. Diese Aspekte lassen sich nach Alter der Kinder untergliedern:

Für Babys und Kleinkinder enthält gesunde Kommunikation

- eine dem Kind spezifisch angepasste Sprechweise (Ammentalk),
- Blickkontakt,
- die Bereitschaft der Bezugspersonen sich auf die kindlichen Signale einzulassen,
- die Fähigkeit der Bezugspersonen die kindlichen Signale im Sinne des Kindes zu interpretieren,
- Rituale und Spiele zur frühen Dialogerfahrung und zur Weckung und Erhaltung der Aufmerksamkeit,
- Nachahmungsbereitschaft der Bezugspersonen,
- Sprachlehrstrategien (Feinabstimmung des sprachlichen Angebotes auf den Sprachstand des Kindes).

In Bezug auf ältere Kinder stehen folgende Aspekte im Vordergrund:

- Zugewandtheit,

¹² Der Begriff der „gesunden Kommunikation“ wird im Bereich von Trainings, z. B. für Führungskräfte benutzt. Im Mittelpunkt steht dabei das Erlernen einer gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung unter Nutzung aktiver Wertschätzung (vgl. <http://www.dp-kaschner.de/kommunikation.php> (25.06.10)).

- Respekt und Wertschätzung durch Körperhaltung, Stimme, Wortwahl.

Diese Punkte spielen natürlich auch in der Kommunikation mit Babys und Kleinkindern eine grundlegend wichtige Rolle.

Die in Abbildung 2 abgebildeten Risikofaktoren für eine gesunde Entwicklung von Kindern treten gehäuft bei Kindern der sozial schwachen Schicht auf. Einen Überblick über diese Thematik gibt der folgende Abschnitt.

1.3.2.4 Armut, Sprache und Gesundheit

„Gesundheit ist ein gesellschaftlicher Zentralwert. Und doch ist sie äußerst ungleich verteilt“ (Lützenkirchen, 2005, S.7).

Verschiedene Studien zeichnen (Langzeit-)Arbeitslosigkeit, Niedrigeinkommen, Alleinerziehen und Migrationshintergrund als Hauptrisikofaktoren für Armut aus. Familien weisen dabei ein überdurchschnittliches, Seniorenhaushalte einen unterdurchschnittliches Armutsrisiko auf. Kinder, die in Familien mit o. g. Merkmalen aufwachsen, seien erheblich stärker armutsgefährdet als andere (UNICEF¹³ 2005, BMGS¹⁴ 2005, zitiert durch Holz 2005, S. 91).

Bei den Diskussionen über Kinderarmut wird nicht nur die materielle Situation des Haushaltes betrachtet, sondern vor allem die Lebenslage des Kindes. Dazu gehören die materielle Versorgung des Kindes, die Versorgung im kulturellen Bereich, die soziale Situation und die psychische und physische Lage des Kindes. Der kulturelle Bereich beinhaltet die kognitive Entwicklung, die sprachlichen und kulturellen Kompetenzen sowie die Bildung. Die soziale Situation betrachtet die sozialen Kompetenzen und sozialen Kontakte. Der psychische und physische Bereich bezieht sich auf den Gesundheits- und Entwicklungsstand des Kindes (vgl. ebd., S. 96ff).

Unterschiedliche Autoren berichten über Auswirkungen von Armut auf die (Sprach-)entwicklung von Kindern: Richter (vgl. 2005, S.201) betont, dass die erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken der sozial schwachen Schicht sich bereits in der frühen Kind-

¹³ Kinderhilfswerk der vereinten Nationen (United Nations International Children's Emergency Fund)

¹⁴ Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales

heit manifestierten und sich schon im Kindes- und Jugendalter als „Fehlsteuerungen der Sinneskoordination, der Sprachentwicklung, des Bewältigungs- und Ernährungsverhaltens, als Übergewicht und Zahnerkrankungen“ zeigen können.

Holz / Hock / Wüstendörfer (2000) zeigen in ihren Untersuchungen, dass mehr als die Hälfte der in Armut aufwachsenden Kinder der Studie hinsichtlich ihres Sprachverhaltens auffällig waren. Sie wurden häufiger als nicht-arme Kinder vom Schulbesuch zurückgestellt und hatten, bei dem gleichen Maß an „Auffälligkeiten“, geringere Chancen für einen regulären Übertritt in die Regelschule. Zum sozialen Bereich zeigt dieselbe Studie, dass arme Kinder seltener Kontakt zu anderen Kindern suchten, weniger aktiv am Gruppengeschehen teilnahmen, seltener ihre Wünsche äußerten, sich weniger wissbegierig zeigten und häufiger als nicht-arme Kinder gemieden wurden, womit sich schon im frühen Kindesalter eine beginnende Ausgrenzung zeigte (1. AWO-ISS-Studie¹⁵, zitiert durch Holz 2005, S. 100f). Laut dem „Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt“ (AWO) (2000) fehlt es Kindern, die in finanziell prekären Verhältnissen lebten, oft an Zuwendung, Erziehung und Bildung. Arme Kinder wiesen erheblich mehr und häufiger Defizite im Sprach-, Spiel- und Arbeitsverhalten auf. Sie besuchten seltener Fördereinrichtungen, in denen z.B. Ergotherapie oder Logopädie angeboten würde. Der Alltag in den Familien sei weniger kindzentriert und die Eltern zeigten sich weniger als andere in der Lage, Erziehungs-, Bildungs- und Betreuungsaufgaben positiv auszufüllen (zitiert durch Kampshoff 2005, S. 217f).

Im folgender Tabelle werden Zusammenhänge zwischen Armut und der Entwicklung der Sprache aufgezeigt:

¹⁵ „ISS/ Frankfurt a. M.“ forschet im Auftrag der AWO.

Autor	nach	Effekt
Paousék 1994, S. 171	Schachter 1979	Weniger gut ausgebildete Mütter aus ökonomisch benachteiligten Schichten sprechen weniger mit ihren Kindern als gut ausgebildete Mütter der Mittelschicht. Die Kinder der erstgenannten Mütter entwickelten ein kleineres, weniger differenziertes Vokabular .
Paousék 1994, S. 172f	Murray, Johnson & Peters 1990	Es besteht ein positiver Einfluss zwischen der syntaktischen Feinabstimmung der mütterlichen Sprache auf den Beginn des Wortverständnisses und der intentionalen Kommunikation mit 9 Monaten und dem Sprachverständnis mit 18 Monaten. Diese intuitive Feinabstimmung passierte nur bei Müttern mit einer positiven HOME-Score, d.h. mit einer positiven Qualität des häuslichen Milieus ¹⁶ .
Szagun 2008, S. 177f	Snow et al. 1976, Miller 1986	Mittelschicht-Mütter produzieren mehr Orientungsausdrücke („dies“, „das“, „hier“) sowie Erweiterungen kindlicher Äußerungen .
Szagun 2008, S.178	Newport, Gleitman & Gleitman 1977; Hoff-Ginsberg 1991, Clark 2003	Mütter unterer Schichten verwenden vermehrt Direktive, Imperative und Verbote , wohingegen Mittelschicht Mütter mehr W-Fragen stellen und mehr dazu neigen, die vom Kind begonnenen Themen fortzusetzen .

Tabelle 4: Forschungsergebnisse Armut und Sprachentwicklung

Dieser Abschnitt verdeutlicht die Zusammenhänge zwischen dem Aufwachsen in einem sozial schwachen Umfeld und dem Risiko, Sprachentwicklungsverzögerungen zu entwickeln. In der obigen Tabelle lassen sich kommunikative Unterschiede zwischen den Müttern verschiedener Gesellschaftsschichten erkennen. Der Kommunikationsstil der Mütter der unteren Schichten kann sich auf die Entwicklung ihrer Kinder ungünstig auswirken.

1.3.2.4.1 Interventionen für Eltern und Kinder aus der sozial schwachen Schicht

Verschiedene Autoren äußern sich zu der Frage nach notwendigen Maßnahmen zur Unterstützung Angehöriger der sozialen Unterschicht. Für Holz (vgl. 2005, S. 103) ist das Familienklima, in dem das Kind aufwächst, ein entscheidender Faktor. Ein hohes Ausmaß an gemeinsamen familiären Unternehmungen wirke sich sehr förderlich auf die kindliche Entwicklung aus. Holz sieht im Familienleben, d.h. dem aktiven Ausleben elterlicher

¹⁶ HOME-Skala (Home Observation for Measurement of the Environment)- Instrument zur Einschätzung der Qualität des häuslichen Milieus, das auch eine Einschätzung des mütterlichen Engagements und der allgemeinen sprachlichen Responsivität einschließt.

Pflichten, einschließlich der sozialen und kulturellen Ressourcen der Eltern, dem Familienklima, dem elterlichen Erziehungsverhalten und der elterlichen Fähigkeit, für das Wohl der Kinder zu sorgen, die zweite „große Säule“ für die Gefährdung oder Förderung kindlicher Entwicklung. Das andere tragende Element der Familie sei das Einkommen. Für Holz (vgl. ebd., S. 106) scheint sich vor allem das elterliche Bewältigungsverhalten bedeutsam zu sein: „Je besser den Eltern die Gestaltung des sozialen Netzwerkes und die Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen gelingt, desto stärker tritt ein Entlastungsgefühl auf“. Sowohl dieses Gefühl, als auch das auftretende Gefühl von Kontrolle über das Leben, ständen in einem Zusammenhang mit einer Vorbildfunktion für die Kinder und mit innerfamiliärer Ver- / Zuteilung von Ressourcen.

Weiß wendet sich den Störungen der Eltern- bzw. Mutter-Kind-Interaktion zu. Er zitiert dazu Siegrist, nach welcher „Mütter, die keinen sozialen Rückhalt in ihrer Rolle erhalten oder deren Lebenssituation in starkem Maße fremdbestimmt ist, sei es durch materielle Not oder durch Unterdrückung, weniger gut in der Lage sind, dem Kind emotionale Bindungssicherheit zu geben“ (Weiß 2005, S.187). Eltern in schwierigen Lebenssituationen kann es ggf. unmöglich sein „Intuitive elterliche Kompetenzen“ wie sie durch Papoušek beschrieben worden sind, zu entfalten (vgl. ebd., S. 186). Weiß unterstreicht die Wichtigkeit für Kinder, früh eine verlässliche Bindung zu einer Person erfahren zu können. Diese stelle einen wichtigen Schutzfaktor für die Kinder da. Daher komme es darauf an, die Eltern in der Beziehung (Bindung) und Interaktion mit ihrem Kind zu stärken (vgl. ebd., S. 190).

Weiß (vgl. 2005, S. 194) zitiert Skoluda / Holz (2003), wonach es derzeit in Deutschland noch an interdisziplinären, träger- und ressortübergreifenden Kooperationen und am Bemühen um den Aufbau einer systematischen Förderkette vor Ort fehle. Als Vorschlag erwähnt er Friedrichs, für den ein „Früherkennungssystem für entwicklungsgefährdete Kinder“ in der Kindertagesstätte eine Lösung sein könnte. Weiß hält dem entgegen, dass insbesondere Kinder aus armen Lebenslagen nicht immer frühzeitig eine Kindertagesstätte besuchen würden. Deshalb würde es ergänzend zum oben gemachten Vorschlag eines spezifischen niedrigschwelligen Begegnungs- und Hilfeangebotes als erste Glieder einer systematischen Beratungs- und Förderkette, z. B. Eltern-Kind-Treffs in sozialen Brennpunkten. Diese Art von Hilfeangeboten stellen in seinen Augen im doppelten Sinne Brücken

dar- sowohl für die Eltern zwischen der eigenen lebensweltspezifischen und der dominanten „bürgerlichen“ Kultur als auch zu weiteren Institutionen der „frühen Hilfe“ wie z. B. Frühförderstellen.

1.3.3 Gesundheitsförderung von Kindern durch Logopädinnen

1.3.3.1 Logopädische Ansätze der Prävention / Gesundheitsförderung im Bereich der Kindersprache in Deutschland

Im Bereich „Kindersprache“ lassen sich in der Literatur derzeit keine Konzepte zur Gesundheitsförderung finden, die in Deutschland Anwendung finden.

Unter dem Aspekt der frühen Erfassung von Sprachentwicklungsverzögerungen sind in den letzten Jahren vermehrt Therapieprogramme in der Logopädie zu entdecken, welche der sekundären Prävention zuzuordnen sind. Diese Programme wenden sich an Eltern, deren Kinder mit einem verzögerten Sprachbeginn auffallen, sogenannte „late talker“¹⁷. Im „Heidelberger Elterntaining“ (Buschmann 2009) wird beispielsweise nicht direkt mit den Kindern gearbeitet, sondern die Eltern werden zu einem besseren Kommunikationsverhalten mit ihren Kindern angeleitet, so dass das „Setting Familie“ in seiner Gesamtstruktur Änderung erfahren kann. Andere Programme, welche sich diesem Aspekt zuwenden sind „PEP- Pragmatische Elternpartizipation“ (Ritterfeld 2007), „Frühe interaktive Sprachtherapie mit Elterntaining“ (Schelten-Cornish 2005) oder „Schritte in den Dialog“ (Möller & Spreen-Rauscher 2009) (vgl. zum Ganzen Möller & Rauscher 2009, S. 9ff).

Allen Programmen gemeinsam ist, dass sie die verbale und nonverbale Interaktion zwischen Eltern und Kindern in den Mittelpunkt stellen. Die Aspekte der intuitiven Didaktik von Bezugspersonen zur Förderung der sprachlichen Kompetenz ihrer Kinder, welche in Abschnitt 2.2.1 nach Papousek beschrieben wird, wird den Eltern bewusst gemacht und ihr Handeln positiv verstärkt.

1.3.3.2 Ansätze der niedrigschwelligen Gesundheitsförderung im In- und Ausland

Innerhalb der Logopädie finden sich in der Literatur keine explizit niedrigschwellig konzipierten Therapie- bzw. Gesundheitsförderkonzepte in Deutschland die Anwendung finden.

¹⁷ Unter „late talker“ werden diejenigen Kinder verstanden, die mit spätestens 24 Monaten noch nicht die 50-Wort-Schwelle erreicht haben (vgl. Grimm 2003, S. 38).

Sprachförderung scheint ein Schnittpunktthema auf. Viele Projekte unter dem Aspekt der Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten sind im Bildungsbereich zu finden. Bei allen recherchierten Angeboten des Gesundheits- und Bildungsbereiches fällt auf, dass die Mitarbeit von Sprachtherapeutinnen oder Logopädinnen in Deutschland nicht explizit erkennbar ist.

Folgendes Beispiel aus England zeigt ein gelungenes Modell von Vernetzungsarbeit im niedrigschwelligen frühkindlichen Bildungsbereich, welches zudem die sprachliche Förderung durch Sprachtherapeutinnen mit einbezieht:

Im Jahr 1983 eröffnete in Großbritannien das erste „Pen Green Centre for under 5’s & their Families“ mit der Idee einer kindgerechteren und effektiveren frühkindlichen Bildung. Es folgten verschiedene Programme durch die britische Regierung wie die „Early Excellence“-Zentren und die „Sure Start“-Programme. Der Hintergrund war eine der höchsten Raten von Kinderarmut in Europa: Ein Drittel aller Kinder lebte 1997 in Großbritannien in Armut. Der britischen Regierung geht es vor allem darum, die Zentren in sozialen Brennpunkten aufzubauen (vgl. Verein Early Excellence – Zentrum für Kinder und ihre Familien e.V).

Die Early Excellence-Zentren bündeln die Ideen der frühkindlichen Bildung durch hochqualifizierte Fachkräfte, der engen Zusammenarbeit mit den Eltern, der Familienhilfe durch Sozialraumöffnung und Vernetzungsangeboten. In vielen Zentren erhalten die Eltern Möglichkeiten zu eigenen Qualifikationen und arbeiten aktiv in den Kindertagesstätten mit. Das oben genannte Sure Start-Programm bietet viele Angebote des Bildungs- und Gesundheitssektors für benachteiligte Eltern und beginnt bereits vor der Geburt durch aufsuchende Arbeit, z. B. durch Hebammen (vgl. Mengel 2007, S.110f). Sprachtherapeutinnen arbeiten als Diagnostikerinnen, Therapeutinnen und Beraterinnen für Eltern und andere Fachkräfte mit und spielen in vielen Sure Start-Zentren eine Schlüsselrolle für die Förderung der Kinder und Eltern (vgl. Fuller 2009).

Ein auf ähnlichen Prinzipien beruhendes Projekt in Deutschland ist die „Mo.Ki - Monheim¹⁸ für Kinder- Bildungskette von der Geburt bis zur Ausbildung - Bildungsoffensive

¹⁸ Mo.Ki – steht für ‚Monheim für Kinder‘

2012“ der Stadt Monheim, welches auf einem kommunalen Präventionsansatz mit dem Ergebnis eines systematischen Umbaus der Kinder- und Jugendhilfe beruht. Die Ziele des Mo.Ki- Projektes sind:

- Möglichst vielen Kindern soll eine erfolgreiche Entwicklungs- und Bildungskarriere eröffnet und diese abgesichert werden.
- Der wissenschaftlich erwiesene Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Bildungserfolg soll abgemildert werden.
- Insbesondere den Kindern im Berliner Viertel¹⁹ soll sich eine bessere Chance auf Bildung, Erziehung und Förderung und somit auf ein selbst bestimmtes Leben eröffnen.
- Kindeswohlgefährdungen sollen verhindert oder möglichst früh wahrgenommen werden (vgl. Mo.Ki (o.J.a)).

Für das Mo.Ki - Projekt war eine Kindertagesstätte Ausgangspunkt zur Umstrukturierung zum Familienzentrum. Daraus hat sich inzwischen ein Netzwerk aus stadtteilinternen- und übergreifenden Zentren und Aktionen gebildet. Es gibt einen eigenen Bereich zur Sprachförderung, wo z. B. Fortbildungen zum Heidelberger Elterntraining oder zur sprachlichen Interaktion zwischen Kindern und Eltern angeboten werden. Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen sind in dem Projekt allerdings nicht aktiv eingebunden (vgl. MoKi (o.J.a) und (o.J.b)).

1.3.3.3 Das Konzept von Mehrgenerationenhäusern

Ein anderes Beispiel für die Konzeption von niedrigschwelligen Angeboten sowohl aus dem Gesundheits- als auch aus dem Bildungsbereich sind die in ganz Deutschland aufgebauten „Mehrgenerationenhäuser“. Da das Praxisprojekt als Basis dieser Arbeit in einem dieser Häuser stattfand, soll die Konzeption von Mehrgenerationenhäusern nachfolgend erläutert werden.

Das „Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser“ entstand 2006 durch das „Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend“ (vgl. Mehrgenerationenhäuser). Flächen-

¹⁹ Ein in Monheim besonders sozial schwaches Viertel

deckend in Deutschland werden bislang 500 Häuser durch den Bund finanziell unterstützt. Auch der „Europäische Sozialfonds“ hat Anteile an der Finanzierung. Konzeptionell sind die Häuser eine Antwort auf den demographischen Wandel. Sie sollen Wege zu einem generationsübergreifenden, nachbarschaftlichen Netzwerk von Hilfs- und Unterstützungsleistungen eröffnen. Mehrgenerationenhäuser sind offene Häuser, in denen sich jeder mit seinen Kompetenzen einbringen kann und die die Menschen dabei unterstützen ihren Alltag zu leisten. Dabei arbeiten Professionelle und Laien auf Augenhöhe zusammen. Es wird dabei auf einen „Mix“ gesetzt, der private und freiwillige Initiativen mit staatlichen Leistungen verbindet. Das Programm der Häuser entwickelt sich durch die Bedürfnisse der Adressaten und beinhaltet die verschiedensten Angebote des Bildungs- und Gesundheitssektors. Es gibt zentrale Kriterien, welche jedes Haus erfüllen muss. Das Angebot eines offenen Tagestreffs mit Cafeteria oder Bistro ist eines dieser Kriterien.

2 Material und Methoden

2.1 Der Ablauf des Forschungsprojektes

Das praktische Projekt dieser Arbeit fand in vier Phasen statt. Diese werden im Folgenden skizziert. Differenziertere Ausführungen folgen im weiteren Verlauf von Kapitel 2 sowie im Ergebnisteil.

1. Literatursauswahl:

In verschiedenen, sich überschneidenden Fachgebieten (Gesundheitswissenschaften, Sprachheilpädagogik und Logopädie, Soziologie, Pädagogik, Psychologie) wurde nach geeigneter Literatur zum thematischen Hintergrund der Studie recherchiert. Die gefundene Literatur wurde gesichtet, eine Auswahl passender Bücher und Artikel ausgewählt und diese ausgewertet. Ebenso wurde das öffentliche Internet zur Recherche genutzt.

2. Vorbereitung der praktischen Projektphase:

Aus der Arbeit der vorangegangenen Phase wurden Einschlusskriterien für die Teilnehmerinnen der Studie erstellt. Anschließend wurde nach räumlich nahen Einrichtungen gesucht, in denen sich entsprechende Personen aufhalten. Die Forscherin besuchte mehrere offene Familientreffs und wählte schließlich, nach Gesprächen mit den Hausleiterinnen, die passend erscheinende Institution „Mehrgenerationenhaus“ aus. Ebenso bestimmte sie in dieser Phase die Methoden der Untersuchung.

3. Praktische Projektphase

Die Auswahl der passenden Gruppe stellte in der Untersuchung den sogenannten Feldeinstieg dar. Nach den in Phase zwei festgelegten Einschlusskriterien kamen laut der Hausleiterin des Mehrgenerationenhauses mehrere Eltern-Kind-Gruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten als Untersuchungsgruppe in Frage. Aus diesem Grund hospitierte die Forscherin eine Woche in den Gruppen, um eine Auswahl treffen zu können. Dabei wurden auch die jeweiligen Gruppenleiterinnen unter zu Hilfenahme eines zuvor entworfenen

Auswahlbogens befragt (vgl. Anhang, A1). Das schließlich ausgewählte Setting des offenen Familientreffs²⁰ besuchte die Forscherin an insgesamt 18 Nachmittagen²¹.

Zur Beantwortung der Fragestellungen, die unter 1.1 dargestellt sind, wurden verschiedene Methoden der qualitativen Sozialforschung genutzt. Als vorrangige Methodik zum Erkenntnisgewinn wurde die „**teilnehmende Beobachtung**“ gewählt. Um ein möglichst vielschichtiges Verständnis in Bezug auf die zugrunde liegenden Fragestellungen zu erreichen, sind speziell die Zugangsmöglichkeiten zu den Adressaten nicht nur beobachtet, sondern auch praktisch erprobt worden. Dazu wurden Methoden in Anlehnung an die „**Aktionsforschung**“ genutzt. Durch die fortlaufende Auswertung der Feldnotizen während des Praxisprojektes entwickelte sich ein „spiralförmiger“ Prozess. Die Beobachtung war zu Beginn der praktischen Phase weit und offen. Im weiteren Verlauf fokussierte sich der Blick auf die jeweils vorliegenden Fragestellungen des Prozesses, welche sich aus den Auswertungen der Feldnotizen und der durchgeführten Aktionen ergaben. Diese Fragestellungen lassen sich aus der Tabelle 5 unter Punkt 2.3 erkennen. So vollzog sich während des Prozesses ein stetig wachsender Verdichtungsprozess der Annahmen der Forscherin. Der Endpunkt wurde durch eine Abschlussaktion und durch den festgelegten Zeitraum des Praxisprojektes bestimmt.

