

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
School of Public Health

Dissertationsschrift

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor of Public Health (Dr. PH)

Gesundheit ist, wenn ich morgens aufstehe und sage, das ist mein Tag!

Mehrdimensionalität von elterlichen Gesundheitsvorstellungen im Spiegel gesellschaftlicher Ungleichheitsverhältnisse: Eine qualitative Studie

Eingereicht von: Corinna Fillies
MPH
BHC
Matrikel Nr. 1603360

1. Gutachterin u. Prüferin: Frau Prof.'in Dr. Claudia Hornberg
2. Gutachterin u. Prüferin: Frau Prof.'in Dr. Petra Kolip
3. Prüferin: Frau Dr. Matzick

Horn-Bad Meinberg, Mai 2020

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier ISO 9706

Danksagung

Eine Dissertation ist ein interessanter und spannender Entwicklungsprozess, um aus Gedanken Worte werden zu lassen. Bei der Entstehung dieser Arbeit haben viele Menschen einen wichtigen Beitrag geleistet. Ich möchte Ihnen/Euch danken, ohne Ihre/Eure für mich wichtige Unterstützung gäbe es diese Arbeit nicht.

Frau Prof.'in Dr. Claudia Hornberg danke ich insbesondere für die Übernahme der wissenschaftlichen Betreuung meiner Dissertation, ihre konstruktiven Anmerkungen, ihren fachlichen Input sowie ihre Geduld, um mein Promotionsprojekt erfolgreich abschließen zu können.

Frau Prof.'in Dr. Petra Kolip danke ich besonders für die fachliche Inspiration und die Begutachtung dieser Arbeit.

Vielen Dank an Frau Dr. Matzick für die Annahme der Dissertation als Drittprüferin.

Dr. Dr. Paul Wolters danke ich für sein großes Interesse am Fortkommen meiner Dissertation, seine Fragen und den für mich wertvollen und interessanten Gesprächen.

In dankbarer Erinnerung an Prof. Dr. Peter-Ernst Schnabel (†). Seine wissenschaftliche Betreuung, die Diskussionsbereitschaft, die unendlich spannenden Diskussionen und der eingeräumte Raum trugen sehr zum Voranschreiten dieser Arbeit bei.

Bei Petra Gast von wir für pänz e.V. und bei den Kita-Leitungen sowie den Kita-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern möchte ich mich für das entgegengebrachte Interesse und die vielfältige Unterstützung bei der Datenerhebung bedanken.

Insbesondere danke ich allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der Studie. Ihre Gesprächsbereitschaft, Offenheit und Gastfreundschaft haben maßgeblich zur Entwicklung dieser Arbeit beigetragen.

Meinen Eltern und meinen Großmüttern sowie meinen Freundinnen und Freunden danke ich für ihre langjährige geduldige und ermutigende Unterstützung auf meinem Weg in der Studiums- und Promotionszeit. Ihre wertvollen Fragen, ihre Geduld, Motivation, Kritik und ihre emotionale Unterstützung haben mich auf diesem Weg begleitet. Ihnen widme ich diese Arbeit.

Zusammenfassung

Hintergrund: Viele Gesundheitsförderungs- und Krankheitspräventionsmaßnahmen erreichen vornehmlich bildungsnahe und sozioökonomisch bessergestellte Familien mit Kindern. Individuelles gesundheitsrelevantes Alltagswissen und subjektive Gesundheitsvorstellungen sind neben dem Expertenwissen ein anerkannter Forschungsgegenstand. Diverse Studien konzentrieren sich auf subjektive Gesundheitsvorstellungen. Zu elterlichen Gesundheitsvorstellungen im Kontext gesellschaftlicher Ungleichheit liegen bisher jedoch keine hinreichenden Erkenntnisse vor.

Ziel: Im Fokus dieser empirischen Arbeit steht die Erforschung subjektiver elterlicher Gesundheitsvorstellungen im Spiegel gesellschaftlicher Ungleichheitsverhältnisse. Das Ziel ist Gesundheitsvorstellungen von Eltern mit Vorschulkindern, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören zu beschreiben und zu analysieren, um mögliche soziokulturelle und soziostrukturelle Einflüsse auf elterliche Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsrelevantes Handeln aufzuzeigen.

Methode: Für die Studie wurde ein qualitatives Forschungsdesign im Stil der Grounded Theory Methodologie gewählt. Die empirischen Daten wurden mittels 21 teilnarrativer Leitfadeninterviews mit Eltern von Vorschulkindern (1,5 Jahre bis zur Einschulung) erhoben, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören. Zudem wurden sieben Gruppendiskussionen mit Müttern und Vätern von Kindern im Vorschulalter durchgeführt. Die Auswertung der Gruppendiskussionen erfolgte mithilfe der dokumentarischen Methode. Alle teilnehmenden Eltern wurden als Experten ihrer und der Gesundheit ihrer Kinder angesprochen.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Studie zu elterlichen Gesundheitsvorstellungen weisen auf mehrdimensionale ganzheitliche elterliche Konzepte von Gesundheit hin. Wohlbefinden hat dabei für die Wahrnehmung von Gesundheit eine besonders große Bedeutung. Zudem weisen die Ergebnisse auf mehrdimensionale Theorien zur Herstellung von Wohlbefinden – Gesundheit. Von zentraler gesundheitsrelevanter Bedeutung ist dabei Verbundenheit. Dazu gehört die Verbundenheit mit anderen Menschen und der Gesellschaft sowie die Verbundenheit mit gesundheitsrelevanten Räumen (sozialer Raum, naturnaher Raum, physischer Raum, familiärer Raum), in denen gleichzeitig Freiheit und Wachstum wahrgenommen und entwickelt sowie Verantwortung übernommen werden kann. Die vorhandenen gesundheitsrelevanten gesellschaftlichen, räumlichen und strukturellen Bedingungen sind jedoch nicht für alle sozialen Gruppen gleich. Die Differenzierung der Kernkategorie legt nahe, dass insbesondere angepasste privilegierte soziale Gruppen mehr Möglichkeiten haben und diese nutzen, um ei-

nen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu leben. Während sozial benachteiligte Familien nicht nur weniger Möglichkeiten haben einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu leben, können sie häufig vorhandene Möglichkeiten weniger nutzen, als andere soziale Gruppen. Zudem scheint aus verschiedenen Gründen das Ziel dieser Gruppe nicht darin zu liegen, sich dem Mainstream anzupassen.

Schlussfolgerungen: In Anbetracht erheblicher Herausforderungen durch Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur, von Lebens- und Umweltbedingungen sowie infolge des gesellschaftlichen Wandels mit individuellen Lebensentwürfen, Digitalisierung, wirtschaftlicher- und kultureller Globalisierung wird ersichtlich, dass elterliche Gesundheitsvorstellungen und die Herstellung von Wohlbefinden – Gesundheit im Rahmen von Normen und Wertvorstellungen sowie Interessen einer Gesellschaft zu betrachten sind. Gesundheitsbezogenes Alltagswissen und individuelle Gesundheitsvorstellungen sollten als persönliche Kompetenzen, Ressourcen und Potenziale anerkannt und berücksichtigt werden. Zudem ist die Partizipation von Eltern und Kindern bei der Entwicklung von Gesundheitsförderungskonzepten und Maßnahmen, entsprechend ihren Bedürfnissen dringend erforderlich. Die Ergebnisse legen nahe, dass eine individualisierte Forschungsperspektive und enggefasste Gesundheitsförderungsprogramme auf gesundheitsrelevante Räume erweitert werden sollten, um gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse zu schaffen und das gesamtgesellschaftliche Wohlbefinden und somit Gesundheit zu fördern.

Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS	XII
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	XII
TRANSSKRPTIONSZEICHEN	XIII
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	XIV
1 EINFÜHRUNG: PUBLIC HEALTH RELEVANZ – ZIELE – FRAGESTELLUNG	1
1.1 PUBLIC HEALTH RELEVANZ	2
1.2 ZIELE UND FRAGESTELLUNG	7
1.3 AUFBAU DER ARBEIT	8
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	10
2.1 GESUNDHEIT	10
2.1.1 GESUNDHEIT, EIN BEGRIFF MIT VIELFÄLTIGEN BEDEUTUNGEN	11
2.1.2 EIN MODELL VON GESUNDHEIT – DIE SALUTOGENE PERSPEKTIVE	14
2.1.3 GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN	17
2.1.4 GESUNDHEITSRELEVANTES WISSEN IN DER GESELLSCHAFT	19
2.2 DIE FAMILIE ALS VERMITTLER GESUNDHEITSRELEVANTEN WISSENS	22
2.2.1 VERÄNDERUNGEN DER LEBENSFORM FAMILIE	23
2.2.2 DIE FAMILIE ALS GESUNDHEITSRELEVANTE SOZIALISATIONSINSTANZ	25
2.3 BOURDIEUS SOZIALRAUMTHEORIE ALS ERKENNTNISLEITENDE BASIS	26
2.3.1 GESUNDHEITSWISSENSCHAFTLICHE RELEVANZ	27
2.3.1.1 Der soziale Raum nach Bourdieu	29
2.3.1.2 Die Habitus-Theorie Bourdieus	32
2.3.1.3 Die Handlungstheorie Bourdieus	34
2.3.1.4 Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsrelevantes Handeln	35
2.3.1.5 Die Kapitaltheorie Bourdieus – Bezüge zu Gesundheit	40
2.3.1.6 Der physische Raum als Aneignungsraum von Kindern	52
2.3.2 THEORETISCHE VERKNÜPFUNG DER THEORIEN BOURDIEUS MIT DEM SOC	53
3 GESUNDHEITSVORSTELLUNGEN: BEGRIFFSKLÄRUNG UND STAND DER FORSCHUNG	57
3.1 BEGRIFFSKLÄRUNG	57
3.1.1 SUBJEKTIVE GESUNDHEITSKONZEPTE	57
3.1.2 SUBJEKTIVE GESUNDHEITSTHEORIEN	62
3.1.3 KONSTRUKTIONEN: GESUNDHEIT UND GESUNDHEITSHANDELN	64
4 METHODOLOGIE DES FORSCHUNGSPROZESSES	66
4.1 BEGRÜNDUNG DES QUALITATIV METHODISCHEN VORGEHENS	66
4.2 ENTSCHEIDUNGEN FÜR EIN VORGEHEN NACH GROUNDED THEORY METHODOLOGIE	67
4.3 GROUNDED THEORY METHODOLOGIE	68
4.4 METHODISCHES VORGEHEN – EXPLIKATION DER DATENERHEBUNGSMETHODEN	72
4.4.1 INTERVIEWDESIGN	72
4.4.1.1 Eltern als Experten	73
4.4.1.2 Zwischen Strukturierung und Offenheit – Leitfadeninterviews	74
4.4.1.3 Die Konzeption des Interviewleitfadens	75
4.4.1.4 Interviewerhaltung und Gesprächsrolle	80
4.4.2 FELDZUGANG ÜBER KITAS IN KÖLNER STADTTILEN	81
4.4.3 DER UMGANG MIT VORKENNTNISSEN – WISSEN UND ERFAHRUNGEN	83
4.4.4 GRUPPENDISKUSSIONSVERFAHREN	86
4.4.4.1 Diskussionsleitfaden	87
4.4.4.2 Probegruppendiskussion	88

4.5	METHODISCHES VORGEHEN IN DEN FELDPHASEN	89
4.5.1	FELDZUGANG UND SAMPLING DER INTERVIEWSTUDIE	89
4.5.2	VORSTELLUNG DER INTERVIEWTEILNEHMER*INNEN	92
4.5.3	INTERVIEW DURCHFÜHRUNG	94
4.6	EXPLIKATION DER DATENANALYSE	97
4.6.1	DATENAUFBEREITUNG	97
4.6.2	ANALYTISCHE WERKZEUGE	98
4.6.3	CODIEREN	100
4.7	FELDPHASE DER GRUPPENDISKUSSIONEN	104
4.7.1	GRUPPENDISKUSSIONEN: FELDZUGANG UND SAMPLING	105
4.7.2	VORSTELLUNG DER DISKUSSIONSGRUPPEN	107
4.7.3	DIE DOKUMENTARISCHE METHODE ALS ANALYSEINSTRUMENT	108
4.8	GÜTEKRITERIEN QUALITATIVER FORSCHUNG	109
5	ERGEBNISSE	111
5.1	KÜMMERN UM GESUNDHEIT – EIN FRAUENTHEMA?	112
5.1.1	ZUSTÄNDIGKEIT VON MÜTTERN – MANAGERIN DER FAMILIENGESUNDHEIT	112
5.1.2	GEMEINSAME ZUSTÄNDIGKEIT VON ELTERN	114
5.1.3	ZUSTÄNDIGKEIT DES PERSÖNLICHEN NETZWERKS	115
5.2	KOMPLEXITÄT VON GESUNDHEIT	116
5.3	MEHRDIMENSIONALE GESUNDHEITSKONZEPTE – ZUSTAND UND BEDINGUNG VON GESUNDHEIT	118
5.3.1	FAKTEN KÖRPERLICHE GESUNDHEIT	119
5.3.1.1	Gesundheit als Schmerzfreiheit und Abwesenheit von Krankheit	119
5.3.1.2	Gesundheit als körperliche Funktionsfähigkeit	121
5.3.2	SUBJEKTIVES ELTERLICHES WOHLBEFINDEN	122
5.3.2.1	Zufriedenheit als Bestimmungsfaktoren von Wohlbefinden	123
5.3.2.2	Seelisch-geistiges Wohlbefinden – Emotionen als Bestimmungsfaktor	124
5.3.2.3	Körperliches Wohlbefinden	128
5.3.2.4	Materielles Wohlbefinden – ökonomische Lage	129
5.3.2.5	Soziales Wohlbefinden	131
5.3.3	ZUSAMMENFASSUNG: WOHLBEFINDEN UND GESUNDHEIT	133
5.4	MEHRDIMENSIONALE ELTERLICHE THEORIEN ZUR HERSTELLUNG VON WOHLBEFINDEN – GESUNDHEIT	134
5.4.1	GESTALTBARE FREIRÄUME IM EIGENEN LEBEN	135
5.4.1.1	Räumliche Weite – Freiheit erleben	136
5.4.1.2	Lebensentwürfe – Selbstbestimmt Leben	142
5.4.2	ZWISCHENMENSCHLICHE KOMMUNIKATION UND KONFLIKTFÄHIGKEIT	147
5.4.3	SOZIALE UND RÄUMLICHE ZUGEHÖRIGKEIT – BEZIEHUNGSEBENE	150
5.4.3.1	Familiäre Beziehungen	150
5.4.3.2	Familiäre Rituale	154
5.4.3.3	Freundschaftlich Beziehungen	155
5.4.3.4	Gesellschaftliches Miteinander – soziokulturelle Werte	157
5.4.3.5	Beziehungen zum und im sozialen und physischen Raum	159
5.4.4	ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG	163
5.4.4.1	Ernährung zwischen Genuss und Alltag	163
5.4.4.2	Bewegung zwischen normativem Anspruch, Körpergefühl und Freude	166
5.4.5	SICHERHEIT – VIELFÄLTIGE EBENEN	168
5.4.5.1	Materielle Sicherheit und monetäre Mittel	168
5.4.5.2	Spirituelle Sicherheit – Dankbarkeit und Wertschätzung	171
5.4.5.3	Fremdbestimmung von Gesundheit – Sicherheit und Kontrolle	172
5.5	VERBUNDENHEIT – DIE KERNKATEGORIE	174
5.6	GRUPPENDISKUSSIONEN: GESUNDHEITSVORSTELLUNGEN IM GESELLSCHAFTLICHEN KONTEXT	178
5.6.1	GRUPPENDISKUSSION: FRÜHER WAR ALLES BESSER	178

5.6.1.1	Zusammenfassende Interpretation: Früher war alles besser	190
5.6.1.2	Was ergänzt die Gruppendiskussion zu den Einzelinterviews	192
5.6.2	GRUPPENDISKUSSION: FRÜHER WAR ES SCHÖN – HEUTE IST ES ANDERS	193
5.6.2.1	Zusammenfassende Interpretation: Früher war es schön, heute ist es anders	208
5.6.2.2	Was ergänzt die Gruppendiskussion zu den Einzelinterviews	211
5.6.3	ZUSAMMENFASSEND KONTASTIERUNG ALLER GRUPPENDISKUSSIONEN	213
5.7	DIFFERENZIERUNG DER KERNKATEGORIE VERBUNDENHEIT	216
6	GESAMTDISKUSSION	219
6.1	DISKUSSION DES METHODISCHEN VORGEHENS, GÜTEKRITERIEN UND LIMITATIONEN	219
6.2	DISKUSSION DER DATENERHEBUNG	223
6.3	ZUSAMMENFASSEND DISKUSSION UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	233
6.3.1	KÜMMERN UM FAMILIENGESUNDHEIT IM WANDEL	235
6.3.2	DISKUSSION DER GESUNDHEITSKONZEPTE	237
6.3.2.1	Es besteht eine Verbindung zwischen Fakten körperlicher Gesundheit und einem normativen Konstrukt von Gesundheit	237
6.3.2.2	Wohlbefinden – ein wichtiges elterliches Gesundheitskonzept	240
6.3.3	DISKUSSION ELTERLICHER THEORIEN ZUR HERSTELLUNG VON WOHLBEFINDEN – GESUNDHEIT	242
6.3.3.1	Eltern konzentrieren sich auf gestaltbare Freiräume im eigenen Leben	243
6.3.3.1.1	Es gibt eine Verbindung zwischen räumlicher Weite, Freiheit erleben und Wohlbefinden	243
6.3.3.1.2	Es gibt eine Verbindung zwischen Selbstbestimmt Leben, Wohlbefinden und gesellschaftlichen Normen und Werten	246
6.3.3.2	Zwischenmenschliche Kommunikation – ein vermittelndes Medium	248
6.3.3.3	Ernährung und Bewegung – Zwischen normativem Anspruch, Alltag, Genuss und Freude	249
6.3.3.4	Familiäres und gesellschaftliches Miteinander –Beziehungen im und zum öffentlichen Raum	253
6.3.3.4.1	Familiäre Beziehungen - auf ein liebevolles Umfeld kommt es an	254
6.3.3.4.2	Es gibt eine Verbindung zwischen dem persönlichen Netzwerk, Lebensfreude und Wohlbefinden	255
6.3.3.4.3	Es gibt eine Verbindung zwischen soziokulturellen Werten, gesellschaftlichem Miteinander und Wohlbefinden	256
6.3.3.5	Es gibt eine Verbindung zwischen Konsum, Sicherheit, Kontrolle, monetären Mitteln und Wohlbefinden	257
6.3.4	VERBUNDENHEIT – GESUNDHEITSVORSTELLUNGEN IM SPIEGEL SOZIALRÄUMLICH STRUKTURELLER UND GESELLSCHAFTLICHER BEDINGUNGEN	260
6.4	FAZIT UND AUSBLICK	262
7	LITERATUR	266
8	ANHANG	284
	ANHANG 1: GRÜNFLÄCHEN UND FREIRÄUME IN KÖLNER STADTTILEN	284
	ANHANG 2: TELEFONLEITFADEN UND GESPRÄCHSDOKUMENTATION KITA	285
	ANHANG 3: KURZPROTOKOLL/TEILNAHME KITAS	286
	ANHANG 4: TELEFONLEITFADEN/GESPRÄCHSDOKUMENTATION ELTERN	287
	ANHANG 5: ANSCHREIBEN KITA	288
	ANHANG 6: ANSCHREIBEN ELTERN	289
	ANHANG 7: HANDOUT ELTERN GRUPPENDISKUSSION	290
	ANHANG 8: INTERVIEWLEITFADEN	291
	ANHANG 9: ÜBERSICHT INTERVIEWSAMPLE	296
	ANHANG 10: POSTSKRIPTUM	298
	ANHANG 11: EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG INTERVIEW	300
	ANHANG 12: EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG GRUPPENDISKUSSION	301
	ANHANG 13: ELTERLICHE DARSTELLUNG GESUNDHEITS- KRANKHEITS- KONTINUUM	301
	ERKLÄRUNG	305

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: SOC, GRR, KAPITALFORMEN UND HABITUS	56
TABELLE 2: DAS INTERVIEWSAMPLE.....	93

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABB. 1: VIER-FAKTORENANSATZ DES SUBJEKTIVEN WOHLBEFINDENS	18
ABB. 2: RAUM DER SOZIALEN POSITIONEN NACH BOURDIEU	30
ABB. 3: REZIPROKES BEZIEHUNGSVERHÄLTNIS IM SOZIALEN RAUM	55
ABB. 4: PROZESS DER DATENERHEBUNG UND AUSWERTUNG NACH DER GTM	69
ABB. 5: ERKENNTNISENTWICKLUNG IM FORSCHUNGSPROZESS DER GTM	71
ABB. 6: STRUKTUR DER THEMENBLÖCKE DES INTERVIEWLEITFADENS	76
ABB. 7: OFFENE NACHFRAGEN GEGEN ENDE DES INTERVIEWS	77
ABB. 8: ALLGEMEINE EINSTELLUNGSFRAGEN	77
ABB. 9: SOZIALHILFEEMPFÄNGERDICHTEN IN KÖLNER STADTEILEN	83
ABB. 10: MINDMAP ZU VORSTELLUNGEN VON GESUNDHEIT	88
ABB. 11: PARADIGMATISCHES MODELL	98
ABB. 12: KÖLNER STADTEILE NACH SOZIALRÄUMEN	106
ABB. 13: GESUNDHEIT ALS SUBJEKTIVES WOHLBEFINDEN	133
ABB. 14: KATEGORIEN IN BEZIEHUNG ZUR KERNKATEGORIE VERBUNDENHEIT	175
ABB. 15: ERGEBNISDARSTELLUNG UND METHODISCHE ENTWICKLUNG	234

TRANSSKRPTIONSZEICHEN

Zeichen	Verwendung
« »	wörtliche Zitate aus den Interviews
[...]	Auslassung
()	Kontextinformationen des Interviewers
Äh/ähm	Verzögerungssignale, sog. gefüllte Pausen
(Lachen)	Charakterisierung von nicht sprachlichen Vorgängen (hier Lachen)
,	ganz kurzes Absetzen einer Äußerung
(.)	Mikro Pause
(..)	Kurze Pause
(...)	Mittlere Pause
(2)	Pause in Sekunden (hier 2 Sekunden)
TON	Erhöhung der Stimme/Lautstärke
Aus_	nicht zu Ende gesprochene Worte

(in Anlehnung an Selting et al. 1998 zit. n. Deppermann 2008)

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Aufl.	Auflage
BeKi	Berliner Kita-Instituts für Qualitätsentwicklung
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
Dr. med.	Doktor der Medizin
et al.	et alii
etc.et	cetera
f.	folgende
ggf.	gegebenenfalls
GT	Grounded Theory
GTM	Grounded Theory Methodologie
GRR	Generalized Resistance Ressources
IfD	Institut für Demoskopie
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IGES Institut	unabhängiges Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur und Gesundheitsfragen
Kita(s)	Kindertagesstätte(n)
lt.	laut
Nr.	Nummer
p./pp.	page/pages
pathol.	pathologisch
RKI	Robert Koch Institut
S.	Seite
s.	siehe
s. a.	siehe auch
seel.	seelischer
SES	Socioeconomic Status
s. g.	so genannte
SOC	Sense of Coherence
SUV	Sport Utility Vehicle
u.	und
u. a.	unter anderem
u. U.	unter Umständen
überarb.	überarbeitete
unveränd. Nachdr.	unveränderter Nachdruck
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
z. B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach

1 Einführung: Public Health Relevanz – Ziele – Fragestellung

“We are all visitors, to this time, this place. We are just passing through. Our purpose here is to observe, to learn, to grow, to love... and then we return home.”
Australian Aboriginal proverb

„...und dann ging´s Schlag auf Schlag, gleich heftige Wehen und um 17.03 Uhr war er da, putzmunter und gesund!“ Diese Mail schickte mir eine Freundin wenige Stunden nach der Geburt ihres Sohnes.

Was aber heißt gesund? Was ist Gesundheit? Welche Vorstellungen von Gesundheit haben Eltern und worauf gründen diese Vorstellungen? Welche gesundheitsrelevanten Kompetenzen haben Eltern? Was tun Eltern für ihre eigene Gesundheit und für die ihrer Kinder? Wodurch werden Gesundheitsvorstellungen beeinflusst? Was für eine Bedeutung haben subjektive Vorstellungen zu Gesundheit im Kontext von Public Health und sozialer Ungleichheit?

Eltern haben einen primären Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung ihrer Kinder (Sander et al. 2018; Kolip & Lademann 2012), daher besteht die Notwendigkeit, mehr Wissen und ein tieferes Verständnis darüber zu gewinnen, welche Gesundheitsvorstellungen Eltern haben (vgl. Almqvist-Tangen et al. 2017). Trotz der zunehmenden Erforschung subjektiver Gesundheitsvorstellungen bleiben noch viele Fragen offen. Sowohl das subjektive Wissen von Eltern als auch das Wissen des sozialen Umfeldes, wie z. B. jenes von Verwandten, Bekannten und des sozialen Netzwerks sind im Umgang mit Gesundheit und Krankheit von Bedeutung. Individuelle Gesundheit wird vorwiegend auf der Grundlage von Wissen im Alltag hergestellt und nicht ausschließlich von Gesundheitsprofessionellen bestimmt (vgl. Faltermaier 2015a; Flick 1998). Daher wird von der Annahme ausgegangen, dass Eltern über ein komplexes gesundheitsbezogenes Alltagswissen verfügen. Dieses Wissen kann sich in den Gesundheitsvorstellungen einzelner Personen und sozialer Gruppen wiederfinden. Was unter Gesundheit verstanden wird, unterscheidet sich je nach religiöser Orientierung, kulturellem Kontext und gesellschaftlicher Lage (s. a. Pschyrembel 2011). Denn Gesundheit und Krankheit erscheinen *„... als ein Modus der Interpretationen der Gesellschaft durch das Individuum und als ein Modus der Beziehungen des Individuums zur Gesellschaft“* (Herzlich 1973, 139).

Wie sich individuelles Gesundheitshandeln im Alltag gestaltet, ist von den jeweiligen Gesundheitsvorstellungen und der Art und Weise wie sich diese in den Alltag

integrieren lassen abhängig (Faltermajer 2005a). Gesundheitshandeln im Alltag steht dabei in Konkurrenz zu vielen anderen Handlungsanforderungen (vgl. Faltermajer 1994; Faltermajer et al. 1998). Der gesellschaftliche Kontext spielt sowohl im Zusammenhang mit subjektiven Gesundheitsvorstellungen als auch beim Gesundheitshandeln eine wichtige Rolle. Soziale Normen und moralische Einschätzungen sind als relevant anzusehen. Selbstoptimierungstrends mit Superfood und Fitnessstrackern nehmen weiter zu (vgl. Walter 2018). In öffentlichen, politischen und in wissenschaftlichen Diskursen wird vielfach die Eigenverantwortung des Individuums in Bezug auf die eigene Gesundheit fokussiert. Krankheitspräventive Verhaltensveränderungen stehen dabei oft im Mittelpunkt. Dadurch wird subjektives Gesundheitshandeln aus den Alltagsbezügen herausgelöst und an wissenschaftlichen Erkenntnissen und Empfehlungen von Experten ausgerichtet, um ein rationales Gesundheitsverhalten zu erreichen, das sich nach den Regeln und Empfehlungen von Experten richtet. Damit wird Gesundheit zu einem vorrangigen Lebensziel. Gesundheit ist jedoch kein maßgebendes Lebensziel, darauf weist bereits die Ottawa-Charta (WHO 1986) hin. Über das Konstrukt des Kohärenzgefühls, als ein zentraler Aspekt der Salutogenese (Antonovsky 1997), wird eine grundsätzliche Einstellung zum Leben deutlich. Das wirft jedoch umso mehr die Frage auf, wie sich Vorstellungen zu Gesundheit im Lebenskontext von Eltern mit Vorschulkindern darstellen. Insbesondere dann, wenn der Fokus auf grundlegenden Einstellungen zum Leben und den darin enthaltenen gesundheitsrelevanten Aspekten aus der subjektiven Sicht des Individuums liegt.

1.1 Public Health Relevanz

Die Gesprächskultur – sowohl in den Gesundheitswissenschaften als auch in der Gesundheitspolitik – bestimmt einen Großteil dessen, was über Gesundheit gedacht, gelehrt und geforscht wird sowie welche Interventionen im Gesundheitsbereich stattfinden (Schnabel 2010). Das gesundheitspolitische Interesse und der wissenschaftliche Diskurs zu den Themen 'Gesundheit', 'Kindergesundheit', 'soziale Ungleichheit und Gesundheit' sowie 'soziale Benachteiligung' haben in den letzten Jahren stetig zugenommen. Dies ist unter anderem auf den demografischen Wandel sowie auf die hohe Armutsquote zurückzuführen (vgl. Tophoven et al. 2017; Richter et al. 2011). Dabei nimmt Die Anzahl der Kinder, die von Armut bedroht sind weiter zu (BMFSFJ 2017b). Wie aus dem fünften Armuts- und Reichtumsbericht (BMAS 2017) hervorgeht, hat sich die gesamtgesellschaftliche Einkommensverteilung zum Nachteil von Kindern aus Familien¹ mit geringem

¹ Mit 'Familie' wird in dieser Arbeit, die zusammen in einem Haushalt lebende Gruppe aus einem oder mehreren Erwachsenen mit Kind(ern) bezeichnet.

Einkommen verschoben. Geringere Teilhabechancen und soziale Ungleichheit sind die Folgen und bilden sich in Gesundheits- und Entwicklungsstörungen von Kindern und Jugendlichen ab (vgl. Lampert et al. 2015; Richter et al. 2008; Lampert & Kurth 2007; Richter 2005; Kurth 2002). Hiervon sind häufiger Kinder aus sozial benachteiligten Familien betroffen (vgl. Lampert et al. 2010; KIGGS 2007; Siegrist 2002; Pott & Lehmann 2003). Laut des 13. und 14. Kinder- und Jugendberichts ist ein besonderer Unterstützungsbedarf vor allem bei den Kindern und Jugendlichen zu sehen, die unter schwierigen Lebensbedingungen aufwachsen (BMFSFJ 2009; BMFSFSJ 2013). Die finanzielle Situation, in der Kinder aufwachsen beeinflusst die Geborgenheit, die Kinder in ihren Familien erfahren, ihre Möglichkeiten zur Bildungsteilhabe, ihr Wohnumfeld und somit ihre Gesundheit mehr oder minder stark. Ungenügende materielle Rahmenbedingungen wirken dabei vor allem negativ auf das kindliche Wohlbefinden, wenn sie lange dauern und so einen prägenden Einfluss auf die Kindheit haben (BMAS 2017; Tophoven et al. 2017; Dräger & Stein 2017). Unter anderem hat die individuelle Armutslage und der damit verbundene räumliche Kontext, in dem Kinder aufwachsen einen Einfluss auf eine gesunde Entwicklung (vgl. Groos & Jehles 2015; Hornberg & Pauli 2007). Das betrifft sowohl die Wohnverhältnisse als auch das Wohnumfeld, in denen sich eine soziale und gleichzeitig räumliche Ungleichverteilung von Umweltressourcen und Umweltbelastungen für Gesundheit zeigen (Hornberg 2012). Insbesondere sozial benachteiligte Familien leben häufig in einem räumlichen Kontext, der mit einer schlechteren baulichen und natürlichen Umwelt verbunden ist und der durch Lärm- und Luftemissionen stärker belastet ist (vgl. Baumeister & Hornberg 2016; Hornberg et al. 2011). Die beschriebenen Unterschiede zeigen soziale sowie umweltbedingte gesundheitliche Ungleichheiten auf, die mit gesundheitlichen Ungerechtigkeiten verbunden sind. Ungerechtigkeiten entstehen z. B. dann, wenn eine ungleiche Verteilung von Chancen bereits zu Beginn des Lebens besteht, das Geschlecht oder den Geburtsort betreffen (Kolip 2009; s. a. Quarks & Co 2011). Ungerechtigkeiten entstehen aber auch dann, wenn einzelnen Personen oder sozialen Gruppen gesundheitsrelevante Kompetenzen abgesprochen werden, weil deren Vorstellungen nicht denen anerkannter sozialer Gruppen entsprechen. Kolip weist bereits 2009 darauf hin, dass mit gesundheitlichen Ungleichheiten Ungerechtigkeiten verbunden sind, die gesellschaftlich nicht tragbar sind und daher Interventionen benötigt werden, um mehr Chancengerechtigkeit herzustellen.

Sozioökonomische Einflüsse und soziale Ungleichheit betreffen jedoch nicht nur einzelne Menschen, sie sind entscheidend für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Darüber besteht weitestgehend Einigkeit unter Public Health Experten

(Zukunftsforum Public Health 2017; Dragano et al. 2016). Gesamtgesellschaftliche soziale Ungleichheiten zeigen sich beispielsweise in einer sozialen Differenzierung der Erwerbseinkommen und gleichbleibend hohen oder weiter steigenden Armutsquoten (vgl. Schnabel et al. 2009; s. a. Scobel 2017a). Durch das Auseinanderklaffen der oberen und unteren Einkommensschichten wird, in modernen Industriegesellschaften, der unterschiedliche Gesundheitszustand entscheidend geprägt, denn das Wohlbefinden der gesamten Gesellschaft wird durch die psychologische Last beeinträchtigt, die Ungleichheit bedeutet (Wilkinson & Pickett 2010). Die Autoren stellen heraus, dass die gesellschaftliche Wahrnehmung und das gesellschaftliche Wohlbefinden wichtige Aspekte von Gesundheit sind. Gesunde, auf Gleichheit bedachte Gesellschaften verfügen nach Wilkinson (2001) über einen größeren sozialen Zusammenhalt (s. a. Mau & Heuer 2016), mehr soziale Netzwerke und es besteht weniger Neid und Abgrenzung. Erklärt wird dies von Wilkinson (2001) damit, dass die positive Atmosphäre ein Gefühl von Sicherheit vermittelt, Vertrauen in staatliche Institutionen schafft und Menschen zuversichtlich in die Zukunft blicken lässt. Zu den modernen Industriegesellschaften, in denen die oberen und unteren Einkommensschichten auseinanderklaffen gehört auch Deutschland (vgl. Mau & Heuer 2016). Einer OECD Studie zufolge reduziert sich zudem durch eine hohe Einkommensungleichheit die Möglichkeit von Eltern sowohl in eigene Kompetenzen und Bildung sowie in die ihrer Kinder zu investieren (OECD 2015).

Das Recht eines Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ist in Artikel 24 Abs. 1 der UN-Kinderrechtskonvention festgehalten. Als Vertragsstaat der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen will die deutsche Bundesregierung *„auch in der Gesundheit Chancengerechtigkeit für alle Kinder von Anfang an erreichen“* (BMFSFJ 2009, 6). Dies zeigt die hohe moralische und normative Bedeutung von Gesundheit auf, die nicht nur von personenbezogenen Faktoren beeinflusst wird, sondern in hohem Maß durch umweltbezogene, gesellschaftliche und politische Faktoren. Die Verantwortung für die Sicherung und Verbesserung von Gesundheit liegt daher nicht nur in der Verantwortung des Individuums, sondern benötigt gesundheitsförderliche Lebensverhältnisse (s. a. Walter et al. 2015).

Im Kindesalter ist die Nutzung von Gesundheitspotenzialen sowie die Förderung des gesunden Aufwachsens als wesentliche Voraussetzungen für eine nachhaltige Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit zu sehen (vgl. Lampert et al. 2018; RKI 2015; Lampert 2014; BMFSFJ 2013; BMFSFJ 2009; Lampert 2004). Sozial Benachteiligte sowie Kinder sozial benachteiligter Familien werden jedoch von verhaltenspräventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen schlechter erreicht als nicht Benachteiligte (Lampert & Kuntz 2018; Preuß 2016; Hurrelmann

et al. 2013; Bauer 2005; Bittlingmayer & Sahrai 2008). Die Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen ist z. B. bei Erwachsenen mit niedrigem Sozialstatus geringer als bei Erwachsenen mit einem hohem Sozialstatus (Jordan & von der Lippe 2012). Häufig hängt dies damit zusammen, dass Gesundheitsvorstellungen von Individuen und/oder unterschiedlichen sozialen Gruppen bei der Konzeption von verhaltenspräventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht angemessen berücksichtigt werden (vgl. Garthwaite & Bambra 2017; Faltermaier 2015a; Coveney 2004). Individuelles Verhalten folgt anscheinend einer sozialen Gesetzmäßigkeit (vgl. Bauer 2005; Mielck 2005) und variiert schicht- und milieuspezifisch (Hradil 2005). An sozialen Konstruktionen, die in Gesundheitsvorstellungen sichtbar werden, kann sich wiederum zeigen, welche unterschiedlichen Bedeutungen Angehörige unterschiedlicher sozialer Schichten oder Klassen mit dem Begriff Gesundheit verbinden. *„When individual talks about health and illness, he also talks about something else: the nature of his links with his environment, physical and social, as well as aspects of social organization“* (Herzlich 1973, vii).

Verallgemeinerbare Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit werden für eine Verständigung mit verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen, Anbietern und Konsumenten von Versorgungs- und Interventionsleistungen von Gesundheitsförderung und/oder Krankheitsprävention benötigt (Schnabel 2007). Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist zur theoretischen Fundierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in und mit sozial benachteiligten Familien die Erforschung elterlicher Gesundheitsvorstellungen wichtig. Denn diesen Vorstellungen werden handlungsleitende Funktionen für eine gesundheitsförderliche Lebensweise eingeräumt (vgl. Thiel & Mayer 2016; Faltermaier 2003; Tinsley 2003; Flick 1998). Die Basis, für das Verständnis und die Entwicklung von Handlungskompetenzen, bilden vorhandene subjektive Vorstellungen (vgl. Pieter et al. 2015). Des Weiteren sind Kenntnisse über elterliche Gesundheitsvorstellungen notwendig, um Motive und Handlungen von Eltern zu verstehen. Dabei wird in dieser Arbeit von der Annahme ausgegangen, dass Eltern im Alltag sowohl intuitiv und unbewusst aufgrund von Erfahrungen als auch bewusst reflexiv handeln. Das Wissen über subjektive elterliche Gesundheitsvorstellungen und das Wissen über erklärende Zusammenhänge zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit kann, insbesondere dann, wenn Eltern und Kinder unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören, Gründe für Handlungsweisen und Handlungsmöglichkeiten sowie Handlungsbeschränkungen aufzeigen. Für die Gesundheitsförderung in der Praxis kann dieses Wissen einen verstehenden Zugang bilden. Die Subjektdimension bildet eine Grundlage für die Planung und Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, um an Alltagsvorstellungen, Ressourcen und

Kompetenzen von Menschen anknüpfen zu können. Zudem ist eine Untersuchung der Subjektdimension notwendig, um elterliche Alltagskonzepte zu verstehen und bereits im Alltag verankerte gesundheitsförderliche Maßnahmen sowie vorhandene gesundheitsrelevante Kompetenzen und Ressourcen zu erkennen und zu berücksichtigen (Faltermaier 2016). Ebenso sind soziale und kulturelle Bedingungen, in denen Individuen und soziale Gruppen leben, in den Blick zu nehmen, um Potenziale fördern zu können und um strukturelle Bedingungen zu schaffen, die Menschen mehr Gesundheit ermöglichen.

Die Gesundheitswissenschaften beschäftigen sich seit den 1970er Jahren mit der Analyse subjektiver Gesundheitsvorstellungen. Bisherige Forschungsergebnisse zeigen sowohl eine besondere Komplexität und Mehrdimensionalität individueller Vorstellungen zu Gesundheit auf als auch gewisse Muster und Gemeinsamkeiten (vgl. Faltermaier 2005a; Flick et al. 2004; Faltermaier et al. 1998). Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Männern und Frauen haben eine Bedeutung für ihren eigenen Umgang mit Gesundheit. Gesundheitsvorstellungen von Männern und Frauen in ihrer Rolle als Eltern beziehen sich nicht nur auf deren eigene Gesundheit und deren Umgang mit Gesundheit, sie haben in der Familie eine Bedeutung in Bezug auf die Kinder. Bisher durchgeführte Untersuchungen betrachten vorwiegend Männer, Frauen, Kinder, Jugendliche und Senioren. Dabei wird teilweise auch die Schichtzugehörigkeit betrachtet. Ebenso liegen Untersuchungen zu Gesundheitsvorstellungen von Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und Menschen mit oder ohne spezifische Erkrankungen vor. Zudem gibt es Untersuchungen zu Gesundheitsvorstellungen von Menschen, die einer spezifischen Profession angehören (Politiker*innen², Pflegepersonal, Professor*innen, Ärztinnen, Ärzte, etc.). Mit Blick auf Studien zu subjektiven elterlichen Gesundheitsvorstellungen wird eine Forschungslücke erkennbar. Zu Gesundheitsvorstellungen von Müttern und Vätern von Vorschulkindern und sozialen Ungleichheitsverhältnissen liegen keine hinreichenden Erkenntnisse vor. Möglicherweise unterscheiden sich aber elterliche Vorstellungen zu Gesundheit von Gesundheitsvorstellungen von Männern und Frauen, bezogen auf die eigene Person. Gesundheit von Kindern wird, im Gegensatz zu Gesundheit von Erwachsenen, häufig in Verbindung mit der kindlichen Entwicklung gesehen (Almquist-Tangen et al. 2017; Helfferich 2002). Die vorliegende Arbeit wird von der Annahme geleitet, dass erkennbar wird welche speziellen Aspekte, bezogen auf die gesundheitliche Entwicklung ihrer Kinder, Eltern als wichtig ansehen. Nach Helfferich (2002) ist

² In der Dissertationsschrift wurde, die Form *in/*innen des 'Gender Gaps' verwendet, um alle Geschlechter zu berücksichtigen.

davon auszugehen, dass sich subjektive Gesundheitsvorstellungen von Eltern z. B. aus Erkenntnissen darüber abbilden können:

- Was Eltern unter Gesundheit verstehen,
- woran Eltern die Gesundheit ihrer Kinder erkennen und was sie für die Gesundheit ihrer Kinder tun,
- welche gesundheitsrelevanten Ressourcen und Kompetenzen Eltern besitzen und welche sie für ihre Kinder als wichtig erachten.

Hieraus ergibt sich, ob und in welcher Weise sich Eltern für das Thema Gesundheit interessieren (Helfferich 2002). Erkenntnisse zu gesundheitsbezogenen Motiven, objektiv vorhandenen und subjektiv empfundenen Handlungsmöglichkeiten und Handlungsbeschränkungen zeigen sich in elterlichen Gesundheitsvorstellungen. Dieses Wissen ist für die Entwicklung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wichtig, um Eltern und Kinder zu erreichen.

1.2 Ziele und Fragestellung

In Anbetracht eines wenig erforschten Untersuchungsfeldes, das sich explizit mit Gesundheitsvorstellungen von Eltern mit Vorschulkindern im Spiegel gesellschaftlicher Ungleichheitsverhältnisse auseinandersetzt, interessiert hier das besondere Wissen von Eltern, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören. Diese Forschungslücke aufgreifend, hat die vorliegende Forschungsarbeit zum Ziel, subjektive elterliche Gesundheitsvorstellungen im sozialen Kontext zu analysieren und zu beschreiben. Das Forschungsinteresse liegt darin, mögliche soziostrukturelle Einflüsse auf elterliche Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsrelevantes Handeln zu beleuchten und Perspektiven und Rahmenbedingungen elterlicher Gesundheitsvorstellungen zu betrachten. Daran anknüpfend soll die Arbeit eine Verstehens- und Wissensgrundlage für Ansatzpunkte zur Gesundheitsförderung in und mit Familien, im Kontext sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten aufzeigen und eine konzeptionelle Basis für Gesundheitsförderungskonzepte gelegt werden. Gesundheitsvorstellungen entwickeln sich auf Grundlage eigener Erfahrungen, persönlich Erlebtem sowie sozial vermittelten Erfahrungen und sind daher Phänomene, die in der Lebensbiografie begründet liegen. Daher wird der Frage nachgegangen ob bei Angehörigen verschiedener sozialer Gruppen, unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit zu finden sind. Im Mittelpunkt der vorliegenden Studie steht die Elternperspektive. Subjektive Deutungen und Sinngebungen, die auf Gesundheitsvorstellungen von Eltern in deren Lebenskontext abzielen, stellen den zentralen Forschungsgegenstand dar. Um einen Einblick in soziale Wirklichkeiten von Eltern zu erlangen, wurde für diese Untersuchung ein qualitatives Vorgehen im Stil der Grounded Theory (GT)

gewählt. In der Vorbereitungsphase der vorliegenden Studie wurde dementsprechend die offene, allgemeine Forschungsfragestellung (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014; Corbin 2011; Strauss & Corbin 1996) formuliert: 'Welche subjektiven Gesundheitsvorstellungen haben Eltern mit Kindern im Vorschulalter, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören?'.

Nach Festlegung der Forschungsmethode erfolgte eine erste Literaturrecherche zum Forschungsstand. Die Erkenntnisse aus den Interviewdaten leiteten die weitere Konzeption der vorliegenden Arbeit. Aus den ersten im Forschungsprozess gewonnenen Erkenntnissen wurden die Fragestellungen konkretisiert: 'Wie konstruieren Eltern Gesundheit in ihrem Lebenskontext und wie stellen sie aus ihrer Perspektive Gesundheit im Alltag her?', 'Wer oder was beeinflusst Gesundheitsvorstellungen und in welchen gesundheitlichen Bereichen nehmen sich Eltern als handelnde Personen mit Entscheidungs- und Kontrollmöglichkeiten wahr?'.

1.3 Aufbau der Arbeit

Der Aufbau der Dissertationsschrift folgt einer linearen Struktur und nicht der zirkulären Logik der GT und beginnt im **zweiten Kapitel** mit dem theoretischen Rahmen. In der Gesellschaft agieren die Expertisen der Wissenschaft und das Wissen von 'Laien' miteinander. Das derzeitige Verständnis von Gesundheit und Krankheit gründet auf historischen Sichtweisen, Traditionen und Interessen. Für ein heutiges Verständnis von Gesundheit ist daher auf frühere Ansichten einzugehen. Die Argumentationslinie dieser Arbeit setzt bei dem Versuch an, den Gegenstandsbereich Gesundheit durch eine Begriffsbestimmung zu erfassen. Anschließend wird auf das der Salutogenese zugrunde liegende Verständnis von Gesundheit eingegangen. Darauf folgt eine theoretische Auseinandersetzung mit der Familie als Vermittler gesundheitsrelevanten Wissens. Handlungsleitend ist dabei die Annahme, dass im Alltag gesundheitsbezogene Vorstellungen von Eltern einen Einfluss auf elterliches und kindliches Gesundheitshandeln haben. Subjektive Sichtweisen stehen in einem gesellschaftlichen Gesamtkontext und beruhen auf Erfahrungen, die im gesellschaftlichen Gefüge gemacht wurden, denen Sinn zugeschrieben wurde und die somit plausibel für Menschen sind (vgl. Kruse 2010). Die Sozialraumtheorie Bourdieus bildet die erkenntnisleitende Basis dieser Arbeit. Sie eröffnet eine Möglichkeit, gesellschaftliche Bedingungen zur Konzeption, Entstehung und Erhaltung von Gesundheit im gesellschaftlichen Gefüge in den Blick zu nehmen. Anschließend werden Erkenntnisse zu gesundheitsrelevanten Aspekten, der Handlungs- und Sozialraumtheorie Bourdieus in Bezug auf das Modell der Salutogenese aufgezeigt und verknüpft. Das **dritte Kapitel** widmet sich einer Begriffsklärung und zielt darauf ab, die Erkenntnisse

wissenschaftlicher Untersuchungen zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen in den Kontext dieser Arbeit zu stellen. Dieses Kapitel bildet den Abschluss des theoretischen Hintergrunds. Im **vierten Kapitel** folgt die Beschreibung der Grundlagen der Grounded Theory Methodologie³ (GTM) sowie das methodische Vorgehen in dieser Arbeit. Anschließend wird der eigens für diese Arbeit entwickelte Interviewleitfaden beschrieben. Darauf folgt die Beschreibung des Gruppendiskussionsverfahrens zur Ergänzung der Erkenntnisse aus den Einzelinterviews. Unterkapitel 4.7 widmet sich der Darstellung der Feldphasen mit der Beschreibung des Feldzugangs, der Vorstellung der Interview- und Diskussionsteilnehmer*Innen, der Beschreibung der Interview- und Diskussionsdurchführung sowie der Explikation der Datenanalyse. Das **fünfte Kapitel** umfasst die Entwicklung und Darstellung der Ergebnisse. Dazu werden zunächst die Ergebnisse aus den Einzelinterviews dargestellt. Anschließend werden elterliche Theorien zur Herstellung von Gesundheit und die Entwicklung der Kernkategorie aufgezeigt. Darauf folgt die prozessuale Entwicklung und Darstellung der Ergebnisse des Gruppendiskussionsverfahrens sowie die sich daraus ergebende Differenzierung der Kernkategorie. Die vorliegende Dissertationsschrift endet mit der Diskussion und der theoretischen sowie praktischen Relevanz der Arbeit (**Kapitel 6**).

³ Methodologien liefern den theoretischen Begründungsrahmen für das methodische Vorgehen (Strübing 2013).

2 Theoretischer Hintergrund

„Überall geht ein frühes Ahnen dem späteren Wissen voraus.“

Alexander von Humboldt (1769-1859)

Bei einem Forschungsprozess nach der Grounded Theory (GT) bleibt der theoretische Rahmen im Hintergrund, bis er an bestimmten Punkten reflexiv, aus den empirischen Daten heraus relevant wird (Charmaz 2006). Im Verlauf der vorliegenden Untersuchung wurde der theoretische Bezugsrahmen anhand von Erkenntnissen aus den für diese Arbeit erhobenen empirischen Daten aufgebaut und sukzessive erweitert. Das folgende Unterkapitel widmet sich dem Begriff Gesundheit. Anschließend wird die Familie als Vermittler gesundheitsrelevanten Wissens veranschaulicht. Im Anschluss daran wird die Sozialraumtheorie Bourdieus als erkenntnisleitende Basis beschrieben und theoretische Bezüge zum Modell der Salutogenese und Gesundheit geknüpft. Danach folgt eine Begriffsklärung und anschließend wird auf den Forschungsstand, subjektive Gesundheitsvorstellungen, eingegangen.

2.1 Gesundheit

*„Gesundheit ist weniger ein Zustand als eine Haltung,
und sie gedeiht mit der Freude am Leben“*

Thomas von Aquin (1225-1274)

Durch die jeweilige Weltansicht einer kulturellen Epoche werden das Lebensgefühl und damit auch das Gesundheitsverständnis bestimmt. Dies wird an der Vielzahl von Gesundheitsdefinitionen deutlich, die in der Literatur zu finden sind. Sie schließen einerseits wissenschaftstheoretische Positionen ein und andererseits fließt meist unbemerkt ein Weltbild ein. Definitionen unterliegen daher einem zeitlichen Wandel. Welche Mittel als angemessen und notwendig für die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung von Gesundheit betrachtet werden, wird nach Bengel et al. (2001) durch die jeweilige Definition von Gesundheit beeinflusst. Diese orientiert sich wiederum an verschiedenen Normen sowie moralischen und gesellschaftlichen Ansprüchen, wie z. B. der Erwartung an das Individuum, die Verantwortung für seine Gesundheit zu übernehmen (vgl. Flick et al. 2004; Bengel et al. 2001). Um die Vielfältigkeit von Gesundheitsdefinitionen aufzuzeigen, werden im Folgenden einige Definitionen von Angehörigen unterschiedlicher Professionen beschrieben.

2.1.1 Gesundheit, ein Begriff mit vielfältigen Bedeutungen

Der Philosoph Ernst Bloch definiert Gesundheit als einen gesellschaftlichen Begriff. *„Gesundheit ist überhaupt nicht nur ein medizinischer, sondern überwiegend ein gesellschaftlicher Begriff. Gesundheit wiederherzustellen heißt in Wahrheit: Den Kranken zu jener Art von Gesundheit zu bringen, die in der jeweiligen Gesellschaft die jeweils anerkannte ist, ja in der Gesellschaft selbst erst gebildet wird“* (Bloch 1959, 539). Nach dieser Definition wird die Bedeutung von Gesundheit in der Gesellschaft entwickelt und dort wird ebenso festgelegt, welche Bedeutung von Gesundheit in der Gesellschaft anerkannt wird. In einer kapitalistischen Gesellschaft ist dies Leistungsfähigkeit, so Bloch (1959). Gesundheit ist danach nur bedingt ein individuelles Gut, sondern eine gesellschaftliche Konstruktion. Talcott Parsons spezifiziert Gesundheit als Leistungsfähigkeit. Gesundheit kann *„(...) als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit für die effektive Erfüllung der Aufgaben und Rollen, für die ein Individuum sozialisiert ist, definiert werden“* (Parsons 1968, 344). Der Medizinsoziologe definiert Gesundheit über die Funktionsfähigkeit eines Individuums zum Nutzen einer Gesellschaft. Dieser Definition liegt ein Rollen⁴- und strukturfunktionalistischer Ansatz zugrunde und spiegelt die Wertbegriffe der 1960er Jahre in den USA wider. Laut Parsons (1968) wird der Status von Anerkennung und Prestige eines Individuums in der Gesellschaft nach dem Nutzen für die Gesellschaft bestimmt. Das wir in einer Leistungsgesellschaft leben ist bekannt und Leistung wird in Deutschland zunehmend unter verschiedenen Gesichtspunkten diskutiert (s. Holstein 2018; Verheyen 2018; Pinzler 2017). Einer dieser Gesichtspunkte ist Leistungsfähigkeit und Gesundheit (s. Schmidt 2017). Zudem spielt die Einführung sozialer Sicherungssysteme eine Rolle mit der es zu einer Ökonomisierung von Gesundheit als Kapital kam, dessen Wert in der Arbeitsfähigkeit, also der Leistungsfähigkeit von Menschen liegt (Hansen 2009). In einer Leistungsgesellschaft wird alles, was erstrebenswert ist, wie eine anerkannte Position, soziale Anerkennung und Teilhabe als etwas angesehen, was durch persönliche Anstrengungen erreichbar ist. In der Regel stehen hinter dem/der Einzelnen jedoch viele andere, die zur Leistungsfähigkeit beigetragen (Verheyen 2018).

In modernen Industriegesellschaften stellt die Pathogenese⁵, bei gesundheitlichen Fragen, die überlagernde wissenschaftliche Perspektive dar (Thiel & Mayer 2016). Im Pschyrembel wird Gesundheit unter anderem wie folgt definiert: *„die (subjektive) Abwesenheit des Fehlens körperlicher, geistiger und seel. Einschränkungen od. pathol. Veränderungen“* (Pschyrembel 2014, 773). Diese Definition entspricht

⁴ Unter sozialer Rolle wird die Summe der Verhaltenserwartungen verstanden, die an die Inhaber*in einer gesellschaftlichen Position gestellt wird z. B. die Rolle der Ehefrau, des Arbeitnehmers, der Mutter, des Arztes (vgl. Schnabel & Hurrelmann 1999; Feldmann 2006).

⁵ Entstehung von Krankheiten.

dem klassischen biomedizinischen Modell, dem eine naturwissenschaftliche Sicht zugrunde liegt, und das von einem überwiegend medizinischen Definitions- und Behandlungsvorrecht bestimmt wird. Nach diesem Modell ist Gesundheit im Ausschlussverfahren, als die Abwesenheit von Krankheit, das Fehlen von Beeinträchtigungen und als störungsfreies Funktionieren des Organismus zu sehen. Dabei wird Krankheit als eine Abweichung von der Norm Gesundheit gesehen. Dementsprechend wird Gesundheit negativ, über die Abwesenheit von Krankheit bestimmt. In unserer Gesellschaft definiert mehrheitlich die Medizin, als ein besonders legitimes und starkes Wissen, sowohl Krankheit als auch Gesundheit und nimmt sich ihrer an (vgl. Herzlich 1998; Flick 2003a; Faltermaier 2005b). Trotz vieler Erweiterungen beeinflusst die biomedizinische Perspektive, in entscheidender Weise, nach wie vor viele Denk- und Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik, ebenso wie die tägliche Verständigung und allgemein geteilten Bewertungen und Verhaltenserwartungen (Egger 2012; Franzkowiak 2018b; Kickbusch 2017; Faltermaier 2005b). Das Risikofaktorenmodell, das Konzept des Risikoverhaltens, psychosomatische⁶ Erklärungsmodelle sowie Stress- und Bewältigungsmodelle sind als Erweiterungen des biomedizinischen Modells zu sehen. Die Erkenntnisse dieser Modelle bilden die Grundlage, für viele Krankheitspräventionsprogramme⁷ (vgl. Kickbusch 2017), deren Schwerpunkte beispielsweise in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Raucherentwöhnung und Entspannung liegen. Mit der biopsychosozialen Medizin sind jedoch Tendenzen einer Erweiterung der bisherigen biomedizinischen Perspektive zu erkennen, die eine Rahmentheorie für eine integrierte Medizin aufzeigen (Egger 2012). Wissenschaftliche Theorien und Modelle zur Krankheitsentstehung und -vermeidung sowie zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit weisen darauf hin, was unter Gesundheit und Krankheit zu verstehen ist und basieren mehrheitlich auf einem Monopol des Expertenwissens von Professionellen. Die Beschränkung von Gesundheit und Krankheit auf biochemische, physiologische und genetische Ebenen z. B. durch Medien, Politik, Wissenschaft und Forschung oder unser Alltagsverständnis führt zu einer Unterschätzung der Bedeutung sozialer Faktoren (vgl. Richter & Hurrelmann 2016).

Die unter Public Health Professionellen bekannteste Definition, ist die der WHO (World Health Organisation). „*Gesundheit ist der Zustand vollständigen körperlichen,*

⁶ Der Begriff Psychosomatik wurde aus dem internationalen Klassifikationssystem (ICD-10) herausgenommen und alle bis dahin als psychosomatisch bezeichneten Krankheiten wurden neu systematisiert: somatoforme Störungen (Essstörungen, sexuelle Funktionsstörungen u. a.). Die WHO wollte damit eine Fehlinterpretation vermeiden, da der Begriff psychosomatisch implizieren könnte, dass psychologische Faktoren bei anderen Krankheiten, die nicht psychosomatisch genannt werden, keine Rolle spielen (vgl. Franzkowiak 2018a).

⁷ Programme zur Krankheitsvermeidung oder Vermeidung einer Krankheitsverschlechterung.

seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1946). Gesundheit wird hier positiv dargestellt und nicht auf die Abwesenheit von Krankheit und Krankheitsprozesse reduziert. Die Aufmerksamkeit wird auf Gesundheit, als ein komplexes mehrdimensionales, ganzheitliches und integrierendes Konzept gelenkt, welches psychische, physische sowie soziale Aspekte beinhaltet und um subjektiv positive Einschätzungen (Wohlbefinden) mit individueller Wahrnehmungsqualität erweitert. Außerdem wurde mit sozialem Wohlbefinden eine weitere Dimension hinzugefügt. Gesundheit wird dadurch auf die individuelle Wahrnehmung und die persönliche Einschätzung einer Person bezogen. Mit der Ottawa Charta (WHO 1986) zur Gesundheitsförderung betont die WHO darüber hinaus, dass Gesundheit das Ausmaß ist, in dem Einzelne oder Gruppen in der Lage sind, die Umwelt zu verändern oder zu bewältigen. Außerdem wird Gesundheit nicht als ein vorrangiges Lebensziel verstanden, sondern als ein zentraler Bestandteil des täglichen Lebens.

Eine interessante Sichtweise von Gesundheit weist die Definition des Philosophen Gadamer aus dem Jahr 1993 auf: *„Es liegt ganz unzweifelhaft in der Lebendigkeit unserer Natur, daß die Bewußtheit sich von sich selbst zurückhält, so daß Gesundheit sich verbirgt. Trotz aller Verborgenheit kommt sie aber in einer Art Wohlgefühl zutage, und mehr noch darin, daß wir vor lauter Wohlgefühl unternehmensfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren – das ist Gesundheit“* (Gadamer 2010, 143 f). Nach Gadamer wird Gesundheit über das persönliche Wohlbefinden individuell wahrgenommen und zeigt sich darin, dass Menschen eine gewisse Lust und Neugier auf das Leben empfinden. Die grundlegend positive Einstellung zum Leben führt dazu, dass Anstrengungen (Herausforderungen) kaum wahrgenommen werden. Außerdem ist Gesundheit nach Gadamer eine Grundhaltung des gesellschaftlichen Miteinanders sowie des Menschen gegenüber sich selbst und des Lebens. *„... Da-Sein, In-der-Welt-Sein, Mit-den-Menschen-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig oder erfüllt sein“* (Gadamer 2010, 144).

Um eine interdisziplinär übereinstimmende Gesundheitsdefinition zu entwickeln wurden aus der Weiterentwicklung von Gesellschafts- und Public Health Theorien, Leitvorstellungen von Gesundheit und Krankheit entwickelt und unter anderem die folgende Definition von Gesundheit abgeleitet. *„Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer erneut in Frage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben*

Freude und Sinn abgewonnen werden, es ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Lebenspotentiale möglich und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren.“ (Hurrelmann & Richter 2013, 147). Gesundheit wird als ein positiver Zustand beschrieben. Der Erhalt und die Herstellung von Gesundheit sind dabei als ein lebenslanger Prozess zu sehen. Gleichfalls beinhaltet diese Definition die subjektive Einschätzung des Individuums als auch die Bedeutung von gesellschaftlichen Aspekten und Lebensbedingungen. Unklar erscheint jedoch: ob und mit welchen gegebenen Lebensbedingungen sich das Subjekt abfinden muss, wer festlegt welche Möglichkeiten sich bieten und um wessen Zielvorstellungen es sich handelt. Ebenso unklar bleibt, ob gesellschaftliche Integration als ein einseitiger Prozess zu betrachten ist und nur vom Individuum ausgehen sollte. Die Entfaltung persönlicher Kompetenzen und gesellschaftlichen Engagements kann jedoch dazu dienen im Leben Freude und Sinn zu erleben. Sie wären dann eher Aspekte zur Herstellung von Gesundheit.

2.1.2 Ein Modell von Gesundheit – Die salutogene Perspektive

Das Modell der Salutogenese⁸ wird als das einflussreichste theoretische Konzept in den Gesundheitswissenschaften gesehen (Thiel & Mayer 2016). Die Grundannahmen und die zentralen Komponenten zeigen eine, in dieser Arbeit vertretene, Grundhaltung auf. Die Bedeutung des Modells für Wissenschaft und Praxis ist darin zusehen, dass die Aufmerksamkeit auf einer positiven Sichtweise von Gesundheit liegt und die dafür notwendigen Bedingungen einbezieht (vgl. Spranger 2014). Die salutogene Perspektive bildet eine Grundlage der Gesundheitsförderung und findet sich z. B. im 13. Kinder- und Jugendbericht (2009).

Das Modell der Salutogenese geht auf den amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Antonovsky zurück. Er hat ein dynamisches Modell von Gesundheit und Krankheit entwickelt und der Pathogenese (Krankheitsentstehung) die Salutogenese gegenübergestellt. Dabei stand die Frage im Vordergrund, warum Menschen trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bleiben. Mit dem Modell der Salutogenese eröffnet Antonovsky alternative Denkmöglichkeiten und eine Annäherung an das Phänomen Gesundheit. Die Konstrukte Kohärenzgefühl, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und generalisierten Widerstandsressourcen bilden die Basis des Modells. Für die vorliegende Arbeit wird dies in der praktischen und theoretischen Auseinandersetzung mit Gesundheitsvorstellungen und den Bedingungen von Gesundheit als bedeutsam angesehen.

⁸ Der Begriff Salutogenese setzt sich, aus dem lateinischen Salus (Unverletztheit, Heil, Glück) und dem griechischen Genese (Entstehung) zusammen.

Antonovsky (1997) geht davon aus, dass von der grundsätzlichen Einstellung eines Menschen abhängig ist, wie gut er in der Lage ist vorhandene Ressourcen zum Erhalt seiner Gesundheit zu nutzen. Diese grundsätzliche Einstellung zum Leben bezeichnet Antonovsky (1993b) als **Kohärenzgefühl** (SOC–sense of coherence). Dieses Gefühl ist permanent mit neuen Lebenserfahrungen und Lebensbedingungen konfrontiert und wird von diesen beeinflusst. Dabei bedingen sich die Art der Lebenserfahrungen und die Ausprägung des Kohärenzgefühls gegenseitig. Die zentralen Komponenten des SOC sind:

- Das Gefühl der **Verstehbarkeit** (sence of comprehensibiliy) ist eine Komponente des Vertrauens.
- Das Gefühl der **Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit** (sence of meaningfulness) weist auf einen Sinn für das Leben mit einer motivationalen Bedeutung.
- Das Gefühl von **Handhabbarkeit** (sence of manageability) weist eine kognitive, emotionale sowie eine Handlungskomponente auf (Antonovsky 1997) und beschreibt die Wahrnehmung der Verfügbarkeit geeigneter Ressourcen, so dass Anforderungen lösbar sind.

Menschen mit einem stark ausgeprägten SOC sehen Probleme als Herausforderung und sind eher in der Lage Bewältigungsstrategien auszuwählen, um mit Stressoren⁹ konstruktiv umzugehen. Sie empfinden weniger Angst und Panik, die ihre Handlungsfähigkeit einschränken können, was sich positiv auf Gesundheit auswirkt (Antonovsky 1997). Kritisch wird Antonovskys Annahme betrachtet, nach der das Kohärenzgefühl in der frühen Kindheit und im Jugendalter erworben wird und sich etwa ab dem dreißigsten Lebensjahr nicht mehr verändert. Diese Annahme hat sich jedoch nicht bestätigt, denn der SOC entwickelt sich positiv entlang der Lebenslinie (Hücker 2014).

Mit dem Konstrukt Kohärenzgefühl wird ersichtlich, dass eine salutogene Sichtweise über die Förderung gesundheitsrelevanter Ressourcen von Individuen hinausgeht. Antonovsky (1997) sieht in strukturellen und gesellschaftlichen Maßnahmen, die Menschen Einflussnahme und Partizipation an sozial anerkannten Entscheidungsprozessen ermöglichen, die beste Möglichkeit den SOC positiv zu beeinflussen. Dies erfordert sowohl die Berücksichtigung von sozialen Strukturen als auch die Berücksichtigung von vorhandenen und eben nicht vorhandenen Handlungsmöglichkeiten zur Veränderung dieser Strukturen durch die Menschen, die in diesen Strukturen leben. Antonovsky (1979) sieht den Bezugsort psychosozialer Ressourcen im individuell-biografischen und gesellschaftlich-kulturellen Kontext, dennoch fehlt eine Anbindung des Modells der Salutogenese an den

⁹ Stressoren sind alle äußeren und inneren Reize, die Stress verursachen und das Individuum zu einer Reaktion der aktiven Anpassung veranlassen (Antonovsky 1997).

gesellschaftlich-kulturellen Kontext. Alles was die individuelle Biografie ausmacht, wird in lebenslangen, meist sozial organisierten Prozessen gelernt, findet unter kulturellen, gesellschaftlichen, sozialstrukturellen sowie familiären Bedingungen statt und unterliegt einem Wandel (vgl. Schnabel 2007). Das Ausmaß an gesundheitsrelevanten Ressourcen, die Menschen zur Verfügung stehen, bestimmen in hohem Ausmaß die Bedingungen, in denen Menschen aufwachsen und leben.