²⁰ Das Setting wird in der Arbeit unterschiedlich benannt, da es im Flyer des Mehrgenerationenhauses an den zwei Wochentagen mit verschiedenen Bezeichnungen ausgeschrieben ist: Zum einen Offenes Cafe und Eltern-Kind-Treff, zum anderen Offenes Cafe und Familientreff mit Kinderbetreuung.

²¹ Eine Beschreibung des Settings findet sich unter Punkt 2.2.2 / 2.2.3

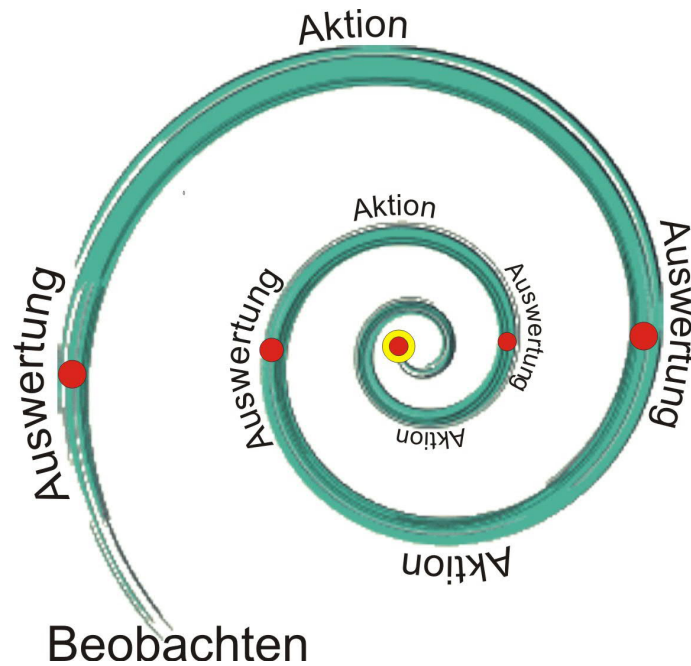


Abbildung 3: Die Spirale als Symbol für den Prozess des Praxisprojektes

In der durchgeführten Studie wurde neben der direkten Teilnahme und Beobachtung auch die Möglichkeit zu ad-hoc Befragungen²² und informellen Interviews²³ genutzt. Die Forscherin machte sich vor Beginn der Beobachtungen die methodologischen Bedingungen wie ihre Rolle im Feld, eigene Vorannahmen und Hypothesen, typische auftretende Schwierigkeiten, Beobachtungskriterien etc. bewusst (vgl. Lamnek 2005, S. 571ff)²⁴.

Die Sammlung der beobachteten Daten fand überwiegend in Protokollen und Tagebuchaufzeichnungen statt. Die Situation des offenen Familientreffs ließ offene Notizen oder Aufzeichnungen durch Tonband- oder Videogeräte nicht zu, da dieses die Situation sehr unnatürlich hätte werden lassen und den Kontakt zwischen Forscherin und den Besucherinnen gefährdet worden wäre. Aus diesem Grund fertigte die Autorin, möglichst zeitnah zu der Beobachtungssituation, Erinnerungsprotokolle an. Wenn in den Situationen etwas als dringlich aufzuschreiben erschien, verließ die Forscherin kurz den Beobachtungsraum, und erledigte die Notiz im neben liegenden Büroraum. Ergänzt wurden die Aufzeichnungen

²² ad-hoc Befragungen entstehen spontan, aus der Situation heraus

²³ Die informellen Interviews wurden mit einem offenen Interviewkonzept, d.h. unstrukturiert, ohne festen Leitfaden durchgeführt. Die Leitgedanken zu den Interviews finden sich unter Punkt 2.3

²⁴ Auf diese Punkte wird im weiteren Verlauf des Kapitels vertieft eingegangen.

durch ausgefüllte Fragebögen, Fotos und Tonbandaufzeichnungen von informellen Interviews.

Zwei exemplarisches Protokolle sowie die Regeln zur Aufzeichnung der sprachlichen Protokolle, welche die Forscherin zuvor festlegte, finden sich im Anhang (vgl. A6 / A8).

Der Sprachstand der Kinder wurde durch die Forscherin durch Beobachtung diagnostisch eingeschätzt.

Die Datenauswertung fand fortwährend begleitend zu den Beobachtungen und Aktionen nach dem Verfahren des offenen Kodierens statt. Mit dieser Methode wurden im Prozess des Praxisprojektes Codes und Kategorien aus den Daten herausgearbeitet. Ein Beispiel eines Kodierprozesses findet sich im Anhang (s. A7). Die Codes führten die Forscherin im Prozess immer weiterführenden Fragestellungen. Aus den Fragestellungen leitete sich jeweils die nächste Aktion ab.

Die Codes wurden am Ende des Prozesses zu Kategorien zusammengefasst. Die Darstellung der Kategorien und die daraus gewonnenen Erkenntnisse finden sich im Ergebnisteil im Abschnitt 3.2.3.

2.1.1 Die teilnehmende Beobachtung

Eine Definition nach Denzin lautet: „Teilnehmende Beobachtung ist eine Feldstrategie, die gleichzeitig Dokumentenanalyse, Interviews mit Interviewpartnern und Informanten, direkte Teilnahme und Beobachtung sowie Introspektion kombiniert“ (zitiert durch Flick 2009a, S. 287). Hier wird die Vielfalt der Vorgehensweise innerhalb der Methode deutlich. Nach Mayring (vgl. 2002, S. 83) stellt die teilnehmende Beobachtung ein Verfahren dar, das sich sehr gut zum Erkenntnisgewinn bei einer Einbettung in einer sozialen Situation eignet, die von Außen schwer einsehbar ist. Auch bei Fragestellungen mit einem eher explorativen Character bietet sie sich an. Das durchgeführte Praxisprojekt zeichnet sich durch eine qualitative Studie aus.

Die teilnehmende Beobachtung ist eine offene Methode, die allenfalls halbstandardisiert durchgeführt wird. Der Forscher arbeitet maximal mit Beobachtungsleitfäden, die genauer

aufschlüsseln, was beobachtet werden soll, welche aber ausführliche Kommentare und neue Aspekte zulassen müssen (vgl. Mayring 2002, S. 80).

2.1.2 Aktionsforschung

Der Begriff der Aktionsforschung geht historisch auf Kurt Lewin zurück, der ihn in den vierziger Jahren prägte, als er eine Verfahrensweise entwickelte, mit der er über ein soziales System Kenntnisse gewinnen und dieses gleichzeitig beeinflussen wollte (vgl. Hart & Bond 2001, S. 24).

Die Aktionsforschung der Gegenwart befasst sich mit praktischen Problemen von Menschen, mit Zukunftsgedanken und menschlichen Idealen, mit Zielen und Absichten und ist eng mit dem Prozess der Planung verknüpft. Klienten und Forschern planen gemeinsam Aktivitäten, wobei auch die Werte des Forschers bewusst berücksichtigt werden. Die Nutzer der Aktionsforschung fungieren als eine Art Katalysator für Organisationen, indem sie sie dabei unterstützen ein Problem zu definieren und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln oder über definierte Probleme anders zu denken (vgl. ebd., S. 33f).

Die Aktionsforschung stellt damit eine Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis dar, mit dem Schwerpunkt im Sensibilisieren der Wahrnehmung, der Befähigung und dem Aufzeigen von Wegen. Dieses geschieht in Zusammenarbeit von Wissenschaftlern und Fachleuten aus der Praxis (vgl. ebd., S. 32).

Die Praxis der Aktionsforschung beschreiben Carr und Kemmis (1986) (zitiert durch Hart & Bond 2001, S. 64) als eine „Kreisspirale“: Die Stränge Forschung, Aktivität und Evaluation seien in einem dynamischen Prozess miteinander verwoben. In der Praxis bedeutet das, das ein Problem von Praktikern und Forschern definiert wird, Lösungsmöglichkeiten gemeinsam entwickelt und (in Schritten) umgesetzt und Veränderungen evaluiert werden. Auf die Ergebnisse dieses Prozesses wird wiederum mit einer Neudefinition des Problems und weiterer Aktion reagiert. Dieser Prozess setzt sich bestenfalls fort, bis das zu Beginn definierte oder ein während des Prozesses neu definiertes Ziel erreicht worden ist.

2.2 Feldeinstieg

2.2.1 Vorerwartungen

Eine Forscherin sollte sich möglichst offen und frei von Hypothesen in das Untersuchungsfeld begeben, um alle Begebenheiten im Setting vorurteilsfrei aufnehmen zu können. Um sich von den eigenen Vorannahmen über den Untersuchungsgegenstand frei machen zu können, ist es wichtig, sich diese zuvor bewusst zu machen. Im Folgenden werden die Vorerwartungen der Forscherin an die Studie und das Feld kurz dargelegt:

Aus meinen bisherigen Erfahrungen mit der Arbeit mit Patienten der sozial schwachen Schicht erwartete ich auf Eltern zu stoßen, welche sich eher wenig um ihre Kinder und deren Bedürfnisse kümmern. Ich nahm an, ein mangelndes, wenig feinfühliges Kommunikationsverhalten der Eltern zu ihren Kindern zu entdecken. Inhaltlich könnten Themen der Eltern-Kind-Interaktion, ähnlich wie in den unter 1.3.3.1 beschriebenen Therapieangeboten für „Late talker“ interessant sein.

2.2.2 Konzept des für die Untersuchung ausgewählten Mehrgenerationenhauses

Das Mehrgenerationenhaus in dessen offenen Cafe die vorliegende Studie durchgeführt wurde, besteht seit dem Jahr 2005 in Trägerschaft einer örtlichen katholischen Familienbildungsstätte. Das Haus liegt in einem sogenannten „Brennpunkt-Stadtteil“ mit einem hohen Anteil an sozial schwachen Einwohnern. Der Migrantenanteil liege laut der Stadt bei 32% (vgl. FABI ²⁵2008, S.7). Da viele Menschen verschiedener Alters- und Bildungsschichten und unterschiedlicher Nationalitäten eng beieinander wohnen, ist der Standort ideal für die Zielsetzungen eines Mehrgenerationenhauses.

Besondere Zielgruppen, die das Haus ansprechen möchte sind Migranten und Ausländer, Familien mit Migrationshintergrund, Familien mit besonderem Förderbedarf (Mehrkindfamilien, Alleinerziehende, Hartz IV Empfänger, Menschen aus sozialschwachen und anrengungsarmen Milieu) sowie ältere Menschen (vgl. ebd. S.7f).

Das offene Cafe ist wie bei allen Mehrgenerationenhäusern ein zentraler Baustein des Konzepts. Die zwei Nachmittage, an denen die Forscherin während des Praxisprojektes regel-

²⁵ FABI ist die Abkürzung für „Katholische Familienbildungsstätte e.V.“

mäßig den Treff besuchte, sind extra für Eltern und Kinder ausgeschrieben, da zu dieser Zeit auch eine Kinderbetreuerin anwesend ist (vgl. ebd. S.1f).

2.2.3 Auswahl der Untersuchungsgruppe

Aufgrund der Vorüberlegungen zum Feld (vgl. Lamnek 2005, S. 584ff) wurden folgende Auswahlkriterien zur Auswahl einer passenden Gruppe festgelegt:

- Die Teilnehmerinnen der Untersuchung sollen Faktoren eines Armutsrisikos aufweisen,
- es sollten Elternteile mit Kindern, möglichst im Alter unter sieben Jahren, an der Gruppe teilnehmen,
- die Beobachtung sollte räumlich und in Bezug auf die Anzahl der Teilnehmerinnen übersichtlich möglich sein,
- es sollte eine gefestigte Struktur geben, also konstant Besucherinnen an der Gruppe teilnehmen.

2.2.4 Beschreibung der Untersuchungsgruppe

Die Gruppe ist offen strukturiert und stellt einen Treffpunkt für Menschen aus dem Viertel, speziell für Familien, dar. Trotz der offenen Organisation hat sich ein Kern an konstanten Besucherinnen, davon überwiegend Bewohnerinnen der umliegenden Hochhaussiedlungen mit Kindern, gebildet. Die anwesenden Kinder sind zwischen 0 und ca. 14 Jahre alt, ein Großteil ist im Vorschulalter. Es gibt eine Hauptansprechperson für die Besucher, die auch für die organisatorischen Dinge, wie z.B. die Bewirtung, verantwortlich ist. Diese ist eine ehemalige Bewohnerin des Stadtteils, die von Anfang an beim Familientreff anwesend war. Für die Betreuung des Cafés bekommt sie eine Aufwandsentschädigung. Außerdem befinden sich eine Kinderbetreuerin, welche eine Ausbildung zur Erzieherin macht, und eine Hausaufgabenhilfe zur selben Zeit im Haus.

Das offene Cafe findet, je nach Wetterlage, in einem Raum mit großem Tisch und Spielecke oder draußen auf einer Terrasse statt. Die erwachsenen Besucherinnen halten sich in der Regel die ganze Zeit des Treffens an diesen Orten auf, was die Beobachtung und

Kommunikation mit diesen Teilnehmerinnen übersichtlich macht. Die Kinder hingegen befinden sich oftmals nicht in demselben Raum, sondern mit der Kinderbetreuerin im angrenzenden Toberaum, draußen auf dem Spielplatz oder im benachbarten Kinder- und Jugendtreff. Der offene Familientreff findet zweimal wöchentlich für die Dauer von drei Stunden statt.

2.2.5 Rolle der Forscherin im Prozess

Das Bewusstmachen der eigenen Rolle und des Offenheitsgrades der Beobachtung gehört nach Lamnek (vgl. 2005, S.560f/575ff) zur Vorbereitung der teilnehmenden Beobachtung. Die Rolle, mit der sich die Forscherin in das Feld des offenen Familientreffs begab, war die der forschenden Studentin. Das Anliegen der Studie wurde den Teilnehmern des Treffs offen mitgeteilt. Die Forscherin stimmte damit zudem einem Zitat von Lamnek zu, nach welchem die Offenlegung der Forschungsabsicht gegenüber dem sozialen Feld unabdingbar zum Vertrauensgewinn sei: „Nur wenn der Beobachter selbst offen und auskunftsbereit ist, kann er von den zu Beobachtenden erwarten, dass diese ihn problemlos- wenn auch nur vorübergehend- in das soziale Feld aufnehmen und ihn durch ihr Handeln mit Informationen versorgen, die im sozialen Feld alltäglich und angemessen sind“ (Lamnek, 2005, S. 602). Somit fand eine **offene, teilnehmende Beobachtung** statt. Da sich beide Seiten der Feldbeziehung bewusst waren, kann die Rolle der Forscherin als **„Teilnehmer als Beobachter“** charakterisiert werden (vgl. ebd., S.577).

2.3 Die Aufzeichnung der Datenbeobachtung

Bei der Feldforschung sollte sich die Forscherin folgende Fragen (vgl. Lamnek 2005, S. 613ff) stellen:

- Wann wird protokolliert?
- Wie wird protokolliert?
- Was wird protokolliert?

Inhaltlich wurden bei der Aufzeichnung folgende Aspekte besonders beachtet:

- die Teilnehmer im sozialen Feld (hinsichtlich der für das Untersuchungsziel relevanten Variablen), ihre Interaktionen und die folgenden Konsequenzen für das Feld,

- die Beschreibung der sozialen Situation (z.B. Ort, Zeit, Umstände),
- die Wiederholung / Einmaligkeit von Situationen,
- die Reaktionen der Teilnehmer (z.B. außergewöhnliche Reaktionen, Sanktionen),
- die Differenzen zwischen Aussagen und Handlungen

(vgl. Girtler zitiert durch Lamnek 2005, S. 621f).

2.4 Die Datenauswertung

Die Methode des offenen Kodierens ist ein Teil eines Verfahrens zur Interpretation von Daten und Texten. Sie wurde von Glaser und Strauss sowie Strauss und Corbin im Rahmen der „Grounded Theory“ entwickelt (vgl. Flick 2009b, S. 167f). Nach Strauss und Corbin (vgl. 1996, S. 17f) können Wissenschaftlerinnen durch die systematischen Techniken und Analyseverfahren der Grounded Theory bereichsbezogene Theorien entwickeln, die alle forschungsrelevanten Gütekriterien erfüllen. Die Autoren stellen zudem eine verkürzte Form ihres Analyseverfahrens vor die z. B. für Projektberichte nutzbar sei, wenn nicht eine Theoriebildung im Vordergrund stände. Es wird dabei theoretische Kodierarbeit geleistet, aber nicht in der üblichen Ausdehnung der Methode (vg. ebd.).

Beim offenen Kodieren werden Daten und Phänomene in Begriffe gefasst. Aussagen werden in Sinneinheiten zerlegt, um sie mit Begriffen (Kodes / Konzepte) zu versehen. Dieses Kodieren wird nicht bei allen Datenmaterialien, sondern bei besonders auffälligen oder unverständlichen Passagen angewendet, um zu einem tieferen Textverständnis zu gelangen. Die Konzepte werden miteinander verglichen und bei ähnlichen Phänomenen zu Kategorien zusammengefasst (vgl. ebd., S. 43ff).

Um zu Konzepten und Kategorien zu gelangen werden fortwährend sogenannte W-Fragen an den Text gestellt (vgl. Flick 2009b, S.168f).

2.5 Konkreter Ablauf des Praxisprojektes

Die folgenden Tabellen stellen den Prozess der gesamten Untersuchung dar. In den Tabellen lässt sich unter „(Haupt-)Aktionen“ der jeweilige Schwerpunkt finden, den die Forscherin an dem angegebenen Tag umgesetzt hat. Andere Methoden begleiteten fortwährend diesen Schwerpunkt. Ist z. B. für den 16.03.10 die hauptsächliche Aktion mit „Gruppengespräch zu Ängsten und Hoffnungen bzgl. der Kinder“ angegeben, so fanden an diesem Nachmittag zudem eine teilnehmende Beobachtung und eventuell ad-hoc Befragungen statt, die sich aus der Situation heraus ergaben.

Um der Leserin den Prozess möglichst deutlich zu machen, sind in der nächsten Spalte die jeweiligen Beobachtungen des Nachmittags festgehalten. Auch an dieser Stelle sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nur die diejenigen angegeben, die der Forscherin für die Darstellung des Prozesses am wichtigsten erschienen.

Einige der Aktionen sind in der Tabelle numerisch gekennzeichnet. Diese werden im Anschluss an die Tabelle methodisch ausgeführt.

Datum	(Haupt-)Aktionen	Beobachtungen	Kodes	Fragestellungen
09.02.10	Teilnehmende Beobachtung			
11.02.10	Teilnehmende Beobachtung		-Frust über Zurückweisung -geforderte Verbindlichkeit -Recht auf etwas haben	
18.02.10	Einwilligungen	Offenheit und Neugierde, Dialog mit den Kindern, Rollen der Besucher, Kommunikationsstile, mein Platz in der Gruppe	-Distanzhalter - einen Platz geben -, mir ist es egal, aber lass' mich da raus!' -Positionsverweigerung -Aktivitätsverweigerung	-Was erwarte ich? -Was erwarten die Besucherinnen vom Treff?

Datum	(Haupt)- Aktionen	Beobachtungen	Kodes	Fragestellungen
23.02.10	Teilnehmende Beobachtung	Rollen der Kinder im Treff, Dialog mit den Babys, wertgeschätz- te Aktivitäten der Kinderbetreuung	-Selbstbestimmung ist wichtig -geforderte Aktivität ist anstrengend Abheben von anderen	-Worauf wird Wert gelegt? -Wofür wird Geld ausgegeben? -Freizeitverhalten mit und ohne Kinder? -Teilnahme an Kur- sen? -Warum scheiterte das Märchenprojekt?
25.02.10	Teilnehmende Beobachtung	Dialog Mutter-Kind, Rollen der Kinder, Anfrage als Logopä- din, Verhältnis von Geben und Nehmen, Begeisterung für ein Projekt zum berufli- chen Wiedereinstieg	-Kinder als Werter- höhung -Fehlende Zugehö- rigkeit -Indirekte Anklage -,Ich mische mich nicht ein' -Erwartung / Ver- weigerung von Akti- vität	-Freizeitverhalten? -Was stärkt die Moti- vation und Eigenver- antwortung i. B. auf Kurse und Maßnah- men?
04.03.10	Gespräch mit der Hausleiterin zum Märchen- projekt, teilnehmende Beobachtung, ad-hoc Befra- gung zu Frei- zeitaktivitäten der Kinder	Sprachstand der Kinder	-Verbindlichkeit -Sprunghaftigkeit -Aufmerksam- keitsspanne -Wertschätzung von Leistungen -Macht – Ohnmacht -Angst vor Macht u. Spionage -ein Anrecht haben Positionsverteidigerin	-Was / Welche Lei- stungen erfahren Wertschätzung?
09.03.10	Teilnehmende Beobachtung, Gespräch über Lebens- situationen / Arbeit	Lebenssituationen der Einzelnen	-Arbeitswille -Hilfeleistungen ver- sus Eigen- verantwortung	-Wie stärkt eine In- tervention die Eigen- verantwortung?
11.03.10	Teilnehmende Beobachtung	Kommunikation Mut- ter-Kind,; eigenes Gefühl, welches Ak- tion verhindert	-Andere sollen aktiv sein -Die Vorführerin -Konfliktlösung mit- tels Gewalt	-Was löst mein eige- nes, aktionshemmen- des Gefühl aus? -In welcher Form ist inhaltliche Arbeit möglich?

Datum	(Haupt)-Aktionen	Beobachtungen	Kodes	Fragestellungen
16.03.10	Gruppen- gespräch zu Ängsten und Hoffnungen i. B. auf die Kinder	Eigenes Gefühl, Kommunikations- verhalten, Zugänge	-Schulbildung als Ausgangspunkt für ein gutes Leben -Verantwortung tra- gen	-Wie können die Er- wachsenen die Kin- der bzgl. ihrer Hoff- nungen unterstützen? -Wie ist der Zusam- menhang zur Ge- sundheit?
18.03.10	Gespräch mit T über ihre Moti- vationen und Gedanken i. B. auf die Grup- pe.; informelles Interview mit einer Besuche- rin über ein Projekt zum be- ruflichen Wie- dereinstieg, an dem sie teil- nimmt s.1) u. 2)	Eigenes Gefühl, Be- geisterung der inter- viewten Frau	-Wertschätzung als Motor -Arbeit als Selbstwert -Wehrlosigkeit -Distanz zu den ande- ren -Unersättlichkeit / Übergriff	-Wie ist eine mög- lichst große Partizipa- tion der Besucherin- nen zu erreichen?
23.03.10	Gruppen- gespräch über eigene Mög- lichkeiten zur Unterstützung der Kinder i. B. auf die genann- ten Hoffnungen	Ideen zur Unterstüt- zung		-Wie klärt sich der Zusammenhang zu Sprachförderung und Gesundheits- förderung?
25.03.10	Fragebogen zu Möglichkeiten der Sprach- förderung s. 1)	Offenheit i. B. auf Partizipation	-(innere) Angst -soziale – soziale -soziale Erwünschtheit	-Wie organisieren wir eine Umsetzung? -Wie realistisch sind die Ideen?
30.03.10	Gespräch mit der Hausleiterin über die ge- nannten Mög- lichkeiten im Fragebogen		-Bewertungen -Differenz zwischen Anspruch der Teil- nehmerinnen und der Professionellen	-Wie kann eine ge- meinsame Basis / Augenhöhe erreicht werden?
01.04.10	Frage an die Besucherinnen nach gemein- samer Vorbe- reitung einer Idee	Eigenes Gefühl der Lähmung, unwillige Reaktion einer Besu- cherin	-Interessen- abhängiges mit- schwingen	-Wie ist ein Mit- schwingen / Partizi- pation zu erreichen?