Antonovskys Entwicklung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, im Gegensatz zur Dichotomie¹⁰ von Gesundheit und Krankheit, führte ihn zu der Auseinandersetzung mit generalisierten Widerstandsressourcen (GRR – generalized resistance resources). Darunter versteht Antonovsky (1979) Variablen und Eigenschaften einer Person, einer Personengruppe oder Umwelt, die eine wirksame Verarbeitung von Belastungen begünstigen. Die jeweilige Einordnung auf dem Kontinuum, in Richtung mehr oder weniger Gesundheit, ergibt sich nach Antonovsky (1997) aus dem dynamischen Prozess zwischen Belastungen und Ressourcen auf allen Ebenen. Viele Ressourcen ermöglichen soziale Teilhabe und personale Kontrolle sowie einen Ausgleich zwischen Über- und Unterforderung herzustellen. Zu den Ressourcen gehören beispielsweise soziale Beziehungen und Netzwerkstrukturen, Identität und Persönlichkeitsstruktur, Glaubens- und Überzeugungssysteme, kulturelle Stabilität oder materielle Güter (vgl. Antonovsky 1979; Faltermaier 2005a). Antonovsky (1997) sieht zwar einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Wohlbefinden, geht aber darauf nicht näher ein, da es keinen Konsens über die Definition von Wohlbefinden gibt. Das Gesundheits-Krankheitskontinuum (Antonovsky 1997) wurde von Faltermaier et al. (1998) als multidimensionales Kontinuum erweitert. Da die Subjektdimensionen, die eine direkte und bewusste Einflussnahme des Individuums auf das Gesundheitskontinuum ermöglichen können, nicht ausreichend berücksichtigt wurden (Faltermaier 2005b). Durch die Erweiterungen sollen physische, psychische und soziale Dimensionen berücksichtigt sowie Wohlbefinden, Beschwerden, Handlungs- und Leistungsfähigkeit sowie Einschränkungen eingeschlossen werden.

Ein Schwerpunkt des Salutogenese-Modells liegt in der Bewältigungsfähigkeit von stressbezogenen Anforderungen, worin die Nähe zu Stress- und Bewältigungsmodellen deutlich wird. Stressbewältigung ist jedoch nur ein Teil gelungener aktiver Anpassung. Trotz der Erwähnung von Fantasie, Spiel und Liebe als gesundheitsförderliche Faktoren werden deren Bedeutung im Zusammenhang

¹⁰ Dichotomie: Variable mit genau zwei sich gegenseitig ausschließenden Merkmalsausprägungen. Dichotome Begriffspaare (Gesundheit–Krankheit) spiegeln eine Wahrnehmung der sozialen Wirklichkeit wider, die dem 'Common Sense' angehören und in unsere Sprache eingegangen sind – Gesund ist, wer nicht krank ist (vgl. Bourdieu & Wacquant 2006).

mit Gesundheit von Antonovsky nicht weiter erklärt (vgl. Franke 2006). Welbrink & Franke (2010) gehen ähnlich wie Faltermaier (1994; 2005a) in ihrer Weiterentwicklung des Modells der Salutogenese davon aus, dass positive Ressourcen Gesundheit direkt fördern. Der Begriff generalisierte Widerstandsressourcen weist bereits darauf hin, dass es um umfangreiche Ressourcen zur Förderung aktiver Bewältigung geht. Persönliche und soziale Ressourcen, wie beispielsweise die Fähigkeit ein positives Lebensgefühl und Wohlbefinden herzustellen werden in den Weiterentwicklungen des Modells ebenso beachtet (Franke 2006). Gesundheits- und anpassungsfördernde Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen wirken aktiv auf Anpassung und Gesundheit. Variablen, wie die Fähigkeit zu genießen und sich etwas Gutes zu tun, wurden als gesundheitsfördernde Maßnahmen untersucht. Für weitere Variablen, wie Humor, Optimismus und die Fähigkeit zu verzeihen gibt es Belege, dass sie nicht nur die Anpassung an Stress erleichtern, sondern aktiv ein größeres Ausmaß an Gesundheit fördern (Koppenhöfer 2004; Worthington & Scherer 2004; Taylor et al. 2000).

In den Komponenten Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit des SOC sind Ansätze zu finden, die auch der Philosoph Gadamer unter Gesundheit, als eine Einstellung zum Leben versteht. Gleichzeitig weist die Definition von Gadamer (2010) auf die positive Wahrnehmbarkeit von Gesundheit durch Wohlbefinden. Antonovsky (1997) geht lediglich davon aus, dass ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl gute Gesundheit erzeugt und dies dann einen positiven Einfluss auf die Einschätzung des individuellen Wohlbefindens hat. Der Begriff Wohlbefinden ist in vielen Definitionen von Gesundheit zu finden (s. 2.1.1) und hat eine zentrale Bedeutung, denn so wird es möglich Gesundheit nicht nur über Ausprägungen von Krankheit, biologischen Normwerten oder das physiologische Gleichgewicht zu definieren (vgl. Hornberg 2016; Wydra 2014).

2.1.3 Gesundheit und Wohlbefinden

Mit dem Begriff Wohlbefinden wird dem persönlichen positiven Empfinden und somit der subjektiven Einschätzung von Menschen bezüglich ihrer Gesundheit eine hohe Bedeutung beigemessen. Was aber wird unter Wohlbefinden verstanden? Schließlich gibt es Menschen, die ihr Wohlbefinden nicht immer einer gesunden Lebensweise verdanken. Entgegen der Lehrmeinung leben sie mitunter 'ungesund' und sind dennoch gesund (Bengel et al. 2001).

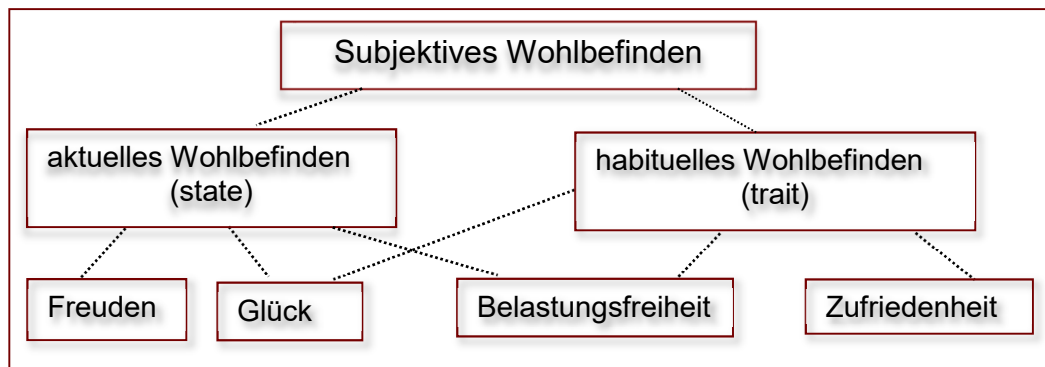
Das Konstrukt Wohlbefinden ist durch eine große Begriffsvielfalt und durch diverse Versuche der Begriffsklärung verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen gekennzeichnet (s. a. Röhrle 2018; Schubert 2017; Hornberg 2016). Für diese

Arbeit wurde auf das von Becker (1994) konzeptualisierte Konstrukt von Wohlbefinden zurückgegriffen. Dieser gliedert Wohlbefinden in aktuelles Wohlbefinden als einen variablen Zustand, der die momentane Befindlichkeit charakterisiert, und in habituelles Wohlbefinden als eine mehr oder weniger stabile Verfassung. Mayring (1994; 2003) nennt bezugnehmend auf Becker (1994) zur Begriffsklärung vier wesentliche Faktoren subjektiven Wohlbefindens:

- Belastungsfreiheit – Unbeschwertheit, Entspanntsein (kognitiver Anteil).
- Freude – kurzfristige, situationsspezifische positive Gefühle (Mayring 1994; 2003). Freudige Emotionen können sowohl Ergebnis autotelischer¹¹ Aktivitäten sein (vgl. Csikszentmihalyi 2008) als auch aus zweckbezogenen Tätigkeiten resultieren.
- Zufriedenheit – positive Beurteilung des eigenen Lebens nach Abwägung von Positivem und Negativem, im Vergleichen mit individuellen Lebenszielen und dem bisher Erreichten, sowie mit internen oder sozialen Vergleichsnormen.
- Glück: ein aktuelles, intensives und tiefes, die gesamte Persönlichkeit umfassendes emotionales Glückserleben (state Komponente) sowie ein langfristiges auf ein Lebensgefühl aufgebautes und im Lebenslauf entwickeltes Lebensglück (trait Komponente).

Diese Faktoren werden dem aktuellen und habituellen Wohlbefinden zugeordnet und sind in Abb. 1 grafisch dargestellt.

Abb. 1: Vier-Faktorenansatz des subjektiven Wohlbefindens



(Quelle: eigene Bearbeitung, nach Mayring 1994, 72)

Gleichzeitig wird die wechselseitige Abhängigkeit des Wohlbefindens von den vier Faktoren deutlich. Die Studie zu Wohlbefinden von Kohl (2015) weist darauf hin, dass es ein aktuelles Wohlbefinden und ein habituelles Wohlbefinden gibt (s. Röhrle 2018). In der Differenzierung durch die vier Faktoren: Belastungsfreiheit und Zufriedenheit sowie Freude und Glück wird das Erleben von subjektivem Wohlbefinden durch die Wahrnehmung und Bewertung von Individuen deutlich.

¹¹ Aktivitäten ohne äußeren Zweck.

Individuelle Vorstellungen und Theorien von Gesundheit wiederum stehen in einem Zusammenhang mit gesundheitsrelevantem Wissen in einer Gesellschaft.

2.1.4 Gesundheitsrelevantes Wissen in der Gesellschaft

Das professionelle Wissen über Gesundheit und Krankheit stellt einen Teilbereich des in einer Gesellschaft vorhandenen Wissens über Gesundheit und Krankheit dar (vgl. Schnabel 2010; Flick 1991). In der Realität bestehen wissenschaftliche Theorien und Alltagstheorien nebeneinander und beeinflussen sich gegenseitig (Trojan & Legewie 2001). In unsere Sicht auf den Körper, auf sein Funktionieren und seine Funktionsstörungen sind bestimmte Aussagen und Erklärungen aus dem medizinischen Wissen eingeflossen (Herzlich 1998). Aspekte wissenschaftlicher Theorien werden auf verschiedenen kommunikativen Wegen z. B. durch Massenmedien, Fachleute, im sozialen Netz oder über das soziale Umfeld als vermittelte Informationen weitergegeben (vgl. Heim & Strauß 2007; Schmitt & Scheibler & Meißner 2007; Flick 2003a; Flick 2003b). Darauf weist die Theorie der sozialen Repräsentationen hin.

Exkurs: Gesundheit im Alltagsdiskurs – soziale Repräsentationen

Soziale Repräsentationen werden als Theorie sozialer Wissensbestände beschrieben, die sich aus dem Leben innerhalb einer Gesellschaft, aus dem Kontext einer Gruppe, den Medien und aus öffentlichen Erörterungen konstruieren und sozial vermittelt sowie sozial geteilt werden (vgl. Jacob 2004; Sammut et al. 2015; Kronberger 2015; Heim&Strauß 2007; Schmitt & Scheibler-Meißner 2007). Sie sind abhängig von den sozialen Rahmenbedingungen, in denen sie entstehen und sie verändern sich, indem sich Menschen handelnd und kommunizierend auf die Welt beziehen (Jacob 2004). Zudem sind soziale Repräsentationen als Interpretationen zu sehen die Menschen im Alltag nutzen, um Alltagswissen herzustellen (Moscovici 1984). Dazu werden wissenschaftliche Erkenntnisse umgewandelt und Bestandteil des Alltagsdenkens/Alltagsverstandes – common sense – (vgl. Moscovici 2000). Vom common sense ist alltägliches Denken und Handeln bestimmt. Gleichzeitig wird der kommunikative Austausch über komplexe Phänomene mit Gesprächspartnern im Alltag möglich, die sich nicht näher kennen (z. B. über Fußball, Politik, Flüchtlinge sowie Gesundheit und Krankheit).

Medien, insbesondere Online- und Massenmedien, spielen als Vermittler von Gesundheitsinformationen eine zunehmende Rolle und können einen Einfluss auf die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit (vgl. Scobel 2017b; Rossmann 2016) sowie subjektive

Gesundheitskonzepte und -theorien haben. Denn das daraus generierte Wissen wird bewusst oder unbewusst in vorhandene Wissensbestände aufgenommen. Es basiert häufig auf politischen, wissenschaftlichen oder gesellschaftlichen Diskursen und fließt in subjektive Gesundheitsvorstellungen von Laien ein (vgl. Kronberger 2015; Flick 2004 et al.). Die unterschiedlichen Medien eignen sich einerseits für die Aufklärung über Gesundheitsthemen andererseits kann eine einseitige oder überbetonte Darstellung bestimmter Inhalte zu verzerrten Wahrnehmungen führen (vgl. Rossmann 2016). Gleichzeitig zeigt sich, dass Berichterstattungen über Gesundheitsthemen, ebenso wie andere Themen, den Regeln des Journalismus folgen und von daher einen Einfluss auf die Aufbereitung der Informationen haben (Wormer 2014). Dementsprechend ist alles Interessante, Unterhaltende, Sensationelle oder potenziell Bedrohliche eine Schlagzeile wert (s. a. Schnabel & Bödeker 2012). Hinzu kommt, dass Pressemitteilungen von Forschungsinstitutionen inhaltliche Mängel aufweisen können (Sumner et al. 2014). Die Medizin ist eine einflussreiche Profession und erfreut sich einer beträchtlichen öffentlichen Beachtung, ebenso wie die damit verbundene Krankheitsforschung mit einem Schwerpunkt auf Verhaltensveränderungen zur Minimierung von verhaltensbezogenen Krankheitsrisiken. Häufig sind unter anderem aus diesem Grund Berichterstattungen unterschiedlichster digitaler und/oder Print Medien über Krankheit, Krankheitsrisiken und deren Vermeidung (Prävention) oder Heilung ausgeprägter als Informationen zu Gesundheit oder deren Förderung. Spricht man über Gesundheit, dann tauchen augenblicklich vorherrschende Bilder über Krankheiten (Krebs, Adipositas, Herz-Kreislaufkrankungen Diabetes etc.), Krankheitsrisiken und deren Vermeidung z. B. durch Bewegung und/oder eine 'gesunde' Ernährung aus Zeitungsartikeln, Onlinemedien und dem Fernsehen auf. In diesem Zusammenhang ist z. B. 'Healthy Eating' zu nennen, da der heutige Erkenntnisstand darauf hinweist, dass eine gesunde und ausgewogene Ernährung komplex ist (Public Health Forum 2016). Bilder zu Krankheiten und deren Vermeidung überlagern häufig, dass Gesundheit mehr bedeutet als nicht krank zu sein.

Die im Folgenden aufgezeigten Schlagzeilen sollen lediglich darauf hinweisen, dass Berichterstattungen über Gesundheit häufig auf Krankheitsmodellen basieren. Derartige mediale Ausdrucksweisen können jedoch vorgeben, was unter Gesundheit zu verstehen ist und wie Gesundheit bewertet wird. Der Einfluss der Berichterstattung auf subjektive Gesundheitsvorstellungen ist nicht zu unterschätzen. Schließlich wirbt die Bildzeitung nicht umsonst mit dem Slogan „*Bild dir Deine Meinung*“. Häufig erfolgen diese Schlagzeilen unter dem Begriff Gesundheit, obwohl Krankheit gemeint ist. Eine Headline des Tagesspiegels lautete:

Studie: Deutsche leben ungesund. Nur ein kleiner Teil der Deutschen lebt rundum gesund. 40 Prozent bewegen sich zu wenig, auch bei der Ernährung gibt es große Defizite. Die Deutschen müssen mehr für ihre Gesundheit tun – diese Erkenntnis liefert die Studie „Wie gesund lebt Deutschland“ (Frank 2010). Eine Schlagzeile der taz titelte: *Studie zur Gesundheit der Deutschen. Depressiv, fett und überzuckert. Krankhafte Fettleibigkeit, Schlafstörungen und Diabetes haben signifikant zugenommen (Haarhoff 2012).* Derartige Schlagzeilen können auch auf Kinder bezogen sein, so lautete eine Schlagzeile bei Spiegel online *„Europa, deine dicken Kinder“* (Berres 2017). Eine Schlagzeile der dpa lautete *„Mensch, beweg' dich! - Kinder in Deutschland sind zu träge“* (Greve-Dierfeld 2017). Der Untertitel weist darauf hin, dass motorische Auffälligkeiten zunehmen und der Schul- und Vereinssport den Verlust an Bewegung durch das Spielen im Freien nicht ausgleichen kann. Eine andere Schlagzeile im Tagesspiegel lautete: *„Studie zum Gesundheitsbewusstsein der Deutschen. Brandenburg ist die Heimat der Sportmuffel“* (Woratschka 2017). Auch das unter dem Begriff 'Morbus Mohl'¹² bekannt gewordene Phänomen, welches insbesondere von der Medienberichterstattung geprägt wurde, weist auf den Einfluss medialer Gesundheitsberichterstattungen in Bezug auf Krankheit. Es ist ein Beispiel für den prägnanten Einfluss von Massenmedien auf die Gesundheitserziehung der Bevölkerung (s. vertiefend hierzu Quarks & Co 2015). Eine derartige Berichterstattung führt häufig zu öffentlichen Diskursen, die dazu auffordern, dass der Einzelne sich gesünder und gesundheitsbewusster verhalten und/oder sich selbst optimieren¹³ und so mehr Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen muss. Die dem zugrunde liegende Botschaft lautet: Die Verantwortung für Gesundheit trägt jeder Einzelne selbst, er muss sich nur mehr bewegen und weniger Fett und Zucker essen. Eine Sichtweise, die auf Verhaltensprävention abzielt. Mit derartigen Aussagen sind Wertungen verbundenen, die zu Stigmatisierungen und Distinktionen von Menschen führen können, die sich dementsprechend nicht normkonform verhalten oder nicht normkonform erscheinen. An der medialen Aufbereitung von Studien sind Haltungen und Umgangsweisen geknüpft, die nicht nur einen Einfluss auf elterliche Gesundheitsvorstellungen haben. Sie können auch Ängste auslösen und dazu führen, dass Menschen sich bedroht fühlen. Die Inhalte elterlicher Gesundheitsvorstellungen und Ängste werden im Alltag von Eltern bewusst oder unbewusst an ihre Kinder vermittelt und fließen, ebenso wie in die von Eltern geleistet Gesundheitsförderung ihrer Kinder, in den familiären Alltag ein.

¹² Morbus Mohl: umgangssprachliche Bezeichnung für die Hypochondrie, die von der Medienberichterstattung geprägt wurde. Die Bezeichnung bezieht sich auf den Moderator der Fernsehsendung 'Gesundheitsmagazin Praxis' (Lexikon der Filmbegriffe 2011).

¹³ Lesenswert hierzu auch „Selbstoptimierung. Das tollere Ich“ (Friedrichs 2013) und „Selbstoptimierung. Einfach mal nichts müssen“ (Peitz 2017).

Es gibt jedoch auch andere Sichtweisen, scheinbar werden diese trotz ebenso prägnanter Schlagzeilen, weniger wahrgenommen. In Bezug auf Ernährung und übergewichtige Kinder fordert beispielsweise 'foodwatch' dazu auf, die Lebensmittelindustrie mit in die Verantwortung zu nehmen. Lesens- und sehenswert ist hierzu „Fette Gewinne auf Kosten der Kinder“ (foodwatch 2015) und „Kinder weltweit von Fettleibigkeit bedroht“ (foodwatch 2017). Ebenso zeigen Raether und Stelzer (2013) in ihrem Artikel zu Kindermarketing auf, dass Kinder die Mechanismen der Werbung nicht verstehen können und Lebensmittelhersteller dies ausnutzen. Aber auch die Schlagzeile „Kinder zu dick: Forscher fordern Regulierung von Werbung“ (DEUTSCHE GESUNDHEITS NACHRICHTEN 2017a) weist darauf hin, dass speziell auf Kinder ausgerichtete Werbung stärker reguliert werden sollte. Der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. fordert ein Werbeverbot für sogenannte Kinderlebensmittel (Fischbach 2018).

2.2 Die Familie als Vermittler gesundheitsrelevanten Wissens

„Zwei Dinge sollen Kinder von Ihren Eltern bekommen: Wurzeln und Flügel“

J. W. von Goethe (1749-1832)

Der bedeutendste Ort des Aufwachsens für Kinder ist die Familie (BMFSFJ 2017a). Sie ist die Basis menschlicher Gesellschaften und die Familie ist für die Individuen einer Gesellschaft ebenso der Mittelpunkt ihrer Lebenserfahrung, wie der Ausgangspunkt ihrer Lebens- und Handlungsweisen. Die Kindheit ist die wichtigste Lebensphase für eine gesunde Entwicklung, da sich im Kindesalter in kurzer Zeit Körper, Seele, Geist, soziale Beziehungen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln. Biologische Anlagen, Lernen, Spielräume und prägende Einflüsse des Umfelds treffen dabei aufeinander (OECD 2016; Bergmann & Bergmann 2004). Eltern sind, in Bezug auf eine gesunde Entwicklung von Kindern, für den Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Befindlichkeitsstörungen bedeutsame Vorbilder (Sander et al. 2018; OECD 2016; Kolip & Lademann 2006). Aufgrund der vorherrschenden Geschlechterrolle erhalten Kinder das meiste Wissen und Einstellungen zu gesundheitsrelevanten Themen von der Mutter (Faltermaier 2016; Beisenkamp et al. 2012).

Die Verantwortung für die gesundheitlichen Belange der Familie sind eng mit der Rolle und Stellung der Frau in der Gesellschaft verbunden (Faltermaier 2016; Schmidt 2010). Diese Verbindung besteht nahezu unverändert seit dem 18. Jahrhundert (Schmidt 2010). Nach Largo (2017) werden in unserer Gesellschaft die Fürsorge und die Kinderbetreuung immer noch idealisiert und als Lebenssinn

und Hauptaufgabe von Frauen gesehen, obwohl viele Frauen dieser Aufgabe nicht (mehr) gerecht werden können, weil sie darin nicht ihren alleinigen Lebenssinn sehen. Andererseits gibt es Frauen, die genau diese Aufgabe möchten und darin ihren Sinn sehen (Kelle 2018). Frauen haben unter anderem häufig die Rolle der Gesundheitsexpertin und übernehmen die Verantwortung für gesundheitsrelevantes Handeln. Sie sind zuständig für die Zubereitung 'gesunder' Mahlzeiten, die Laiendiagnostik und die Entscheidungsfindung über das Vorgehen bei Krankheitssymptomen der Familienmitglieder. Darüber hinaus motivieren sie Familienmitglieder zur Inanspruchnahme professioneller Leistungen und vereinbaren Arzttermine (OECD 2016; Schmidt 2010). Allerdings hat sich die Lebensform Familie in den letzten Jahren verändert, was einen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und die Zuständigkeit für Gesundheit in der Familie haben kann.

2.2.1 Veränderungen der Lebensform Familie

Die meisten Kinder in Deutschland leben mit zwei miteinander verheirateten Elternteilen zusammen. Die Anzahl, der nicht verheirateten Paare nimmt jedoch zu, sodass immer mehr Kinder mit zwei unverheirateten Elternteilen aufwachsen (BMFSFJ 2017b; OECD 2016). Obwohl die klassische Klein- oder Kernfamilie, mit Vater, Mutter und ein bis zwei Kindern nach wie vor die häufigste Familienform in Deutschland ist, sind zunehmend weitere familiäre Lebensformen hinzugekommen, die nebeneinander bestehen. Dies zeigt sich in vielen verschiedenen Konstellationen. In Deutschland existieren fünf Familienformen: Kernfamilien, Alleinerziehende, Stieffamilien, Adoptions- und Pflegefamilien sowie gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern (Krack-Rohberg et al. 2016; Kuhnt & Steinbach 2014). Die Inanspruchnahme der Elternzeit und der Wunsch von Vätern, einen aktiven Part in der Kindererziehung zu übernehmen weist auf einen individuellen Wandel hin. Dennoch leben in Deutschland die meisten Eltern nach der Geburt eines Kindes, trotz des Elterngeldes, ein traditionelles Familienmodell – der Mann verdient das Geld und die Frau kümmert sich um das/die Kind(er) und den Haushalt (vgl. Li et al. 2015). Trotz vieler Veränderungen der Lebensform Familie und verschiedener Familienmodelle obliegt die Betreuung von Kindern unter sechs Jahren nach wie vor mehrheitlich Müttern (vgl. IfD Allensbach 2015). Mehr als die Hälfte der Mütter ist nach Li et al. (2015) in den ersten drei Lebensjahren des Kindes nicht erwerbstätig, weil sie die gemeinsamen Kinder betreuen. Die Ergebnisse des Mikrozensus zeigen, dass nur 14 % der alleinerziehenden Väter und 30 % der alleinerziehenden Mütter Kinder im Vorschulalter unter sechs Jahren betreuen (Baumann et al. 2018). Mehr Väter mit Kindern unter sechs Jahren möchten die

Hälfte der Kinderbetreuung übernehmen und Väter mit Kindern unter drei Jahren wünschen sich eine partnerschaftliche Aufteilung, in der sich beide, Mutter und Vater, zu gleichen Teilen in Beruf und Familie einbringen (Juncke et al. 2016). Dieses partnerschaftliche Familienmodell wird jedoch nur von einer Minderheit gelebt, da sich Veränderungen nur sehr langsam vollziehen (vgl. Rauschenbach 2016; Possinger 2016; Li et al. 2015). Dabei spielen auch ökonomische Gründe eine Rolle (Kaufmann 2018).

Mit dem Wandel der familiären Lebensformen wird eine gestiegene Wahlfreiheit in Bezug auf das jeweilige Familienmodell möglich, in dem Menschen leben möchten. Im Hinblick auf das subjektive Wohlbefinden, gemessen an der allgemeinen Lebenszufriedenheit, sind jedoch auch negative Entwicklungen zu erkennen, die durch die zunehmende Verbreitung verschiedener Lebensformen an Bedeutung gewonnen haben (Weick 2018). Denn die Familie bietet beispielsweise die Basis der sozialen und wirtschaftlichen Sicherung (vgl. OECD 2016) und wird mit Glück und Zufriedenheit in Verbindung gebracht (Weick 2018). Das Aufwachsen in einer Patchwork-Familie kann große Freiheiten in der Beziehungsgestaltung ermöglichen und für die Familienmitglieder neue Umgangsformen untereinander eröffnen. Diese Lebensgestaltung ist anspruchsvoll und erfordert hohe soziale Fertigkeiten sowie eine differenzierte Beziehungsgestaltung (Hurrelmann 2011). Im Gegensatz zu früheren Zeiten werden Kinder immer mehr zum Mittelpunkt der emotionalen Beziehungen in Familien- und Verwandtschaftssystemen und bedeuten Sinnerfüllung des eigenen Lebens (Armbruster 2006; Largo 2019). Das Kind bekommt in der Kleinfamilie einen sehr hohen Stellenwert, was zur Überbehütung beitragen kann (Largo 2010). Akademikerfamilien überfordern ihre Kinder oft mit Leistungsansprüchen und Karriereplänen (Largo 2012). Für Kinder hat sich das Erleben von Raum und Zeit und deren Einfluss auf Gesundheit verändert. Diese zeigt sich beispielsweise darin, dass:

- Kinder häufig einen 'verplanten' Alltag haben oder über zu viel Freizeit verfügen, die beispielsweise durch einen erhöhten Medienkonsum gekennzeichnet ist (Armbruster 2006).
- Kinder und Jugendliche sehr kontrolliert werden. Erfahrungen, wie unbeaufsichtigt in der freien Natur spielen zu können, sind weitgehend ausgeschlossen. Bezugspersonen und ältere Kinder, die den jüngeren Kindern zeigen, wie was gemacht wird fehlen. Damit Kinder lernen Verantwortung zu übernehmen, aber auch um initiativ zu sein brauchen sie mehr Freiräume (Largo 2010).
- in städtischen Ballungsräumen scheinen Gefährdungen größer zu sein. Kinder sind auf die Transportmöglichkeiten ihrer Eltern angewiesen, um nicht isoliert zu sein (Armbruster 2006).

- obwohl Eltern mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen und sich mehr Väter an der Betreuung der Kinder beteiligen, verbringen Väter weniger Zeit mit ihren Kindern unter drei Jahren als Mütter (Juncke et al. 2016; Li et al. 2015; Largo 2010).

Die Veränderungen der Lebensform Familie betrifft die Sozialisation und die damit verbundene gesundheitliche Entwicklung von Kindern in der Familie. Im Alltag hängt die Sozialisation von Kindern und der Umgang mit Gesundheit und Krankheit in der Familie eng zusammen.

2.2.2 Die Familie als gesundheitsrelevante Sozialisationsinstanz

Die Familie, als Organisator der frühkindlichen Sozialisation, vermittelt Kindern das Gefühl, um ihrer selbst willen geliebt zu werden. Sie legt das Fundament für Vertrauen, Selbstwertgefühl, Geschlechtsidentität und moralische Selbstkontrolle. Dieses gewährleistet, dass sich der Prozess der Persönlichkeitsentwicklung im Rahmen der für Familien- und das Gesellschaftssystem geltenden Regeln vollzieht (Schnabel 2001; Kolip & Lademann 2012). Sozialisation ist als ein lebenslanger Prozess zu sehen. Allerdings spielt in der Kindheit die frühkindliche Sozialisation eine besonders ausgeprägte Rolle. In dieser Zeit werden unter anderem auch Grundlagen für gesundheitsrelevante Handlungsweisen, körperliche und seelische Ressourcen sowie kommunikative und soziale Kompetenzen geprägt.

In der frühen Kindheit treffen Eltern Entscheidungen beispielsweise über die Ernährung ihrer Kinder, die Freizeitaktivitäten und die Freizeitgestaltung oder wann ein Arzt oder Zahnarzt aufgesucht wird. Elterliche Erziehungsstile entscheiden zudem darüber wie in der Familie kommuniziert wird, wie mit Lob, Anerkennung, räumlichen und gedanklichen Freiheiten usw. umgegangen wird und welche Erfahrungen Kinder machen können. Dies wiederum hat einen Einfluss auf die gesundheitsrelevanten Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern. Somit können gesundheits- und krankheitsrelevante Handlungsweisen von Eltern sowohl einen positiven als auch einen negativen Einfluss auf die gesunde Entwicklung ihrer Kinder haben (s. a. Sander et al. 2018; Berres 2017). In Bezug auf den SOC (Sense of Coherence) bedeutet das, in der Familie werden die Grundlagen für das Gefühl der Verstehbarkeit gelegt. Die Geborgenheit, die Kinder in der Familie und im Freundeskreis erfahren sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen und Kompetenzen haben einen großen Einfluss auf deren Gesundheit und Wohlbefinden. Dies dient dazu, mit Belastungen und Problemen, die in unterschiedlichen Bereichen des Alltags auftreten können, fertig zu werden (Schubert et al. 2004). Ebenso wird die Basis für das Gefühl der Handhabbarkeit (SOC)

gelegt. Die Bedingungen, unter denen Kinder aufwachsen, beeinflussen deren Entwicklung. Dazu gehören auch die kommunikativen Fähigkeiten von Eltern. Kommunikative Fähigkeiten sind notwendig, um Kindern die Liebe, Aufmerksamkeit, Zuwendung und Orientierung zu geben, die Kinder brauchen, um sich zu emotional stabilen, handlungskompetenten und gesundheitsfähigen Persönlichkeiten entwickeln zu können (Schnabel 2014; 2003). Außerdem wird so das Gefühl Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit des SOC gefördert. Wichtige Bildungsprozesse in der Kindheit und Jugend beruhen auf Sozialisationsprozessen¹⁴ oder impliziter Erziehung. *„Die wichtigste Lernform ist das körperlich basierte mimetische Lernen – Lernen also durch Praxis, durch Nachahmen und Mitmachen, durch Aneignung von Routinen und Gewohnheiten und durch die dementsprechende Entwicklung von Denk-, Wahrnehmungs-, Urteils- und Handlungsmustern, die aus der Herkunftskultur stammen und in ihr ihren Sinn haben“* (Liebau 2006, 47). Gleichzeitig geben Eltern Einstellungen, Werteorientierung und Normen ebenso weiter wie Ängste und Befürchtungen, was sich auf die subjektiven Kontrollüberzeugungen und die Risikoeinschätzung ihrer Kinder auswirkt (vgl. Sander et al. 2018; Dreher & Dreher 2003).

Darüber hinaus haben unterschiedliche Sozialisations- und Lebensbedingungen einen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung sowie auf die Entwicklung von Einstellungs- und Handlungsmustern. *„Die Familie ist eine eigenständige kleine Welt des Zusammenlebens, aber sie ist nicht gesellschaftlich isoliert“* (Hurrelmann 2011, 7). Gesellschaftliche Strukturen haben sowohl einen Einfluss auf die Familie als auch auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Im Folgenden wird daher auf die Sozialraumtheorie Bourdieus eingegangen. Die Ansätze Bourdieus bieten eine Möglichkeit, gestalterische Handlungspotenziale und Handlungseinschränkungen von Menschen innerhalb gesellschaftlicher Strukturen zu betrachten.

2.3 Bourdieus Sozialraumtheorie als erkenntnisleitende Basis

*„Im Grunde sind es immer die Verbindungen mit Menschen,
die dem Leben seinen Wert geben.“*
Wilhelm von Humboldt (1767-1835)

Individuelle Gesundheit und Vorstellungen zu Gesundheit werden durch biologische, umweltbedingte, ökonomische, soziale und technische Faktoren in unterschiedlichem Ausmaß beeinflusst. Sozialwissenschaftliche und sozialepidemiologische Diskussionen weisen darauf hin, dass soziale Ungleichheiten an

¹⁴ Als Sozialisationsprozess ist die Gesamtheit aller Erfahrungs- und Erfahrungsverarbeitungsprozesse im Lebenslauf zu verstehen, durch die sich Menschen zu sozialen, das heißt unter gesellschaftlich organisierten Bedingungen zu überlebensfähigen und zugleich unverwechselbaren Persönlichkeiten entwickeln (Schnabel 2001; 2010).

die ungleiche Verfügbarkeit von ökonomischen, kulturellen und sozialen Ressourcen gebunden sind (Richter & Hurrelmann 2016; Bauer & Bittlingmayer 2006; Bauer 2005; Mielck 2000). Subjektive Theorien entstehen durch Erfahrungen, sind in biografische Wissensdimensionen eingebunden, von historisch-kulturellen Diskursen abhängig und vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Diskurse zu betrachten (vgl. Kruse 2010). Das heißt subjektive Theorien zu Gesundheit sind nicht von gesellschaftlichen Zusammenhängen losgelöst und sollten vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Diskurse betrachtet werden. Um den Ort der Entstehung von Gesundheit im täglichen Leben zu verstehen, muss man sie auf Aspekte des breiteren soziokulturellen Systems beziehen. Die Beachtung der Sozialraumtheorie Bourdieus ist naheliegend, da dieser ein gesellschaftliches Verständnis vom sozialen Raum zu Grunde legt und das individuelle und soziale Bedingungsgefüge einer Gesellschaft aufzeigt. Die Theorie Bourdieus versucht die einseitige Sichtweise und den Bruch zwischen Systemstruktur und Handeln zu überwinden (vgl. Richter & Hurrelmann 2016; Bauer 2011; Feldmann 2006). Dabei stellt Bourdieu eine Relation zwischen Individuum und gesellschaftlichen Strukturen her und verbindet Theorie und Praxis miteinander.

Im Folgenden wird zunächst auf die gesundheitswissenschaftliche Relevanz und auf einige grundlegende Begriffe eingegangen. Anschließend steht Bourdieus Sozialraumtheorie in Bezug auf Gesundheit im Mittelpunkt.

2.3.1 Gesundheitswissenschaftliche Relevanz

Bourdieu's Sozialraumtheorie wird in den Gesundheitswissenschaften zur Erklärung gesundheitsrelevanter Verhaltens- und/oder Handlungsweisen genutzt. Häufig wird dabei selektiv die Habitus-Theorie oder die des kulturellen oder sozialen Kapitals aufgegriffen. Bourdieu entwickelte jedoch ein relationales Sozialraummodell, was eine Betrachtung des gesamten Modells erfordert.

Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und deren Einfluss auf Gesundheit ist bekannt (vgl. Wilkinson & Pickett 2010). Damit ein Muster gesundheitlicher Ungleichheit auf individueller Ebene entstehen kann, muss es Kräfte auf gesellschaftlicher Ebene geben, die dieses Muster erschaffen (Dragano 2016). Bourdieus Interessen lagen darin soziale Ungleichheiten und Machtmechanismen in der Gesellschaft aufzuzeigen sowie deren Ursachen zu erforschen. Die Beziehungen der Kapitalformen und des Habitus zueinander, sowie der Versuch des Individuums seine soziale Position zu behaupten oder zu verbessern, bilden nach Bourdieus Sozialraummodell eine Grundlage zur Erklärung sozialer Ungleichheit. Bourdieu geht von der Ungleichverteilung verfügbarer Ressourcen

in sozialen Gruppen aus, da Menschen ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital in unterschiedlicher Ausprägung zur Verfügung stehen. Des Weiteren geht Bourdieus Theorie der individuellen Handlungspraxis vom handelnden Individuum und seinen verfügbaren Ressourcen aus (vgl. Bauer & Büscher 2008; Bauer & Bittlingmayer 2006). Dabei werden handlungsförderliche sowie handlungseinschränkende soziale Strukturen in der Lebenswelt von Individuen betrachtet (Bauer & Büscher 2008). In Bezug auf elterliche Gesundheitsvorstellungen und die Herstellung und Erhaltung von Gesundheit in Familien sind dies wichtige Aspekte. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist die Theorie Bourdieus interessant, da der Ansatz:

- durch die Habitus-Konstruktion unter anderem gesundheits- und krankheitsbezogene Einstellungen, Vorstellungen und Handlungsweisen nachvollziehbar werden lässt (Gerlinger 2006).
- eine ressourcenorientierte Betrachtung ermöglicht (gesellschaftliche, soziale, kulturelle, und materielle Ressourcen).
- eine Möglichkeit bietet, Erklärungen für den Zusammenhang zwischen sozialer Klasse/Gruppe, Gesundheit und Lebensstil aufzuzeigen.
- in der Lebenswelt von Individuen ansetzt und zwischen Lebensstil und gesellschaftlich-strukturellen Lebensbedingungen vermittelt.
- das Individuum als handlungsfähigen Akteur ansieht.
- sowohl handlungsermöglichende als auch blockierende Strukturen beachtet.
- Handeln als unbewusste in den Dispositionen des Habitus verankerte Strategien (Handlungsschemata) ansieht.
- eine Vorstellung der Mächtigkeit sozialer Strukturen ermöglicht (Bittlingmayer 2016).
- darauf hinweisen kann, unter welchen gesellschaftlichen Bedingungen sich der SOC entwickelt und durch welche Bedingungen der SOC beeinflusst werden kann.
- darauf hinweisen kann, warum soziale und gesundheitliche Chancen ungleich verteilt sind.
- Möglichkeiten bietet sowohl das Individuum als auch die Relationen (Beziehungen, Verhältnisse) im Spannungsfeld zwischen Individuum, sozialen Gruppen und Gesellschaft zu betrachten (vgl. Bauer & Büscher 2008).
- eine gesellschaftliche Habitus-Konstruktion aufzeigt.

Bourdieu's Sozialraum-, Habitus- und Kapitaltheorie bieten daher eine Möglichkeit, die komplexen Prozesse sozialer Unterschiede in einer Gesellschaft, in Bezug auf Gesundheit, erkenntnisleitend für diese Arbeit zu nutzen. Im Folgenden

wird zunächst auf den sozialen Raum sowie die Habitus- und Handlungstheorie Bourdieus eingegangen. Anschließend werden diese auf Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsrelevantes Handeln bezogen. Außerdem werden Bezüge zwischen der Kapitaltheorie Bourdieus und Gesundheit aufgezeigt sowie der physische Raum als Aneignungsraum von Kindern dargestellt.

2.3.1.1 Der soziale Raum nach Bourdieu

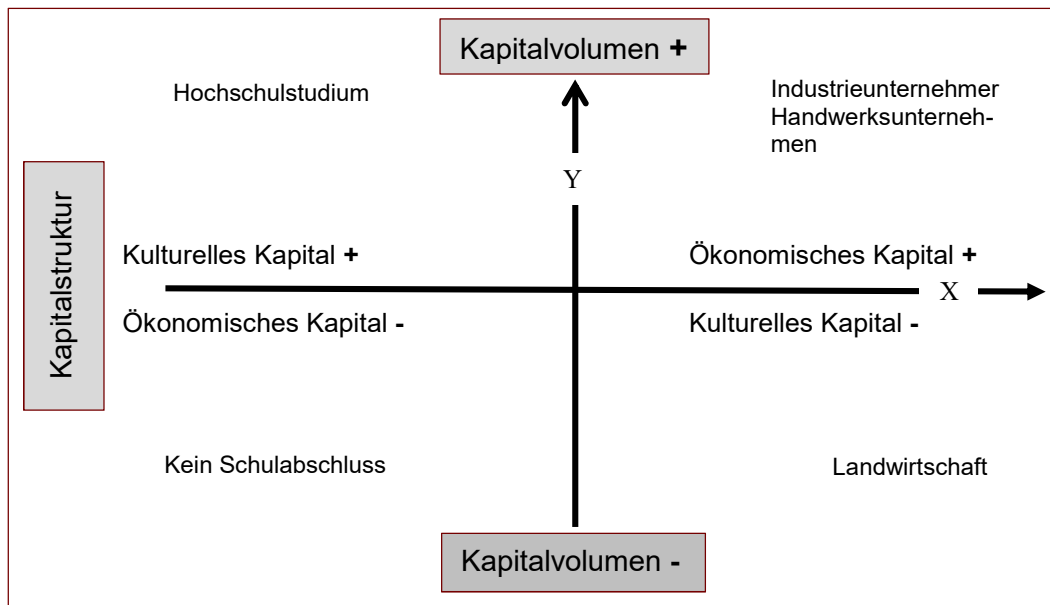
Bourdieu geht davon aus, dass die unterschiedlichen Kapitalarten (ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital), die als Ressourcen betrachtet werden können, nicht unabhängig voneinander agieren. Er entwickelte die Klassen- und Schichttheorie weiter und wandte sich von der herkömmlichen rein ökonomischen Ausrichtung des Klassenbegriffs ab. Statt nur in Klassen oder Schichten zu denken, regt Bourdieu an von einem sozialen Raum auszugehen, der das Prinzip einer relationalen Auffassung von der sozialen Welt enthält (Bourdieu 2005a; 2004). Dabei zeigt Bourdieu die Komplexität auf, die eine Klasse¹⁵ ausmacht. Bourdieu expliziert, dass *„eine Klasse oder Klassenfraktion nicht allein durch ihre Stellung innerhalb der Produktionsverhältnisse – feststellbar anhand von Merkmalen wie Beruf, Einkommen oder Ausbildungsniveau – definiert ist, sondern auch durch einen bestimmten geschlechtsspezifischen Koeffizienten, eine bestimmte geografische Verteilung (die gesellschaftlich nie neutral ist) und durch einen Komplex von Nebenmerkmalen, die im Sinne unterschwelliger Anforderungen, als reale und doch nie förmlich genannte Auslese- oder Ausschlussprinzipien funktionieren können (das gilt zum Beispiel für ethnische Zugehörigkeit und Geschlecht)“* (Bourdieu 1987, 176).

Bourdieu erweiterte eindimensionale Schichtmodelle (Oben, Mitte, Unten) mit einem Sozialraummodell, indem er entlang der horizontalen Achse strukturiert und unterschiedliche soziale Positionen dort verortete. Der soziale Raum besitzt so etwas wie eine vertikale gesellschaftliche Struktur in der einige Menschen 'Oben', einige 'Unten' und andere in der 'Mitte' stehen (Bourdieu 2005a). Zur Visualisierung beschreibt Bourdieu ein vereinfachtes Modell in einer Art Achsenkreuz (s. Abb. 2, S. 30). Darin findet jedoch weder soziales noch symbolisches Kapital eine Berücksichtigung. Die vertikale Achse hat einen oberen und unteren Pol, während die horizontale Achse einen linken und rechten – einen intellektuellen und einen ökonomischen – Pol hat und das Verhältnis von ökonomischem und kulturellem Kapital abbildet (Bourdieu 1997). Menschen mit einem hohen Gesamtkapitalvolumen (ökonomisches, kulturelles, soziales Kapital) ordnet

¹⁵ Der Klassenbegriff Bourdieus entspricht dem Klassenbewusstsein der französischen Gesellschaft. Bezüglich der Gesellschaftsstruktur in Deutschland kann von einer selektiven und hierarchischen Strukturierung gesprochen werden. Dieses wird durch ein Klassen- und Schichtbewusstsein in der Gesellschaft oder die mediale Nutzung der Begriffe deutlich (s. Geißler & Weber-Menges 2006; Bünning 2016; ALLBUS 2014; Hagelüken 2017; Brüggem-Freye 2018; Wiwo 2017).

Bourdieu oben und Menschen mit einem geringen Gesamtkapitalvolumen unten im sozialen Raum an (Bourdieu 1987). Links verortet Bourdieu Menschen mit viel kulturellem und weniger ökonomischem Kapital. Rechts verortet er Menschen mit viel ökonomischem und weniger kulturellem Kapital.

Abb. 2: Raum der sozialen Positionen nach Bourdieu



(Quelle: eigene Bearbeitung nach Bourdieu 1987, 212f)

Im sozialen Raum gibt es verschiedene Akteure, handelnde Menschen, die Kapital einsetzen, um eine möglichst gute Position in der Gesellschaft zu erlangen. Die unterschiedlichen sozialen Positionen wurden von Bourdieu vor dem Hintergrund von Sozialstatistiken mit Berufsgruppen belegt und je nach Gesamtkapitalvolumen verortet. Die von Bourdieu genutzten Berufsbezeichnungen werden bis heute teilweise im ALLBUS¹⁶ (2014) genutzt. Bourdieu richtet seinen Blick vor allem auf ein gesellschaftliches Verständnis vom sozialen Raum, ohne dabei die individuelle Ebene und ihre Beziehung zur gesellschaftlichen Ebene außer Acht zu lassen. Nach Bourdieu gibt es in einer hierarchisierten Gesellschaft keinen Raum, „*der nicht hierarchisiert wäre und nicht Hierarchien und soziale Abstände zum Ausdruck brächte*“ (Bourdieu 2005b, 118). Die hierarchische Anordnung der Lebensstile richtet sich danach, welche soziale Gruppe als legitim anerkannt wird (vgl. Barlösius 2011). Mit der sozialen Position sind laut Bourdieu (1987) in der Regel Privilegien und systematische Vorteile bei der Durchsetzung von Interessen, der Umsetzung von Zielen und der Erreichung positiv besetzter Güter und Werte (einschließlich Gesundheit) verbunden. Im sozialen Raum gibt es verschiedene Akteure, handelnde Menschen, die ihr Kapital einsetzen, um eine möglichst gute Position in der Gesellschaft zu erlangen. Der soziale Raum ist innerhalb der Struktur der Verteilung unterschiedlicher Kapitalformen, aufgrund gegenseitiger

¹⁶ ALLBUS: Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften.

Exklusion¹⁷ oder Distinktion¹⁸, durch die den sozialen Raum bildenden Positionen definiert (Bourdieu 2001). Bourdieu spricht von Hauptklassen (Oben, Mitte, Unten) und von Klassenfraktionen (Gruppen innerhalb der Klassen). Die Begriffe weisen auf eine horizontale Dreiteilung sowie auf eine vertikale Unterteilung innerhalb einer Klasse. Die einzelnen gesellschaftlichen Gruppen sind nicht strikt voneinander zu trennen, es gibt sowohl vertikale als auch horizontale Überschneidungen (Bourdieu 2005a, 35). Die ungleiche Kapitalverteilung ist dabei die konstituierende Größe einer vorherrschenden Sozialstruktur. Bourdieu geht davon aus, dass die Verfügbarkeit unterschiedlicher Kapitalressourcen und Kapitalformen sowohl individuell als auch in sozialen Klassen/Gruppen ungleich verteilt sind. Dieses hat wiederum einen Einfluss auf das Ausmaß an sozialer Ungleichheit und wirkt sich so auf Gesundheit aus. Die soziale Position (objektive Lage oder Stellung) drückt sich in der Art der Lebensstile aus (kultureller und materiel-ler Konsum, Sprech-, Ernährungs- und Freizeitgewohnheiten, etc.), die wiederum an die Lebensverhältnisse gebunden sind. Der soziale Raum verbindet den Raum der sozialen Positionen mit (gesundheitsrelevanten) Lebensstilen, die wiederum Unterschiede zu Formen der Lebensführung kennzeichnen und bewusst oder unbewusst reproduziert werden. Der soziale Status und die Lebensstile von Einzelnen und sozialen Gruppen, bedingen sich dabei gegenseitig. Mit dem Begriff Lebensstil macht Bourdieu deutlich, dass unterschiedliche Lebensstile eine bestimmte Form oder Gestalt aufweisen, in der sich die Zugehörigkeit und Identität zu einer sozialen Gruppen ebenso ausdrückt, wie soziale Abgrenzungen zu anderen Lebensstilen im sozialen Raum (Bourdieu 1987). Den Raum der Lebensstile bezeichnet Bourdieu als „die repräsentierte soziale Welt“ (Bourdieu 1987, 278). So zeigt er die Ebene der sozialen Praxis und Positionen auf. Im Raum der Lebensstile findet sich die Gesamtheit der symbolischen Repräsentationen. Diese werden durch das alltägliche Handeln sowie durch die an Lebensbedingungen angepassten Verhaltensweisen erzeugt (vgl. Bauer 2011; Barlösius 2011). Bourdieu zeigt mit seinem Modell einen Zusammenhang zwischen der Position, die ein Individuum innerhalb eines gesellschaftlichen Raumes einnimmt, den Kapitalressourcen und dem jeweiligen Lebensstil auf. Der Ansatz Bourdieus zielt darauf ab, relationale Beziehungen zwischen der subjektiven Ebene (symbolische Ebene), den individuellen Ausdrucksformen (Lebensstile) und der strukturellen Ebene der vorgegebenen objektiven Bedingungen (tatsächliche Lebensbedingungen wie Einkommen, Wohnlage, Beruf) aufzuzeigen und miteinander zu verknüpfen (vgl. Bauer 2011; Riege & Schubert 2005). Zwischen der objektiven Position

¹⁷ Ausschließung.

¹⁸ Abgrenzungen gegenüber anderen.

(Stellung) innerhalb des sozialen Raumes und spezifischen subjektiven Praktiken, Vorlieben, etc. tritt der 'Habitus' „(...) eine allgemeine Grundhaltung, eine Disposition gegenüber der Welt (...)“ (Bourdieu 2005a, 31) als Vermittler auf.

2.3.1.2 Die Habitus-Theorie Bourdieus

Mit der Habitus-Theorie verweist Bourdieu sowohl auf Einflüsse unterschiedlicher Lebensbedingungen zur Ausbildung individueller Einstellungs-, Kompetenz- und Fähigkeitsunterschiede, als auch auf deren unterschiedlichen Auswirkungen auf Lebensstil-, Verhaltens- und Handlungsformen. Mit dem Begriff Habitus werden Denk-, Wahrnehmungs-, und Handlungsschemata erfasst, die sich im Verlauf der Sozialisation aufgrund von Erfahrungen entwickeln und daher unterschiedlich sozial strukturiert sind (Bourdieu 1993). Einerseits wird die Körpergebundenheit von Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata aufgezeigt und andererseits, dass Kinder durch Nachahmen lernen. Dies ist wiederum an den jeweiligen Lebensstil gebunden (Bourdieu 1976). An den Körper gebundene (inkorporierte) Strukturen des Habitus werden durch Regeln (im Rahmen der Erziehung) vermittelt. Beispielsweise sind das die Benutzung von Essbesteck, körperliche oder verbale Manieren von Jungen und Mädchen, Formen der Höflichkeit gegenüber Erwachsenen, Älteren und Jüngeren sowie Gefühle zu zeigen oder zu verbergen, eine bestimmte Kleiderordnung, Sprache und Geschmack (Bourdieu 1976; 1993). Damit wird eine Verbindung von Habitus und Lebensstil ersichtlich. Die dahinterstehende Entwicklung ist unbewusst, denn die Regeln und Umgangsformen, die im Habitus verankert sind, sind mit kulturell willkürlichen Grundprinzipien (z. B. Ethik, Politik) verbunden und entziehen sich damit dem Bewusstsein und Erklärungen (Bourdieu 1993). Innerhalb einer bestimmten Art und Weise von Existenzbedingungen der sozialen Herkunft entwickelt sich der Habitus, ohne dabei bewusst thematisiert oder erklärt werden zu müssen (Bourdieu 1976). Die Grundlage, auf der sich die Unterschiede zwischen den individuellen Habitus-Formen erklären, liegt in den Besonderheiten sozialer Lebensläufe. Da nicht alle Mitglieder einer sozialen Gruppe/Klasse dieselben Erfahrungen machen, ist der Habitus individuell (Bourdieu 1993). Dennoch sind Mitglieder einer sozialen Klasse/ Gruppe häufig mit ähnlichen Situationen konfrontiert, sodass es grundlegende ähnliche Erfahrung in einer sozialen Klasse/Gruppe gibt. Bourdieu geht davon aus, dass ähnliche Lebensbedingungen und Erfahrungen von Mitgliedern einer sozialen Gruppe/Klasse ähnliche Habitus-Formen erzeugen. Der Habitus ist dabei nicht nur an die sozialen Lebensbedingungen des Individuums gebunden, sondern immer auch Ausdruck individueller Persönlichkeit (Bourdieu 1993). Demzufolge ist der Habitus gesellschaftlich erzeugt und beruht gleichzeitig auf

individuellen und gemeinsamen Erfahrungen. Diese gemeinsamen Erfahrungen erzeugen ein Gefühl von Verbundenheit mit einer Gruppe aber auch mit einer Gesellschaft. Bourdieu entwickelte somit nicht nur das Konstrukt eines individuellen Habitus, sondern das Konstrukt eines gesellschaftlichen Habitus.

Der Habitus ist durch Sozialisationserfahrungen strukturiert und wirkt strukturierend, weil er auf die Umwelt einwirkt. Zwischen der Struktur der Existenzbedingungen (oben/unten, reich/arm) und dem Habitus besteht eine Wechselbeziehung, in der sich tendenziell die Struktur der Existenzbedingungen als grundlegende Strukturierungsprinzipien durchsetzen (Bourdieu 1987). Demzufolge reflektiert der Habitus nicht nur soziale Ungleichheiten. Mit dem Habitus werden soziale Ungleichheiten erkennbar und gleichzeitig hält der Habitus soziale Ungleichheiten aufrecht. Denn die bereits in den Primärerfahrungen an die soziale Lage vorangepassten Deutungs- und Interpretationsschemata werden durch die Habitus-Strukturen reproduziert, und die mit den sozialen und ökonomischen Existenzbedingungen verbundenen Zwänge, wirken schon im „*relativ autonomen Bereich der Familie*“ (Bourdieu 1976, 168).

Die Anpassung an die objektiven Möglichkeiten, die zu realistischen Entscheidungen führen und die den Verzicht auf ohnehin nicht zugängliche symbolische Gewinne voraussetzen, geht aus den Grundeinstellungen des Habitus hervor (Bourdieu 1987). Die Dispositionen des Habitus sind, als Ergebnis der Verinnerlichung einer Herrschaftsbeziehung, die Grundlage für die von der symbolischen Macht ausgelöste, das praktische Erkennen und Anerkennen der Grenze zwischen Herrschenden und Beherrschten (Bourdieu 2001). Dieses praktische Anerkennen der Beherrschten führt laut Bourdieu oft unwissentlich und manchmal unwillentlich dazu, dass diese zur eigenen Beherrschung beitragen, indem sie ohne weiteres vorab gesteckte Grenzen akzeptieren. Das könnte u. a. dazu führen, dass z. B. Bildungs- oder Gesundheitsangebote nicht genutzt werden, obwohl sie theoretisch vorhanden sind. Ebenso kann es dazu führen, dass bestimmten Gruppen diese Angebote erst gar nicht gemacht werden. Vorstellungen, Wahrnehmungen und Handlungen von Akteuren haben in Abhängigkeit zur jeweiligen Erfahrung auch Grenzen – das Umfeld und die Existenzbedingungen, in denen die Erfahrungen gemacht wurden, die den Habitus ausbilden. Das heißt aber auch, „(...) *innerhalb dieser seiner Grenzen ist er durchaus erfinderisch, sind seine Reaktionsweisen keineswegs immer schon im Voraus bekannt*“ (Bourdieu 2005a, 33). Die Funktion des Habitus-Ansatzes besteht darin, als Bindeglied zwischen einer akteurs- und handlungstheoretischen und einer struktur- und gesellschaftstheoretischen Sichtweise aufzutreten (vgl. Bauer 2011; Feldmann 2006).

2.3.1.3 Die Handlungstheorie Bourdieus

Die unbewussten Mechanismen von Habitus, Feld und die dazwischen bestehenden Verbindungen durch die verschiedenen Kapitalformen, wirken sich auf das alltägliche Handeln von Individuen aus. Als zentrale Kategorien sozialen Handelns sieht Bourdieu Habitus und Feld. Während er mit dem Habitus-Konzept die Vermittlung von Struktur und Handlung erklärt, soll das Feldkonzept Macht- und Positionskämpfe erkennbar machen. Im sozialen Raum haben alle Individuen einen Ort und agieren in Feldern (Bourdieu 1985). Als Feld bezeichnet Bourdieu spezifische soziale Einheiten und Einrichtungen wie beispielsweise Politik, Religion, Wissenschaft, Institutionen, Familie etc. aus denen sich die Gesellschaft zusammensetzt (vgl. Barlösius 2011; Abel 2007). Das Feld ist ein Ort im sozialen Raum, in dem Menschen um etwas kämpfen, Interessen haben, Kapital investieren sowie Kapital akkumulieren (Bourdieu 2001) – spezifische Ressourcen, die in Feldern im sozialen Raum angeeignet/erlernt wurden. Mit dem Feld-Begriff wird die Struktur objektiver Beziehungen aufgezeigt, die konkrete Formen der Interaktionen erklären (Bourdieu 2011). Das Feld ist durch 'Kämpfe' geprägt, in denen Akteure entsprechend ihrer Positionen, mit unterschiedlichen Mitteln (Ressourcen) und Zwecken miteinander rivalisieren und so zum Erhalt oder zur Veränderung seiner Struktur beitragen (Bourdieu 2004). In Feldern geht es um knappe Ressourcen und deren Verteilung. Bourdieu nutzt den Feldbegriff immer dann, wenn es um Interaktionen, Handeln oder Dynamik innerhalb sozialer Strukturen geht. Häufig erklärt Bourdieu (2004) den Feldbegriff in Verbindung mit Spielen (spieltheoretisch an Kartenspielen, Würfelspielen oder Roulette) – man könnte auch sagen vom Spiel des Lebens erfasst sein – in der Welt sein, dabei sein, eine Beziehung zur Welt aufnehmen – gebunden an die expliziten und impliziten Regeln (Spielregeln) eines sozialen Feldes (Wissenschaft, Politik, Religion, Familie etc.). Auf dem Spiel stehen die zur Verfügung stehenden Kapitalarten. Das bedeutet aber auch das Spiel, die Einsätze und die Mitspieler anzuerkennen (Bourdieu 2004). Der jeweilige Wechsel von Einheiten und Einrichtungen macht es erforderlich, sich in deren Eigenarten habituell einzufügen, um erfolgreich durch das jeweilige Feld (z. B. Bildungseinrichtungen) zu kommen (Bourdieu 1985). Nach Bourdieu aktualisieren sich Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsschemata sowie Praxisformen immer in Beziehung zu einem sozialen Feld. Dort kommen auch die mit dem Feldwechsel verbundenen, habituellen Veränderungen zum Ausdruck, ohne den Habitus grundsätzlich zu verändern (Barlösius 2011). Diese Grundstrukturen des Habitus verhindern, dass sich das Individuum völlig verliert. Habitus und Feld müssen daher zusammen betrachtet

werden, denn Handeln ist folglich an verschiedene Strukturen gebunden und nicht unabhängig davon.

Mit der Habitus-Konzeption will Bourdieu auch darauf hinweisen, „(...) daß unse-rem Handeln öfter der praktische Sinn zu Grunde liegt als rationale Berechnung“ (Bourdieu 2001, 82). Bourdieu wendet sich gegen die sozialisationstheoretische Annahme, dass Subjekte frei nach selbstgewählten Entwürfen handeln. Er geht von einem gesellschaftlich bestimmten Habitus aus, in dessen Rahmen Akteure individuell und selbstbestimmt handeln. Die Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata des Habitus dienen der Orientierung in der sozialen Welt, in den Praxisfeldern und im Allgemeinen, sowie dem Erzeugen von angemessenen Praktiken – „Alltagsverstand“ (Bourdieu 1993, 127) – und bilden die Grundlage dessen, was Bourdieu (1976; 1993) als den sozialen Sinn oder praktische Vernunft bezeichnet. Die Orientierung in der sozialen Welt durch die Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata des Habitus führen auch dazu, dass Menschen die Alltagswelt bekannt vorkommt und sie sich mit ihr verbunden fühlen. Bourdieu weist mit seiner Habitus- und Handlungstheorie darauf hin, dass spezifische Handlungsmuster und -strategien von Individuen oder Gruppen auf der Grundlage des individuellen oder des Gruppenhabitus sinnvoll sind. „Weil die Handelnden nie ganz genau wissen, was sie tun, hat ihr Tun mehr Sinn, als sie selber wissen.“ (Bourdieu 1993, 127). Alltägliches Handeln wird zur Gewohnheit und erfolgt häufig eher intuitiv, unbewusst im Habitus begründet. Mit dem Habitus wird entsprechend der Handlungstheorie Bourdieus eine regelmäßige, meist unreflektierte Handlungsfähigkeit in Alltagssituationen ermöglicht und dient Individuen dazu, aktuelle Situationen mit Erfahrungen aus früheren Situationen zu interpretieren und erfolgreiche Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Das schließt jedoch nicht aus bewusst reflexiv oder zweckrational zu handeln.

2.3.1.4 Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsrelevantes Handeln

Die Anwendung der Habitus- und Handlungs-Theorie Bourdieus in Bezug auf Gesundheit, gesundheitliche Ungleichheit und elterliche Gesundheitsvorstellungen ermöglicht struktur- und gesellschaftstheoretische Erkenntnisse einzubeziehen (vgl. Bauer 2011; Gerlinger 2006). Somit ist eine Beachtung von sozialen Lebensbedingungen und dem individuellen Gesundheitshandelns im sozialen Raum, in dem ein Individuum sozialisiert worden ist und sich bewegt, sowie der gesellschaftlichen Bedingungen möglich (vgl. Gerlinger 2006). Im Folgenden wird die Habitus- und Handlungstheorie Bourdieus auf Gesundheit angewandt, um darauf hinzuweisen in welchem Verhältnis soziale Klassen/Gruppen, Gesundheit

und Lebensstile zueinanderstehen und inwieweit das gesundheitsbezogene Vorstellungen beeinflussen kann.

Die Habitus- und Handlungstheorie Bourdieus ist in Bezug auf elterliche Gesundheitsvorstellungen von Interesse, da subjektiven Gesundheitsvorstellungen handlungsleitende Funktionen eingeräumt werden. Mit dem Habitus lassen sich Erklärungen für individuelles und kollektives gesundheitsrelevantes Handeln finden, ohne dabei die sozialen Bedingungen für dieses Handeln aus dem Blick zu verlieren. Viele gesundheitsrelevante Handlungsweisen sind häufig außerordentlich routinisiert, können habitualisiert sein und werden deshalb im Einzelnen und in ihrer Bedeutung oft nicht bewusst erfahren. Daraus folgt, dass diese Handlungsweisen in der Lebenswelt von Individuen eingebettet sind und nicht spontan zu verändern sind (vgl. Boltanski 1979). Wenn man soziales Handeln nur als rationales Handeln oder nur als ein Befolgen von Regel und Normen versteht, verbaut man sich *„(...) ein Verstehen der Logik all jener Handlungen, die vernünftig sind, ohne deswegen das Produkt eines durchdachten Plans oder gar einer rationalen Berechnung zu sein, denen eine Art Zweckmäßigkeit innewohnt, ohne daß sie deswegen auf einen expliziten gesetzten Zweck hinorganisiert wären (...)“* (Bourdieu 1993, 95). In Bezug auf Gesundheit, als einem Bestandteil des täglichen Lebens, liegt gesundheitsrelevantem Handeln dementsprechend eher der praktische Sinn zugrunde als zielgerichtete Zweckmäßigkeit. Unter gesundheitsrelevantem Handeln sind demnach auch Strategien zu verstehen, die in den Dispositionen des Habitus verwurzelt sind und von daher unbewusst bezüglich ihrer Entstehungsgeschichte. Trotzdem sind sie Bestandteil des Alltags. Subjektive Theorien zu Gesundheit können implizit sein, wie z. B. nicht bewusstseinsfähige Selbstverständlichkeiten oder unreflektierte Überzeugungen, die in das Handeln von Individuen einfließen (vgl. Dann 1994). Gesundheitsrelevante Handlungen im Alltag müssen dann nicht ins Bewusstsein kommen, wenn sie mit der sozialen Umwelt übereinstimmen. Innerhalb der Grenzen des Habitus besteht ein Handlungsspielraum in dem zwischen individuellen Strategien und Strategien, die mit gesundheitsrelevanten Regeln und Normen verbunden sein können, gewählt wird.

Da Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des täglichen Lebens ist (WHO 1986), schließt das die im Habitus verankerte Haltung des Individuums in der sozialen Welt, Denkweisen, Gewohnheiten, Lebensstile, Wertvorstellungen und Einstellungen in Bezug auf Gesundheit ein. Diese stellen gleichzeitig eine Reaktion auf die Umwelt dar und können in Gesundheitsvorstellungen als auch in gesundheitsrelevante Handlungsweisen einfließen. Der Habitus ist dabei nicht nur an die sozialen Lebensbedingungen des Individuums gebunden, sondern auch immer Ausdruck der individuellen Persönlichkeit. Er wird ebenso gesellschaftlich

vermittelt, wie individuell erzeugt. Mit der Habitus-Theorie können die Bedingungen in den Blick genommen werden, die gesundheitsrelevante Lebensstile hervorbringen. Gleichzeitig ist der Habitus ein System von Eigenschaften, die auf die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen zurückwirken.

Bezogen auf Gesundheit können mit dem Habitus-Begriff Einstellungen, Gewohnheiten, Haltungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie Kompetenzen der subjektiven Lebensführungen im Umgang mit Gesundheit zusammengefasst werden. Ebenso ist im Habitus verankert wie Gesundheit sowohl individuell als auch gesellschaftlich, medial, sozial, etc. vermittelt wahrgenommen wird. An den Habitus können gleichzeitig Alltagstheorien von Gesundheit gebunden sein und gesellschaftliche Normen in Bezug auf Gesundheit sowie daraus resultierende gesundheitsrelevanten Handlungsweisen. Aspekte, die in dieser Arbeit zu elterlichen Gesundheitsvorstellungen beachtenswert sind. Angehörige sozialer Gruppen/Klassen haben einen ähnlichen Geschmack (Vorlieben für Alltagsgegenstände, Kunst, Freizeitaktivitäten, Ernährungsgewohnheiten, Umgangsformen, Sprechgewohnheiten, Gestaltung des Tageablaufs, usw.), der sowohl individuell als auch gruppenspezifisch im Körper und im Bewusstsein verankert ist und sich im Habitus zeigt (vgl. Bourdieu 2005a). Der Habitus schließt ein Verständnis zur eigenen Gesundheit und zum eigenen Körper ein (Gerlinger 2006). Bourdieu erwähnt eher beiläufig, physisches bzw. Körperkapital (Gesundheit, Stärke, Schönheit) als eine biosozial verstandene Kategorie. Bourdieu (1987) sowie Boltanski (1976) verstehen den Körper als eine Dimension des Klassenhabitus mit einer engen Verbindung zum kulturellen Kapital. In Bezug auf den Körper ist das z. B. ein Verständnis vom männlichen Körper, der stark und kräftig sein muss und damit körperliche Gesundheit ausstrahlt. Während der weibliche Körper durch Zartheit und Schönheit geprägt ist. Diese Bilder vom weiblichen und männlichen Körper haben bis heute eine gesellschaftliche Gültigkeit. Die verschiedenen sozialen Gruppen/Klassen haben nicht nur einen unterschiedlichen Geschmack, sondern auch ein unterschiedliches „Körperschema“ (Bourdieu 1987, 307), das mit den unterschiedlichen Lebensstilen verschiedener Klassen verbunden ist. Der Geschmack für bestimmte Nahrungsmittel, Gerichte und Getränke ist nach Bourdieu von dem Körperbild abhängig, das in einer sozialen Klasse/Gruppe herrscht. Neben dem Körperbild spielt die Vorstellung über die Auswirkung der Nahrung auf den Körper und die jeweiligen Kategorien zur Beurteilung dieser Auswirkungen eine Rolle. Da soziale Gruppen/Klassen auf unterschiedliche Kategorien zurückgreifen, bestehen Unterschiede zwischen den Klassen (Bourdieu 1987). Für die untere Klasse ist die Kraft des (männlichen) Körpers wichtiger als die Form oder das Aussehen, daher wird eher auf nahrhafte, billige Produkte zur

Ernährung zurückgegriffen. Angehörige privilegierterer Gruppen hingegen bevorzugen geschmackvolle gesundheitsfördernde Erzeugnisse, die nicht dick machen (Bourdieu 1987). Der Körper wird als sichtbares Zeichen dafür gesehen, ob und wie sich die Menschen zu gesellschaftlichen Erwartungen verhalten, ob sie ihnen zustimmen oder sie ablehnen (Barlösius et al. 2012). Das Verhältnis zum Körper und der Umgang mit dem Körper, seine Pflege und Ernährung sowie eine spezifische Haltung beim Essen, sind nach Bourdieu (1987) mit den Dispositionen und der Entstehung des jeweiligen Habitus verbunden. Bourdieu spricht von inkorporierter (einverleibter) Kultur. Nahrung und Essen sind demnach mit gesellschaftlichen Handlungsweisen und Normen verbunden, die in verschiedenen sozialen Klassen/Gruppen unterschiedlich ausgeprägt sind. Gleichzeitig stehen die Qualität und Quantität von Lebensmitteln und deren Verfügbarkeit in Verbindung mit dem zur Verfügung stehenden monetären Kapital. In diesem Zusammenhang spielt 'food security' eine Rolle, wenn beispielsweise sozial Benachteiligte einen schlechteren Zugang zu Mikronährstoffen haben (Public Health Forum 2016).

Das Feld der Familie

Die Familie ist nach Bourdieu (2001) als Feld zu sehen. Menschliche Wesen sind sowohl biologische Individuen als auch soziale Akteure, die in ihrer und durch ihre Beziehungen zu Feldern als solche konstituiert werden (Bourdieu 1991). Die Entwicklung des Habitus findet im Rahmen der Sozialisation bereits in der frühen Kindheit statt. Nach Liebau (2006, 51) werden Kinder durch ihre Familien in Habitus-Formen „*einsozialisiert*“. In der Familie werden Stile des Umgangs mit dem Körper, der Seele, mit Gesundheit, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen vermittelt und erlernt. Dies erfolgt in der Auseinandersetzung mit der Welt, in der Interaktion mit anderen im strukturellen, individuellen und sozialen Bedingungsgefüge der Gesellschaft. Insbesondere durch frühe Sozialisationserfahrungen ist der Habitus und dementsprechend die Erfahrungen mit Gesundheit vorstrukturiert. Erfahrungen die Kinder in der Familie mit Gesundheit im Rahmen der Sozialisation machen, beeinflussen den Habitus. Beispielsweise durch den Umgang von Vorbildern (z. B. Eltern) mit dem eigenen Körper, über Wertehaltungen in Bezug auf Gesundheit, über Zuständigkeiten für Gesundheit, gesundheitsrelevante Einstellungen und Handlungsweisen (z. B. die Art und Weise der Ernährung oder der Rahmen der Nahrungsaufnahme wie gemeinsamen Mahlzeiten). Bourdieus Argumentation zufolge führen die frühen Einflüsse im Rahmen der Sozialisation dazu, dass sich die grundlegenden Bestandteile des Habitus nur schwer verändern lassen. Jedoch weisen heutige Erkenntnisse der neurobiologischen Hirnforschung darauf hin, dass Lernen und Veränderungen ein Leben lang möglich sind (Quarks & Co 2019; Heinemann 2015;

Hüther 2017; Hüther 2011a). Bourdieu betont immer wieder, dass der Habitus auf Erfahrungen beruht und das bedeutet, dass neue und andere Erfahrungen den Habitus verändern können. Die Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata des Habitus sind ein tief verinnerlichtes Regelsystem, das über Sozialisationsprozesse erlernt und in der Auseinandersetzung mit, gegen und durch eigene Erfahrungen in sozialen Feldern aktualisiert, modifiziert und erweitert werden kann. Dies gilt in Bezug auf Gesundheit und für die Zusammenhänge mit den Interaktionen im Feld. Hier ist die soziale Lerntheorie¹⁹ nach Bandura (1979) zu nennen, welche die wechselseitige Beeinflussung von Person und Umwelt betont. Die aktive Auseinandersetzung mit einer Umwelt, die den individuellen Bedürfnissen nur teilweise entspricht (Schnabel 2001). Da die Lernfähigkeit, gemäß der sozialen Lerntheorie über die gesamte Lebensspanne besteht (Schnabel 2001), entstehen so auch Veränderungen von Persönlichkeitsmerkmalen.

Die Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata des Habitus dienen nach Bourdieu auch der Orientierung in der sozialen Welt. Speziell in den (Praxis-) Feldern (s. 2.3.1.3) und beim Entwickeln von angemessenen Praktiken. Dies bezeichnet Bourdieu (1993) als 'Alltagsverstand'. Im Praxisfeld Familie wurde schon immer Alltagswissen zu Krankheit und Gesundheit vor dem Eintritt ins professionelle medizinische System genutzt, um Krankheiten zu bewältigen, Symptome zu behandeln oder Gesundheit zu fördern (vgl. Faltermaier 2016; Schnabel 2014; Schnabel 2010; Flick 1998). Die Bedeutung des gesundheitsbezogenen Alltagswissens wurde jedoch mit zunehmender Etablierung der Medizin und weiteren therapeutischen Experten immer weiter zurückgedrängt (Flick 1998). Gesundheit wurde und wird so zu einem Gegenstand im Wettbewerb – im Feld Gesundheit – zwischen medizinischen Experten und Laien (Eltern), in der Auseinandersetzung um Alltagswissen und professionellem Wissen zu Gesundheit.

Sowohl der Habitus als auch die Handlungs- und die Kapitaltheorie Bourdieus hängen eng zusammen und ermöglichen es, das Bedingungsgefüge des sozialstrukturellen Raums, soziale und gesundheitliche Ungleichheit sowie gesundheitsrelevante Handlungsschemata nachvollziehen zu können. Um den Habitus in seinen Beziehungszusammenhängen in der Praxis einzuordnen, entwickelte Bourdieu folgende Formel: „(*Habitus x Kapital*) + *Feld* = *Praxis*“ (Bourdieu 1987, 175), um so die zusammenwirkenden Kräfte im sozialen Raum sichtbar zu machen.

Im Folgenden wurde die Kapitaltheorie Bourdieus in einem theoretisch rückgebunden Schritt auf Gesundheit angewandt.

¹⁹ Unter sozialem Lernen wird im Sinne Banduras „(...) die Aneignung und Verarbeitung von Normen, Erwartungen und Regeln der sozialen und kulturellen Umwelt“ (Hurrelmann 2006, 65) verstanden.

2.3.1.5 Die Kapitaltheorie Bourdieus – Bezüge zu Gesundheit

Die Kapitaltheorie Bourdieus basiert auf der Annahme der Ungleichverteilung verfügbarer Kapitalformen und Kapitalressourcen im sozialen Raum. Kapital ist nach Bourdieu „akkumulierte Arbeit, entweder in Form von Material oder in verinnerlichter, »inkorporierter« Form.“ (Bourdieu 2005a, 49). Dabei unterscheidet er ökonomisches-, kulturelles und soziales Kapital, welches Menschen in unterschiedlicher Art und Weise zur Verfügung steht. Die Akkumulation von Kapital (Kapitalanhäufung) findet in ökonomischen, kulturellen und sozialen Austauschprozessen statt. Die Verfügbarkeit der Kapitalressourcen dient den Akteuren zur Positionierung im sozialen Raum. Dies kann darauf hinweisen, unter welchen Sozialisationsbedingungen sich sowohl die GRR als auch der SOC im Sinne der Salutogenese entwickelt. Bourdieus Kapitalverständnis geht über ein rein ökonomisches Verständnis hinaus, um die Machtverhältnisse in der Gesellschaft sowie unterschiedliche Teilhabe und Aneignungsmöglichkeiten von Gütern und Werten zu berücksichtigen. Für unterprivilegierte Milieus sind durch Mechanismen ungleich verteilter politischer und symbolischer Macht, die Chancen, verschiedene Kapitalarten zu erwerben eingeschränkt (Vester 2009). Gleichzeitig können, wie im Folgenden aufgezeigt wird, alle Kapitalformen als gesundheitsrelevante Ressourcen im Sinne der Salutogenese gesehen werden.

Unter **ökonomischem Kapital** werden nach Bourdieu (1983) alle verfügbaren finanziellen Ressourcen und andere direkt in monetäre Mittel umwandelbare Güter verstanden, welche zur jeweiligen Positionierung im sozialen Raum beitragen. Besonders gut eignet sich ökonomisches Kapital zur Institutionalisierung als Eigentumsrecht (Bourdieu 1983). Die Investition ökonomischen Kapitals in Gesundheit kann auf verschiedenen Ebenen gesehen werden, wie z. B. die Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen für:

- eine private Krankenversicherung oder Krankenzusatzversicherungen,
- gesundheitsrelevante Kurse und Angebote der Krankenkassen,
- individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) als Angebote in Arztpraxen,
- Nahrungsmittel (Fertiggerichte versus frisches Obst und Gemüse),
- oder einen bestimmten Wohnort und Wohnraum.

Die Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata des Habitus und besonders das inkorporierte kulturelle Kapital spielen eine Rolle, wenn es darum geht, ökonomische Ressourcen gesundheitsrelevant zu nutzen. Bei geringeren ökonomischen Ressourcen können beispielsweise von Krankenkassen angebotene gesundheitsrelevante Kurse auch nur genutzt werden, wenn ausreichend monetäre Mittel zur Verfügung stehen, um die zusätzlichen Kosten zu tragen. Ähnlich

verhält es sich mit Beiträgen für Sportvereine oder dem Kauf von heimischem Obst und Gemüse der Saison. Aber auch andere im Habitus verankerte Gründe, z. B. ein bestimmtes Körperschema, können dagegen sprechen ökonomische Ressourcen gesundheitsrelevant einzusetzen. Entsprechend kann das in Bezug auf die Freizeitgestaltung, den Umgang mit Nahrungsmitteln, Bildung, den Wohnort oder den Wohnraum gelten.

Eine weitere wichtige Ressource zur Positionierung im sozialen Raum ist, neben sozialem und ökonomischem Kapital, das **kulturelle Kapital**. *„Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Kultur gründet darin, dass kulturelles Kapital (...) zwischen den sozialen Klassen ungleich verteilt ist und somit objektive Ungleichheitsrelationen mitkonstituiert.“* (Schwingel, 2009, 118). Kulturelles Kapital ist als die Gesamtheit aller nicht ökonomischen, wertbesetzten Objekte, wertgebundene Merkmale, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu sehen, die im Besitz eines Individuums zur eigenen sozialen Positionierung wirksam sind (Abel et al. 2009). Es schließt Bildung ein (Allgemeinbildung, Lesekompetenz, Sprachverständnis, Ausdruck, Gesundheitswissen, etc.), denn diese hat Auswirkungen auf das soziale Beziehungsnetz.

Das in der Familie zur Verfügung stehende kulturelle Kapital unterscheidet sich je nach Existenzbedingungen in unterschiedlichem Ausmaß. Dies betrifft sowohl den Zeitpunkt des Beginns der Übertragungs- und Akkumulationsprozesse als auch die Fähigkeit den kulturellen Anforderungen eines langanhaltenden Aneignungsprozesses gerecht zu werden (Bourdieu 2006). Mit dem kulturellen Kapital ist auch *„ein bestimmter Ethos, ein System impliziter und tief verinnerlichter Werte, das u. a. auch die Einstellungen zum kulturellen Kapital (...) entscheidend beeinflusst“* (Bourdieu 2006, 26) verbunden. Bezogen auf Gesundheit sind mit kulturellem Kapital unter anderem gesundheitsrelevante Wertevorstellungen verbunden. Beispielsweise können das, Vorstellungen vom und Einstellungen zum eigenen Körper oder die Inanspruchnahme des medizinischen Versorgungssystems sein (Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen). Des Weiteren sind damit das jeweilige Selbstwertkonzept, das Selbstbewusstsein, das Selbstwirksamkeitsgefühl und kommunikative Kompetenzen im Beziehungsgefüge einer Gesellschaft verbunden. Dazu gehören auch Einstellungen zu Gesundheit als Bestandteil des täglichen Lebens und gesundheitsrelevante Handlungsweisen, die als kulturelles Kapital zu verstehen sind. In Familien gehören zudem grundlegende Einstellungen zu Kindern oder zur Kindererziehung und zur Wertevermittlung in der Familie dazu. Wertvorstellungen der Eltern stehen dabei in Abhängigkeit zur jeweiligen Schul- und Allgemeinbildung. Als ein entscheidender Ausgangspunkt für diese Einstellungen können elterliche Gesundheitsvorstellungen gesehen werden, die Eltern durch die soziale Praxis der Familie an ihre Kinder weitergeben. Nach

Bourdieu (2005a) findet ohne Zeitverlust in der frühen Kindheit die Anhäufung von kulturellem Kapital ausschließlich in der Familie statt. Dabei haben die Sozialisationsbedingungen einen erheblichen Einfluss darauf, wie viel kulturelles Kapital angehäuft werden kann. Die Voraussetzung zur schnellen und mühelosen Aneignung jeglicher Art von nützlichen Fähigkeiten ist, dass die Familie über ein so starkes Kulturkapital verfügt, sodass die gesamte Zeit der Sozialisation gleichzeitig eine Zeit der Akkumulation ist (Bourdieu 2006; Bourdieu 2005a). Die Verbindung ist darin zu sehen, dass ein Individuum die Zeit für die Anhäufung von kulturellem Kapital nur so lange ausdehnen kann, wie ihm seine Familie, eine „von ökonomischen Zwängen befreite Zeit garantieren kann“ (Bourdieu 2006). Für Kinder sind dementsprechend die Aneignungs- und die Akkumulationsmöglichkeiten von gesundheitsrelevanten Fähigkeiten, Werten, Einstellungen etc. auch abhängig von den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln (in Form von Zeit, die durch monetäre Mittel möglich wird) und dem gesundheitsrelevanten kulturellen Kapital, das der Herkunftsfamilie zur Verfügung steht. Bourdieu (1983) spricht insbesondere von der nutzbaren Zeit, die die Mutter in Form von freier Zeit zur Verfügung hat, um die Weitergabe kulturellen Kapitals an die Kinder zu ermöglichen. Heute ist es sicherlich nicht nur die der Mutter zur Verfügung stehende Zeit, sondern auch die des Vaters. Dass Kinder, deren Eltern über weniger Bildung verfügen in vielerlei Hinsicht benachteiligt sind, ist bekannt. Die Ergebnisse der länderübergreifenden Studie von Dotti Sani & Treas (2016) weisen auf einen Nachteil für Kinder aus niedrigeren sozialen Gruppen/Klassen hin, den bereits Bourdieu aufzeigte. Im Allgemeinen widmeten sich bildungsnahe Mütter und Väter länger der täglichen Kinderbetreuung als weniger bildungsnahe Eltern, was laut Dotti Sani & Treas (2016) darauf hindeutet, dass neue 'Väterideale' unter gebildeten Männern weiter verbreitet sind. Eltern mit einem höheren Bildungsstand sind sich bewusster, über die Entwicklungserfolge ihrer Kinder durch die Elternzeit zudem bestätigen die intensiven Erziehungspraktiken ihren privilegierten sozialen Status wodurch sie sich von Eltern in niederen sozialen Schichten unterscheiden (Dotti Sani & Treas 2016).

Kulturelles Kapital ist grundsätzlich körpergebunden und setzt Verinnerlichung voraus. Aus dieser Tatsache lassen sich viele Eigenschaften des kulturellen Kapitals ableiten (Bourdieu 2005a). Bourdieu unterscheidet kulturelles Kapital in drei Teilformen:

- inkorporiertes/verinnerlichtes,
- objektiviertes
- und institutionalisiertes Kulturkapital.

Inkorporiertes Kulturkapital in Form von dauerhaften inkorporierten individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen (Bildung), ist ein Besitz, der zu einem festen Bestandteil des Individuums – zum Habitus geworden ist. Aus „Haben“ ist „Sein“ (Bourdieu 2005a, 56) geworden. Inkorporiertes und verinnerlichtes Kulturkapital kann nicht durch Schenkung, Vererbung, Kauf oder Tausch kurzfristig weitergegeben werden, sondern nur durch soziale Vererbung (Bourdieu 2005a). In der Familie wird im Verlauf des Sozialisations- und Erziehungsprozesses, mehr indirekt als direkt, kulturelles Kapital vermittelt. Inkorporiertes Kapital bleibt dabei von den Umständen seiner ersten Aneignung geprägt (Bourdieu 2006). Der Einfluss der Herkunftsfamilie im Sozialisationsprozess und das Aufwachsen in einer bestimmten sozialen Gruppe sind als grundlegende Bedingungen anzusehen, die mit darüber entscheiden, ob das Erlernen von Fähig- und Fertigkeiten dem jeweiligen Individuum leicht, schwer, fast unmöglich sind (Fuchs-Heinritz & König 2005) oder unmöglich gemacht werden. In Verbindung mit Gesundheit, bezieht sich das auch auf Gesundheits- und Krankheitskompetenz oder gesundheitsrelevante Fähig- und Fertigkeiten sowie gesundheitsrelevante Wertevorstellungen, die Kinder in der Herkunftsfamilie bewusst und unbewusst erleben und erlernen. So betrachtet findet sich inkorporiertes Kulturkapital in der Komponente Handhabbarkeit des SOC wieder. Die erlernten Fähigkeiten und Kompetenzen ermöglichen positive Erfahrungen der Bewältigung und fördern das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Die Akkumulation von Kultur in inkorporiertem Zustand setzt einen Verinnerlichungsprozess voraus, der (wie Unterrichts- und Lernzeit) Zeit kostet (Bourdieu 2005a). Die Zeit muss persönlich investiert werden, da die Inkorporation nicht durch eine andere Person erfolgen kann. *„Wer am Erwerb von Bildung arbeitet, arbeitet an sich selbst, er bildet sich“* (Bourdieu 1987, 187). Dies weist darauf hin, dass auch gesundheitsbezogenes Wissen, also auf Wissen basierende Gesundheitskompetenzen Individuen nicht mal eben 'eingeflößt' werden kann. Dieses Wissen muss mithilfe von persönlichem Zeitaufwand inkorporiert werden, damit sich daraus anwendbare, dauerhafte individuelle gesundheitsrelevante Fähigkeiten und Kompetenzen entwickeln können.

Objektiviertes Kulturkapital besteht in Form von kulturellen Gütern, Bildern, Büchern, Lexika, Maschinen usw. (Bourdieu 2006). Dabei handelt es sich sowohl um individuelles kulturelles Kapital als auch um kulturelle Güter einer Gesellschaft, die sich aus bestimmten Theorien und deren Kritiken oder Problemen entwickelt haben und daher objektiviert sind (Bourdieu 2006; Abel et al. 2009). Das Recht auf Gesundheit und die sozialversicherungsrechtlichen Strukturen des Staates (z. B. Absicherung des Lebensstandards durch die Renten-, Arbeitslosen-, und Krankenversicherung) können somit zum objektivierten Kulturkapital

einer Gesellschaft gerechnet werden. Objektiviertes Kulturkapital, in Form von sozialversicherungsrechtlichen Strukturen, steht in enger Beziehung zum sozialen, institutionalisierten und symbolischen Kapital einer Gesellschaft. Die kulturellen Fähigkeiten und Kompetenzen von Individuen, um objektiviertes Kulturkapital nutzen zu können, beispielsweise um ein Gemälde zu genießen, oder eine Maschine zu bedienen, liegt im inkorporierten Kulturkapital begründet (Bourdieu 2006). Bezogen auf Gesundheit bedeutet dies, nicht allein die Verfügbarkeit von Lexika, Ratgebern, Zeitungen, einem PC oder gesundheitsrelevanten Dienstleistungen in Familien begründet kulturelles Kapital, sondern damit verbunden sind persönliches Wissen und die angewandten Nutzungsoptionen. Letzteres betrifft beispielsweise die Suche nach gesicherten gesundheitsrelevanten Informationen z. B. im Internet, in Beratungsstellen, Ratgebern und Kursen. Dies kann aber auch die Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung betreffen, das Aufsuchen einer Ärztin/eines Arztes oder die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Kulturelle Güter können auch materiell angeeignet werden. Die materielle Aneignung von objektiviertem Kulturkapital setzt jedoch ökonomisches Kapital voraus (Bourdieu 2006), z. B. in Form eines Computers, dem Zugang zum Internet, Beiträge für einen Sportverein, einen Fitnessklub, Sportgeräte, den Eintritt ins Schwimmbad, die Sauna und die Finanzierung von IGeL-Leistungen. Ebenso gehört ausreichender Wohnraum mit Rückzugsmöglichkeiten für die einzelnen Familienmitglieder und Zeit für die Kinder dazu. Der Aneignungsprozess von objektiviertem Kulturkapital wird maßgeblich von dem in der gesamten Familie verkörperten kulturellen Kapital vermittelt (Bourdieu 2006). Diese Vermittlung ist unter anderem vom verallgemeinerten Arrow-Effekt abhängig. Die Gesamtheit der Kulturgüter (Bilder, Denkmäler, Maschinen, Kunstgegenstände usw.) bewirken insbesondere dann, wenn sie ein Teil der Herkunftsumgebung sind, allein durch ihr Vorhandensein einen Erziehungseffekt (Bourdieu 2006). Dies betrifft ebenso gesundheitsrelevante Kulturgüter.

Institutionalisiertes Kulturkapital besteht meist in, durch Bildungstitel (institutionelle Anerkennung durch schulische oder akademische Titel), legitimierter²⁰ Form. Diese Titel bescheinigen dem Inhaber wertgeschätzte, kulturelle Ressourcen und Kompetenzen (Bourdieu 2006). Die offiziell anerkannte und garantierte Kompetenz unterscheidet sich vom einfachen Kulturkapital, „*das unter ständigem Beweiszwang steht*“ (Bourdieu 2006, 119). Mit der Institutionalisierung ist die Macht verbunden Menschen zu veranlassen etwas anzuerkennen und somit sozial zu akzeptieren (Bourdieu 2006). Beispielsweise kann sich dies auf den Titel Doktor der

²⁰ Legitim ist, im Verständnis Bourdieus, eine sozial geteilte Beurteilung (Fuchs-Heinritz & König 2005).

Medizin beziehen. Selbst dann, wenn eine Ärztin/ein Arzt den Titel nicht besitzt, wird ihr, respektive ihm, im Allgemeinen institutionalisiertes Kapital in Form eines Bildungstitels zugestanden. Die zur Verfügung stehenden ökonomischen Ressourcen entscheiden mit darüber, ob ein Bildungstitel erworben werden kann. Bourdieu (2006) beschreibt den Bildungstitel als Produkt einer Umwandlung von ökonomischem Kapital in kulturelles Kapital. Aufgrund dessen ist der kulturelle Wert von Titelinhaber*innen unzertrennlich mit einem Geldwert verbunden. Auf dem Arbeitsmarkt kann der Titel wiederum in ökonomisches Kapital 'getauscht' werden (Bourdieu 2006). Hierin werden Hinweise auf Abgrenzungen zu Menschen deutlich, deren Möglichkeiten zum Erwerb eines Bildungstitels z. B. aus finanziellen Gründen eingeschränkt sind. Dadurch entstehen Chancenungleichheiten, die sich teilweise auf Unterschiede im Besitz von kulturellem beziehungsweise Bildungskapital zurückzuführen sind. Institutionalisiertes Kulturkapital kann nach Abel et al. (2009) aber auch bei der Durchsetzung gesundheitsbezogener Interessen hilfreich sein. Beispielsweise gehen die Autoren davon aus, dass eine Bürgerinitiative zur Verkehrsberuhigung im Stadtteil mehr politische Akzeptanz erfährt, wenn die Vertreter*innen der Bürgerinitiative Inhaber*innen eines höheren Bildungstitel sind (Abel et al. 2009). Ähnliches gilt auch für die Durchsetzung von Kinderspielplätzen oder Freizeitangeboten für Kinder und Jugendliche. Dies kann aber auch darauf zutreffen, wer festlegt, was unter Gesundheit verstanden werden soll, wie Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt werden soll oder wer für Gesundheit verantwortlich ist. Das System der Sozialversicherung kann als objektiviertes Kulturkapital mit einer engen Beziehung zum institutionalisiertes Kulturkapital gesehen werden.

Soziales Kapital basiert auf Beziehungen und Gruppenzugehörigkeit (Bourdieu 2011). Es ist die Gesamtheit der aktuellen und potenziellen Ressourcen, welche mit einem Netz für persönliche Zwecke mehr oder weniger institutionalisierter Kontakte und Beziehungen des gegenseitigen Kennens oder Anerkennens verbunden sind (Bourdieu 2005a). Soziales Kapital geht aus der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe (z. B. Familie, Verwandtschaft, Alumni, Kolleg*innen, Gewerkschaften, Nachbar*innen, Mutter-Kind-Gruppen, Kochclubs, Sportvereine, Fitnessstudios etc.) hervor und ist durch gemeinsam geteilte Werte und Normen geprägt. Dabei verleiht das Gesamtkapital den einzelnen Gruppenmitglieder Sicherheit. Voraussetzung für die gegenseitige Anerkennung ist das Anerkennen eines Minimums von „objektiver Homogenität“ (Bourdieu 1983, 192). Der sprachliche Umgang und die Sprechweisen können dem sozialen Kapital zugerechnet werden, da diese auf eine bestimmte Aneignung hinweisen und damit auf die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe verweisen (Bourdieu 2005a). Soziales

Kapital bietet die Möglichkeit andere um Hilfe, Rat oder Informationen zu bitten, sowie die Möglichkeit von Durchsetzungschancen, die sich aus der Gruppenzugehörigkeit ergeben (Fuchs-Heinritz & König 2005).

Sozialkapital kann bei Problemen und Schwierigkeiten direkt, indirekt, materiell und/oder emotional unterstützend in Familien wirken. Beispielsweise durch:

- eine Unterstützung bei der Kinderbetreuung,
- eine Entlastung und Unterstützung, wenn ein erkranktes Familienmitglied in der Familie gepflegt wird,
- den Umgang mit Krankheitssymptomen,
- den Austausch über gesundheitsrelevante Informationen, die dann wieder vom kulturellen Kapital abhängig sind,
- das Gefühl Unterstützung erhalten zu können, wenn diese benötigt wird.

Sozialkapitalbeziehungen können auch auf sozialer Bindung und Freundschaft beruhen. Deren Grundlage besteht darin, um seiner selbst willen wahrgenommen zu werden und angenommen zu sein, wie z. B.:

- Gruppenzugehörigkeit, die Sicherheit und Unterstützung bietet,
- Menschen, mit denen man lacht, Spaß und Freude hat und mit denen man weinen und traurig sein kann,
- Menschen, mit denen man gemeinsam etwas in der Freizeit, im Urlaub usw. unternimmt und in deren Gesellschaft man sich wohlfühlt,
- geliebt und gemocht zu werden, Zuneigung erfahren und Dankbarkeit.

So gesehen kann soziales Kapital dem SOC (der Komponente Handhabbarkeit) zugeordnet werden. Das Gefühl der Handhabbarkeit bezeichnet die Wahrnehmung geeigneter Ressourcen, die von anderen Personen ausgehen können.

Das Beziehungsnetz ist nach Bourdieu (2005a) ein Produkt individueller oder kollektiver Investitionsstrategien, die bewusst oder unbewusst auf die Schaffung und Erhaltung von Sozialbeziehungen ausgerichtet sind und früher oder später einen Nutzen versprechen. Die Möglichkeit bei Bedarf Unterstützung zu erhalten oder sich durch einen Hinweis auf eine Mitgliedschaft in einer Gruppe zur Geltung zu bringen, wird durch die gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung erhöht (Fuchs-Heinritz & König 2005). Kennen und Anerkennen sind dabei gleichzeitig Voraussetzung und Ziel des Austausches. Zu Zeichen der Anerkennung werden laut Bourdieu (2005a), die ausgetauschten Dinge durch den Austausch. Mit der gegenseitigen Anerkennung und aufgrund der damit implizit verbundenen Anerkennung der Gruppenzugehörigkeit, wird die Gruppe reproduziert und gleichzeitig werden die Grenzen der Gruppe bestätigt. Die Vorteile, die sich aus der Zugehörigkeit zu einer Gruppe ergeben, sind gleichzeitig Grundlage für

die Solidarität, die diese Vorteile ermöglichen. Das heißt aber nicht, dass diese Vorteile immer bewusst angestrebt werden (Bourdieu 2005a). Sozialkapitalbeziehungen können gesellschaftlich institutionalisiert und garantiert werden, z. B. durch die Übernahme eines gemeinsamen Namens. Dieser deutet auf die Zugehörigkeit zu einer Familie, einer Schule, einer Partei, einem Verein oder eine Geschäftsbeziehung (Bourdieu 1983). Das soziale Kapital steht in Beziehung zum objektivierten Kulturkapital. Sozialversicherungsrechtliche Strukturen in Deutschland, sind wie bereits beschrieben als kulturelles Gut, dem objektivierten kulturellen Kapital einer Gesellschaft zuzurechnen. Gleichzeitig sind diese aufgrund der dahinterstehenden Solidargemeinschaft und des Generationenvertrages dem sozialen Kapital zuzurechnen. In der Praxis können Sozialkapitalbeziehungen nur auf Grundlage von materiellen und/oder symbolischen Tauschbeziehungen (Geschenke, Respekt, Anerkennung, Vertrauen, Freundschaft, Mitgliedschaft) vorhanden sein, zu deren Aufrechterhaltung sie beitragen (Bourdieu 2005a; 1983). Bourdieu betont, dass soziales Kapital zum einen durch das Ausmaß des Netzes von Beziehungen besteht, welches jemand in konkreten Situationen mobilisieren kann. Und zum anderen durch den Umfang des ökonomischen, kulturellen und symbolischen Kapitals, welches diejenigen besitzen, mit denen jemand in einer Beziehung steht (Bourdieu 2005a). Die Größe des sozialen Netzes eines Akteurs, hat einen Einfluss auf die daraus resultierenden Profitancen, bei der Reproduktion seines kulturellen und ökonomischen Kapitals. Somit hat soziales Kapital bezüglich der anderen Kapitalformen einen „Multiplikatoreffekt“ (Bourdieu 2005a, 64). Soziales Kapital kann nicht auf ökonomisches oder kulturelles Kapital reduziert werden, dennoch ist es nie völlig unabhängig davon.

Die Reproduktion von Sozialkapital ist laut Bourdieu (2005a) kontinuierliche Beziehungsarbeit, die in Form eines unaufhörlichen Austausches durch gegenseitige Anerkennung immer wieder neu bestätigt werden muss (Höflichkeiten, Besuche, Weihnachtsgrüße, Neujahrswünsche, Mailkontakte, Einladungen zum Essen usw.). Zeit und Geld wird bei der Beziehungsarbeit investiert und damit wieder direkt und indirekt ökonomisches Kapital. Dieser Aufwand lohnt sich nur, wenn Kenntnisse über Beziehungszusammenhänge und zuverlässige Beziehungen (Vertrauen) vorhanden sind sowie die Kunst, das soziale Netz der Beziehungen zu nutzen. Dazu sind im Grunde auch kulturelles Kapital und persönliche Kompetenzen notwendig. Soziales Kapital kann aber auch vererbt werden, daher müssen Träger eines berühmten Familiennamens (Adel, Politiker, Showstars etc.) weniger Beziehungsarbeit leisten. Sie können alle Zufallsbekanntschaften in dauerhafte Beziehungen umwandeln. Da sie bekannt sind, lohnt es sich für andere Menschen sie zu kennen (Bourdieu 2005a). Beziehungsarbeit müssen die

leisten, die zu den Trägern eines berühmten Namens eine Beziehung haben möchten. Soziales Kapital hat daher ebenso wie ökonomisches Kapital einen distinktiven Faktor, der zu sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit beitragen kann. Dieser liegt darin begründet, dass wahrscheinlich einerseits zwischen den sozialen Klassen/Gruppen/Schichten und Individuen das Beziehungstalent nicht gleich verteilt ist (Bourdieu 2005a) und andererseits sich das Beziehungsnetz in der Regel nicht weit über die jeweiligen Klassengrenzen hinausbewegt. Aufgrund der sozialräumlichen Distanz ist davon auszugehen, dass sich das soziale Beziehungsnetz von Individuen meist nur auf die eigene soziale Klasse/Gruppe erstreckt. Angehörige prekärer Klassen/Gruppen werden beispielsweise seltener gesundheitsrelevante Informationen mit Angehörigen der oberen Bildungsklasse austauschen. Auch der Profit, den Angehörige prekärer Gruppen aus sozialen Beziehungen ziehen können, ist aus der Perspektive von Angehörigen anderer Klassen als eingeschränkt anzusehen, wie z. B. die Möglichkeit auf schulische Nachhilfe durch Bekannte mit entsprechenden Kompetenzen zurückgreifen zu können. Angehörige prekärer sozialer Gruppen haben in der Regel keinen entsprechenden Bekanntenkreis. Ein Austausch von gesundheitsrelevanten Informationen zwischen verschiedenen sozialen Gruppen kommt z. B. im Arzt – Patienten Kontakt vor. Aufgrund unterschiedlicher Sprechweisen kann unter anderem die Gruppen-/Klassenzugehörigkeit einerseits erkannt werden und andererseits kann es auch zu Missverständnissen kommen, denen unterschiedliche Sprachcodes zugrunde liegen (z. B. Ärztin/Arzt, Patient*in/Laie). Mangelnde gegenseitiger Anerkennung, bedingt durch die unterschiedliche Gruppenzugehörigkeit (z. B. informierte/mündige Patient*in, Ärztin/Arzt), kann dazu führen, dass der Austausch nicht anerkannt wird (vgl. Vester 2009). Soziales Kapital ist durch das Kriterium der Anerkennung gekennzeichnet und weist auf symbolisches Kapital.

Das **symbolische Kapital** ist keine „besondere Art Kapital, sondern das, was aus jeder Art von Kapital wird“ (Bourdieu 2001, 311) und hat eine übergeordnete Rolle. Symbolisches Kapital ist auf gesellschaftlicher Ebene angesiedelt und bezeichnet die Formen, welche die verschiedenen Kapitalarten annehmen, wenn sie von sozialen Akteuren als legitim wahrgenommen und anerkannt werden (Bourdieu 1987; 2011). Mit symbolischem Kapital wird das Ansehen, das Prestige also der 'gute' Ruf einer Person in der Gesellschaft bezeichnet. Symbolisches Kapital wird überall benötigt, jedoch vor allem in der Wissenschaft, der Politik, der Religion, der Kunst und in den Massenmedien geschaffen (vgl. Feldmann 2006). Sowohl das ökonomische als auch das kulturelle und das soziale Kapital neigen in unterschiedlichem Ausmaß dazu, als symbolisches Kapital aufzutreten. Damit meint Bourdieu (2001; 2004) die Effekte, die symbolisches Kapital durch ausdrückliche

oder praktische Anerkennung, als legitim anerkannte aktuelle oder potenzielle Kraft, Macht oder Fähigkeit erreicht. In diesem Zusammenhang ist das wichtige Konzept, der symbolischen Macht zur Durchsetzung der Anerkennung von Macht zu nennen, die mittels Machtdemonstrationen durch bloßes Vorzeigen erreicht wird (Wacquant 2017). Dazu ist die Akkumulation von symbolischem Kapital notwendig. Die Anhäufung symbolischen Kapitals vollzieht sich als Kampf um soziale Anerkennung (vgl. Helmert 2000). Dabei spielen alle Kapitalarten eine Rolle. Das symbolische Kapital sichert zudem Herrschaftsformen, inklusive der Abhängigkeit von denen, die erlauben beherrscht zu werden (Bourdieu 2001). Die Anerkennung von Herrschaftsformen durch Beherrschte führt dazu, dass Herrschaftsformen erhalten bleiben, und stehen somit in einer gegenseitigen Wechselbeziehung. Das betrifft auch die nach wie vor vorhandene Einteilung der Gesellschaft in soziale Schichten/Gruppen/Klassen sowie die eigene Zuordnung von Menschen zu einer sozialen Klasse/Gruppen/Schicht. Oder eben das in den Dispositionen des Habitus verankerte 'das steht uns zu' der Oberklasse und das 'das ist nichts für uns' der Unterklasse oder das Imitieren und Aneignen der Mittelklasse. Symbolisches Kapital existiert laut Bourdieu (2001) nur in der Wertschätzung, der Anerkennung, dem Glauben, dem Kredit und dem Vertrauen der anderen sowie durch sie und nur so lange, wie an seine Existenz geglaubt wird. Formen der Gewinnung und Erhaltung von Prestige sind in verschiedenen Praktiken von Politiker*innen, Künstler*innen, Sportler*innen, Wissenschaftler*innen, Kino- oder TV-Stars sowie in der Verfügbarkeit von Statussymbolen mit entsprechender Wirkung zu sehen (vgl. Fuchs-Heinritz & König 2005). Bezogen auf ökonomisches Kapital betrifft dies beispielsweise Konsumgüter, mit denen symbolisch repräsentierte soziale Positionen sichtbar werden, wie Kleidung mit Markenlabel, ein Eigenheim, eine Wohnungseinrichtung, eine privilegierte Wohngegend, Autos bestimmter Marken und Modelle, Smartphone Modelle/ -Marken und vieles mehr. Diese Praktiken der unteren, mittleren und herrschenden Klasse dienen dazu den Status zu erhalten, zu verbessern und zu repräsentieren. Wie Bourdieu es beschreibt, die „zur Tugend erhobene Notwendigkeit“ (Bourdieu 1976, 168) der durch soziale und materielle Existenzbedingungen strukturierten Habitus-Formen.

Exkurs: Symbolisches Kapital und ökonomischer Status

Nach der Theorie des norwegisch-amerikanischen Ökonomen und Soziologen Veblen (1899) legen wohlhabende obere Klassen den äußeren Standard für Statusunterscheidung durch übermäßiges Anzeigen ihrer Freizeit und ihrer materiellen Güter fest. Untere Einkommensschichten versuchen in einer nicht vollkommenen und absteigenden Weise sich diese symbolischen Markierungen des

Status anzueignen und so konkurriert jede Klasse mit der nächsthöheren Klasse. Bourdieu folgend kann dies als eine Interaktion in Feldern gesehen werden. Die Theorie Veblens (1899) scheint aktuell zu sein und verweist auf ein tief verinnerlichtes Klassenbewusstsein in den Strukturen des gesellschaftlichen Habitus. Die Aneignung von Statussymbolen auf monetärer Ebene ist einfacher geworden, z. B. privater Krankenzusatzversicherungsschutz oder Champagner, der ebenso wie Markenkleidung im Discounter gekauft werden kann. Zu einem erhofften Statusgewinn führt dies jedoch nicht. Viele Menschen haben allerdings keine anderen Möglichkeiten als im Discounter einzukaufen. Sie können sich auch die 'abgespeckten' Versionen von Statussymbolen finanziell nicht leisten. Diverse Automobilhersteller passen ihr Modelldesign, den als Statussymbolen geltenden Luxuskarossen an (Sportwagen oder SUV – Sport Utility Vehicle). Der Erwerb eines 'angepassten Statussymbols' wird so für ökonomisch schlechter gestellte Menschen eher möglich. Ein Automobilhersteller bewirbt seinen SUV im Jahr 2020 mit den Worten, für alle die kein Statussymbol brauchen und dem geringeren Preis. Die symbolische Markierung des Status bleibt dennoch unvollkommen und absteigend, da eine Anerkennung durch obere Klassen nicht zu erwarten ist. Insbesondere ökologische Gesichtspunkte wie Schadstoffemissionen und Treibstoffverbrauch, die gesundheitsrelevant sind, werden von den wenigsten berücksichtigt. Sweet (2011) sieht aufgrund von Studien, die einen Zusammenhang zwischen dem Besitz und Verbrauch von Konsumgütern sowie Ungleichheit und Gesundheit aufzeigen, Hinweise darauf, dass symbolisches Kapital nicht nur die ökonomische Stellung reflektiert, sondern eine Dimension der sozialen Position ist. Nach Sweet (2011) vermittelt die symbolische Wirkung von Designerkleidung in einem Vorstellungsgespräch Professionalität und trägt so zu einem besseren Berufsstatus bei. Außer Acht lässt sie in Bezug auf Bourdieu, dass sich nur jemand authentisch darin bewegen kann, wenn er dies gelernt hat. Somit ist inkorporiertes Kapital notwendig, um glaubwürdig zu wirken. Eine Reduktion auf den alleinigen Zusammenhang zwischen ökonomischem und symbolischem Kapital erscheint nicht ausreichend. Es gibt verschiedene Mechanismen des symbolischen Kapitals, die einen Einfluss auf Gesundheit haben. Eine Verbindung sieht Sweet (2011) z. B. im Stress, der entsteht, wenn ökonomische Unterschiede und der Druck hoch ist, symbolische Kennzeichen eines höheren Status zu konsumieren. Symbolisches Kapital kann als eine analytische Brücke zwischen den psychosozialen und den objektiven Dimensionen des SES (socioeconomic status) zur Interpretation von gesundheitlicher Ungleichheit gesehen werden (Sweet 2011).

In der Auseinandersetzung mit Gesundheit hat symbolisches Kapital eine hohe Bedeutung. Als Person gesellschaftlich anerkannt zu werden, ist ein knappes Gut, das nicht allen Menschen gewährt wird (Scherr 1997). Außerdem gibt es laut Bourdieu vielleicht keine schlimmere Enteignung, keinen grausameren Verlust als den im symbolischen Kampf um Anerkennung, um Zugang zu einem sozial anerkannten sozialen Sein. *„Die soziale Welt vergibt das seltenste Gut überhaupt: Anerkennung und Ansehen, das heißt einfach Daseinsberechtigung. Sie ist imstande, dem Leben Sinn zu verleihen (...). Weniges ist so ungleich und wohl nichts grausamer verteilt als das symbolische Kapital, das heißt die soziale Bedeutung und die Lebensberechtigung“* (Bourdieu 2001, 309f). Die Erweiterung des symbolischen Kapitals um eine anthropologische Perspektive wird im Spätwerk Bourdieus ersichtlich, so Fuchs-Heinritz & König (2005). Diese verweist auf die Stigmatisierung von sozialen Gruppen z. B. HARTZ-IV-Empfänger*innen, Migrant*innen, Arbeitslose oder Geflüchtete. Durch die Aberkennung von symbolischem Kapital, wird diesen gleichzeitig deren Lebenswert aberkannt (vgl. Fuchs-Heinritz & König 2005). So gesehen hat das symbolische Kapital eine bedeutsame Auswirkung auf die Ausbildung der Komponente Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit des SOC, welches das Leben als wertvoll erscheinen lässt und dem Leben Sinn verleiht. Bezogen auf Gesundheit und Krankheit können aber auch Werte eines Sozialstaates sowohl als kulturelles als auch als soziales Kapital betrachtet werden. Dabei kann die symbolische Wirkung einerseits darin liegen, dass durch Anerkennung des Sozialstaates ein Anspruchserwartung auf Leistungen des Sozialstaates resultiert und andererseits, dass eine Anspruchshaltung besteht, nach der nur denen Leistungen zugestanden werden, die durch Arbeit, 'Leistung gegen Teilhabe' wie Vester (2009) es formuliert, Anspruch auf eine 'legitimierte' Mitgliedschaft im Sozialstaat haben. Oder aber die Anerkennung eines medizinischen Bildungstitels (institutionalisiertes Kulturkapital) verbunden mit der Zuständigkeit für Gesundheit und Krankheit im Wettbewerb zwischen dem professionellen medizinischen System und dem Laiensystem. Familien wird einerseits eine hohe Verantwortung in der Behandlung und Pflege von Familienmitgliedern zugemutet, andererseits erfahren diese Leistungen wenig Anerkennung und Wertschätzung, obwohl gerade diese Leistungen die Gesellschaft auf monetärer Ebene stark entlasten. Bezogen auf Gesundheitsvorstellungen kann sich dies auf elterliche Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit als Bestandteile der Anerkennung (Legitimierung) von gesundheitsbezogenem Wissen und der Anerkennung von Menschen als Experten für ihre eigene Gesundheit auswirken.

2.3.1.6 Der physische Raum als Aneignungsraum von Kindern

Menschen sind laut Bourdieu (1991) als biologisch individualisierte Körper wie physische Gegenstände örtlich gebunden. Nach Bourdieu (1991) ist der angeeignete physische Raum (verdinglichte, verwirklichte bzw. objektivierte Sozialraum) ein Indikator für die Stellung von Akteuren im sozialen Raum. Er spricht davon, dass sich der soziale Raum in Form einer bestimmten Anordnung der Akteure und Eigenschaften in den physischen Raum übersetzt. *„Folglich finden alle Unterteilungen und Unterscheidungen des sozialen Raums (oben/unten, [...] usw.) ihren realen oder symbolischen Ausdruck in dem als dinggewordener sozialer Raum fungierenden physischen Raum“* (Bourdieu 2001, 173). Die Struktur des sozialen Raums wird danach im bewohnten, angeeigneten Raum, in der gebauten Umwelt deutlich, in der Individuen ortsgebunden sind. Der physische Raum ist dabei der sichtbare Ausdruck gesellschaftlicher Ungleichheitsverhältnisse. Er kann aufgrund unterschiedlichster Faktoren als privilegiert oder sozial depriviert²¹ angesehen werden. Deprivierte Gebiete gibt es insbesondere am Ballungsrand vieler Großstädte, jedoch zunehmend auch im innerstädtischen Bereich kleinerer Städte. In der Außenwahrnehmung kann der physische Raum z. B. durch Wohnungsleerstände, Verwahrlosung, mangelnde Infrastruktur und Umweltdefizite, als depriviert wahrgenommen werden (vgl. Hornberg & Pauli 2006). Unter Umweltdefiziten sind Schadstoffbelastungen (Luft, Wasser, Boden) im Wohnumfeld und in Wohnungen (Schadstoffbelastungen durch Baumaterialien, Schimmelpilzbefall etc.) zu verstehen, die immer Konsequenzen mit sich bringen und krank machen können. Insbesondere die Wahrnehmung deprivierter Gebiete kann im Hinblick auf das symbolische Kapital (Bourdieu 2001) gesundheitsrelevant sein, da das äußere Erscheinungsbild auf Ab- und Ausgrenzungen gegenüber anderen sozialen Gruppen hinweist. Mit der Struktur des physischen Raumes werden nicht nur Ungleichheitsverhältnisse sichtbar, gleichzeitig wird ersichtlich, dass die Verteilung von Ressourcen und Belastungen bzgl. des Wohnbereichs und des Wohnumfeldes berücksichtigt werden müssen (vgl. Baumeister & Hornberg 2016; Hornberg & Pauli 2006). Nach Bourdieu (2005b) konkretisieren sich die Aneignungschancen, bezüglich der mit einem bestimmten Wohnort verbundenen materiellen oder kulturellen Güter oder Dienste (Bildungs-, Gesundheits-, Kultureinrichtungen etc.), nach ihren jeweiligen Aneignungsfähigkeiten und Aneignungsmöglichkeiten. Dazu gehören auch naturnahe Flächen wie Grünräume, Parks, Baumbestände, Gewässer, Bewegungsräume etc., – Freiräume – im städtischen und ländlichen Bereich, in denen Kinder und Jugendliche naturnahe Erfahrungen machen können. Für Kinder und Jugendliche stellt die Auseinandersetzung mit

²¹ Mit sozialer Deprivation wird jede Form sozialer Ausgrenzung bezeichnet.

der materiellen und immateriellen Umwelt in öffentlichen Räumen einen komplexen Prozess dar, der mit dem Begriff Aneignung beschrieben wird (Deinet & Krisch 2005). Dabei entdecken Kinder und Jugendliche die räumliche Umwelt für sich, die sie zu gestalten versuchen, um sich zu erleben und zu erfahren (Böhnisch 2003). Dementsprechend wachsen Kinder im sozial depriviert physischen Raum unter sozial ungünstigen Bedingungen auf. Die strukturbezogenen Dimensionen beziehen sich auf die strukturellen Bedingungen, wie möglicherweise Einschränkungen des Handlungsraumes (Deinet & Kirsch 2005). Dies sind vorhandene oder fehlende Rückzugsmöglichkeiten wie ein eigenes Zimmer, Grünflächen (s. vertiefend Anhang 1: Grünflächen und Freiräume in Kölner Stadtteilen), Parks etc. die das Aneignungsverhalten von Kindern beeinflussen. Innerstädtische Grünflächen aber auch die Struktur des Stadtteils, Spielflächen und die Bebauungsdichte spielen im physischen Raum ebenso eine Rolle, wie die sich über Politik, Institutionen und Erwachsene (Eltern) ergebenden Nutzerdefinitionen (vgl. Völker & Kistemann 2013; Hornberg & Pauli 2006; Deinet & Kirsch 2005). Entscheidende Faktoren für die Nutzung öffentlicher Räume oder die Gruppenorientierung von Kindern und Jugendlichen sind familiäre Unterstützung und Rückzugsmöglichkeiten (Deinet & Krisch 2005). Der Sozialraum nach Bourdieu und der physische Raum stehen dabei in einer Wechselbeziehung zueinander. Angehörige sozial benachteiligter Gruppen können aus verschiedenen Gründen von innerstädtischen Grünflächen im Wohnumfeld profitieren, weil diese das soziale Miteinander fördern (Brei & Hornberg 2009). Zudem wirkt im Alltag der Aufenthalt im Grünen oder in der Natur positiv auf das aktuelle subjektive Wohlbefinden (s. MacKerron & Mourato 2013). Coldwell und Evans (2018) kommen zu dem Schluss, dass der Zugang und häufige Besuche von innerstädtischen Grünflächen sich positiv auf das psychische Wohlbefinden auswirken. Das Erreichen eines hohen Wohlbefindens erfordert den Zugang zu ländlichen Räumen und nicht nur zu städtischem Grünraum (Coldwell & Evans 2018).

2.3.2 Theoretische Verknüpfung der Theorien Bourdieus mit dem SOC

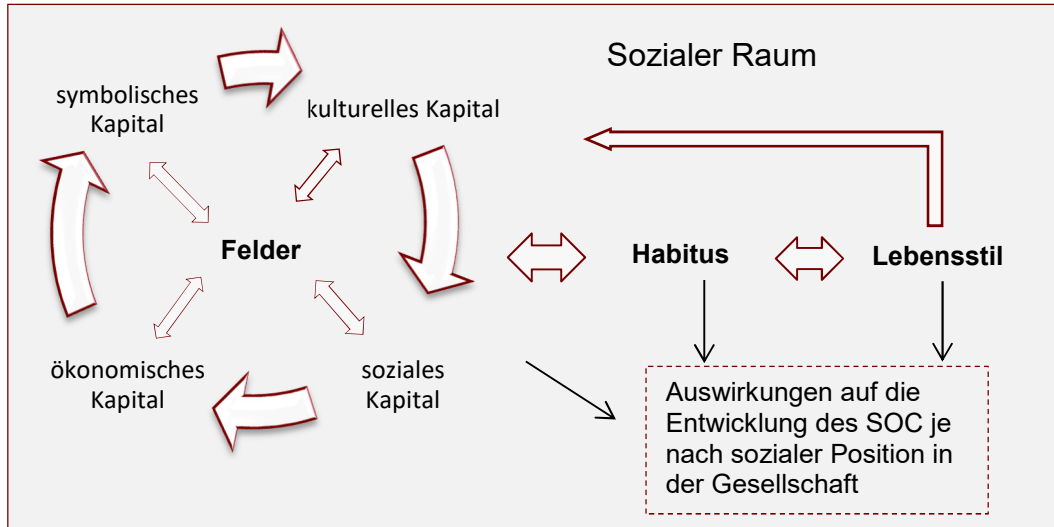
Mit der Sozialraumtheorie und die damit verbundene Berücksichtigung von Habitus, Kapitalarten, Lebensstil und den Praktiken der täglichen Lebensführung geht Bourdieu von der Annahme aus, dass soziale Strukturen und Prozesse relational verbunden sind. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ermöglichen die Theorien Bourdieus, Lebensstile und gesundheitsbezogene Handlungsweisen von Menschen nachzuvollziehen, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören. Bourdieu macht deutlich, dass Handlungsweisen größtenteils auf ad hoc

verfügbare, routinierte Kenntnisse, Erfahrungen und Praktiken zurückzuführen sind, die meist unreflektiert durchgeführt werden, ohne das darüber explizit nachgedacht werden muss. Gleichzeitig wird nicht ausgeschlossen, dass die Logik der Alltagspraxis nicht ohne Absicht oder bewusst motiviert ist. Jedoch weisen Bourdieus Theorien darauf hin, dass die Logik der Praxis meist außerhalb der bewussten Kontrolle funktioniert. Gesundheitsbezogenes Handeln kann dabei als ein Teil der impliziten, routinierten alltäglichen Logik des Lebens betrachtet werden. Der Bruch zwischen der Logik der Alltagspraxis, das gesundheitsbezogene Wissen von Menschen und der gesundheitsbezogene Lebensstil, in dem dieses Wissen im Alltag umgesetzt oder nicht umgesetzt wird, werden damit nachvollziehbar. Die Habitus-Konstruktion Bourdieus zeigt eine individuelle Seite auf, die verschiedenen gesellschaftlichen Einflüssen unterliegt. Gleichzeitig zeigt sich, dass er einen gesellschaftlichen Habitus konstruierte. Die Habitus-Konstruktion nach Bourdieu hat eine vermittelnde Funktion, stellt eine Relation zwischen Individuum und Gesellschaft her und weist auf unterschiedliche Habitus-Formen verschiedener sozialer Gruppen/Klassen in einer Gesellschaft hin. Unter Einfluss aller Kapitalformen entwickelt sich der Habitus im sozialen Raum von der Kindheit an, im Rahmen der Sozialisation. Zunächst in der Familie, gefolgt von der Sozialisation in der Peer Group, der Kita und der Schule. Durch neue Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens in Feldern macht, kann sich der Habitus verändern. Der Habitus muss sich sogar verändern oder anpassen, um in anderen Institutionen handeln und bestehen zu können. Insbesondere in der frühen Kindheit hat die Familie einen entscheidenden Einfluss auf die Erfahrungen, die ein Kind macht. Bourdieu betrachtet die Familie als 'Raum der Familie', in dem ein komplexer Prozess der Sozialisation stattfindet (Bourdieu 2001). Nach dieser Betrachtungsweise haben diese Erfahrungen einen prägenden Einfluss sowohl auf den Habitus als auch auf die Entwicklung des Kohärenzgefühls (SOC). Die Konstruktion des sozialen Raums nach Bourdieu kann als der Ort betrachtet werden, an dem sich das Kohärenzgefühl (SOC), ein wichtiger Aspekt der Salutogenese (Antonovsky 1997) ausbildet.

Die Theorie Bourdieus weist darauf hin, dass Habitus, Lebensstile, Kapitalformen und Handlungsweisen nicht getrennt voneinander zu sehen sind, sondern in einem komplexen gesellschaftlichen Zusammenhang stehen. Das bezieht sowohl gesundheitsrelevante Handlungsweisen als auch Lebensstile ein, die gesundheitsrelevante Aspekte aufweisen. Schematisch wird die Abhängigkeit aller Kapitalformen von Erfahrungen in den verschiedenen gesellschaftlichen Feldern in Abb. 3 grafisch dargestellt. Die Kapitalformen und die Erfahrungen in den Feldern

haben einen Einfluss auf den Habitus und somit auch einen Einfluss auf die Lebensstile und die Entwicklung des SOC.

Abb. 3: Reziprokes Beziehungsverhältnis im sozialen Raum



(Quelle: Eigene Darstellung)

Der Habitus steht dabei gleichzeitig in einer wechselseitigen Beziehung zu den Kapitalformen, Feldern und dem jeweiligen Lebensstil. Der erweiterte Kapitalbegriff nach Bourdieu stellt eine Möglichkeit dar, das Zusammenwirken von sozialen Strukturen, die darin wirkenden Spannungen in der Auseinandersetzung um soziale Positionen (s. 2.3.1.3) sowie die Produktion und Reproduktion sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit, zusammenzubringen (vgl. Abel et al. 2009).

Wie bereits im Vorhergehenden beschrieben, sind theoretische Bezüge zwischen der Kapital- und Habitus-Theorie Bourdieus, dem SOC und den GRR des Modells der Salutogenese möglich. Diese theoretischen Bezugspunkte sind in Tabelle 1 (S. 56) zusammengefasst dargestellt. Das symbolische Kapital hat dabei einen Einfluss auf alle Aspekte. Das Modell Bourdieus setzt gesellschaftlich-kulturelle und individuell-biografische Aspekte miteinander in Beziehung. Eine Verknüpfung der Kapital- und Habitus-Theorie Bourdieus mit den GRR und dem SOC des Modells der Salutogenese (Antonovsky 1997) kann darauf hinweisen, warum Ressourcen und die Entwicklung des SOC, in Abhängigkeit vom Habitus und der Verfügbarkeit der Kapitalformen sowie den damit verbundenen Mechanismen, die in sozialen Gruppen ungleich verteilt sind. Das Kohärenzgefühl (SOC) beschreibt eine Grundhaltung zum Leben. „Das Kohärenzgefühl ist eindeutig keine spezielle Coping-Strategie, sondern eine generelle Lebenseinstellung“ (Antonovsky 1993b, 4). Eine Grundeinstellung zum Leben findet sich auch in der von Bourdieu entwickelten Habitus-Konstruktion und deutet auf unterschiedliche Grundeinstellungen, je nach Position im sozialen Raum. So lässt sich theoretisch erklären, warum der SOC unterschiedlich ausgeprägt ist.

Tabelle 1: SOC, GRR, Kapitalformen und Habitus

		symbolisches Kapital			
		Soziales Kapital	Ökono.* Kapital	Kulturelles Kapital	Habitus
SOC	Verstehbarkeit	○		○	○
	Handhabbarkeit	○	○	○	○
	Sinnhaftigkeit/ Bedeutsamkeit	○		○	○
GRR	personal-psychische Ressourcen	○		○	○
	materielle Ressourcen	○	○	○	○
	sozial- interpersonelle Ressourcen	○		○	○
	soziokulturelle Res- sourcen	○	○	○	○
	körperliche Ressour- cen		○	○	○
Habitus		○	○	○	

* Ökono. = Ökonomisches

(Quelle: Eigene Darstellung)

Der Bezugsort von generalisierten Widerstandsressourcen (GRR) liegt nach Antonovsky im gesellschaftlich – kulturellen und im individuellen – biografischen Kontext. Das kulturelle Kapital mit seinen Unterformen spielt bei allen Komponenten eine Rolle. Dennoch ist es zu kurz gegriffen, wenn man einen Schwerpunkt von Gesundheitsförderung ausschließlich nach Bildung und sozialem Kapital ausrichtet. Insbesondere dann, wenn die Unterschiede, die sich aus der familiären Bildung ergeben, in Bildungseinrichtungen nicht berücksichtigt werden. Das relationale Bedingungsverhältnis im Sozialraummodell Bourdieus sollte beachtet werden. Eine Verbindung zwischen dem Modell der Salutogenese und der Habitus- und Kapitaltheorie Bourdieus bietet eine Möglichkeit, sowohl individuelle Aspekte als auch die gesellschaftlichen Bedingungen zu beachten und miteinander zu verknüpfen.

Grundsätzlich wird in dieser Arbeit die Annahme zugrunde gelegt, dass Menschen aktiv handeln. Gleichwohl wird davon ausgegangen, dass das was in Bezug auf Gesundheit sinnvoll, zweckmäßig und zielführend ist, vielfach im Habitus eines Menschen und in den Strukturen im sozialen Raum begründet ist. Nach Bourdieu werden die regelmäßig genutzten Denk- und Handlungsschemata und Möglichkeiten zunehmend weniger reflektiert und zu habitualisierten Schemata, auf die zurückgegriffen wird. Das heißt, Gesundheit wird im täglichen Leben nicht permanent bewusst reflektiert, sondern ist auch Ausdruck des praktischen Bewusstseins, um im Alltag handlungsfähig zu sein.

3 Gesundheitsvorstellungen: Begriffsklärung und Stand der Forschung

*„And in the end it's not the years in your life that count. It's the life in your years“
Abraham Lincoln*

Subjektive Gesundheitsvorstellungen sind in den Gesundheitswissenschaften, der Gesundheitsforschung und in der Gesundheitspraxis von Bedeutung. Qualitative und quantitative Studien zu subjektiven Konzepten und Theorien, beziehungsweise sozialen Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit, folgen besonders in europäischen Ländern einer relativ langen Tradition. So finden sich Studien zu geschlechtsspezifischen Gesundheitskonzepten verschiedener Berufsgruppen (s. Faltermaier & Kühnlein 2000; Böning 2013; Frank et al. 1998; Kuhlmann & Kolip 1998; Faltermaier et al. 1998). Es gibt eine Vielzahl von Studien zu Gesundheitsvorstellungen von Menschen mit spezifischen Erkrankungen. Ebenso liegen Erkenntnisse zu Gesundheitskonzepten von Kindern und Jugendlichen vor (s. Kolip 1998; Schmidt & Fröhling 1998). Zudem gibt es Studien zu Gesundheitsvorstellungen im Bereich der Behindertenhilfe (s. Gembris-Nübel 2004) oder von medizinischen Berufsgruppen, deren Konzepte sich an der Definition von Gesundheitsförderung der Ottawa Charta orientieren (Flick et al. 2004). Zu subjektiven elterlichen Gesundheitsvorstellungen aus der Perspektive elterlicher Lebenswelten gibt es jedoch kaum wissenschaftliche Literatur.

3.1 Begriffsklärung

Die Forschungstradition zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen im Alltag seit den 1970er Jahren führte zur Entwicklung inhaltlicher Komponenten, die unter dem Oberbegriff Gesundheitsvorstellungen zusammengefasst werden. Subjektive Konzepte und subjektive Theorien von Gesundheit, sind wichtige Teilbereiche subjektiver Gesundheitsvorstellungen (vgl. Faltermaier 2015a; Faltermaier & Bengel 2000; Faltermaier et al. 1998). Im Folgenden wird zunächst auf subjektive Gesundheitskonzepte und anschließend auf Gesundheitstheorien sowie auf Gesundheitshandeln eingegangen, um die Dimensionen zu verdeutlichen.

3.1.1 Subjektive Gesundheitskonzepte

Gesundheitskonzepte sind als ein Konstrukt zu sehen, welches mit den spezifischen Lebensbedingungen zusammenhängt und im gesellschaftlichen Kontext zu sehen ist (vgl. Faltermaier 2016; Neddeltton 2006; Bengel et al. 1995). Inhalt subjektiver Gesundheitskonzepte ist das, was eine Person unter Gesundheit,

insbesondere in Bezug auf die eigene Gesundheit, versteht (Faltermaier et al. 1998). Dabei werden Vorstellungen und Begriffe, mit denen Personen Gesundheit beschreiben und bestimmen, in subjektiven Gesundheitskonzepten vereinigt (Faltermaier 2005a).

Insbesondere die als grundlegend anzusehende Studie der Sozialpsychologin Claudine Herzlich (1973) ist nach wie vor richtungsweisend für die Untersuchung subjektiver Gesundheitsvorstellungen. Die an sozialen Repräsentationen orientierte Studie ergab als wesentliches Ergebnis drei Kategorien, in denen sich Gesundheitskonzepte von Angehörigen der Mittelschicht abbilden:

- Gesundheit als Vakuum: Gesundheit wird nur am Fehlen einer Krankheit erkennbar und damit negativ definiert – das Schweigen der Organe,
- Gesundheit als Reservoir: Gesundheit ist subjektiv erlebbar und stellt sich in einer körperlichen Stärke und in der Widerstandsfähigkeit gegen schädigende Einflüsse dar,
- Gesundheit als Gleichgewicht: Ausgeglichenheit und Balance, eine persönliche Erfahrung durch körperliches Wohlbefinden, eine gute Stimmung, Lebensfreude und gute Beziehungen zu anderen (Herzlich 1973).

Ähnliche Konzepte wie Herzlich (1973) fand auch Blaxter (1997; 1992):

- Abwesenheit von Krankheit (negative Bestimmung),
- Reserve (genetische Veranlagung),
- Handlungsfähigkeit im Alltag (positive Bestimmung),
- psychosoziales Wohlbefinden (positive Bestimmung),
- körperliche Fitness und Funktionsfähigkeit (positive Bestimmung).

Laut Blaxter (1992) gibt es zudem eine moralische Dimension nach der Krankheit, Gesundheit und ein „*falsches Verhalten*“ miteinander in Verbindung stehen (Blaxter 1992, 14). Dabei besteht eine 'Pflicht zu Gesundheit' (s. a. Herzlich & Pierret 1991) während Krankheit als Versagen angesehen wird. Dementsprechend wird Gesundheit als Willenskraft, Selbstdisziplin und Selbstkontrolle konstruiert. Eine Leistungsgesellschaft und die Ökonomisierung von Gesundheit (s. Hansen 2009) kann dabei eine Rolle spielen (s. 2.2.1). Nach Blaxter (1992) ist Gesundheit als soziale Beziehung eine Kategorie, die häufiger von Frauen genannt wurde. Dabei wurde von jüngeren Frauen, Gesundheit als eine gute Beziehung zur Familie und den Kindern definiert. Ältere Frauen bezogen sich darauf, für andere zu sorgen oder anderen helfen zu können. Die Kategorie Gesundheit als Reserve wurde nicht weniger häufig gefunden (Blaxter 1992). Menschen haben ein mehrdimensionales Verständnis von Gesundheit welches aus einer Kombination von positiven und negativen Gesundheitskonzepten besteht.

Entsprechend eines Gesundheits- Krankheitskontinuums bezeichnen sich Menschen dabei gleichzeitig als gesund und als krank (Faltermaier 2005a; Blaxter 1997; Calnan 1987). Vorstellungen zu Gesundheit verändern sich laut Blaxter (1992) im Laufe des Lebens, denn Fitness, Lebensenergie und Kraft stehen eher bei jungen Menschen im Vordergrund. Die quantitative schottische Studie zu Gesundheitskonzepten von Erwachsenen von Macintyre et al. (2006) weist darauf hin, dass Gewohnheiten, Selbstfürsorge, physische und soziale Umwelt wichtige Gesundheitskonzepte sind. Die Autorengruppe kommt zu dem Schluss, dass familiäre Beziehungen, körperliche Verfassung und Geld als weniger wichtig und Glück als nicht wichtig angesehen werden. Alltagskonzepte von Frauen und Männern scheinen sich dahingehend zu unterscheiden, dass Frauen differenziertere, multidimensionale Gesundheitskonzepte haben. Die psychischen Dimensionen bilden dabei einen Schwerpunkt, während Männer Leistungsfähigkeit und Fitness betonen (Faltermaier 2015a; Bond & Cabrero 2007; Blaxter 1992).