Datum	(Haupt)-Aktionen	Beobachtungen	Kodes	Fragestellungen
08.04.10	Einladung zu Infonachmittag, Vorbereitung einer Aktion mit einer Mutter		-soziale Erwünschtheit	-Inhalt und Form des Infonachmittages
15.04.10	Infonachmittag s. 4)	Aufmerksamkeit, Unterrichts-kultur, Zugänge, Interessen	-Unterbrechen der Lebenswelt	-Was müsste an der Form einer Infoveranstaltung verändert werden?
22.04.10	Gemeinsame Aktion Mutter-Kind s. 5)	Kommunikation Mutter-Kind, gemeinsames Handeln, Zugänge, Stimmungen	-Partizipation aus dem inneren Gefühl heraus -innere Verbundenheit versus ein Recht haben	-Auswertung der Aktion
29.04.10	Ergebnis-präsentation f. d Besucherinnen mit Rückmeldungen s. 6), Felddausstieg	Zugänge, Rückmeldungen, Stimmungen		Abschlussauswertung

Tabelle 5: Darstellung des gesamten Ablaufes

1) In den Fragebögen und Vorbereitungen zu informellen Interviews wurden die Grundsätze nach Patton bezüglich Fragen in Interviews (vgl. 2002, S. 353) berücksichtigt. Demnach sollten Fragen folgendermaßen gestellt werden:

- offen,
- neutral,
- sich auf einen Aspekt beziehend,
- klar.

Die Fragebögen finden sich im Anhang (vgl. A5 / A2).

2) Die Leitgedanken zur Vorbereitung auf das informelle Interview waren:

- Was ist Inhalt und Struktur der Maßnahme?
- Was begeistert die Teilnehmerin daran so sehr?
- Was glaubt die Teilnehmerin, hat die Maßnahme bewirkt?

- Gibt es einen Bezug zu Eigenverantwortung?

3) Folgendes waren die Leitgedanken des informellen Interviews:

- Passt die Art der Umsetzung der Möglichkeiten des Fragebogens in die Konzeption des Hauses?
- Zu welcher Art der hier vorgestellten Aktionen, wenn überhaupt, lassen sich Meinung der Hausleiterin die Teilnehmer der offenen Gruppe motivieren?
- Ist die Zielsetzung, einen verbesserten Dialog und damit die Ressourcen und Schutzfaktoren zu verbessern, für die Teilnehmer der Gruppe passend ?
- Welche Art der Projekte des Fragebogens könnte die Hausleiterin sich fest verankert im Haus vorstellen?

4) Zur Vorbereitung des Infonachmittages bezog die Forscherin Literatur nach Mengel (vgl. 2007, S. 99ff) ein, die beschreibt, wie eine niedrigschwellige Lernsituation für benachteiligte erwachsene Adressaten gestaltet werden sollte. Diese Überlegungen werden folgend dargestellt:

- Um eine Freiwilligkeit zu gewährleisten wird das Angebot im Nebenraum stattfinden. So steht jedem frei zu kommen oder lieber im Treff-Raum Kaffee zu trinken.
- Durch die vorangegangene Phase der teilnehmenden Beobachtung wird versucht die subjektive Wirklichkeit der Einzelnen realistisch einzuschätzen und den Lerninhalt auf diese abzustimmen. Durch den methodischen Einbezug der Kinder der Teilnehmerinnen zur Verdeutlichung des Themas wird an die Handlungsfelder der Frauen angeknüpft und damit eine Verbindung zum Lernen aufgebaut.
- Das gemeinsame Gespräch als Lernform, die das Erzählen und Beschreiben der eigenen Handlungsproblematik in den Mittelpunkt stellt, ist die hauptsächliche Methode des Infonachmittages. Sie ist besonders dazu geeignet den Teilnehmerinnen die Möglichkeit der Reflexion ihres eigenen Handelns zu ermöglichen und ihnen gleichzeitig eine Erweiterung ihrer Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Nach Mengel (vgl. ebd.) soll das Selbstverständliche irritiert werden. Ein Unterschied zum Alltagsgespräch bestehe darin, jeweils Begründungen von Entscheidungen

herauszuarbeiten. Lebensweltliche Familienbildung bestehe in der Gestaltung reflexionsfreundlicher, d.h. Irritation und Sicherheit verbindender, sozialer Räume. Durch die Methode des gemeinsamen Austausches würde die Selbsttätigkeit der Teilnehmer in den Mittelpunkt gestellt, was für das Gelingen von Bildungsangeboten bedeutsam sei.

- Nach Mengel (vgl. ebd.) besteht eine Gefahr der Wiederholung von Defiziterfahrungen bei nicht homogenen Gruppen. Da die Besucherinnen sich kennen und fast ausschließlich aus dem Wohnviertel stammen, wird diese Gefahr von der Forscherin als gering eingeschätzt.

Weitere Vorüberlegungen zur inhaltlichen und methodischen Gestaltung finden sich im Anhang (vgl. A4).

5) Die gemeinsame Aktion bestand in dem gemeinsamen Bemalen und Bepflanzen eines Blumentopfes von Müttern/ Großmüttern mit ihren Kindern/ Enkeln. Diese Aktion wurde ausgesucht, da sie zuvor Zustimmung der Besucher fand und sich kostengünstig realisieren ließ. Zudem ließ diese Form eine günstige Interaktions- und Kommunikationssituation zwischen den Erwachsenen und den Kindern erwarten.

6) Die abschließende Bewertung der Teilnehmer zu dem Projekt diene einer vertieften Überprüfung der eigenen Ergebnisse (vgl. Mayring 2002, S. 106). Die Forscherin bereitete ein Plakat mit den vorläufigen Ergebnissen vor, berichtete den Teilnehmern von ihren Eindrücken und nahm im Gespräch die Reaktionen dieser auf. Explizit wurden auch die Besucher nach ihren Eindrücken und Bewertungen gefragt.

2.6 Gütekriterien

Die klassische Gütekriterien Validität und Reliabilität aus der quantitativen Forschung hält Mayring (zitiert durch Lamnek 2005, S. 146ff) zur Anwendung in der qualitativen Sozialforschung für wenig geeignet. Er schlägt deshalb sechs alternative Gütekriterien vor. Auf die vorliegende Studie bezogen bedeutet das:

- a) **Verfahrensdokumentation:** Um eine intersubjektive Nachprüfbarkeit möglich zu machen ist das gesamte Verfahren der Untersuchung detailliert beschrieben.
- b) **Argumentative Interpretationsabsicherung:** Die Interpretationen aus der explikativen Analyse sind umfangreich dokumentiert, so dass sie intersubjektiv nachvollzogen werden können.
- c) **Regelgeleitetheit:** Die Sammlung, Aufbereitung und Auswertung der Daten ist nach beschriebenen Methoden und deren Vorgehensweisen systematisch getätigt worden.
- d) **Nähe zum Gegenstand:** Da in der Studie explizit die Lebenswelt der Teilnehmerinnen und deren Interessen untersucht wurde, war dieses Kriterium zu jeder Zeit erfüllt.
- e) **Kommunikative Validierung:** In der letzten Phase der Untersuchung sind die vorläufigen Ergebnisse den Teilnehmerinnen vorgestellt und ihre Rückmeldungen aufgenommen worden.
- f) **Triangulation:** Zu einer umfassenden Datenabsicherung wurden verschiedene Quellen genutzt wie informelle Interviews und Beobachtungen. Erfasste Phänomene sind durch verschiedenen Methoden überprüft worden, z. B. durch die Erfassung der Blickwinkel verschiedener Teilnehmer auf das Phänomen oder die aktive Erprobung von Zugangsmöglichkeiten zu den Teilnehmerinnen. In Bezug auf Kodierungen und Interpretationen sicherte sich die Forscherin durch Gespräche mit der Betreuerin der Arbeit ab.

2.7 Ethische Aspekte

Grundsätzlich sind bei Forschungsprojekten ethische Aspekte zu beachten. Im Folgenden soll verdeutlicht werden, wie mit ethischen Grundprinzipien (vgl. Abelin & Jeanneret 1999, S. 22f) im Rahmen des durchgeführten Projektes umgegangen wurde:

- **Respektierung des Rechts auf Selbstbestimmung und Autonomie:** Die Besucherinnen wurden mündlich über das Ziel und den Ablauf des Forschungsprojektes informiert. Ebenfalls mündlich wurde ihre Zustimmung zu der Teilnahme am Projekt

eingeholt. Die Forscherin fragte dabei zunächst die Gruppe, später nochmals einzelne Teilnehmerinnen nach ihrer Zustimmung. Es ist der Forscherin bewusst, dass die Einwilligung in schriftlicher Form angemessener gewesen wäre, doch schien dieses in dem Setting des offenen Familientreffs sehr unpassend zu sein. Gerade in der Phase des Feldzuganges war es der Autorin wichtig, den Kontakt zu den Besucherinnen nicht zu gefährden. Diese Vorgehensweise ist mit der Leiterin des offenen Treffs sowie mit der Hausleiterin abgestimmt worden. Den Besucherinnen wurde deutlich gemacht, dass sie jederzeit ihre Einwilligung zurücknehmen und der Forscherin nahelegen können, das Projekt zu beenden. Wollen sie davon nicht Gebrauch machen, so liegt ein Vorteil in der offenen Struktur des Treffs, da für die Besucherinnen immer die Möglichkeit besteht, nicht zu kommen. Die Forscherin verdeutlichte den Frauen, dass mit ihren Daten streng vertraulich umgegangen wird und diese anonymisiert werden. Außerdem sicherte die Forscherin ihnen eine wertschätzende und respektierende Grundhaltung zu, die sich im Forschungsbericht widerspiegeln würde. Dazu gehört auch, dass die Teilnehmerinnen des Feldes nicht zu reinen Datengebern werden, sondern ihre menschlichen Schicksale hinter den Daten erkennbar bleiben (vgl. Lamnek 2005, S. 618).

- **Forschung soll den Beforschten nützlich sein:** Das Forschungsprojekt hat das Ziel herauszufinden, ob es Möglichkeiten gibt, den Forschungssubjekten in ihrem Setting bessere Zugänge zu gesundheitsförderlichen Interventionen aus logopädischer Sicht zu geben. Deshalb liegt in dem Projekt für die Teilnehmerinnen ein Nutzen (vgl. Abelin & Jeanneret 1999, S. 22f).
- **Praktische Umsetzung:** Da die Forscherin die Besucherinnen nach vorstellbaren Projekten befragte, war es ihr wichtig, nicht nur in der Theorie zu verbleiben, sondern ein Teilprojekt zur Umsetzung zu bringen. Ansonsten könnte sich ein Gefühl von „leeren Versprechungen“ bei den Teilnehmerinnen einstellen.

3 Ergebnisse

3.1 Umfeld der kindlichen Sprachentwicklung

3.1.1 Zielgruppenentsprechung

Wie in Abschnitt 1.3.2.3 beschrieben haben von Armut betroffene Menschen einen schlechten Zugang zu Gesundheit und gesundheitsfördernden Maßnahmen. Als Hauptrisikofaktoren für Armut gelten nach Holz Alleinerziehen, Niedrigeinkommen, (Langzeit-)Arbeitslosigkeit sowie Migrationshintergrund (vgl. S. 27). Diese Menschen brauchen niedrigschwellige Zugangswege, da sie ansonsten oft nur schwer erreichbar sind.

Zunächst soll geklärt werden, ob die Besucher des offenen Familientreffs dieser Risikogruppe entsprechen. Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die Hauptrisikofaktoren für Armut bezüglich der Besucher des Treffs. Der Aspekt „Niedriglohn“ ist nicht aufgeführt, da hierzu keine genauen Informationen zu den Teilnehmerinnen vorliegen. Die Tabelle erfasst nur Besucherinnen des Treffs mit Kindern, da Familien ein überdurchschnittliches, Senioren hingegen ein unterdurchschnittliches Armutsrisiko haben (vgl. S. 27). Zudem zählen die Mütter und Kinder zu der für die Untersuchung eigentlichen Zielgruppe, da die kindliche Sprachentwicklung im Vordergrund möglicher Interventionen im Familientreff steht.

Person	Hartz IV	Migrationshintergrund	alleinerziehend
A		X	
B	X		
C	X		X
E	X		X
G		X	
H	X		
I			
J	X		X

Tabelle 6: Hauptrisikofaktoren für Armut in Bezug zu Besucherinnen des offenen Familientreffs

Es wird deutlich, dass die drei aufgeführten Hauptrisikofaktoren für Armut häufig im Setting vorkommen. Sieben von acht Besucherinnen weisen mindestens einen der Faktoren auf, in drei Fällen besteht die Kombination von Faktoren Hartz IV Empfängerin und alleinerziehend (Personen C, E, J).

Abschnitt 1.3.2.3 stellt das erhöhte Risiko der Entstehung von Sprachentwicklungsstörungen bei in Armut aufwachsenden Kindern dar. Während der Teilnahme am offenen Familientreff wurde die Sprachentwicklung der Kinder subjektiv von mir eingeschätzt. Bei einem Großteil der Kinder im Vorschulalter besteht danach der Verdacht auf Sprachentwicklungsverzögerungen bzw. auf allgemeine Entwicklungsschwächen, von denen die Sprache einen Teil darstellt. Diese Beobachtung untermauert die Identifikation der Besucherinnen als passende Zielgruppe für eine Förderung von „gesunder Kommunikation“.

3.1.2 Themen und Interessen

Im offenen Familientreff finden sich natürlicherweise unterschiedlichste Menschen mit verschiedensten Interessen. Die Gemeinsamkeiten der Besucherinnen scheinen aber die hauptsächlichen Gesprächsthemen zu bestimmen:

- **Wohnsituation:** Ereignisse im Stadtviertel und in den Wohnhäusern. Durch das Wohnen im gleichen Quartier, teilweise auch in den gleichen Häusern sind stattfindende Ereignisse oder auch „Tratsch“ von Interesse. Das gemeinsame Stadtviertel ist ein verbindendes Element.
- **Arbeit:** Durch die hohe Quote an arbeitslosen Personen sind Arbeitssuche und Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt immer wieder auftauchendes Thema.
- **Kinder:** Die Kinder, im Besonderen die Babys, stehen oft im Mittelpunkt der Gespräche.

3.1.3 Motivation zur Teilnahme am Treff

Zu Beginn der Untersuchung begründete eine Besucherin ihr Kommen zum Cafe mit dem Satz:

„Unter die Leute kommen. Die Kinder können spielen.“ (Fragebogen zur Gruppenauswahl, 09.02.10)

Dieses scheint einen gemeinsamen Nenner der überwiegenden Zahl der Teilnehmerinnen auszudrücken. Die beengte Wohnsituation, welcher viele der Besucherinnen ausgesetzt sind, lässt den Kindern wenig Bewegungs- und Entfaltungsräume. Das Mehrgenerationenhaus bietet hier viel Spielraum für die Kinder, besonders durch den Außenbereich und den angrenzenden Kinder- und Jugendtreff, in dem ständig Angebote stattfinden. Auch die Kinderbetreuerin bietet den Kindern attraktive Beschäftigungen und den Müttern gleichzeitig eine Entlastung. Diese Entlastung hat sich in den Auswertungen der Notizen als ein sehr bedeutsamer Faktor herausgestellt. Die eigene Ruhe nimmt einen hohen Stellenwert ein, was sich z.B. in folgender Passage ausdrückt:

M. (5 Jahre) kommt und ruckelt an dem Kinderwagen, in dem S. gerade eingeschlafen ist (nach langem Gebrüll). Mutter von S. zu M.: ‚M., hör’ auf. Wenn S. anfängt zu schreien, dann kill’ ich dich.‘ (Beobachtungsprotokoll, 11.03.10)

Die massive Formulierung einer angedrohten Konsequenz macht die hohe Belastung der Mutter durch das Schreien des Säuglings deutlich und wie wichtig ihr das Beibehalten der eingetretenen Ruhe ist.

Im Mittelpunkt steht auch die Bewirtung im Treff. Die Möglichkeit günstig Speisen und Getränke gemeinsam zu sich nehmen zu können, selber etwas zu tun zu haben und die Kinder versorgt zu wissen, scheint die motivierende Kombination zur Teilnahme zu sein. In den Protokollen finden sich kritische Bemerkungen, wenn diese Faktoren gestört werden:

Über das Gebäck auf dem Teewagen: ‚Ist das heute alles? Ein paar Amerikaner?‘(Beobachtungsprotokoll, 04.03.10)

Eine Mutter zu der Kinderbetreuung, welche den Raum kurz verlassen hatte: ‚Wo warst du? (fordernder Unterton) Die Kinder haben dich schon gesucht. Nächstes Mal musst du dich abmelden.‘(Beobachtungsprotokoll, 25.02.10)

Die Leitung der Gruppe (T.) beschreibt den Besuch des Cafes als „den Luxus“, den sich die Teilnehmer im Alltag leisten würden (Gespräch mit T., 18.03.10).

Das Zitat zu Beginn des Abschnitts spiegelt noch einen anderen Aspekt der Motivation wider: Die sozialen Begegnungen. Die Teilnehmerin möchte „unter die Leute kommen“, anderen begegnen, mit Menschen des Stadtviertels in Kontakt treten. Ein wichtiger Faktor scheint dabei auch die Begegnung mit der Leitung der Gruppe zu sein. So berichtet diese von einer Teilnehmerin, welche nur komme, wenn sie auch anwesend sein. Die sozialen Faktoren, welche T. in die Gruppe einbringt, und die für eine bestimmte Atmosphäre und Gespräche im offenen Treff sorgen, scheinen für die Frauen wichtig zu sein. T. selber sieht sich als jemand, der neben den organisatorischen Aufgaben für Harmonie in der Gruppe sorgt. Sie bemüht sich, jedem im Treff „einen Platz“ und ein „offenes Ohr“ zu bieten. Diese Wertschätzung stellt sicherlich einen Aspekt der Teilnahmemotivation dar.

Eine Besucherin sucht deutlich eine Zugehörigkeit in der Gruppe:

„Ich kenne hier [im Viertel, M.B.] sonst niemanden.“ (Beobachtungsprotokoll, 25.02.10)

Die Teilnehmerinnen scheinen nicht in erster Linie auf der Suche nach besonderen Angeboten für sich oder die Kinder zu sein. Zu einer stattgefundenen Aktion mit einer Märchenerzählerin sagt eine Teilnehmerin:

„Die Märchentante kann meinetwegen ruhig wegbleiben.“ (Fragebogen zur Gruppenauswahl, 09.02.10)

Die folgende Graphik fasst die Teilnahmemotivationen der Frauen am offenen Familientreff aus Sicht der Autorin zusammen:

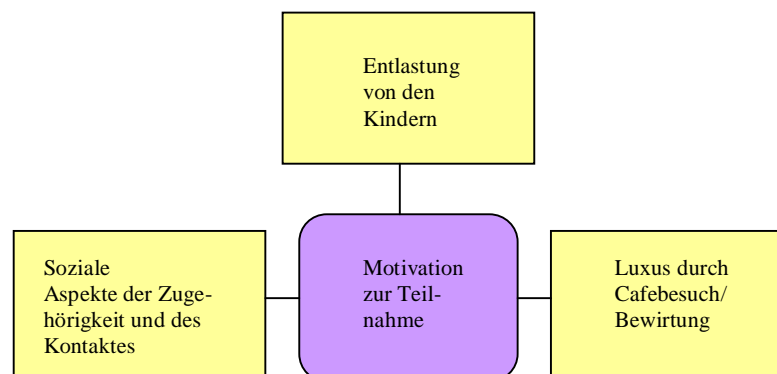


Abbildung 4: Teilnahmemotivationen der Teilnehmerinnen

3.1.4 Kommunikation zwischen Eltern / Erwachsenen und Kindern

Im Kapitel 1.3.2.3 wurde der Begriff „Gesunde Kommunikation“ von der Autorin genutzt. Wie sich die Kommunikation zwischen den Teilnehmerinnen des offenen Familientreffs darstellt und inwieweit diese den Aspekten einer gesunden Kommunikation entspricht wird im folgenden Abschnitt verdeutlicht. Als Einstieg dienen zwei Gesprächsausschnitte mit der Hausleitung sowie der Leitung des Treffs über ihre Eindrücke von der Kommunikation zwischen Eltern und Kindern:

„Die Kommunikation zwischen Eltern und Kindern ist eingeschränkt. Die Eltern sind schon eher genervt von ihren Kindern. Sie wollen einfach ihre Ruhe haben.“ (Gespräch mit T., 18.03.10)

„Ich würde mal sagen, das fängt-... ja, ich drück' das jetzt mal so aus, das ist einmal so die Sprachkultur, also äh, Worte die man miteinander nennt, äh, benutzt um auf die Kinder einzugehen, wo auch einfach wenig Feingefühl ist, wenig Sensibilität für die Wünsche und Bedürfnisse der Kinder, dass es ein sehr rauher, grober Umgangston ist, dass er oft sehr lautstark und aggressiv ist, dass es oft keine direkte Ansprache ist, sondern man schreit von einem Raum in den anderen und dann sollen die Kinder gefälligst parieren- ähm - also, dieser direkte Blickkontakt fehlt auch einfach, so in Beziehung treten mit dem Kind, sag' ich mal, das fehlt oft ganz tüchtig dabei, was ich so beobachte.“ (informelles Interview mit der Hausleitung, 30.03.10)

Diese Beschreibungen legen die Vermutung von einem ungünstigen Kommunikationsverhalten der Eltern gegenüber ihren Kindern nahe.

Die folgende Tabelle verdeutlicht die in den Datensammlungen gefundenen günstigen und ungünstigen kommunikativen Verhaltensweisen der Teilnehmerinnen. Dabei wird auch die Kommunikation der Erwachsenen untereinander einbezogen, da diese die Grundhaltungen und Befindlichkeiten der erwachsenen Menschen widerspiegelt, die diese auch in der Kommunikation mit dem Kind ausdrücken. Die Darstellung ist nach Altersstufen der Kommunikationsteilnehmerinnen getrennt, da jeweils verschiedene Aspekte im Vordergrund stehen.