Die verschiedenen Studien zu subjektiven Gesundheitskonzepten von Erwachsenen führte zu einer inhaltlichen Differenzierung, die Faltermaier (2015a) folgendermaßen zusammengefasst:

- Gesundheit wird gleichzeitig positiv und negativ bestimmt, dabei wird Gesundheit mehrheitlich positiv definiert. Die häufigste Kategorie scheint psychisches Wohlbefinden zu sein.
- Gesundheit wird auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene, oft auch gleichzeitig auf allen Ebenen, beschrieben.
- Positive Bestimmungen von Gesundheit umfassen das eigene Befinden, als psychisches und körperliches Wohlbefinden sowie seelisches Gleichgewicht.
- Gesundheit als Aktionspotenzial – ein Reservoir an Energie, Widerstandskraft, Leistungsfähigkeit, Handlungsfähigkeit.
- Negative Bestimmungen beziehen sich auf die Abwesenheit von Krankheit und ein geringes Ausmaß an körperlichen und psychischen Beschwerden.

Die Ergebnisse einer in Schweden durchgeführten qualitativen Studie mit Eltern (23-41 Jahre) von Kindern (8-10 Monate) weist darauf hin, dass Eltern ein breites, vielschichtiges Konzept von Gesundheit haben, in dem Körper und Geist eng miteinander verflochten sind (Almqvist-Tangen et al. 2017). Zudem wurde eine Kategorie 'Glaube an Gesundheit und Krankheit als Kontinuum' gefunden. Diese bezieht sich auf die Darstellung der Eltern in Form eines Prozesses, der Konzepte von Zufriedenheit, Wohlergehen, Gesundheit und Unzufriedenheit bis hin zu Krankheit einbezieht. Die Autorengruppe kommt zu dem Schluss, dass für die befragten Eltern Abwesenheit von Krankheit nicht immer als eine Voraussetzung

für das Erleben einer guten Gesundheit ihrer Kinder zu sehen ist (Almqvist-Tangen et al. 2017). Die qualitative Studie zu elterlichen Gesundheitskonzepten von Roden (2003) wurde mit drei Alleinerziehenden und elf Elternpaaren von Vorschulkindern durchgeführt, die unterschiedlichen sozioökonomischen Gruppen angehören und in zwei verschiedenen Vororten von Sydney (Australien) leben. Roden (2003) rekonstruierte eine Gruppe, die ein krankheitspräventives Verständnis von Gesundheit hatte und eine mit einem gesundheitsförderlichen Verständnis von Gesundheit. Der Erziehungsstil dieser Eltern war dementsprechend entweder eher krankheitspräventiv orientiert oder gesundheitsförderlich. Rodens Studie weist zudem auf die Bedeutung der generationsübergreifenden Übertragung von gesundheitsbezogenen Werten durch Mütter. Die gesundheitlichen Verhaltensweisen, die Mütter für wichtig hielten, wurden gleichermaßen auf Töchter und Söhne übertragen (Roden 2003). Die elterliche Vorbildfunktion hat somit einen prägenden Einfluss auf den Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Befindlichkeitsstörungen (s. a. Helfferich 2002; Berg & Lucius-Hoene 2000), da Eltern gesundheitsbezogene Werte und Einstellungen an ihre Kinder weitergeben (Roden 2003; Bourdieu 1993). Auf Basis dieser Erkenntnisse werden an dieser Stelle auch Studien zu Gesundheitskonzepten von Kindern-, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aufgegriffen.

Gesundheitskonzepte von älteren Kindern und Jugendlichen sind differenzierter und enthalten zunehmend positive Bestimmungen, inklusive der psychischen Ebene (vgl. Faltermaier 2015a; Kolip & Nordlohne 1994; Piko & Bak 2006). Das Landesprogramm Bildung und Gesundheit NRW (2017) bezieht sich unter anderem auf die Erkenntnisse von Kolip & Nordlohne (1994) zu subjektiven Gesundheitskonzepten von Jugendlichen. Diese weisen darauf hin, dass Wohlbefinden sowie Leistungsfähigkeit in Bezug auf Altersspezifische Rollen wichtig sind (bug 2017). Die spanische Studie mit Fokusgruppen von Davo-Blanes und La Parra (2012) weist darauf hin, dass Schüler*innen (8-12 Jahre) eine breite und vielfältige Sicht auf Gesundheit haben. Diese berücksichtigt körperliches, geistiges und emotionales Wohlbefinden sowie religiöse Aspekte. In Bezug auf körperliche Gesundheit kommen die Autoren zu dem Schluss, dass sich körperliche Gesundheit auf die biomedizinische Ebene bezieht. Ebenso deuten die Ergebnisse einer in Kanada durchgeführten ethnographischen Studie (qualitative Interviews, Photo-voice, Beobachtungen) mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen (n =71, von 12 bis 19 Jahre) auf ein umfassendes Gesundheitsverständnis (Woodgate & Leach 2010). Gesundheit wird dabei überproportional über gesundes Essen und Bewegung definiert. Die Autorinnen gehen davon aus, dass diese starke Betonung dieser Lebensstilfaktoren sich daraus ergeben könnte, wie Konzepte von

Gesundheit und Gesundheitsförderung im Alltag der Jugendlichen in der Schule und den Medien dargestellt werden. Die Ergebnisse einer in Österreich durchgeführten Photovoice Studie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12-20 Jahre) weist darauf hin, dass der Gesundheitsbegriff eher negativ besetzt ist. Im Vordergrund steht ein Konzept von Wohlbefinden, das Gesundheit bestimmt. Die soziale Dimension hat dabei eine besondere Bedeutung wobei die Familie bei den Zwölf- bis Dreizehnjährigen, und gleichaltrige Freunde bei den Vierzehn- bis Zwanzigjährigen wichtig sind (Marent & Marent 2013).

Verschiedene, insbesondere ältere Studien, weisen auf unterschiedliche klassen- beziehungsweise schichtspezifische Gesundheitskonzepte. D´Houtard und Field (1984) fanden Hinweise darauf, dass Arbeiter in ländlichen Gegenden Gesundheit negativ, als Abwesenheit von Krankheit, definieren. Arbeiter und Angestellte in Städten hingegen definieren Gesundheit positiv als psychisches Wohlbefinden (D´Houtard & Field 1984). Blaxter (1992) hingegen fand bei wirtschaftlich gut gestellten und besser ausgebildeten Personen häufiger eine negative Definition. Nach D´Houtard & Field (1984) beinhalten Gesundheitskonzepte der Ober- und Mittelklasse Kategorien wie: das Leben genießen, Entspannung erleben und Vitalität. Calnan (1987) fand Hinweise darauf, dass Frauen der Arbeiterklasse Gesundheit negativ definieren, deren Konzepte eher eindimensional sind, Funktionalität betonen und sich auf körperliche Bedingungen beziehen. Frauen der Mittelklasse integrieren in ihre multidimensionalen Gesundheitskonzepte körperliche und geistige Gesundheit, Aktivität und Fitness sowie die Abwesenheit von Krankheit (Calnan 1987). Die Kategorie psychosoziale Gesundheit und Wohlbefinden fand Blaxter besonders häufig bei Frauen der mittleren Altersgruppe mit einer besseren Bildung (Blaxter 1992). Faltermaier et al. (1998) fanden in einer Untersuchung zweier kontrastierender Berufsgruppen, bei der Gruppe der Handwerker und Verwaltungsangestellten mittlerer Qualifikation ähnlich positive Gesundheitskonzepte, wie sie in mittleren und höheren Schichten gefunden wurden. Die qualitative Studie von Roden (2003) weist nur geringe sozioökonomische Unterschiede auf. Ebenso wie die quantitative schottische Studie von Macintyre et al. (2006) mit Erwachsenen (25-65 Jahre), unabhängig davon, ob die soziale Schicht, der Wohnort oder die Anpassung an andere soziodemographische Faktoren berücksichtigt wurden. Downey & Chang (2013) sprechen davon, dass keine eindeutigen schicht- beziehungsweise klassenspezifischen Unterschiede bei jungen Erwachsenen College-Studenten gefunden wurden. Die Ergebnisse der amerikanischen Studie (Mixed-Method-Ansatz) weist darauf hin, dass die Abwesenheit von Krankheit und Beschwerden nicht aussagekräftig genug ist, um als ein wichtiges Gesundheitskonzept gesehen zu werden (Downey & Chang 2013).

Darüber hinaus wurden von Macintyre et al. (2006) nur geringe Unterschiede in Gesundheitskonzepten von Frauen und Männern gefunden.

3.1.2 Subjektive Gesundheitstheorien

Subjektive Gesundheitstheorien werden nach Faltermaier (2015b) auf Grundlage individueller Gesundheitskonzepte von Menschen gebildet und zeigen wahrgenommene Handlungsmöglichkeiten von Individuen auf. Den Zusammenhang von subjektiven Konzepten und Theorien von Gesundheit und Krankheit betonen auch Blättner und Waller (2011): „*Subjektive Konzepte finden ihren Sinn gerade darin, dass sie zu subjektiven Theorien werden und damit dem individuellen Handeln Sinn geben*“ (Blättner & Waller 2011, 70). Analog zu wissenschaftlichen Theorien werden subjektive Theorien häufig auch als 'Laientheorien' oder 'Alltagstheorien' bezeichnet (Franke 2006; Faltermaier 2005a; Flick et al. 2004). In dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass subjektive Theorien zu Gesundheit in einem gewissen Ausmaß handlungsleitende und handlungssteuernde Funktionen haben, die auf einer bestimmten Wissensgrundlage bestehen. Menschen bilden im Laufe ihres Lebens Theorien um sich ihr eigenes Verhalten sowie die Welt zu erklären (Flick et al. 2004). Sie reflektieren mehr oder weniger bewusst sich und ihre Umwelt, bilden mehr oder weniger bewusst Annahmen und Argumentationen über Vorgänge, bestimmte Zusammenhänge, ihr eigenes und fremdes Handeln und Erleben, welches sie dann in ihr Handeln einflechten (Faltermaier 2015b; Franke 2006; Flick 1998; Dann 1994; Bourdieu 1987).

Aufgrund von Studien wird davon ausgegangen, dass Menschen in ihren subjektiven Theorien verschiedenartige komplexe gedankliche Konstruktionen vornehmen, in denen sie differenzierte inhaltliche Faktoren miteinander kombinieren und gleichzeitig dynamische Prozesse beschreiben (Faltermaier 2005a). Einerseits beinhalten subjektive Theorien von Gesundheit Vorstellungen darüber, was die eigene Gesundheit beeinflusst und andererseits Vorstellungen über das 'ob und wie' der eigenen Einflussnahme. Teilaspekte subjektiver Theorien von Gesundheit sind die Wahrnehmung von gesundheitlichen Risiken und Ressourcen sowie gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen (s. Faltermaier 2015a; Faltermaier et al. 1998; Kolip 1998). Unter internaler Kontrolle wird in Bezug auf Gesundheit der prinzipielle Glaube daran gesehen, Einfluss auf Gesundheits- und Krankheitsprozesse zu haben. Die Wahrnehmung der personalen Kontrolle und spezifischer Einflussbereiche (Ernährung, Bewegung, Psyche, Familie, Umwelt) werden als generelle Kontrollüberzeugung verstanden (Faltermaier et al. 1998). Internale Kontrolle und die Überzeugung, selbst zur eigenen Gesundheit beitragen zu können, wird als Selbstwirksamkeit verstanden (self efficacy – Bandura 1977).

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung von Bandura (1977) kommt Antovskys Konzeption des Gefühls der Handhabbarkeit sehr nahe. Die Überzeugung, über spezifische Kompetenzen zu verfügen, sodass das eigene Handeln zum gewünschten Erfolg führt, wird als Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Bandura 1979) bezeichnet (s. a. Faltermaier 2005a; Faltermaier et al. 1998).

Die Ergebnisse einer im Norden Englands durchgeführten Studie mit elf Fokusgruppen weist darauf hin, dass Eltern (42 Mütter und 12 Väter von Säuglingen und Vorschulkindern) Theorien entwickelt haben, wodurch körperliches und seelisches Wohlbefinden von Kindern beeinflusst wird. Danach interagieren die geografische Lage, die finanzielle Situation und der Lebensstil der Familie mit sozialen Einflüssen und die Bedeutung der sozialen Umgebung (die unmittelbare Familiensituation, Verwandtschaft, Großeltern etc.), der Nachbarschaft oder der Gemeinschaft miteinander. Aber auch die bebautete Umgebung und der Wohnraum sind wichtig für die gesundheitliche Entwicklung von Kindern (Marshall et al. 2012). Die qualitative schottische Studie mit Fokusgruppen (Eltern von 25 bis 34 Jahre) mit Kindern bis neun Jahren von Teedon et al. (2014) weist darauf hin, dass die soziale Umgebung als Vermittler oder Hindernis für das Wohlbefinden von Kindern eine Bedeutung hat. Die Eltern sehen Vor- und Nachteile in der physischen Umwelt, in gebauten oder natürlichen Formen, für das Wohlbefinden ihrer Kinder (Teedon et al. 2014). Die Ergebnisse der Pilot-Wirkungsstudie – Was heißt hier eigentlich gesund? – des Berliner Kita-Instituts für Qualitätsentwicklung (BeKi) mit Fokusgruppen, weisen unter anderem auf drei zentrale Themenfelder. Diese sind subjektive Gesundheitsaspekte, Relevanz von Ernährung und eingeschränkte Bewegungsmöglichkeiten (Macha & Hiller 2016). Elterliche Gesundheitsvorstellungen sind den Autorinnen zufolge von Normen ihrer Umwelt, wie der allgemein hohe Anspruch der Eltern, dem gesellschaftlichen Druck aus den Familien und dem sozialen Umfeld geprägt. Macha & Hiller (2016) gehen davon aus, dass sich Eltern von gesellschaftlichen Normen leiten lassen bzw. sich damit auseinandersetzen und sich dadurch möglicherweise verunsichern lassen. Das Bindungsverhältnis zu Eltern, Bezugspersonen und Vertrauen zu Menschen und Räumen im Umfeld, sehen Eltern als bedeutend für das Wohlbefinden der Kinder an. Da Ernährung mit Gesundheit von Kindern in Verbindung gebracht wird, erhält Ernährung, den Autorinnen zufolge, einen krankheitspräventiven Charakter. Wie die BeKi-Studie zudem zeigt hat das räumliche Umfeld einen Einfluss auf das Bewegungsverhalten. Bewegungsangebote für Kinder sind von der Mobilität und den finanziellen Ressourcen der Eltern abhängig. Das selbstständige Spiel und Bewegung ist aufgrund von Verletzungsgefahren angstbesetzt. Ein Bedürfnis nach Kontrolle ist hier laut der Autorinnen größer als die Chance auf die damit

verbundene positive kindliche Entwicklung. Von Eltern, die ihre Kinder selbstständig spielen lassen, werden mögliche Verletzungen als individuelle Grenzen gesehen. Zudem ist aus elterlicher Sicht das 'Auspowern' wichtig, damit die Kinder abends gut schlafen können (Macha & Hiller 2016). Des Weiteren wurde in der bereits angesprochenen kanadischen Studie neben subjektiven Gesundheitskonzepten (Woodgate & Leach 2010) Beziehungen zwischen Gesundheit und Umwelt von Woodgate & Skarlato (2015) untersucht. Die Jugendlichen und jungen Erwachsenen definierten und visualisierten Gesundheit als "draußen" in einem sicheren, sauberen, grünen und bewohnbaren Raum. Dies umfasste die gebaute Umwelt (inklusive der Infrastruktur), die natürliche Umgebung, die Natur (z. B. Luftqualität) und das menschliche und das soziale Umfeld (z. B. Freunde). Daraus ergaben sich für die Beziehung zwischen Umwelt und Gesundheit vier Schlüsseltheorien zu Wohlbefinden:

- Es geht darum, draußen zu sein (eine Visualisierung von Gesundheit);
- Sich „draußen“ wohlfühlen (innerer Frieden, entspannt sein);
- Die Wahl ein Teil der Umwelt zu sein, sich zu verbinden oder nicht (ein relationales Gefühl zum Ort);
- An diesem Ort in der Nachbarschaft/im Umfeld präsent zu sein als Bedingung.

Diese Theorien waren über das Alter der Befragten, die ethnische Zugehörigkeit und das Geschlecht hinweg ähnlich. Während es keinen wesentlichen Unterschied zwischen den Teilnehmenden gab, sich um ihre Umwelt zu kümmern, erklärten die Jugendlichen und jungen Erwachsenen Ureinwohner*innen, dass die Sorge um die Umwelt Teil ihrer Kultur ist (Woodgate & Skarlato 2015).

3.1.3 Konstruktionen: Gesundheit und Gesundheitshandeln

Subjektive und soziale Konstruktionen von Gesundheit folgen sozialwissenschaftlichen Theorien mit einem subjekt- und gesellschaftstheoretischen Ansatz. Der Mensch wird als aktiv, kompetent und als handelndes Subjekt gesehen, welches sein Leben und seine Gesundheit unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Bedingungen mitgestalten kann (Faltermaier 2005a). Aus subjekttheoretischer Perspektive handelt das Individuum nach Faltermaier (1994) subjektiv sinnvoll, mehr oder weniger kompetent und bewusst auf persönliche Ziele ausgerichtet, im Zusammenhang mit der Lebensweise, der Lebenswelt im sozialen Kontext. Auf dieser Basis hat Faltermaier (2015a; 2015c) das Konstrukt Gesundheitshandeln in Abgrenzung zum Gesundheitsverhalten entwickelt da diesem die normative Vorgabe eines begrenzten und von Experten definierten Verhaltens zugrunde liegt. Der Verhaltensbegriff wird als ein beobachtbares und begrenztes Verhalten eines Individuums in spezifischen Situationen definiert. Eine Kombination aus

kognitiven Variablen sagt dabei Verhaltensweisen voraus. Dieses ist nach Faltermaier (1994) in einem subjekt- und gesellschaftstheoretischen Ansatz nicht angemessen. Vielmehr versteht Faltermaier unter Gesundheitshandeln „*das subjektiv bedeutsame Handeln von gesunden und kranken Menschen (...), das mehr oder weniger bewusst mit dem Ziel der Gesunderhaltung und im alltäglichen sozialen Kontext erfolgt*“ (Faltermaier 2011, 312). Diese Konstruktion diene Faltermaier (2011) einerseits dazu medizinischen Laien gesundheitliche Handlungskompetenz zu unterstellen und andererseits wird dadurch eine Zuordnung von Menschen, die als gesund oder krank gelten, nicht erforderlich.

Im folgenden Kapitel wird der theoretischen Begründungsrahmen für die methodische Vorgehensweise in der vorliegenden Arbeit dargestellt.

4 Methodologie des Forschungsprozesses

*“If you talk to a man in a language he understands, that goes to his head.
If you talk to him in his language, that goes to his heart.”*

Nelson Mandela (1918-2013)

Der zentrale Forschungsgegenstand dieser Studie sind Gesundheitsvorstellungen von Eltern, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören. Aus der Rekonstruktion elterlicher Gesundheitsvorstellungen wird eine erweiterte Verstehens- und Wissensgrundlage für Gesundheitsförderung in der Praxis sowie ein Erkenntnisgewinn für Anschlussmöglichkeiten, an die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung in und mit weniger gut erreichbaren Familien erwartet. Die Untersuchung wurde mit der Formulierung der offenen Zielsetzung der Studie begonnen (vgl. Corbin 2011): 'Etwas über subjektive Gesundheitsvorstellungen von Eltern mit Kindern im Vorschulalter erfahren, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören'. Anschließend wurde die Forschungsmethode festgelegt.

Die Entscheidung für ein qualitatives Forschungsdesign wird im Folgenden beschrieben und begründet. Anschließend wird auf die spezifische Entscheidung für das Vorgehen nach der Grounded Theory Methodologie (GTM) eingegangen. Unterkapitel 4.4 widmet sich den Datenerhebungsmethoden. In Unterkapitel 4.5, 4.6 und 4.7 werden die Datenerhebungs- und Analyseprozesse in der Feldphase dargestellt. Die Beschreibung des in der vorliegenden Studie angewandten Vorgehens dient der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses und der empirischen Ergebnisse (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014; Mayring 2010). Insbesondere bei qualitativen Forschungsmethoden wird so transparent, wie die Daten gewonnen wurden, die zu den Ergebnissen geführt haben. Dies ist ein Gütekriterium qualitativer Forschung.

4.1 Begründung des qualitativ methodischen Vorgehens

Subjektive Deutungsmuster von Gesundheit zu rekonstruieren und die komplexen Prozesse, die dabei ablaufen zu verstehen, sind als Grundinteressen qualitativer Sozialforschung anzusehen. Die qualitative Sozialforschung hat „den Anspruch, Lebenswelten «von innen heraus» aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben und zu analysieren. Damit will die qualitative Sozialforschung zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“ (Flick et al. 2010, 14). Ein qualitatives Vorgehen ermöglicht fallspezifische Kontextdaten (z. B. Beobachtungen im räumlichen Umfeld) zu erheben, um die Komplexität der Wirklichkeit zu berücksichtigen. Qualitative Verfahren sind vor allem dort sinnvoll, wo Untersuchende keinen

Zugang zu typischen Deutungsmustern und Handlungsorientierungen im untersuchten Gegenstandsbereich haben. Zudem sind sie angebracht, wenn menschliches Handeln eine zentrale Bedeutung hat (Flick 2002). Die subjektiven Deutungs- und Bewertungsmuster, von Müttern und Vätern bezüglich Gesundheit in der Familie, werden in der vorliegenden Studie als besonders wichtig angesehen. Denn die Bedeutungsinhalte elterlicher Konzepte und Theorien von Gesundheit können z. B.:

- mit spezifischen Aufgaben von Müttern, Vätern oder Kindern in der Familie verbunden sein,
- gesundheitsrelevante Handlungsweisen in der Familie prägen, gestalten und/oder verändern,
- einen frühen Einfluss auf die kindliche Gesundheit und einen in der Kindheit geprägten Einfluss auf gesundheitsrelevante Handlungsweisen im weiteren Lebenslauf haben.

Obwohl diese Aspekte zu den alltäglichen Selbstverständlichkeiten gehören, sind sie den Akteuren selbst, häufig nicht bewusst (vgl. Flick et al. 2010). Das explorative Vorgehen in der vorliegenden Studie soll einen Einblick in ein wenig erforschtes Untersuchungsfeld – Gesundheitsvorstellungen von Männern und Frauen in ihrer Rolle als Eltern im Spiegel sozialer Ungleichheitsverhältnisse – vermitteln. Neue, bisher nicht bekannte Sachverhalte zu entdecken, wird dabei durch die Offenheit und Flexibilität eines qualitativen Vorgehens ermöglicht (vgl. Flick 2002). Die Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand bestimmt die Wahl der konkreten Forschungsmethode (vgl. Helfferich 2005) und bezieht sich sowohl auf die Datenerhebung als auch auf die Datenauswertung.

4.2 Entscheidungen für ein Vorgehen nach *Grounded Theory Methodologie*

Die GTM lässt sich immer dann nutzen, wenn komplexe soziale Wirklichkeiten nicht durch Zahlen zu erkennen sind, sondern wenn es um sprachvermittelte Handlungs- und Sinnzusammenhänge geht (vgl. Legewie 1996). Die Erhebungs- und Analysemethoden, die im Rahmen der GTM angewendet werden, ermöglichen umfassende Erklärungen von lebensweltlichen Phänomenen, die in der sozialen Wirklichkeit gründen (z. B. Familie oder soziale Gruppen). Außerdem werden Bedeutungs- und Handlungsmuster von Menschen erkennbar (vgl. Breuer et al. 2018; Corbin & Hildenbrand 2003; Strauss & Corbin 1996). Wie die bisherigen Ausführungen zeigen, stehen das Phänomen Gesundheit, subjektive Gesundheitsvorstellungen und das sich daraus ergebende Handeln in diesem Kontext, sodass ein Vorgehen nach der GTM nahe liegt.

Die besonderen Stärken eines methodischen Vorgehens im Forschungsstil der GTM liegt in der Offenheit neue, unerwartete und überraschende Zusammenhänge entdecken zu können. Durch das zirkuläre Vorgehen wird es möglich, flexibel auf die, aus den bis dahin vorliegenden empirischen Daten, gewonnenen Erkenntnisse einzugehen und darüber zu entscheiden, welche weiteren Daten einbezogen oder welche Methoden verwendet werden sollen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit im Forschungs- und Erkenntnisprozess sukzessive nachzusteuern, um sich dem Forschungsgegenstand immer stärker annähern zu können (vgl. Strübing 2013; Kruse 2010). Eine weitere Stärke liegt darin eine in den empirischen Daten begründete (grounded) Theorie verfeinern und/oder entwickeln zu können. Ziel des Vorgehens in der vorliegenden Arbeit ist es theoretisches und allgemeingültiges Wissen zu subjektiven elterlichen Gesundheitsvorstellungen zu erweitern, zu modifizieren sowie zu aktualisieren. Dies kann in Praxisbereichen z. B. im Rahmen der Gesundheitsförderung in und mit Familien mit Kindern Anwendung finden (vgl. Corbin 2011; 2002). Die Wahl der GT wird zudem mit ihrem forschungspraktischen Verhältnis von regelgeleitetem sowie dem freien und kreativen Umgang mit der Methode begründet. Die Vertrautheit und die positiven Erfahrungen der Autorin mit der Methode sind weitere Auswahlgründe.

Im Folgenden wird zunächst auf die GTM eingegangen, um Grundlagen darzustellen sowie immanente Begrifflichkeiten der GT aufzuzeigen, die im weiteren Verlauf genutzt werden.

4.3 Grounded Theory Methodologie

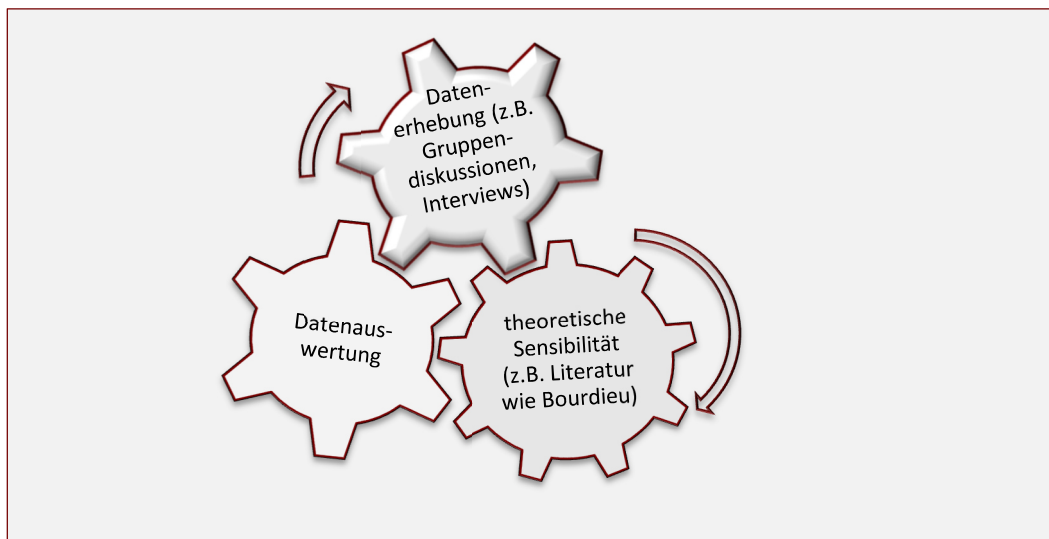
Mit der Vorstellung der Grounded Theory Methodologie wird der theoretische Begründungsrahmen für das methodische Vorgehen in dieser Arbeit aufgezeigt und eine Grundlage zur Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses gelegt.

Strauss (1998) beschreibt die Datenerhebung und Analyse qualitativer Daten nach der GT ohne an spezielle Datentypen, Forschungsrichtungen oder theoretische Interessen gebunden zu sein, als eine Methodologie und einen Forschungsstil, um über soziale Phänomene analytisch nachzudenken. Das beinhaltet die Art und Weise der Ausführung, die Haltung und Vorgehensweise von Forschenden bei gleichzeitiger methodischer Freiheit (vgl. Breuer et al. 2018; Strübing 2014; Mey & Mruck 2007). Ein Vorgehen im Forschungsstil der GTM bedeutet, dass Forschende entsprechend ihrer Arbeitsweise eine persönliche Positionierung und Haltung respektive einen Forschungsstil herausbilden. Dieser Forschungsstil setzt sich aus der/dem Forschenden, dem Forschungsgegenstand,

Forschungskontexten, den Feldkontexten und der Methodologie zusammen (Breuer et al. 2018; Corbin 2011).

Empirische Daten werden unter Berücksichtigung typischer Methoden wie dem Theoretical Sampling, Codieren und der Konstruktion theoretischer Konzepte und Kategorien, dem kontinuierlichen Vergleichen und der sich gegenseitig abwechselnden oder parallel verlaufenden Datensammlung und Auswertung qualitativ analysiert (Breuer et al. 2018; Corbin 2011; Legewie & Schervier-Legewie 2004; Corbin & Hildenbrand 2003; Strauss 1998). Dabei wird von einer Interaktion zwischen Erkennendem und Erkanntem ausgegangen, da das Datenmaterial den Forschungsprozess steuert und die Kreativität der Forschenden, vor deren Erfahrungshintergrund, die Strukturiertheit der Daten offenlegt (vgl. Strübing 2014; Corbin 2011; Hildenbrand 2010). Die Forschungsstrategie der GTM ist auf die Entwicklung einer Theorie ausgerichtet, d. h. das Forschungsfeld wird nicht mit einer vordefinierten Theorie betreten (Corbin 2002). Durch systematisches Erheben, Analysieren, in Beziehung setzen und Interpretieren von Daten, die sich auf das Phänomen beziehen, wird die gegenstandsbezogene Theorie entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt (Strauss & Corbin 1996). Der Erhebungs-, Analyse- und Interpretationsprozess von Datenmaterial im Forschungsstil der GTM verläuft gleichzeitig, greift ineinander, bzw. beeinflusst sich gegenseitig (Abb. 4).

Abb. 4: Prozess der Datenerhebung und Auswertung nach der GTM



(Quelle: Eigene Darstellung)

Eine theoretische Konstruktion von Konzepten²² während der Datenerhebung und Auswertung lässt die GTM bewusst zu (vgl. Mayring 2002; Strauss & Corbin 1996). Diese theoretischen Konzepte müssen sich an den Daten bestätigen. Die Datensammlung, die Datenauswertung und die daraus weiterzuentwickelnde

²² Konzepte sind in diesem Rahmen als Bezeichnungen für Phänomene, d. h. als in Begriffe gefasste Hypothesen zu verstehen.

Theorie, stehen dabei in einer wechselseitigen Beziehung zueinander (Strübing 2014). Die im Verlauf der vorliegenden Studie konstruierten Konzepte und Kategorien wurden aus dem Datenmaterial gewonnen (induktiv). Sie dienen dazu, einen Zugang zu Relevanzen, Deutungen und Sichtweisen der Akteure zu finden. Anschließend wurden diese zu theoretischen Annahmen weiterentwickelt. Die Konzepte, die Beziehungen zwischen verschiedenen Konzepten und die Kategorien wurden für diese Arbeit in Memos und Notizen als Hypothesen²³ formuliert, im Forschungstagebuch festgehalten, mit anderen Daten verglichen, analysiert und anhand der Daten überprüft²⁴.

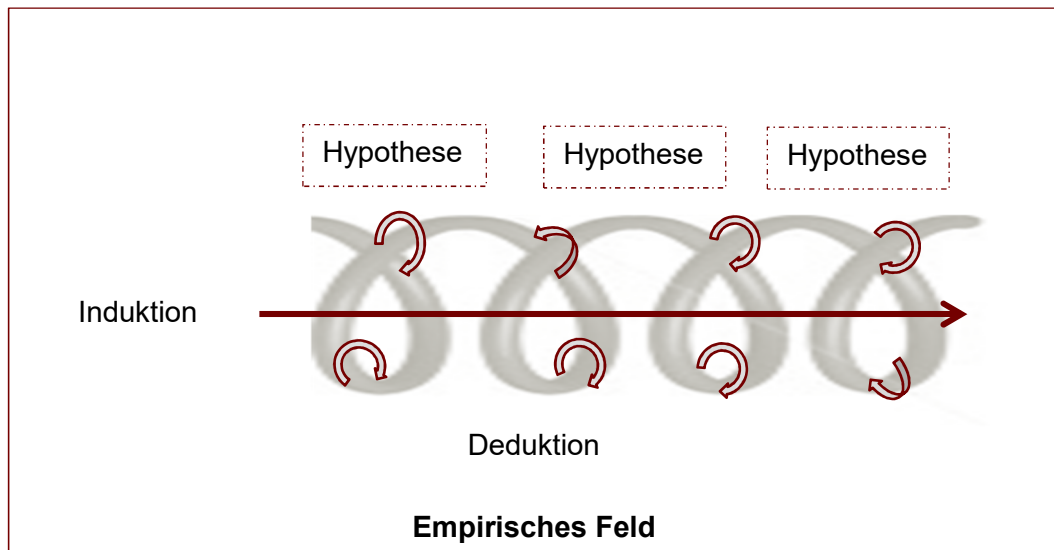
Vorläufig formulierte Hypothesen weisen darauf hin, wer für das nächste Interview ausgewählt werden soll oder welches Datenmaterial (Feldbeobachtungen, Literatur, Theorien etc.) als Nächstes erhoben und einbezogen wird. Für die vorliegende Arbeit war die Auswahl des neuen Datenmaterials, dessen mögliche Ergiebigkeit für weiterführende Erkenntnisse handlungsleitend und nicht die Repräsentativität. Dies diente dazu, dass die untersuchten Phänomene in ihrer ganzen Vielfalt in den Daten vertreten sind. Die Vorgehensweise in dieser Studie entspricht einem zirkulären Prozess, der in der Rückkehr zu den Daten und im Vergleich der Daten, Konzepte und Kategorien miteinander (komparative Analyse) zu sehen ist (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014; Strübing 2013; Charmaz 2012). Im Prozess der komparativen Analyse wurde Literatur als Datenquelle genutzt und hinzugezogen. Die Maxime „All is data“ (Glaser 2007, 57) weist darauf hin, den Wert für die Theoriebildung in verschiedenen Quellen anzuerkennen. Gleichzeitig ist damit die Forderung verbunden keine vorschnelle oder grundlose Reduzierung in Bezug auf eine spezifische Datensorte vorzunehmen. Literatur bekommt den Status einer gleichrangigen Quelle, die im Prozess des ständigen Vergleichens hinzugezogen werden kann. Die Entscheidung, welche Daten einbezogen werden und welche nicht, obliegt dabei der/dem Forschenden (vgl. Strauss & Corbin 1996). Die Erkenntnisse der vorliegenden Studie wurden entsprechend der GTM wie in Abb. 5 (S. 71) grafisch dargestellt, aus den empirischen Daten heraus, in einer kontinuierlichen Verknüpfung von induktivem (überraschungsoffenem) und deduktivem (theoriegeleitetem) Vorgehen entwickelt. Induktives Vorgehen bei der Auswertung bedeutet, dass jedes Konzept relevant sein kann. Wissenschaftliche Konstrukte wurden so in einem deduktiven Vorgehen als sensibilisierende und strukturierende Konzepte genutzt. Die Vielfalt in den Daten, kontrastierende Fälle und das 'Miteinander in Beziehung setzen' der

²³ Feststehender Begriff der Grounded Theory. Hypothesen werden hier aus den empirisch erhobenen Daten entwickelt.

²⁴ Nicht mit theorieprüfendem Vorgehen standardisierter Verfahren zu verwechseln, es werden keine vorab entwickelten Hypothesen empirisch getestet.

Daten spielt bei der GTM eine wichtige Rolle. Die so gewonnenen neuen Erkenntnisse wurden wieder in den Forschungsprozess aufgenommen (s. Abb. 5), dargestellt als kleine Schleifen um die Spirale.

Abb. 5: Erkenntnisentwicklung im Forschungsprozess der GTM



(Quelle: Eigene Bearbeitung, nach Kruse 2010, 320)

Das Wechselspiel zwischen der gezielten, weiterführenden sowie ergänzenden Datenerhebung und Auswertung – das Theoretical Sampling – hat dabei eine besondere Bedeutung. Als Theoretical Sampling wird der Prozess bezeichnet in dem die Auswahl einer Datenquelle (Fall, Stichprobe, Ereignis, Beobachtungen, Literatur usw.) auf Basis der theoretisch gebildeten Konzepte, die weitere Datenerhebung leitet (Corbin 2002). Dieses wurde forschungspraktisch angewandt und dazu wurden unterschiedliche Sampling-Strategien (gezielt, systematisch, zufällig) genutzt. Außerdem ist das Theoretical Sampling ein Aspekt der vergleichenden Analyse, welches in den Daten das gezielte Suchen und Erkennen von Indikatoren für die Konzepte ermöglicht (vgl. Strauss & Corbin 1996). Aus dem Vergleich der verschiedenen herausgearbeiteten Konzepte miteinander wurden abstrakte Konzepte gebildet, die als Kategorien bezeichnet werden. Aufgrund des Austausches und der Interaktion zwischen der Forschenden und dem was sich im Forschungsfeld ergab, wurden konkret die Methoden genutzt, die als sinnvoll erachtet wurden. Dies ist ein Aspekt der methodologischen Freiheit der GTM.

Im weiteren Verlauf des methodischen Teils dieser Arbeit werden nun sowohl die Datenerhebungsmethoden als auch Arbeitsschritte erläutert. Die weiteren Arbeitsschritte der Datenerhebung und der Datenanalyse finden in der Feldphase statt und werden daher in Unterkapitel 4.5 beschrieben.

4.4 Methodisches Vorgehen – Explikation der Datenerhebungsmethoden

Das Gespräch hat in der qualitativen Sozialforschung eine besondere Bedeutung, denn Sprache drückt als kulturelles Produkt aus, wie Wirklichkeit sozial hergestellt wird (vgl. Strübing 2013). In Anbetracht eines wenig erforschten Untersuchungsfeldes (subjektive Gesundheitsvorstellungen von Männern und Frauen in ihrer Rolle als Eltern, im Kontext sozialer Ungleichheit) interessieren die subjektiven Deutungs- und Bewertungsmuster von Müttern und Vätern, die zur Interpretation der Wirklichkeit und somit zur Sinngebung herangezogen werden können. Subjektive Bedeutungen lassen sich nur ableiten, wenn man die Subjekte selbst zur Sprache kommen lässt (Mayring 2002). Der verstehende Zugang zur sozialen Wirklichkeit ergibt sich *„...aus der interpretativ-verstehenden Arbeit des Forschers an sinnhaften, sprachlich vermittelten Äußerungen“* (Geyer & Siegrist 2006, 321). Daher wurden teilnarrative Leitfadeninterviews zur Datenerhebung in dieser Studie eingesetzt. Im Anschluss daran wurden Gruppendiskussionen durchgeführt, da diese kollektiven Meinungen und Deutungsmuster unterschiedlicher sozialer Gruppen abbilden können (vgl. Bohnsack & Nohl 2013).

4.4.1 Interviewdesign

Die Eigenschaften eines Leitfadeninterviews sind als Prozess zu verstehen, der dazu führt, nach und nach zu den hinter den Aussagen stehenden Deutungsmustern zu gelangen. Der Datengewinn ist eine kommunikative Leistung, denn der handlungsorientierende Sinn eigener Aktivitäten wird deutlich, wenn die Befragten in der Kommunikationsbeziehung mit den ihnen vertrauten Kommunikationsregeln die Orientierung ihres eigenen Handelns darlegen können (vgl. Hoffmann-Riem 1980; s. a. Strübing 2013). *„Anders als bei quantitativer Forschung wird bei qualitativen Methoden die Kommunikation des Forschers mit dem jeweiligen Feld und den Beteiligten zum expliziten Bestandteil der Erkenntnis, statt sie als Störvariable so weit wie möglich ausschließen zu wollen“* (Flick 2002, 19). Gesundheit wird in den Kontext des eigenen Lebens und der sozialen Situation gestellt wahrgenommen und in Verbindung mit Erfahrungen im eigenen Leben verstanden (vgl. Faltermaier & Kühnlein 2000). Daher wurden die Interviewten, wie in der qualitativen Interviewforschung üblich, zu ihren Wissens- und Relevanzsystemen²⁵ befragt. Diese sind aufgrund der von Menschen gesammelten Erfahrungen immer biografisch

²⁵ Sinnzusammenhänge, die ins Bewusstsein treten, sind vom Relevanzsystem abhängig. Schütz in Legewie (1996) unterscheidet dabei in thematische Relevanz (was wird wie zum Thema), Interpretationsrelevanz (welche Aspekte werden thematisiert und welche Deutungsmuster werden herangezogen) und Motivationsrelevanz (aus welchem Grund und zu welchem Zweck wird das Thema bedeutsam). Motivationsrelevanz gründet reflexiv auf Erfahrung und ist verbunden mit Plänen in die Zukunft gerichtet (Legewie 1996).

geprägt und in biografische Wissensdimensionen eingebunden (Kruse 2010). Die Beschreibung der eigenen Biografie dient den subjektiv konstruierten Sinndeutungen des eigenen Lebenslaufs. Biografische Erfahrungen im Lebenslauf und das daraus entstehende biografische Wissen werden gleichzeitig zur aktuellen und zukünftigen Konstruktion der individuellen Biografie genutzt (vgl. Kruse 2010; Berg & Lucius-Hoene 2000). Wichtig ist, dass die individuelle Biografie neben Zeit, Raum, sozioökonomischem Status und Karriere zu den intervenierenden Bedingungen gehören können, die die Handlungs- und Interaktionalen Strategien von Menschen beeinflussen (vgl. Strauss & Corbin 1996).

4.4.1.1 Eltern als Experten

Die Befragten der vorliegenden Studie wurden aufgrund der Fragestellung sowie dem interessierenden Untersuchungsumfeld (familiärer Alltag), in dem die Befragten agieren, als für diese Untersuchung relevante Experten*innen angesehen. Zum Experten respektive zur Expertin wird das Subjekt für bestimmte Lebensbereiche durch seine subjektiven Theorien (Flick 1998), in diesem Fall der Umgang mit Gesundheit im familiären Alltag. In diesem Sinne sind Eltern mit Kindern im Vorschulalter Experten ihrer eigenen Gesundheit und die ihrer Kinder. Zudem sind Eltern im Sinne des Empowerments (vgl. Herriger 2002; Stark 2000) Experten in eigener Sache. Wie bereits in den bisherigen Ausführungen deutlich geworden ist, geht es in dieser Studie nicht nur um die Erhebung nützlicher Informationen. Sowohl die Bestimmung eines Experten durch die Zuschreibung der Expertenrolle durch die Forschende, als auch anhand des Merkmals Wissen reichte somit nicht aus. Die durchgeführte Untersuchung dient der Rekonstruktion subjektiver Deutungen und Interpretationen, daher wurden die befragten Eltern als Experten in einem theoriegenerierenden Experteninterview befragt (vgl. Bogner et al. 2014). In das elterliche Expertenwissen (Praxis- und Handlungswissen) sind kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster eingeflossen. Zudem weist das Expertenwissen die Dimension soziale Relevanz auf, weil deren Handlungsorientierung, deren Wissen und deren Einschätzungen in deren Aktionsumfeld die Handlungsbedingungen anderer Akteure in relevanter Weise mit strukturieren (vgl. Bogner et al. 2014; Bogner & Menz 2005). Andere Akteure können die eigenen Kinder, Kita-Mitarbeiter*innen, Gesundheits- oder Krankheitsprofessionelle, weitere Familienmitglieder usw. sein. Insbesondere die Familie spielt als Aktionsfeld immer eine Rolle, wenn es um Gesundheit geht oder darum Krankheiten zu verhüten sowie kranke Familienmitglieder zu betreuen und zu pflegen (vgl. Schnabel 2010). Einerseits wird dabei auf traditionelles Wissen zur Heilung und auf krankheitsbezogene Kompetenzen zurückgegriffen und andererseits ist die

Familie sowohl als 'Selbsthilfeagentur' im Umgang mit Belastungen und der Bewältigung von Krankheiten als auch als Vermittler krankheitsbezogener Kompetenzen und krankheitsbezogenem Wissen nicht zu unterschätzen (Kolip & Lademann 2012; Schnabel 2010; s. a. Faltermaier 2015a). Die Familie spielt als Akteur aber nicht nur bei der Bewältigung und Verhütung von Krankheiten eine Rolle. Sie ist ebenso bei der Herstellung, Förderung und Erhaltung von Gesundheit wichtig. Die Familienmitglieder können sich gegenseitig ein Gefühl von Wertschätzung, Liebe und Zugehörigkeit vermitteln, was sich positiv auf das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl auswirkt und somit gesundheitsrelevant für die Familienmitglieder ist (vgl. Kolip & Lademann 2012). Aus den genannten Gründen wurden in der vorliegenden Studie Eltern von Kindern im Vorschulalter als Experten zu ihren Gesundheitsvorstellungen befragt.

4.4.1.2 Zwischen Strukturierung und Offenheit – Leitfadeninterviews

Für die vorliegende Studie wurde eine Mischung aus Interviewformen gewählt. Diese folgt dem Prinzip, so offen und monologisch wie möglich und so strukturiert und dialogisch wie nötig zu sein (Helfferich 2005). Die Datensammlung erfolgte daher durch Leitfadeninterviews mit Themen fokussierenden Erzählaufforderungen. Dieses Vorgehen mit hohen erzählgenerierenden (narrativen) Eigenschaften ermöglicht eine Darstellung der subjektiven Erlebnisse und Wahrnehmungen von Eltern in Bezug auf Gesundheit im Alltag. Durch die Mischung der Interviewformen werden die Vorteile des narrativen Interviews mit den Vorteilen des Leitfadeninterviews kombiniert. *„Kennzeichnend für Leitfadeninterviews ist, dass ein Leitfaden mit offen formulierten Fragen dem Interview zugrunde liegt“* (Mayer 2008, 37). Der Leitfaden dient im Forschungsinteresse der inhaltlichen Strukturierung des Gesprächs. Durch die im Leitfaden festgehaltenen Themenkomplexe (in Frageform) kann zum einen die Datenerhebung strukturiert werden und zum anderen wird so eine Konkretisierung des Forschungsgegenstandes möglich (vgl. Helfferich 2005; Flick 2002). Im Gegensatz zu einem rein narrativen Interview waren Unterbrechungen von Erzählsequenzen für Verständnisfragen und zur Konkretisierung vorgesehen. Im Verlauf des Interviews konnte flexibel entschieden werden, wann welche Frage gestellt wird oder ob eine Frage bereits ausreichend beantwortet wurde und somit nicht explizit noch einmal gestellt werden musste (vgl. Hopf 2013). Die Strukturierung der Kommunikation wurde so weit wie möglich den Befragten überlassen, um dem Prinzip der Kommunikation und Offenheit qualitativer Sozialforschung nach Hoffmann-Riem (1980) zu folgen (s. Strübing 2013). Danach ist es notwendig, eine Kommunikationsbeziehung mit den Menschen

einzugehen, die im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen und dabei das System der kommunikativen Regeln dieser Menschen bestehen zu lassen. Nur so können Forschende Zugang zu bedeutungsstrukturierenden Daten gewinnen. Dabei ist es notwendig abzuwarten, bis sich Bedeutungszuschreibungen kontextabhängig herausbilden, denn die Beschaffenheit von Bedeutung ist an die Kommunikationssituation gebunden (vgl. Hoffmann-Riem 1980). Dem Prinzip der Offenheit folgend wurde den Befragten Raum für die Entfaltung ihrer subjektiven Relevanzsysteme oder Deutungsmuster eingeräumt. Durch dieses Vorgehen werden die Unterschiede zum Relevanzsystem der Forschenden erst erkennbar (vgl. Bohnsack 2008). In einem Leitfadeninterview wird die notwendige Offenheit durch offene Erzählaufforderungen und offene Fragestellungen ermöglicht. Häufige Kommentare durch Interviewende beschränken sich dabei in der Regel auf 'ja', 'hm', 'nicken' usw., um den Erzählfluss aufrecht zu erhalten und Interesse und Verstehen zu signalisieren (Kruse 2008). Dieses Vorgehen dient der Herstellung oder Aufrechterhaltung der Kommunikationsbeziehung. Nach Kruse (2008) muss während des Interviews, als Kommunikationssituation, das Rederecht der Interviewten, als Erzählperson, zugelassen werden. Beachtet werden muss dabei, dass ein monologisches Rederecht die Erzählenden durchaus überfordern kann, da dies in der Alltagskommunikation nicht üblich ist, denn diese geht mit einem dialogischen Rederecht der Gesprächspartner einher. Außerdem bringen sich Interviewende, mit dem Erzählen ihres eigenen Bezugssystems nicht in die Kommunikation ein (Kruse 2010). In der Alltagskommunikation ist dies normalerweise üblich. Generell wird in qualitativen Interviews eine Annäherung an die Alltagskommunikation versucht (s. a. Strübing 2013). Dennoch ist zu berücksichtigen, dass die Interviewsituation keine alltägliche Gesprächssituation ist.

4.4.1.3 Die Konzeption des Interviewleitfadens

Die Konzeption des Interviewleitfadens für die vorliegende Studie und die Auseinandersetzung mit Frageformen erfolgte in Anlehnung an Helfferich (2005) und Kruse (2010; 2006; 2004). Diese Konzeption eignet sich sowohl zur Rekonstruktion subjektiver Theorien und Formen des Alltagswissens als auch zur Gewährleistung möglichst großer Offenheit in Bezug auf die Erzählungen der Interviewten sowie zur Einführung von Themen durch die Interviewende (vgl. Kruse 2008; Helfferich 2005). Bei der Entwicklung des Leitfadens wurde darauf geachtet, mit der Strukturierung der Themen kontinuierlich neue Erzählungen generieren zu können. Dazu wurden erzählgenerierende (narrative) Stimuli gesetzt.

Der strukturelle Aufbau des Gesprächsleitfadens ist in Abb. 6, Abb. 7 und Abb. 8 dargestellt und wird im Weiteren beschrieben. Den Einstieg in den jeweilige

Themenkomplex bildet die themenfokussierende Erzählaufforderung. Diese werden antwortoffen formuliert und haben keine schließende Wirkung. Die vier Spalten unter der Leitfrage: Inhaltliche Aspekte, Aufrechterhaltungsfrage, Nachfragen und Hinweis beziehen sich auf die Leitfrage zum jeweiligen Themenkomplex.

Abb. 6: Struktur der Themenblöcke des Interviewleitfadens

<i>Leitfrage/Erzählaufforderung/Stimulus</i>			
Inhaltliche Aspekte	<i>Aufrechterhaltungsfragen</i>	Konkrete Nachfragen	Hinweise
<ul style="list-style-type: none"> • Abhängig von der Leitfrage 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein?</i> ➤ <i>Was gibt es sonst noch?</i> ➤ <i>Und dann?</i> ➤ <i>Und sonst?</i> ➤ <i>Was meinen Sie?</i> ➤ <i>Nonverbale Aufrechterhaltung</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Abhängig von der Leitfrage 	Zum Erzählen auffordern, Erzählfluss aufrechterhalten, Nachfragen nur stellen, wenn nichts dazu erzählt wurde!

(Quelle: Eigene Bearbeitung nach Kruse 2006, 28)

Die Spalte 'inhaltliche Aspekte' beinhaltet eine Liste von Unterthemen oder Teilbereiche, die in grundlegendem Zusammenhang mit dem Forschungsthema stehen (vgl. Helfferich 2005; Kruse 2004) und nur bei Bedarf angesprochen werden. In der Gesprächssituation können sich Interviewer*innen dadurch vergegenwärtigen, ob zu bestimmten Unterthemen etwas erzählt wurde. Ist die Erzählung ins Stocken geraten, kann mit offenen 'Aufrechterhaltungsfragen' gegebenenfalls der Erzählfluss erneut angeregt oder aufrechterhalten werden (vgl. Kruse 2010; Kruse 2006; Helfferich 2005; Kruse 2004). Aufrechterhaltungsfragen dienen dazu, die zu Befragenden zu motivieren sowie Interesse und Verstehen auszudrücken. Den Befragten ist dabei überlassen, ob oder was sie erzählen möchten, daher sind Aufrechterhaltungsfragen nicht steuernd (vgl. Kruse 2008). Wurden bestimmte Unterthemen nicht angesprochen, können Nachfragen gestellt werden. Nachfragen zu bestimmten Unterthemen liegen im Forschungsinteresse begründet, um Material für die Interpretation zu bestimmten Bereichen zu generieren (Kruse 2008). Welche Nachfragen gestellt werden, wird im Interviewverlauf situationsspezifisch entschieden und richtete sich danach, welche Unterthemen nicht zur Sprache gekommen sind. Nachfragen haben steuernde Eigenschaften, werden allerdings offen formuliert, damit immer wieder narrative Teilerzählungen entstehen und die Interviewten ihr subjektives Relevanzsystem eigenstrukturiert zum Ausdruck bringen können (vgl. Kruse 2008; Kruse 2006; Helfferich 2005). Die Spalte 'Hinweis' ermöglicht allgemeine oder spezifische Anmerkungen oder Stichpunkte zum Themenbereich festzuhalten. Mit offenen Fragen wird den Interviewten gegen Ende des Interviews noch mal die Gelegenheit gegeben eigene

Bedeutsamkeiten, die noch nicht angesprochen wurden, deutlich zu machen und den Interviewverlauf zu kommentieren (Abb. 7).

Abb. 7: Offene Nachfragen gegen Ende des Interviews

<i>Block:</i>	Offene Nachfragen gegen Ende
Gibt es noch etwas auf das ich noch nicht eingegangen bin, was Sie aber noch erzählen möchten, weil es Ihnen wichtig ist? Haben Sie in dem Interview etwas vermisst oder als störend empfunden? (Ausleitende Fragen)	

(Quelle: Eigene Bearbeitung nach Kruse 2006, 28)

Im Rahmen der allgemeinen Einstellungsfragen (Abb. 8) können, am Ende des Interviews, eigene Relevanzen im Rückblick auf das bisher Erzählte von den Befragten gesetzt werden.

Abb. 8: Allgemeine Einstellungsfragen

<i>Block:</i>	Allgemeine Einstellungsfragen
Ich habe noch ein paar allgemeine Fragen: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Momentan werden so viele Diskussionen über die Gesundheit von Kindern geführt. Was meinen Sie dazu? ➤ Was denken Sie kann sonst noch für die Gesundheit von Kindern getan werden? Welche Art der Unterstützung würden Sie sich für Kinder wünschen? (Wo sollte diese Unterstützung stattfinden?) ➤ Was bedeutet für Sie das Wort Gesundheit? 	

(Quelle: Eigenbearbeitung nach Kruse 2006, 28)

Eine Datenerhebung weist fast immer, zumindest implizit, Merkmale einer Intervention auf (Ulich 1994), denn die Gesprächspartner*innen werden dazu angehalten sich mit ihren Einstellungen, Haltungen und Handlungen auseinanderzusetzen. Probleme werden dabei ins Bewusstsein gehoben, strukturiert und verändert (Ulich 1994). Daher bilden allgemeine, offene Einstellungsfragen den Abschluss des Interviews.

Der Interviewleitfaden (Anhang 8, S. 291) wurde auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit abgestimmt erstellt. Die Themenschwerpunkte des Gesprächsleitfadens, die den Ausgangspunkt bildeten, wurden zunächst aufgrund von theoretischem Wissen, beruflicher Erfahrungen und entsprechend der Literaturrecherche (s. Flick et al. 2004; Faltermaier et al. 1998; Faltermaier 1994) entwickelt. Ein grundlegendes Ziel war es mit dem Leitfaden, Gesundheitsvorstellungen von Eltern im biografischen, persönlichen, alltags und sozialen Lebenskontext der Befragten zu erfassen. Die Themen fokussierenden Erzählaufforderungen des Interviewleitfadens dienen als Orientierungsrahmen im Verlauf des Interviews. In der Darstellung des Interviewleitfadens wird ersichtlich, dass der Leitfaden für die vorliegende Studie umfangreich ist und eine hohe inhaltliche Komplexität aufweist. Dennoch ist der Gesprächsleitfaden ein flexibles, vorläufiges Instrument, welches an die jeweilige Gesprächssituation angepasst und keinesfalls wörtlich abgefragt wird. Die offenen thematischen Leitfragen sind Erzählstimuli, die in der

Gesprächssituation umgestellt oder sprachlich angepasst werden, wenn dies notwendig ist. Darüber hinaus wird ersichtlich, dass im Leitfaden einige reflexive und zirkuläre Fragen enthalten sind. Der Leitfaden wurde bewusst so entwickelt. Reflexive Fragen regen dazu an über eigene Sichtweisen nachzudenken, neue Möglichkeiten können in Betracht gezogen werden und es besteht die Option neue Informationen, z. B. über den Kontext der Befragten, zu erhalten (Kruse 2006). Um komplexe Zusammenhänge erkennen und anwenden zu können, ist es sowohl für die Interviewer*innen als auch für die Gesprächspartner*innen sinnvoll, vertraute Situationen aus einer anderen Perspektive wahrzunehmen. Nach Kruse (2010) können zirkuläre Fragen dazu beitragen die Perspektive zu wechseln, um so ein Thema von verschiedenen Seiten zu beleuchten und einen Denkprozess in Gang zu setzen. Diese Frageform bietet eine Möglichkeit Aufmerksamkeit und Interesse zu wecken und kann dazu anhalten, eine Erklärung der Interviewten entsprechend ihres Relevanzsystems zu geben. Im British Health and Lifestyle Survey wurde mit zwei offenen Fragen nach Gesundheitsvorstellungen und Lebensstil gefragt. Dabei bezog sich die erste Frage auf Personen, die von den Befragten als gesund angesehen wurden und die zweite Frage bezog sich auf die Befragten selbst. (Blaxter 1992). Aus den genannten Gründen wurden zirkuläre Fragen formuliert (z. B. Was hat Ihr Nachbar, Freund, Ehemann, Freundin gemacht?). Außerdem kommt diese Fragetechnik der Alltagskommunikation nahe, da es nicht unbedingt ungewöhnlich ist, über andere zu reden. Die einzelnen Leitfragen werden im Folgenden erläutert.

- Der erste Block des teil-narrativen Gesprächsleitfadens (s. Anhang 8) bezieht sich zunächst auf die befragten Eltern selbst. Das Forschungsinteresse lag darin, etwas darüber zu erfahren, wie die befragten Eltern Gesundheit, ihre eigene Person betreffend, konstruieren. Gesundheit und Gesunderhaltung sind immer wieder aktuelle Themen in diversen Medien. Dementsprechend wurde davon ausgegangen, dass es nicht ungewöhnlich ist, über dieses Thema zu reden. In dieser Studie geht es allerdings nicht um ein allgemeines Verständnis von Gesundheit, welches möglicherweise stärker von z. B. Medienberichten geprägt ist, sondern um das individuelle Gesundheitsverständnis bezogen auf die eigene Person. Da davon auszugehen war, dass die Gesprächspartner*innen diverse auch normativ geprägte Vorstellungen von Gesundheit haben und diese ohnehin verbalisieren, werden die Befragten gebeten zu beschreiben, wann sie sich persönlich gesund fühlen. Dahinter stand das Ziel, den persönlichen Aspekt und den persönlichen Kontext in den Vordergrund zu stellen, um individuelle, inhaltliche Gesundheitskonzepte zu erhalten. Der Schwerpunkt sollte bewusst, nicht auf eher allgemeingültige und normative

Aspekte gelegt werden. Der Themenbereich der zweiten Leitfrage bezieht sich inhaltlich auf die Rolle der Befragten als Eltern. Bei Bedarf kann ein biografischer Erzählstimulus gesetzt werden, um so etwas über subjektive Deutungsmuster in Verbindung mit biografischen Aspekten im Lebenskontext der Befragten zu erfahren.

- Den Einstieg in das Thema Gesundheit in Bezug auf die eigenen Kinder, bildet der Themenbereich der dritten Leitfrage. Mit dieser Frage wird ein Stimulus gesetzt, um die bisherigen Deutungsmuster hinsichtlich der eigenen Kinder zu reflektieren. Die konkreten Nachfragen in diesem Themenkomplex beziehen sich auf die von Eltern subjektiv wahrgenommenen positiven und negativen Einflüsse auf Gesundheit. Die weiteren Nachfragen dienen dazu, etwas über die von Eltern in ihrem subjektiven Relevanzsystem wahrgenommenen Handlungsmöglichkeiten und unterstützende Netzwerke beziehungsweise deren Qualität aus Sicht der Befragten zu erfahren.
- Im Rahmen der vierten Leitfrage werden die Interviewten aufgefordert, etwas über als typisch erachtete Aspekte von Kindergesundheit zu erzählen ('normale' kindliche Entwicklung wie: sehen, hören, sprechen, soziale Kontakte, Beweglichkeit/Körpermotorik usw.). Die Nachfragen in diesem Themenbereich beziehen sich auf mögliche Beeinflussungen im sozialen Kontext. Dabei wurde die erste Nachfrage als geschlossene Nachfrage formuliert, um den Interviewten nicht zu suggerieren, dass da möglicherweise aus Sicht der Interviewerin ein Zusammenhang bestehen könnte.
- Die fünfte Leitfrage wurde bewusst provokant formuliert, um die befragten Eltern aufzufordern, einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Erziehung in ihrem subjektiven Relevanzsystem zu verbalisieren.
- Die sechste Leitfrage zielt darauf ab, die Interviewten implizit aufzufordern, etwas über ihr Wissen bezüglich Kindergesundheit zu erzählen. Zudem wird erfragt, wie aus Sicht der interviewten Eltern die Qualität von Gesundheitsinformationen oder Gesundheitsinformationsträgern sein sollten, damit diese genutzt werden und welche Einflüsse Eltern in Gesundheitsinformationen aus unterschiedlichen Quellen sehen.
- Mit der siebten Leitfrage werden die Eltern gebeten, allgemein etwas über den Einfluss der Umgebung, in der ihre Kinder aufwachsen, zu erzählen und welchen Bereich sie in ihrem Relevanzsystem priorisieren. Die Nachfragen sollen 'Umgebung' spezifizieren und werden nur gestellt, wenn bestimmte Bereiche nicht bereits zuvor von den Befragten verbalisiert wurden.
- Die achte Leitfrage zielt auf die elterliche Einschätzung des Gesundheitszustandes ihrer Kinder und auf elterliche Handlungsmöglichkeiten, sowohl zur

Erhaltung von Gesundheit als auch bei Krankheit. Mit den Nachfragen werden die Befragten gebeten die Rolle ihres sozialen Netzwerkes, der Gesundheitsprofessionellen und der Medien in diesem Kontext zu verbalisieren.

- Mit der neunten Leitfrage werden die befragten Eltern aufgefordert ihren derzeitigen Alltag zu reflektieren. Die Nachfragen dienen dazu, verschiedene Stimuli in diesem Themenbereich zu setzen.

Der Interviewleitfaden wurde bewusst so konzipiert, dass das Thema Krankheit außer in einer Nachfrage nicht direkt angesprochen wird, um zu sehen, wie und wann die Befragten 'Krankheit' in den Kontext ihres Relevanzsystems von Gesundheit stellen. Insgesamt wurden drei 'Probeinterviews' zur Kontrolle des Interviewleitfadens in Bezug auf den zeitlichen Umfang der Interviews, der Verständlichkeit, Funktionalität und Ergiebigkeit des Leitfadens sowie des Interviewerverhaltens durchgeführt.

4.4.1.4 Interviewerhaltung und Gesprächsrolle

Vor der Durchführung von Interviews ist eine Auseinandersetzung mit theoretischen Grundlagen der Gesprächsrollenverteilung, dem Rederecht sowie der Interviewerhaltung notwendig. Die Einstellungen gegenüber dem Kommunikationsprozess und des Interviewers wirken sich auf die Befragten und den Gesprächsverlauf aus (vgl. Kruse 2008). Außerdem ist die Reflexion der Gesprächsrollen wichtig, da das Ausmaß der Gesprächsrollensymmetrie oder -asymmetrie direkt mit der Interviewsteuerung zusammenhängt (vgl. Kruse 2006; Kruse 2008). Dieser Aspekt, methodische Kontrolle über Reflexivität, ist ein Gütekriterium qualitativer Interviews (s. Goerres & Diaz-Bone 2015; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014).

Für die Gestaltung der Rolle als Forschende wurde eine empowerment orientierte Haltung angestrebt. Im Sinne des Empowerments, sollten die Teilnehmer*innen als kompetente Akteure wahrgenommen werden (vgl. Herriger 2002), die als Expert*innen in 'eigener' Sache angesprochen und befragt wurden. Dieses Vorgehen ermöglicht, eine herausfordernde Haltung gegenüber den Interviewpartner*innen anzunehmen, um etwas Neues zu erfahren (vgl. Kruse 2008). Zudem kann diese Haltung inhaltlich näher an den Schwerpunkt des Wissens und der Erfahrungen der befragten Eltern führen. In einer möglichst entspannten Atmosphäre sollte das Interview den Charakter eines Gesprächs erhalten. Das Gesprächsklima sollte von Offenheit, Empathie, Authentizität, Akzeptanz, Respekt und einer nicht wertenden Haltung gegenüber allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern geprägt sein. Eine zurückhaltende, aber interessierte Haltung wurde als Bedingung angesehen, um:

- den zu Befragenden Raum für die Entfaltung eigener Relevanzsysteme zu lassen,
- eine Atmosphäre des Vertrauens und der Offenheit im Gespräch aufrechtzuerhalten,
- die Gesprächspartner*innen zu Erzählungen zu motivieren.

Den Ausführungen von Kruse (2006; 2008) folgend wurde die eingenommene Gesprächsrolle der Interviewerin reflektiert, um so im Ausmaß der Interviewsteuerung eine flexible und dem Gespräch angemessene Handhabung zu ermöglichen. Außerdem müssen Interviewende darauf eingehen, wenn die Befragten an bestimmten Punkten des Interviews eine symmetrische Kommunikationsebene verlangen oder Probleme mit dem monologischen Rederecht haben (Kruse 2006). Insbesondere zu Beginn eines Interviews kann nach Kruse (2006) z. B. die Tonbandaufnahme zu Irritationen der Befragten führen und eine symmetrische Kommunikationsebene erfordern. Zudem beschreibt Kruse, dass die Form der Rollenverteilung in einem Interview vor dem Hintergrund von Alltagskommunikationserfahrungen nicht alltäglich ist, da das monologische Rederecht das 'Prinzip der Gegenseitigkeit' (Reziprozitätsnorm) alltäglicher Kommunikation verletzt. Eine symmetrische Gesprächsrollenverteilung ist, in einem dialogischen Rederecht zwischen den zu Befragenden und den Interviewenden zu sehen und entspricht eher den alltäglichen Kommunikationserfahrungen. Zu beachten ist allerdings, dass die Interviewentwicklung stark durch die dialogischen Redeanteile der Interviewenden gesteuert werden (Kruse 2006; 2008).

4.4.2 Feldzugang über Kitas in Kölner Stadtteilen

Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen Eltern mit Kindern im Vorschulalter, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören. Dabei sollten die Kinder mindestens anderthalb Jahre alt sein. Dies wird damit begründet, dass die Geburt eines Kindes, insbesondere beim ersten Kind, eine besondere Lebensphase ist und die damit verbundenen familiären Veränderungen nicht im Fokus der Untersuchung stehen sollten.

Aus den im Folgenden genannten Gründen wurde der Feldzugang über Kindertagesstätten²⁶ in ausgewählten Kölner Stadtteilen angestrebt, die aufgrund ihrer örtlichen Zuordnung eine hohe oder niedrige Sozialhilfeempfängerdichte aufweisen. Angesichts des gesetzlichen Anspruchs auf einen Kitaplatz wurde davon ausgegangen, dass in Kitas sowohl Kinder der entsprechenden Altersgruppe zu finden sind, als auch Kinder, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören.

²⁶ Kindertagesstätten – im Folgenden kurz Kitas.

Nach Horstkotte & Zimmermann (2009) können sozial benachteiligte Mütter und Väter mit ihren Kindern insbesondere in Kitas erreicht werden. Generell sind Kitas jedoch als schichtübergreifende Einrichtungen zu sehen. Dennoch haben die einzelnen Kitas überwiegend eingegrenzte Einzugsgebiete, die vielfach Lebensräume bestimmter sozialer Gruppen sind (Helfferrich 2002). Dies ließ die Vermutung zu, dass in den Stadtteilen, in denen vermehrt sozial Benachteiligte leben, Kitas zu finden sind, die von Kindern sozial benachteiligter Familien besucht werden. Darüber hinaus wurde davon ausgegangen, dass Eltern, die ihre Kinder in einer Kita untergebracht haben, ein gewisses Maß an Vertrauen zu dieser Einrichtung haben, sodass darüber ein Zugang zu Eltern mit Kindern im Vorschulalter möglich ist. Generell kann dieses Vorgehen deutlich machen, in welchem Zusammenhang die Befragten bereit sind, über ein bestimmtes Thema zu sprechen (s. Rosenthal (2005). In diesem Fall über elterliche Gesundheitsvorstellungen in Bezug auf die eigenen Kinder.

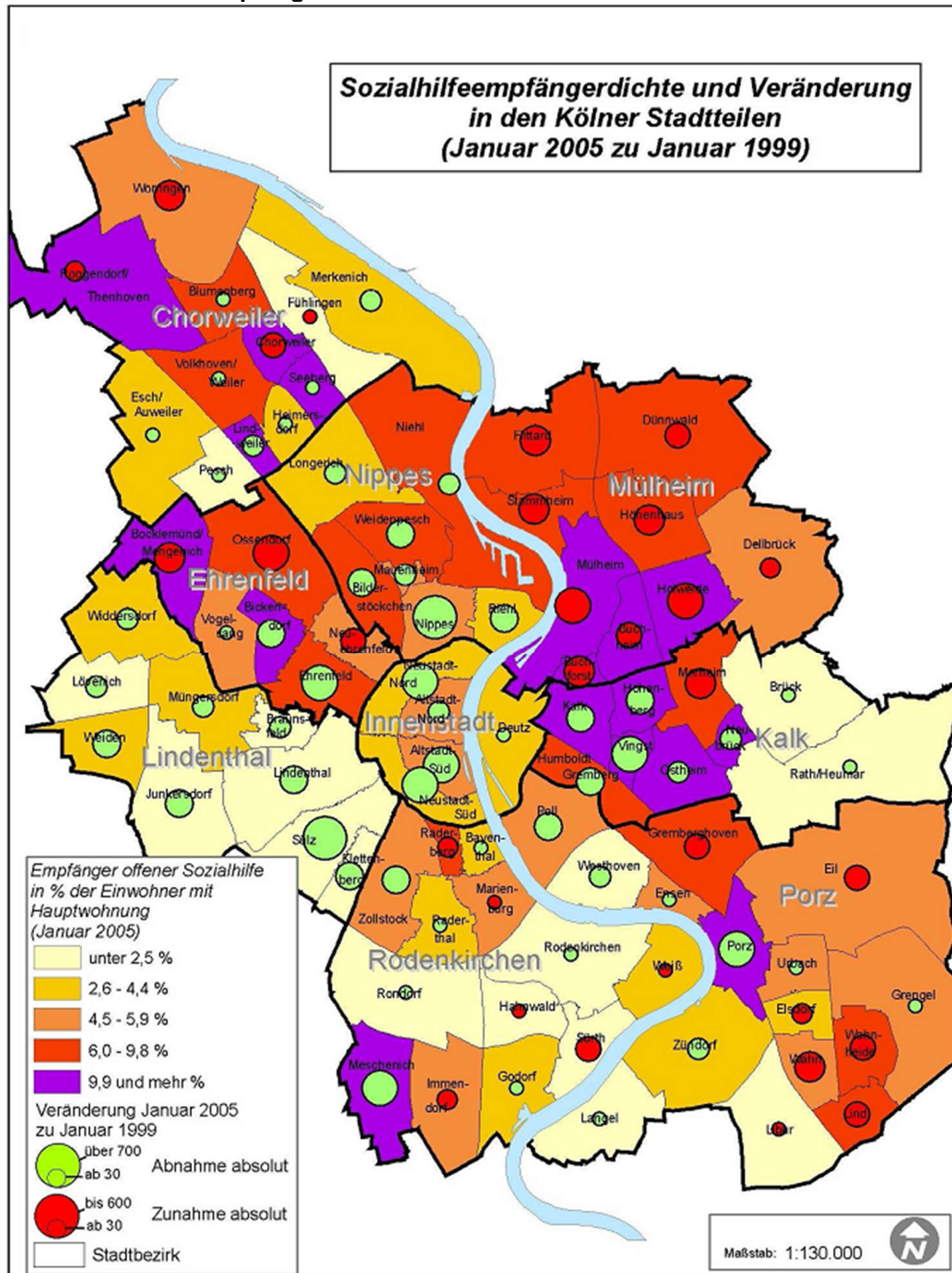
Zur Identifikation von Stadtteilen, in denen vermehrt Angehörige unterschiedlicher sozialer Klassen/Gruppen leben, wurde die Karte der Sozialhilfeempfängerdichte in Kölner Stadtteilen (s. Abb. 9, S.83) genutzt. Der Bezug von Sozialhilfe²⁷ kann als allgemein anerkanntes Item zur Kennzeichnung von Armut und sozialer Benachteiligung herangezogen werden (Mersmann 1998). Die Karte der Sozialhilfeempfängerdichte zeigt sowohl die neun Stadtbezirke als auch einzelne Stadtteile in den Bezirken, in denen besonders viele und besonders wenige Empfänger*innen 'offener Sozialhilfe'²⁸ leben. Weiterhin wird auf der Karte ersichtlich, in welchen Stadtteilen sich die Sozialhilfeempfängerdichte in der Zeit von 1999 bis 2005 verändert hat.

Dieses Vorgehen entspricht dem systematischen Sampling, denn es wurde einer konkreten Strategie gefolgt. Damit ist gemeint, systematisch von einer Person oder einem Ort ausgehend zur nächsten Person oder zum nächsten Ort zu gehen (vgl. Strauss & Corbin 1996). Dabei wurden verschiedene Zugangswege zu Interviewteilnehmenden angestrebt, um möglichst verschiedene Personen (Fälle) zu erreichen.

²⁷ Sozialhilfe ist eine öffentlich-rechtliche Sozialleistung im System der sozialen Sicherung mit der Funktion des untersten Auffangnetzes. Die Sozialhilfe (Sozialgesetzbuch XII [1]) teilt sich, neben dem Arbeitslosengeld II (SGB II), die Funktion der Sicherung des soziokulturellen Mindeststandard für jeweils unterschiedliche Personenkreise (BMAS 2005).

²⁸ Empfänger offener Sozialhilfe sind Personen, die in Privathaushalten beziehungsweise außerhalb von Einrichtungen leben.

Abb. 9: Sozialhilfeempfängerdichte in Kölner Stadtteilen



(Quelle: Stadt Köln (2005). Sozialbericht Köln, 36)

4.4.3 Der Umgang mit Vorkenntnissen – Wissen und Erfahrungen

Jeder Forschende betritt das Forschungsfeld mit einem gewissen Wissen und seinen Erfahrungen. Theoretische Vorannahmen sind einerseits erforderlich und andererseits ohnehin nicht zu vermeiden. Nach Strauss & Corbin (1996) sind Vorkenntnisse als theoretische Sensibilität anzusehen. Theoretische Sensibilität ist die Fähigkeit, zu erkennen was in den Daten wichtig ist, den Daten Bedeutung zu

verleihen und sie zu verstehen (vgl. Strauss & Corbin 1996; Strübing 2014). Des Weiteren ist theoretische Sensibilität notwendig, um das Relevanzsystem von Forschenden zu irritieren, um neue Erkenntnisse zu gewinnen und um das Relevanzsystem der Forschenden zu kontrollieren (vgl. Kruse 2010). Für die vorliegende Studie ist theoretische Sensibilität außerdem relevant, da sie dabei unterstützt Fragen und Untersuchungsperspektiven zu generieren. Der Forschungsstil der GTM ist außerdem durch die Subjektperspektive des Forschenden geprägt (vgl. Breuer et al. 2018; Corbin & Strauss 2015; Strübing 2014; Corbin 2011). Der persönliche Zugang, die berufliche Biografie, die Erfahrungen in Alltagsgesprächen und -beobachtungen auch während verschiedener Auslandsaufenthalte und persönliche Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Eltern und Kindern, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören sowie das daraus resultierende Erfahrungswissen der Autorin wurden als wertvolles Material für die Planung, Erhebung sowie die Interpretation der Daten in der vorliegenden Studie angesehen. Theoretische und praktische Vorkenntnisse wurden in dieser Studie dementsprechend weder ausgeblendet, noch dienten sie der Ableitung von Hypothesen. Neben beruflichen und persönlichen Erfahrungen stellten auch wissenschaftliche sowie nicht wissenschaftliche (populäre) Literatur, Quellen der theoretischen Sensibilität dar (vgl. Strauss & Corbin 1996). Thematische und persönliche Anregungen, Ideen, Vorwissen, Gedanken und deren Reflexion, die in verschiedenen Kontexten zum Thema angeregt werden, wurden während des Forschungsprozesses in einem Forschungstagebuch notiert. Dies waren:

- Gespräche außerhalb der eigentlichen Interviews,
- TV-Dokumentationen und Talkshows,
- das Lesen von Fachliteratur und Zeitungsartikeln zum Thema Gesundheit,
- Vorannahmen und Erfahrungen der Autorin.

Im Verlauf des Forschungsprozesses wurde die theoretische Sensibilität durch die kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem erworbenen Datenmaterial weiterentwickelt. Zur gezielten Erweiterung der theoretischen Sensibilität wurden, im Verlauf der vorliegenden Studie, sowohl wissenschaftliche Veröffentlichungen als auch populäre Literatur und Medienveröffentlichungen (Massenmedien wie Print, audiovisuelle und digitale Medien) zum Thema herangezogen. Dabei waren erste Erkenntnisse aus den Interviewdaten handlungsleitend. Ebenso gehörten Bourdieus Sozialraum- und Handlungstheorie sowie dessen Analysen zu den 'Feinen Unterschieden' (Bourdieu 1987) dazu. Dies diente dazu, Sensibilität über die Beziehungen zwischen der sozialen Herkunft, dem Verhältnis zur jeweiligen sozialen Klasse/Gruppe und den Umgang von Eltern mit Gesundheit zu erhöhen und Annahmen abzuleiten. Das Vorgehen ist als ein theoretisch rückgebundener

Schritt zu sehen. Erkenntnisse aus der Fachliteratur und den Massenmedien wurden im Verlauf der Studie immer wieder an den Daten aus den Interviews und Beobachtungen vor, während und nach den Interviews, sowie den Notizen im Forschungstagebuch überprüft. Nach Strauss & Corbin (1996) zeichnet sich ein Forschungsdesign nach der GTM dadurch aus, dass der Forschungsprozess fortlaufend reflektiert wird und dabei gleichzeitig der Forschungsprozess vorangetrieben wird. Den Ausführungen zur methodischen Kontrolle von Helfferich (2005) folgend, wurden in der vorliegenden Arbeit die Steuerungen, die durch Vorwissen die Interviewsituation und die Interaktion als Erhebungskontext gestalteten, dadurch kontrolliert, dass sie bewusst gemacht, reflektiert und im Forschungstagebuch festgehalten wurden. So konnte jederzeit darauf zurückgegriffen werden. Dieses Vorgehen ermöglicht eine selbstkritische Korrektur von Vorannahmen.

Wegweisende sensibilisierende Konzepte

Die vorliegende Studie wurde, entsprechend der GTM, mit der Formulierung einer offenen Zielsetzung begonnen: 'Etwas über subjektive Gesundheitsvorstellungen von Eltern mit Kindern im Vorschulalter erfahren, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören'. Ein offener Beginn ist wichtig für die Flexibilität und Freiheit, um das zu untersuchende Phänomen in seiner Breite und Tiefe untersuchen zu können. Zudem ist es wichtig, damit sich Forschende von den wichtigen Punkten innerhalb des Forschungsfeldes leiten lassen können (vgl. Corbin 2011; Strauss & Corbin 1996). Mit der offenen Fragestellung und der offenen Zielsetzung der Untersuchung, dem vorhandenen Wissen sowie den Erfahrungen (theoretische und praktische Vorkenntnisse) der Autorin wurden wegweisende sensibilisierende Konzepte erstellt. Auf dieser Grundlage hatten sich aus den in der Anfangsphase gesammelten Interviewdaten interessante Anknüpfungspunkte ergeben, die als sensibilisierende Konzepte, Leitidee, Ausgangspunkte der Forschung (Definitionen von Gesundheit, Wohlbefinden, Handeln, Sozialstruktur im gesellschaftlichen Kontext) formuliert wurden (vgl. Böhm 2010). Die Relevanz dieser wegweisenden Konzepte wurde jedoch erst im Verlauf der Untersuchung deutlich. Dementsprechend wurden sie im Forschungsprozess differenziert und angepasst. Aus den hinter diesen sensibilisierenden Konzepten stehenden Ideen wurden im Forschungsprozess folgende Forschungsfragen differenziert und formuliert:

- Wie konstruieren Eltern Gesundheit in ihrem Lebenskontext?
- Wodurch werden Gesundheitsvorstellungen beeinflusst?
- Welchen Einfluss haben subjektive Gesundheitsvorstellungen auf gesundheitsrelevantes Handeln?
- Wie wird Gesundheit im Alltag hergestellt?

4.4.4 Gruppendiskussionsverfahren

Das Gruppendiskussionsverfahren wurde genutzt, um verhältnismäßig beständige kollektive Orientierungsmuster (z. B. spezifische Gemeinsamkeiten) zu erheben. Damit sind die Art des Denkens und Aushandelns einer Thematik in einer sozialen Gruppe gemeint, die einen kollektiven Erfahrungshintergrund haben (vgl. Bohnsack & Nohl 2013).

Die Gruppendiskussionen der vorliegenden Arbeit dienen dazu, in Bezug auf Gesundheit explizit kollektive Meinungen und Deutungsmuster von Eltern abzubilden, die unterschiedlicher sozialen Gruppen angehören. Dabei wurde auf das Konzept des konjunktiven (gruppenspezifischen) Wissens und des konjunktiven Erfahrungshintergrunds gemäß Karl Mannheims (nach Bohnsack et al. 2013) Bezug genommen. Konjunktives Wissen entsteht einen gemeinsam geteilten Erfahrungsraum, in dem die kollektiv erlebte Geschichte für das eigene Handeln in theoretischer Form verfügbar ist. Handelnde greifen unbewusst auf kollektiven Erfahrungen zurück, was sich dann unbewusst auf das Handeln von Menschen auswirkt (vgl. Bohnsack et al. 2013; Kruse 2010). Die Gruppendiskussionen wurden daher in der vorliegenden Arbeit als Teil der Deutungen von Gesundheit im sozialen Raum verstanden. Der gemeinsame Erfahrungshintergrund (der soziale Raum²⁹) verbindet und ist mit einer spezifischen strukturellen Verortung von Menschen verbunden. Ziel ist es, kollektive Deutungsmuster in Bezug auf Gesundheit hervorzubringen, die mit spezifischen Erfahrungshintergründen und spezifischen Wissensbeständen verbunden sind. Diese Wissensbestände können die Bedingungen reflektieren, die gesundheitsbezogene Auffassungen, Einflüsse und Praktiken sowohl ermöglichen als auch beeinträchtigen. Der Vorteil von Gruppendiskussionen ist darin zu sehen, dass in der Kontrastierung von unterschiedlichen sozialen Gruppen, typische Merkmale der jeweiligen Gruppe im sozialen Raum erfasst werden können. Die Verschiedenartigkeit einzelner Teilnehmer*innen tritt in der Gruppe in den Hintergrund (vgl. Kruse 2014). Damit eignen sich Gruppendiskussionen, wenn typische Merkmale sozialer Bedingungen, die individuell sehr verschieden sein können, bestimmt werden sollen. Die Gruppeninteraktion und die Gruppendynamik sowie ein spezifischer Sprachgebrauch können dazu führen, tiefer gehende Informationen zu erhalten. Dazu ist es notwendig, dass Realgruppen miteinander diskutieren. Das sind Gruppen, deren Mitglieder sich kennen und die unabhängig vom Forschungskontext im Alltag bestehen (vgl. Burkhard 2013; Kruse 2010). In der Interpretation werden die so

²⁹ Der soziale Raum wird hier als ein örtlich abgrenzbarer Lebensraum innerhalb einer Kommune verstanden, der sich durch die räumliche Lage und Strukturmerkmale wie Alter, soziale Lage, Bau- und soziale Infrastruktur beschreiben lässt.

hervorgebrachten kollektiven Gruppenmeinungen auf die gemeinsamen Erfahrungen der Gruppenmitglieder mit Gesundheit im sozialen Raum bezogen.

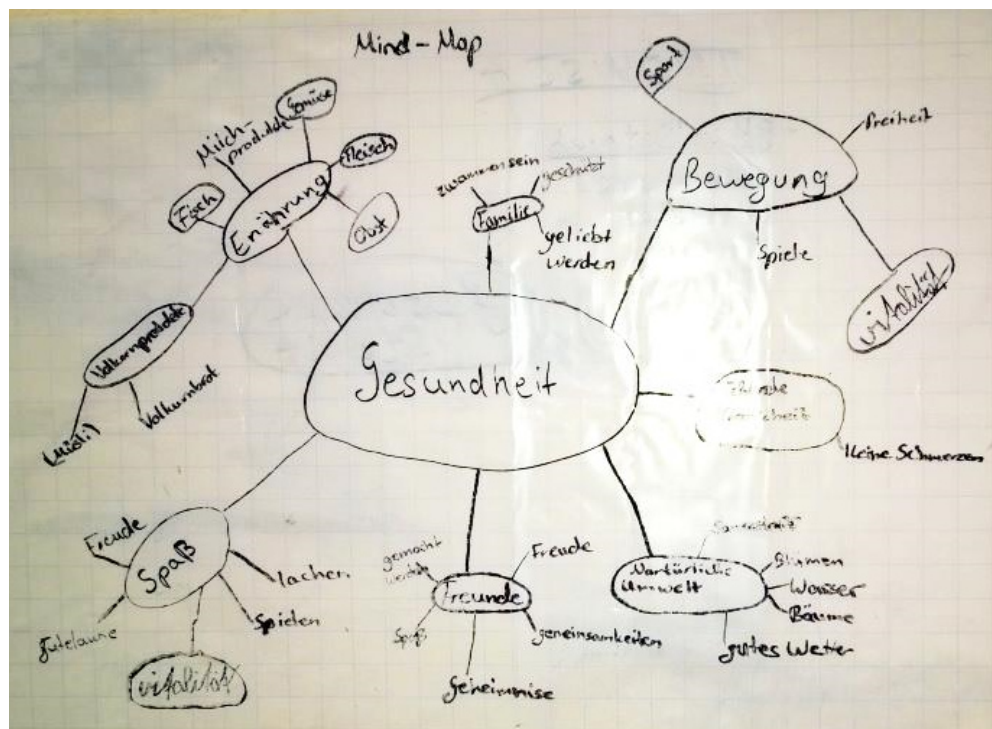
4.4.4.1 Diskussionsleitfaden

Mitte April 2014 führte die Autorin in einer Kinder- und Jugendeinrichtung ein Gespräch zum Thema Gesundheit durch. Dieses Gespräch sollte dazu dienen, die Kinder und Jugendlichen für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren. In der Einrichtung sollte der Fokus des Oster- und Sommerferienprogramms dem Thema Gesundheit gewidmet werden. Im Verlauf des Gesprächs mit den Kindern und Jugendlichen stellte sich heraus, dass eine Diskussion der Kinder und Jugendlichen untereinander zu interessanten Ergebnissen führt. Aus diesem Grund wurde die Diskussion letztendlich, nicht nur zur Sensibilisierung der Kinder und Jugendlichen für das Thema Gesundheit genutzt, sondern auch zur Vorbereitung der Gruppendiskussionen für die vorliegende Arbeit.

Das Alter der Kinder und Jugendlichen, mit denen das Gespräch geführt wurde, lag zwischen sechs und siebzehn Jahren. Das Gespräch wurde mit folgender Frage begonnen: „Was ist für euch Gesundheit?“ Zunächst beinhaltet das Antwortspektrum Aussagen wie „keine Schmerzen haben“, „kein Bauchweh haben“ und „nicht kranksein“. Ein hinzugekommener Jugendlicher brachte sich mit folgender Frage/Aussage in die Diskussion ein: „Und was ist mit chronisch Kranken? Ich bin nämlich chronisch krank“. Die Frage der Autorin, ob er sich krank fühle, wurde von dem Jugendlichen verneint. Dieser Impuls führte dazu, das Gespräch in der Gruppe mit der Frage „Wann fühlt ihr euch gesund?“ erneut zu eröffnen. Die zahlreichen Antworten wurden in Stichpunkten festgehalten und anschließend von den Kindern und Jugendlichen gemeinsam in einer Mindmap (s. Abb. 10, S. 88) geordnet. Diese diente dazu, einige der geplanten Ferienaktivitäten der Freizeiteinrichtung dem Thema Gesundheit zuzuordnen. Dazu gehörte gemeinsames Kochen und Essen, Ausflüge zu einem Lehrbienenstand, zu einem Parcours, Unternehmungen in der Natur und gemeinsam in der Freizeiteinrichtung zu übernachten.

Entsprechend dieser Erfahrungen mit den Kindern und Jugendlichen, bildete der Leitfaden für die Einzelinterviews der vorliegenden Arbeit die Grundlage für den Diskussionsleitfaden der Gruppendiskussionen mit Eltern von Vorschulkindern. Letztendlich wurden für die Gruppendiskussionen jedoch nur folgende zwei Fragen, 'Was ist für euch Gesundheit?' und 'Wann fühlt ihr euch gesund?' genutzt, um eine selbstläufige Diskussion anzuregen.

Abb. 10: Mindmap zu Vorstellungen von Gesundheit (eigenes Foto)



4.4.4.2 Probegruppendiskussion

Zur Kontrolle der Diskussionsfragen, in Bezug auf den zeitlichen Umfang, Verständlichkeit, Funktionalität und Ergiebigkeit sowie des Verhaltens der Autorin als Diskussionsleiterin, wurde eine Probe-Gruppendiskussion durchgeführt. Die daran teilnehmenden Mütter kannten sich untereinander und der gemeinsame soziale Raum²⁹, in dem die Familien leben, bildete den gemeinsamen Erfahrungshintergrund. Die Durchführung der Probe-Gruppendiskussion diente zudem dazu, die Ansprache von Diskussionsteilnehmer*innen auszuprobieren und eine selbstläufige Diskussion anzuregen. Die Teilnehmenden an einer Gruppendiskussion benötigen die Möglichkeit, sich wechselseitig aufeinander zu beziehen, denn nur so kann kollektives Wissen expliziert werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014; Burkhard 2013). Diese führt auch dazu, dass sich die Struktur der Diskussion entfalten kann, sodass gerade im aktiven Austausch der Teilnehmenden untereinander Hinweise auf kollektive Orientierungsmuster zutage treten können (Bohnsack 2000). Mit den beiden genannten Fragen wurde die Probegruppendiskussion begonnen. Die sich daran anschließende Diskussion der teilnehmenden Mütter untereinander, sollte sich an dem entwickeln, was die Mütter als für sie, wichtige Themen in Bezug auf Gesundheit ansehen. Die Aufgabe der Autorin bestand darin, die Diskussion zu moderieren und verschiedene Diskussionsstimuli zum Thema einzusetzen. Diese Stimuli waren: Umwelt, Umfeld und sonstige Einflüsse auf Gesundheit.

4.5 Methodisches Vorgehen in den Feldphasen

Im folgenden Unterkapitel wird das methodische Vorgehen im Rahmen dieser Arbeit in der Feldphase dargestellt. Dabei wird zunächst auf die Datenerhebung mittels Interviews und deren Auswertung eingegangen. Im Anschluss folgt die Datenerhebung und Auswertung mittels Gruppendiskussion. Die Feldphase der vorliegenden Studie orientierte sich an der GTM. Die Analyse des Datenmaterials (verschriftlichte Interviews, Feldnotizen, Kontextinformationen, Literatur etc.) ist ein beständiger und kreativer, zirkulärer Prozess in der Feldphase, da die Datenerhebung und die Datenanalyse miteinander verknüpft sind. Zunächst wird in Absatz 4.5.1 der Zugang zum Untersuchungsfeld, die Datensammlung und die Datenanalyse beschrieben. Anschließend erfolgen die Vorstellung der Untersuchungsgruppe (4.5.2), die Darstellung der Interviewdurchführung (4.5.3) und die Explikation der Datenanalyse (4.6). Im Anschluss daran wird in Unterkapitel 4.7 auf die Feldphase des Gruppendiskussionsverfahrens eingegangen.

4.5.1 Feldzugang und Sampling der Interviewstudie

Mittels bestehender Kontakte der Autorin zu dem in Köln ansässigen Verein 'wir für pänz'³⁰ fand eine erste Kontaktaufnahme zu Kita-Leitungen in verschiedenen Kölner Stadtteilen statt. Nach Absprache mit den Kita-Leitungen durch die Geschäftsführerin von 'wir für pänz e. V.' erfolgte eine erste telefonische Kontaktaufnahme zu Kitas in verschiedenen Kölner Stadtteilen. Eine erste Zuordnung zum sozialräumlichen Umfeld der Kitas wurde durch die Karte zur Sozialhilfempfeängerichte der Stadt Köln (s. Abb. 9) möglich. Eine weitere Zuordnung zum sozialräumlichen Umfeld der Kitas fand sich in deren Konzepten zur 'Weiterentwicklung von Tageseinrichtungen für Kinder zu Familienzentren in ausgewählten Sozialräumen der Stadt Köln'. Die jeweiligen Konzepte konnten auf den Webseiten der einzelnen Kitas eingesehen werden. In diesen Konzepten wurde eine Beachtung der besonderen Problematik von Eltern und Kindern in einzelnen Sozialräumen berücksichtigt. Dies waren z. B.: Arbeitslosigkeit, Scheidung der Eltern, soziale und kulturelle Integration von Familien mit Migrationshintergrund, ein geringes Arbeitseinkommen oder die Überwindung von Sprachbarrieren. Die Kita-Konzepte wurden im Sinne der GT als Kontextinformationen genutzt. Für die Kontaktaufnahme wurde ein Informationsschreiben (Anhang 5) für Mitarbeiter*innen von Kitas entwickelt, in dem das Promotionsprojekt vorgestellt wurde.

³⁰ Der Verein 'wir für pänz e. V.' bietet offene ambulante Hilfen und Beratung für Kinder und ihre Familien in besonderen und schwierigen Lebenssituationen an, wie beispielsweise: häusliche Kinderkrankenpflege, Schul- und Kita-Begleitung, ambulante Kinder- und Jugendhilfe, Gewaltpräventionskurse für Kinder und Jugendliche, integrative Kleinkind- und Spielgruppen, familienentlastende Hilfen (<http://www.wir-fuer-paenz.de>).

Des Weiteren wurde ein kurzer Telefon- und Gesprächsprotokolleitfaden (Anhang 2) entwickelt und ein Gesprächsprotokoll erstellt. Die telefonische Kontaktaufnahme mit den Mitarbeiter*innen der Kitas wurde zur Information und Motivation der Kita-Leitung und/oder Erzieher*innen, mit der Bitte um Unterstützung der geplanten Studie genutzt. In einem persönlichen Gespräch vor Ort wurde das Projekt den Kita-Leitungen vorgestellt, die Interesse signalisiert hatten. Im Anschluss an die Vorstellung des Projekts in den jeweiligen Kitas wurden Eindrücke wie: Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Ausstattung der Kita, Umgebung sowie besondere Fragen und Aussagen der Kita-Leitungen, als informelles Interview, schriftlich im Forschungstagebuch festgehalten. Die so gesammelten Daten entsprechen dem zufälligen Sampling, welches Strauss & Corbin (1996) als das zufällige Auftauchen von Daten im Forschungsprozess beschreiben. Gemeinsam mit den Kita-Leitungen wurde außerdem besprochen, ob und wie die jeweiligen Träger der Kitas informiert werden sollen. In den meisten Fällen lag die Entscheidungsbefugnis bei den Kita-Leitungen. In einem Fall hat die Autorin Kontakt zur Fachbereichsleitung aufgenommen, die dann die Entscheidung über die Teilnahme an die Kita-Leitung zurückgegeben hat. Mit den Kita-Leitungen wurde zudem besprochen, wie die Ansprache von Eltern gestaltet werden sollte. In allen Fällen wurden die Eltern mit dem entwickelten Anschreiben (Anhang 6) informiert. In einigen Kitas wurde mithilfe der Kita-Leitungen/Erzieher*innen Interviewpartner*innen für diese Studie vermittelt. Die Kita-Leitungen und/oder Erzieherinnen sind in diesen Fällen als 'Gatekeeper'³¹ in Institutionen anzusehen. Der Vorteil dieses Vorgehens lag darin, dass eine bekannte beziehungsweise eine Vertrauensperson um die Teilnahme bittet (vgl. Helfferich 2005). Ein Nachteil kann darin liegen, dass es zu Verzerrungen aufgrund einer Selektion durch 'Gatekeeper' kommt (vgl. Helfferich 2005). Aus diesem Grund wurden verschiedene Zugangswege gewählt. Aus Datenschutzgründen und aus Respekt gegenüber den Eltern wurden die 'Gatekeeper' gebeten, die Eltern um die Erlaubnis der Weitergabe ihrer Telefonnummern zu bitten. Die Eltern wurden außerdem im Anschreiben (Anhang 6) darauf hingewiesen. In einer Kindertagesstätte wurde die Autorin zu einem 'Elternfrühstück' eingeladen. Zum 'Elternfrühstück' treffen sich Eltern der Kita-Kinder zu einem gemeinsamen Austausch, bei dem die Eltern etwas zu Essen für das gemeinsame Frühstück mitbringen. Die Durchführung des 'Elternfrühstücks' war im Konzept der Einrichtung implementiert und wurde einmal im Monat in der Kindertagesstätte angeboten. Teilweise wurden zum 'Elternfrühstück' Experten zu Themen eingeladen, die die Eltern interessierten. In

³¹ Ein Gatekeeper ist eine Schlüsselperson, die dem Forscher Zugang zum Feld verschaffen kann (vgl. Helfferich 2005; Mayer 2008; Goerres & Diaz-Bone 2015).

diesem Fall war das Thema Kindergesundheit und die Autorin war die Expertin. Für die vorliegende Studie lieferte die Teilnahme der Autorin am 'Elternfrühstück' wichtige Kontextinformationen darüber, welche Fragen Mütter zur Kindergesundheit haben. Die persönliche Kontaktaufnahme zu den daran teilnehmenden Müttern ermöglichte zugleich, diese zur Teilnahme an einem Interview einzuladen, sie zu motivieren und Telefonnummern auszutauschen, um Termine abzusprechen. Auch dieses Vorgehen entspricht dem zufälligen Sampling.

Zudem erfolgte eine Kontaktaufnahme zu Interviewpartner*innen, welche die Autorin im Rahmen von 'Elterncafés' kennengelernt hatte, da sich diese als relevante minimale oder maximale Kontrastfälle herausstellten. Die Konzeption des Elterncafés entsprach dem 'Elternfrühstück', fand jedoch nachmittags statt. Wie die Kita-Leitungen berichteten, beschränkt sich die Teilnahme am Elternfrühstück oder Elterncafé hauptsächlich auf Mütter. Um verschiedene Personengruppen zu erreichen, fanden außerdem Interviews durch die Vermittlung eines ehemaligen Mitglieds des Elternrats einer Betriebs-Kita statt. In diesem Fall wurde eine weitere Variante eines 'Gatekeepers' zur Kontaktaufnahme genutzt. Auch diese Variante wurde in der Auswertung beachtet. Da die von 'wir für pänz e. V.' ausgehändige Adressliste nicht ergiebig genug war, fanden außerdem direkte telefonische Kontaktaufnahmen zu weiteren Kitas in unterschiedlichen Stadtteilen statt, in denen weitere interessante Fälle für die Datenerhebung zu erwarten waren. Auch hierbei wurde auf die Karte der Sozialhilfeempfängerdichte (Abb. 9) der Stadt Köln zurückgegriffen. Diesen Kita-Leitungen wurde das Projekt ebenfalls persönlich vorgestellt. Insgesamt wurden fünfzehn Kita-Leitungen von Kindertagesstätten in verschiedenen Kölner Stadtteilen angesprochen, davon waren sechs Kita-Leitungen bereit, das Projekt zu unterstützen. Dazu wurde ein zusammenfassendes Kurzprotokoll zur telefonischen Kontaktaufnahme erstellt. In diesem sind alle kontaktierten Kitas (anonymisiert) aufgeführt (Anhang 3). Die am Elternfrühstück/Elterncafé teilnehmenden Mütter hatten (bei Interesse) ihre Telefonnummer zur Terminabsprache direkt an die Autorin weitergegeben. Zudem wurden Telefonnummern von den Gatekeepern, mit Einverständnis der Eltern weitergegeben. Die Kontaktaufnahme zur Terminabsprache mit den Eltern erfolgte telefonisch. Dazu wurde ein Telefonleitfaden (s. Anhang 4) erstellt und die Telefongespräche dokumentiert. Außerdem wurden zwei Väter direkt angesprochen und um eine Teilnahme am Interview gebeten, wobei ein Vater zusagte und ein anderer ablehnte. Da sich eine geringe Teilnahmebereitschaft unter Vätern abzeichnete, wurde zu einem Vater, der bereits am Interview teilgenommen hatte und im Elternrat einer Kita aktiv war, Kontakt aufgenommen. Dahinter stand Idee mit einem anderen Zugangsweg (von Vater zu Vater) die Teilnahmebereitschaft

zu erhöhen. Dies entspricht dem sogenannten Schnellballsystem – ein geeigneter Interviewpartner kennt weitere geeignete Interviewpartner (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Trotz der Bemühungen, des angesprochenen Vaters konnten keine weiteren Väter motiviert werden.

Die Teilnahme an der Studie war grundsätzlich freiwillig, worauf im Telefonat zur Terminabsprache nochmals hingewiesen wurde. Bei der Kontaktaufnahme zeigte sich großes Interesse, an der Untersuchung teilzunehmen. Im Telefonat wurde sowohl das Thema 'Gesundheitsvorstellungen von Eltern mit Vorschulkindern' erneut mitgeteilt als auch die voraussichtliche Dauer des Gesprächs von ca. 45-90 Minuten. Außerdem wurde darauf hingewiesen, dass die Dauer auch davon abhängig ist, wie viel zum Thema gesagt wird. Zudem wurde den Teilnehmer*innen lediglich mitgeteilt, dass eine ruhige Gesprächssituation hilfreich ist.

Die Datensammlung wurde mit den Probeinterviews begonnen. Darüber hinaus wurden folgende Daten gesammelt und in Memos festgehalten:

- Informationen aus den Konzepten der teilnehmenden Kitas,
- Informelle Interviews mit Kita-Leitungen und Kita-Mitarbeitern,
- Beobachtungen und Eindrücke bzgl. der sozialräumlichen Umgebung,
- Beobachtungen in den Familien während der Interviews,
- Beobachtungen und Eindrücke der Wohnsituation.

Unter Berücksichtigung der weiterentwickelten Kategorien wurden, in einer späteren Phase des Forschungsprozesses, durch gezielte Interviews Daten gesammelt, von denen zu erwarten war, dass sie wichtige Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage enthalten. Dazu wurde gezielt nach vergleichenden Daten gesucht, die sich auf die konstruierten Kategorien, in ihren Eigenschaften und ihren Dimensionen, beziehen. Dieses Vorgehen entspricht dem gezielten Sampling (vgl. Strauss & Corbin 1996).

Im Verlauf einer qualitativen Studie ergeben sich kontinuierlich neue Aspekte. Daher wurde die Datenerhebung künstlich abgebrochen, als sich weitere Daten für die Entwicklung von Konzepten in ihren Eigenschaften, Bedingungen und Folgen wiederholten und eine theoretische Sättigung erreicht schien (Corbin 2002; Strübing 2013; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014).

4.5.2 Vorstellung der Interviewteilnehmer*innen

In einer eng gefassten Gruppe sollen die Vielfalt und eine breite Varianz abgebildet sein, um über die beabsichtigte Verschiedenartigkeit übereilte Verallgemeinerungen zu erschweren (Helfferich 2005). Daher wurden bei der vorliegenden Interview-Studie sukzessive kontrastierende Fälle in die Untersuchungsgruppe

aufgenommen. Das heißt, es wurden bewusst Fälle mit maximaler und minimaler struktureller Vielfalt spezifischer sozialer Merkmale ausgewählt. Dies entspricht einem Gütekriterium für qualitative Untersuchungsgruppen. Familienstand, Alter, Geschlecht, Qualifikationsniveau, Erwerbsstatus, sozialräumliche Effekte und der Migrationshintergrund galten als Kontrastierungsindikatoren.

Im Rahmen der Datenerhebung wurden insgesamt 21 Interviews (inklusive der Probeinterviews) von September 2007 bis Februar 2009 durchgeführt. Ein Interview konnte in der Auswertung nicht berücksichtigt werden. Die Interviewteilnehmerin war zwar sehr interessiert, verfügte aber über zu geringe deutsche Sprachkenntnisse, sodass dieses Interview in der Auswertung keine Berücksichtigung fand. Die durchgeführten 'Probeinterviews' waren sehr ergiebig und wurden in die Analyse vollständig einbezogen. Aus methodischen Gründen war dieses Vorgehen nicht als problematisch anzusehen, da die 'Probeinterviews' in die Analyse der anderen Fälle eingebunden wurden. Zudem konnte eine Verzerrung durch Nicht-Verbalisierung aufgrund von 'shared knowledge' ausgeschlossen werden (s. Kruse 2004; Helfferich 2005). Dieses Vorgehen entspricht dem gezielten Sampling, denn zu Beginn wurde ein Probeinterview mit einer Mutter von zwei Kindern geführt, die berufliche Erfahrungen im Gesundheitssystem hatte. Daher war davon auszugehen, dass diese Interviewteilnehmerin sowohl über ein breites Spektrum an Erfahrungen zum Thema Gesundheit als auch in ihrer Rolle als Mutter verfügt. Bei den beiden anderen Probeinterviews war bekannt, dass die Befragten unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören. Auf Grundlage der ersten Interviews wurden erste Konzepte und Kategorien entwickelt. Dieses Vorgehen ermöglichte eine Orientierung an ersten Erkenntnissen, um weitere Daten zu erheben. Somit wurden die Probeinterviews für die vorliegende Studie nicht nur als Probeinterviews im eigentlichen Sinne betrachtet, sondern als Bestandteil der Analyse, aus der erste Konzepte und Kategorien entwickelt wurden.

Eine verkürzte Darstellung des Interviewsample wird in Tabelle 2 dargestellt. Eine gesamte Übersicht über das Interviewsample, befindet sich in anonymisierter Form im Anhang 9 (S. 296).

Tabelle 2: Das Interviewsample

Mütter	Väter	Alter ³²	davon Alleinerziehende	Anzahl der Kinder	Alter der Kinder ³³
18	2	22-51 Jahre	5	1-4	1,5-12 Jahre

Mindestens ein Kind der interviewten Eltern besuchte zum Zeitpunkt der Befragung die Kita. Im Untersuchungssample finden sich Interviewteilnehmer*innen

³² Alter der Eltern zum Zeitpunkt der Untersuchung

³³ Alter der Kinder und ggf. Geschwisterkinder zum Zeitpunkt der Untersuchung

mit und ohne Migrationshintergrund. Die Wohnorte der befragten Eltern lagen in den Kölner Stadtteilen: Chorweiler, Bocklemünd, Vogelsang, Vingst, Kalk, Höhenberg, Klettenberg, Neu-Ehrenfeld, Nippes, Ostheim und Bickendorf. Bei drei Familien lag der Wohnort nicht im gleichen Stadtteil wie die Kita. Die Einordnung der Wohnorte, entsprechend der Karte zur Sozialhilfeempfängerichte der Stadt Köln (s. Abb. 9, S. 83), weist auf sozialräumliche Effekte als Kontrastierungsdimensionen. Damit ist der hohe oder niedrige Anteil von Sozialhilfeempfängern in bestimmten Stadtteilen gemeint, in denen die Befragten leben. Dennoch können, wie das Intersample zeigt, die Teilnehmenden aufgrund ihres Wohnortes nicht unbedingt einer bestimmten sozialen Gruppe zugeordnet werden. Im Rahmen des Postskriptums (Anhang 10) wurden daher zusätzlich Angaben zum sozioökonomischen Status der Familien erhoben. Als vorläufiger Indikator der Schichtzugehörigkeit wurde der Winkler-Index genutzt (vgl. Winkler & Stolzenberg 2009; Bardehle et al. 2005). Dieser wird als ungewichteter, mehrdimensionaler additiver Index konstruiert. Da es sich um Familien handelt, wurde der Schichtindex auf Haushaltsebene gebildet. Dazu wurden Der höchste allgemeinbildende Schulabschluss der Interviewten und ihrer Partner*innen, das Haushaltsnettoeinkommen sowie der höchste berufliche Abschluss herangezogen. Der Summenindex kann Werte zwischen 3 und 21 annehmen. Die Bereiche 3-8 wurde der Unterschicht, der Bereich 9-14 der Mittelschicht und der Bereich 15-21 der Oberschicht zugeordnet (s. Bardehle et al. 2005). Mithilfe dieser Strukturierung, als vorläufigem Indikator der Schichtzugehörigkeit, konnten sechs Familien der Oberschicht, sieben Familien der Mittelschicht und ebenfalls sieben Familien der Unterschicht zugeordnet werden.

4.5.3 Interview Durchführung

Nach Absprache mit den Gesprächspartner*innen wurden die Interviewgespräche in der Wohnung der Familien durchgeführt. Die Durchführung von Interviews, in bekannten räumlichen Gegebenheiten entspricht den Anforderungen qualitativer Sozialforschung. Laut Mayring (2002) ist es wichtig, möglichst nah an die alltäglichen Lebenssituationen anzuknüpfen und verfälschende 'Laborbedingungen' durch einen anderen Interviewort, soweit wie möglich auszuschließen. Zudem ist es für die Befragten einfacher Themen, die als unangenehm oder peinlich empfunden werden können, im Schutz der eigenen 'vier Wände' anzusprechen. Das Thema Gesundheit kann auch als 'Kontrolle' empfunden werden, insbesondere dann, wenn das Thema als stigmatisierend empfunden wird. Dennoch wurde berücksichtigt, dass auch die Durchführung von Interviews in der Wohnung der Befragten keine alltägliche Situation ist und sowohl die interviewten

Eltern als auch die Interviewerin mit der Interviewsituation besondere Regeln assoziieren. Dieses Vorgehen entspricht der methodischen Kontrolle der Interviewdurchführung und ist ein Qualitätskriterium qualitativer Forschung.

Nach der kurzen Vorstellung des Forschungsthema und des Gesprächscharakters der Interviews, wurden die Interviewgespräche mit einer Abklärung von Fragen seitens der Interviewteilnehmer*innen begonnen. Anschließend wurde eine Erzählaufforderung entsprechend der Leitfrage (s. Anhang 8) formuliert. Nach der allgemeinen Einführung und der Eingangsfrage entsprachen die Themenbereiche nicht unbedingt der im Leitfaden angegebenen Reihenfolge, sondern wurden individuell und inhaltlich dem Gesprächsverlauf angepasst. Dies war ohnehin notwendig, da sich bereits bei der Durchführung der Probeinterviews und bei früher durchgeführten Interviews gezeigt hatte, dass die Gesprächspartner*innen meist, ungeachtet dessen was – wann – wie gefragt wurde, in ihrer eigenen Struktur erzählen. Dieses Vorgehen entspricht dem Prinzip der Offenheit nach Hoffmann-Riem (1980). Die Bitte alles, was zum Thema einfällt, zu erzählen, diente dazu den Erzählfluss der Befragten zu stimulieren. Der Leitfaden wurde entsprechend der sich wandelnden, vorläufigen Konzepte verändert und anpasst. Vorannahmen wurden im Sinne der GTM während der Interviews und der Analyse hinterfragt, kontinuierlich erweitert, gegebenenfalls revidiert und neu konstruiert. Dadurch ergaben sich, im Sinne des Theoretical Sampling, Anregungen für die Auswahl von Datenquellen (Fall, Literatur usw.) in der weiteren Untersuchung. Aspekte, die als besonders wichtig erachtet wurden, wurden nachgefragt. Darüber hinaus wurde so auf neue, von den befragten Eltern eingebrachte Themen eingegangen. Dazu wurden auf die Antworten angepasste Nachfragen gestellt, um etwas über die konkreten Umstände der für die Befragten maßgeblichen Sicht zu erfahren.

Im Erkenntnisinteresse und entsprechend der Ziele dieser Arbeit wurde die Kommunikationsstruktur nach den Probeinterviews verändert, um die befragten Eltern zu freieren Erzählungen bezüglich ihres Wissens und ihrer Erfahrungen anzuregen. Ausgehend vom Interaktionsmodell des Experteninterviews nach Bogner & Menz (2005), mit dem für Interviewer empfohlene 'Zeigen inhaltlichen Engagements' (Breuer et al. 2018), wurden die Interviews als komplexe kommunikative Situationen gesehen. Nach dieser wird Kommunikation als situativ, kontext- und interaktionsbedingt betrachtet. Mit dem Interaktionsmodell sind Rollenerwartungen und Kompetenzzuschreibungen sowohl seitens der Interviewten als auch des Interviewers verbunden. Bogner & Menz (2005) beschreiben sechs Interaktionstypologien (der Interviewer als: Co-Experte, Experte einer anderen Wissenskultur, Laie, Autorität, Komplize, potenzieller Kritiker). Die im Folgenden

aufgeführten Interaktionstypologien kamen in der vorliegenden Studie für theoriegenerierende Experteninterviews mit Eltern zur Anwendung:

- der Interviewer als Co-Experte,
- der Interviewer als Experte einer anderen Wissenskultur,
- der Interviewer als Laie,
- der Interviewer als Komplize.

Die Interaktionsstruktur wurde dabei, im Verlauf der einzelnen Interviews, nicht auf einen oder mehrere bestimmte Typen festgelegt. Die Rollenerwartung, die Strategie der Selbstdarstellung und die Gesprächsführung, wurde während der Interviews im Erkenntnisinteresse situationsspezifisch gehandhabt. Bei der Durchführung der Interviews war die Grundhaltung der Interviewerin, aktiv zuzuhören und die Befragten zu möglichst freien Erzählungen in Bezug auf ihre Gesundheitsvorstellungen anzuregen. In einer offenen Gesprächsführung wurde der Leitfaden flexibel gehandhabt und die Frageformulierung 'ad hoc' soweit wie möglich dem Sprach- und Kommunikationsstil der Befragten angepasst. Wie sich bereits bei früher durchgeführten Leitfadeninterviews gezeigt hatte, haben Interviewpartner*innen einen eigenen Sprach- und Kommunikationsstil und bringen sich mehr oder weniger in das Gespräch ein. Eine der Gesprächspartner*innen angepasste situationsspezifische Gesprächsführung wurde daher in jedem Interview neu hergestellt. Konkrete Beispiele im Alltag der Befragten und persönliche Erfahrungen wurden kontinuierlich erfragt, um möglichst wenig allgemeine Stellungnahmen zu erhalten. Widersprüche und Ungereimtheiten wurden nicht direkt angesprochen, um die Interviewpartner*innen nicht zu irritieren oder zu konfrontieren (vgl. Kruse 2004). Bei den Befragten sollte nicht der Eindruck entstehen, dass ihnen widersprüchliche Aussagen vorgehalten werden. Ein Vertrauensverhältnis, das letztendlich in der Kommunikationssituation aufgebaut werden muss, um Reflexionsprozesse bezogen auf das Erkenntnisinteresse zu ermöglichen, könnte sonst gestört werden (Kruse 2004). Die Befragten wurden, wenn sie nicht gleich Erklärungen mitgeliefert hatten, nur zu den von ihnen thematisierten Widersprüchen um Präzisierung gebeten. Allerdings auch nur insoweit dieses, in der Analyse während des Interviews, als notwendig und möglich erachtet wurde. Die erste Datenauswertung während des Prozesses der Datenerhebung lieferte wertvolle Hinweise darüber, auf welche Informationsinhalte in den folgenden Interviews geachtet werden sollte oder welche Personen anschließend befragt werden sollten. Dazu wurden kurze Notizen während der Interviews im Leitfaden festgehalten. Die Interviews wurden mit Einverständnis der Befragten und Zusage der Anonymisierung der Daten auf Tonband aufgezeichnet. Im Anschluss an die Interviews wurden im Postskriptum die Kontaktaufnahme, die

Dauer des Interviews, die Interviewatmosphäre und der Eindruck der Interviewerin bezüglich der Interviewsituation sowie des Wohnorts usw. protokolliert (s. Anhang 10 und 12). Nach Abschluss der Interviews und der Erhebung der soziodemografischen Daten wurden die Befragten gebeten, sich die Einverständniserklärung durchzulesen und nach Beseitigung von Unklarheiten zu unterschreiben.

4.6 Explikation der Datenanalyse

Die Interpretation und Rekonstruktion in einem subjektiven Verfahren sind an den Kontext gebunden, in dem sie erzeugt werden. Damit sind der sprachliche Kontext, der Interaktionskontext (Beobachtungskontext, Interviewkommunikation) und der gesellschaftliche Kontext (Umgang mit Lebensbedingungen, Lebensumstände, Entwicklung/Lernen → neue Bedingungen) gemeint (Helfferich 2012; 2005). Die Reflexion des Kontexts, in dem die Daten dieser Studie entstanden sind, ist im Erhebungs- und Auswertungsprozess nach der GTM, als ein Teil der Methode zu sehen, die an die Feldphase gebunden ist und im Forschungstagebuch festgehalten und in der Auswertung berücksichtigt wurde. Gleichzeitig wurden Memos angelegt, in denen der Kontext der Autorin berücksichtigt wurde. Dieses Vorgehen der methodischen Kontrolle über Reflexivität ist ein weiteres Gütekriterium der Durchführung und Analyse von qualitativen Interviews.

Der folgende Abschnitt beinhaltet die Darstellung der Datenaufbereitung, das Codieren und die Beschreibung analytischer Werkzeuge. Da die Datenerhebung und die Datenanalyse bei einem Vorgehen nach der GTM miteinander verbunden sind, werden im Folgenden bereits erste Ergebnisse aufgezeigt. Dies ist notwendig, um das weitere Vorgehen nachvollziehbar darstellen zu können. Denn durch die Ergebnisse, die im Laufe des Forschungsprozesses gewonnen wurden, verändern sich die Fragestellungen, was wiederum einen Einfluss auf das weitere Vorgehen in dieser Studie hatte.

4.6.1 Datenaufbereitung

Alle Interviews wurden auf Tonband aufgenommen. Die analogen Audiodaten wurden in digitale Daten umgewandelt, um eine Software³⁴ zu nutzen, die das 'Abtippen' von Audiodateien erleichtert. Bereits während der Übertragung auf den PC wurden für interessante Aspekte erste Codes vergeben. Außerdem wurden erste Bedeutungen aus dem Gesagten abgelesen, Beziehungen hergestellt und Hypothesen aufgestellt, welche in theoretischen Memos festgehalten wurden. Dies diente sowohl der Auswahl weiterer Interviewpartner als auch weiterer

³⁴ f4 erleichtert das Abtippen von Audioaufnahmen (<https://www.audiotranskription.de/f4>).

Themen, die angesprochen oder vertieft werden sollten. In dieser Phase wurden methodische Memos angelegt, in denen die Vorgehensweise und methodische Ansätze reflektiert wurden. Die Dauer der Interviews lag zwischen 43 und 120 Minuten. Die meisten Interviews umfassten jedoch ein bis anderthalb Stunden. Da alle Interviews vollständig transkribiert³⁵ wurden, entstand ein sehr umfangreiches Transkriptionsmaterial. Besonderheiten in der Sprache, wie Pausen, Betonungen und andere Bekundungen wie Lachen oder Räuspern wurden im Transkript vermerkt. Die Transkripte erhielten so zusätzliche, weiterführende Informationen. Die Erfordernisse des Datenschutzes wurden bei der Dokumentation beachtet. Eigennamen, Orte, Straßen, Betriebe und Daten, die Rückschlüsse auf die Familien zulassen könnten, wurden anonymisiert.

4.6.2 Analytische Werkzeuge

Zu den analytischen Werkzeugen der Grounded Theory gehörte das Codierparadigma (Strauss & Corbin 1996). Dies dient dazu die Kategorien in einen Kontext zu stellen oder Einflussfaktoren zu erkennen. Die Begriffe des Codierparadigmas stellen eine Möglichkeit dar, anders nach dem Wer, Wann, Wo, Was, Wie, Wie viel, Warum und 'mit welchen Folgen/Ergebnissen' zu fragen. Dies wurde unter anderem beim offenen Codieren genutzt, um theoriegenerierende Fragen an den Text zu stellen. Mithilfe des Codierparadigmas konnte definiert und erklärt werden, was in den Daten zum Ausdruck gebracht wurde und es ermöglichte die Entwicklung weiterer Kategorien, Eigenschaften und Dimensionen. Beim axialen Codieren wurden die Subkategorien mittels des paradigmatischen Modells (s. Abb. 11) und die jeweiligen dazu gehörigen Kategorien miteinander verknüpft.

Abb. 11: Paradigmatisches Modell

Satz von Beziehungen, die auf: ursächliche Bedingungen, Phänome, Kontext des Phänomens, intervenierende Bedingungen, Handlungs- und interaktionale Strategien und Konsequenzen verweisen.

(Quelle: Eigene Bearbeitung nach Strauss & Corbin 1996, 78)

Ebenso wurde das paradigmatische Modell in dieser Arbeit angewandt, in dem die Bezüge zwischen den Kategorien durch gezielte Vergleiche miteinander in Beziehung gesetzt wurden, um die Kategorien mit der Kernkategorie zu verbinden. Unter intervenierende Bedingungen sind Bedingungen zu verstehen, die auf Handlungsstrategien und interaktionale Strategien einwirken. Diese Bedingungen beinhalten Zeit, Raum, Kultur, Karriere, Geschlecht, sozioökonomischer Status,

³⁵Transkribiert wurde in Anlehnung an das Basistranskriptionssystem von GAT (Selting et al. 1998) aus Deppermann (2008).

technologischer Status und individuelle Biografie. Interaktionale Strategien beziehen sich auf das Selbst des Handelnden und auf anderen Interaktionen (Strauss 1998; Strauss & Corbin 1996). In den für diese Arbeit erhobenen Daten wurde dabei nach Mikrobedingungen gesucht, die eher einen individuellen Aspekt erklären und nach Makrobedingungen, die Phänomene in einen größeren sozial-strukturellen Kontext stellen und diese miteinander in Verbindung gebracht. Beim Codieren von Zitatstellen wurden, Methoden der Gesprächsanalyse nach Deppermann (2008) genutzt. Aus linguistischer Sicht weisen Begriffe wie: wenn, während, weil, infolge, wegen usw. in den Daten, auf ursächliche oder zeitliche Bedingungen hin (s. a. Strauss 1998; Strauss & Corbin 1996). Ebenso gibt es in den Daten Propositionen, die auf Bedingungen ('wenn') und Konsequenzen ('dann') hindeuten. Da im Zusammenhang mit elterlichen Gesundheitstheorien Aspekte der Handlungsmächtigkeit von Eltern von Interesse sind, wurde bei der Analyse eine weitere linguistische Konstruktion zur Hilfe genommen. Diese wird mit dem Begriff Agency³⁶ umfasst. Agency bedeutet linguistische Konstruktion des Erzählers bezüglich seiner Handlungsmöglichkeiten und Handlungsinitiative im Hinblick auf die Ereignisse seines Lebens (vgl. Bamberg 1999) und ist eine texthermeneutische Auswertungsmethode. Mit der Agency-Analyse kann die, in der Auswertung deutlich gewordene subjektive Wahrnehmung, der jeweiligen Interviewteilnehmer*innen bezüglich ihrer eigenen Handlungsfähigkeit und Wirkmächtigkeit, in Bezug auf die Herstellung und Erhaltung von Gesundheit erfasst werden. Dies bezieht sich darauf, ob und in welchen Aspekten und Bereichen in Bezug auf Gesundheit sich die befragten Eltern als handelnde Person, als Mittelpunkt der Geschehnisse ihres Lebens erleben, ob sie Kontrollmöglichkeiten und Entscheidungsspielräumen erleben oder ob und bezüglich welcher Erfahrungen sie sich von 'fremden Mächten' gesteuert fühlen (vgl. Helfferich 2012; Lucius-Hoene 2012; Lucius-Hoene & Deppermann 2002). Damit ersichtlich wird, wie die Interpretationen und Rekonstruktionen der Daten zu den Ergebnissen geführt haben, werden hier, ohne auf die Ergebnisse vorzugreifen, anhand des folgenden Interviewausschnitts beispielhaft Aspekte der Agency-Analyse dargestellt. Auf die Frage, wie sind Ihre Erfahrungen bezüglich Gesundheit und Erziehung, antwortet die Befragte wie folgt:

»(2) Na ich glaub, dass das eine [...] FACETTE von Erziehung ist also das ist, man macht sich das nicht eigentlich wenn man Kinder will nicht so, das sind ja immer schwierige Fragen was sind deine Ideale nach welchen Prinzipien erziehst du was ist für dich

³⁶ „Der Begriff „Agency“ ist (...) mit den elementaren Fragen der Sozialwissenschaften verbunden, wer mit wem was in welcher Weise macht / machen kann, wessen Wirkung wem (dem Individuum, der Gesellschaft, anonymen Mächten etc.) zugerechnet werden kann und was in der Macht des Einzelnen steht (faktisch oder als Vorstellung).“ (Helfferich 2012, 10)

Erziehung das sind ja Sachen über die man, es sei denn man wird interviewt, eigentlich höchst selten reflektiert, find ich so« (FRK10310073)³⁷

Indem die Gesprächspartnerin zunächst im 'Ich-Bezug' (individualisierte Agency) erzählt, also für sich spricht „*ich glaub*“ (Vagheitsmarkierung) als aktiv Handelnde (Erziehende, die für Gesundheit zuständig ist) macht sie vorsichtig deutlich, dass für sie Gesundheit ein Teilaspekt von Erziehung ist. Dies weist zunächst auf eine Unsicherheit der Befragten bezüglich des Gesagten. Dann strukturiert sie die Problematik und wechselt vom 'ich' zum Indefinitpronomen 'man' (kollektive Agency – soziale Dimension) und verleiht damit ihrer Aussage Allgemeingültigkeit. Mit dem Abtönungs-/Modalpartikel³⁸ „*eigentlich*“ bringt die Befragte sprachlich ihre Einstellungen zum Gesagten zum Ausdruck und setzt diese, in eine Beziehung miteinander. Sie geht davon aus, dass im gesellschaftlichen Gefüge über Erziehungsstile und Gesundheit im Alltag nicht bewusst nachgedacht wird. Zum Ende der Interviewpassage unterstreicht die Gesprächspartnerin mit der Abschlussmarkierung „*find ich so*“ das Gesagte. Sie geht davon aus, dass es andere 'man' ebenso machen. Die Interviewteilnehmerin spricht explizit an, dass sie sich mit der Thematik Gesundheit und dem Zusammenhang zwischen Erziehung und Gesundheit durch das Interview auseinandersetzt. Des Weiteren wird in diesem Interviewausschnitt deutlich, dass Gesundheit und das was mit Gesundheit zu tun hat, hier Erziehung, im Alltag nicht bewusst reflektiert wird. Zudem wird ersichtlich, dass durch die Interviewsituation Reflexionsprozesse ausgelöst werden.

4.6.3 Codieren

Die einzelnen im Folgenden beschriebenen Formen des Codierens fanden im Forschungsprozess der vorliegenden Arbeit statt und nicht in einer Folge von Stadien oder als linearer Prozess. Dabei kam es während der Datenanalyse häufig zu Überschneidungen der verschiedenen Codiertypen. Um eine bessere Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen, werden hier einzelne im Forschungsprozess herausgearbeitete Kategorien benannt. Dies dient nicht einer vorgezogenen Ergebnisdarstellung, sondern ergibt sich aus dem Vorgehen nach der GTM. Die Grenzen der im Folgenden genannten Codiertypen sind aufgrund der 'hin und her' Bewegung zwischen den Formen des Codierens künstlich (vgl. Strauss & Corbin 1996). Nach der Verschriftlichung der ersten beiden Interviews wurde mit dem offenen Codieren begonnen. Das heißt, das Datenmaterial wurde entlang der Transkripte vorerst fallbezogen codiert. Dazu wurden Fragen an das Material

³⁷ Zur besseren Lesbarkeit von Transkript-Ausschnitten wurde eine vereinfachte Darstellung gewählt. Satzzeichen wurden entsprechen der Transkriptionsregeln angewandt.

³⁸Abtönungspartikel bzw. Modalpartikel: (meta-) kommunikative Funktion, Modifizierung und Kommentierung geäußerter Sachverhalte (Linke et al. 2004)

gestellt und alles, was auffällig war, mit einem Code (Begriffe, die sich direkt auf die Daten beziehen) benannt. Die Zuordnung der Codes erfolgte entlang der inhaltlichen Schwerpunkte des Leitfadens sowie theoriegeleitet und 'offen', bezüglich weiterer im Datenmaterial auftauchender thematischer Aspekte. Dabei wurden sowohl 'In-vivo-Codes' (Worte und Äußerungen der Interviewten) als auch abstrakte Codes vergeben. Beim ersten Interview wurde dazu mit der Zeile-für-Zeile-Analyse begonnen. Die weiteren Interviews wurden satz- oder abschnittsweise codiert. Außerdem wurden kontinuierlich Fragen an die Daten gestellt, Vergleiche in Bezug auf Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen den Ereignissen gezogen und die Bedeutungen hinterfragt. Die sich daraus ergebenden fall-spezifischen Ideen, Fragen und Themenbereiche wurden in theoretischen Notizen im Forschungstagebuch festgehalten. Die Codes wurden besonders relevanten Konzepten/Phänomenen zugeordnet und entsprechende Kategorien gebildet, die sich aus der Bearbeitung der Interviews ergaben. Die Kategorien wurden zunächst tentativ (versuchsweise) gebraucht (vgl. Goerres & Diaz-Bone 2015; Berg & Milmeister 2007). Das heißt, die Kategorien waren zu Beginn der Analyse vorläufig. Aus den Analyseergebnissen wurde folgende Fragestellung entwickelt: Wie konstruieren die befragten Eltern Gesundheit? Für die weitere Datenanalyse wurde aufgrund dessen, was sich in den Interviewdaten fand, Literatur zur Erhöhung der theoretischen Sensibilität, als weitere Datenquelle herangezogen.

Im Sinne des axialen Codierens wurden Beziehungen zwischen den Kategorien gesucht, die im offenen Codieren entwickelt wurden, und die Daten auf eine neue Art und Weise (z. B. thematisch) zusammengesetzt (Strauss & Corbin 1996). Bei der vorliegenden Untersuchung zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen von Eltern, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören, fand das axiale Codieren um die Kategorie 'Wohlbefinden' statt. Die Kategorie Wohlbefinden schien im Hinblick auf den Forschungsgegenstand und die bisherigen Analyseerkenntnisse eine besondere Bedeutung zu haben. Um die theoretische Sensibilität zu erhöhen, wurde in dieser Phase Literatur als Datenquelle eingesetzt, die sich mit den Konzepten Wohlbefinden und Glück auseinandersetzt (Kapitel 2). Im Verlauf der Untersuchung verschob sich so die Zielsetzung und Fragestellung (vgl. Corbin 2011) in Richtung des Konzepts 'Wohlbefinden'. Was bedeutet Wohlbefinden im Kontext von Gesundheit und Hinblick auf das Herstellen von Gesundheit für Eltern? Mittels kontrastierender Fallvergleiche wurden folgende fallinterne und fallübergreifende Achsenkategorien herausgearbeitet: seelisch-geistiges, körperliches, materielles und soziales Wohlbefinden.

Das Codieren im Forschungsprozess der vorliegenden Studie stand durch den ständigen Vergleich von Fällen, Phänomen, Konzepten und Kategorien in einem

direkten Zusammenhang mit der komparativen (vergleichenden) Analyse (vgl. Corbin & Strauss 2015; Charmaz 2012; Corbin 2011). Dies diente dazu kontinuierlich die vorläufig erarbeiteten Ergebnisse zu überprüfen, zu erweitern, zu präzisieren und neue Kategorien zu entwickeln, um Muster und Zusammenhänge, Übereinstimmungen und Unterschiede zu erkennen. Das erhobene Datenmaterial wurde hinsichtlich dessen, zwischen Angehörigen innerhalb einer sozialen Gruppe und zwischen Angehörigen unterschiedlicher sozialen Gruppen, einem ständigen Vergleich unterzogen. Kontrastfälle wurden verglichen, um mögliche neue Kategorien zu entdecken, Das Vergleichen von Minimalfällen diente der Verdichtung der Kategorien. Die Kontrastierungs- und Vergleichsdimensionen waren:

- Alter, Geschlecht, Familienstand;
- Qualifikationsniveau, Erwerbsstatus;
- sozialräumlich Effekte;
- Migrationshintergrund.

Der Schwerpunkt lag darin, Bedingungen (Kontext, Handlungs- und interaktionale Strategien, Konsequenzen) zu spezifizieren und daraus Kategorien zu entwickeln. Die Analyse verdichtete sich auf Bedingungen, um Wohlbefinden herzustellen und sich hieraus ergebende Interaktionen (z. B. zwischen den Eltern, Kollegen, Eltern und Kindern) und gesellschaftliche Erwartungen sowie sich daraus ergebende Auswirkungen. Die weitere Datensammlung konzentrierte sich nunmehr auf alles, was möglicherweise mit der Kategorie Wohlbefinden im Zusammenhang stehen könnte. Ebenso wurde in dieser Phase Literatur als Datenquelle eingesetzt, die sich z. B. auf die Rolle der Frau in der Familie und deren Stellung in der Gesellschaft bezieht (Unterkapitel s. 2.2). Um den Reichtum und die Komplexität von Lebensbedingungen einzufangen, sind in der Analyse Variation und Prozesshaftigkeit keine voneinander getrennt zu betrachtende Aspekte, sondern integrierter und integraler Bestandteil des Analyseprozesses der GTM. Variation bezieht sich dabei, im Hinblick auf Eigenschaften und Dimensionen, auf Unterschiede zwischen und innerhalb der Kategorien (vgl. Corbin 2002). Unter Prozess oder Prozesshaftigkeit ist eine sich im Zeitverlauf vollziehende Veränderung zu verstehen (Corbin & Hildenbrand 2003). Dabei ging es um die Veränderung des Handelns beziehungsweise der Interaktion oder um Veränderungen von Empfindungen und Wahrnehmungen. Wenn sich für Individuen die Kontextbedingungen verändern, verändern sich wahrscheinlich auch die Art und Weise, wie Menschen denken, fühlen, empfinden, wahrnehmen und handeln. In dieser Untersuchung sind das beispielsweise Heirat, Partner, die Geburt eines Kindes, Migration oder das Umfeld. Damit Untersuchungen keinen statischen Charakter

annehmen, ist es wichtig, solche Veränderungen im Datenmaterial zu erfassen (vgl. Corbin 2002). Dazu dienten die biografisch orientierten Fragen im Leitfaden. Gleichzeitig stellte aber auch die Interviewsituation selbst, eine Veränderung der Kontextbedingungen für die Befragten dar, sodass sich Veränderungen in der Wahrnehmung der Befragten beispielsweise durch die offenen Nachfragen oder die allgemeinen Einstellungsfragen am Ende des Interviews zeigten. Die so gewonnenen Informationen wurden mit den Daten und den entwickelten Ideen verglichen, um eine größere Einsicht zu erhalten.