Kommunikations- teilnehmerinnen	Günstige Faktoren der Kom- munikation	Ungünstige Faktoren der Kommunikation
Erwachsene - Babys	Ammensprache, ritualisierte Spielchen zur Aufmerksamkeitslenkung, Blickkontakt, Fokus auf Gegenstände, Körperkontakt	Wenig / fehlende Ammensprache, fehlende spielerische Anregung, eingeschränkte Interpretation des Verhaltens, eingeschränkter Blickkontakt
Erwachsene - Kinder (von 3-7 Jahren)	Eingehen auf Bedürfnisse	Ansprache über räumliche Entfernungen ohne Blickkontakt, fehlende Unterstützung bei Konflikten, Ungeduld, rauer Tonfall, „Vorführen“ (Ironie), Desinteresse
Erwachsene - Kinder (Schulalter / Jugendliche)	Freundliche Begrüßungen, Interesse, freundschaftlicher Umgang	Rauer Tonfall, kein Interesse von den Erwachsenen ausgehend
Erwachsene - Erwachsene	Nachfragen	Kritik, Anklage, Schuldzuweisung, „Sprachlosigkeit“

Tabelle 7: Günstige und ungünstige Kommunikationsfaktoren der Teilnehmerinnen

An der Tabelle lässt sich erkennen, dass es sowohl positive als auch negative Aspekte der Kommunikation gibt. Die Ammensprache beispielsweise wird durch die Großmütter und älteren Teilnehmerinnen gegenüber den Babys benutzt, von den Müttern der Babys hingegen nur sehr eingeschränkt.

Im Folgenden werden Beispiele für einzelne Aspekte gegeben, die die Vielschichtigkeit der Umgangsweisen aufzeigen:

Erwachsene – Babys:

Aus den Beobachtungen heraus entsteht der Eindruck, dass die beiden oft anwesenden Babys im Mittelpunkt des Treffs stehen. Gespräche über ihre Entwicklung oder ihre momentane Befindlichkeit nehmen einen großen Raum ein.

In den Protokollen lässt sich ein hoher Anteil an Körperkontakt zwischen den Erwachsenen und den Babys entdecken. Die Babys befinden sich oft auf dem Arm der Mutter oder anderer Personen. Die sprachlichen Anteile lassen sich hier unterschiedlich bewerten. Während die Mütter mit den Babys sprachlich eher reduziert umgehen, sind die übrigen Personen sprachlich aktiver mit ihnen. Der Mutter eines häufig schreienden Säuglings fällt die Interpretation des Schreiens oft schwer - sie reagiert überwiegend mit Nahrungsgabe mit der

Flasche, wobei sie dabei wenig Körperkontakt pflegt. Aus den Aufzeichnungen lässt sich manches Mal Ungeduld ablesen:

S. brüllt und lehnt angebotene Nahrung ab. Mutter klingt ungeduldig: ‚Hoa, nun hör‘ doch mal auf zu schreien.‘ (Beobachtungsprotokoll, 11.03.10)

S. beginnt wieder stark zu schreien. Seine Mutter probiert ihn zu beruhigen, hat ihn auf dem Arm, schaukelt ihn: ‚Jaaaa - oh Mann.‘ Sie spricht eher wenig mit ihm. (Beobachtungsprotokoll, 16.03.10)

Den Umgang der Mütter bzw. Großmütter mit den Babys ist in den Aufzeichnungen oft als „liebepoll“ bezeichnet. Insgesamt lässt sich bei den Müttern ein großer Stolz auf ihre Babys feststellen. Gerne dürfen sie bei anderen auf dem Arm sein, was freudig von den Müttern beobachtet wird.

Bei einer Mutter war eine Veränderung im sprachlichen Umgang während der Phase der Aufzeichnungen zu bemerken. Während sie mir zu Beginn noch durch ein geringes Sprachangebot ihrem Säugling gegenüber auffiel, war bei der letzten Beobachtung ein hoher sprachlicher Anteil mit viel Blickkontakt und Imitation zu beobachten:

Mutter C. spricht wenig direkt mit G. wenn sie sie auf dem Arm hat. Manchmal kurze Passagen: ‚Ja du, hm.‘ (Beobachtungsprotokoll, 25.02.10)

C. spricht sehr viel mit G. - spiegelt ihre Gefühle. Körper- und Blickkontakt. (Beobachtungsprotokoll, 29.04.10)

Hier besteht die Frage, ob das veränderte Verhalten im Zusammenhang mit dem zuvor angebotenen Infonachmittag steht, bei dem das Thema „Eltern-Kind-Interaktion“ behandelt wurde (vgl. S. 63ff).

Erwachsene – Kinder von 3-7 Jahren:

Im Gegensatz zu den Babys nehmen die Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter eher Nebenrollen ein. Sie beschäftigen sich häufig alleine oder in der Kinderbetreuung. In den Aufzeichnungen findet sich wenig Interaktion zwischen diesen Kindern und ihren Müttern. Stattfindende Kommunikation handelt überwiegend von der Bedürfnisbefriedigung der

Kinder, z. B. wenn sie etwas trinken wollen oder um Verbote, die die Mütter aussprechen. Großmütter und Frauen ohne eigene Kinder gehen mit den Kindern geduldiger und freundlicher um als die Mütter selbst.

Den Kindern wird wenig konstruktiver Umgang mit Konflikten geboten. Direkte Hilfesuche wird von den Müttern oft ignoriert oder nicht ernst genommen:

L. kommt schmollend zu ihrer Mutter: ‚N. hat meine Schlange kaputtgemacht.‘ Mutter: ‚(ironisch) Ooh, N. hat ihre Schlange kaputtgemacht, C. (ist die Mutter von N.). L, was soll ich jetzt machen? Soll ich N. verhauen? (lacht)‘ L. schmollt noch ein bisschen und verschwindet wieder. (Beobachtungsprotokoll, 11.03.10)

Im Umgang mit Konflikten werden durch manche Mütter Lösungen durch körperliche Auseinandersetzung vorgeschlagen:

N. kommt rein: ‚L. weint, weil E. sie gehauen hat.‘ I. (Mutter von L.): ‚Dann sag‘ L., sie soll E. hauen, aber kräftig.‘ (Beobachtungsprotokoll, 18.02.10)

Die Kommunikation zwischen den Müttern und den Kindern findet oft mit räumlichem Abstand ohne Blickkontakt statt. Anweisungen werden durch das Haus gerufen, statt zu den Kindern zu gehen und sie direkt anzusprechen. Grenzsetzungen werden so oft unklar formuliert und nicht durchgesetzt:

Ein Junge nimmt eine Bockwurst mit in den Toberaum, in welchem Speisen und Getränke verboten sind. Die eigene und eine andere Mutter reagieren durch Hinterherrufen: ‚Nein N., das ist nicht erlaubt.‘ Keine geht hinterher, als N. nicht reagiert. (Beobachtungsprotokoll, 18.02.10)

Erwachsene - Kinder im Schulalter und Jugendliche:

In den Aufzeichnungen finden sich einige Hinweise auf freundliche Verhaltensweisen gegenüber den Schulkindern und Jugendlichen wie z. B. aufmerksame Begrüßungen, die als Wertschätzung zu werten sind:

Außerdem betritt P4 den Raum und wird von allen Anwesenden sehr erfreut begrüßt. (Beobachtungsprotokoll, 16.03.10)

Der Umgang mit den älteren Kindern, die sich bei dem Treff meistens alleine beschäftigen, zum Jugendtreff gehen, Hausaufgaben machen oder im Internet surfen ist meiner Einschätzung nach überwiegend freundschaftlich geprägt. Wenn die Jugendlichen von sich aus hinzu kommen, werden sie in Gespräche einbezogen. Maßregelungen finden selten statt, vereinzelt in einem rauen Tonfall. Die älteren Schulkinder und Jugendlichen haben „ihren Platz“ bei dem offenen Treffen. Meinem Eindruck nach sind sie gerne mal dabei, gehen aber die meiste Zeit ihre eigenen Wege.

Erwachsene – Erwachsene:

In den Aufzeichnungen lassen sich viele Hinweise auf Kritik, Anklage und Schuldzuweisungen in der Kommunikation der Erwachsenen untereinander zu finden. Dieses wird zum Teil offen formuliert:

Eine Mutter zu einer anderen Mutter i. B. auf deren Baby: , Die schreit komisch- irgendwie.’ (Beobachtungsprotokoll, 25.02.10)

oder indirekt aneinander gerichtet:

Ein Junge spritzt mit Wasser durch den Raum. Eine Mutter zu dessen Mutter: , Das war N. mit der Spritze mit dem Wasser.’ (Beobachtungsprotokoll, 25.02.10)

In den Notizen finden sich Passagen, in welchen auch in Gesprächen über Probleme die jemand hat, offene Kritik geübt wird:

Eine Mutter zu einer anderen, welche sich gerade mit mir im Gespräch über Erziehungsprobleme mit ihrem Sohn befindet: ,Und außerdem behütetest du ihn auch viel zu viel.’ An mich gewandt: ,Du musst dir mal vorstellen, bis jetzt bringt sie ihn noch zur Schule.’ (Beobachtungsprotokoll, 04.03.10)

Auf der anderen Seite lässt sich „gegenseitige Sprachlosigkeit“ erkennen. Vieles bleibt scheinbar unausgesprochen. Für eigene Probleme bleibt das Forum des Treffs in der Regel ungenutzt, diese werden eher „Face-to-Face“²⁶ angesprochen.

²⁶ „Face-to-Face“ wird von der Autorin im Sinn von direkter Kommunikation von zwei Menschen im vertrauten Rahmen benutzt.

Nach einem Gespräch mit zwei Müttern: ‚Alle anderen scheinen zwar zuzuhören, aber niemand beteiligt sich aktiv am Gespräch. Ich habe das Gefühl, das sehr viel Unausgesprochenes in der Luft liegt.‘ (Beobachtungsprotokoll, 04.03.10)

Wertschätzende Bemerkungen zueinander oder übereinander finden sich in den Protokollen wenig. Es scheint üblicher zu sein, negative Dinge anzumerken als positive.

3.2 Zugangswege und Partizipation

3.2.1 Die Erprobung unterschiedlicher Zugangsarten

3.2.1.1 Gruppengespräche

Verschiedenen Themen versuchte ich mich durch Gruppengespräche zu nähern. So ergab sich in der ersten Phase der Beobachtung die Frage, wie für die Besucher, speziell für die Mütter des Treffs, die „Brücke zum Problem Sprache“ geschlagen werden könnte, da dieses Thema nicht speziell als Problem definiert wurde. Es wuchs in mir die Frage, was Probleme bzw. Ängste aber auch Hoffnungen der Mütter (bzw. Großmütter) in Bezug auf ihre Kinder (bzw. Enkel) sein könnten. Im weiteren Verlauf stellte sich mir die Frage, welche Ideen die Besucherinnen hätten, ihre Kinder oder Enkel in Richtung ihrer Hoffnungen zu unterstützen. Beide Themen wurden in Gruppengesprächen aufgegriffen.

Der Beginn der Gespräche fiel mir sehr schwer. Ein Gefühl, das ich als lähmend beschreiben würde, begleitete nahezu alle Momente der Anfangsphase einer Aktion:

Ich zwinge mich irgendwann dazu, schon mal die Karteikarten und einen Stift auf den Tisch zu legen, um mir damit einen Startpunkt zu setzen. (Beobachtungsprotokoll Gruppengespräch, 16.03.10)

Da diese Empfindung großen Raum in der Zeit der Untersuchung einnahm, wird im Abschnitt 3.2.2 vertieft darauf eingegangen.

Den Startpunkt für die Gespräche gab T., die sehr aufmerksam für die einzelnen Belange der Teilnehmerinnen ist, z.B. mit

‚Und was möchtest du mit deinen Karten da machen?‘ (Beobachtungsprotokoll Gruppengespräch, 16.03.10)

Damit sorgte T. für die allgemeine Aufmerksamkeit, welche ihr zugestanden wird. Ich selber hatte zuvor einen verbalen Versuch des Einstiegs unternommen, ihn aber kurz darauf aufgrund allgemeiner Unaufmerksamkeit wieder abgebrochen. In meiner Reflektion schreibe ich später:

Ich habe Schwierigkeiten meine Fragen zu stellen, da ich nicht das Gefühl habe, die passende Rolle zu haben. (Auswertungsprotokoll, 17.03.10)

Das meine Rolle klar definiert ist und Handlungen voraussehen lässt, scheint wichtig für die Aufmerksamkeit der Besucherinnen zu sein. Als Teilnehmerin, welche ich ja zunächst darstellte, scheint es schwierig, plötzlich besondere Anforderungen zu stellen. Diese Aktion wird nicht erwartet.

Einen Rahmen bekamen die Gespräche durch Karteikarten, auf denen ich die Antworten der Teilnehmerinnen notierte und die eine Signalwirkung für die Aufmerksamkeit haben sollten. Eine zwischenzeitliche Aufmerksamkeitssicherung durch Wiederholung der Fragen oder ein direktes Ansprechen einzelner Teilnehmerinnen war immer wieder nötig, um bei dem Thema zu bleiben. Trotz des für mich ungewohnten Dialogverhaltens, das sich durch viele Brüche auszeichnete, hatte ich das Gefühl, dass die Frauen interessiert am Thema waren und die Gespräche beide Seiten inspirierten. Die Teilnehmerinnen zeigten sich offen für die Methode und die Inhalte. Kennzeichnend waren die kurzen Spannen der Aufmerksamkeit, die sich schnell wieder anderen Punkten zuwendete. Hierfür sehe ich verschiedene Gründe:

- Das gemeinsame Erarbeiten eines Themas wird in dem Setting des offenen Treffs nicht erwartet,
- ein vertieftes Gespräch zu einem Thema über einen längeren Zeitraum ist ungewohnt- auch die Gespräche, die sonst in der offenen Runde des Treffs geführt werden, bleiben meistens eher an der Oberfläche,
- das Thema ist nicht selbst gewählt und kennzeichnet kein eigenes, im Vordergrund stehendes, Problem.



Abbildung 6: Antworten der Teilnehmerinnen in Bezug auf die Ängste und Hoffnungen bezüglich ihrer Kinder und Enkel. (16.03.10)

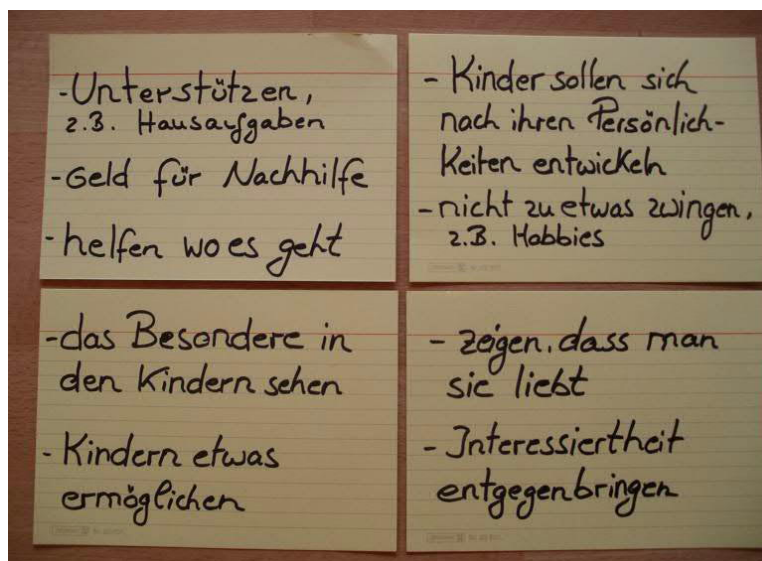


Abbildung 5: Antworten der Teilnehmerinnen in Bezug auf Unterstützungsmöglichkeiten bezüglich der o. g. Hoffnungen; der Pfeil zeigt auf die Karte, die später als „Brücke“ zu den Themen „Mutter-Kind-Interaktion“, „gemeinsame Handlungen“ und „gemeinsamer Dialog“ genutzt wurde. (23.03.10)

3.2.1.2 Fragebogen

Zur Klärung unterschiedlicher Themen benutzte ich von mir entwickelte Fragebögen (s. Anhang, A2 / A5). In der Anwendung zeigten sich verschiedene Vor- und Nachteile:

Zum Vorteil war, dass es durch den Bogen zu einer automatischen Lenkung der Aufmerksamkeit auf den Inhalt kommt. Somit werden längere Erklärungen mit der Gefahr der schwindenden Aufmerksamkeit der Teilnehmerinnen unnötig. Damit die Fragen allerdings von jedem wirklich verstanden werden, sind Erläuterungen für Einzelne vorteilhaft.

Ein weiterer positiver Aspekt von Fragebögen für die Struktur des Settings des offenen Treffs liegt in der flexiblen Handhabung. Die Teilnehmerinnen können die Bögen zu verschiedenen Zeiten ausfüllen.

Als nachteilig erwies sich die Schwierigkeit einzuschätzen, wie ehrlich die Fragebögen ausgefüllt wurden. Da sich während der Untersuchung zeigte, dass die gegebenen Antworten und das spätere Handeln zum Teil weit auseinanderklafften, ergibt sich die Frage, inwieweit z.B. der Aspekt der sozialen Erwünschtheit²⁷ bei der Beantwortung eine Rolle gespielt hat.

In einem Fall ergab sich durch die Bitte des Ausfüllens der Bögen eine Drucksituation: Eine Besucherin zeigte eine starke Ablehnung und verweigerte die Teilnahme. Dafür wurde sie von den übrigen Besucherinnen zur Rechenschaft gezogen, was ihr sichtlich unangenehm war. Auch in der Gefahr des Auftretens solcher Situationen sehe ich einen Nachteil.

3.2.1.3 Infonachmittag

Die Bemerkung einer Besucherin auf meine Frage, wer sich vorstellen könnte, mit mir eine gemeinsame Aktion der vorher beantworteten Fragebögen tatsächlich vorzubereiten

„Was soll ich denn vorbereiten? Wenn ich nicht weiß, was ich vorbereiten soll, dann kann ich auch nichts vorbereiten“ (Beobachtungsprotokoll, 01.04.10)

veranlasste mich dazu, einen Infonachmittag in Bezug auf die frühkindliche Sprachentwicklung, besonders hinsichtlich der Bedeutung der Eltern-Kind-Interaktion anzubieten. Damit waren zwei unterschiedliche Intentionen verbunden:

Zum einen wollte ich die Besucherinnen verstärkt an meinen Gedankengängen teilhaben lassen. Nach meinem Eindruck hatte ich die Bedeutung, welche die Idee der „gesunden Kommunikation“ für die Menschen des Treffs haben könnte, nicht genügend vermittelt. Die Besucherin schien den Sinn des Projektes nicht nachvollziehen zu können, was eine Partizipation, die von mir erbeten wurde, unmöglich machte. Zum anderen wollte ich Gewohntes unterbrechen - die Antwort in einem vorherigen Fragebogen auf die Frage

²⁷Soziale Erwünschtheit bezeichnet die Tendenz, sich allgemein in sozialen Situationen entsprechend den Erwartungen anderer zu verhalten (vgl. Psychologie48.com. Das Psychologie Lexikon).

„Könntest du dir vorstellen, an einem Nachmittag zum Thema „Sprache“ teilzunehmen?“

(Fragebogen, Anhang A2)

Hatten 5 von 6 der Teilnehmerinnen mit „Nein“ (Auswertung Fragebögen, Anhang3). beantwortet worden. Das erschien mir auffällig, da die Besucherinnen die weiteren Vorschläge des Fragebogens überwiegend positiv bewerteten. Der offensichtliche Ablehnung, die vielleicht mit negativen Erfahrungen mit Veranstaltungen dieser Art verbunden ist, wollte ich bewusst versuchen, mit einer neuen Erfahrung entgegenzutreten. Es machte mich neugierig, wie die Teilnehmerinnen sich verhalten würden.

Im Kapitel 2.5 ist beschrieben worden, unter welchen Gesichtspunkten der Infonachmittag vorbereitet worden ist. Die Einladung zu der Veranstaltung erfolgte mündlich und schriftlich in der Vorwoche. Dazu stellte ich eine handgeschriebene Information auf den Tisch. Als erstes ergab sich an dem Nachmittag der Veranstaltung die Schwierigkeit der Raumwahl. Mir war es wichtig, deutlich zu machen, dass niemand an der Veranstaltung teilnehmen muss. Deshalb wollte ich mit den Interessierten in einen Nebenraum gehen. Die übrigen Personen sollten die übliche Möglichkeit zum Kaffee trinken haben, das an diesem Tag auf der Terrasse stattfand. Diese Raumwahl wurde von den Teilnehmerinnen diskutiert, mit dem Ergebnis, dass sie lieber auf der Terrasse bleiben würden. Hieraus lässt sich der hohe Stellenwert des üblichen Rahmens mit Speisen und Getränken ableiten. Trotz meiner hörbar geäußerten Bedenken hinsichtlich der Freiwilligkeit und der Aufmerksamkeit sowie dem Hinweis, dass insgesamt genügend Zeit zum üblichen Kaffee trinken bleiben würde, ließen sich die Besucher nicht dazu bewegen, den Platz zu wechseln.

Im Zuge der Diskussion um die Raumwahl wurde mir deutlich, dass einer Besucherin der Ablauf eines Infonachmittages nicht klar gewesen war. In ihrer Vorstellung sollten die Frauen mit mir zu Einzelgesprächen in den Nebenraum gehen. An dieser Stelle spürte ich ihr Unbehagen. Vorannahmen über das Wissen der Teilnehmerinnen sollten also bei Ankündigungen von Aktionen genauestens überprüft werden.

Inhaltlich standen die positiven Auswirkungen von Kommunikation / Dialog zwischen Eltern und Kindern auf die kindliche Sprachentwicklung und auf die Gesundheit durch die Ausbildung von Schutzfaktoren im Mittelpunkt. Als Ziel sollten die Teilnehmerinnen die

eigenen Handlungen reflektieren und die eigenen Handlungsmöglichkeiten erweitern können. Methodisch fand ein gemeinsames Gespräch statt, um die Selbstwirksamkeit der Teilnehmer zu erhöhen. Die Kinder der Besucherinnen dienten dabei als Bezugspunkt.

Wie schon bei den Gruppengesprächen erwies sich die Aufmerksamkeitsspanne als eher kurz. Die Aufmerksamkeit musste immer wieder gezielt gelenkt werden. Als positiv erwies sich hier zum einen die explizite Vorankündigung eines Infonachmittages. Meine Rolle als Vortragende und Gesprächsleitung war klar und anerkannt. Damit konzentrierten sich die Frauen von Beginn an deutlich mehr auf mich als es in den vorherigen Gruppengesprächen der Fall gewesen war.

Als Zweites erwiesen sich zwei vorbereitete Plakate als sehr hilfreich, um zu einem gemeinsamen Fokus zu gelangen.