Zur Erhöhung der theoretischen Sensibilität wurden wie bereits beschrieben im Prozess der Datenerhebung und Auswertung, dem Ansatz der GTM folgend, für diese Arbeit verschiedene Quellen genutzt. Das Lesen von Fachliteratur oder auch 'nicht wissenschaftlicher Literatur' fand in einem Wechselspiel zwischen dem Lesen und Analysieren der Daten statt. Da sich die theoretische Sensibilität im Laufe des Forschungsprozesses erhöhte, wurde im Rahmen des Samplings auf bereits erhobene Daten zurückgegriffen und mit dem zusätzlichen Wissen neu codiert. In einem theoretisch rückgebundenen Schritt erfolgte aufgrund neu gewonnener Erkenntnisse während des Datenerhebungs- und Analyseprozesses, die Interpretation und Rekonstruktion der Entstehung elterlicher Konzepte und Theorien von Gesundheit im sozial-strukturellen Kontext. Dies diente dazu, aus der individuellen Vielfalt der Deutungen, die Dimensionen und Merkmale herauszuarbeiten, die als spezifische Deutungen mit dem sozial-strukturellen Kontext verbunden werden konnten. Zur Erhöhung der theoretischen Sensibilität wurde hier wiederum Literatur als Datenquelle herangezogen (s. 2.3). Die subjektiven Deutungen sind nicht nur in Bezug auf ihre unterschiedliche strukturelle Verortung beziehungsweise die individuelle Entwicklung zu interpretieren, sondern auch in Bezug auf Handlungsmaxime. Bourdieus Habitus-, Kapital und Handlungstheorie (s. 2.3) aufgreifend leiten sie auf klassenspezifischer, individueller Handlungsebene auch gesundheitsrelevantes Handeln an. Die Reflexion des Hintergrundwissens zum Forschungsgegenstand, Alltagserfahrungen sowie Memonotizen zu Analyseerkenntnissen, aber auch nicht thematisierte Aspekte im Datenmaterial, führten in der Phase selektiven Codieren zu einer Integration der herausgearbeiteten Kategorien. In diesem Integrationsprozess wurde durch systematisches 'In Beziehung Setzen' der Kategorien mit der Kernkategorie, die entwickelten Ideen strukturiert. Im Rahmen des selektiven Codierens wurde die forschungsgegenstandsrelevante Kernkategorie Verbundenheit entwickelt, die alle Hauptkategorien miteinander in Verbindung setzt. In dieser Phase erfolgte eine Auseinandersetzung mit Literatur zu Verbundenheit, da Verbundenheit keine 'Neuwortschöpfung' ist, sondern ein Begriff, der bereits eine Bedeutung hat.

Qualitative Datenauswertung lebt von Multiperspektivität und Reflexivität, die vor allem im Rahmen des Austauschs und der Diskussion innerhalb eines Forscherteams hergestellt werden können (Willig 2013). Die Vorteile einer Interpretationsgruppe liegen unter anderem darin, dass jedes Gruppenmitglied eine andere/neue Perspektive oder subjektive Sichtweise an den Text legen kann (vgl. Breuer et al. 2018; Lucius-Hoene & Deppermann 2002). Zu Beginn des Erhebungs- und Auswertungsprozesses erfolgte eine Interpretation im Rahmen eines Workshops zur Analyse qualitativer Interviews mit texthermeneutischen Verfahren. Im Verlauf der Arbeit wurden die Ergebnisse der Datenanalyse teilweise in einer interdisziplinären Interpretationsgruppe (2-5 Personen) aus Angehörigen der Fachbereiche: Psychologie, Soziologie und Ethnologie gegengelesen und diskutiert. Im Interpretationsprozess diente dieses Vorgehen dazu, die Analysen und abschließenden Interpretationen gemeinsam zu erarbeiten und sie somit über die 'Triangulation' verschiedener subjektiver Perspektiven kollegial zu validieren und damit in entscheidender Weise auch eine reflexive theoretische Sensibilisierung zu fördern. Dieses führte zu der Notwendigkeit, die analytischen Ideen der Autorin am Text und an den Daten zu begründen und den Mitgliedern der Analysegruppe verständlich zu machen. Ideen und Hypothesen konnten so diskutiert, bestätigt, modifiziert oder verworfen werden wodurch eine kollegiale Validierung möglich wurde. Die Durchführung von Interpretationsgruppen ist als ein weiteres Gütekriterium qualitativer Sozialforschung zu betrachten (Diaz-Bone & Weischer 2015).

In Ergänzung zu den Daten aus den qualitativen Interviews wurden Gruppendiskussionen mit Eltern von gesunden Kindern im Vorschulalter durchgeführt. Im Folgenden wird die Feldphase der Gruppendiskussionen dargestellt.

4.7 Feldphase der Gruppendiskussionen

Das Forschungsinteresse bei den Gruppendiskussionen ist darauf ausgerichtet, Antworten auf die Frage zu finden, welche kollektiven Orientierungsmuster stehen mit welchen sozial strukturellen Bedingungen und den damit gemachten elterlichen Erfahrungen in Verbindung. Daher war es im Samplingverfahren notwendig sogenannte Realgruppen zu finden. Das heißt, Gruppen zu befragen, die sich auch in anderen 'natürlichen' Zusammenhängen in dieser Konstellation miteinander austauschen (Eltern deren Kinder in dieselbe Kita gehen). Entsprechend der Fragestellung der vorliegenden Untersuchung sollten dabei, der Erfahrungshintergrund (der 'soziale Raum' in dem die Befragten leben²⁹) kontrastiert oder aber ein spezifischer Erfahrungshintergrund fokussiert werden.

4.7.1 Gruppendiskussionen: Feldzugang und Sampling

Für die Gruppendiskussionen wurde der gleiche Feldzugang gewählt, wie für die Einzelinterviews. Das Kitas meist eingegrenzte Einzugsgebiete haben, die häufig Lebensräume bestimmter sozialer Gruppen sind, zeigte sich bereits in den Einzelinterviews. Somit wurde davon ausgegangen Realgruppen mit einem gemeinsamen kommunikativen Erfahrungshintergrund – der soziale Raum²⁹ in Stadtteilen als Einzugsgebiet der Kita – dort zu finden. Hierfür wurde die Karte 'Programmgebiet Sozialräume Starke Veedel – Starkes Köln' (Stadt Köln 2015) genutzt (s. Abb. 12, S. 106). Diese bildet Sozialräume in Kölner Stadtteilen nach unterschiedlichen Lebenslagen und unterschiedlichen Handlungsbedarfen ab. Der Vergleich mit der Karte der Sozialhilfeempfängerdichte in Kölner Stadtteilen (s. Abb. 9, S. 83) zeigt, dass sich beide Karten ähneln. Die Kölner Stadtteile, welche eine hohe Sozialhilfeempfängerdichte aufwiesen, zeigten im Jahr 2013 einen besonderen Handlungsbedarf auf. Die Stadtteile mit einer geringen Sozialhilfeempfängerdichte wiesen 2013 einen unterdurchschnittlichen Handlungsbedarf im Programm 'Sozialräume Starke Veedel – Starkes Köln' auf.

Für die Kontaktaufnahme wurden Telefonate mit Kitaleitungen in verschiedenen Kölner Stadtteilen geführt. Dazu wurde zunächst die Liste der Kitas (s. Anhang 3) genutzt, zu denen bereits ein Kontakt aus den Einzelinterviews bestand. Das Interesse der Kita Leitungen war jedoch wesentlich geringer als bei den Einzelinterviews. Als Gründe für eine nicht Teilnahme wurde eine derzeitige Beschäftigung mit anderen Kita-Themen (Halloween, Laternenumzüge, Weihnachten und Karneval) und deren Vorbereitung genannt. Außerdem wurden aus Sicht der Kita-Leitungen fehlende Kompetenzen der Eltern angegeben, um an einer Diskussion teilzunehmen. Diese fehlenden Kompetenzen wurden von den Kita Leitungen, auch auf Nachfrage, nicht weiter spezifiziert. Mit einer allgemeinen Schilderung der positiven Erfahrungen aus den Einzelinterviews konnte die Bereitschaft der Kita-Leitungen nicht erhöht werden. Insgesamt gestaltete sich die Teilnahmebereitschaft aus den genannten Gründen weitaus schwieriger und langwieriger als bei den Einzelinterviews.

Großes Interesse signalisierte eine Kita in einem Kölner Stadtteil mit einem hohen Handlungsbedarf, aber auch hier wurde im November 2014 zunächst darauf verwiesen, dass Gesundheit momentan kein Thema in der Kita ist und ein Termin erst im neuen Jahr nach Karneval realistisch sei. Für diese Gruppendiskussion wurden die Eltern eine Woche vor dem Termin mit einem Aushang und einem Handout von der Autorin oder der Kitaleitung eingeladen.

Abb. 12: Kölner Stadtteile nach Sozialräumen



(Quelle: Stadt Köln (2015). Integriertes Handlungskonzept. Starke Veedel – Starkes Köln, 16)

Da die Gruppendiskussionen in den Räumen der Kita stattfanden, handelte es sich für die Eltern um bekannte Räumlichkeiten. Letztendlich fanden in einer Kita drei Diskussionen mit unterschiedlichen Elterngruppen statt, da zwischenzeitlich das Thema Gesundheit in dieser Kita zu einem Schwerpunktthema geworden war. Da sich die Teilnahmebereitschaft gering war, fand eine Gruppendiskussion im Mannheimer Stadtteil Rheinau statt. Dazu wurde eine geeignete Person gefragt, ob sie geeignete Diskussionsteilnehmer*innen kennt und einen Kontakt zu

potentiellen Teilnehmer*innen aufbauen möchte. Diese Vorgehensweise folgte dem Schneeballsystem zur Gewinnung von Gruppendiskussionsteilnehmer*innen (s. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Dazu wurde ein Handout zugeschickt, welches an die Mütter weitergeleitet wurde. Die Autorin/Diskussionsleiterin kannte die an der Diskussion teilnehmenden Mütter nicht. Daher konnte eine Verzerrung durch Nicht-Verbalisierung aufgrund von 'shared knowledge' ausgeschlossen werden. Die Kinder der Diskussionsteilnehmerinnen in Mannheim besuchen die Kita eines kirchlichen Trägers. Da die Familien sowohl in der Kita als auch in der Gemeinde aktiv waren, kannten sie sich auch aus der Gemeindefarbeit. Der soziale Raum²⁹ (die örtliche Zuordnung) der Gruppe bildete den gemeinsamen Erfahrungshintergrund. Die Gruppendiskussion fand in der Wohnung einer Diskussionsteilnehmerin statt. Damit handelte es sich für die Diskussionsteilnehmerinnen um bekannte Räumlichkeiten. Bei der Auswahl für die Gruppendiskussionen wurde, wie bei den Einzelinterviews, das Theoretical Sampling der GTM angewandt. Dementsprechend wurden gezielt, zufällig und systematisch Untersuchungsgruppen sowie lokale Settings ausgewählt und einbezogen (Strauss & Corbin 1996). Dieses Vorgehen wurde genutzt, um flexibel auf das zu reagieren, was in den Daten gefunden wurde. Die Auswahl der Diskussionsgruppen fand auf Basis der theoretisch gebildeten Konzepte statt, die die weitere Datenerhebung leiteten.

4.7.2 Vorstellung der Diskussionsgruppen

Für die Datenerhebung mittels Gruppendiskussionen wurden unterschiedliche Realgruppen gebildet. Diese setzen sich aus Eltern zusammen, die einen gemeinsamen Erfahrungshintergrund (der soziale Raum²⁹) haben und sich untereinander aus der Kita ihrer Kinder kennen. Von Mitte März 2015 bis Ende Februar 2016 wurden sieben Gruppendiskussionen (inklusive der Probegruppendiskussion) mit insgesamt siebzehn Müttern und neun Vätern durchgeführt. Alle Gruppendiskussionen setzten sich aus Teilnehmenden mit Migrationshintergrund (türkisch, iranisch, irakisch, polnisch) und ohne Migrationshintergrund zusammen. Die Kita-Leitung einer Kölner Kita erwartete, dass das Thema der Gruppendiskussionen in die aktuellen Themen der Kita integriert werden sollten. Das Oberthema der ersten Gruppendiskussion war daher Gesundheit und der Übergang Kita – Schule. Die sich daraus ergebende Gruppe setzte sich somit aus Eltern zusammen, deren Kinder im Sommer eingeschult werden sollten. Aus methodischer Sicht wurde der Anspruch der Kita-Leitung als unproblematisch angesehen, da davon auszugehen war, dass die Diskussionsteilnehmer*Innen, ähnlich wie bei den Einzelinterviews, das Thema während der Diskussion ohnehin selbst

strukturieren. Die teilnehmenden Eltern der ersten Gruppendiskussion äußerten den Wunsch nach einer weiteren Diskussionsrunde zum Thema Gesundheit. Diesem Wunsch wurde nach Absprache mit der Kitaleitung entsprochen. Ein weiterer Termin fand anderthalb Monate nach der ersten Diskussionsrunde statt. Das Einladungsprozedere entsprach im Grunde der ersten Diskussionsrunde, allerdings wurden keine Handouts verteilt. Zu diesem Termin kamen eine Mutter aus der ersten Diskussionsrunde sowie eine Mutter und ein Vater, die an der ersten Diskussion nicht teilgenommen hatten. Diese Gruppendiskussion konnte nicht in der Auswertung berücksichtigt werden, da die Deutschkenntnisse der neu hinzugekommen Eltern nicht ausreichten, um aktiv an einer Diskussion teilzunehmen. Die dritte Gruppendiskussion fand vor den Sommerferien statt. Das Thema Gesundheit sollte in das Thema Übergang Familie/Kita integriert werden. Die Kita-Leitung hatte dazu Eltern von zukünftigen Kita-Kindern angesprochen und eingeladen. An dieser Gruppendiskussion haben zwei Mütter und zwei Väter teilgenommen. In der Auswertung konnte diese Diskussion nicht berücksichtigt werden, da die Kita-Leitung einen überproportional hohen Redeanteil ergriffen hatte. Aufgrund dessen fand keine selbstläufige Diskussion der Eltern untereinander statt. Die Versuche der Diskussionsleiterin, die Eltern mit ihren Wünschen, Fragen und Ansichten in den Mittelpunkt zu stellen und den Redeanteil der Kitaleitung einzuschränken blieben erfolglos. Die vierte Gruppendiskussion fand, nach den Sommerferien, in der ersten teilnehmenden Kita mit einem Vater und zwei Müttern statt. Sie sollte einen Auftakt für das Kita-Thema Gesundheit im neuen Kitajahr bilden. Die fünfte Gruppendiskussion fand in einer Kita statt, die sich in einem Kölner Stadtteil befindet, in dem ein geringer Handlungsbedarf bestand. An dieser Gruppendiskussion nahmen vier Mütter teil, die eher von einer Beratung ausgegangen waren. Daher konnte diese Gruppendiskussion nur teilweise genutzt werden. Die in Mannheim durchgeführte Gruppendiskussion mit drei Müttern erwies sich als sehr produktiv.

Im Anschluss an die Gruppendiskussionen wurde ein Postskriptum erstellt und die Diskussionsteilnehmer*innen wurden nach Abschluss der jeweiligen Gruppendiskussion gebeten die Einverständniserklärung durchzulesen, bei Unklarheiten nachzufragen und zu unterschreiben.

4.7.3 Die dokumentarische Methode als Analyseinstrument

Die Auswertung der Gruppendiskussionen erfolgte in Anlehnung an die dokumentarische Methode nach Bohnsack. Von Interesse ist, 'wie' über ein Thema geredet wird und 'welche' Kategorien des Denkens, die z. B. als Begründungen vorgebracht werden, dabei relevant sind (vgl. Bohnsack & Nohl 2013). Wichtig ist

das 'was' (thematisch) gesagt wird, von dem zu unterscheiden, 'wie' ein Thema in welchem Rahmen, beispielsweise im familiären oder sozialen Raum, also der gesellschaftlichen Öffentlichkeit und ihrer Institutionen, behandelt wird (vgl. Bohnsack & Nohl 2013). Der Orientierungsrahmen ist der zentrale Gegenstand der dokumentarischen Methode. Dabei kommt der komparativen Analyse eine wesentliche Bedeutung zu, denn erst im Vergleich mit anderen Gruppendiskussionen kristallisiert sich der Orientierungsrahmen heraus (vgl. Bohnsack et al. 2013). Dazu wurde eine Verknüpfung der Daten aus den Gruppendiskussionen untereinander sowie der Einzelinterviews und der Gruppendiskussionen vorgenommen. Aussagen aus den Gruppendiskussionen wurden auf den Gruppenebenen verglichen und miteinander in Beziehung gesetzt sowie auf Einzelfallebene. Dieses Vorgehen diente der Anreicherung und Vervollständigung der Erkenntnisse aus den Einzelinterviews. Aus den Diskussions-Transkripten wurden zunächst die Passagen ausgewählt, die für die Thematik Gesundheit aus der Perspektive der Diskussionsteilnehmer*innen relevant waren. In thematisch vergleichbaren Passagen aus Diskussionen mit anderen Gruppen wurde dazu zunächst nach einem übereinstimmenden Muster gesucht. Diese können sich auch in anderen Formulierungen zeigen. Bei den Vergleichen mit den Einzelinterviews wurde ebenso vorgegangen. In einem theoretisch rückgebundenen Schritt erfolgte die Interpretation der Entstehung der kollektiven Konzepte. Die Interaktionen der Gruppenmitglieder untereinander wurde bei der Analyse berücksichtigt (Welche Beiträge werden nicht aufgegriffen? Welche Positionen setzen sich durch? Welchen Status beanspruchen Teilnehmende?).

4.8 Gütekriterien qualitativer Forschung

In der bisherigen Darstellung wurden bereits auf einige Gütekriterien qualitativer Forschung hingewiesen. Die Gütekriterien der vorliegenden Arbeit werden an dieser Stelle zusammenfassend dargestellt.

Transparenz: Um Transparenz herzustellen wurde das in der vorliegenden Studie angewandte Vorgehen ausführlich in Kapitel 4 beschrieben. Es dient der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses und der empirischen Ergebnisse (vgl. Goerres & Diaz-Bone 2015; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Die Indikation des Forschungsprozesses und die Datenerhebung mittels leitfadengestützter teilnarrativer Interviews und Gruppendiskussionen sowie die Gegenstandsangemessenheit dieses Vorgehens ist ausführlich begründet worden. Welche Schwierigkeiten sich im 'Feld' ergaben und welche methodischen Entscheidungen zur Anpassung nötig waren, wurde offengelegt. Die empirische Verankerung und die Integration von Elementen der Textanalyse in die GTM

wurden aufgezeigt. Anhand zahlreicher Belegstellen mit den entsprechenden Feinanalysen wurde deutlich gemacht, wie die Ergebnisse zustande kamen.

Vielfalt und breite Varianz: Das Vorgehen bei der Auswahl der Interviewpartner*innen sowie der Diskussionsteilnehmer*innen und der Untersuchungskontexte, die Grundlage für den Geltungsbereich der Ergebnisse sind, wurden beschrieben. In der eng gefassten Untersuchungsgruppe wurde eine breite Vielfalt und Varianz abgebildet, um über die beabsichtigte Verschiedenartigkeit übereilte Verallgemeinerungen zu erschweren (vgl. Goerres & Diaz-Bone 2015; Mey & Mruck 2011; Helfferich 2005).

Methodische Kontrolle über Reflexivität: Da das Ausmaß der Gesprächsrollensymmetrie oder -asymmetrie direkt mit der Interviewsteuerung zusammenhängt (Kruse 2010; 2008; 2006) wurden die Gesprächsrollen zwischen der Interviewerin und den Interviewten reflektiert. Die Reflexion des Kontexts, in dem die Daten dieser Studie entstanden sind, wurde ebenso berücksichtigt wie der Kontext der Autorin. Dies wurde im Forschungstagebuch festgehalten sowie in der Auswertung berücksichtigt. In Interpretationsgruppen wurde die Perspektive der Autorin auf den Forschungsgegenstand reflektiert und die Perspektiven der Interpretationsgruppenmitglieder diskutiert und ggf. ergänzt sowie die theoretische Sättigung bestätigt (vgl. Breuer et al. 2018; Goerres & Diaz-Bone 2015; Willig 2013; Truschkat et al. 2011; Lucius-Hoene & Deppermann 2002).

Nachdem einige Verweise auf die Ergebnisse, die zu Veränderungen in der weiteren Vorgehensweise oder zur Verdeutlichung der Vorgehensweise, in der Feldphase angeklungen sind, folgt in Kapitel 5 zunächst die Darstellung der Ergebnisse aus den Einzelinterviews und anschließend die der Gruppendiskussionen.

5 Ergebnisse

*„Gib denen, die Du liebst, Flügel um zu fliegen,
Wurzel um zurückzukehren und Gründe zu bleiben.“*

Dalai Lama

Die Aufgabe der Ergebnisdarstellung liegt darin, die aus den gesamten Interviews herausgearbeiteten Deutungsmuster darzustellen und an dichten Schüsselpassagen nachvollziehbar zu machen. Im Analyseprozess wurde das jeweilige Gesamtinterview betrachtet, um elterliche Gesundheitsvorstellungen zu erfassen. Auf eine ausführliche Darstellung einzelner Fälle wurde verzichtet, da aufgrund der spezifischen Besonderheiten der Einzelfälle und des Feldzugangs der Datenschutz sonst nicht zu gewährleisten gewesen wäre.

Die Analyse der zwanzig Interviews zeigte individuelle Unterschiede im Hinblick darauf, inwieweit sich die Interviewpartner*innen bewusst mit ihrem Leben und ihrer Umwelt auseinandergesetzt haben. Daher bestehen individuelle Unterschiede darin, welche Rolle das Thema Gesundheit im jeweiligen Lebenskontext der interviewten Eltern spielt. Die Erzählungen weisen eine vielfältige Differenziertheit auf. In diesen Differenzierungskategorien wird ersichtlich, wie Eltern Gesundheit im Alltag konstruieren. Trotz der individuellen Ausprägung elterlichen Gesundheitsvorstellungen, lassen sich in der fallübergreifenden, vergleichenden Analyse der empirischen Daten minimale und maximale Gemeinsamkeiten und Unterschiede erkennen. Dabei sind gesellschaftliches (kommunikatives) Wissen mit Aspekten einer medizinisch – krankheitspräventiven Orientierung und einer öffentlichen Gesundheitsdiskussion sowie eigene Erfahrungen zu erkennen. Die individuelle Darstellung durch die Interviewten, lieferten Hinweise auf die Komplexität gesundheitsbezogenen Vorstellungen.

Bei der Auswertung des Datenmaterials der Einzelinterviews konnten drei große, als relevant anzusehende Konzepte von Gesundheit herausgearbeitet werden:

- Kümern um Familiengesundheit,
- Komplexität von Gesundheit,
- Mehrdimensionale Gesundheitskonzepte – Zustand und Bedingung von Gesundheit.

Im Folgenden wird zunächst auf die Zuständigkeit von Gesundheit in der Familie eingegangen und anschließend auf die Komplexität von Gesundheit. Darauf folgt die Darstellung der herausgearbeiteten Konzepte (siehe 5.3) von Gesundheit und der Theorien zur Herstellung von Gesundheit (siehe 5.4). Zu Beginn wurde den jeweiligen Kategorien eine zusammenfassende Interpretation vorangestellt, um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten. Anschließend wird die Kernkategorie

(siehe 5.5) erläutert. Das Unterkapitel 5.6 widmet sich den Ergebnissen der Gruppendiskussionen sowie der Differenzierung der Kernkategorie (siehe 5.7).

5.1 Kümmern um Gesundheit – ein Frauenthema?

Unter 'Kümmern um Gesundheit' in der Familie ist hier die Organisation im Alltag zu Verstehen. Im Erleben der Interviewten konnten aus dem Datenmaterial drei große unterschiedliche Zuständigkeiten für Gesundheit in der Familie rekonstruiert werden. Diese sind:

- die Zuständigkeit von Müttern,
- die gemeinsame Zuständigkeit von Eltern,
- die Zuständigkeit des sozialen Netzwerks.

5.1.1 Zuständigkeit von Müttern – Managerin der Familiengesundheit

Es gibt Interviewteilnehmer*innen, die die Zuständigkeit für gesundheitliche Belange aller Familienmitglieder über die Organisation der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, ärztliche Kontrollen bei gesundheitlichen Beschwerden, die Zubereitung der Mahlzeiten und die Organisation der kindlichen Freizeitaktivitäten konzipieren. Das 'Kümmern' um die gesundheitlichen Belange der Familie wird als mütterliche Aufgabe wahrgenommen. Es gibt Mütter, die diese Aufgabe annehmen und dementsprechend handeln. Begründet wird dies häufig damit, dass der (Ehe-) Partner berufstätig ist oder sprachliche Verständigungsschwierigkeiten vorliegen. Interessant ist dabei, dass sich diese Mütter mehr Freizeit zuschreiben, obwohl sie größtenteils teilzeitbeschäftigte berufstätige Mütter sind. Wie die dargestellten Interviewpassagen exemplarisch zeigen, fühlen sich zum einen die befragten Mütter zuständig für die gesundheitlichen Belange aller Familienmitglieder und zum anderen wird Müttern/Frauen diese Zuständigkeit von Vätern zugeschrieben. Die Datenanalyse legt nahe, dass die Zuschreibung und Annahme der Zuständigkeit von Müttern für die gesundheitlichen Belange in der Familie, eine Erfahrung ist die gesellschaftlich über Generationen geprägt wurde und an die eigenen Kinder weitergegeben wird.

In den folgenden Interviewpassagen wird im personalen Ich-Bezug durch die befragten Mütter deutlich gemacht, dass sie in der Familie für die Organisation von Arztterminen, Vorsorgeuntersuchungen und die Beachtung von gesundheitlichen Beschwerden zuständig sind. Dazu gehören auch die Freizeitaktivitäten der Kinder. Einige Mütter betrachten es nicht als väterliche Aufgabe mit den Kindern auf den Spielplatz zu gehen, da das eine Aufgabe ist, die der mütterlichen Rolle

zugeschrieben wird. Die Analyse des Datenmaterials legt nahe, dass die mit der Mutterrolle verbundenen Aufgaben, bezüglich Gesundheit in der Familie, in einer Wechselbeziehung von Zuschreibung und Annahme von Aufgaben steht.

»Ich, weil ich hab ja ein bisschen mehr Freizeit als mein Mann und ich kümmere mich dann um diese Sachen ne wenn dann Vorsorge für (Name des Kindes) oder wenn mein Mann irgendwo einen Termin hat dann bin ich diejenige so da ist ein Termin und das muss gemacht werden oder Zahnarzt, egal was es ist« (KK121803081Stt)

»Das mach ich alles, also mein Mann, ich hab ja meinen Mann aus der Türkei rüber gebracht und äh der kann ja nicht so gut Deutsch und der geht ja auch arbeiten und deswegen gehe ich da hin« (KC160205083LG)

»Äh (...) für auf den Spielplatz gehen, weil mein Mann hat nicht immer Lust dazu, klar was ich auch verstehe, weil äh was soll er dann auch mit den ganzen Weibern da« (KO169505081UC)

Interessant ist, dass der Ehemann in diesem Kontext häufig als zusätzliches Kind benannt wurde. Die Befragte im folgenden Interviewausschnitt weist zudem darauf hin, dass sie sich die Zuständigkeit für die gesundheitlichen Belange ihres Mannes selbst zuschreibt.

»Ich, ja also mein Mann is nicht wirklich präsent aber das finde ich auch nicht schlimm, das ist eher so, dass ich bei ihm noch auf die Gesundheit achten muss also das vierte Kind irgendwie dann, ja das liegt schon auch an mir sach ich jetzt mal so« (FRK10310073)

Die Gesprächspartnerin im folgenden Ausschnitt antwortet auf die Frage, wer in ihrer Familie für Gesundheit zuständig ist im 'Ich-Bezug'. Das heißt, sie spricht für sich („ich bin“) als aktiv Handelnde (die für Gesundheit zuständig ist) und macht deutlich, dass sie sich nicht nur um die Vorsorgemaßnahmen der Kinder kümmert („es kommen ja nicht nur die Kinder dazu“), sondern auch um die ihres Ehemannes. Der Kontext ist hier familiäre Gesundheit in Zusammenhang mit dem medizinischen Versorgungssystem, da es um die Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen (Impfungen) oder gesundheitliche Beeinträchtigungen („alles“) geht. Dann wechselt die Gesprächspartnerin von 'ich' zum Indefinitpronomen 'man' und verleiht damit ihrer Aussage Allgemeingültigkeit. Diese weist auf kollektiv anerkannte beziehungsweise sozial praktizierte Handlungen oder Abläufe hin. Es gibt Mütter, die die Handlungsinitiative ergreifen und ihren Mann zum Arzt 'schicken'. Mit 'eigentlich' wird eine Reflexion im Interviewverlauf deutlich, sie als Mutter ist zuständig und zwar für die Kinder und für ihren Mann.

»Ich, auch für meinem Mann bin ich zuständig (lacht) also genau es kommen ja nicht nur die Kinder dazu, es ist auch der Mann den man zum Arzt schickt und sagt du könntest mal, dich impfen lassen und du hast hier und da was geh doch mal los eigentlich hab ich das alles« (GD12808072).

Im folgenden Interviewausschnitt wird ersichtlich, dass dieser Vater die Terminvereinbarung und Teilnahme an Untersuchungen für die Kinder mehrheitlich als

eine Aufgabe der (Ehe-) Frau/Mutter ansieht. Die eigene Zuständigkeit des Vaters liegt darin, 'einzuspringen' wenn die Mutter der Kinder keine Zeit hat.

»Für Gesundheit ja meine Frau die kümmert sich, für die Kinder da kümmert sie sich, also jetzt Arztkontrolle also wenn es jetzt sein muss und die nicht kann, dann gehe ich mit denen aber meistens macht die das« (KB180207083CH)

Wie die folgenden Interviewpassagen zeigen, wurde schon die eigene Mutter als diejenige wahrgenommen, die sich um die gesundheitlichen Belange aller Familienmitglieder kümmert. Die bereits in der Herkunftsfamilie vertretene Haltung, bezüglich der Zuständigkeit für Gesundheit in der Familie, ist für einige Befragte sehr prägend und wird auch in der eigenen Familie weitergegeben.

»In meiner eigenen Familie war ja definitiv meine Mutter die sich eigentlich gekümmert hat, ja« (KN91103082Stt)

»Meine Mutter, meine Mutter hat, ja dadurch das sie nicht berufstätig war hat sie ihre Kinder zum Arzt gebracht Zahnarzt/Hausarzt dann ähm wie gesagt mein Vater [...], der kam nicht auf die Idee wenn er mal krank war [...] ja und dem entsprechend hat meine Mutter eben gesagt jetzt geht es einfach nicht mehr und wir gehen zum Doktor« (KB51902081CH)

Der folgende Auszug weist darauf hin, dass das Kümmern um 'gesunde' Ernährung, Bewegung und Vorsorge in der Großmuttergeneration keine Rolle gespielt hat. Erst Beschwerden haben dazu geführt, dass sich gekümmert wurde. Auch hier zeigt sich, dass sich die eigene Mutter um Gesundheit und Krankheit gekümmert hat und zuständig war. Neue biografische Erfahrungen haben jedoch dazu geführt, dass die Befragte anders auf die Ernährung der Kinder, deren sportliche Aktivitäten und den Anlass für Arztbesuche achtet.

»Das war eigentlich auch so, eigentlich sehr klassisch es war ähnlich so wie es heute ist, also äh, das war alles nie so spektakulär, hat vielleicht auch so seine Vorteile, also wenn dann war es meine Mutter aber die war nie so mit Ernährung, bei uns gab es immer so ja Gemüse aus der Konserve und das war, ich meine ich bin auch, also ich will das nicht schlecht machen oder ob man Sport machte oder nicht das merk ich auch jetzt wenn sie so mitkriegt das die Kinder das man guckt das die zum Sport gehen oder dieses oder jenes das ist denen nicht wichtig, die haben so anders gelebt und das wird dann schon alles gut gehen da muss ich mich nicht so mit beschäftigen, wenn dann was ist wenn ein Problem auftaucht ja aber vorher dass sie das so im Blick hatten das aus irgendetwas was werden könnte also wenn man krank ist dann ja, dann geht man auch da hin aber Vorsorge nein« (FRK10310073)

5.1.2 Gemeinsame Zuständigkeit von Eltern

Es gibt Familien, in denen sowohl der Vater als auch die Mutter für Gesundheit in der Familie zuständig sind. Bei diesen Gesprächspartner*innen zeigt sich ein erweiterter Kontext (Erziehung, Ernährung, Freizeit), in den die gemeinsame Zuständigkeit für Gesundheit gestellt wird. Sprachlich wird dies im Wir-Bezug (wir, uns) durch die konsensuelle Agency ersichtlich. So werden beispielsweise die Kinder gemeinsam dazu erzogen, ein gesundheitsrelevantes Bewusstsein zu entwickeln und Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (z. B.

Zähne putzen, Ernährung, Sport). Es gibt Familien, in denen sich die Mütter um die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen der Kinder kümmern. Während die Zuständigkeit von Kinderarztbesuchen durch die Väter eher im akuten Krankheitsfall eintritt. Die (Ehe-) Partner kümmern sich selbst um die eigenen Arzttermine oder achten gegenseitig aufeinander. Der biografische Erfahrungshintergrund beruht auch hier darauf, dass die eigene Mutter diejenige war, die sich um die gesundheitlichen Belange der Familienmitglieder gekümmert hat. Jedoch ist ein Wandel erkennbar, da auch die Väter, (Ehe-) Partner zuständig sind.

»Also ich für die Kinder und mein Mann, also wir zwei zusammen für uns« (KN141903082Stt)

»Beide, die Kinder auch in gewisser Weise weil wir die ja immer in den Hintern treten sich entsprechend Zähne putzen damit fängt es ja an und äh Bewusstsein dafür zu kriegen wie man sich ernährt und so, was weiß ich Kleinigkeiten also die kriegen bei uns am Anfang nichts Süßes, also im Laufe des Tages kriegen sie was Süßes oder vielleicht sonntags als zweites, mal Marmelade die starten nicht mit Marmelade zum Beispiel« (KNE31402083EI)

»WEIL ich einkaufe koche die Tagesaktivitäten der Kinder steuer sag ich jetzt mal da mein Mann eben voll berufstätig ist wobei er mich da am Wochenende was jetzt den Sport betrifft z. B. unterstützt was meinen Sport betrifft oder die Kinder oder wir gemeinsam insofern wir« (KV131803082Stt)

»Wir beide, wir achten beide da drauf weil vorher kannte also er hat mir auch viel beigebracht mit diesem Kochen also anders halt zu kochen er kennt das halt von seiner Mutter und ich kenn das von meiner Mutter nicht, die hat halt immer schnell gekocht, also auf die schnelle und also wir beide, er kann auch sehr gut kochen, es ist einfach anders, wenn er die Kinder duscht oder badet er cremt sie auch ein oder er geht auch und tröstet sie wenn was ist also das wird schon geteilt« (KB1701083CH)

5.1.3 Zuständigkeit des persönlichen Netzwerks

Zudem gibt es Mütter, die sich bezüglich ihrer eigenen gesundheitlichen Belange mit Freundinnen austauschen und deren Rat einholen. Alleinerziehende Mütter nehmen sich häufig als alleinig zuständig wahr. Dennoch wird ersichtlich, dass diese ein persönliches Netzwerk haben, mit dem sie sich austauschen. Das persönliche Netzwerk wird durch gegenseitiges Vertrauen und aufeinander Achten definiert.

Die Befragte im folgenden Ausschnitt beschreibt im personalen Ich-Bezug, dass sie allein in allen Bereichen zuständig ist. Dabei wird eine normative Notwendigkeit („muss“) ersichtlich.

»Für uns jetzt ja ich natürlich wer sonst ich meine ich bin ALLEIN mit den beiden Kindern, ich muss arbeiten für uns drei ich muss mich mit den Kindern beschäftigen« (KH71003082Stt)

Im folgenden Interviewausschnitt wird exemplarisch deutlich, dass eine Freundin der Mutter eine wichtige vertrauensvolle Instanz ist, wenn es um die Gesundheit der Mutter geht.

»meine Trauzeugin [...] eine sehr gute Freundin von mir wo ich mich auch erst mal nicht zum Arzt traute es ist ja man ist mit sich selber immer noch nachlässiger als mit denen

die einem nahe stehen und sie hat mich quasi zum Neurologen gezerrt auch auf die große Entfernung hin die lebt in (entferntes Bundesland) ist das eine der wenigen mit denen ich offen darüber offen sprechen kann die auch genau den Durchblick hat und wenn es dann mal wieder sein muss auf mich einredet und auch schimpft so wie sie es damals gemacht hat, als ich nicht zum Facharzt gehen wollte und sie mich da hingeschleppt hat» (KB51902081CH)

5.2 Komplexität von Gesundheit

Die Analyse der Interviewdaten legt nahe, dass Vorstellungen von Gesundheit vielschichtig, weit verzweigt und dementsprechend umfassend sind. Für die interviewten Eltern ist Gesundheit etwas, was sich nicht einfach beschreiben lässt und differenziert mit verschiedenen Aspekten wahrgenommen wird. Dabei spielen physische, psychische, emotionale und soziale Aspekte ebenso eine Rolle, wie die Abwesenheit von Krankheit, körperliche Beschwerden und Schmerz sowie Umweltverschmutzung. Gesundheit wird sowohl positiv als auch negativ dargestellt. Diese Aspekte stehen miteinander in Verbindung oder auch im Widerspruch zueinander. Gleichzeitig wird eine gesellschaftliche Pflicht zu gesundem Verhalten wahrgenommen.

Wie die folgenden Interviewpassagen zeigen, wird Gesundheit von den Befragten auf körperlicher, seelisch-geistiger und sozialer Ebene wahrgenommen. Gleichzeitig verweisen die Interviewpartner mit ihren sprachlichen Darstellungen („weil“) auf Begründungen und mit „man“ oder „klassisch“ auf soziale, gesellschaftlich verankerte Bilder. Damit geht eine sprachliche Darstellung von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit im Sinne von 'gesund ist – wer nicht krank ist' einher. In der Regel wurde dies zu Beginn der Interviews angesprochen.

»Ja WEIL gesund macht man an einer Krankheit meist fest deshalb, aber gesund ist schon – ich würde sagen ich benutze meistens schon diesen Begriff, meistens ja.« (KV131803082St)

Obwohl die Befragte im folgenden Zitat ihre Aussage zum Ende mit 'vielleicht' abschwächt zeigt sie eine breite Komplexität von Gesundheit auf.

»Vitalität, Energie, Beweglichkeit, Selbstständigkeit, Kontaktfreudigkeit, Wachstum vielleicht äh.« (KN81103082St)

Im folgenden Interviewausschnitt wird die negative Bestimmung von Gesundheit (Gesundheit gleich Abwesenheit von körperlichen Beschwerden) als „klassisch“ bezeichnet. Dabei verweist die sprachliche Darstellung auf eine allgemeingültige und akzeptierte, von gesellschaftlichen Erfahrungen geprägte Vorstellung von Gesundheit. Gleichzeitig wird Gesundheit über einen funktionstüchtigen und intakten Körper positiv bestimmt. Im Verlauf des Gesagten wird Gesundheit um Psyche, Geist und Seele sowie etwas Unbekanntem erweitert, was auf die Komplexität von Gesundheit hinweist. Die sprachliche Darstellung („wenn“) verweist

auf eine Bedingung von Gesundheit. Mit „*eigentlich*“ setzt die Befragte sprachlich Schmerzfreiheit und körperliche Funktionsfähigkeit sowie Psyche, Geist und Seele in Beziehung zu Gesundheit.

»ja ähm Gesundheit an sich ist schon sehr komplex also so [...] ja eigentlich klassisch wenn mir nichts wehtut ich keine Schmerzen habe wenn mir mein Körper keinen Streich spielt ich voll funktionsfähig bin eigentlich dann und wenn äh Psyche und Geist Seele und weiß ich nicht was dazu« (FRK10310073)

Der folgende Interviewausschnitt weist auf eine negative und eine positive Bestimmung von Gesundheit. Diese werden neben körperlicher und geistiger Gesundheit mit „*sich in seiner Umgebung wohlfühlen*“ und „*Geborgenheit*“ um emotionale Aspekte erweitert. Mit „*joh*“ weist die Befragte auf ihre Einstellung zum Gesagten und unterstreicht noch mal die Bedeutung des Gesagten.

»Ähm (3) ja Gesundheit heißt ähm der Körper ist intakt, er funktioniert, man fühlt sich in seiner Umgebung wohl, es stimmt so alles zusammen also so körperliche, geistige Gesundheit gehört ja schon stark zusammen ähm joh (KN91103082Stt)

Die sprachliche Darstellung im Folgenden weist auf eine allgemeingültige, akzeptierte Beschreibung von Gesundheit. Diese wird über nicht vorhandene negative Aspekte wahrgenommen und ist an die Abwesenheit von Krankheit gekoppelt. Gleichzeitig wird Gesundheit hier zusätzlich mit „*Lebenslust*“ in Beziehung gesetzt. Der Befragte stellt sich als lebenslustigen Menschen dar. Lebenslust verbindet Gesundheit mit Optimismus, als eine zuversichtliche, hoffnungsvolle Lebenseinstellung. Gesundheit scheint über die Lust auf das Leben positiv wahrgenommen zu werden. Außerdem scheint Gesundheit etwas 'Grundlegendes' zu sein.

»Das ist eine schwere Frage mmm erst mal ganz allgemein dann wenn ich nichts merke, also wenn ich nicht irgendwie ein Wehwehchen habe aber sozusagen wenn man das Negative (2) also was man nicht so merkt davon weiß man ja auch nichts man nimmt es entsprechend nicht wahr also das ist eine schwierige Sache mit dem gesund fühlen ähm da gehört ja eigentlich auch eher so eine Art Lebenslust so eine Dimension dazu und äh und sagen wir mal so ich bin ein relativ lebenslustiger Mensch (.) so ungefähr.« (KNE31402083EI)

Es gibt Interviewteilnehmer, die die ärztliche Meinung und objektiv gemessene Werte als Teilaspekte betrachten. Im folgenden Interviewausschnitt wird gleichzeitig der Focus auf Wohlbefinden gelegt und somit auf das subjektive Befinden.

»Also nicht nur das was der Arzt mir sagt, all die Werte stimmen sondern auch das ganze Wohlbefinden drum herum« (KB41802073CH)

Mit der Wiederholung der Frage zu Beginn verdeutlicht die Gesprächspartnerin im folgenden Interviewausschnitt zunächst ihre Distanz zur Frage. Anschließend weist sie auf eine Widersprüchlichkeit aus ihrer Sicht „*hört sich ja jetzt blöd an, wenn ich sage, äh wenn ich nicht krank bin*“. Mit dem „*ne*“ und mit der Pause nimmt sie eine fragend, abwartende Haltung an. Nach der Reaktion der Interviewerin macht die Gesprächspartnerin deutlich, dass sie sich häufiger gesund fühlt. Im Verlauf führt sie dann, sprachlich verallgemeinert, weiter aus wann sie sich im

Alltag gesund fühlt. Dabei spielen ein gut schmeckendes Essen und schönes Wetter, um raus gehen zu können eine Rolle. Sie kontrastiert sprachlich verallgemeinert 'sich gesund zu fühlen zu können, obwohl man erkältet (krank)' ist. Die Interviewte bringt ein Selbstbild als gesunder Mensch zum Ausdruck und betont psychische, soziale und körperliche Aspekte.

»Wann ich mich gesund fühle ähm das ist eine gute Frage das hört sich ja jetzt blöd an wenn ich sage äh, wenn ich nicht krank bin ne (.) [Interviewerin: Ich möchte etwas über Ihre Vorstellungen und Erfahrungen wissen und die sind nicht blöd] ich fühl mich eigentlich öfter gesund also das geht jetzt nicht nur dazu wenn man jetzt erkältet ist sondern gesund fühlt an sich jetzt auch wenn das Essen gut geschmeckt hat oder das Wetter ist relativ schön man kann heute raus gehen an sich gesund einfach auch wenn man jetzt Schnupfen hat Gesundheit [...] ja zufrieden wohlfühlen glücklich sein und körperlich auch sich fit fühlen, also ich hab jetzt nicht ein einziges Wort das sind schon mehrere Geborgenheit auch ne« (KB1701083CH)

Die folgende Passage weist darauf hin, dass Gesundheit hier als 'bewusst leben' konstruiert wird. Gesundheit wird als „das Ganze“ bezeichnet. Damit ist eine ganzheitliche bewusste Wahrnehmung verbunden, die sich auf den eigenen Körper, die räumliche Umgebung und die Menschen bezieht, mit denen Zeit verbracht und sich auseinandergesetzt wird. Auch hier betont die Befragte psychische, soziale und körperliche Aspekte und verweist auf eine bewusste Reflexion und Achtsamkeit gegenüber sich selbst und dem Leben.

»Was ist das, also das Ganze wie man sich um sich kümmern kann, wie man so den Ausgleich schafft [...] ja das ist einfach bewusst leben was man macht was man isst, was tun mit wem man sich trifft wo man Zeit verbringt und äh ja« (KN811030821Stt)

Das folgende Zitat weist in sprachlich verallgemeinerter Form auf Gesundheit als etwas gesellschaftlich Vorgegebenes, eine Pflicht zu gesundheitlichem Verhalten, die als Last und Beeinträchtigung des Lebens empfunden wird. Gleichzeitig werden Aspekte der Umweltverschmutzung ersichtlich.

»schade es beeinträchtigt so das Leben, man macht vieles unter dem Aspekt, ist es auch gesund also auch die Frage, fährt man in den Urlaub, zu starke Sonneneinstrahlung, der Flug () Umweltverpestung das ist alles so (lacht), da bleib ich dann lieber hier.« (KN141903082Stt)

5.3 Mehrdimensionale Gesundheitskonzepte – Zustand und Bedingung von Gesundheit

Nachdem zunächst die Komplexität subjektiver Gesundheitsvorstellungen dargestellt wurde, wird im Folgenden auf die inhaltlichen Kategorien dieser Komplexität eingegangen. Dazu gehört, was die Befragten unter Gesundheit verstehen und wie sie Gesundheit konstruieren. Anhand der erhobenen Daten wurden Kategorien gebildet, denen die folgenden Subkategorien zugeordnet wurden.

- Allgemeine Fakten körperlicher Gesundheit
 - Schmerz bzw. Beschwerdefreiheit/Abwesenheit von Krankheit

- Funktionsfähigkeit
- Subjektives Wohlbefinden – Zustand und Bedingung von Gesundheit
 - Seelisch/geistiges Wohlbefinden
 - Körperliches Wohlbefinden
 - Materielles Wohlbefinden
 - Soziales Wohlbefinden

Die herausgearbeiteten Kategorien und Subkategorien zeigen eindrücklich sowohl die inhaltliche Komplexität als auch Bedingungen von Gesundheit auf und weisen auf die Mehrdimensionalität elterlicher Gesundheitsvorstellungen. Im Folgenden werden die Interviewpassagen dargestellt, die diese Kombinationen im Sinne von 'sowohl als auch' abbilden und damit teilweise, die dem Thema immanenten Widersprüche aufzeigen. Viele inhaltliche Aspekte stehen dabei gleichwertig nebeneinander, können sich aber auch gegenseitig beeinflussen, ergänzen oder widersprechen.

5.3.1 Fakten körperliche Gesundheit

Für die befragten Eltern sind Schmerzfreiheit, Abwesenheit von Krankheit und körperliche Funktionsfähigkeit Fakten, im Sinne von Tatsachen, mit denen körperliche Gesundheit gesellschaftlich konstruiert wird. Diese Fakten haben meist objektiv, medizinisch erklärbare körperliche Ursachen, die von Ärztinnen/Ärzten diagnostiziert werden und somit auch einen gesellschaftlich legitimierten Stellenwert aufweisen. Zudem stehen die Fakten körperlicher Gesundheit im Kontext mit Leistungsfähigkeit. Gleichzeitig stellen Fakten körperlicher Gesundheit einen Zustand und eine Bedingung von Gesundheit dar. Der Aspekt Schmerz beinhaltet in der Regel, wie Schmerzen individuell empfunden werden. Ebenso wie Belastungen durch sogenannte Bagatellerkrankungen individuell empfunden werden oder wie körperliche Funktionsfähigkeit wahrgenommen wird. Diese Betrachtungsweisen machen auf eine subjektive Seite von krankheitsorientierten Vorstellungen aufmerksam. Insbesondere Funktionsfähigkeit und Leistungsfähigkeit scheinen an ein gesellschaftliches Verständnis der Mutterrolle gebunden zu sein. In dieser Rolle 'müssen' Mütter scheinbar immer funktionieren, um die Bedürfnisse der Kinder, des Partners, des Arbeitgebers, etc. zu erfüllen, eigene Bedürfnisse werden dabei häufig zurückgestellt.

5.3.1.1 Gesundheit als Schmerzfreiheit und Abwesenheit von Krankheit

Es gibt eine Konstruktion von Gesundheit, die über das Fehlen von wahrnehmbarer Krankheit, Schmerzen und Beschwerden konstruiert wird. Hierbei werden

körperliche Aspekte betont. Es ist eine Kategorie des Gesundheitsbegriffs, der für die Befragten inhaltlich mit Fakten wie Schmerzfreiheit/Abwesenheit von Krankheit belegt und begründet wird. Gesundheit wird negativ durch die Abwesenheit von Krankheit definiert. Gleichzeitig wird Gesundheit mit 'fit sein' positiv definiert. Sowohl Schmerzfreiheit, Abwesenheit von Krankheit als auch fit sein werden als Zustand beschrieben, der gleichzeitig eine Bedingung von Gesundheit ist.

Die sprachliche Darstellung „wenn“ in den folgenden Interviewpassagen weist auf eine Bedingung, um sich gesund zu fühlen. Mit der Wiederholung der Frage wird die Distanz zum Stimulus verdeutlicht. Anschließend wird im Ich-Bezug auf Schmerzfreiheit verwiesen. Damit macht die befragte Person deutlich, dass sie von sich spricht.

»Ich persönlich, wann ich mich gesund fühle hm so einfach wenn mir nichts weh tut« (KH71003082Stt).

Sprachlich wird auch in der folgenden Interviewpassage auf eine Bedingung von Gesundheit hingewiesen. Entsprechend der jeweiligen persönlichen Erfahrungen, werden explizit die Bereiche des Körpers genannt, wo Schmerzen auftreten und außerdem positive Aspekte (ausgeruht sein, fit, normale Beweglichkeit) genannt mit denen körperliche Gesundheit beschrieben wird.

»Also wenn ich ausgeruht bin, wenn ich keine irgendwie Schmerzen habe, also auch nicht irgendwie von den Muskeln her oder vom Gelenk her also wenn ich mich normal bewegen kann und äh mich fit fühle« (KO150205082U)

Mit der sprachlichen Darstellung 'man' wird der Aussage im folgenden Interviewausschnitt Allgemeingültigkeit verliehen, was auf eine normativ-kollektive Vorstellung hinweist (gesund ist man, wenn man nicht krank ist). Gesundheit wird ausgeschlossen, wenn eine Erkältung vorliegt. Eine Bedingung von Gesundheit ist für die Befragte sich körperlich fit zu fühlen, was aus ihrer Perspektive weder bei Krankheit noch bei einer Erkältung gegeben ist.

»[...] das heißt (.) das ist ja ein ganz breites Spektrum gesund fühlen wenn man nicht krank ist, wenn man keine Erkältung hat so ne wenn man sich fit fühlt also körperlich fit fühlt das sind so die drei großen Aspekte. Wenn die Sonne raus kommt fühlt man sich gesund (lacht)« (KNE0311074BTU)

Dennoch können Gesundheit und Krankheit nebeneinander bestehen. Der beschriebene Zustand Gesundheit kann vorhanden sein, obwohl eine Erkältung (sogenannte Bagatellerkrankung) vorliegt. Auch hier weist die sprachliche Darstellung „man“ auf eine Allgemeingültigkeit der Aussage.

»an sich gesund einfach auch wenn man jetzt Schnupfen hat« (KB1701083Ch)

5.3.1.2 Gesundheit als körperliche Funktionsfähigkeit

Es gibt Vorstellungen von Gesundheit, die mit körperlicher Funktionsfähigkeit verbunden sind. Gesundheit wird inhaltlich positiv beschrieben und in der Regel als ein Teilaspekt körperlicher Gesundheit wahrgenommen. Körperliche Funktionsfähigkeit wird als allgemeine, grundlegende körperliche Funktionalität und Unversehrtheit des Körpers konstruiert und durch körperliche Leistungs- und Funktionsfähigkeit vermittelt. Es gibt Befragte die einen funktionierenden Körper als Bedingung von Gesundheit ansehen, sodass andere Aktivitäten nicht beeinträchtigt sind und der „Kopf frei“ ist. Dies ermöglicht den befragten Eltern Gesundheit wahrzunehmen, da über den Körper nicht nachgedacht werden muss. Er, der Körper muss funktionieren, eine Bedingung, um fit – gesund zu sein. Körperliche Funktionsfähigkeit steht für die Befragten im Kontext von Berufstätigkeit, dem Alltag als Mutter und Leistungsfähigkeit. Diese Vorstellungen weisen auf gesellschaftliche Normen und wurden eher bei berufstätigen Müttern gefunden, die einen wichtigen Beitrag zum Familieneinkommen leisten.

Ein funktionierender Körper ist eine Bedingung, um sportliche Aktivitäten ausüben zu können. Aus Sicht der Befragten ist dies wiederum notwendig, um gesund zu bleiben. Der im folgenden Interviewausschnitt im personalen Ich-Bezug angesprochene Sport geht jedoch über den üblichen Freizeitsport hinaus und bezieht sich auf die Vorbereitung zur Teilnahme an einem Marathon.

»Gesundheit ist dann schon wieder ähm nur mit Fakten Gesundheit das heißt keine Schmerzen äh das ich meinen Sport ausüben kann das ist die Voraussetzung gesund zu sein und deshalb muss ich halt verstärkt darauf achten das fängt bei der Ernährung an und der Gedanke ist immer dabei Gesundheit bedeutet für mich ne gute Ernährung und ja das der Körper funktioniert« (KN141903082Stt)

Körperliche Funktionsfähigkeit wird auch mit 'körperlich fit sein' umschrieben. Wie in den folgenden beiden Interviewausschnitten ersichtlich wird, ist 'körperlich fit sein' eine Bedingung, um Leistungen zu erbringen, was zu Zufriedenheit und Ausgeglichenheit führt. Interessant ist, dass in beiden Interviewausschnitten sprachlich („man“) verallgemeinert wird und so auf sprachlich dargestellte kollektive Vorstellungen und Allgemeingültigkeit der Aussage hingewiesen wird.

»[...] wenn ich auch körperlich ganz fit bin ja also äh wenn man fit ist dann, also das wär jetzt doch noch ein Begriff für Gesundheit fit, ist man leistungsfähig dann ist man zufrieden und dann kann man auch Leistungen bewältigen« (KKL2610071BTU)

Es gibt auch einen verallgemeinerten Bezug (*man*) zu körperlicher Gesundheit und Bewegung im Rahmen von Sport.

»[...] wenn man sich fit fühlt also körperlich fit fühlt [...] äh wie gesagt fit gesund im Rahmen von körperlicher Gesundheit fit im Rahmen von Bewegung ähm Sport« (KNE0311074BTU).

Zudem gibt es auch eine ausgeprägte Trennung von Wohlbefinden und körperlicher Funktionsfähigkeit, die damit verbunden ist, sich nicht auf den Körper konzentrieren zu müssen, wie im folgenden Interviewausschnitt deutlich wird. Wenn der Körper funktioniert, steht er nicht im Vordergrund. Andere Dinge, die sich positiv auswirken – guttun – bekommen eine Bedeutung. Das normative „muss“ weist auf einen eher gesellschaftlich definierten Normalzustand der mit der Erfüllung von Erwartungen anderer (Familie, Gesellschaft, Arbeitgeber) einhergeht und den normativen Anspruch deutlich macht.

»das ist einfach ICH mich nicht auf meinen Körper konzentrieren muss weil er einfach funktioniert, also er muss funktionieren weil es muss alles im normalen Rahmen sein [...] wenn ich voll einsatzfähig bin dann fühle ich mich gesund und das hat was mit fit zu tun Gesundheit dass ich mir darum keine GEDANKEN machen muss dass ich mich einfach auf andere Sachen konzentrieren muss - kann« (KO150205082U)

Ein nicht funktionierender Körper steht der Leistungsfähigkeit entgegen und wird eher als Leistungsverweigerung bewertet. Daher muss alles „richtig“ gemacht werden, um Körper und Geist nicht zu schaden. Die Aussage weist auf eine persönliche Verantwortung gegenüber dem eigenen Körper und Geist sowie auf Verbundenheit mit dem eigenen Körper, bei der Gesundheit zum Hobby werden soll. Die sprachliche Darstellung weist zunächst einen Ich-Bezug auf, wechselt dann und weist auf eine Allgemeingültigkeit der Aussage.

»ich versuche Gesundheit einfach zu meinem Hobby zu machen (lacht) ich hab mich schon ganz früh damit beschäftigt wie man es alles so richtig äh keine Fehler macht man will dem Körper und Geist nichts Schlimmes, Böses antun man will nicht vergiftet sein nicht krank sein man will einfach wissen was man isst was man macht und ja« (KN81103082Stt)

5.3.2 Subjektives elterliches Wohlbefinden

Es gibt neben Schmerzfreiheit, Abwesenheit von Krankheit und körperlicher Funktionsfähigkeit, eine weitere Dimension mit der Gesundheit begrifflich fassbar wird. Die in der vorliegenden Studie befragten Eltern nutzten den Begriff Wohlbefinden häufig synonym zu Gesundheit *»(2) Wohlbefinden, GESUNDHEIT bedeutet für mich Wohlbefinden« (KO150205082U*. Die inhaltlichen Aspekte 'Fakten körperlicher Gesundheit' und 'Wohlbefinden' können sich gegenseitig beeinflussen, schließen sich jedoch nicht gegenseitig aus. Wohlbefinden zeigt eine individuelle, positive, subjektbezogene Seite von Gesundheit, vor dem Hintergrund gesellschaftlicher und umweltbezogener Einflüsse, auf. Wird Gesundheit über das eigene Wohlbefinden konzipiert, so erfolgt die Konstruktion von Gesundheit meist als ein individuell von den befragten Eltern positiv wahrgenommener Zustand. Dieser Zustand wird gleichzeitig als eine Bedingung von Gesundheit wahrgenommen. Unter subjektivem Wohlbefinden sind, die von den Befragten abgegebenen Einschätzungen zu sehen, die sie bezüglich ihres Wohlbefindens wahrnehmen (Zustand),

sowie das, was sie inhaltlich unter Wohlbefinden verstehen. Über das Konstrukt Wohlbefinden wird das Phänomen Gesundheit begrifflich fassbar.

5.3.2.1 Zufriedenheit als Bestimmungsfaktoren von Wohlbefinden

Die Datenanalyse weist darauf hin, dass Zufriedenheit der kognitive Anteil von Wohlbefinden ist. Dabei werden Vergleiche angestellt und abgewogen, wie z. B. 'bin ich mit der eigenen Situation' oder 'mit dem eigenen Leben zufrieden'. Zufriedenheit ist ein Aspekt, der dazu führt, dass Menschen sich gesund fühlen. Zufriedenheit dient aber auch der begrifflichen Beschreibbarkeit von Wohlbefinden. 'Zufrieden sein' deutet auf eine Bedingung (wenn – dann) von Wohlbefinden und ist gleichzeitig als ein bestimmender Faktor von Gesundheit, zu sehen. Sowohl sprachlich verallgemeinert dargestellte Vorstellungen als auch die Verbindung mit einem Rollenverständnis weisen auf gesellschaftliche Normen im Alltag.

Im folgenden Interviewausschnitt verweist die sprachliche Darstellung 'man' auf eine verallgemeinerte Vorstellung. Die Befragte macht zunächst mit einer gewissen Unsicherheit deutlich („*ich glaub*“), dass sie davon ausgeht, dass Zufriedenheit sowohl eine Bedingung (wenn-dann) von Gesundheit ist, als auch ein Zustand („*zufrieden ist*“). Zum Ende der Passage unterstreicht sie im Ich-Bezug ihre persönliche Vorstellung und fasst ihre Aussage mit Wohlbefinden zusammen.

»Ja wenn man einfach zufrieden ist glaub ich dann fühlt man sich schon von alleine gesund [...] Wohlbefinden, würd ich sagen«(KH71003082Stt).

Die Distanz zum Stimulus wird im folgenden Interviewausschnitt genutzt, um 'Zeit zu gewinnen' und zu reflektieren. Wohlbefinden wird hier, in den Vorstellungen der Gesprächspartnerin im personalen Ich-Bezug als Oberbegriff genutzt und inhaltlich mit der Zufriedenheit bezüglich verschiedener Bereiche (Umgebung, Kinder) differenziert und bewertet. Zufriedenheit bezieht sich hier auch auf einen gesellschaftlichen Aspekt „*bin ich zufrieden mit dem was um mich herum passiert*“. Gleichzeitig stellt sie einen Zusammenhang zwischen Körper und Seele her.

»Wann fühle ich mich gesund, gute Frage, also da gehört für mich einiges dazu [...] auch das ganze Wohlbefinden drum herum bin ich zufrieden mit dem was um mich herum passiert sind meine Kinder glücklich dann ehm gehört für mich auch dazu ein bisschen Harmonie zu schaffen das fällt für mich alle mit da rein um mich richtig wohlzufühlen also Gesundheit heißt für mich nicht nur körperlich sondern auch die ganze Seele weil es damit zusammen hängt« (KB41802073CH).

Zufriedenheit im Alltag wird zudem mit dem Erfüllen der Rolle als Hausfrau und Mutter assoziiert. Eine gelungene Rollenerfüllung führt zu einem positiven Selbstwertgefühl und einem Zustand des Wohlbefindens. Positive Stimmungen können dabei unterstützend wirken, und zwar zum einen damit die Aufgaben zur Rollenerfüllung 'leichter von der Hand' gehen und zum anderen, um Wohlbefinden als inhaltlichen Aspekt von Gesundheit wahrzunehmen. Die Zufriedenheit mit

der eigenen Rolle weist auf Leichtigkeit und Handlungsfähigkeit hin, die zu Wohlbefinden führen kann. Die Annahme sowie die individuelle und die subjektbezogene Verinnerlichung der sozialen Rolle, kann eine Voraussetzung für die Wahrnehmung und Herstellung von Zufriedenheit sein.

»Ah wann ich mich gesund fühle wenn alles in Ordnung läuft wenn ich alles machen kann was ich also in meinen Gedanken habe wenn ich z. B. meine Kinder in den Kindergarten bringe und alles und Essen kochen und wenn wir alle zusammen essen und ähm wenn gutes Wetter ist natürlich und im Sommer fühle ich mich auch gut und gesund wenn ich allein bin und was lese oder so dann bin ich auch fit und gesund, denke ich mal ich fühl mich dann gut wenn ich mit den Kindern unterwegs bin oder zu Hause was mache, das ist dann schön« (KB062002092CH)

Zunächst macht die Befragte im folgenden Ausschnitt, deutlich, dass für sie Gesundheit durch eine positive Einstellung zum Leben („*optimistisch*“) wahrnehmbar wird. Gleichzeitig ist damit auch eine identitätsstiftende Einstellung gemeint. Optimismus wird mit Zufriedenheit assoziiert und stellt eine Bedingung von Gesundheit dar. Interessant ist, dass Gesundheit ein großes Lebensziel ist, und zwar im Hier und Jetzt. Danach ist Gesundheit ein integraler Teil des täglichen Lebens und nicht etwas, was irgendwann gelebt wird oder für das vorausschauend („*die Zukunft*“) etwas unternommen wird.

»[...] ich optimistisch bin dann fühle ich mich gesund parallel dazu kann ich nur (...) Zufriedenheit Glück Zufriedenheit und ein großes Lebensziel aber nicht für die Zukunft sondern für die Präsenz, ständige Präsenz« (KB51902081CH)

Der folgende Ausschnitt verweist darauf, dass die Befragte davon ausgeht, dass Gesundheit und Glück wichtig für ihre Kinder ist. Gleichzeitig macht sie deutlich, dass Zufriedenheit dazu gehört, welches auf eine gewisse Wertschätzung dessen weist, was man hat – Gesundheit und Glück.

»ich glaube, dass das sehr wichtig für sie (die Kinder) ist Gesundheit und Glück dann auch wieder zufrieden sein« (FRK10310073)

5.3.2.2 Seelisch-geistiges Wohlbefinden – Emotionen als Bestimmungsfaktor

Subjektives Wohlbefinden wird neben dem Bestimmungsfaktor Zufriedenheit durch Emotionen bestimmt. Die Auswertung der Interviewdaten weist darauf hin, dass es eine körperliche und seelisch-geistige Ebene gibt. Letztere beinhaltet sowohl psychisch/seelische Aspekte als auch eine identitätsstiftende religiös/philosophische Auffassung. Mit geistiger Ebene ist eher eine spirituell, nicht an den Körper gebundene Ebene gemeint. Seelisch-geistiges Wohlbefinden bezieht sich auf das 'Innenleben', sich 'innerlich gut fühlen' und beinhaltet, wie die Interviewten sich und ihre Umwelt wahrnehmen und wie sie auf ihre Erlebnisse reagieren und sie verarbeiten. Ausgeglichenheit ist dabei ein kognitiver Bestimmungsfaktor. Die Analyse der Interviewdaten legt nahe, dass für die in dieser

Studie Befragten seelisch-geistiges Wohlbefinden eine hohe Bedeutung hat. Dies wird durch den hohen Grad an Differenzierung deutlich, mit der seelisch-geistiges Wohlbefinden konstruiert wird. Zudem ist es für alle Befragten ein inhaltlicher Aspekt von Gesundheit. Seelisch-geistiges Wohlbefinden ist ein Zustand, der durch positive Emotionen, intensive positive Gefühle und situationsspezifische positive Stimmungen, bestimmt und wahrgenommen wird. Die emotionalen Bestimmungsfaktoren 'glücklich sein' und 'Fröhlichkeit' weisen auf einen Zustand des subjektiven Wohlbefindens, der einen direkten Einfluss auf Gesundheit hat.

Die Bedeutung von seelisch-geistigem Wohlbefinden wird in den folgenden Interviewausschnitten deutlich. Dabei wird auf körperliche Einschränkungen oder Beschwerden Bezug genommen. Die Befragten konzipieren seelisch-geistiges Wohlbefinden als eine gesundheitliche Ressource, die eine Teilhabe am Leben auch bei körperlichen Einschränkungen ermöglicht oder erleichtert. Die sprachliche Darstellung wechselt vom Ich-Bezug zu „man“ und verleiht dem Gesagten eine gewisse Allgemeingültigkeit.

»Ein Körper ist relativ das habe ich vielleicht noch nicht gesagt Körper ist eins aber das geistige seelische ist sicherlich mir kann ein Arm wegfallen oder ich kann körperlich verletzt werden aber das andere ist wahrscheinlich noch die wesentlichere Basis so für all das was man machen kann, es gehört dazu, sollte man vielleicht nicht überbewerten das körperliche das finde ich noch wichtig. [...] ja, ich finde diese psychische is enorm wichtig also ich find das wenn das nicht stimmt in welchen Ebenen auch immer dann hakt es auch überall dann ähm, dann fängt man auch an sich mit körperlichem zu beschäftigen und so, das is so« (FRK10310073)

Die folgende Interviewpassage weist zunächst auf eine Bedingung ('wenn-dann'). Anschließend wird die sprachliche Allgemeingültigkeit der Aussage („man“) im personalen Ich-Bezug unterstrichen („finde ich“).

»Ja wenn man sich wohl fühlt wenn alles gut läuft auch jetzt körperlich auch innerlich finde ich, auch das man sich innerlich gut fühlt« (KB1701083CH).

Obwohl die Befragte, mit dem Abtönungspartikel 'vielleicht' ihre Aussagen zunächst abschwächt, ist seelisch-geistiges Wohlbefinden ein zentraler Aspekt von Gesundheit. Körperliche Beschwerden sind aufgrund eines starken seelisch-geistigen Wohlbefindens nicht so präsent, dass sie den Alltag einschränken.