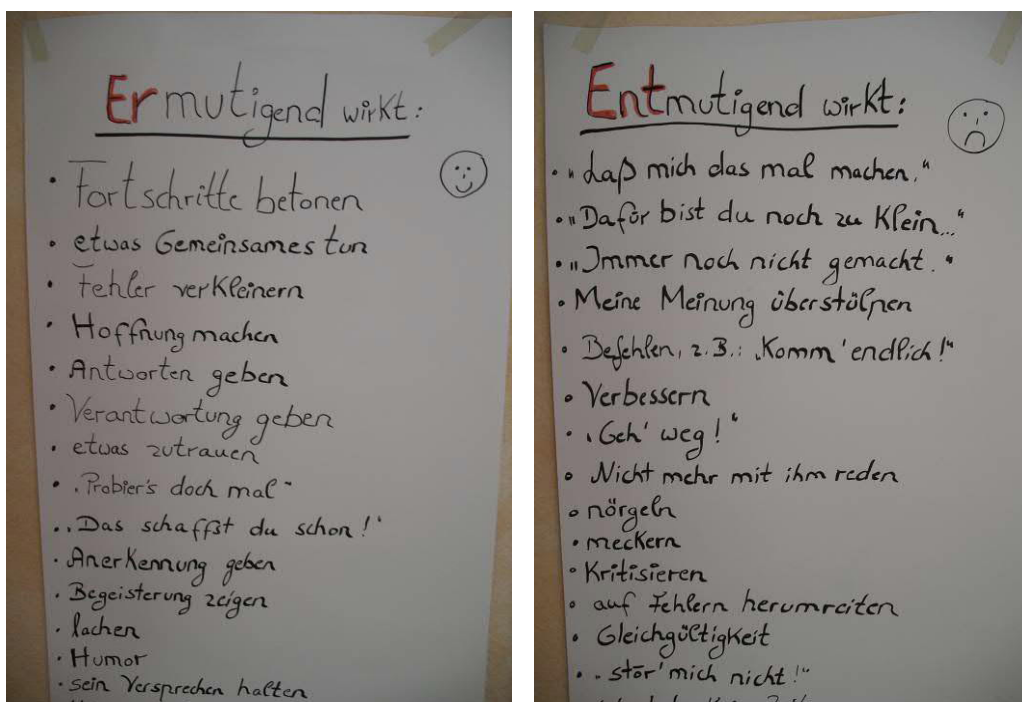


Abbildung 7: Vorbereitete Plakate für den Infonachmittag (15.04.10)

Ebenfalls als äußerst positiv erwies sich der Zugang über die Kinder. Mit Hilfe der zwei anwesenden Babys konnten Interaktionsbeispiele veranschaulicht werden, wofür die Mütter bereitwillig ihre Kinder abgaben. Damit gelang ein positiver Anschluss an die Lebens-

welt der Frauen des Treffs. Das Wechseln zwischen Gespräch und sichtbarer Handlung steigerte zudem die Aufmerksamkeit der Teilnehmerinnen.

Als schwierig erwies sich in einem Fall die Sprachbarriere. Um den Inhalten des Gesprächs zu folgen, waren die Deutschkenntnisse der Teilnehmerin zu gering. Diese Tatsache führte zu Unaufmerksamkeit und Nebengesprächen. Hier stellt sich die Frage, ob der Rahmen des offenen Treffs, der Menschen mit Migrationshintergrund einbinden möchte, der Richtige für eine Informationsveranstaltung mit hohem Gesprächsanteil ist. Da eine Partizipation für diese Menschen oft schwierig ist, kann es zu einer Ausgrenzung führen.

Von den sieben Teilnehmerinnen des Infonachmittages füllten vier anschließend einen Fragebogen zur Reflektion aus. Alle vier würden einen Nachmittag dieser Art noch mal mitmachen und fanden das Thema interessant. Eine Frau verweigerte das Ausfüllen des Reflexionsbogens. Die beiden übrigen waren schon gegangen, bevor ich die Reflexion angesprochen hatte.

Insgesamt herrschte an dem Nachmittag eine interessierte, heitere und offene Stimmung. Diese wahrzunehmen war mir allerdings erst möglich, nachdem ich meine eigenen Vorerwartungen an den Nachmittag zurückstellen und mich voll auf die Situation einlassen konnte. Zu Beginn des Nachmittages spürte ich eine starke Irritation durch die fehlende „Unterrichtskultur“ der Frauen. Es existierte kein selbstverständliches Einvernehmen über den Ablauf eines gemeinsamen Gespräches. So wurden Zwischengespräche geführt oder Teilnehmerinnen verließen kurz die Runde um etwas im Internet nachzuschauen.

3.2.1.4 Vorbereiten einer gemeinsamen Aktion

Den Abschluss des Praxisprojektes bildete eine Aktion, welche gemeinsam mit Besucherinnen des Treffs vorbereitet werden sollte. Hier wurde ausprobiert, inwieweit es gelingen kann, die Teilnehmerinnen partizipieren zu lassen. Zuvor wurden die Frauen in einem Fragebogen zu verschiedenen sprachförderlichen Maßnahmen befragt. Zum Einen sollten sie beantworten, ob sie sich eine Teilnahme vorstellen, zum Anderen ob sie die Maßnahmen mit vorbereiten würden. Beides fiel sehr positiv aus. Auf die Frage

„Könntest du dir vorstellen zusammen mit deinen Kindern kleine Aktionen mitzumachen?“

(Fragebogen, Anhang A2)

antworteten sechs von sieben Teilnehmerinnen mit „Ja“ (Auswertung Fragebögen, Anhang A5). Auch die Antwort auf die darauf folgende Frage

„Könntest du dir vorstellen diese mit vorzubereiten?“ (Fragebogen, Anhang A2 / A5)

wurde sechsmal positiv beantwortet. Eine Mutter, die besondere Offenheit in Bezug auf gemeinsame Aktionen und deren Planungen zeigte, wurde von mir direkt auf eine gemeinsame Vorbereitung angesprochen. Sie willigte ein und wir vereinbarten einen Termin, um uns zu treffen. Bei unserem Wiedersehen legten wir eine passende Tätigkeit für die Aktion fest. Blumentöpfe sollen bemalt und Kräuter oder Blumen darin gesät werden. Im Mittelpunkt standen das gemeinsame Handeln von Müttern und Kindern und die dabei entstehende Kommunikation. Deshalb legen wir fest, dass Kinder nur gemeinsam mit einem Erwachsenen mitmachen könnten. Aus dem Gefühl heraus, die Teilnehmerin nicht überfordern zu wollen, übertrug ich ihr keine Aufgaben zur Umsetzung der Aktion, wie z.B. den Einkauf oder die Vorbereitung des Raumes. Im Rückblick auf diese Situation glaube ich, dass ich ihre fehlende Motivation spürte und nicht das Risiko eingehen wollte, die Aktion durch Unzuverlässigkeiten zu gefährden. Bei der Festlegung des Termins für die Aktion bemerkte ich Zurückhaltung bei der Mutter:

„Ob ich komme, weiß ich vorher nie.“ (Beobachtungsprotokoll, 08.04.10)

An dieser Stelle fragte ich mich später, ob der Antrieb zur Beteiligung an der Vorbereitung aus einer sozialen Erwünschtheit heraus erwachsen war und sie sich mir zuliebe beteiligte.

3.2.1.5 Durchführung einer gemeinsamen Aktion

Meine Idee der gemeinsamen Aktion zum Erreichen eines gemeinsamen Handelns von Müttern und Kindern und einer Anregung des Dialoges untereinander erwies sich als nicht durchführbar. Zwar fand die Aktion statt und Erwachsene und Kinder beteiligten sich, doch eine echte Partizipation der Erwachsenen war nicht zu spüren. Die Mutter, welche die Aktion mit vorbereitet hat, übernahm keinerlei Verantwortung. Sie zeigte sich sogar überrascht, dass die Aktion an diesem Tag stattfand:

„Ich dachte, das wäre letzte Woche gewesen.“ (Beobachtungsprotokoll, 22.04.10)

Zwischen den Müttern und Kindern, die Blumentöpfe bemalten fand nur sehr wenig Kommunikation statt. Einige Mütter bemalten ihre eigenen Töpfe, so dass mehr ein „Nebeneinander“ statt eines „Miteinanders“ stattfand. Um ein Ziel der gemeinsamen Handlung und Kommunikation zu erreichen, bräuchte die Aktion einen festeren methodischen Rahmen und mehr Führung. Ich griff an dieser Stelle nicht in den Ablauf ein, da ich nicht wirklich darauf vorbereitet war und es zudem als nicht passend empfunden habe.



Abbildung 8: Blumentöpfe bemalen (22.04.10)

An diesem Nachmittag fiel mir eine allgemeine gereizte und aggressive Stimmung unter den Teilnehmerinnen auf. Meinem Eindruck nach lag der Grund dafür in dem durchbrochenen gewohnten Rahmen des Treffs. Durch die Aktivität, die die Teilnehmerinnen wechselnd mit den Kindern durchführten (nicht alle Besucherinnen malten gleichzeitig) fand die gewohnte gemeinsame Kaffeerrunde nicht statt. Obwohl Kaffee und Kuchen bereit standen, kam keine wirkliche Runde zustande. Ohne den gewohnten Rahmen hatte der Nachmittag etwas Haltloses. Trotzdem äußerte sich eine der Teilnehmerinnen nach der Aktion sehr zufrieden:

„So können wir es jetzt immer machen.“ (Beobachtungsprotokoll, 22.04.10)

Diese Zufriedenheit war allerdings lediglich auf das eigene Basteln bezogen, das ihr großen Spaß gemacht hatte. Leider liegen keine weiteren Rückmeldungen zu dieser Aktion vor. Ich verteilte nicht die vorbereiteten Feedbackbögen, aus dem Gefühl heraus, den Frauen nicht noch mehr „aufdrücken“ zu wollen. Bei der späteren Reflexion dieser Wahrneh-

mung ist mir deutlich geworden, dass eine Partizipation bei der Aktion nicht erreicht worden war. Es war für mich deutlich zu spüren, dass die Aktion aus meiner Motivation heraus entstanden war, den Müttern die Begeisterung mitzumachen aber fehlte. Ich hatte den Eindruck, dass es sie Mühe kostete teilzuhaben. So erklärt sich meine Zurückhaltung, sie mit noch mehr „Forderung“ zu belasten.

3.2.1.6 Informelle Interviews

Informelle Interviews im Zweierkontakt erwiesen sich als gut durchführbar. Zu bestimmten Themen wurden die Frauen speziell befragt und zeigten sich auskunftsfreudig. Allerdings ist hierzu zu bemerken, dass nur zweimal eine Befragung in einem extra Raum stattfand. Ob sich dazu alle Teilnehmer bereit gezeigt hätten, bleibt offen. In spontanen Befragungen während der teilnehmenden Beobachtung war die überwiegende Zahl der Teilnehmerinnen sehr aufgeschlossen.

3.2.2 Die eigene Rolle

In der Reflexion meiner Rolle im offenen Treff bemerkte ich mich als teilnehmende Beobachterin die „mitquatscht“, interessiert an den anderen ist, etwas wissen möchte aber auch über sich erzählt, sich sehr wohl fühlte. Dieses schien mir eine erwartete Rolle, die akzeptiert und angenehm war. Interessant war im Gegensatz dazu in meinen Aufzeichnungen das Wort „Lähmung“ oder die Phrase „ich fühlte mich wie gelähmt“, die immer wieder in Verbindung mit von mir arrangierten Aktionen auftauchten. Sobald mein eigenes „Wollen“ in den Vordergrund trat und ich eine Aktion einleitete, wie z.B. ein Gruppengespräch, fiel mir der Einstieg in die Aktionen schwer.

Aus dem Begriff der Lähmung wurde die Subkategorie „interessenabhängiges Mitschwingen“ kodiert (Kodiersitzung, 02.04.10); nur bei einem „Mitschwingen“ der Teilnehmerinnen, welches stark von den eigenen Interessen abhängt ist eine Aktivität, oder auch Partizipation möglich. Ohne dieses Mitschwingen ist auch meine eigene Aktivität eingeschränkt, da mir die Verbindung zu den anderen Menschen und damit die Zugehörigkeit in diesem Moment fehlt.

3.2.3 Partizipationsmöglichkeiten der Teilnehmerinnen

In der Reflexion der eigenen Rolle ist deutlich geworden, dass eine aktive und nachhaltige Beteiligung der Teilnehmer nur zu erreichen ist, wenn die Themen an ihren Interessen und Lebenswelten anschließen. Im Kodierprozess wurden weitere Faktoren deutlich, welche die Partizipation einschränken können. Diese werden im folgenden Abschnitt erläutert:

Aus den Aufzeichnungen der einzelnen Beobachtungen und Aktionen ließen sich durch das offene Kodieren fünf Kategorien herausarbeiten. Diese werden kurz vorgestellt und in einen inneren Zusammenhang gestellt²⁸.

Die Kategorien:

- **Aktivität**
- **(fehlende)Verbindlichkeit**
- **Angst**
- **Wertschätzung**
- **Face-to-Face**

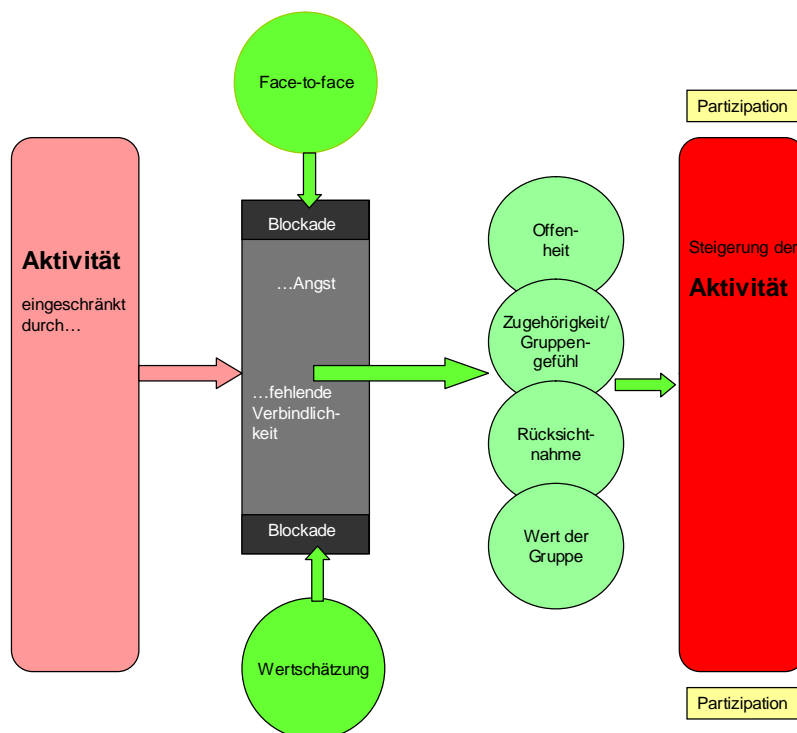


Abbildung 9: Dynamik von Aktivität und die Wirkung auf die Partizipation (eigene Darstellung)

²⁸ Die dazugehörigen Codes finden in Tabelle 5 (S. 47).

Die oben genannten Kategorien finden sich in dieser Abbildung wieder. Das Schaubild beschreibt die Gruppenprozesse im offenen Treff, die Partizipation blockieren oder sie ermöglichen können.

Die Kategorien „Angst“ und „fehlende Verbindlichkeit“ blockieren die Aktivität der Teilnehmerinnen und damit ihre Partizipation.

Ein inneres Gefühl der Angst kann Blockaden auslösen. Dieses zeigte sich bei einer Besucherin, die sich verweigerte, jede Art von Fragebogen auszufüllen. Einen Grund konnte sie selber für ihr Verhalten nicht nennen, ihre Erklärung lautete

„ich weiß es nicht - es interessiert mich einfach nicht.“ (trotziger Stimmklang) (Beobachtungsprotokoll, 25.03.10)

Aus dieser Äußerung wurde der Kode einer „inneren Angst“ herausgearbeitet.

Durch den Face-to-Face Kontakt konnte ein Zugang zu der Teilnehmerin erreicht werden, der es ihr ermöglichte, sich am Angebot des Infonachmittages oder an Gruppengesprächen zu beteiligen. Diese Teilnehmerin wäre durch freie Angebote mit einer unterrichtsähnlichen Struktur höchstwahrscheinlich nicht zu erreichen, da sie durch eine innere Angst, vielleicht vor einer Wiederholung von Defiziterfahrungen, gehindert würde, sich zu interessieren und zu kommen. Für diese Teilnehmerin kann es als ein großer Schritt bewertet werden, sich für das Angebot des Infonachmittages zu öffnen. Face-to-face kann also eine Offenheit bewirken, welche zu Partizipation und damit zu einer Steigerung der Aktivität führen kann.

„Fehlende Verbindlichkeit“ als ein weiterer blockierender Faktor ist in den Protokollen vielfach zu finden. Damit geht auch eine fehlende Übernahme von Verantwortung einher. Beispielsweise gab eine Besucherin auf die Frage, ob sie an verschiedene Aktionen teilnehmen würde, folgende Antwort:

„Ich kann mir vorstellen, an allen Aktionen teilzunehmen. Mir ist aber wichtig, dass ich nicht kommen muss (betont). Darum würde ich auch nichts mit vorbereiten. Wenn ich Lust habe, möchte ich kommen oder ich komme nicht.“ (Beobachtungsprotokoll, 25.03.10)

Durch die Kodierarbeit der Hinweise aus den Texten zu dem Thema der Verbindlichkeit wurden folgende Dynamiken sichtbar:

Keine Verbindlichkeiten einzugehen, ist den Frauen scheinbar sehr wichtig. Verantwortung übernehmen ist damit gekoppelt, Verbindungen einzugehen und ein Gruppengefühl zu entwickeln. Dieses Gruppengefühl scheint in dem offenen Treff wenig vorhanden zu sein, obgleich sich viele der Teilnehmerinnen über einen längeren Zeitraum kennen. Durch ein Gemeinschaftsgefühl entwickeln sich in der Regel der Wille zur Partizipation und die Lust, etwas für die Gemeinschaft zu tun. Bei den Besucherinnen des Treffs scheint das eigene Wohlergehen an erster Stelle vor dem Wohlergehen der Gemeinschaft zu stehen. Es ist anzunehmen, dass durch eine Stärkung des Gruppengefühls Partizipation und Aktivität gesteigert werden kann, da dadurch die Gruppe für den Einzelnen mehr in den Mittelpunkt rückt.

Eine Kategorie, welche Blockaden aufweichen kann, ist in Abbildung 9 neben „Face-to-Face“ die „Wertschätzung“. Ohne wertschätzendes Verhalten wäre kein Zugang zu den Teilnehmerinnen zu erreichen gewesen. Wertschätzung steigert die Möglichkeit zur Partizipation, da die Menschen sich einbezogen fühlen und sich gerne einbeziehen lassen. So konnte z.B. bei dem Infonachmittag über die Wertschätzung der Babys ein guter Bezug der Mütter zum Thema erreicht werden. Ein informelles Interview mit einer Teilnehmerin über eine Qualifizierungsmaßnahme von der Familienbildungsstätte für den Arbeitsmarkt zeigt deutlich wie wichtig Wertschätzung für die (begeisterte) Teilnahme ist:

„Wenn du jahrelang nie gearbeitet hast, und bist plötzlich da [in der Familienbildungsstätte, M. B.] und denkst- oh, guck mal, du kannst ja doch, und die sagen ‚Mein Gott, die macht ja alles (...) und kriegst immer nur Lob. Die haben nie was Schlechtes gesagt von mir, dann merkst du ja selber, du bist doch nicht nur so’ ne Putzfrau zuhause, du kannst doch mehr. (...) Vor der AGOS²⁹- du bist ja immer nur nach unten, du bist ja nichts. Wenn du dahin gehst [in die Familienbildungsstätte, M. B.], dann kannst du sagen, ich bin ja am arbeiten. (...) Das ich was leisten kann, was ich vorher nie gedacht hätte. (...) Ich komme dahin, ich bin die erste sogar, das ist so motivierend.“ (informelles Interview mit K., 18.03.10)

²⁹ AGOS= ArbeitGemeinschaft für Osnabrück

Durch das Ansprechen der Menschen in ihren Kompetenzen, wie z. B. handwerkliches Geschick, lässt sich Wertschätzung gut mit Partizipation verbinden. Um die Kompetenzen und Vorlieben der Einzelnen auch wirklich einschätzen zu können, ist es allerdings notwendig, längere Zeit vor Ort zu sein.

3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Idee der „gesunden Kommunikation“ aus Kapitel 1.3.2.3 findet aus folgenden Gründen in dem offenen Familientreff der Untersuchung die passenden Adressaten:

Es konnten bei nahezu allen Müttern mit Kindern Hauptrisikofaktoren für Armut vorgefunden werden. Das Wohnen im sozialen Brennpunkt, was für die meisten der Kinder benagte Wohnverhältnisse bedeutet, stellt einen zusätzlichen Risikofaktor für eine gesunde Entwicklung dar (vgl. Abbildung 2). Eine Bildungsferne kann bei einigen der Mütter nur angenommen werden, da sie nicht explizit nach ihren Bildungsabschlüssen befragt wurden. Auch dieses würde einen weiteren Risikofaktor für eine gesunde Entwicklung der Kinder darstellen.

Die klinisch beobachtete Sprachentwicklung der Kinder kann als ein Indiz für einen Eintritt von Entwicklungsverzögerungen gewertet werden.

Die Kommunikation, als ein Aspekt der auf die Schutzfaktoren der Kinder stärkend wirken kann, stellt sich im Familientreff unterschiedlich dar. Die Erwachsenen gebrauchen z. B. in verschiedener Weise die „Ammensprache“ im Kontakt zu den Säuglingen. Ein vermehrtes Nutzen dieser Sprechweise ist in den Aufzeichnungen bei den Frauen zu finden, welche keine eigenen Kinder dabei haben. Sie verwenden eine auf die Babys abgestimmte Sprechart mit starken Betonungen, Wiederholungen, Blickkontakt und Nachahmungen. Ebenso fordern sie die Kinder zu wechselseitigen Spielchen auf. Bei den Müttern der Babys war ein solches Verhalten in sehr beschränktem Maße zu finden. Diese unterschiedliche Kommunikation kann möglicherweise durch die größere Alltagsbelastung der Mütter durch ihre Kinder erklärt werden, der zufolge sich diese eine Entlastung im Familientreff suchen. Die Säuglinge genießen viel Körperkontakt zu ihren Müttern, der aber mit wenig Blickkontakt und spielerischen Anregungen einhergeht. Zum Teil besteht eine beschränkte Interpretation der Bedürfnisse der Säuglinge.

Von den Kinder von 3 bis 7 Jahren scheinen sich die Mütter die größte Entlastung zu suchen. Dieser Gruppe an Kindern wird im Café die geringste positive Aufmerksamkeit entgegengebracht. Es ist zum Teil eine rüde, ungeduldige Ansprache der Mütter gegenüber den Kindern in den Aufzeichnungen der Untersuchung zu finden. Der Blickkontakt ist durch Ansprache der Kinder über räumliche Entfernungen eingeschränkt. Für seelische Bedürfnisse wie Trost zeigen die Frauen sich unterschiedlich sensibel. Während eine Mutter stark bei ihren Kindern auf dieses Verlangen reagiert, agiert eine andere eher mit abwehrenden Bemerkungen. Bei den älteren Kindern und Jugendlichen, welche überwiegend ihre eigenen Wege während der Zeit des Familientreffs gehen, gleichen sich ent- und ermutigende Faktoren der Kommunikation zunehmend aus. Allerdings sind wenig gemeinsame Handlungen zwischen Müttern und Kindern zu beobachten. Das Interesse beieinander zu sein, geht in erster Linie von den Kindern aus.

In den Protokollen der teilnehmenden Beobachtung sind in der Kommunikation zwischen den erwachsenen Besucherinnen wenig wertschätzende Aspekte zu finden. Negative Kritik wird eher geäußert als positive. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Grundhaltungen wiederum auf den Umgang mit den Kindern auswirken.

Die Ergebnisse unterstützen zunächst einmal die Sinnhaftigkeit von Gesundheitsförderung durch Logopädinnen im vorliegenden Setting des offenen Familientreffs.

Bei der praktischen Erforschung der Zugänge der Besucherinnen konnte grundsätzlich eine Offenheit der größten Zahl der Teilnehmerinnen gegenüber meiner Anliegen festgestellt werden. Hier zeigte sich aber auch die Differenz zwischen dem Wort und der Handlung: Die Bereitschaft zu Handlungen und eigener Beteiligung wird zwar geäußert, aber in der Praxis wieder eingeschränkt. So wurde bei einer Erfassung durch einen Fragebogen großes Interesse an sprachförderliche Aktionen von den Frauen geäußert, trotzdem fiel es anschließend schwer, Frauen zur Vorbereitung einer Maßnahme zu finden. An dieser Stelle ist fraglich, ob für Antworten die soziale Erwünschtheit eine Rolle spielt oder eher eine grundsätzliche Gleichgültigkeit gegenüber den erfragten Themen. Diese Widersprüchlichkeit muss bei der Interpretation von Ergebnissen von Fragebögen beachtet werden. Die Aussagekraft wird durch die o. g. Faktoren wie die soziale Erwünschtheit begrenzt.

Alle Aktionen, wie der Infonachmittag oder die Mutter-Kind-Aktion, die den gewohnten Rahmen des Treffs aufbrechen, sind schwer anzubahnen. Wird die Alltagsstruktur des Treffs, die durch das gemeinsame Kaffeetrinken und klönen gesetzt ist, verändert, so scheint das für die Besucherinnen einen Stressfaktor zu bedeuten. Wenn es gelingt, eine Aktion in den Kontext des Kaffeetrinkens zu integrieren, so können allerdings durchaus positive Wirkungen erzielt werden. Deutlich wurden Effekte sowohl bei den thematischen Gesprächsrunden als auch bei dem Infonachmittag. Es stellte sich jeweils eine entspannte und inspirierende Atmosphäre ein. Im Anschluss an den Infonachmittag konnte eine positive Veränderung im Verhalten einer Mutter gegenüber ihrem Säugling beobachtet werden, was einen positiven Rückschluss auf die Wirkung dieser Veranstaltung zulässt.

Als relevanter Aspekt für das Gelingen einer solchen Intervention kristallisierte sich die Wertschätzung der Anbietenden gegenüber den Teilnehmerinnen heraus. Die Frauen in ihrer Lebenswelt anzunehmen und sich voll auf ihre Bedürfnisse und Fähigkeiten einzulassen ist unerlässlich. So war es sehr wesentlich, von eigenen Erwartungen gegenüber den Teilnehmerinnen und ihrem Verhalten bei Gesprächsrunden abzurücken, um eine Offenheit für die Geschehnisse entwickeln zu können. Das Verhalten in Bezug auf die Aufmerksamkeit der Besucherinnen lässt sich durch den Einsatz visueller Materialien wie Plakate oder Karteikarten steigern. Ebenfalls bedeutsam ist die klare Rolle der Anbietenden, um den Fokus der Frauen auf das gemeinsame Thema zu richten.

Die Antwort auf die Frage nach den strukturellen Rahmenbedingungen des Familientreffs sowie möglichen inhaltlichen Gestaltungen von logopädischen Interventionen zur Gesundheitsförderung im Bereich „Kindersprache“, lässt sich aus den bisherigen Ergebnissen sowie aus den Ausführungen unter Punkt 3.2.3 „Partizipationsmöglichkeiten der Teilnehmerinnen“ ableiten.

Der offene Rahmen des Settings birgt gleichzeitig Chancen und Schwierigkeiten. Zum Einen ist er so niedrigschwellig, dass sich auch Menschen auf diese Struktur einlassen können, die sich sehr schwer tun, Verbindlichkeiten einzugehen. Die Logopädin hat die Chance, auf Personen zu treffen, die andere Angebote wie z. B. verbindliche Kurse nicht wahr-

nehmen würden. Zum anderen macht gerade die Unverbindlichkeit des Rahmens und der Besucher ein Angebot schwierig. In erster Linie suchen die Mütter im offenen Treff eine Entlastung von ihrem Alltag mit den Kindern. Das zeigte sich wiederholt, wenn die Teilnehmerinnen dazu aufgefordert waren, den gewohnten Rahmen zu verlassen. Wenn sich die Entlastung der Mütter positiv auf das Familienklima auswirkt, so kann das auch eine Erhöhung der Schutzfaktoren und damit eine Verbesserung der Gesundheit bedeuten. Somit sollte der Rahmen des offenen Treffs nicht unbedingt durch dauernde Angebote von Außen verändert werden.

Nach meinen Erfahrungen durch die Untersuchung ist die Anwesenheit einer Logopädin im offenen Treff trotzdem sinnvoll. In diesem Setting ist das Bedeutsamste zunächst das gegenseitige Kennenlernen und der Vertrauensaufbau. Mit der Zeit kann es gelingen, passende Angebote in einem anderen Rahmen anzubieten und dafür gezielt Besucherinnen anzusprechen. Angebote in dem Setting des Treffs sind nur dann sinnvoll, wenn es gelingt die Teilnehmerinnen aktiv einzubinden, bzw. Interessen und Themen in dem Maße aufzugreifen, dass sie aus ihnen heraus entstehen und ihnen Partizipation möglich wird. Hierfür ist eine längere Teilnahme der Logopädin am Treff nötig, da sich solche Gelegenheiten oft spontan ergeben und dann ad-hoc aufgegriffen werden können. Diese Chancen bieten sich meistens über Gespräche. Dass die Teilnehmerinnen die Gelegenheit der Beratung wahrnehmen, zeigte sich in dem Setting sehr schnell. Ich wurde in meiner Rolle als Logopädin von der überwiegenden Zahl der Besucherinnen im Laufe der Zeit auf ein sprachliches Problem oder ein auffälliges Verhalten ihrer Kinder angesprochen.

Partizipativ gesehen sollte sich der Inhalt von Interventionen nach den Bedürfnissen der Frauen und ihrer Lebenswelt richten. Sprache und Kommunikation scheint aber kein vorrangiges Problemthema für die Besucher zu sein. Die Zusammenhänge zwischen Kommunikation und Gesundheit deutlich zu machen gestaltete sich schwierig, da diese eher abstrakt sind. Sie sind ohne Hintergrundwissen nicht in dem Maße unmittelbar nachvollziehbar wie andere gesundheitliche Wechselwirkungen, die in den Medien oder beim Arztbesuch häufig thematisiert werden wie z. B. der Zusammenhang zwischen der Menge an konsumierten Zucker und dem Zustand des Gebisses. Deshalb kann es bei Inhalten der Gesundheitsförderung nicht darum gehen sich ausschließlich nach den offensichtlichen Inte-

ressen der Adressaten zu richten, sondern auch, sie für Zusammenhänge zwischen ihrem Verhalten und Auswirkungen auf ihre Gesundheit oder die ihrer Kinder sensibel zu machen. Damit machen inhaltliche Schwerpunkte aus logopädischer Sicht wie die Förderung von sprachlicher und nichtsprachlicher Interaktion zwischen Müttern und Kindern sowie die Sensibilisierung für wertschätzendes oder entwertendes Verhalten Sinn in dem Setting. Ansonsten sollten Aspekte aufgegriffen werden, die für die Frauen in sprachlicher Hinsicht bedeutsam sind. Das könnte sicherlich genauso ein rhetorisches Training hinsichtlich eines anstehenden Bewerbungsgespräches wie ein gemeinsames Kochen mit dem Hintergrund der Wortschatzerweiterung der Kinder und der positiven Kommunikation zwischen den Besucherinnen sein.

Einen weiteren Schwerpunkt sehe ich in der direkten Arbeit mit den Kindern in sprachdiagnostischer Hinsicht. Hier bietet sich die Chance, frühzeitig sprachliche Auffälligkeiten zu entdecken und die Eltern hinsichtlich einer passenden Intervention zu beraten und das Wahrnehmen einer solchen sicherzustellen.

4 Diskussion

4.1 *Diskussion des methodischen Vorgehens*

Die angewandten Methoden in der Studie werden nach den einzelnen Phasen des Projektes diskutiert:

1. Literaturarbeit: Eine Schwierigkeit dieser Phase lag in der Quantität der Texte. Passende Literatur aus dem Bereich der Logopädie in Bezug auf niedrigschwelliges Arbeiten konnte trotz sorgfältiger Recherche nicht gefunden werden. In den übrigen Fachgebieten hingegen existierte eine Fülle an Schriften zu den verschiedenen Unterthemen der Arbeit. Diese Komplexität stellte eine zeitliche Herausforderung dar. Speziell zum Thema der niedrigschwelligen Gesundheitsförderung lagen viele sich inhaltlich zum Teil überschneidende Texte vor. An dieser Stelle wurde eine Auswahl getroffen, welche die Literatur umfasste, die bezüglich des Themas am aussagekräftigsten erschien. Trotz des Auslassens von Schriften konnte eine Vielzahl an Erkenntnissen gewonnen werden, welche den theoretischen Hintergrund der Untersuchung abbilden.

2. Vorbereitung der praktischen Projektphase: In der Suche nach einer passenden Gruppe für die Untersuchung im niedrigschwelligen Bereich, welcher oft von offenen Angeboten gekennzeichnet ist, ergab sich die Schwierigkeit ein Setting zu finden, das für eine Untersuchung über mehrere Wochen geeignet ist. In zwei der besuchten Einrichtungen gab es z. B. keine konstanten Besucher der offenen Familientreffs, so dass die Durchführung der Studie über mehrere Wochen nicht gewährleistet werden konnte. Mit dem schließlich gewählten Setting konnte eine Einrichtung gewonnen werden, welche eine Vielzahl an Möglichkeiten in Bezug auf eine Studie durch zahlreiche stattfindende Aktivitäten, die sich durch eine gute Annahme durch die Adressaten auszeichnen, bietet.

3. Praktische Projektphase:

Das methodische Vorgehen im Feld durch teilnehmende Beobachtung hat sich zum Erkenntnisgewinn als sehr sinnvoll erwiesen. Der länger konstante Kontakt über mehrere Wochen führte zu einem Vertrauensaufbau zu den Teilnehmerinnen, der durch punktuelle

Methoden, wie z. B. Interviews nicht möglich gewesen wären. Dadurch war es möglich beispielsweise auch nach vertrauten Themen zu fragen. Durch den längeren Aufenthalt in der Gruppe war es mir möglich, auch für unvertraute Verhaltensweisen ein Verständnis zu gewinnen welche ich ansonsten eventuell anders beurteilt hätte.

Der Prozess der teilnehmenden Beobachtung, der durch die Fachliteratur wie z. B. durch Lamnek (vgl. 2005, S. 547ff) beschrieben wird, war für mich in allen Phasen deutlich spürbar und nachvollziehbar. An dieser Stelle war es für mich beruhigend, die einzelnen Phasen, und gerade auch die problematischen Anteile als „normal“ in der Literatur beschrieben zu finden. Das „Aushalten“ mancher Phasen im Feld war für mich als unerfahrene Forscherin nicht leicht. Schließlich hat sich aber die Auswertung speziell der problematischen Anteile als sehr fruchtbar erwiesen. So führte mich der Kodierungsprozess meines Gefühles der „Lähmung“ zu grundlegenden Prozessen der Aktivität und der damit verbundenen Partizipation in dem Setting.

Bezüglich der praktischen Vorgehensweise zur Beantwortung einzelner, sich im Prozess ergebener Fragestellungen, sehe ich zwei Seiten: Zum Einen blieb mir während der praktischen Phasen kaum Zeit zu der Auswertung der Aufzeichnungen. Diese Auswertungen waren gerade zum Schluss zum letztendlichen Erkenntnisgewinn nötig und mussten nachgeholt werden. Auf der anderen Seite hätte ich ohne die praktischen Anteile, die sich an der Aktionsforschung orientierten, einen geringeren Erkenntnisgewinn gehabt. Die theoretischen Aussagen der Teilnehmer des Feldes und ihr praktisches Handeln klafften zum Teil weit auseinander. Diese Differenz und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen wären mir entgangen, wäre ich bei einer reinen teilnehmenden Beobachtung geblieben.

An dieser Stelle zeigte sich das Problem des knappen zeitlichen Rahmens des Projektes. Für eine intensivere Auswertung wäre eine Teilung des Projektes mit einem Ausstieg aus dem Feld für die erste Spanne der Analyse hilfreich gewesen. In dem vorgegebenen zeitlichen Rahmen war eine solche Vorgehensweise nicht möglich.

Der zeitliche Aspekt spielt auch im Zusammenhang mit „Erfahrung“ eine Rolle. Sowohl das Zurechtfinden und Verankern im Feld als auch das Einarbeiten in die Methodik des

Protokollierens und der Auswertung kosteten mich Zeit, die sicherlich auch mit Unerfahrenheit zu tun hatte.

Nach Beendigung des Projektes stellten sich einige Informationen, wie z. B. der Bildungsgrad der Frauen, als interessant heraus, die ich in der Projektzeit versäumt hatte, zu erfragen. Auch an diesem Punkt wäre ein zwischenzeitlicher Ausstieg aus dem Setting mit intensiver Auswertungsarbeit förderlich gewesen, Erkenntnislücken dieser Art aufzudecken.

Trotz der knappen Zeit führte mich die Auswertung durch das offene Kodieren rasch zu einem Erkenntnisgewinn und immer neuen Fragen im Prozess. Für mich stellte sich die Auswertungsmethode nach der „Grounded Theory“ als sehr interessant und aufschlussreich dar. Durch das Aufbrechen der einzelnen Passagen war eine Sichtweise auf die Inhalte möglich, die mich oftmals am Ende überraschten.

Aktionsforschung wurde „in Anlehnung“ an die Methode betrieben. Ein wirklicher Aktionsforschungsprozess hätte einen längeren zeitlichen Rahmen benötigt. Da bei den Teilnehmerinnen kein Problembewusstsein in Bezug auf den Dialog mit ihren Kindern oder die Kommunikation untereinander vorhanden war, musste zunächst ein Ansatzpunkt zu diesen Themen gefunden werden. Der Prozess der Bewertung von Aktionen, der zu neuen Fragen und Handlungen führte, blieb zum größten Teil intern bei mir. Innerhalb der Aktionsforschung würden die Teilnehmerinnen in der Regel an diesem Teil beteiligt sein. Zu diesem Schritt kam es zwar nach der Aktion des Infonachmittages und zum Abschluss des Projektes durch Reflexionen mit den Besucherinnen, doch wurde aus den Ergebnissen keine Konsequenz gemeinsam mit ihnen getroffen.

Die Beobachtung im Feld hat sich insgesamt nur in kleinen Teilen auf den Sprachstand der Kinder konzentriert, da sich diese durch die Angebote der Kinderbetreuerin oftmals nicht im Caféraum aufhielten. Eine differenzierte Diagnostik der Sprache der Kinder wäre aufschlussreich gewesen, stellte sich aber im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung als unpassend dar. Durch objektive Sprachtests hätte ich die Rolle der Fachfrau eingenommen und mich dadurch zu sehr von den Teilnehmerinnen des Feldes abgesetzt. Diese Kluft zu den Besucherinnen wurde sehr schnell spürbar, sobald ich mich längere Zeit mit den Kindern beschäftigte. Die Rolle als Teilnehmerin der Gruppe war dann nicht mehr haltbar.

Somit entschied ich mich, den Schwerpunkt der Beobachtungen bei den erwachsenen Teilnehmerinnen zu belassen.

In Bezug auf eine wissenschaftliche Vergleichbarkeit oder Wiederholbarkeit des Prozesses des Erkenntnisgewinns ist kritisch anzumerken, dass das vorliegende Projekt sehr abhängig von der forschenden Person ist. Die Kommunikationsfähigkeiten zum Aufbau der Feldbeziehungen und die Reflexionsfähigkeiten der eigenen Wahrnehmungen standen im Mittelpunkt des Prozesses und können bei verschiedenen Forscherinnen zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. An dieser Stelle würde eine verstärkte Triangulation, z. B. im Sinne der gemeinsamen Durchführung des Projektes durch verschiedene Wissenschaftlerinnen, für eine Verbesserung der Güte sorgen.

Insgesamt ist wichtig, bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass es sich bei den Aufzeichnungen nur um Ausschnitte aus dem Leben der Besucherinnen des Settings handelt. Ich war nur wenige Wochen teilnehmende Beobachterin und habe die beschriebenen Personen nur in einigen Momenten ihres Lebens kennengelernt. Auch ist nicht klar, ob sich die einzelnen Personen in ihrem sonstigen Alltag anders verhalten als in den beobachteten Situationen, oder ob sie ihr Verhalten aufgrund der Beobachtung verändert haben. Vor diesem Hintergrund sollten die Ergebnisse dementsprechend vorsichtig interpretiert werden.

Alle Aussagen beziehen sich nur auf die beobachtete Gruppe und lassen sich nicht ohne Weiteres auf andere Gruppen übertragen.

4.2 Einbettung in den wissenschaftlichen Kontext

Nach Hurrelmann, Klotz & Haisch (2009) soll durch Gesundheitsförderung eine höhere Gesundheitsqualität für den Einzelnen oder Gruppen erreicht werden (vgl. S. 6). Nach Lützenkirchen (2005) passiert dieses durch personale oder strukturelle Ansätze auf der Verhaltens- oder der Verhältnisebene (vgl. S. 7). „Die Maßnahmen setzen an den Ressourcen und Bedürfnissen der Menschen an, und haben das Ziel, diese zu einem höheren Maß an Selbstbestimmung und Autonomie in Bezug auf ihre Gesundheit zu bringen“ schreibt Lützenkirchen zu den Zielen gesundheitsförderlicher Interventionen (vgl. S. 7). In Kapitel 1.3.1.3 wird der Setting Ansatz als zentrales Umsetzungsinstrument der WHO zur nied-

rigschwelliger Gesundheitsförderung beschrieben. Das Hauptcharakteristikum ist hierbei, dass Maßnahmen in der Lebenswelt der Adressaten passieren sollen, um eine bessere Erreichbarkeit sicherzustellen (vgl. S. 11f). Ebenfalls in Abschnitt 1.3.1.3 sind die fünf Handlungsfelder nach der Ottawa-Charta von „persönliche Kompetenzen entwickeln“ bis „Gesundheitsdienste neu organisieren“ erfasst (vgl. S. 13). Personale und strukturelle Maßnahmen erfahren eine Umsetzung durch die Schlüsselemente von „Empowerment“ und „Partizipation“. Das praktische Projekt, das im Rahmen der vorliegenden Arbeit beschrieben wird, hatte das Ziel, die Adressaten eines niedrigschwelligen Settings und ihre Lebenswelt zu erforschen, um darauf aufbauend die Möglichkeiten, die sich für eine Gesundheitsförderung in einem logopädischen Sinne bieten, bewerten zu können. Wie durch die Ergebnisse in Kapitel 3 deutlich wurde, finden sich in dem erforschten Setting die Adressaten für Gesundheitsförderung im Sinne der WHO. Die erforschten Wege, die in den Augen der Autorin in erster Linie im Face-to-Face Kontakt zu den Adressaten durch die professionelle Begegnung im Setting liegt, bedeutet sowohl ein Handeln auf personaler als auch auf struktureller Ebene. Der einzelnen Besucherin im Setting kann durch Gespräche im vertrauten Kontakt oder durch die Teilnahme an Maßnahmen, wie z. B. dem in der Arbeit beschriebenen Infonachmittag, ein sensiblerer Umgang mit der eigenen Person und den eigenen Kindern bezüglich Gesundheit vermittelt werden. Es können Erweiterungen der eigenen Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt und die Frauen bei Umsetzungen unterstützt werden. Passieren diese Interventionen z. B. im Rahmen von Initiativen durch Kommunen oder Städten, wie dem Mo.Ki. – Projekt (vgl. S. 36), so berührt das die strukturelle Ebene. In einem solchen Fall würde die Politik, d. h. die Kommune oder Stadt, durch den professionellen Einbezug von Logopädinnen in das Setting den Menschen des Stadtviertels, in dem das Projekt stattfindet, einen verbesserten Zugang zu sprachförderlichen Maßnahmen ermöglichen. Auf die fünf Handlungsfelder der Ottawa-Charta bezogen könnte das heißen:

- **Persönliche Kompetenzen entwickeln:** Die Logopädin unterstützt die Besucherinnen des offenen Treffs bei der Entwicklung ihrer persönlichen Kompetenzen z. B. durch Gespräche, Beratung bei Fragen bezüglich Sprache und Sprachentwicklung, Aufdeckung ungünstiger kommunikativer Verhaltensweisen, Infoveranstaltungen, etc.

- **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen:** Die Logopädin hilft den Frauen des offenen Treffs Probleme und Fragen bezüglich Sprache / Kommunikation und Gesundheit im Setting zu definieren und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und umzusetzen. So wäre z. B. vorstellbar mit interessierten Frauen und Kindern eine „Spielbörse“ einzurichten, in welcher (sprachfördernde) Gesellschaftsspiele ausprobiert und getauscht oder ausgeliehen werden können.
- **Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen:** Die Logopädin nimmt zu weiteren Berührungspunkten der Besucherinnen im Stadtteil Kontakt auf, z. B. bei Sprachproblemen der Kinder mit dem Kindergarten oder der Schule und steht beratend zur Verfügung.
- **Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik entwickeln:** Die Logopädin wird durch die kommunale oder städtische Politik in Initiativen professionell eingebunden.
- **Gesundheitsdienste neu organisieren:** Die Logopädin erweitert die Definition ihrer beruflichen Rolle und passt sich den Erfordernissen einer interdisziplinären Arbeit im Bereich der niedrigschwelligen Gesundheitsförderung an.