»Das ist son Wohlbefinden vielleicht auch ein mentales Wohlbefinden denn ähm je stärker das mentale Wohlbefinden desto weniger is es jetzt wichtig ob mir jetzt irgendetwas wehtut am Rücken oder sonst was, also würd ich sagen wenn das stimmt dann föhl ich mich gesund« (KN141903082Stt)

Glücklich sein

Positive Stimmungen ermöglichen es, optimistisch zu sein, dies weist auf ein in die Zukunft gerichtetes positives Denken. 'Glücklich sein' ist ein emotionaler Bestimmungsfaktor von subjektivem Wohlbefinden, der auf einen wahrgenommenen positiven seelisch-geistigen Zustand deutet und der kognitiv bewertet wird.

Die wahrgenommenen positiven Emotionen haben einen Einfluss auf das individuelle Wohlbefinden und damit direkt auf Gesundheit. 'Glücklich sein' ist wiederum auch eine Bedingung von Gesundheit (wenn – dann), die auf eine individuelle Wertschätzung des eigenen Lebens deutet. Im Gegensatz zu 'Glück haben' weist 'glücklich sein' auf eine aktive und positive Bedeutung.

Zum einen wird Gesundheit über 'glücklich sein' konstruiert und zum anderen ist es eine Bedingung von Gesundheit.

»Wenn ich glücklich bin dann bin ich auch gesund« (KK121803081).

Im folgenden Interviewausschnitt erfolgt die sprachliche Darstellung zunächst im personalen Ich-Bezug, um dann in der sprachlichen Darstellung mit „man“ der Aussage Allgemeingültigkeit zu verleihen und anschließend das Gesagte im Ich-Bezug („finde ich“) zu unterstreichen. 'Glücklich sein' wird nicht als ein besonderer Höhepunkt im Sinne von 'Zufallsglück' beschrieben, wie z. B. ein 'Sechser im Lotto' (Glück haben) sondern als ein Gefühl, dass mit einer für die Befragte 'normalen' Alltagsstruktur verbunden ist, die glücklich macht.

»das Psychische ja das wenn ich guter Dinge bin das ist ja SCHON ein sehr luxuriöses Gefühl also wenn man glücklich ist also wenn man glücklich also glücklich im Sinne von ähm kein Hochgefühl in dem Sinne also wenn der Alltag unproblematisch für mich läuft so das finde ich schon sehr (..) also Glück und Gesundheit hängen da schon recht dicht zusammen finde ich da, ja.« (FRK10310073)

Positive Stimmungen werden durch situationsspezifische Fröhlichkeit und gute Laune im Alltag bestimmt. Die sprachliche Darstellung weist darauf hin, dass Fröhlichkeit ein Zustand ist, der sich im Wohlbefinden zeigt. Gesundheit wird durch gute Laune, Lachen und Fröhlichkeit im Alltag beeinflusst, gleichzeitig sind es Bedingungen (wenn-dann) von Wohlbefinden. Die befragten Eltern sind daher darum bemüht eine fröhliche Atmosphäre herzustellen, da sich dann die Kinder gesund fühlen. Sprachlich wird mit 'man' den Darstellungen ebenso Allgemeingültigkeit verliehen wie im Ich-Bezug die persönliche Einstellung verdeutlicht.

»Ja Gesundheit wird meistens von Laune beeinflusst wenn man gut drauf ist fühlt man sich auch gut« (KC160205083LG)

»Ähm ich glaub schon das die Kinder sich auch gesünder fühlen wenn bei uns ne ähm ne fröhliche Atmosphäre ist sie einfach vieles vergessen wenn man viel lacht« (GD12808072)

Der Interviewte im folgenden Interviewausschnitt stellt sich als lebenslustigen, fröhlichen Menschen dar („kein Trauerkloß“). Dabei greift er auf ein kollektives, generalisiertes Wissen (Sprichwort) zurück („lachen ist einfach gesund“). Dies legt nahe, dass Fröhlichkeit und Lebenslust identitätsstiftende Einstellungen zum Leben sind, die sich positiv auf Gesundheit auswirken.

»Ich bin halt kein Trauerkloß so also insofern denke ich schon dass es so ist also Lachen ist einfach gesund« (KNE31402083E)

Der folgende Interviewausschnitt weist auf eine Bedingung von Gesundheit „*wenn ich froher Laune bin - dann fühle ich mich gesund*“. Wahrgenommene positive Stimmungen und gute Laune können dabei in Wechselwirkung zu einem reibungslos ablaufenden Alltag stehen.

»[...] ist im Prinzip abhängig davon wie ich mich seelisch fühle wenn ich froher Laune bin entsprechend gut gelaunt aufwache [...] und ja auch gut gelaunt an die alltäglichen Kleinigkeiten ran gehe« (KB51902081CH)

Seelisch-geistiges Wohlbefinden beinhaltet den Aspekt Freundschaft. In Bezug auf die eigenen Kinder heißt das, sich sowohl mit anderen Kindern auseinanderzusetzen als auch Freunde zu haben und sich mit denen zu treffen, da dies dazu führt glücklich zu sein. Zunächst wird eine Distanz zum Stimulus deutlich, da die Interviewte infrage stellt, ob 'fröhlich sein' gesundheitsförderlich wirkt. Im Verlauf ihrer Erzählung kommt sie zu dem Schluss, dass 'glücklich sein' Gesundheit positiv beeinflusst.

»wenn ich eigentlich wenn ich fröhlich bin also wenn, wenn alles gut läuft ich denke schon, ob das mit zur Gesundheit gehört kann ich jetzt nicht so sagen aber das sie sich mit anderen Kindern auseinandersetzen sie haben Freunde denen geht es gut, sie treffen sich mit Freunden, sie freuen sich wenn sie eingeladen werden oder jemand hier her kommt und sind dadurch einfach glücklich und ich glaub schon das das die Gesundheit positiv beeinflusst, man merkt es an dem kleinen, weil er nämlich immer traurig ist wenn die Große Besuch kriegt das ist immer ein bisschen schwierig da geht es ihm nicht soo gut«(GD12808072)

Ausgeglichenheit

Ein kognitiver Bestimmungsfaktor seelisch-geistigen Wohlbefindens ist Ausgeglichenheit. Zufriedenheit und Ausgeglichenheit werden von den Befragten getrennt wahrgenommen und mit dem Begriff Wohlbefinden zusammengefasst. Ausgeglichenheit ist ein Bestimmungsfaktor von Wohlbefinden, der wahrgenommen wird, wenn jemand mit sich im Einklang ist – Ausgeglichenheit der Seele. Auf den 'inneren Halt' wirkt Ausgeglichenheit, als ein Aspekt von seelischer Stabilität, mit positiven Auswirkungen auf Gesundheit. Die Fähigkeit, innere Ausgeglichenheit herstellen zu können ist als eine gesundheitliche Ressource zu sehen. Seelisch-geistiges Wohlbefinden ist ein wahrgenommener Zustand von Ruhe und Kraft, an dem Gesundheit gemessen wird.

Interessant ist im folgenden Interviewausschnitt, dass die Befragte seelische Ausgeglichenheit mit Wohlbefinden in einen Zusammenhang bringt und dies dann zur Anschaffung eines Internetanschlusses abgrenzt. Die Anschaffung des Internetzugangs steht hier im Zusammenhang mit Teilhabe, die andere durch einen lange vorhandenen Internetzugang bereits haben.

»Wohlbefinden! Also nicht das ich vorhin jetzt Internet bestellt habe aber wenn die Seele ausgeglichen ist« (BIS1610071Sch)

Die Interviewpartnerin im folgenden Interviewausschnitt konzipiert Gesundheit über körperliche Fitness, Zufriedenheit und Ausgeglichenheit. Außerdem ist dies eine Bedingung des subjektiven Wohlbefindens selbst und hat einen Einfluss auf Gesundheit im Allgemeinen sowie auf den Körper im Speziellen.

»Wenn ich ausgeglichen bin eine gewisse Zufriedenheit auch habe und wenn ich auch körperlich ganz fit bin also es sind mehrere Faktoren einmal die körperliche zu (unterbricht sich) Gesundheit und auch so die Zufriedenheit und Ausgeglichenheit« (KKL2610071BTU)

Während die Gesprächspartnerin im oberen Ausschnitt die Bedeutung von seelisch-geistigem Wohlbefinden positiv darstellt, zeigt die Interviewpartnerin im Ich-Bezug des unteren Ausschnitts in negativer Abgrenzung auf, dass aus ihrer Sicht Krankheiten entstehen, wenn sie „innerlich sehr durchgerüttelt“ ist, der „inneren Halt“ nicht gegeben ist, sie sich nicht ausgeglichen fühlt.

»das hört sich vielleicht ein bisschen äh weiß ich nicht is vielleicht nicht sehr konkret aber ich kenn es von mir ich empfinde es wirklich wo ich Phasen habe wo ich innerlich sehr durchgerüttelt bin durch irgendwas, was auch immer aber wo ich nicht meine Fassung, meinen eigenen inneren Halt dann denke ich fühle ich das richtig jetzt sind die Pforten auf für ALLES also da könnte alles draus wachsen in mir oder wer weiß was [...]« (FRK10310073)

5.3.2.3 Körperliches Wohlbefinden

Im Gegensatz zu körperlicher Funktionsfähigkeit wird mit körperlichem Wohlbefinden eine individuelle und subjektive Seite des eigenen Körpers angesprochen, die sowohl positiv als auch negativ wahrgenommen wird. Wohlbefinden auf körperlicher Ebene wird als ein positiv bestimmter subjektiver körperlicher Zustand konstruiert. Differenziert wird dieser Zustand im Sinne von 'sich in seiner Haut wohlfühlen' und 'ausgeruht sein'. Der positiv bestimmte körperliche Zustand ist als ein Bestimmungsfaktor von körperlichem Wohlbefinden zu sehen. Meist wird der positiv bestimmte körperliche Zustand im Zusammenhang mit seelisch-geistigem Wohlbefinden genannt.

Der Schwerpunkt liegt in der folgenden Passage auf 'sich in seinem Körper wohlfühlen' und nicht auf dem objektiv messbaren Gewicht. Mit personalem Ich-Bezug beschreibt die erzählende Person, im folgenden Interviewausschnitt, ein körperliches Wohlfühlen, das notwendig ist, um sich gesund zu fühlen. Die Befragte konzipiert körperliches Wohlbefinden über Körperform, Beweglichkeit und körperlicher Entspannung.

»Also wenn ich ausgeruht bin [...] also ich persönlich fühle mich auch gesund wenn ich ganz normal in meine Hosen rein passe ohne das die kneifen ohne Ende (lacht) ja wenn man nicht rein passt in die Hosen dann fühlt man sich nicht gesund dann ist alles zu schwerfällig also wenn ich mich normal bewegen kann« (KO150205082U)

Ein äußeres Erscheinungsbild kann durch subjektiv empfundene Reaktionen des Umfelds körperlichem Wohlbefinden entgegenstehen. Sportliche Aktivitäten wie

z. B. Schwimmen, welches körperliches Wohlbefinden fördern könnte, werden daher nicht wahrgenommen. Die Aussage verweist auf gesellschaftliche Normen (Körperform, -bild), die mit Aus- und Abgrenzung verbunden sind und dem körperlichen Wohlbefinden entgegenstehen.

»Äh ich gehe nicht mehr so oft schwimmen wie früher, meine Figur ich muss erst mal etwas abnehmen, das ist unangenehm wenn die Leute dann so gaffen, nee dann fühl ich mich nicht wohl, ich muss mich ja auch wohl fühlen das bringt sonst nichts ja, ich denke schon weil wenn man sich nicht wohl fühlt, dann hat man ja auch keine Lust was zu machen« (KO160505081UG)

5.3.2.4 Materielles Wohlbefinden – ökonomische Lage

Die Datenanalyse legt nahe, dass es neben der seelisch/geistigen und körperlichen Ebene eine materielle Ebene von Wohlbefinden gibt. Monetäre Mittel vermitteln dabei ein Gefühl von Sicherheit und dienen gleichzeitig einer Bedürfnisbefriedigung auf materieller Ebene. Zudem stehen monetäre Mittel und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in einer Wechselwirkung zueinander. Materielles Wohlbefinden wird als Konsumbefriedigung und Teilhabe konzipiert und in einem Prozess mithilfe kognitiver (Zufriedenheit) und emotionaler (Glück, Freude) Bestimmungsfaktoren bewertet. Die individuelle ökonomische Lage hat einen Einfluss auf das materielle Wohlbefinden, welches sich sowohl über das objektiv zur Verfügung stehende Einkommen als auch über den Konsum von Verbrauchsgütern abbildet. Diese Kategorie weist zudem auf ein Gefühl die Mutter- oder Vaterrolle nicht ausreichend erfüllen zu können. Dabei bestimmen persönliche Einstellungen des Einzelnen (subjektive Deutung) zu Einkommen und Konsum sowie finanzielle Sorgen das materielle Wohlbefinden in erheblichem Maße mit. Gleichzeitig wird ein Empfinden von sozialer Gerechtigkeit erkennbar.

Im personalen Ich-Bezug unterstreicht die erzählende Person sprachlich verallgemeinert, dass mit monetären Mitteln geringere Sorgen verbunden sind. Monetäre Mittel wirken sich auf das persönliche Wohlbefinden aus. Gesundheitliche Beeinträchtigungen werden durch geringe finanzielle Mittel über die Sorgen vermittelt, die durch das Fehlen finanzieller Mittel hervorgerufen werden.

»Geld finde ich spielt auch eine große Rolle für mich jetzt. Ja (.) dann muss man sich nicht so viele Sorgen machen dann geht es schon ein bisschen einfacher finde ich, hab ich auch selbst schon erfahren deshalb denke ich, dass es dazu gehört« (KO160505081U1)

Der Befragte beschreibt im personalen Ich-Bezug im folgenden Interviewausschnitt, dass ein Arbeitsplatz und das damit verbundene Einkommen notwendig ist, um Wünsche der Kinder zu erfüllen. Dabei unterstreicht er in verallgemeinerter Darstellung ('man'), dass viele Dinge, die mit den Kindern gemacht werden können, auch bezahlt werden müssen. Dies weist auf gesellschaftliche Funktionsprinzipien, die mit dem Gefühl verbunden sind, ausgeschlossen zu sein. Die

Teilnahme an Angeboten, die andere nutzen, können aufgrund mangelnder finanzieller Mittel nicht genutzt werden. Die sprachliche Darstellung weist auf die Bedingung („wenn“), die notwendig ist, um mit monetären Mitteln Wünsche der Kinder zu erfüllen. Monetäre Mittel dienen u. a. der Bedürfnisbefriedigung und somit dem materiellen Wohlbefinden. Interpretieren lässt sich dies als Wunsch nach Teilhabe durch Konsumbefriedigung. Äußere Umstände (Arbeitslosigkeit) beschränken Handlungsmöglichkeiten. Gesundheitliche Beeinträchtigungen werden über fehlende Möglichkeiten vermittelt wie, den Kindern etwas bieten zu können und dem Gefühl, die Erwartungen an die Vaterrolle nicht erfüllen zu können. Dies wird als eine kulturelle Praxis interpretiert, die mit sozialer Abgrenzung (nicht vorhandene Teilhabe) verbunden ist, und sich negativ auf das materielle Wohlbefinden auswirkt. Gleichzeitig erlebt sich der Vater nicht handlungsaktiv.

»[...] also wenn ich jetzt einen Job hätte dass man die Sachen die die Kinder möchten dass man auch das Geld hat das zu machen das würd auch helfen die meisten Sachen die man machen kann muss man auch bezahlen« (KB180207083CH)

Im personalen Ich-Bezug zeigt die Befragte im folgenden Ausschnitt auf, dass eine Förderung von Kindern wichtig ist. Dieses Fördern steht für die Befragte in einem Zusammenhang mit der Teilhabe an Freizeitattraktionen für Kinder. Sie hebt hervor, dass viele Attraktionen der Freizeitgestaltung für Kinder, an denen sie gerne teilnehmen würde, teuer sind. Die Befragte hebt hervor, dass Familien mit geringen monetären Ressourcen daran nicht teilhaben können. Für die Befragte steht eine Förderung der Kinder in einem Zusammenhang damit, den Kindern das bieten zu können, was für andere Kinder normal ist. Die sprachliche Darstellung weist darauf hin, dass es Familien gibt, die sich aufgrund mangelnder finanzieller Mittel ausgegrenzt fühlen. Interpretieren lässt sich dies als Wunsch nach Teilhabe durch Konsumermöglichkeit.

»Was ich ganz wichtig finde (.) was für mich wichtig ist das man die Kinder auch fördert und hier gibt es viel zu wenig das ist für mich ganz wichtig eigentlich ich finde z. B. die sollten nicht nur einmal im Jahr einen Kindertag machen also es gibt sowieso schon so wenig und es gibt auch jetzt so sag ich mal auch viele Leute die sich das finanziell nicht immer leisten können aber es ist alles wirklich teuer geworden also Zoo jetzt sind es 13€ und Phantasialand kostet 31€ pro Person und das kann man nicht immer machen und auch Kirmes wann ist denn schon Kirmes also alle habe Jahr vielleicht mal und auch Zirkus, viel zu wenig Zillibi ist in einem anderen Stadtteil und das ist so eine riesige Halle, diese Luftburgen zum Springen Klettergerüst und Gokart Bahn und alles für die Kinder halt aber das sind ja das kostet auch 9€ das geht ja noch aber man macht das ja auch nicht jedes Wochenende« (KB1701083CH)

Im folgenden Interviewausschnitt wird deutlich, dass ein Skiurlaub etwas Besonderes ist und dass in der Familie ('Wir-Bezug') dies nicht selbstverständlich ist, sondern aktiv darauf hingearbeitet wird. Dennoch weist die Aussage darauf hin, dass ausreichend monetäre Mittel zur Verfügung stehen, um sich und den Kindern diesen Wunsch zu erfüllen.

»Samstag geht es in den Skiurlaub und das ist das Highlight des Jahres Ski fahren ist (.) äh aber sonst eigentlich also nein das ist akut gerade weil wir natürlich darauf hinarbeiten« (KV131803082Stt)

Die sprachliche Darstellung im folgenden Interviewausschnitt weist darauf hin, dass der eigene ökonomische Status, im Vergleich zu finanziell schlechter gestellten Personen, gesehen wird und mit dem eigenen Konsum bewertet wird. Gleichzeitig findet, wenn auch unbewusst, eine Abgrenzung gegenüber Menschen statt, die Arbeitslosengeld II erhalten. Die sprachliche Darstellung „so Leute mit HARTZ IV“ verweist auf eine gesellschaftlich legitimierte Bezeichnung einer bestimmten Gruppe von Menschen, da dieser Begriff von Experten genutzt wird. Damit sind Menschen gemeint, die staatliche Sozialleistungen in Anspruch nehmen. Die Begründung mit „weil“ verweist auf eine subjektive Theorie. Menschen, die Arbeitslosengeld II beziehen, haben so wenig Geld, dass sie am gesellschaftlichen Leben, welches hier über Konsum (Kinobesuche, Essen gehen) konzipiert wird, nicht teilhaben können und daher krank werden können. Die Aussage verweist auf ein Empfinden von sozialer Gerechtigkeit, die so nicht gegeben ist, da diese Gruppe am sozialen Leben nicht teilhaben kann. Das Empfinden von mangelnder sozialer Gerechtigkeit („da wird man vom Zuhören schon krank, ich finde das eine Katastrophe“) hat einen negativen Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden, obwohl die eigene finanzielle Situation gut ist.

»So Leute mit HARTZ IV die können am gesellschaftlichen Leben nicht mehr teilnehmen, weil sie nicht mehr ins Kino gehen können nicht mehr Essen gehen können da wird man ja schon krank vom Zuhören oder ich finde das eine Katastrophe« (FRK10310073)

Wie hier ersichtlich wird, können materielles Wohlbefinden und soziales Wohlbefinden sehr nah beieinander liegen und sich gegenseitig bedingen.

5.3.2.5 Soziales Wohlbefinden

Die Analyse der Interviewdaten legt nahe, dass es eine Subkategorie 'soziales Wohlbefinden' gibt. Diese beinhaltet die positive Einschätzung von sozialen Beziehungen zu anderen Menschen und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Sowohl die Beziehungen in der Familie als auch vorhandene soziale Kontakte zu Freunden tragen zum Wohlbefinden bei. Positive soziale Beziehungen prägen das notwendige menschliche Miteinander und fördern die persönliche Weiterentwicklung von Eltern und Kindern. Dazu gehört auch die Freude darüber, Zeit mit anderen Personen zu verbringen. Gleichzeitig weist diese Subkategorie auf eine Verbundenheit mit anderen Gesellschaftsmitgliedern.

Es gibt Befragte, die deutlich machen, dass sie durch ihre Eltern gelernt haben soziale Kontakte aufzubauen. Diese Erfahrungen geben sie an ihre Kinder weiter. Kulturelle Werte wie menschliches Miteinander, Zusammenhalt oder einer

religiösen Gemeinschaft anzugehören, sind dabei wichtige Aspekte. Die Kinder sollen vielfältige Erfahrungen wie Zusammenhalt, soziales Miteinander, Freundschaft sowie Verbundenheit mit anderen Menschen und Gruppezugehörigkeit erleben und erfahren.

»[...] für mich jetzt schon WEIL ich hab einen großen Freundeskreis also meine Eltern haben mich nach gewissen sagen wir mal christlichen Werten erzogen und dort hab ich einen großen Teil meiner Freunde gefunden natürlich trägt das zu meinem Wohlergehen bei hätte mir aber wahrscheinlich im Sportverein (..) ja gut wären andere Werte gewesen ähm auch dazu beitragen können denke ich schon klar« (KV131803082Stt)

»[...] es braucht einfach andere Menschen um zu leben und das weiß ich auch also von mir und das wird bestimmt bei ihr (Kind) auch so sein, is auch schon so« (KN81103082Stt)

»das ist ja auch für uns also für Erwachsene diese sozialen Kontakte unheimlich wichtig ähm um auch mal nicht so nur auf die eigenen Kinder zu achten sondern mal so grundsätzlich auch um sich abzulenken« (KN141903082Stt)

»Also der Zusammenhalt in der Gruppe schon aber auch unter den Kindern ähm lernen miteinander umzugehen lernen mit anderen Kindern umzugehen sei es schwarze Kinder oder einfach ausländische Kinder oder ähm was ich gerne für ihn gehabt hätte wäre ein Integrationskindergarten lernen, dass nicht jeder gesund ist das aber trotzdem der Mensch dadurch nichts schlechteres ist also dass finde ich ganz wichtig« (KH1003082Stt)

Die Befragte im folgenden Interviewausschnitt konzipiert Gesundheit über menschliches Miteinander – mit anderen zusammen sein.

»Wenn man alleine ist dann ist man nicht so gesund als wenn man mit anderen zusammen ist denke schon« (KB41802073CH)

Die Gesprächspartnerin macht zunächst deutlich, dass für sie, zu einer gesunden kindlichen Entwicklung das soziale Miteinander gehört. Der Kontakt und die Auseinandersetzung der eigenen Kinder mit anderen Kindern sowie eigene Grenzen aufzeigen zu können sind Kompetenzen, die erlernt werden müssen.

»[...] zu Gesundheit zählt für mich auch das Soziale [...] ist für mich das man besser mit anderen Kindern zurechtkommt finde ich die lernen zu teilen oder auch mal Nein zu sagen viele Sachen« (KB1701083CH)

Für viele Interviewteilnehmer*innen beruht der Wert sozialen Wohlbefindens auf eigenen Erfahrungen. Die Befragte im folgenden Ausschnitt scheint eher geringe persönliche Erfahrungen zu haben. Sie vermutet das ein soziales Miteinander wichtig ist „damit es einem gut geht“. Die sprachliche Darstellung „vielleicht“ weist auf eine Unsicherheit bezüglich des Gesagten. Mit „man“ verleiht sie ihrer Aussage Allgemeingültigkeit. Die Befragte konzipiert Wohlbefinden über den Austausch von Erfahrungen und Gespräche mit anderen Menschen.

»Ähm fürs Wohlbefinden damit es einem gut geht damit man jemanden hat wo man vielleicht seine Erfahrungen austauschen kann äh damit man vielleicht nicht immer alleine da steht ja dann vielleicht mal über Probleme reden was man mit dem Partner nicht immer kann vielleicht« (KO160505081UC)

5.3.3 Zusammenfassung: Wohlbefinden und Gesundheit

Die Analyse der Interviewdaten verdeutlicht, dass Gesundheit über Wohlbefinden auf verschiedenen Ebenen konstruiert und wahrgenommen wird. Wohlbefinden ist ein positiver sozialer, körperlicher, seelisch-geistiger und materieller Zustand, an dem Gesundheit gemessen wird. Dieser Zustand muss kontinuierlich neu hergestellt werden. Zudem ist Wohlbefinden eine Bedingung, um gesund zu sein. Für ein Verständnis von Gesundheit ist Wohlbefinden als eine zentrale inhaltliche Kategorie, mit kognitiven (Zufriedenheit) und emotionalen Anteilen (positive Stimmungen) zu sehen. Zufriedenheit ist ein kognitiver Vergleichs- und Bewertungsprozess. Ein Ist - Soll - Vergleich (bin ich zufrieden mit ...) oder dem Abwägen von positiven oder negativen Ereignissen. Die Datenanalyse legt nahe, dass Wohlbefinden häufig als Oberbegriff für Gesundheit genutzt wird und ein subjektiv bedeutsames Konstrukt ist. Dieses wird durch Zufriedenheit, Ausgeglichenheit sowie positive Emotionen in einem inneren Aushandlungsprozess individuell bestimmt und macht die Prozessebene deutlich. Um einen Zustand von Zufriedenheit zu erreichen, können sich die vier Ebenen subjektiven Wohlbefindens (seelisch-geistiges, körperliches, materielles und soziales Wohlbefinden) gegenseitig beeinflussen und ergänzen. Die schematische Darstellung in der Bedingungs-matrix (Abb. 13) dient dazu, die Wechselwirkungen zu verdeutlichen.

Abb. 13: Gesundheit als subjektives Wohlbefinden



(Quelle: Eigene Darstellung)

Zufriedenheit/Ausgeglichenheit und positive Emotionen sind Bestimmungsfaktoren (Determinanten) von Wohlbefinden, denen aufgrund des individuellen aktiven Vergleichs- und Bewertungsprozesses ein zeitlicher Aspekt immanent ist. Des Weiteren ist Wohlbefinden ein Konstrukt, welches sowohl von objektiven als auch von subjektiven Aspekten geprägt ist. Die individuellen Einstellungen zum eigenen Körper und die subjektiven Einstellungen eines Individuums zum eigenen Leben, zur Umwelt oder zum Lebensstandard bestimmen das persönliche Wohlbefinden und die Bedeutung von Gesundheit in beachtlichem Maße mit. Ebenso wie die Gesellschaft und die Umwelt die Bedeutung von Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden mitbestimmen.

Bezogen auf das materielle Wohlbefinden sind subjektive Einstellungen zum Einkommen, Konsum oder materielle Sorgen, die die Zufriedenheit mit der Höhe des Einkommens, dem Konsum usw. mitbestimmen können. Weiterhin macht die Analyse deutlich, dass die Auseinandersetzung mit der sozialen Umwelt in Bezug auf Zufriedenheit, glücklich sein, Geborgenheit und Verbundenheit wichtige für das persönliche Wohlbefinden – Gesundheit ist. Die Datenanalyse legt nahe, dass Wohlbefinden zum einen als Zustand wahrgenommen wird und zum anderen eine Bedingung ist, damit Eltern und Kinder sich gesund fühlen.

Die Datenauswertung legt nahe, dass Wohlbefinden eine hohe Bedeutung für die Interviewten, in Bezug auf die Wahrnehmung von Gesundheit hat. Daher entschied sich die Verfasserin, bei der Untersuchung zu Gesundheitsvorstellungen von Eltern, für das axiale Codieren rund um das Konzept Wohlbefinden. Das Datenmaterial wurde dazu auf Aspekte rund um das Konzept Wohlbefinden analysiert. Der Fokus wurde auf Interaktionen, Strategien, Bedingungen und Auswirkungen um das Konzept Wohlbefinden gelegt, um für diese Studie relevante Zusammenhänge zu entdecken. Dabei wurden aus dem Datenmaterial Theorien zur Herstellung von Wohlbefinden herausgearbeitet.

5.4 Mehrdimensionale elterliche Theorien zur Herstellung von Wohlbefinden – Gesundheit

Bisher wurde nur ansatzweise deutlich, wie Wohlbefinden aktiv hergestellt werden kann. Daher wurde die Forschungsfrage weiter angepasst: Wie wird Wohlbefinden hergestellt?

Die Datenanalyse legt nahe, dass gesundheitsbezogene Erfahrungen, die eigene Lebenssituation und die Gestaltbarkeit der Lebenssituation dabei eine Rolle spielen. Die wahrgenommenen Einflüsse auf das persönliche Wohlbefinden, aus denen die Befragten Theorien zur Herstellung von Wohlbefinden entwickelt haben,

sind individuell. Dennoch gibt es in der Vielfalt der Daten fallübergreifende Muster. Aus dem Datenmaterial wurden dementsprechend folgende Kategorien und Subkategorien zur Herstellung von Wohlbefinden – Gesundheit herausgearbeitet:

- **Gestaltbare Freiräume im eigenen Leben**
 - Räumliche Weite – Freiheit erleben,
 - Lebensentwürfe – Selbstbestimmt leben.
- **Zwischenmenschliche Kommunikation und Konfliktfähigkeit**
- **Soziale und räumliche Zugehörigkeit – Beziehungsebene**
 - Familiäre Beziehungen,
 - Familiäre Rituale,
 - Freundschaftliche Beziehungen – das persönliche Netzwerk,
 - Gesellschaftliches Miteinander,
 - Beziehungen zum und im physischen Raum.
- **Ernährung und Bewegung**
 - Ernährung zwischen Genuss und Alltag,
 - Bewegung zwischen normativem Anspruch, Körpergefühl und Freude.
- **Materielles Wohlbefinden, Sicherheit und Kontrolle**
 - Materielle Sicherheit und monetäre Mittel,
 - Spirituelle Sicherheit – Dankbarkeit und Wertschätzung,
 - Fremdbestimmung von Gesundheit – Sicherheit und Kontrolle.

Diese Kategorien und Subkategorien sind nicht isoliert zu betrachten, sie greifen ineinander und überschneiden sich.

Für die Darstellung der Ergebnisse wurden besonders dichte Schlüsselpassagen aus den einzelnen Interviews herausgegriffen, in denen anschaulich wird, wie die Befragten Wohlbefinden herstellen. Zur leichteren Lesbarkeit wurden Interpretationen in der Regel vor die jeweiligen Interviewpassagen gestellt.

5.4.1 Gestaltbare Freiräume im eigenen Leben

Es gibt eine Theorie 'Freiheit – gestaltbare Freiräume im eigenen Leben' zur Herstellung von Wohlbefinden – Gesundheit, die zwei Subkategorien beinhaltet:

- **'Räumliche Weite – Freiheit erleben'** bezieht sich auf den physischen Raum im urbanen Kontext, da dieser eine Gestaltung und Struktur hat, die Freiheit und Freiräume ermöglichen oder verhindern kann. Dies schließt den damit verbundenen Bewegungsraum ein.
- **'Lebensentwürfe – Selbstbestimmt leben'** bezieht sich auf gestaltbare Freiräume und beinhaltet, den Arbeitsplatz, die Organisation des Haushalts sowie

das eigene Leben und den damit verbundenen Gestaltungsspielraum, um selbstbestimmt leben zu können.

5.4.1.1 Räumliche Weite – Freiheit erleben

Entsprechend dieser Theorie wirken sich Freiräume, die im physischen und urbanen Raum aktiv gestaltet oder geschaffen werden positiv auf das persönliche Wohlbefinden aus. Beispielsweise sind dies:

- die Freizeitgestaltung durch einen Aufenthalt im Freien,
- räumliche Weite,
- Wohnverhältnisse mit Rückzugsmöglichkeiten,
- ein eigener Garten,
- Urlaub in den Bergen oder am Meer.

Das Vorhandensein und die Nutzung dieser Freiräume ist eine Bedingung, um sich wohlfühlen und dient gleichzeitig der Herstellung von Wohlbefinden. In den folgenden Interviewpassagen wird ersichtlich, dass sich die Befragten als mehr oder weniger handlungsaktiv erleben. Die Einflussnahme besteht darin, sich Möglichkeiten zu schaffen und zu nutzen oder vorhandene Möglichkeiten zu nutzen. Die Befragten sind davon überzeugt ihr Wohlbefinden beeinflussen zu können und schreiben sich die Kompetenz zu, ihr Wohlbefinden und das ihrer Kinder positiv beeinflussen zu können. Die jeweiligen Gestaltungsmöglichkeiten sind jedoch unterschiedlich verteilt. Es gibt auch eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten, die außerhalb der eigenen Kontrolle liegen, da monetäre Mittel fehlen. In den Vorstellungen der Befragten hat die bewusste Wahrnehmung räumlicher Weite, der Natur und die Möglichkeit die Welt zu entdecken einen positiven Einfluss auf das elterliche und das kindliche Wohlbefinden.

Die sprachlichen Darstellungen in den folgenden Interviewpassagen von „*ich*“ zu „*man*“ weisen auf Vorstellungen, denen Allgemeingültigkeit verliehen wurde. Zudem weist die sprachliche Darstellung „*wenn*“ auf die Bedingungen hin, die Wohlbefinden positiv oder negativ beeinflussen. Die Möglichkeit raus zu gehen sowie räumliche Weite und Gestaltungsmöglichkeiten werden als förderliche Einflüsse zur Herstellung von Wohlbefinden wahrgenommen. Eingeengt und begrenzt sein wird als negativer Einfluss auf Gesundheit wahrgenommen und stellt einen Gegenpol zu Weite und Gestaltungsmöglichkeiten, mit förderlichen Einflüssen auf Gesundheit dar. Der Begriff „*entfalten*“ weist darauf hin, dass mit Raum auch ein Freiraum zur geistigen und emotionalen Weiterentwicklung gemeint ist und nicht nur der körperliche Bewegungsraum. Bei der folgenden Interviewpassage ist interessant, dass die Befragte mit ihrer Familie in einer relativ kurzen Straße mit Einfamilienhäusern, lebt. In unmittelbarer Nähe (um die Ecke) befinden sich jedoch

Straßenzüge mit Häuserschluchten. Die Gesprächspartnerin verweist auf eigene positive Kindheitserfahrungen. Der Wald war erreichbar und ausreichend Raum zur Entfaltung stand zur Verfügung. Dabei spielt sowohl das Vorhandensein (Wald, Berge) als auch die Nutzung des natürlichen Raumes („spazieren gehen, weg nach draußen“) eine Rolle.

»Ja wenn ich mich draußen aufhalten KANN, sag ich jetzt mal, also wenn ich irgendwo bin wo ich nicht die Möglichkeit habe vor die Tür zu gehen oder mich EINGEENGT fühle durch die Räume dann fühle ich mich natürlich auch nicht gut [...] ich überleg gerade in den Bergen fühlt man sich auch bei schlechtem Wetter schon besser oder an der See [...] nur (.) wenn ich RAUM habe mich zu bewegen und zu ENTFALTEN in einem WALD zum Beispiel dann kann das äh dann ist das meiner Meinung nach auch nur förderlich jetzt kenn ICH das auch nicht anders ich weiß es nicht wie es ist wenn man nur zwischen Häusern wohnt und den nächsten Wald nur mit dem Auto zu erreichen hat [...] ich denke auch einen (..) ich behaupte mal wenn auch da kein Platz ist sich zu entwickeln, zu entfalten also sich zu bewegen und entfalten und keinen Raum hab mal mein Spiel zu verfolgen denke ich dass das auch nicht förderlich ist denke ich« (KV131803082Stt)

Zunächst beschreibt die Befragte im Folgenden sprachlich verallgemeinert, dass Sonnenschein dazu führt, sich gesund zu fühlen. Anschließend unterstreicht sie im personalen Ich-Bezug, dass sowohl Sonne als auch draußen zu sein für sie wichtig ist. Mit Sonne und dem Aufenthalt im Freien, in der natürlichen Umgebung, konzipiert die Befragte Lebensqualität. Dabei ist der eigene Garten ein Ort, wo Lebensqualität im Alltag erlebt werden kann. Mit „weil“ begründet die Befragte ihre Theorie, die sie sprachlich kollektiv („man“) als sozial anerkannte Handlungsweise verortet. Die Möglichkeit handlungsaktiv und positiv auf Gesundheit einzuwirken ist durch den eigenen Garten, mit dem Herstellen von Lebensqualität gegeben. Sowohl der eigene Garten als auch die bewusste Wahrnehmung der Möglichkeit den Garten zu nutzen, stellt eine gesundheitsrelevante Ressource dar. Ein eigener Garten in der Stadt fördert Bewegung, Kreativität, das Erleben von Natur im Alltag und beeinflusst das persönliche Wohlbefinden und das der Kinder positiv. Zudem ist der eigene Garten ein Ort, an dem die Kinder 'forschend' die Welt entdecken können. Mit „weil“ begründet die Befragte diese Theorie, die sprachlich kollektiv („man“) als sozial anerkannte Handlungsweise verortet werden kann. Die Möglichkeiten handlungsaktiv positiv auf Gesundheit einzuwirken sind durch den eigenen Garten, den Aufenthalt im Freien und der damit verbundenen Bewegung gegeben (strukturelle Agency). Gleichzeitig stellt der Aufenthalt im Freien einen Ausgleich zu Schule, Kindergarten und Arbeit dar und wirkt als strukturelle Ressource gesundheitsförderlich. Mit personalem Ich-Bezug beschreibt die Befragte, wie wichtig ihr der Aufenthalt im Freien ist und bezieht die ganze Familie („uns“/„wir“ – konsensuale Agency) ein. Mit einem Wir-Gefühl wird eine familiäre Verbundenheit bewusst wahrgenommen. Die sprachliche Darstellung verweist darauf, dass die Befragte sich und ihre Familie als handlungsaktiv erlebt. Zudem beschreibt sie sich und ihrer Familie im Wir-Bewusstsein die

Kompetenzen zu, Gesundheit im Alltag positiv beeinflussen zu können. Am Ende der Passage unterstreicht die Befragte ihre Theorie, um Gesundheit herzustellen oder zu erhalten ist ein bewusstes Leben notwendig, welches damit verbunden ist, möglichst viele Aspekte kennen zu lernen und zu erleben.

»Wenn die Sonne raus kommt fühlt man sich gesund (lacht) mit Sicherheit durch Sonne also nach wie vor das ist für mich halt eben (lacht) für mich ist ganz wichtig draußen sein so und das ist für uns ganz wichtig das wir wirklich mehrmals am Tag oder lang am Tag oder wenn die Sonne scheint dann sind wir gar nicht drin ähm ja das ist einfach Lebensqualität die man halt eben also das ist schon so die haben ja die Möglichkeit in den Garten zu gehen direkt die Tür bei jedem guten Wetter raus zu machen, das ist also das ist schon durch den Garten die Möglichkeit ist es (Wohlbefinden) für uns schon sehr positiv beeinflussbar im Alltag [...] und ja danach gehen wir noch ein bisschen raus [...] weil das für mich auch so wichtig ist weil ich denke draußen einmal frische Luft und bewegen, man muss sich dann halt bewegen man muss sich beschäftigen das ist dann halt auch kreativ weil man nicht so viele Sachen drum herum man entdeckt halt die Natur, man erlebt die Natur [...] Gesundheit, bewusstes Leben egal in welche Richtung, SO« (KNE0311074BTU)

Die subjektive Theorie der Befragten beruht auf eigenen Kindheitserfahrungen, wie im weiteren Interviewverlauf (s. u.) deutlich wird. Diese Erfahrungen sollen an die eigenen Kinder weitergegeben werden. Da Wanderungen in den Bergen nicht möglich sind, ist die Familie in ein Haus mit Garten gezogen. Gleichzeitig wird hier eine Verbundenheit mit der Natur und den Erlebnissen in der Natur deutlich, die Kinder kennenlernen sowie geistige Weiterentwicklungen ermöglichen sollen.

»Äh die Sinneswahrnehmung das ist einfach um alles bewusster zu sehen zu entdecken das Vögelchen zu beobachten oder die Katze die an das Vögelchen geht (lacht) das denke ich mir das brauchen die Kinder ich kenn das von mir wir sind am Wochenende immer in den Bergen gewesen wandern () das kann ich meinen Kindern nicht bieten einmal weil der große Altersunterschied mit dem anderthalbjährigen geht das nicht ähm aber das fand ich immer als sehr reich ne so einfach mal in der Natur zu sein zu gucken und die Naturschätze zu sehen oder zu Hause weiter zu verarbeiten oder wie auch immer solche Sachen finde ich wichtig« (KNE0311074BTU)

Des Weiteren gibt es zur räumlichen Enge in der Stadt, eine Weite in den Bergen oder am Meer, wo sich die Wahrnehmung verändern kann. Da wo der Horizont sichtbar ist und der Blick nicht durch Häuser eingeengt ist. In der folgenden Interviewpassage konzipiert der Befragte mit Horizont einen Ort, wo Weite, Freiheit, Zufriedenheit, Zeit, Glück, eine unbelastete Umwelt (z. B. durch Schadstoffemissionen) usw. von Kindern wahrgenommen werden kann. Außerdem kann der eigene Horizont durch etwas Neues erweitert und neue Wahrnehmungen können erfahren werden. Die Gestaltung und Struktur des physischen Raums im Urbanen Kontext stellt für den Befragten eine besondere Herausforderung dar. Im Wir-Bezug macht der Befragte deutlich, dass die Eltern gemeinsam eine Ausgleichsmöglichkeit für die Enge der Stadt durch Ferien in den Bergen oder am Meer schaffen. Die Familie hat so die Möglichkeit räumliche – landschaftliche Weite wahrzunehmen und deren positive Einflüsse zu erfahren. Zudem gibt es aber auch Freiräume, die sich unspezifisch auf Raum und spezifisch auf den

Wohnraum als Bewegungsraum beziehen. Zunächst beschreibt der Befragte, dass 'Enge' und enge Wohnverhältnisse (strukturelle Agency) einen negativen Einfluss auf Gesundheit haben. Anschließend erläutert er, dass 'Enge' mit zunächst nicht näher beschriebenen Konsequenzen verbunden ist. Mit individualisierter Agency („auf jeden Fall muss ich damit umgehen“) macht der Befragte deutlich, dass er auf eine gegebene 'Enge' reagieren muss. Der Gesprächspartner geht davon aus, dass die positive Beeinflussung von Gesundheit schwieriger ist, wenn Räume eng sind. Anschließend wird der Begriff 'Raum' eingegrenzt und auf den Wohnraum bezogen. Wohnraum wird hier als ein Ort konzipiert, in dem sowohl körperliche Bewegung als auch den Bedürfnissen entsprechende Bewegung, im Sinne von Entfaltung, auch geistige Entwicklung möglich ist. Der Wohnraum wurde aktiv als Bewegungsraum gestaltet, in dem die Kinder die Möglichkeit haben zu schaukeln und zu klettern. Neben dem Bewegungsraum ist, ab einem bestimmten Alter, ein Zimmer für jedes Kind notwendig. Generell geht es um eine entsprechend große Wohnung, um Freiräume für die Kinder zu schaffen. Mit „weil“ begründet der Gesprächspartner seine Theorie, nach der Kinder aufgrund des Altersunterschieds mit zunehmendem Alter unterschiedliche Bedürfnisse haben und Raum brauchen, um sich ihren Bedürfnissen entsprechend entfalten aber auch zurückziehen zu können. Die zunehmenden Schwierigkeiten, die damit verbunden sind, dass nicht jedes Kind ein eigenes Zimmer hat, werden aktiv lösungsorientiert und zuversichtlich bewusst im Wir-Bezug angegangen. Der Befragte erlebt sich als handlungsaktiv.

»einen großen großen Einfluss ja is klar das Allererste ist ob die Horizonte sehen oder nicht also hier kann man nicht besonders viel Horizont sehen und deswegen ist es in der Stadt zu wohnen für Kinder natürlich immer ein bisschen beschränkt und was anderes und insofern versuchen wir schon immer bisschen einen Ausgleich zu finden und wenn wir, wenn es geht in den Ferien sind wir schon immer auf dem Land und guckt oder am Meer wo man auch ein bisschen weiter gucken kann also wo es andere Möglichkeiten gibt [...] über sagen wir mal eine bestimmte Enge, eine bestimmte Enge der Wohnverhältnisse selber, hat Konsequenzen [...] und ich hab es glaube ich ein bisschen schwerer sagen wir mal, wenn Räume eng sind in jeder Form (.) die Frage der Bewegung muss anders gelöst werden, von vorneherein schon ich muss einfach viel mehr nach draußen gehen hier haben die Kinder die Möglichkeit einmal sich da ans Reck zu hängen oder was weiß ich zu machen zu schaukeln [...] ja das mein ich mit Raum das ist einfach Bewegungsraum auch [...] es spielt immer eine Rolle, in welchen Räumen ich bin, wir haben z.Z. unsere Kinder in einem Zimmer drei in einem das ist problematisch, WEIL Bedürfnisse auseinandergehen die müssen sich halt arrangieren das selber ist nicht so problematisch, aber das das wird halt wenn die größer werden schwieriger, also müssen wir da eine Lösung finden in welcher Art auch immer insofern ist der Raum bedeutsam [...]« (KNE31402083E)

Auch die folgende Gesprächspartnerin verweist auf die Bedeutung der Wohnungsgröße. Wobei sie zunächst ihre eigene Aussage infrage stellt und dann im personalen Ich-Bezug erklärt, dass ein entsprechend großer Wohnraum wichtig ist, damit sie selbst und die Kinder eine Rückzugsmöglichkeit haben.

»Ich weiß nicht ob die Wohnungsgröße eine Rolle spielt ich denk mal auf die psychische Gesundheit spielt sie vielleicht schon eine Rolle gerade bei mehreren Kindern weil ich persönlich finde es schon wichtig dass gerade hier bei uns, dass jeder seine Rückzugsmöglichkeiten hat ähm, egal wie alt das Kind ist bin ich mir ganz sicher, das brauchts genauso wie ich ab und zu mal meine halbe Stunde Ruhe brauch in einer halben Stunde kannst wieder kommen so sehe ich das auch ganz wichtig für die Kinder schon in seinem Alter, er brauch es weniger aber er brauch es auch also da denke ich wenn zu viele Leute zu eng auf einem Raum sind glaube ich kann das nicht gut sein für die Gesundheit gerade für die psychische Gesundheit weil man nie alleine ist da dreht man ja durch« (KH1003082Stt)

Wie im folgenden Interviewausschnitt ersichtlich wird, gibt es eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten, die außerhalb der eigenen Handlungskontrolle liegen. Es gibt gesundheitliche Beeinträchtigungen, die über beengte Wohnverhältnisse vermittelt werden und negativ auf das seelisch-geistige Wohlbefinden („deprimiert“) wirken. Dennoch gibt es Handlungsmöglichkeiten, indem der öffentliche Raum genutzt wird. Die Freizeitgestaltung und die Frage der Bewegung werden durch Aufenthalte im Freien („wir sind“ – konsensuale Agency) aktiv gelöst. Die Befragte nimmt sich als handlungsaktiv wahr, weil sie das Problem der viel zu kleinen Wohnung aktiv mit Aufhalten und Spiel im Freien löst. Dennoch steht die Befragte der ursächlichen Struktur („unsere Wohnsituation“), die das seelisch-geistige Wohlbefinden der Familie belastet, eher 'ohnmächtig' gegenüber. Obwohl bei engen Wohnverhältnissen der öffentliche Raum für die Bewegungsförderung genutzt wird, hat die Enge des Wohnraums einen negativen Einfluss auf das familiäre Wohlbefinden. Die Nutzung des öffentlichen Bewegungsraumes ist nicht als 'frei gewählt' anzusehen, sondern ergibt sich aus der Notwendigkeit, um den beengten Wohnverhältnissen zu 'entkommen'.

»wir sind viel draußen vor allem bei schönem Wetter auch wenn es kalt ist draußen da hinten haben die gestern mit Kreide gemalt vor der Tür Rollschuh laufen Fahrrad fahren, also alles auch rum toben [...] das Einzige, was uns noch ein bisschen bremsst, ist unsere Wohnsituation also das macht das deprimiert ein bisschen« (KB41802073Ch)

Der folgende Interviewausschnitt weist darauf hin, dass die Befragte Spaziergänge als Befreiung erlebt und so einen Ausgleich zu beengten Räumen schafft.

»spazieren gehen, weg nach draußen finde ich gut, das ist eine Befreiung, wenn man in den Räumen sitzt, äh ist auch nicht immer gut, also für mich ist das manchmal so beengt einfach, einfach nach draußen gehen manchmal ohne speziellen Plan einfach nur gucken, eine Runde drehen und wieder zurück gehen« (KN811030821Stt)

Wie in der folgenden Interviewpassage deutlich wird, nutzt der Befragte Spaziergänge um Stress abzubauen. Probleme werden dadurch nicht gelöst, können aber aus einer anderen Perspektive betrachtet werden. Im personalen Ich-Bezug macht er in seiner sprachlichen Darstellung deutlich, dass er sich als handlungsaktiv erlebt und sein Wohlbefinden positiv beeinflussen kann. Interessant ist, dass der Befragte einer eher bildungsfernen sozialen Gruppe angehört, der in der Regel diese Kompetenzen nicht zugestanden werden. Die Wahrnehmung,

dessen was 'gut tut' und die Möglichkeit, öffentliche Räume zu nutzen, beinhaltet eine persönliche und eine strukturelle Ressource.

»dann gehe ich spazieren, ich nehme den Hund, gehe spazieren dann gehe ich raus, dann gehen die Gedanken weg, und wenn ich dann nach Hause komme dann wieder ist es okay dann gehe ich mit denen (Kindern) in den Park oder auf den Spielplatz und dann konzentriert man sich auf was anderes und dann geht der Stress runter ich meine das Problem bleibt trotzdem, aber die Gedanken man nimmt es anders« (KB180207083CH)

Eindrucksvoll ist die Infrastruktur im öffentlichen Raum, die in der folgenden Interviewpassage genannt wird. Auf gezielte Nachfrage wird, sprachlich kollektiv („man“) als sozial anerkannte Handlungsweise, der Besuch eines öffentlichen Schwimmbades dargestellt. Neben positiven Emotionen vermittelt das Element Wasser und die Bewegung darin, ein Gefühl von Freiheit und eine Ausgeglichenheit der Seele, was dem Wohlbefinden dient. Die Befragte macht deutlich, dass sie den öffentlichen Raum nutzt, da sie und andere keine Sauna im eigenen Zuhause haben. Gleichzeitig wird erkennbar, dass sie davon ausgeht, dass es Menschen gibt, die darüber im eigenen Zuhause verfügen. Somit wird eine Abgrenzung zu anderen Menschen erkennbar.

»Ja baden gehen, also jetzt hier zu Hause sowieso aber eben Schwimmbad weil wir haben ja keine Sauna wir können ja nicht alles haben hat ja keiner [...] Wasser planschen der Whirlpool [...] Ja wieso, macht Spaß. Man fühlt sich ausgeglichener und freier« (BIS1610071Sch)

Auf Nachfrage differenziert die Gesprächspartnerin im folgenden Ausschnitt, die positiven Einflüsse von Schwimmen, die mit der Theorie verbunden ist sich frei zu fühlen, das eigene Körpergewicht nicht zu spüren, sich zu bewegen und dabei Spaß zu haben.

»Wasser mag sie unheimlich gerne, Schwimmen äh ja [Nachfrage: warum ist Wasser toll?] Wasser ist ein Element, dass ist äh einfach, ja gute Frage, also ich mag auch unheimlich gut Wasser, weil man sich dann so frei fühlt, man kann schwimmen und sich dann so bewegen man spürt das eigene Gewicht nicht und ist auch wunderbar für verschiedene Spiele, wir springen und platschen und ja« (KN811030821Stt)

Wie in einigen Interviewausschnitten bereits ersichtlich wurde, gibt es eine Theorie nach der Sonne als förderlicher Einflussfaktor auf Gesundheit gesehen wird. Insbesondere der positive Einfluss der Sonne wurde von vielen Interviewpartnerinnen als Bedingung genannt, um sich gesund zu fühlen. Schönes Wetter wirkt positiv auf die 'Stimmung' und somit auf das seelische Wohlbefinden.

»Wenn die Sonne raus kommt fühlt man sich gesund (lacht)« (KNE-0311074BTU).

»Ja ich denk Sonne macht schon mal glücklich (lacht) ich bin auch froh wenn die Sonne wieder scheint« (KH71003082Stt)

Gutes Wetter und Sonnenschein ist etwas, was im Grunde genommen allen zur Verfügung steht. Die Zuständigkeit für Wohlbefinden/Gesundheit wird hier einer 'nicht menschlichen Macht' zugeschrieben. Das Wetter kann von Einzelnen nicht beeinflusst werden. Der gesundheitsrelevante Aspekt ist darin zu sehen, dass

positive Gefühle wahrgenommen werden, die die Sonne hervorruft. Den Befragten sind die damit verbundenen positiven Gefühle bewusst und nutzen gutes Wetter aktiv als gesundheitsrelevante Ressource, um Wohlbefinden herzustellen. Dazu sind entsprechende Freiräume notwendig, wie ein eigener Garten, öffentliche Parks, Grünflächen und Zeit, um die positiven Effekte zu nutzen. Die Datenanalyse weist darauf hin, dass insbesondere Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen auf einen ansprechenden öffentlichen Raum mit Grünflächen usw. in Wohnortnähe angewiesen sind. Sonnenschein trägt dazu bei, sich wohl und glücklich zu fühlen. Ein Phänomen, das sich auch über den menschlichen Hormonhaushalt erklären lässt und auf die meisten Menschen positiv wirkt. Wenn über die Haut Sonnenlicht aufgenommen wird, schüttet der Körper mehr Endorphine (auch Glückshormone genannt, körpereigene psychoaktive Substanzen) aus. Außerdem wird mehr Melatonin abgebaut, was dazu führt, dass sich die meisten Menschen weniger müde fühlen.

5.4.1.2 Lebensentwürfe – Selbstbestimmt Leben

Eine weitere Subkategorie ist 'Lebensentwürfe – Selbstbestimmt Leben'. Die Möglichkeit der Gestaltung von Lebensentwürfen und ein selbstbestimmtes Leben zu führen, beeinflusst die Zufriedenheit von Eltern. Aus deren Perspektive wirkt sich dies positiv auf das eigene und das Wohlbefinden der Kinder aus. 'Lebensentwürfe – Selbstbestimmt Leben' ist auch damit verbunden, sich kleine Freiräume im Alltag zu schaffen und zu gestalten. Dabei geht es darum sich Zeit zu organisieren, um für sich und/oder die Kinder Zeit zu haben. Die jeweiligen Strategien, um sich Freiräume zu schaffen sind dabei unterschiedlich. Zudem bezieht sich diese Theorie auf die freie Wahl des Arbeitsplatzes oder die Gestaltung der Arbeitszeit. Die Möglichkeit der Gestaltung von eigenen Lebensentwürfen und ein selbstbestimmtes Leben führen zu können, ist eine Ressource und dient dazu aktiv Wohlbefinden herzustellen. Die Befragten gehen davon aus, dass sich ihr Handeln positiv auf das eigene Wohlbefinden und das ihrer Kinder auswirkt. Eltern sehen sich mehr oder weniger in der Lage, durch ihr eigenes Handeln ihr eigenes und das Wohlbefinden der Kinder aktiv zu beeinflussen. Ebenso werden Konflikte deutlich, die mit einem sich verändernden Frauenbild in der Gesellschaft einhergehen. Gleichzeitig werden scheinbar der berufliche Karriereknick und Abstufung von Frauen (Müttern) als selbstverständlich hingenommen, was die Wahlfreiheit ein selbstbestimmtes Leben zu führen einschränkt.

Im folgenden Interviewausschnitt macht die Befragte zunächst deutlich, dass sie es genießt, Kinder zu haben und sie das glücklich macht. Auch wenn sie ihre Kinder zuweilen als anstrengend empfindet, wollte sie eine Familie mit vielen

Kindern. Im Interviewverlauf stellt sie dar, dass der Minijob ihr Freude macht und verweist auf die Bedingung, „weil“ sie den gerne macht und „weil“ sie sowohl Freude empfindet, wenn sie zur Arbeit geht als auch, wenn sie zurück zu ihrer Familie geht. Mit individualisierter Agency (Ich-Bezug) macht sie deutlich, dass sie das Leben lebt, was sie sich gewünscht hat. Sie hat die Theorie entwickelt, dass die Freiheit ein selbstbestimmtes Leben entsprechend der eigenen Lebensentwürfe führen zu können, ihr Wohlbefinden positiv beeinflusst. Stress und Anstrengungen haben daher aus ihrer Perspektive weniger negative Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden. Die Befragte reflektiert im Gespräch („auch wenn man darüber reflektiert und spricht“), dass sie dankbar dafür ist, dass sie ein Leben entsprechend ihrer Lebensentwürfe leben kann und dies genießt. Sie drückt damit ihre Zufriedenheit ebenso aus, wie Freude und glücklich zu sein.

»[...] ich genieße meine Kinder das tue ich schon sehr auch wenn wenn ich sie oft sehr anstrengend finde mach ich mir trotzdem immer wieder bewusst also das ist mein größtes GLÜCK kann ich so sagen und das genieße ich sehr da bin ich auch sehr dankbar für und (3) das tut mir wirklich auch GUT das ist so mein da erleb ich so das was ich auch immer WOLLTE das macht einem auch so da kann einem Stress nicht so viel irgendwie anhaben also das sind schon so Sachen die wo ich sach das ist das was ich wollte das LEBEN und das tut mir gut SO auch das ich arbeiten gehe son bisschen das macht mir auch Freude da kann ich ein paar Stunden sein hab da zwar auch positiven Stress weil da auch viel is aber ich mach auch DAS GERNE komm dann auch gerne wieder zurück freu mich wenn ich gehen kann und freu mich wenn ich wieder kommen kann (lacht) und ähm ja also das finde ich schon sehr viel und ich finde auch wenn man darüber reflektiert und spricht ist man noch mal (.) also ich bin da wirklich sehr dankbar für alles, muss ich schon sagen« (FRK10310073)

Zunächst 'verschafft' sich die Befragte im folgenden Interviewausschnitt 'Zeit', um das angesprochene Thema kurz zu reflektieren. Anschließend beschreibt sie ihre Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation, welche zu elterlichem Stress und zu unspezifischer Krankheitsanfälligkeit führt. Diese Krankheitsanfälligkeit konzipiert die Befragte als Alarmsignale, die beachtet und auf die reagiert werden muss, worin ein Motiv der Angst („auf Alarmsignale achten“) steckt. Im personalen Ich-Bezug beschreibt die Befragte, dass ihr die Mutterrolle nicht ausreicht, dann wechselt sie in den Wir-Bezug (konsensuale Agency) und beschreibt, dass sie und ihr Mann ihre Lebenssituation gemeinsam verändert haben. Der Ehemann hat den zeitlichen Umfang seiner Arbeitsstelle reduziert, damit die Befragte ihre Berufstätigkeit wieder aufnehmen kann. Die Gesprächspartnerin erlebt sich gemeinsam mit ihrem Mann (Wir-Bezug) als handlungsaktiv, sie ändern gemeinsam aktiv ihre Lebenssituation, was ihrer subjektiven Theorie zufolge zu mehr Zufriedenheit der Ehepartner geführt hat und sich über das Konstrukt Zufriedenheit positiv auf Gesundheit von Eltern und Kindern auswirkt. Die Datenanalyse verweist auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Befragten.

»wird natürlich durch ich sach mal Ernährung (...) äh LEBENSUMSTÄNDE sind natürlich sehr wichtig [...] ähm na ja ich hab jetzt so gedacht ähm (.) na ja ich hab gemerkt so (1) äh wenn das LEBEN anstrengend wird also wenn man gestresst ist auch als Eltern dann

wird man einfach ANFÄLLIG ne und äh ja ich denk mal da sollte man dann auch auf Alarmsignale achten also bei uns wars halt so mein Mann hatte letztes Jahr sehr viel gearbeitet ähm war auch abends irgendwie oft nicht zu Hause ich war halt viel mit den Kindern alleine das hat mir dann auch nicht gereicht jetzt haben wir das halt geändert das mein Mann halt Stunden reduziert hat und ich hab wieder an zu Arbeiten gefangen so dass wir als Eltern halt schon viel zufriedener sind und das überträgt sich dann auch schon auf die Kinder und also ich denk mal son Dauerzustand äh das äh die Lebenssituation nicht so ist, wie man sie sich wünscht, äh is dann glaube ich SCHON BELASTEND also kann ich für mich sagen« (KN91103082Stt)

Der Interviewpartner in der folgenden Passage macht im personalen Ich-Bezug deutlich, dass er seinen Stellenanteil reduziert hat, damit er mehr Zeit hat und sich als Vater in der ersten Lebensphase der Kinder, mit den Kindern auseinandersetzen kann. Er möchte so seine Zuneigung zu den Kindern deutlich machen.

»[...] deshalb hab ich ne halbe Stelle, WEIL ich mich gerne mit ihr auseinandersetze oder WEIL ich sie auch gern hab, aber hab ich mit allen Kindern gemacht, als sie so klein waren« (KNE31402083-EI)

Es gibt aber auch Befragte, die gegen den Widerstand des Ehepartners und des sozialen Umfelds ihre Bedürfnisse auf Basis ihrer Theorien durchsetzen und sich so Freiräume schaffen. Die Befragte des folgenden Interviewausschnitts macht im Ich-Bezug deutlich, dass sich ihre Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation negativ auf ihren Gesundheitszustand ausgewirkt hat. Sie konzipiert ihren Lebenssinn über ihre Rolle als berufstätige und beruflich erfolgreiche Frau, da wo sie sich als kompetent erlebt hat. Diese Kompetenzerfahrung führt zu dem notwendigen Selbstvertrauen, um ihre Bedürfnisse gegen Widerstand durchzusetzen und so ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen. Die Befragte verweist auf die Bedingung, wieder berufstätig sein wollen („ich werd dann wieder zufriedener sein“), um ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen. Die Mutterrolle erfüllt sie nicht („einen schreienden Säugling durch die Gegend tragen“) und sie erlebt sich als Mutter nicht erfolgreich (das Baby schreit trotz der Bemühungen). Für die Befragte sind soziale Kontakte und die Verbundenheit mit den Kollegen ebenso wichtig, wie ihre beruflichen Ideen einzubringen, was sich positiv auf ihr Selbstwertgefühl und ihre Zufriedenheit auswirkt. Interessant ist, dass die Befragte in diesem Kontext ihren beruflichen Abstieg, beim Wiedereintritt ins Berufsleben anspricht. Dies verweist auf gesellschaftliche Strukturen und Funktionsprinzipien sowie darauf, dass diese einen Einfluss auf Gesundheit haben können. Die sprachliche Darstellung „man“ verweist auf eine Verallgemeinerung und gesellschaftliche Funktionsprinzipien. Mit personalem Ich-Bezug beschreibt die Befragte, dass der berufliche Abstieg und die Doppelbelastung als berufstätige Hausfrau und Mutter auf sie keinen negativen, sondern eher einen positiven Einfluss haben. Ihre Theorie begründet die Befragte damit, dass sie sich in einer positiven, freudigen Haltung gegenüber ihrem Kind erlebt und glücklich ist. Die Befragte verfügt über eine ausgeprägte Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Sie ihre Lebenssituation gegen Widerstände

aktiv so verändert, dass ihr Kind positive Emotionalität, Aufmerksamkeit und Interesse an seiner Weiterentwicklung erleben kann. Dies wirkt positiv auf die mütterliche Zufriedenheit und das mütterliche Selbstwertgefühl. Für das Kind erhöhen sich die Chancen, personale Ressourcen aufbauen zu können.

»TROTZDEM Projekte zu haben neben dem Kind her, dass der ganze Lebensinhalt nicht nur aus der Erziehung des Kindes bestehen sollte weil das führte bei mir persönlich zu großer Unzufriedenheit und da hab ich mir die eine oder andere Dinge mich wieder passiv mit Reisen beschäftigt sehr viel über Länder gelesen was ich früher berufstätig mitgebracht habe. [...] ehemalige Kolleginnen oder Kollegen mein Vorgesetzter waren alle teilweise freundschaftlich privatfreundschaftlich haben mir immer eingeredet ist doch schön was du jetzt hast und jetzt genieß das doch erst mal vor allem genieß es dann geht es euch beiden besser und ich konnte das nicht genießen ich kam damit einfach nicht zurecht [...] meine Unzufriedenheit hat dazu geführt dass mein Gesundheitszustand stark nachgelassen hat und mein Mann hat gesagt dir geht es jetzt schlecht du bist angeschlagen, wie willst du das machen, wenn du wieder arbeiten gehst dann hast du eine Doppelbelastung also ich gehöre zu den Menschen ich bin jetzt wieder glücklich ich bin jetzt wieder glücklich über mein Kind und meine Theorie hat mit vorher keiner abgenommen ich hab gesagt ich werd dann wieder zufriedener sein [...] natürlich nicht mehr in diesem Volumen aber endlich wieder meine Arbeit haben [...] teilweise ist man zurückgesetzt aber auch dadurch dass ich eine Stufe abgestiegen bin macht mir nichts aus WEIL ich kann wieder mit meinen Kollegen zusammen sein [...] ich kann meine Ideen einbringen ich hab was zu tun, was mir teilweise fast sinnvoller erschienen ist als einen schreienden Säugling durch die Gegend zu tragen das klingt jetzt böse aber so meine ich das NICHT, gleichzeitig hat sich meine Haltung meinem Kind gegenüber verbessert, absolut, ich hol ihn lachend jetzt ab ich hab meine Freude mit meinem Kind, jetzt fasziniert mich mein Kind, für mich ist das die optimale Lösung« (KB51902081CH)

Lebensentwürfe („ich hab mich ja ganz bewusst für dieses Kind entschieden“) werden aktiv verändert, obwohl deren Konsequenzen („hab dann alles in Kauf genommen was das bedeutet“) den Lebensstandard herabsetzen. Die sprachliche Darstellung weist auf eine individualisierte Agency. Die Befragte spricht im personalen Ich-Bezug und beschreibt, wie sich ihre Lebenssituation verändert hat. Dabei schreibt sie sich die Handlungsinitiative für die Veränderungen in ihrem Leben zu. Mit der normativen Karriereknickmetapher greift die erzählende Person auf kollektives, generalisiertes Wissen (Sprichwort) zurück und verweist auf die Auswirkungen von Mutterschaft. Für alleinerziehende berufstätige Frauen können aus der Mutterschaft finanziellen Einschränkungen und eingeschränkte Freiheiten im Lebensentwurf („an die Wohnung gebunden sein“) entstehen und die berufliche Selbstbestimmung verringern.

»Die Lebenssituation (4) ja also schon sehr bei mir hat sich sehr viel beruflich verändert mein Lebensrhythmus ist ein vollkommen anderer geworden ähm also es hat sich schon sehr sehr viel verändert [...] also ich muss gestehen ich hab mich ja ganz bewusst für dieses Kind entschieden ich bin ja nun auch in einem Alter schon und äh hab dann alles in Kauf genommen was das bedeutet also den berühmten Karriereknick äh auch gewusst was das bedeutet nicht mehr so viel zu reisen äh finanzielle Einschränkungen das habe ich eigentlich alles bewusst in Kauf genommen oder an die Wohnung gebunden sein weil Babysitter sind teuer weil wir zwei das ja alleine machen das kommt ja auch dazu« (KKL2610071BTU)

Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Wahlfreiheiten/Handlungsoptionen aufgrund mangelnder formaler Bildung und Ausbildung eingeschränkt sind.