Partizipation wird als ein weiteres Schlüsselement neben Empowerment durch Halkow & Engelmann (2008) beschrieben (vgl. S. 16). Die Adressaten sollen im Rahmen des Setting-Ansatzes an Planung und Umsetzung gesundheitsförderlicher Umsetzungen beteiligt werden, um eine größere Nachhaltigkeit zu erzielen. Im Rahmen des Praxisprojektes dieser Arbeit sind Grenzen von Partizipation deutlich geworden. Als ein blockierender Aspekt der Partizipation wird ein fehlendes Gruppengefühl beschrieben (vgl. S. 72). Überträgt man dieses Ergebnis auf Schoenakers Modell des Zugehörigkeitsgefühls (vgl. S. 17f), so fehlt die zweite Säule der Zugehörigkeit, die er „beitragen“ nennt. Auf die Schlüsselemente des Setting-Ansatzes bezogen heißt das, dass Partizipation nicht möglich ist. Ein Engagement für ein System, dem man sich nicht wirklich zugehörig fühlt, erbringt der Mensch nur widerwillig. An dieser Stelle wäre zu überlegen, ob es möglich und sinnvoll sein könnte, durch konzeptionelle Änderungen des offenen Familientreffs die Teilnehmerinnen vermehrt in Verantwortungen einzubeziehen und somit das Verantwortungsgefühl für die Gruppe zu stärken.

In dem bestehenden Rahmen kann eine Zugehörigkeit zu einzelnen Personen geschaffen werden, was sich in Vertrauen und einem Zugang zu den Teilnehmerinnen äußert. In diesem Sinne hat sich das Beiwohnen einer Logopädin in dem Setting des offenen Familientreffs in der Untersuchung als sinnvoll erwiesen. Die Logopädin kann ein Impulsgeber zur Reflexion des eigenen Verhaltens in Gesprächen sein. Sie kann als Beratende zur Verfügung stehen. Dass dieses Angebot gerne genutzt wurde, hat sich während des Praxisprojektes gezeigt. Dass eine Notwendigkeit zur Beratung besteht, zeigte sich in meiner Wahrnehmung des Sprachstandes der Kinder. Eine erste diagnostische Einschätzung einer vertrauten Fachkraft im Setting könnte für die Besucher eine Brücke zu weiteren therapeutischen Einrichtungen darstellen. Dieses würde der Auffassung von Weiß entsprechen, der unter Punkt 1.3.2.3.1 mit dem Vorschlag eines „niedrigschwelligen Begegnungs- und Hilfeangebotes als erste Glieder einer systematischen Beratungs- und Förderkette, z.B. Eltern-Kind-Treffs in sozialen Brennpunkten“ zitiert wird (vgl. S. 29). Gerade den Kindern des besuchten offenen Familientreffs, die laut AWO-Bundesverband (2000) zu der Risikogruppe von Kindern gehören die seltener besondere Fördereinrichtungen wie die der Logopädie besuchen (vgl. S. 28), ist es wichtig Wege zu Beratungs- und Förderangeboten zu eröffnen.

Wie schon erläutert beinhaltet die Arbeit nach dem Setting-Ansatz die Ziele von Partizipation und Empowerment der Beteiligten (vgl. S. 14). Die ersten Schritte zur Befähigung zum Ergreifen der Selbstverantwortung liegen in dem Bewusstmachen des eigenen Handelns und der eigenen Möglichkeiten, d.h. nach Halkow & Engelmann (vgl. S. 14) in der Vermittlung von Lebenskompetenzen auf individueller Ebene. Diese Schritte sind im Rahmen der Face-to-Face Kontakte des offenen Treffs vorstellbar. Als nicht zu unterschätzender Faktor hat sich in der Untersuchung die Aussage der Schichtabhängigkeit von Partizipationsmöglichkeiten durch Halkow & Engelmann gezeigt. Das Interesse zur Beteiligung der Teilnehmer wurde von mir zu hoch eingeschätzt, worauf hin ich während meiner Aktionen ein unstimmliges Gefühl verspürte. Hier stimme ich den o. g. Autoren in ihrer Aussage zu, dass die Möglichkeiten der Teilnehmerinnen zur Partizipation bestimmt werden müssen. Konzepte müssen auf diesen Erkenntnissen individuell aufbauen. Dieses Wissen kann nur durch das Beiwohnen im Setting über einen längeren Zeitraum erworben werden, was der

Idee der langfristigen Mitwirkung einer professionellen Logopädin im Setting anstelle von dem ausschließlichen Anbieten von kurzzeitigen Kursangeboten entspricht.

Die Faktoren Mangel (vgl. S. 16), welche eine Niedrigschwelligkeit für Weiterbildungsmaßnahmen ausmachen, konnten auch für einzelne Aktionen im Rahmen des Projektes als positiv bestätigt werden. Gegenseitige Wertschätzung und das Miteinander lernen auf Augenhöhe hatten sich für den durchgeführten Infonachmittag als wichtigste Faktoren herausgestellt.

Gesundheitsförderung bezieht sich laut Hurrelmann, Klotz & Haisch (2009) auf das salutogenetische Modell Antonovskys (vgl. S. 6). Die Ausführungen in Kapitel 1.3.2 verdeutlichen die engen Beziehungen zwischen den Konzepten des Kohärenzgefühls als ein Kenfaktor in Antonovskys Modell, und den Aspekten von Bindung, des frühen Eltern-Kind Dialoges, der Resilienz und dem Zugehörigkeitsgefühl. In allen Konzepten spielt der respektvolle, wertschätzende, aufmerksame oder auch ermutigende Umgang der Eltern mit ihren Kindern eine tragende Rolle. Die Idee einer „gesunden Kommunikation“ (vgl. S. 29) soll einen solchen Umgang miteinander unterstützen und knüpft somit direkt an das Modell der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta an.

4.3 Schlussfolgerungen und Ausblick

Wie durch die Ausführung der Ergebnisse und ihrer wissenschaftlichen Einbettung deutlich gemacht, sehe ich in der Kompetenz von Logopädinnen ein wertvolles Potential für die niedrigschwellige Gesundheitsförderung. Da der Rahmen der Möglichkeiten zurzeit in der Logopädie bezüglich Gesundheitsförderung noch nicht definiert ist, leistet diese Arbeit einen Beitrag zur professionellen Erweiterung der Logopädie in diesem Feld.

Der theoretische Hintergrund der Untersuchung betont die Bedeutung von Vernetzungsarbeit der Akteure in der Gesundheitsförderung. Logopädinnen sollten meiner Meinung nach mit ihrem gesamten Kompetenzen hinsichtlich einer Unterstützung der seelischen Gesundheit von Kindern, dem Wissen über Kommunikation – sowohl von Anderen als auch ihrer Eigenen – und den Kenntnissen über eine altersgerechte Sprachentwicklung und ihren damit verbundenen diagnostischen Fähigkeiten werben. Mit dieser Bündelung an Kompetenzen können sie sich Vernetzungsprojekten zur Gesundheitsförderung, wie sie in dieser Ar-

beit vorgestellt wurden, sinnvoll anbieten. Darüber eröffnen sich finanzierbare Möglichkeiten für Logopädinnen, in der niedrighwelligen Gesundheitsförderung tätig zu werden.

Die theoretische und praktische Auseinandersetzung mit dem thematischen Bereich der niedrighwelligen Gesundheitsförderung beinhaltete für mich interessante Einblicke und eröffnete neue Perspektiven in Bezug auf die logopädische Tätigkeit. An dieser Stelle sehe ich für die Logopädie einen weiteren Bedarf der Auseinandersetzung. Ich hoffe, dass weitere Angehörige meines Berufsfeldes den Mut aufbringen Wege einzuschlagen, um die Definition unseres Tätigkeitsbereiches, auch in Überschneidung zu anderen Berufsfeldern wie z. B. der Sozialen Arbeit, zu erweitern.

Literaturverzeichnis

- **Altgeld, T., Kolip, P.** (2009): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarbeitete Auflage, 1. Nachdruck 2009, Bern, Verlag Hans Huber
- **Abelin, T., Jeanneret, O.** (1999): Ethik. In: Gutzwiller, F., Jeanneret, O. (Hrsg.): Sozial- und Präventivmedizin Public Health. 2. Auflage, Bern, Verlag Hans Huber
- **Altgeld, T.** (2006): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. In: Altgeld, T., Bächlein, B., Deneke, C. (Hrsg.): Diversity Management in der Gesundheitsförderung. Nicht nur die leicht erreichbaren Zielgruppen ansprechen! Frankfurt a. M., Marbuse-Verlag
- **Bundesregierung** (2008): Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.
http://www.bmas.de/portal/26742/property=pdf/dritter__armuts__und__reichtumsbericht.pdf, (10.06.10)
- **dbI** (2009): Zur Diskussion: Ein Entwurf einer Neufassung der dbI-Berufsleitlinien. Forum Logopädie, 2010, Heft 1 (24)
- **Verein Early Excellence** – Zentrum für Kinder und ihre Familien e.V., Berlin (o.J): Reise nach England – 13.–16. Mai 2008. http://www.early-excellence.de/newsletter_content.php?nav_id=55, (19.05.10)
- **Fabi** (2008): Jahresbericht 2008 des Mehrgenerationenhauses, Osnabrück
- **Flick, U.** (2009a): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 2. Auflage Januar 2009, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag
- **Flick, U.** (2009b): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag

- **Fuller, A.** (2009): Speech and language therapy in Sure Start Local Programmes: a survey-based analysis of practice and innovation. Norfolk Primary Care Trust, Norwich, UK., <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19544158> (15.06.10)
- **Grimm, H.** (2003): Störungen der Sprachentwicklung. Grundlagen – Ursachen – Diagnose – Intervention – Prävention. 2. überarbeitete Auflage, Göttingen, Hogrefe
- **Grossmann, K. E.** (2004): Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München, Ernst Reinhardt Verlag
- **Grossmann, R., Scala, K.** (2001): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. 3. Auflage, Weinheim und München, Juventa Verlag
- **Halkow, A., Engelmann, F.** (2008): Gesundheit durch soziale Systeme- welchen Beitrag leistet der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung? In: Göpel, E., GesundheitsAkademie e.V. (Hrsg.): Systemische Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten- Band 3. Frankfurt a. M., Mabuse-Verlag
- **Hanses, A.** (2008): zur Aktualität des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung. Zwischen gesundheitlicher Notwendigkeit und theoretischer Neubestimmung. In: Bals, T.; Hanses, A., Melzer, W. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim und München, Juventa Verlag
- **Hart, E., Bond, M.** (2001): Aktionsforschung. Handbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern, Verlag Hans Huber
- **Herriger, N.** (2006): Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. 3., erweiterte und aktualisierte Auflage, Stuttgart, Verlag Kohlhammer
- **Holz, G.** (2005): Frühe Armutserfahrungen und ihre Folgen- Kinderarmut im Vorschulalter. In: Zander, M. (Hrsg.): Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

- **Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J.** (Hrsg.) (2009): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarbeitete Auflage, 1. Nachdruck 2009, Bern, Verlag Hans Huber
- **IKK-Bundesverband** (2008): Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008, Bergisch Gladbach, http://www.mds-ev.de/media/pdf/Leitfaden_2008_150908.pdf (14.05.10)
- **Kampshoff, M.** (2005): Armutsprävention im Bildungsbereich. Ansatzpunkte für Chancengleichheit. In: Zander, M. (Hrsg.): Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften
- **Kickbusch, I.** (2003): Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schwartz: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage, München, Jena, Urban & Fischer Verlag
- **Klann-Delius, G.** (2004): Die sprachliche Formatierung von Beziehungserfahrungen. In: Ahnert, L. (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München, Ernst Reinhardt Verlag
- **Kühne, N.** (2003): Wie Kinder Sprache lernen. Grundlagen, Strategien, Bildungschancen. Darmstadt, Primus Verlag
- **Lamnek, S.** (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. Auflage, Weinheim, Basel, Beltz Verlag
- **Lützenkirchen, A.** (2005): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen- Praxisfelder- Institutionen. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer
- **Mayring, P.** (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage, Weinheim und München, Beltz Verlag
- **Mehrgenerationenhäuser:** <http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/> (03.06.10)

- **Mengel, M.** (2007): Familienbildung mit benachteiligten Adressaten. Eine Betrachtung aus andragogischer Perspektive. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften
- **Mo.Ki** (2001-2010a): Leistungsbilanz.
<http://www.monheim.de/moki/bilanz/index.html> (19.05.10)
- **Mo.Ki** (2001-2010b): http://www.monheim.de/moki/bilanz/kinderleicht_0608.pdf (19.05.10)
- **Möller, D & Spreen-Rauscher, M** (2009): Frühe Sprachintervention mit Eltern. Schritte in den Dialog. Stuttgart, Georg Thieme Verlag
- **Mosebach, K., Schwartz, F. W., Walter, U.** (2009): Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 2. überarbeitete Auflage, 1. Nachdruck 2009, Bern, Verlag Hans Huber
- **Papoušek, M.** (1994): Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern, Verlag Hans Huber
- **Patton, M. Qu.** (2002): Qualitative Research & Evaluation Methods. 3 Edition. Thousand Oaks, California, Sage Publications
- **Psychologie48.com.** (2006-2008): Das Psychologie Lexikon.
<http://www.psychology48.com/deu/d/soziale-erwuenschtheit/soziale-erwuenschtheit.htm> (24.06.10)
- **Richter, A.** (2005): Armutsprävention. Ein Auftrag für die Gesundheitsförderung. In: Zander, M. (Hrsg.): Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften
- **Roux, S.** (2005): Zur Sprachentwicklung und Sprachförderung. Eine Einführung. In: Roux, S. (Hrsg.): Pisa und die Folgen. Sprache und Sprachförderung im Kindergarten. Landau, Verlag Empirische Pädagogik

- **Soziale Stadt Bundestransferstelle** (2000-2010):
<http://www.sozialestadt.de/international/netzwerke/> (18.05.10)
- **Schoenaker, T.** (1997): Prävention für die seelische Gesundheit – gibt's die? In: Franke, U. (Hrsg.): Prävention von Kommunikationsstörungen. Stuttgart, Gustav Fischer Verlag
- **Szagun, G.** (2008): Sprachentwicklung beim Kind. Ein Lehrbuch. Vollständig überarbeitete Neuauflage. Weinheim und Basel, Beltz Verlag
- **Weiß, H.** (2005): ‚Frühe Hilfen‘ für entwicklungsgefährdete Kinder in Armutslagen. In: Zander, M. (Hrsg.): Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- **WHO** (2010): Regionalbüro für Europa. Gesunde-Städte-Netzwerk.
http://www.who.it/healthy-cities/contact/20050218_2?language=german (18.05.10)
- **Wustmann, C.** (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Berlin, Düsseldorf, Mannheim, Cornelsen Verlag Scriptor

A1: Auswahlbogen zur Gruppenauswahl

<p><i>Struktur der Gruppe:</i></p> <p>a) Anzahl der Teilnehmer</p> <p>b) Alter der Eltern/ Mütter oder Väter?</p> <p>c) Alter der Kinder</p> <p>d) Nationalitäten</p> <p>e) Kommunikationssprache</p> <p>f) soziale Hintergründe</p> <p>g) geschlossene/ offene Gruppe?</p> <p>h) räumliche Ausdehnung?</p>	<p>Wechselnd, zwischen 2- 10 Erwachsene überwiegend mit Kindern,</p> <p>Zwischen Mitte zwanzig bis Mitte Fünfzig, z. Zt. nur Frauen</p> <p>0- 10 Jahre ³⁰</p> <p>Überwiegend deutsch</p> <p>Deutsch</p> <p>Vorwiegend Leute der umliegenden Hochhaussiedlungen</p> <p>Offen</p> <p>Ein Raum oder Terrasse und Kinderbetreuung in verschiedenen Räumen</p>
<p>Was ist das <i>Ziel der Gruppe/ der Leitung?</i></p>	<p>Die Gruppe ist durch Offenheit selbst organisiert- T. ist Ansprechpartnerin und schätzt eigene Position als zentral ein: ‚D. kommt nicht, wenn ich nicht komme.‘</p>
<p>Was sind die <i>Ziele der Teilnehmer?</i></p>	<p>I.: ‚Unter Leute kommen- Kinder können spielen.‘</p>
<p>Wie wird die <i>Offenheit der Gruppe</i> gegenüber Forscherin und Projektgegenstand eingeschätzt?</p>	<p>Kontakt scheint gut herzustellen zu sein, I. zeigt sich interessiert am Thema Sprachentwicklung in Bezug auf eigene Tochter, Offenheit gegenüber Forschungsgegenstand ist schwer einzuschätzen</p>
<p>Sind evtl. auch <i>praktische Einheiten</i> möglich?</p>	<p>Noch nicht einzuschätzen</p>
<p>Weitere <i>Eindrücke:</i></p>	<p>Sehr passende Zielgruppe; ‚Quatschen‘ ist wichtig</p>

³⁰ Es sind aber auch älter Kinder/ Jugendliche anwesend

A2: Fragebogen

Sprachförderung ist auch miteinander reden und zusammen etwas zu tun....

Könntest du dir vorstellen...

- ... zusammen mit deinen Kindern kleine Aktionen mitzumachen?
- ... diese mit vorzubereiten?
Einschränkung 1-mal: Kommt auf den Aufwand an
- ... eine Kinderbibliothek einzurichten?
- ... einen Baby-Bücher-Club abzuhalten?
(1-mal unbeantwortet)
- ... an einem Babyangebot wie Massage o. ä. teilzunehmen?
- ... etwas zu Liedern, Reimen und Fingerspielen mitzumachen
- ... Vorlesestunden zu organisieren?
- ... zusammen einen Kinderfilm zu schauen und darüber zu sprechen?
- ... verschiedene Kinderspiele zusammen auszuprobieren?
- ... an einem Nachmittag zum Thema ‚Sprache‘ teilzunehmen?
- ... diesen mit vorzubereiten?
1-mal unbeantwortet ‚bin ich kompetent?‘

Ja	Nein

Was glaubst du wären noch gute Ideen?

Fändest du es gut, wenn eine Logopädin öfter im Haus eine Art 'Sprechstunde' anbieten würde und als Ansprechperson zur Verfügung stände?

Gibt es ein Thema in Bezug auf ‚Kinder‘ oder ‚Sprache‘, das dich besonders interessiert?

A3: Auswertung des Fragebogens A2

Könntest du dir vorstellen...

	Ja	Nein
... zusammen mit deinen Kindern kleine Aktionen mitzumachen?	5	1
... diese mit vorzubereiten? Einschränkung 1-mal: Kommt auf den Aufwand an	5	1
... eine Kinderbibliothek einzurichten?	4	2
... einen Baby-Bücher-Club abzuhalten? (1-mal unbeantwortet)	0	5 -1
... an einem Babyangebot wie Massage o. ä. teilzunehmen?	2	4
... etwas zu Liedern, Reimen und Fingerspielen mitzumachen	3	3
... Vorlesestunden zu organisieren?	4	2
... zusammen einen Kinderfilm zu schauen und darüber zu sprechen?	6	0
... verschiedene Kinderspiele zusammen auszuprobieren?	6	0
... an einem Nachmittag zum Thema ‚Sprache‘ teilzunehmen?	1	5
... diesen mit vorzubereiten? 1-mal unbeantwortet ‚bin ich kompetent?‘	1	4/1

Was glaubst du wären noch gute Ideen?

- Zusammen was kochen, was man sonst nicht kocht. Zusammen Ausflüge machen, grillen usw.

Fändest du es gut, wenn eine Logopädin öfter im Haus eine Art ‚Sprechstunde‘ anbieten würde und als Ansprechperson zur Verfügung stände? 5 mal ja/ 1 mal nein

Gibt es ein Thema in Bezug auf ‚Kinder‘ oder ‚Sprache‘, das dich besonders interessiert?

- Erziehung 2mal

Die Frau ohne Kinder (Älter) gibt an, sich kleine Aktionen, Lieder/Reime/Fingerspiele, Kinderfilm, Kinderspiele, Nachmittag zum Thema Sprache teilnehmen vorstellen zu können. Vorrangig wichtig ist ihr, dass es für sie unverbindlich bleibt. Sie möchte wohl mal dazukommen, wenn sie Lust hat, aber nichts vorbereiten.

T. kann sich alles vorstellen, außer Babymassage und Kinderspiele. Logopädin im Haus fände sie gut.

P. ist nur zu Film und Kinderspielen bereit, da sie meint, ihr Kind würde nichts mitmachen. Bin mir nicht sicher, ob sie alles sprachlich verstanden hat! (ihre Antworten sind oben mitinbegriffen)

Einer Frau ist der Zeitaspekt wichtig, da sie nicht viel Zeit hat. (Arbeitet)

A4: Gestaltung des Infonachmittages, 10.04.10

Grundthema: Die positiven Auswirkungen von „gesunder Kommunikation“ / Dialog zwischen Eltern und Kindern auf die Sprachentwicklung und auf die Gesundheit durch die Ausbildung von Schutzfaktoren.

Ziele: Reflektion der eigenen Handlungen / Erweiterung des Wissens und der eigenen Handlungsmöglichkeiten.

Methoden: Gespräch mit Beispielen in Bezug auf die Kinder.

Inhalte: - Verdeutlichen der zwei Bedeutungen der sprachlichen Kommunikation: Aufbau der Sprache und Aufbau von Schutzfaktoren.

1. An den Babys erklären, wie sie selber den Dialog mit dem Erwachsenen einfordern.
 2. Wirkung der Ammensprache auf die Babys.
 3. Wie die Kinder zum richtigen Zeitpunkt immer das Richtige vom Erwachsenen fordern.
 4. Warum der gemeinsame Fokus so wichtig ist.
 5. Was der Dialog bewirkt.
 6. Was Schutzfaktoren sind und was diese mit gemeinsamen Aktionen zu tun haben.
- Reflektierendes Gespräch
 - Beispiele
 - Interaktionen
 - Interaktionen: -Was ist Kommunikation - Kommunikation ist nicht nur Sprechen.
 - Was zeigt Körperhaltung und Stimme?
 - Fragen, wer Lust hat, etwas mit mir auszuprobieren: Gegenüber setzen, verschiedene Körperhaltungen vormachen, was zeigen sie? Beispiel Stimme: Situation Beifahrer, was drückt der Satz jeweils aus?
 - Reflektierendes Gespräch: Was bewirkt Wohlwollen und Respekt bei den Kindern? Wo ist uns selber Wohlwollen oder Abwertung widerfahren und was hat es bei uns bewirkt? Z.B. Schule, Arbeitsamt, ...
 - Zusammenhang herstellen zur Gesundheit- was hat sich angenommen fühlen, wohlfühlen damit zu tun?
 - Was drücken gemeinsame Handlungen für Kinder aus und wieder Zusammenhang zur Gesundheit.

A5: Reflexionsbogen

Infonachmittag / Reflexion:

Würdest du bei einem Nachmittag dieser Art noch mal mitmachen?

Ja Nein

Hat dich das Thema interessiert? Ja Nein Mittel

Was hat dir besonders gut gefallen?

Was hat dir nicht gefallen?

A6: Beobachtung, 23.02.10:

Angewandte Schreibregeln:

„(...)“ - direkte Zitate nachträglich aus dem Gedächtnis rekonstruiert

„(...)“ – direkte Zitate wortwörtlich notiert

Anwesend: I., B., L., S., D., F., T., K.

Jugendliche (6. Klasse, w.- macht Hausaufgaben u. ist mit B. unterwegs.

Beobachtung	Überlegungen	Uhrzeit
<p>Komme in den Raum- anscheinend wegen Märchenerzählerin ist die Tür heute geschlossen- I., D. u. T. sind im lebhaften Gespräch vertieft.</p> <p>Gebe D. das Schlangenprospekt- sie freut sich</p> <p>Getränk für Kinder: mitgebrachte Cola der Eltern</p> <p>Gala liegt auf dem Tisch.</p> <p>Gespräch über Märchenerzählerin: Sie macht die Aktion jetzt mit Kindern u. Erziehern einer Kindertagesstätte, da es von den Kindern des Treffs nicht angenommen wurde.</p> <p>D. erzählt von ihrem kranken Sohn E., der seit Tagen schweren Durchfall hat (ist ihr Mann zuhause?)</p> <p>D. erwähnt, sie müsse zu Hause noch Hausarbeit erledigen (Unmut), trotz ihrer „Putzfee“.</p> <p>Gespräch über Kinderwagen von I. und allgemein und über finanzielle Zuschüsse zur Geburt von Caritas und Pro Familia. Auf meine Nachfrage hin wird berichtet, dass diese anscheinend nicht Gehaltsabhängig sind.</p> <p>Gespräch über Geburt: D: ‚Ich bereue, dass ich es nicht auf Video habe. Ich sah aus, als würde ich tanzen gehen...‘ D. ‚Ich finde Kinder als Babys am besten. Wenn sie krabbeln musste immer hinterher. Und wenn sie sprechen geht es los: Maama - den ganzen Tag. Das ist nicht so schön für die Mütter.‘</p> <p>Immer wieder wird über Bekannte gesprochen.</p>	<p></p> <p>Geldausgaben</p> <p>Teilnehmer kennen sich anscheinend gut.</p>	<p>15.30</p>
<p>D. geht mit F. nach Hause.</p>	<p>Geht sie öfter so</p>	<p>16.00</p>

Anhang

<p>Aus Gesprächen: Technische Ausstattungen (Laptop, Handy, DVD,...) kein Problem.</p> <p>Gespräch über D's Sohn E., der bei der Märchenerzählerin „brutal“ gewesen sein soll und nicht mehr dabei sein sollte. Er ist wohl körperlich sehr aktiv.</p> <p>Umgang I's mit S: nimmt ihn viel auf den Arm. Oft mit dem Gesicht nach vorne. Spricht mit ihm, aber kein Amentalk. Liebevoller Umgang.</p> <p>Welche Rolle hat L. für I.? Kleinster u. Größte haben ihre Ansprachen, bei L. scheint viel neutral.</p> <p>Gespräch mit I. über Waschmaschinen: „Kaufen wir uns jetzt einen Toplader und einen Herd oder eine Miele?“ Wir entschieden uns für die Miele (wg. der Türöffnung).</p> <p>Bemerkungen von I. über russische Mitbewohner in Häuserblocks: „Die kann man ja sowieso nicht verstehen.“</p> <p>Gespräch über C.: Ihr Mann ist 18 Jahre älter und „macht sein eigenes Ding“. Ehemann und Schwiegermutter sprechen schlecht über Treff: „gehen nur Assis hin“.</p> <p>Wie haben sich die wohnlichen Verhältnisse in Haste entwickelt- Gespräch über die Bungalows.</p> <p>I. macht Werbung für Haste und die Bungalows für uns als nächsten Wohnort.</p> <p>Gespräch über Wohnlage und Mietpreise: I. findet auf dem Land wohnen fürchterlich, wegen Alleinlage und Autoabhängigkeit. Lässt wenig Platz für Zwischenmeinungen: „Finde ich schrecklich-basta“. Ihre Wohnung kostet ca. 480 €+ 200 €NK.</p> <p>Gespräch über Bücher und Filme. I. liebt 5 Freunde. Zieht Filme von You-Tube und investiert Zeit um Filme aus dem</p>	<p>früh oder wg. mir?</p> <p>Wofür wird Geld ausgegeben?</p> <p>Umgang</p> <p>Werte</p> <p>Urteile/ Einstellung</p> <p>Etwas scheint unausgesprochen</p> <p>Was stellen die Bungalows da? Abgrenzung aber auch begehrt.</p> <p>Akzeptanz</p>	
---	--	--

Anhang

<p>Fernsehen aufzunehmen. T. und ich schwärmen für verschiedene Bücher- T. liest viel, I. eher nicht.</p> <p>T. lächelt manchmal in sich hinein über Gesagtes von I. Hat öfter den Anschein missionieren zu wollen.. -Rolle T: Beraterin? Gesprächspartnerin?</p> <p>Gespräch mit Jugendlicher über Französischunterricht: Lästert über das Erlernen von Tierlauten. Wir diskutieren alle wie klingt eigentlich ein Feuerwehrauto?</p> <p>I. checkt B`s Schultasche- Gespräch über verschiedene Füller. I. und B. haben sehr freundschaftliche Ansprache miteinander.</p> <p>Gespräch über Schwiegermütter: I`s Schwiegermutter macht sie für Abszess auf S. Kopf verantwortlich, da sie billiges Pflanzenöl zum Einreiben benützt habe. Mache sie immer für alles verantwortlich.</p> <p>T. u. I. sprechen über Kinderbetreuung: Diese scheint von Kindern besser angenommen zu werden, als letzte. „Tobt auch mal mit. Die letzte hat doch eher Bastel- und Malangebote gemacht.“</p> <p>Gespräch mit I. über Taschengeldregelungen für B.: Haben keine, bekommt Geld, wenn sie etwas braucht. Kommen darauf, wg. kaputten Pinsel in ihrer Tasche: I.: „Jetzt kaufe ich die schon Einzeln und nicht in so`nem 1-Euro-Shop...“</p> <p>Gespräch über Stillen. I. stillt nicht, da es ihr unangenehm ist, in der Stadt ihr T-Shirt hochzuziehen. „Natürlich ist es besser, aber ich möchte es nun mal nicht.“ Sollte auch für die Mädchen sein, damit sie auch mal füttern können. L. sei da aber noch unsicher.</p> <p>T. erzählt beim Aufräumen über die Krankheit ihres Mannes. I. steht in der Tür, da sie bezahlen möchte, beteiligt sich aber nicht am Gespräch.</p> <p>I. geht mit mir schon vor den Anderen. „Ach, gehst du daher?“ Erwartung noch ein Stück zusammen zu gehen.</p>	<p>Was wird für die Kinder gewünscht?</p>	<p>18.00</p>
--	---	--------------

A7: Beispiel, Kodiersitzung, 23.02.10:

D: *„Ich finde Kinder als Babys am besten.“*

D. hat eine Alterspräferenz bei ihren Kindern. Ihre Kinder sind schon älter, so kann sie es vergleichen. Sie hat Erfahrung. Was bedeutet das in Bezug auf ihre Kinder? Das sie sie als Babys besser fand als jetzt? Eine Abwertung ihrer Kinder findet durch die Aussage statt. ‚Am besten‘ bedeutet, dass keine Steigerung mehr möglich ist. Die beste Zeit liegt schon hinter ihr- es besteht ein retrospektivere Blick. Sie könnte auch sagen, „die Zeit als Babys fand ich schön“ oder „die Zeit als Babys fand ich angenehm“. „Am besten“ bedeutet auch Frustration, denn die beste Zeit ist ja schon vorbei. Was genau findet sie an Babys am besten? Die Antwort findet sich in der nächsten Aussage:

D: *„Wenn sie krabbeln musste immer hinterher.“*

Das Krabbeln ist unangenehm, da es eigene Aktivität fordert. Man muss dem Kind hinterher, das Kind bestimmt die Richtung, die Aktivität ist nicht selbstbestimmt. Man muss immer hinterher, um für Sicherheit zu sorgen. Man könnte es auch seinlassen und das Kind alleine krabbeln lassen, aber es ist klar, dass man für das Kind sorgen muss- das wird nicht in Frage gestellt. Es besteht Klarheit über die Fürsorgepflicht.

„immer“ steht für den zeitlichen Aspekt. Das Gefühl ist, „immer“ hinter dem Kind herzumüssen - was bedeutet „immer“? Das Kind krabbeln ja nicht den ganzen Tag herum. Aber diese Aktivität scheint so vordergründig zu sein, das es wie „immer“ erscheint. Es scheint eine sehr große persönliche Einschränkung zu bedeuten.

D: *„Und wenn sie sprechen, geht es los (...).“*

Was wird als sprechen bezeichnet? „geht es los“ ist ein sehr aktiver Ausdruck. Wenn es jetzt losgeht, war dann vorher Stillstand? Das Sprechen scheint noch eine Steigerung der Aktivität „krabbeln“ zu sein.

D: *„Maama - den ganzen Tag.“*

Anhang

Ein Wort (Maama) bedeutet sprechen. Auch dieses steht scheinbar sehr im Vordergrund, was durch „den ganzen Tag“ ausgedrückt wird. Realistisch sagen Kinder nicht den ganzen Tag „Maama“.

D: ‚Das ist nicht so schön für die Mütter.‘

Die ständige direkte Ansprache wird als „nicht so schön“ bezeichnet. Was wäre für die Mütter? Was ist genau nicht schön daran, wenn die Mütter von ihren Kindern gerufen werden? Das Rufen der Kinder impliziert die Forderung nach Aufmerksamkeit. Wenn man dieser („den ganzen Tag“) nachkommt, ist damit wiederum eine persönliche Einschränkung verbunden und die Anforderung, sich auf jemanden anderes einzulassen, sich bestimmen zu lassen.

„Für die Mütter“ drückt alleinige Verantwortung aus. Was ist mit dem Vater?

Hypothese: Geforderte Aktivität (hinterher rennen, zuhören, darauf eingehen) wird als anstrengend empfunden. Babys sind „am besten“, da sie als weniger fordernd und eigenaktiv empfunden werden.

→ Selbstbestimmung ist wichtig

→ geforderte Aktivität ist anstrengend

A8: Beobachtungsprotokoll, 04.03.10:

Ich betrete um 14.50 Uhr das Haus und habe den Eindruck, dass schon viel los ist. Es wirkt schon beim Eintreten laut und rummelig. Auf dem Flur treffe ich I. mit S. auf dem Arm, die gerade aus dem Bad kommt. Wir begrüßen uns nur kurz, da ich direkt von N. angesprochen werde, der mir sein Spielzeugauto zeigt. *Ich wundere mich etwas, weil ich zu N. bisher keinen näheren Kontakt hatte. Mir fällt auf, dass N. auf Nachfragen nicht immer adäquat zu reagieren scheint.* I. spricht ihn auf seinen weiterhin verbundenen Finger an. N. sagt: ‚Der ist aufgeschnitten worden.‘ H. kommt dazu und ergänzt die Geschichte und erzählt was mit dem Finger gemacht wurde und wie gut N. mitgemacht habe. Und alles ist passiert, ‚nur weil er nicht hören wollte.‘ (wird zweimal erwähnt).

Ich gehe weiter und begrüße kurz T. die mit ihrer Tochter T1 in der Küche Kaffee und Kuchen vorbereitet.

Im Büro treffe ich auf J., die mit einem Mädchen Hausaufgaben macht. Ich lege Jacke und Tasche dort ab (und frage mich wieder, ob es wirklich gut ist, die Sachen dort einfach stehenzulassen, da das Büro immer für alle zugänglich ist) und gehe gleich zur HL rein, die ich nach der Märchenerzählerin fragen möchte. Ich hätte gerne ein Gespräch mit ihr, um noch mal ihre Meinung zum Ablauf der vergangenen Märchenstunden zu hören.

HL sagt, dass die Märchenerzählerin wahrscheinlich erst ab Sommer wieder im Haus sein wird, da das Projekt vorerst beendet ist.

Das Projekt scheiterte aus Sicht der Märchenerzählerin (nach HL) an verschiedenen Dingen:

Zum ersten war keine Verbindlichkeit vorhanden. Die Kinder des offenen Treffs wurden zwar von ihren Müttern angemeldet, kamen aber nicht zuverlässig. Dadurch war der Erzählerin inhaltlich kein Aufbau möglich und sie konnte keinen wirklichen Kontakt zu den Kindern aufbauen. Als HL mal im Urlaub war und T. Dinge zur Vorbereitung für die Erzählerin besorgen sollte, habe sie dieses nicht zuverlässig getan. Der Höhepunkt schien in der Weihnachtszeit erreicht, als die Erz. alles für Punsch und zum Kekse backen vorbereitet hatte und dann niemand kam. Da war sie sehr ärgerlich. Dieses sollte sowieso der vorerstige Abschluss mit der Gruppe sein.

Ein weiterer Grund des Scheiterns sei gewesen, dass die Kinder teilweise die Voraussetzungen für die Märchenstunden nicht mitgebracht hätten. Die Kinder von D. z. B. würden sich viel hauen, sobald sie zusammen seien- sie seien eine „ungünstige Konstellation“. E. hätte kein Interesse gehabt, zuzuhören. Ihm sei langweilig gewesen. L. war beim ersten Mal mit drei anderen Kindern da, das sei sehr schön gewesen, doch beim zweiten Mal habe sie keine Lust gehabt, und sei lieber zum Kindertreff gegangen. I. wäre nicht eingeschritten. ‚Da muss sie auch mal sagen, du, da habe ich dich jetzt angemeldet, da gehst du jetzt hin.‘

HL: ‚Aber ich habe der Erzählerin gesagt, dass wir das von den Frauen hier kennen, das sie es mit Verbindlichkeit nicht so haben. Das ist immer schwierig.‘

Die Märchenerzählerin hat hinterher wieder ein Projekt mit Kindern einer Kindertagesstätte im Haus durchgeführt. Da wären die Frauen angekommen ‚oh, schön geht es wieder weiter...‘ und wollten ihre Kinder wieder anmelden, doch da habe HL gesagt, es handele sich um ein eigenes Projekt für die Tagesstätte.

Anhang

Mich verwirrt das Thema, da es viele unterschiedliche Informationen gibt und insgesamt eher Unklarheit zu herrsche scheint. T. scheint eine unklare Vermittlungsperson zu sein. Das Telefon klingelt. Auf dem Flur toben die Kinder. HL geht raus und sorgt für Ruhe. Sie sagt zu mir: ‚Auch so was, dass die immer das ganze Haus einnehmen. Drüben sitzen Kinder und machen Hausaufgaben und die Kinder sind laut. Aber da kümmert sich keiner drum.‘

Ich verabschiede mich und gehe ins Büro, um einige Notizen zu machen. Ich höre, wie die Familie von K1 und U. zur Hintertür hereinkommen. Ich gehe auf den Flur und unterhalte mich kurz mit U. über ihren Einkaufsroller, den sie dabei hat. Ich betrete nun den Treffraum und suche mir einen Platz am Tisch. An meiner Tischseite sitzt H., C. kommt mit G. vom Wickeln, U., K1, Z mit O. suchen sich Plätze auf der gegenüberliegenden Tischseite. I. sitzt dort ebenfalls mit S. im Kinderwagen neben sich, der sehr viel Platz einnimmt. Die Kinder spielen in der Spielecke oder im gegenüberliegenden Toberaum. Auf dem Kaffeewagen liegen unter einer Haube ein paar wenige Amerikaner. Protest ist zu hören: ‚Ist das heute alles? Ein paar Amerikaner?‘ Ich sage: ‚Aber es roch nach Gebackenen.‘ Niemand reagiert darauf. Kurze Zeit später kommt T. mit einem frisch aufgebackenen Käsekuchen herein, worauf allerdings auch niemand reagiert.

P. und P1 kommen herein, P. setzt sich neben I., P1 abseits, da kein Stuhl mehr am Tisch steht. T. sorgt dafür, dass auch P1 mit am Tisch sitzen kann, indem sie resolut S.'s Kinderwagen ein Stück zur Seite schiebt und einen Stuhl dorthin stellt. I. protestiert leise: ‚Aber ich möchte ihn sehen.‘, scheint es aber einzusehen und gibt ihren Protest auf. Kaffee und Kuchen werden verteilt und alle stürzen sich auf die Stücke. T. bietet an, noch einen Apfelkuchen aufzubacken, doch niemand möchte noch ausdrücklich weiteren Kuchen.

T. sorgt sich immer sehr darum, dass alle zufrieden sind.

I. erzählt: ‚L. hat keine Lust mehr zum Tanzen‘ Ich: ‚Oh, warum das denn?‘ I.: ‚Keine Ahnung, aber ich habe gesagt ‚lange gucke ich mir das nicht mehr an, das kostet ja auch Geld.‘ Ich: ‚Was zahlt ihr denn für Hull?‘ I.: ‚45 €(?) im Monat für Beide. Jetzt möchte L. Fußball spielen.‘ Ich: ‚Fußball? Wer hat sie denn auf Fußball gebracht?‘ I. (grinst): ‚na, ich.‘

Ich frage auch die anderen nach dem Freizeitaktivitäten ihrer Kinder. I. sagt mehr machten sie nicht. B. komme immer spät aus der Schule und habe auch dort Angebote.

C. berichtet auf Nachfrage über N., dass er lange Kinderturnen in der Turnhalle des Stadtteils gemacht habe, aber jetzt keine Lust mehr hätte. Dann sei er dort Inliner gefahren, der Kurs sei aber in einen entfernten Stadtteil verlegt worden. Das sei sehr schade. Ich erkundige mich auch nach der ansässigen Bücherrei, daran habe N. aber kein Interesse. Er wolle vielleicht ab und zu abends mal eine Geschichte hören, aber eigentlich interessiere ihn das nicht.

P. erzählt, dass ihr jüngster Sohn P4 (8 Jahre) Fußball im Stadtteil spielen wollte. Ein paar Mal wäre er dort gewesen und sie habe eine ganze Ausrüstung in einem guten Sportgeschäft für 150 € gekauft und jetzt habe er keine Lust mehr. Sie verstehe das nicht.

P. beginnt ein Gespräch mit mir über ihren Sohn P4. Sie erzählt, dass sie sich mit den ‚jungen Mädchen‘ im Hort gestritten hat, da ihr Sohn dort angeblich immer Ärger mache. Er scheine dort Sachen zu zerstören, was sie aber nicht so richtig glauben könne. Sie sagt, er sei immer der Sündenbock ‚P4 hat dies‘, P4 hat das...‘ - P1 bestätigt, dass P4 bestimmt kein Engel sei, doch das die Reaktionen im Hort übertrieben seien. Vor zwei Wochen sei

Anhang

P. der Kragen geplatzt und sie habe den Erzieherinnen gedroht, sie ,sollen meinen Sohn in Ruhe lassen und aufhören über ihn zu spionieren.'

P4 gehe nicht gerne in den Hort, doch sie möchte es, damit er deutsch lernt und seine Hausaufgaben macht. Er sei dort jeden Tag bis 17.00 Uhr. *Sie scheint insgesamt auf ihren Sohn bezogen sehr zwiespältig zu sein.*

Ich rate ihr zu einer Erziehungsberatung, sie scheint vorsichtig interessiert zu sein, fragt aber auch gleich nach dem Jugendamt (,ist das vom Jugendamt?'). Hier mischt I. sich ein (,sag' ich doch (das man da jetzt was machen muss) und meint zu P. P4 würde doch jetzt auch immer nachts ins Bett machen. I.: ,Und außerdem behütest du ihn auch viel zu viel. Du musst dir mal vorstellen (zu mir), bis jetzt bringt sie ihn noch zur Schule.' *Alle anderen scheinen zwar zuzuhören, aber niemand beteiligt sich aktiv an dem Gespräch. Ich habe aber das Gefühl, das sehr viel Unausgesprochenes in der Luft liegt.* Ich verspreche ihr beim nächsten Mal Adressen und Telefonnummern von Erziehungsberatungsstellen mitzubringen. Wir überlegen auch, ob P4 nicht auch mal früher nach Hause kommen könnte, sie scheint es sich einerseits zu wünschen, zweifelt aber auch wegen der Hausaufgaben und sagt, dass ihr Mann ihn nicht aus dem Hort rausnehmen wollen würde. Ich sage ihr, dass es ja auch hier im Haus die Möglichkeit einer kostenlosen Hausaufgabenbetreuung gäbe. Ich erzähle P. warum ich hier bin (da sie sich wundert, warum ich aus einem so entfernten Ort hierher komme). Auf mein Studium reagiert sie mit ,oh, ja. Schööön. Ich war bis zur siebten Klasse in der Schule, dann durfte ich nicht mehr (Vater). Würde gerne hier noch mal einen Deutschkurs machen.' ,Mein Mann spricht sehr gut Deutsch. Er ist sehr ruhig. Die Leute fragen: Oh, hast du einen Deutschen geheiratet. Aber ich sage, ,nein, er ist Albaner.' Albaner immer streiten und laut und schlagen gleich zu. Das ist nicht gut, nein. Deutsche sind ruhiger.'

Ganz zum Schluss in der Küche erzählt sie mir von ihrem Schwager und seiner Frau, denen das Jugendamt ihre zwei Kinder im Babyalter weggenommen habe, da die Nachbarn ,spioniert' hätten und dort über die herrschenden Zustände berichtet hätten. Ihr Schwager habe gesoffen und die Frau konnte sich nicht um die Kinder kümmern. Immer hätten die Kinder geschrien und seien verwahrlost gewesen. Trotzdem hat P kein Verständnis dafür, dass die Kinder weggenommen wurden (,Bei uns (in Albanien) gibt es so was nicht. Ich kümmere mich nur um meine Familie, Rest egal. Was Leute mit ihren Kindern machen-egal. Ob schlagen -egal.'). P macht deutlich, dass sie auch Angst vor dem Jugendamt habe, und sie deshalb z.B. immer noch den Schulweg mitgehe, damit keiner sagen könne, sie würde sich nicht kümmern.

Das Gespräch mit P. ist insgesamt sehr lang. Sie scheint auf der einen Seite wütend und empört , auf der anderen Seite aber auch sehr hilflos zu sein.

In der Runde wird noch über den Babyservice bei Ikea gesprochen, was insgesamt positiv bewertet wird.

Z. vermeidet jedes Gespräch mit mir. O. sitzt den ganzen Nachmittag auf ihren Schoß. *Sie ist erstaunlich ruhig und quengelt überhaupt nicht. 3 Stunden sind eine sehr lange Zeit!*

Als um ca. 17.40 Uhr irgendwie Aufräumstimmung aufkommt, tippt I. auf ihre Uhr: ,Es ist noch nicht 6 Uhr! Wir müssen noch nicht aufräumen.'

Ich unterhalte mich in der Küche noch kurz mit T. Sie empfindet die Unruhe und Lautstärke als sehr anstrengend. ,Aber bald soll auch wieder eine Kinderbetreuung eingestellt werden.'

Erklärung

„Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.“

Georgsmarienhütte, den 28.06.2010

Marion Bley