Die Begründungen („weil“) im folgenden Interviewausschnitt verweisen zum einen darauf, was erklärt werden soll, um einen intersubjektiven Nachvollzug zu ermöglichen. Der Befragte verdeutlicht mit „muss“ die normative Notwendigkeit seiner väterlichen Pflicht. Aufgrund tief verankerter kultureller Werte in einer Leistungsgesellschaft wird erwartet, dass der Vater die Familie ernährt und das Familieneinkommen sichert. Außerdem verweist er darauf, wie wenig motivierend das ist. Mit „weil“ verweist er auf seine subjektiven Theorien und zeigt die Bedingungen auf („wenn man den macht mit dem eigenen Willen, dann ist das schon positiv“), damit ein Job positiv auf das Wohlbefinden wirkt. Mit 'man' verleiht er dem Gesagten Allgemeingültigkeit. Anschließend konkretisiert er seine Vorstellungen und beschreibt im personalen Ich-Bezug, dass Arbeit Spaß machen soll und nicht nur dem normativen Zweck dienen sollte, Geld als Ernährer der Familie verdienen zu müssen. Gesundheitsbeeinträchtigende Einschränkungen und Auswirkungen auf das Wohlbefinden werden als Lethargie konstruiert, was sich angesichts einer schwierigen Arbeitssituation, als Effekt der schwierigen sozialen Lage interpretieren lässt. Im personalen Ich-Bezug begründet der Befragte dies damit, einer aus seiner Perspektive nicht sinnvollen Arbeit nachgehen zu müssen. Arbeit wird hier nicht als sinnstiftend konstruiert. Die erzählende Person beschreibt sich nicht als Handlungsaktiv, sondern von äußeren Strukturen/Zwängen (Job) beeinflusst. Diese Strukturen sind für ihn der Grund für sein Befinden und sein Handeln („ich fühl mich ein bisschen schlapp, ich geh nicht zur Arbeit“). Sprachlich verallgemeinert („man“) begründet der Befragte eine aus seiner Perspektive allgemeingültige Theorie, demzufolge die Freiheit einen Arbeitsplatz frei wählen zu können, motivierende Auswirkungen hat und sich positiv auf das Wohlbefinden auswirkt.

»Ja wenn man einen Job hat und den macht man nicht ich sach mal weil man den machen muss wenn man den macht mit dem eigenen Willen dann ist das schon positiv weil man das macht weil man den Job mag nicht weil ich jetzt sage ich muss arbeiten ich muss Geld nach Hause bringen das macht schon weniger Spaß dann hat man wenn man morgens früh aufsteht und sagt ja ich fühl mich ein bisschen schlapp, ich geh nicht zur Arbeit aber wenn man jetzt einen Job hat den man will dann geht das besser dann geht man schon mit einer besseren Laune zur Arbeit« (KB180207083CH)

Im Folgenden stellt die Befragte mit „vielleicht“ soziale Beziehungen und erwerbstätige Arbeit in abgeschwächter sprachlicher Darstellung als positiven Einfluss auf das Wohlbefinden dar, um mit „ich finde“ ihre Theorie zu unterstreichen. Sie konzipiert Arbeit als Kontakt zu anderen Menschen haben, um aus dem 'Einerlei' ihres familiären Alltags raus zu kommen. Dies dient dazu, ausgelassen zu sein und abschalten zu können. Damit ist die Theorie verbunden, dass Gelassenheit und Situationsveränderungen positiv auf das Wohlbefinden wirken. Die sprachliche Darstellung („man“) weist auf eine anerkannte sozial-normative Theorie, die nur eingeschränkt auf persönlich gemachten Erfahrungen basieren, da weder

eine Berufsausbildung noch ein Arbeitsverhältnis zu den persönlichen Erfahrungen der Befragten gehören. Die Befragte fühlt sich ausgeschlossen und spricht von sich nicht als aktiv Handelnde, die Einfluss auf ihre Lebenssituation nimmt. Gesundheitliche Einschränkungen werden hier über die fehlende Teilhabe an sozial anerkannten, praktizierten Handlungsweisen vermittelt und weisen wiederum auf gesellschaftliche Strukturen und Funktionsprinzipien hin.

» [...] Arbeit vielleicht auch [...] weil es, ich finde, da ist man dann ein bisschen etwas ausgelassener« (KO160505081U)

Die sprachliche Darstellung („man“) im folgenden Beispiel verweist auf kollektiv anerkannte Handlungsweisen. Es gibt eine Theorie, nach der eine schnelle Erledigung der Hausarbeit den Freiraum schafft, um Zeit für sich und die kindlichen Bedürfnisse zu haben. In ihrem Rahmen erlebt sich die Befragte als Handlungsaktiv. Mit der 'wenn – dann' Konstruktion macht die Gesprächspartnerin, die Bedingung deutlich, um sich gesund und wohl zu fühlen. Gleichzeitig verleiht sie, mit der sprachlichen Darstellung „man“, ihrer Aussage Allgemeingültigkeit.

»wenn man alles schnell sauber macht, dann hat man Zeit für sich, was lesen, man kann mit den Kindern raus gehen [...] wenn man Zeit für sich hat, dann ist man auch froh und gesund« (KB062002092CH)

5.4.2 Zwischenmenschliche Kommunikation und Konfliktfähigkeit

Die Datenanalyse weist darauf hin, dass zwischenmenschliche Kommunikation und Konfliktfähigkeit das persönliche Wohlbefinden positiv beeinflussen und daher zur Herstellung von Wohlbefinden notwendig sind. Mit den Kindern wird sprechen und zwischenmenschliche Kommunikation geübt, damit sich diese in Aushandlungsprozessen verständigen und ihre Bedürfnisse kommunizieren können. Dazu gehört die deutsche Sprache zu beherrschen. Diese Theorie ist gleichzeitig für alle anderen Kategorien notwendig, um Wohlbefinden herzustellen.

Die sprachliche Darstellung („man“) im folgenden Beispiel verweist auf kollektiv anerkannte, sozial praktizierte kommunikative Handlungen z. B. um Probleme mit anderen Menschen im Gespräch zu lösen. Im Ich-Bezug begründet die Befragte mit einem negativen Beispiel ihre Theorie, wonach gesundheitliche Belastungen und Krankheit über mangelnde kommunikative Möglichkeiten vermittelt werden. Mit personalem Ich-Bezug wird der kommunikative Austausch mit der Metapher Psychotherapie verglichen und als ein Rahmen konzipiert, in dem Freunde zuhören und mit deren Hilfe Gedanken im Gespräch geordnet und das eigene Handeln reflektiert werden kann.

»Das man, wenn man jetzt irgendein Problem hat wenn man den Mund aufmacht und alles besprechen kann mit einem anderen wenn ich jetzt alles runter schlucken würde egal was mir passiert dann würd es mir gesundheitlich sehr schlecht gehen dann würde

ich glaube ich alle Krankheiten hintereinander bekommen [...] sehr wichtig das ist wie Therapie wie Psychotherapie wenn ich jetzt mit jemandem rede so alles erzähle und derjenige soll mir auch zuhören und sagen können denk nicht darüber nach und du hättest da anders reagieren können oder sagen können komm übertreib es jetzt nicht und dann sag ich ja die hat ja recht das ist wichtig wenn man so Freunde hat mit denen man alles reden kann«(KC160205083LG)

Die sprachliche Darstellung im folgenden Ausschnitt weist darauf hin, dass die Befragte sich als handlungsaktiv erlebt. Ihrer Theorie entsprechend kann sie ihre Gesundheit mittels kommunikativer Kompetenzen positiv beeinflussen. Mit „*ich glaube*“ schwächt sie das Gesagte ab und deutet an, dass das etwas mit Kommunikation zu tun haben kann. Interessant ist, dass die Befragte von ihrem Ehemann gelernt hat sich im Gespräch mitzuteilen. Dies weist drauf hin, dass neue und andere Denk- und Handlungsschemata im Kontakt mit anderen Menschen und in neuen und/oder anderen Handlungsfeldern erlernt werden können.

»ich hab das Gefühl wenn mir was weh tut und ich das meinem Partner mitteile und der versteht mich dann geht es mir schon besser weil dann weiß ich der versteht es auch und er versucht mir dann was abzunehmen oder ich ihm wir versuchen uns schon gegenseitig zu unterstützen sodass es jedem auch wieder besser geht einfach durch die Kommunikation klar wenn ich nichts sagen würde muffelt jeder nur so vor sich hin und denk sich was ist los doch das Gespräch sich mitzuteilen, hilft schon [...] ich glaube das hat auch was mit Kommunikation zu tun hat mein Mann mich gelehrt dass man reden muss sonst kann ja keiner wissen was der andere will« (GD12808072)

Der folgende Interviewausschnitt weist auf die große Bedeutung von Kommunikation für die Befragten. Einerseits wird hier Hilflosigkeit und andererseits Handlungsinitiative und Handlungskompetenz deutlich. Zunächst beschreibt die Befragte im Ich-Bezug, dass sie keinen Fernseher besitzt, da dieser Gespräche verhindert. Mit „*eigentlich*“ wird auf eine gewisse Unsicherheit verwiesen, da ihr Umfeld signalisiert, dass ein Fernseher notwendig ist, damit es zu Hause nicht langweilig ist. Das Handeln der Befragten findet in ihrem Umfeld keine Unterstützung. Sie erzählt im Ich-Bezug von ihrer positiven Erfahrung, seit sie den Fernseher entsorgt hat. Alltagskommunikation findet sowohl mit Freunden als auch mit dem Ehemann vermehrt statt. Diese Erfahrung kann sich positiv auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Befragten auswirken. Die Art und Weise der Abschaffung des Fernsehers spricht für eine gewisse Hilflosigkeit, die im Kontext der besonderen Situation (Schwangerschaft) der Befragten zu sehen ist. Da sie auf kommunikativem Weg keine zugewandte, respektvolle Kommunikationssituation herstellen kann, zerstört sie den Fernseher. In einem geringen Handlungsspielraum erlebt sie sich dennoch als selbstbestimmt, dies wird im Ich-Bezug damit gerechtfertigt, dass es ist ihr zu verdanken ist, dass es einen Fernseher gab. Die Befragte hat eine Theorie entwickelt, nach der sich zugewandte und respektvolle Kommunikation positiv auf das Wohlbefinden auswirkt.

»Nee hab ich nicht (Fernseher) das find ich TOLL eigentlich aber jeder sagt kauf dir einen Fernseher ist langweilig zu Hause, wenn wir Besuch bekommen dann sprechen wir aber

wenn Fernseher ist jeder guckt fernsehen das ist blöd und bei den Kindern auch ich hab Internet und gucken wir manchmal auch was das ist aber nur zwischendurch aber Fernseher ist jeden Tag und da läuft auch für die Kinder nicht was [...] wenn ich Besuch habe dann spreche ich viel mehr mit meiner Freundin über den Alltag und auch mit meinem Mann auch der hat früher immer Fernsehen geguckt ich hab den alten Fernseher kaputt gemacht extra, den hab ich auch selbst gekauft und hoch getragen und angeschlossen und alles aber ich habs auch selbst kaputt gemacht weil es hat mich genervt der hört mir nicht zu ich wollte ihm sagen das ich zum zweiten Mal schwanger bin ich sag zu ihm ich wollte dir was sagen und der sieht mich nicht an und guckt weiter Fernsehen der sagt ja und man soll sich angucken und das hat mich so genervt da bin ich aufgestanden und hab den TV kaputt gemacht und der sagt ich hör dir doch zu, du sollst mich ansehen du sollst mir Respekt geben ich bin doch auch ein Mensch und seit dem kaufe ich keinen Fernseher mehr, man soll reden zusammen« (KB062002092CH)

Der Wir-Bezug (konsensuale Agency) im folgenden Interviewausschnitt verweist auf sozial praktizierte kommunikative Handlungen in der Familie („*wir reden miteinander*“), die zu Wohlbefinden führen. Die sprachliche Darstellung verweist auf die Theorie der Befragten, ihr Wohlbefinden und das ihrer Kinder mittels kommunikativer Kompetenzen positiv beeinflussen zu können. Die erzählende Person beschreibt im Wir-Bezug, dass ein harmonisches Klima in der Familie wichtig ist. Dazu gehören ein höflicher Umgang sowie eine Streit- und Versöhnungskultur. Neben kommunikativen Regeln, die für alle Familienmitglieder gelten, wird den Kindern die Freiheit zugestanden, die Mutter auf Fehler hinzuweisen. Ihre Theorie begründet sie damit, dass der kommunikative Austausch mit den Kindern gemeinsames Handeln ermöglicht und durch einen wertschätzenden, empathischen kommunikativen Umgang und Konfliktfähigkeit in der Familie Wohlbefinden hergestellt und positiv beeinflusst wird. So kann soziale Bindung aufgebaut und gefestigt werden. Zudem hat dies einen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl. Die Kinder lernen Konflikte kommunikativ zu lösen, was sich positiv auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugung auswirken kann.

»Also einfach wenn in der Familie alles klar ist wenn wir uns verstehen klar da gehört auch mal dazu das wir uns fetzen das ist ganz normal danach geht's uns dann auch wieder gut wir haben uns und das denke ich ist ein ganz wichtiges Mittel auch, also wir versuchen höflich miteinander umzugehen das geht zwar nicht immer man schreit sich auch mal an aber das fällt alles mit darein das gehört alles mit dazu damit wir uns auch wohlfühlen.[...] es gibt bestimmte Regeln an die sich alle halten müssen auch ich und die Kinder haben das Recht zu sagen du Mama du hast da was falsch gemacht [...] alles so Kleinigkeiten die durch so einen Austausch passieren wir reden miteinander darüber und ich versuch den Kindern das zu erklären und dadurch können wir auch so handeln und deswegen ist das wichtig« (KB41802073CH)

Zunächst macht die Befragte im folgenden Ausschnitt deutlich, dass sie mit ihren Kindern übt, damit sie lernen, sich sprachlich auszudrücken. Sie hat die Theorie entwickelt, dass für eine gute gesundheitliche Entwicklung kommunikative Kompetenzen notwendig sind. Die sprachliche Verständigung ist notwendig, um sich mit dem Umfeld zu verständigen. Sprachlich verallgemeinert macht die Befragte dies an einem negativen Beispiel deutlich. Fehlende Verständigungsmöglichkeiten führen zu Aggressionen.

»Reden üben mit der Kleinen das machen wir auch jeden Tag das ist auch sehr wichtig für die Kinder, damit die das lernen um sich ausdrücken zu können, um sich zu verständigen auch für die Schule ist das sehr wichtig auch auf dem Spielplatz wenn man sich nicht richtig verständigen kann denn dann sind die Kinder auch aggressiv wenn sie nicht richtig verstanden werden« (KB1701083CH)

5.4.3 Soziale und räumliche Zugehörigkeit – Beziehungsebene

'Soziale und räumliche Zugehörigkeit' ist eine Kategorie von Wohlbefinden auf Beziehungsebene. Diese Theorie weist auf gegenseitige vertrauensvolle Beziehungen in der Familie, zu Freunden und zu anderen Menschen sowie auf eine räumliche Zugehörigkeit. Wesentlich sind bewusst wahrgenommene Aspekte wie: Nähe, gegenseitiger Respekt, Toleranz, Vertrauen, Harmonie, Geborgenheit, gemeinschaftliche Erfahrungen und Weiterentwicklung. Für die befragten Eltern sind positive Beziehungen zu anderen Menschen und zur räumlichen Umgebung wichtig, weil sich dies positiv auf das persönliche Wohlbefinden auswirkt. Zudem wird dadurch eine persönliche Weiterentwicklung gefördert. Das persönliche Netzwerk kann praktische Hilfe leisten, ist für ein gemeinschaftliches Miteinander wichtig und vermittelt ein Gefühl gegenseitiger Wertschätzung und angenommen zu sein. Die Kategorie Zugehörigkeit beinhaltet die Subkategorien:

- Familiäre Beziehungen,
- Familiäre Rituale,
- Freundschaftliche Beziehungen,
- Gesellschaftliches Miteinander – soziokulturelle Werte,
- Beziehungen zum und im sozialen und physischen Raum.

5.4.3.1 Familiäre Beziehungen

Die Datenanalyse weist darauf hin, dass es eine Subkategorie 'Familiäre Beziehungen' gibt. Neben den klassischen Familienkonstruktionen Vater, Mutter und Kind(er) gibt es im Interviewsample Familien im Sinne eines erweiterten Familienbegriffs. Dazu können die Großeltern der Kinder sowie ein selbstbestimmter Personenkreis (enge Freunde) gehören. Es gibt eine Theorie von Gesundheit, nach der familiäre Beziehungen, die durch Unterstützung, Akzeptanz und gegenseitiges aufeinander achten geprägt sind, sich positiv auf elterliches und kindliches Wohlbefinden auswirken. Familie wird als Ort des Zusammenhalts, des Vertrauens, der Zuneigung, der Geborgenheit und Liebe sowie der Verbundenheit und Gemeinschaft konzipiert. Für die befragten Eltern ist es wichtig, den Kindern durch körperliche Nähe und Zuwendung, verbale und nonverbale Kommunikation zu vermitteln, geliebt zu werden. Zudem ist für die Eltern wichtig, dass die Kinder in einem liebevollen Umfeld sowie in familiärem Frieden aufwachsen.

Wie im folgenden Interviewausschnitt ersichtlich wird, konzipiert die Befragte Familie als eine ausgewählte Gruppe von Menschen, zu der Freunde ebenso gehören wie die Großeltern des Kindes. Aus ihrem Freundeskreis hat die Befragte aktiv die Paten des Kindes ausgewählt, da diese eine erweiterte Bedeutung für sie haben. Die Patentante ist nicht nur für die, mit der Taufe des Kindes verbundenen Aufgaben zuständig, sondern auch für die Mutter und wird als ethische Instanz konzipiert. Durch diese erfährt die Mutter eine Wertschätzung und Beachtung der eigenen Person (*„die mich auch darauf hinweist, dass ich auch an mich denken muss“*). Damit ist die Theorie verbunden, dass sich das Wohlbefinden der Mutter positiv auf das Kind auswirkt. Das Erfüllen eigener Bedürfnisse, neben dem Erfüllen der Rolle als alleinerziehende Mutter kann so eine Legitimation erfahren. Durch Freunde und Paten erlebt die Mutter außerdem Unterstützung und Akzeptanz (*„es gibt ja Bestätigungen, die sagen, ihr macht das richtig [...] ein bisschen beobachten, wie es dem anderen auch geht“*). Zudem signalisiert die Patenschaft, eine verbrieft Verbundenheit nach außen.

»Familie ist für mich unsere kleine Familie da gehören aber auch Großeltern dazu und gute Freunde also Familie alleine ist es nicht da gehören auch gute Freunde zu [...] also eine Patin ist z. B. ist so was wie ne ethische Instanz also die mich auch darauf hinweist dass ich auch an mich denken muss damit also ja indirekt auch wieder an das Kind und von daher sind die Paten für mich (.) auch also sehr bewusst ausgesucht worden (.) und von einer gewissen Bedeutung also es ging da nicht nur um Taufe [...] also ab und zu brauch ich auch mal so eine Ansprache sowohl im positiven als auch im negativen, es gibt ja auch Bestätigungen, die sagen ihr macht das richtig und dann halt vielleicht noch so ein bisschen beobachten wie es dem anderen auch geht« (KKL2610071BTU)

Die Befragte der folgenden Interviewpassage beschreibt sich zunächst als einen Menschen, der auf die Familie fokussiert ist. Zur Familie zählen für die Befragte die Menschen, mit denen sie gemeinsam in einer Wohnung lebt. Neben dem Ehemann und zwei Kindern gehören auch zwei weitere Frauen dazu. Die miteinander befreundeten Mitbewohner kümmern sich auch um die Kinder. Hier wird ein erweiterter Familienbegriff deutlich, der einer Wohngemeinschaft ähnelt, in der die Mitbewohner etwas miteinander unternehmen und aufeinander achten. Die sprachliche Darstellung im Ich-Bezug weist darauf hin, dass die Befragte aktiv auf die Gestaltung des Zusammenlebens einwirkt und sie bezieht im Wir-Bezug (konsensuale Agency) ihre Familienmitglieder ein (*„da guck ich schon das wir“*). Dabei ist die Qualität der Beziehungen (*„ein bis zwei Leute, wo man hundertprozentig weiß, dass funktioniert“*) und nicht die Quantität wichtig (*„keinen großen Bekanntenkreis“*). Die Familienzentriertheit zeigt sich im 'aufeinander achten' und in einem Motiv der Gefahr (*„das ist auch für die Kinder nicht gut“*), die durch viele Bekannte ausgehen könnte. Die starke Betonung familiärer Verbundenheit lässt sich, angesichts der eher schwierigen sozialen Lage und des sozialen Umfelds in

dem Stadtteil, in dem die Familie lebt, als einen Rückzug ins familiäre Feld interpretieren und somit als eine Auswirkung der Lebenssituation.

»ja ich bin ziemlich familienzentrierter Mensch also das ist schon meine Familie also die Leute die bei mir in der Wohnung sind das ist MEINE Familie und das ist mein unmittelbares Umfeld und da guck ich schon das wir uns schon gegenseitig so ein bisschen ordentlich ernähren oder ja nicht immer (lacht) [...] das WIR was zusammen machen oder das man aufeinander ACHTET (2) vor allen Dingen so (2) das ist für mich das wichtigste [...] schon also so ein bis zwei Leute wo man hundertprozentig weiß das funktioniert da brauch ich keinen großen Bekanntenkreis, da reicht mir das wenn ich das habe weil meistens wenn es zu viele werden dann funktioniert es nicht das ist auch für die Kinder nicht gut« (KO150205082U)

Die folgende Interviewpassage weist darauf hin, dass Aufmerksamkeit und Offenheit gegenüber kindlichen Bedürfnissen wichtig sind, um die gesundheitliche Entwicklung der Kinder zu fördern. Mit „*ich glaube*“ wird in der sprachlichen Darstellung eine gewisse Vorsicht bezüglich ihrer Theorie erkennbar, die als Besonderheit und nicht als Selbstverständlichkeit formuliert wird. Offenheit und Aufmerksamkeit, Vertrauen sowie 'geliebt werden', ein liebevolles Umfeld und Frieden sind wichtige Bedingungen, um Gesundheit herzustellen.

»ja [...] ein liebevolles Umfeld, das sie immer kommen können, mit allem was sie auf dem Herzen haben, ja das ist glaube ich alles wichtig für Gesundheit [...] das ist immer relativ aber in den Bedingungen, die da sind is da eben auch diese geliebt werden und in Frieden aufwachsen können is glaube ich das i-Tüpfelchen« (FRK10310073)

Zunächst stellt die Befragte dar, dass es Familien gibt, in denen Eltern im Beisein der Kinder miteinander streiten, um zu verdeutlichen, dass das in ihrer Familie noch nie vorgekommen ist. Sie hat eine Theorie entwickelt, nach der elterliche Liebe, ein liebevolles Umfeld und Zuneigung dazu führen, dass Kinder glücklich und gesund aufwachsen. Sprachlich stellt sie im Wir-Bezug (konsensuale Agency) dar, dass sie und ihr Mann so handeln. Möglichst alle kindlichen Wünsche sollen erfüllt werden, es gibt wenig Regeln und die gesamte Freizeit der Mutter wird mit dem Kind verbracht. Anderslautende Empfehlungen, nicht näher bestimmter anderer („*die*“), werden wahrgenommen, jedoch ignoriert („*ich mach datt anders wie die das gesagt haben, das ist für mich persönlich sehr wichtig*“). Familie wird mit einem Nest verglichen und als ein Ort der Geborgenheit, des Schutzes und des Zusammenhalts konzipiert, was hier eher auf Überbehütung hinweist. Die verstärkte Betonung von familiärer Verbundenheit lässt sich, angesichts eines schwierigen Migrationshintergrunds als Geflüchtete, als Rückzug ins familiäre Feld interpretieren, in der die Eltern alles Negative vom Kind fernhalten und eine heile Welt vermitteln möchten.

»es gibt ja äh in verschiedenen Haushalten wo Eltern sich viel streiten wo irgendwie, (...) eben wo Kinder dabei sind und bei uns ist Gott sei Dank also bis jetzt noch nie der Fall gewesen [...] ja wie gesagt diese Liebe weil die Kinder oder jetzt sie merkt dass sie viel Liebe von uns bekommt dass wir gerne mit ihr alles alles was wir machen machen wir von Herzen und ich denke mir mal das sie dadurch glücklich und gesund ist [...] datt das Kind auch sieht das das auch lernt das sag ich mal Familie zusammenhält ne [...] dann reden wir mit ihr und sagen wir das darfst du nicht machen oder so musst du machen und

damit bauen wir uns dieses kleine Nest wo sie sagt meine Eltern haben nicht mit mir geschimpft (..) äh ja spielen mit ihr mit ihr was unternehmen was machen das ihr das Spaß macht, ich verbringe jede meiner freien Minuten mit ihr entweder draußen oder hier, alles was sie will, kleines Freches, die bekommt alles was sie will ich mach datt anders wie die das gesagt haben, das ist für mich persönlich sehr wichtig« (KK121803081Stt)

Die folgenden Interviewausschnitte weisen darauf hin, das Wohlbefinden von Kindern und Eltern über körperliche Zuwendung „kuscheln“ und familiäre Zuneigung hergestellt werden kann.

»Viel Spaß, viel kuscheln (..) ja das ist für ähm für die Seele das ist einfach wichtig ich denk mal ein Kind was nicht viel Zuneigung kriegt kann auch gar nicht wirklich gesund sein« (KH71003082Stt)

Gleichzeitig wird im Folgenden deutlich, dass kindliche Grenzen akzeptiert werden müssen. Es gibt eine Theorie, nach der über körperliche Nähe, Berührungen, Liebe und Zärtlichkeit sowie das Aufzeigen von persönlichen Grenzen eine gesunde Entwicklung und die dazugehörige Widerstandskraft von Kindern gefördert wird. Kinder die Liebe und Zuneigung erfahren, können diese selbst weitergeben und offen gegenüber anderen Menschen sein.

»Für ihre Seele ich denke ich mach sie damit auch ein Stückchen stärker (.) ich versuche aber genauso gut zu akzeptieren, wenn sie sagen nein ich will das nicht das denke ich, das ist auch ganz wichtig, dass sie lernen dass es akzeptiert wird, ich denke für Kinder ist körperliche Nähe und Zärtlichkeit genauso wichtig wie alles andere um sich gesund zu entwickeln, einfach äh die Wärme spüren, das man geliebt wird, ich glaub das kann ich denen hunderttausend Mal am Tag sagen, aber das wirkt anders als wenn ich sie dann in den Arm nehme und über den Kopf streichle und mal einen Kuss gebe oder so, ich denke wenn Kinder Liebe und Zärtlichkeit nicht erfahren können, können die das selber auch nicht weiter geben, die werden ich denke da stumpft ab man ist nicht mehr offen für andere Menschen« (KB41802073CH)

»Gestreichelt werden und Bezugnahme sind immer wichtig, also ich meine in den Arm genommen zu werden und getröstet werden ist ja das gleiche bei Schmerzen und also (.) so Bezugsfähigkeiten das kann Kraft geben, insofern meine ich das einfach« (KNE31402083EI)

Die Liebe und Zuneigung der Kinder haben eine positive Wirkung auf das Wohlbefinden von Eltern. Interessant ist, dass die Interviewte im Folgenden das Wohlbefinden ihres Kindes daran erkennt, dass das Kind seine Zuneigung zur Mutter ausdrückt. Interpretieren lässt sich, in Anbetracht schwieriger familiärer Verhältnisse, die Betonung der Zuneigung des Kindes zur Mutter auch als ein Rückzug auf die Mutter-Kind-Beziehung und somit als ein Effekt der schwierigen sozialen Situation, da die Mutter wenig Zuwendung in ihrem Umfeld erfährt.

»wenn er mich in den Arm nimmt und sagt Mama ich hab dich lieb, da merkt ich das richtig, dass es ihm gut geht er zeigt es mir ja dann auch« (KO160505081UC)

Ähnlich stellt sich das im folgenden Interviewausschnitt dar. Es gibt Mütter im Interviewsample, die sich ein freundschaftliches Verhältnis zu ihren Kindern im Vorschulalter wünschen. Die sprachliche Darstellung im Ich-Bezug weist darauf hin, dass die Mutter das möchte und für sich braucht.

»[...] das möchte ihr beibringen dass sie uns nicht als Eltern darstellt sondern mehr als Freunde, datt möchte ich gern haben oder möchte ich ihr beibringen jaa deswegen sagte ich eben ich möchte meinem Kind Freundin sein keine Mutter« (KK121803081Stt)

5.4.3.2 Familiäre Rituale

Die Datenanalyse legt nahe, dass es eine Subkategorie 'familiäre Rituale' zur Herstellung von Wohlbefinden gibt. Diese ist mit einer Theorie von Gesundheit verbunden, nach der familiäre Rituale Liebe, Zuwendung, Geborgenheit und Sicherheit vermitteln und sich positiv auf das persönliche Wohlbefinden von Eltern und Kindern auswirken. Familiäre Rituale konzipieren die Befragten zum einen über einen regelmäßigen Tagesablauf und zum anderen auf emotionaler Ebene über körperliche Berührungen und Zuwendung. Der innige Kontakt mit den Kindern beruhigt, tröstet, entspannt und vermittelt Sicherheit und Vertrauen. Diese emotionale Verbundenheit ist eine Grundlage, damit Kinder Selbstsicherheit, Zutrauen, Beziehungsfähigkeit und Stärke entwickeln können. Familiäre Rituale sind aber auch mit Benimmregeln (z. B. beim Essen) oder kommunikativen Regeln verbunden, die als kulturelle gesellschaftliche Normen interpretiert werden können und Kinder dazu befähigen sollen gesellschaftsfähig zu werden.

Die Aussagen in folgenden Interviewpassagen weisen zunächst darauf hin, dass Kinder einen regelmäßigen Tagesablauf brauchen und wie die Befragten diesen herstellen. Anschließend zeigen die Befragten die emotionale Ebene auf und wie sie körperliche Nähe herstellen. Diese ist sowohl für die Eltern als auch die Kinder wichtig. Die sprachliche Darstellung im personalen Ich-Bezug weist darauf hin, dass die Befragten von sich reden und sie so zum persönlichen Wohlbefinden ihrer Kinder beitragen.

»also seit ich mein Kind habe, äh achte ich auch verstärkt auf so Regelmäßigkeiten, wie Kinder Rituale brauchen das muss schon alles strukturiert sein, das müssen feste Abläufe sein und äh ja DAS hm also ich bin persönlich dieser Meinung, Chaos äh für Kinder oder irgendwie künstlerisches Leben das passt gar nicht zusammen also es passt wirklich so ruhiges so in Führungszeichen so langweiliges vielleicht einfach so aufstehen Frühstück essen dann irgendwas machen von wegen Kindergarten oder spielen und dann wieder kommen, Schlafenszeit es kommt Essenszeit, es kommt ja das man sparzieren geht« (KN811030821Stt)

»[...] ähm Buch lesen, singen, so diese abendlichen Rituale, beten, was erzählen noch, bei dem Kleinen noch nicht so aber die Große erzählt dann schon nochmal irgendwelche Sachen und ähm das sie dann auch eigentlich gut einschlafen [...]« (GD12808072)

»Ja einen ganz regelmäßigen äh äh Essrhythmus äh wir frühstücken, wir essen zu Mittag WEIL der nicht so viel gegessen immer wieder den gleichen Rhythmus [...] äh bis auf das was wir Tradition also Rituale dieses aufstehen und das ist auch schön mittags und mittags und abends diese vorlesen und zusammen mit (Name des jüngeren Sohnes) leg ich mich dann hin und ich leg mich dann neben ihn dann muss er auch noch mal kuscheln [...] also es fühlt sich äh äh das ist schön für beide Seiten er kuschelt morgens und der (Name des älteren Sohnes) abends kuscheln jetzt das ist beim (älterer Sohn) abends um einen friedlichen Schlaf zu finden und ich kann mich dabei ausruhen und morgens das ist halt schön, also er kuschelt mit meinem Mann morgens WEIL ich äh der (Name des Kindes) ist ein Frühaufsteher und er halt würde gerne, bleibt gerne noch was im Bett liegen

und wenn mein Mann dann morgens da ist, dann kuschelt er mit meinem Mann und ich bin dann mit dem (Name des älteren Kindes) schon wieder oben« (KN141903082Stt)

Körperliche Nähe, Berührungen, Liebe und Zärtlichkeit sind häufig in Rituale eingebunden, um so Wohlbefinden im Alltag herzustellen.

»Ich leg ihn dann hin und ich leg mich dann neben ihn, dann muss er auch noch mal kuscheln ja ich glaub das ist äh wichtiger als das Essen, ähm also es fühlt sich äh äh das ist schön für beide Seiten, er kuschelt morgens und der andere abends, also er (das anwesende Kind) kuschelt mit meinem Mann morgens« (KN141903082Stt)

Mit der sprachlichen Darstellung („man“) weist die Befragte im folgenden Interviewausschnitt auf eine Allgemeingültigkeit ihrer Aussage. Regeln, die mit einem bestimmten Benehmen verbunden sind, dienen dazu, dass sich Kinder gesellschaftsfähig entwickeln. Die Befragte bezeichnet das als spießig und macht damit auf eine eher abwertende Haltung gegenüber einer gesellschaftlichen Norm aufmerksam, die sie mit ihren Lachen relativiert, um anschließend das Gesagte nochmals zu unterstreichen.

»Gemeinsamer Anfang, sitzen bleiben bis alle fertig sind, gewisse Verhaltensregeln, man schlürft nicht, man () weiß ich nicht was noch also ne ich sach mal diese ganz normalen spießigen Verhaltensregeln (lacht) ich behaupte ohne die kommt man im Leben nicht weit, was heißt nicht weiter, hört sich jetzt blöd an, nicht gesellschaftsfähig also ja spießig halt. Ich stehe dazu (KV131803082Stt)

Die Befragte im folgenden Ausschnitt möchte, dass ihre Kinder gute Menschen werden, und stellt das in Zusammenhang mit einem regelmäßigen Leben. Die Aussage weist darauf hin, dass Regeln im sozialen Miteinander notwendig sind. Außerdem sind Regeln, an die sich alle halten müssen, notwendig damit es nicht zu Verletzungen kommt.

»Die Regel sind wichtig generell damit wir miteinander auch auskommen, damit das auch klappt alles wenn ich ihm jetzt sage, du darfst nicht an den Herd, dann dürfen alle drei nicht an den Herd, also das ist wichtig dass sie sich nicht weh tun und es ist auch wichtig das es für alle gleich ist, das der eine nicht, oh der darf und ich nicht (.) ich möchte denen einfach mitgeben ein guter Mensch zu sein, dass die das später auch weiter geben können und alles was ich ihnen beibringe dass sie das später auch ihren Kindern beibringen, dieses regelmäßige Leben finde ich eigentlich ganz wichtig und schön« (KB1701083CH)

5.4.3.3 Freundschaftlich Beziehungen

'Freundschaftliche Beziehungen – das persönliche Netzwerk', ist eine weitere Subkategorie. Im Vordergrund steht die sozial-emotionale Verbundenheit mit Menschen, die nicht als Teil der Familie betrachtet werden. In der Regel sind dies engere Beziehungen zu Freundinnen bzw. Freunden. Menschen, die füreinander da sind, die verlässlich sind, mit denen Freude geteilt werden kann und mit denen Erfahrungen austauscht oder Probleme besprochen werden können. In den Vorstellungen der Eltern sind sowohl eigene Freundschaften als auch die Freundschaften der Kinder (Peergroups) wichtig, um miteinander zu lachen, lustig oder albern zu sein und miteinander Spaß zu haben. Diese Kategorie ist mit

einer gesundheitlichen Theorie verbunden nach der, der Austausch mit Freund*innen, der Spaß miteinander, das Zusammensein und Selbstfürsorge sowie ein Gefühl von Geborgenheit, Zugehörigkeit und mentale Stabilität vermittelt und der aktiven Herstellung von Wohlbefinden dient. Um ein persönliches Netzwerk herzustellen und aufrechtzuerhalten ist kontinuierliche Beziehungsarbeit notwendig.

Mit der sprachlichen Darstellung (*'man'*) im folgenden Interviewausschnitt wird der Aussage Allgemeingültigkeit verliehen. Die Befragte bezieht ihre Freundschaft zu anderen Müttern auf den Austausch über Probleme in der Kindererziehung. Ihrer Theorie zufolge sind Freunde wichtig, weil sie Entlastung und Sicherheit bieten. Insbesondere durch die Gespräche mit befreundeten Müttern wird ersichtlich, dass diese z. B. ähnliche Erziehungsschwierigkeiten haben und so die eigenen in einem anderen Licht erscheinen und eher relativiert betrachtet werden können.

»Freunde schon ne große Rolle, weil die Große nicht so ganz einfach ist in der Erziehung und gerade der Austausch ist ganz wichtig weil dann merkt man nämlich das eigentlich die Sachen ganz klein sind und das die Kinder eigentlich ähnlich reagieren deswegen sind die schon ganz wichtig, mehr Frauen als Männer« (GD12808072)

Im folgenden Interviewausschnitt weist die sprachliche Darstellung („*man*“) auf sozial anerkannte und kollektiv praktizierte Handlungsweisen. Zunächst beschreibt dieser Vater, dass aus nicht näher bezeichneten Gründen Freunde für einen kommunikativen Austausch notwendig sind. Im personalen Ich-Bezug unterstreicht er, dass für ihn Freunde wichtig sind. Denn die Betrachtung anderer Sichtweisen im persönlichen Netzwerk hat eine unterstützende, entlastende und positive Wirkung auf das persönliche Wohlbefinden.

»Freunde sind wichtig wenn man in manchen Situationen man kann nicht immer alles mit der Familie teilen muss ja auch mit Freunden reden können ich sach mal die Freunde helfen auch und da sind meine Freunde auch wichtig für mich« (KB180207083CH)

Die Befragte im folgenden Ausschnitt beschreibt ihren Alltag mit drei Kindern als anstrengend. Im Ich-Bezug macht sie sprachlich deutlich, dass sie eine 'Auszeit' braucht, um den täglichen Anforderungen in der Familie wieder gewachsen zu sein. Ihre Theorie begründet sie damit, dass das Zusammensein mit Freundinnen außerhalb der Familie zu seelisch-geistiger Ausgeglichenheit führt. Gleichzeitig erlebt sich die Befragte als handlungsaktiv, in dem sie für sich sorgt.

»Für mich jetzt ist auch wichtig Stress bei drei Kindern nach einer Zeit ist dann der Kopf schon zu und brauch ich einfach meinen Tag da geht ich mit meinen Freundinnen raus oder das brauch ich schon damit ich dann am nächsten Tag wieder ausgeglichen bin und das ist wieder gestern das hat mir gut getan er (Freund der Mutter/Vater der jüngeren Kinder) hat alles gemacht das ist dann wieder gut für innen drin« (KB1701083CH)

Die folgende Interviewpassage legt nahe, dass für die Befragte Lachen ein wichtiger Aspekt von Gesundheit ist. Mit „*weil*“ begründet sie ihre Theorie nach der Lachen den Stressabbau unterstützt, ein Gefühl der Leichtigkeit vermittelt und

befreiend wirkt. Mit individualisierter Agency („*ich lach mit meiner Freundin auch sehr viel*“) macht die Befragte sprachlich deutlich, dass sie so ihr Wohlbefinden aktiv („*dazu beitragen*“) beeinflusst und sich als aktiv handelnde Person erlebt.

»und Lachen ist sehr wichtig für Gesundheit weil äh man, wenn man lacht dann fühlt man sich erleichtert, vom Stress weg ich lach mit meiner Freundin auch sehr viel also ich bin so ein Typ der lacht viel und dann kann ich dazu beitragen « (KC160205083LG)

Die Befragte im folgenden Ausschnitt hat eine Theorie entwickelt, nach der soziale Kontakte ein Gemeinschaftsgefühl vermitteln (Verbundenheit mit Anderen) und wichtig sind, um Wohlbefinden aktiv herzustellen. Gleichzeitig macht die Befragte deutlich, dass sie das aus ihrer Kindheit so kennt. Entsprechend ihrer Theorie ist das soziale Miteinander zur Herstellung von Wohlbefinden keine Besonderheit.

»Kommunikation und Spielen also das Gemeinschaftsgefühl erleben das sind wichtige Komponenten das sind für mich auch soziale Kontakte, die gepflegt werden müssen für mich und die Kinder also gleichermaßen und zum Wohlergehen beiträgt, ja dann geht es mir gut (lacht) [...] also ich bin damit groß geworden soziale Kontakte zu pflegen also gehe ich davon aus das es eher normal ist und zum Wohlbefinden beiträgt« (KV131803082Stt)

Der Befragte in der folgenden Interviewpassage weist darauf hin, dass für Kinder die Beziehungen zu Freunden aus seiner Sicht wichtig sind. Seiner Theorie zufolge vermittelt der emotionale Umgang der Kinder untereinander Spaß und Lebensfreude, die zu Ausgeglichenheit und psychischer Stabilität führen. Der zärtliche und zugewandte Umgang miteinander führt zu einer engen Verbundenheit mit Freunden und wirkt sich positiv auf Gesundheit aus.

»wenn sie mit anderen Kindern zusammen sind ja würde ich schon so sehen ganz einfach WEIL dieser Spaß einfach sie beflügelt und ihnen Lebensfreude gibt also wer ausgeglichen ist der wird nicht hin und her fallen glaub ich jedenfalls wenn der über seinen Lieblingsfreund spricht (lacht) das kommt einem so ein bisschen komisch vor und die tollen rum wie die Kälber und eigentlich verhalten die sich auch entsprechend also eigentlich sehr zärtlich und eigentlich auch schon (.) sehr auf einander eingehend und ich glaube diese Art der Zuwendung (.) diese Art des Bezugs jedenfalls, kann nur gut sein für die Gesundheit« (KNE31402083EI)

5.4.3.4 Gesellschaftliches Miteinander – soziokulturelle Werte

Die Subkategorie 'Gesellschaftliches Miteinander' ist eine Kategorie, die sich auf den Umgang mit anderen Menschen im öffentlichen Raum bezieht. Soziokulturelle Werte wie Offenheit, Verständnis, Respekt und Toleranz gegenüber anderen Menschen werden als eine grundsätzliche Voraussetzung für Zufriedenheit, Glück und Wohlbefinden gesehen. Diese Kategorie weist auf eine Verbundenheit mit sich selbst, mit anderen Menschen und der Umwelt. Die Befragten möchten soziokulturelle Werte an ihre Kinder weitergeben, da diese als wichtig für eine gute gesundheitliche Entwicklung der Kinder angesehen werden.

Die sprachlich verallgemeinerte Darstellung der folgenden Interviewausschnitte in kollektiver Agency weist darauf hin, dass das Gesagte für allgemeingültige gesellschaftliche Werte gilt. Eine grundsätzliche Einstellung der Toleranz und ein

Verständnis gegenüber sich selbst, anderen Menschen und der Umwelt ist für Gesundheit notwendig, da dies glücklich und zufrieden macht. Ein respekt- und liebevoller Umgang mit sich selbst und anderen Menschen sowie ein respekt- und verantwortungsvoller Umgang mit der Umwelt ist für die Befragte eine Bedingung, um aktiv persönliches Wohlbefinden herzustellen. Die Befragte möchte ihren Kindern diese Werte vermitteln.

[...] Toleranz und Verständnis für andere Menschen das ist denke ich ein ganz wichtiger Aspekt weil ich denke man kann nur zufrieden und glücklich was für mich auch ein großes Zeichen von Gesundheit ist, wenn man auch respektvoll und liebevoll mit anderen Menschen umgeht [...] ich möchte den Kinder Toleranz verantwortungsvollen Umgang mit sich selber aber auch verantwortungsvollen Umgang mit ihrer Umwelt z.B. kein Papier irgendwo hin werfen sondern in den Mülleimer, nach Möglichkeit Müll vermeiden wo es geht Pfandflaschen kaufen und so was ich denke das sind auch ganz wichtige Dinge, die zu fördern wo es geht, Verantwortung für sich selber und auf sich zu achten, Offenheit gegenüber anderen« (KB41802073CH)

«Hm ja Respekt vor anderen Menschen ähm grundsätzlich, das man alle () alle respektiert und auch das man sie achtet ihnen nichts zufügt ehrlich auch christliche Werte finde ich durchaus also diese Sachen Nächstenliebe und Achtung das würde ich sagen ist jetzt auch etwas das würde auch jemand sagen, der nicht an Gott glaubt, das find ich immer so« (FRK10310073)

Wie im folgenden Abschnitt deutlich wird, hat aktive mitmenschliche Fürsorge und Selbstfürsorge, also der bewusste Umgang mit anderen und sich selbst, einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden. Der Mensch wird als soziales Wesen betrachtet, der ohne anderen Menschen nicht überlebensfähig ist. Die Aussage „dass man sich mag, dass man einfach auf sich achtet“ zeigt eine innere Haltung der Wertschätzung gegenüber sich selbst und den achtsamen Umgang mit eigenen Bedürfnissen auf. Die sprachliche Darstellung („man“) weist auf die Allgemeingültigkeit der Aussage, sie geht davon aus, dass es bei anderen ebenso ist.

»wie man mit den anderen Menschen umgeht (.) weil ich denke dass der Mensch ohne einen Menschen nicht leben kann, wie man mit sich selbst umgeht äh ja das man sich wohl fühlt dass man sich mag dass man einfach achtet auf sich.« (KN81103082Stt)

Die sprachliche Darstellung im personalen Ich-Bezug („wenn ich jemandem etwas Gutes getan habe [...] der wirklich in Not ist“) weist auf die Strategie hin, die in ihrer Konsequenz mit Wohlbefinden („an dem Tag fühl ich mich sehr gut“) verbunden ist. Die Befragte weist darauf hin wie sie ihr eigenes Wohlbefinden positiv beeinflusst.

»wenn ich jemandem was Gutes getan habe und wenn ich sag ich mal jemanden der wirklich in Not ist, wenn ich weiß derjenige ist in Not und ich kann hier helfen oder ich tue für sie was gutes sach ich mal, an dem Tag fühl ich mich sehr gut, dann kann ich sagen, oh endlich du hast was Gutes getan« (KC160205083LG)

Im Folgenden wird zunächst ein Migrationsaspekt angesprochen. Die Befragte mit Migrationshintergrund ist der Ansicht, dass sich Migranten den, nicht näher spezifizierten, Gegebenheiten des Landes anpassen sollen, in dem sie leben.

Insbesondere Jugendliche mit Migrationshintergrund, die in Deutschland geboren sind, fallen durch mangelnde Deutschkenntnisse auf. Sprachlich wird („man“) der Aussage Allgemeingültigkeit verliehen, die Mutter geht davon aus, dass andere es ebenso sehen. Interpretieren lässt sich dies als eine Anpassung an Vorstellungen der Deutschen Gesellschaft, zu der sie gehören möchte. Die Mutter hat Angst, dass ihre Tochter auf eine 'schiefe Bahn' geraten könnte, weil es Jugendliche gibt, die sich aus ihrer Sicht nicht angepasst haben. Gesundheitliche Beeinträchtigungen werden hier über Ängste und Sorgen vermittelt, die sie aufgrund der Verhaltensweisen von Menschen in ihrem Umfeld entwickelt hat. Aus diesem Grund möchte sie kontrollieren, welche Freunde ihre Tochter später einmal hat, um dann zu entscheiden, welches die 'Richtigen' sind.

»ja man soll ja auch sich so benehmen und so entwickeln in diesem Land, wo man lebt, sag ich zumindest ne äh und deswegen nicht gegen niemanden um Gotteswillen aber es gibt sehr viele Jugendliche, die ähm leider Gottes hier geboren sind und immer noch nicht gut deutsch sprechen können und davor hab ich Angst dass die (Tochter) nicht in eine falsche Richtung abbiegt ne ich möchte dass mein Kind mir alles erzählt ich möchte das mein Kind mir sagt, was es für Freunde hat, ich möchte das mein Kind zu irgendjemanden besuchen will, schlafen gehen will das sie mir sagt Mama ich gehe zu dem und dem und das ICH dann selber entscheide ist das gut für sie oder ist das schlecht für sie, ich hoffe dass ich mir da nicht so große Sorgen machen muss« (KK121803081Stt)

5.4.3.5 Beziehungen zum und im sozialen und physischen Raum

Mit physischem Raum ist die natürliche und gebaute Umgebung gemeint, in der die Befragten leben. Diese Kategorie ist mit der Theorie verbunden, dass die Beziehungen zum und im physischen Raum beziehungsweise zum und im sozialen Raum²⁹ vielfältige Möglichkeiten bieten, um Wohlbefinden herzustellen oder zu unterstützen. Dabei stehen der soziale und der physische Raum in einer engen Beziehung zueinander. Es gibt aber auch klare Ab- und Ausgrenzungen im und zum sozialen Raum. Die Datenanalyse weist darauf hin, dass es im Interviewsample Eltern gibt, die unter sozialstrukturellen Bedingungen, die wenige Handlungsspielräume zulassen, sich selbst als aktiv und selbstbestimmt erleben. Ebenso wie es Befragte gibt, die sich bei gegebenen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen als nicht selbstbestimmt erleben.

Die sprachliche Darstellung im nächsten Ausschnitt, erfolgt zunächst in verallgemeinerter Form (kollektive Agency). Die Befragte setzt Gesundheit und Sozialisation miteinander in Beziehung. Damit ist die Theorie verbunden, dass der physische und soziale Raum für die gesundheitliche und soziale Entwicklung von Kindern wichtig sind, damit Kinder erfahren wie andere Menschen leben und ihren Tag verbringen. Stolz berichtet sie über die kommunikativen Kompetenzen ihrer Tochter und deren natürliches kindliches Interesse die Welt zu erkundet. Die Befragte nutzt die strukturellen Gegebenheiten in ihrem Umfeld. Aus Perspektive

der Mutter sind Menschen soziale Wesen und die Verbundenheit mit anderen Menschen ist notwendig, um sich wohlfühlen. Am Ende der Passage unterstreicht sie das Gesagte noch mal im personalen Ich-Bezug.

»auf die Gesundheit hat das einen sehr große Einfluss natürlich, dass das Kind sich das alles anguckt was die anderen Leute machen und wie die leben und äh wie die funktionieren also sehr große [...] es spielt eine Rolle bei diese ganzen Sozialisation dass man so sieht wie die anderen Menschen was die so machen, dass die morgens früh arbeiten gehen und einkaufen, dass die dann im Park spazieren gehen, die Kinder nehmen das als selbstverständlich was die so sehen die denken die ganze Welt funktioniert so und das es so ist [...]und äh sie ist sehr aufgeschlossen wirklich sehr selbstständig und ist sehr kommunikativ, geht auf jeden Menschen zu quatscht jeden an egal ob jemand alt ist oder irgendwie Lust hat oder nicht, sie macht das einfach und zeigt erzählt was sie kann oder hat und fragt Leute einfach auf der Straße, was machst du, warum gehst du, wohin gehst du« (KN811030821Stt)

Die Umgebung, in der die Befragten wohnen bietet vielschichtige Beziehungen aus Freundschaften und Nachbarschaften. Die Mütter erfahren Unterstützung und Entlastung, wenn die Kinder betreut werden müssen, wie die folgende Passage zeigt. Dabei gehen die Aktivitäten sowohl von den Interviewten als auch von den Nachbarn aus.

»und dann is das hier halt auch ganz schön wir haben Freunde, die wohnen gegenüber und zu den Nachbarn haben wir auch ein ganz gutes Verhältnis, die sich auch anbieten und sagen wenns nicht geht, dann schick halt Deine Tochter rüber, das ist eigentlich so ganz gut« (KN91103082Stt)

Im folgenden Ausschnitt wird ersichtlich, dass der physische Raum (der Spielplatz in der näheren Umgebung) nicht ansprechend ist und dies einen Einfluss auf das Wohlbefinden hat. Die Befragte hat eine Theorie entwickelt, nach der die Beschäftigung mit den Kindern für eine gute gesundheitliche Entwicklung wichtig ist und dafür die Ausstattung des physischen Raums eine Rolle spielt. Den Kindern stehen Fahrräder und Roller zur Verfügung, um sich draußen zu bewegen. Obwohl sie viel mit den Kindern unternimmt, erlebt sie das nicht wertschätzend ihrer eigenen Person gegenüber. Gleichzeitig spricht sie den schwierigen sozialen Raum an, in dem die Familie lebt. Damit ist die Theorie verbunden, dass das Verhalten anderer Kinder in der Umgebung negative Auswirkungen auf die eigenen Kinder hat. Die Erziehung der Kinder wird in diesem Umfeld als schwierig empfunden. Die Befragte erlebt sich nur bedingt handlungsaktiv, denn an dieser Situation kann sie kaum etwas ändern. Gleichzeitig wird eine Abgrenzung zu anderen Eltern ersichtlich.

»[...] schönere Spielplätze auf dem Spielplatz hier ist eine Schaukel ein Ding zum Springen und ein Klettergerüst und das wars und hinten genauso, also wir müssen echt weit latschen um einen schönen Spielplatz zu haben [...] auch viel mit denen unternemen, also ich bin jetzt nicht so das ich viel vor dem Fernseher sitze es wird viel gemacht die haben unten kleine Fahrräder oder diese Rücktrittroller oder mit dem Hund gehen wir raus man kann halt nicht so viel machen hier [...] ich finde es gibt halt viel zu wenig wir sind immer am Überlegen was kann man denn mit den Kindern machen und dann bleibt immer nur der Spielplatz und dann Bälle mitnehmen Sandsachen mitnehmen und das bleibt uns dann immer nur und das finde ich schade [...] also negativ finde ich z.B. ja egal

machen wir später oder ich kenn ja auch Leute die den ganzen Tag vorm Fernseher sitzen oder sich einfach nicht drum kümmern oder wenn man da nicht hin geht oder die Kinder die ganze Zeit alleine draußen lässt und so etwas dann geht es so einem Kind auch nicht gut und die werden dann auch aggressiv, meine Kinder meinen dann die dürfen dann länger raus oder die wollen dann schon ganz früh raus klar der denkt dann ich bin böse, die wollen das dann auch alles oder die Ausdrücke die hat er jetzt schön drauf und das find ich nicht schön, dann kommt er an und sagt das auch zur mir und dann erklär ich ihm das dann, dass das nicht schön ist meine Tochter die hat eine Blötsche hier am Oberschenkel von einem Hund da war auch ein Kind und die hat den Hund auf die gehetzt und da bin ich auch da hin gegangen und hab gesagt was soll das denn jetzt das ist ein negativer Einfluss auf alles Mögliche und auch wenn man da viel rumschreit das bringt auch nichts.» (KB1701083CH)

Die Befragte konzipiert Beziehungen im sozialen Raum als Verbundenheit mit dem Stadtteil, in dem sie aufgewachsen ist und in dem sie mit ihrer Familie lebt. Dieser Stadtteil ist inzwischen durch einen hohen Migrantenanteil geprägt, was sie als problematisch ansieht. Dennoch dient die Auseinandersetzung mit Menschen aus anderen Kulturen dazu, aktiv ein soziales Miteinander zu schaffen, welches das Wohlbefinden der Familie positiv beeinflusst. Interessant ist, dass der physische Raum, die Straße in der die Familie wohnt, wie ein geschlossener Bereich wirkt und dass das von Migranten geprägte Leben in diesem Stadtteil außerhalb der Straße mit einigen Einfamilienhäusern stattfindet. Gleichzeitig sind für die Befragte religiöse Werte wichtig und sie erwartet die Vermittlung von christlichen Werten im Kindergarten, in dem entsprechend des Umfeldes viele Kinder einer anderen Religionsgemeinschaft angehören.

»[...] dann würden wir ja nicht hier wohnen also ich bin hier (Stadtteil mit einem hohen Migrantenanteil) groß geworden natürlich ist die Problematik, hat die enorm zugenommen in den letzten Jahren das würde ich schon so unterschreiben aber auch nur durch eine Auseinandersetzung mit diesen Menschen kann man auch ein Miteinander schaffen und wenn ich flüchte ist das nicht die richtige Lösung meiner Meinung nach also natürlich erwarte ich wie jetzt in unserem Fall von einem kirchlichen Kindergarten die Vermittlung von bestimmten Werten auch sonst wäre ich ja nicht oder meine Kinder in einem kirchlichen Kindergarten aber natürlich sind auch da weiß ich nicht fünfzig Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund, ganz klar« (KV131803082Stt)

Die Befragte konzipiert in der folgenden Passage ihr Wohnumfeld als „heile Welt“, weil es in der Umgebung keine Schnellstraßen gibt. Zudem weist die Passage in sprachlich verallgemeinerter Darstellung auf eine soziale Dimension. Gesundheitsbeeinträchtigungen („fühlt man sich nicht wohl“, „man regt sich auf, bekommt Kopfschmerzen“) werden durch schwierige Nachbarschaftsverhältnisse („Stress mit den Nachbarn“) vermittelt. Das Gefühl am Wohnort unerwünscht zu sein beeinträchtigt den Alltag. Für diese Gesprächspartnerin ist ein gutes Nachbarschaftsverhältnis wichtig, um sich in der Umgebung wohlfühlen, was sie zum Ende der Passage noch mal unterstreicht. Interpretieren lässt sich dies als soziales Miteinander und Verbundenheit zum und mit dem physischen und sozialen Raum.

»Ähm ich glaub schon das das eine ganz große Rolle spielt wo die Kinder aufwachsen [...] wenn man so Schnellstraßen hat die Kinder können schon nicht so raus das ist bei uns anders, schon ein bisschen heile Welt [...] also wenn man Stress mit den Nachbarn

hat hatten wir auch schon fühlt man sich nicht wohl man regt sich auf bekommt Kopfschmerzen dadurch also schon spielt ne große Rolle aber Nachbarn sind auch schon wichtig also wir sind hier hingezogen und keiner wollte uns haben, das hat man schon gemerkt, man fühlte sich unwohl und das hat sich geändert man geht ganz anders raus ähm ja, die haben schon auch einen großen Einfluss« (GD12808072)

Der physische Raum und dessen Strukturen (Spielplatz, Kindergarten, Schule) kann die Möglichkeit bieten neue Kontakte zu knüpfen und Beziehungen aufzubauen. Diese Mutter nutzt aktiv die Möglichkeiten in ihrer Umgebung, um Kontakte zu knüpfen und beeinflusst somit aktiv ihr Wohlbefinden. Sie erlebt sich als handlungsaktiv. Interpretieren lässt sich dies auch als aus der 'Not eine Tugend machen', bisherige soziale Kontakte sind durch die Mutterschaft weggebrochen, also werden neue gesucht und aufgebaut.

»[...] Leute, mit denen ich viel unternommen habe, die einfach keine Kinder haben und die Kontakte teilweise auch einfach abgebrochen sind und dafür haben sich dann auch ganz neue gebildet, ich sprech spontan Leute an, wenn ich mit den Kindern auf dem Spielplatz bin oder durch den Kindergarten, die Schule« (KB41802073CH)

Die eigene Wohnung bietet jedoch auch eine Möglichkeit das Wohnumfeld und die Nachbarn 'außen vor zu lassen' und wird so als ein geschützter Raum mit der Möglichkeit des Rückzugs und der Abgrenzung konzipiert.

»Ich hab keine Freunde wenn ich von draußen rein komme und die Tür zu mache dann ist die Tür ZU ich hab zwar Nachbar aber keine Freunde [...] nee, die Älteste (Nachbarin) die ich habe die ist sechzig wenn ich sie sehe rede ich mal mit der aber es ist nicht so, dass ich da runter gehe und klingele« (BIS1610071Sch)

Wie in der folgenden Passage ersichtlich wird, gibt es auch Abgrenzungstendenzen gegenüber der Nachbarschaft, („also ich bin auch kein Typ der sich großartig mit Nachbarn behängt“), die sprachlich nochmal verstärkt werden („mit der Nachbarschaft, NEE“). Beeinträchtigungen des persönlichen Wohlbefindens können über nicht funktionierende Nachbarschaften vermittelt werden. Die Darstellung weist darauf hin, dass die Handlungsaktivität nicht darin liegt, für ein gutes Nachbarschaftsverhältnis zu sorgen, sondern sich von Nachbarn abzugrenzen („dann mach ich meine Tür zu und hab meine Ruhe“). Gleichzeitig macht die Befragte eingeschränkt deutlich, dass das Wohnumfeld diverse Vorteile bietet. Mit diversen sprachlichen Relativierungen („mein Mann ist ja auch Ausländer“, „eigentlich“, „gar nicht so schlimm“) stellt die Befragte ihr Wohnumfeld vage als „nicht so schlimm“ dar. In ihrem Wohnumfeld fällt sie mit ihrer Familie nicht auf. Interpretieren lässt sich dies als Rückzug ins familiäre Feld.

»[...] also, wenn ich in der Wohnsitua_ Wohngegend also nicht zufrieden bin dann mach ich meine Tür zu und hab meine Ruhe also ich bin auch kein Typ der sich großartig mit Nachbarn behängt wenn ich das Gefühl hab das funktioniert nicht äh da gibts nur unnötig Stress und den brauch ich nicht da ist mir meine Gesundheit zu schade, mit der Nachbarschaft NEE Ich find es von der Wohngegend her gut es gibt einen extrem hohen Ausländeranteil hier aber das ist auch gut so, da hab ich kein Problem mit, mein Mann ist ja auch Ausländer und ja so etwas stört mich nicht [...] also so etwas gehört für mich dazu [...] und von der Wohngegend finde ich es gar nicht so schlimm weil auf der Seite haben wir kaum Hochhäuser und vorm Haus nen Spielplatz hinter dem Haus nen Spielplatz

optimaler geht es eigentlich nicht es ist ne Einbahnstraße da fahren nur die Leute die hier wohnen und man kann die Kinder auch wirklich noch rauslassen ohne daneben zu stehen, von daher finde ich auf dieser Seite die Wohnsituation gar nicht so SCHLIMM« (KO150205082U)

5.4.4 Ernährung und Bewegung

5.4.4.1 Ernährung zwischen Genuss und Alltag

Es gibt eine Ernährungstheorie von Wohlbefinden die mit der Zubereitung der Mahlzeiten, der Situation rund um die Mahlzeiten und dem Genuss des Essens in Verbindung steht. Gemeinsame Mahlzeiten werden insbesondere in Familien, die aufgrund geringer zeitlicher Ressourcen nur zu einer Mahlzeit zusammenkommt, als eine Zeit der Zusammengehörigkeit konzipiert. Die Zeit wird genutzt, um sich in der Familie auszutauschen und die Ereignisse des Tages miteinander zu besprechen. Die Möglichkeit, Lebensmittel auswählen zu können und die eigenständige Zubereitung der Mahlzeiten kann mit einem Gefühl der Freiheit verbunden sein. Viele der befragten Eltern haben ein ausgeprägtes Ernährungswissen. Gleichzeitig werden gesellschaftliche Stigmatisierungen und ein damit verbundenes schlechtes Gewissen erkennbar. Manche Eltern nehmen Distinktionen wahr, da sie sich vielfältige Nahrungsangebote in der Kita aus finanziellen Gründen nicht leisten können. Insbesondere in den Familien, in denen ein Elternteil einen Migrationshintergrund hat, spielt eine andere Esskultur eine große Rolle.

Die Befragte im folgenden Ausschnitt konstruiert Ernährung als Lebensart und bezieht sich dabei auf ihren kulturellen Hintergrund. Gleichzeitig hat sie die Theorie entwickelt, dass diese Lebensart, die mit Genuss verbunden ist, das Wohlbefinden fördert und nicht nur dem Satt werden dient.

»Ich achte größtenteils auf Ernährung da wir gerne gut essen meistens auch zu viel äh ich versuch auch beeinflusst durch die mediterrane Küche Sachen zu benutzen wie Olivenöl was natürlich auch durch mein zu Hause noch mit kommt ich bin damit aufgewachsen, Obst und Gemüse ist immer ein Bestandteil unserer Ernährung (.) Ernährung ist eine LEBENSART die auch dazu beitragen kann mich wohlzufühlen also GENUSS und nicht nur zum satt werden, dieser Aspekt hilft« (KB51902081CH)

Die Darstellung der Befragten in der folgenden Passage weist auf ihr Ernährungswissen hin. Während die Befragte im oberen Interviewausschnitt die Koch- und Esskultur ihrer Kindheit weiterhin nutzt und lebt, wird im unteren Ausschnitt ersichtlich, dass die Befragte die Koch- und Esskultur, der Eltern ihres Freundes übernommen hat. Diese ist ihrer Theorie zufolge einem Ernährungstrend (mediterrane Küche) entsprechend gesund. Gleichzeitig weist sie darauf hin, dass es auch Süßigkeiten gibt, die im Gegensatz zur mediterranen Küche als ungesund eingestuft werden.

»von der Ernährung her es gibt auch Süßes ich mag z. B. nicht gerne was aus der Friteuse das mag ich nicht und die Kinder auch nicht es gibt auch oft Salat seit ich jetzt mit meinem Freund zusammen bin seit 5 Jahren hab ich sowieso anders kochen durch seine

Mutter gelernt das sind (Herkunftsland) die essen erst immer einen kleinen Teller Nudeln mit frischer Tomatensoße, Pesto oder das ist alles gesund und danach gibt es immer meist ein Stück Fleisch oder Fisch mit Salat und abends gibt es dann, wenn ich viel gekocht habe noch mal das oder Butterbrot oder Cornflakes so etwas halt und zwischen-durch gibt es auch Süßes oder Fruchtzwerge aber die kauf ich jetzt nicht jeden Tag« (KB1701083CH)

Im folgenden Ausschnitt ist interessant, dass die Befragte im Gegensatz zu den Erfahrungen aus ihrer Herkunftsfamilie, auf die Ernährung ihrer Kinder achtet und die Regeln verändert hat, mit denen sie aufgewachsen ist. Gemäß ihrer gesundheitsrelevanten Theorie ist es wichtig, Kinder zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Süßigkeiten und Chips zu erziehen. Sie hat verschiedene Strategien entwickelt, damit ihre Kinder dies erlernen. Bei dem was gegessen wird, weist sie auf ihre Vorbildfunktion als Mutter hin. Die gemeinsame Mahlzeit konzipiert sie als Zeit für die Familie, die für einen gemeinsamen kommunikativen Austausch untereinander genutzt wird und eine verbindende Funktion hat.

»was so Ernährung anbelangt wo bei mir so gar nicht drauf geachtet wurde ich achte da bei meinen Kindern drauf das sie viel frisches Obst und Gemüse klar die kriegen auch Süßigkeiten und Chips und so das will ich denen auch nicht verbieten aber ich versuche denen einfach einen verantwortungsvollen Umgang damit beizubringen, das sie lernen ich hab das jetzt angefangen bei den Großen die bekommen ne Box von mir wo sie sich Süßigkeiten für die ganze Woche rein tun das können die sich einteilen das find ich besser als Verbote die erste Zeit war es ein bisschen schwierig aber mittlerweile klappt es ganz gut also ich denke das wie es früher bei uns so üblich war am Tisch es wird aufgegessen oder es wird gegessen was auf den Tisch kommt, das sind Dinge die ich dann ganz anders gemacht habe das sind so alte Regeln die ich erst gar nicht eingeführt habe wenn sie am Tisch sitzen und sagen ich mag nicht mehr dann ist das o. k., die einzige Regel die wir haben ist das ich denen gesagt habe beim Essen ich möchte nicht das ihr von vornerein sagt ich mag das nicht wenn ihr gar nicht wisst was das ist und das klappt wunderbar, meine Kinder essen sogar Dinge wo andere Kinder die Nase rümpfen würden [...] ich versuche denen Vorbild zu sein ich esse selber auch viel Obst und Gemüse und dadurch kommen die auch automatisch darauf [...] dass wir alle zusammen essen 1x am Tag weil die ja normalerweise den ganzen Tag weg sind gemeinsames Essen bindet wir haben Zeit zum Reden uns über den Tag auszutauschen wir haben da Möglichkeiten Dinge zu besprechen wenn da was schief gelaufen ist ich denke das ist ganz wichtig diese Mahlzeit zusammen ist für uns mehr als nur gemeinsam zu essen alles so Kleinigkeiten die durch so einen Austausch passieren wir reden miteinander darüber und ich versuch den Kindern das zu erklären und dadurch können wir auch so handeln und deswegen ist das wichtig« (KB41802073CH)

Gleichzeitig weist sie auf die Problematik von Werbebotschaften hin.

»Diese scheid Werbung, man soll einfach nicht suggerieren, dass das gesund ist wenn es nicht so ist, was mir spontan so einfällt« (KB41802073CH)

Die Mutter im folgenden Ausschnitt konzipiert die gemeinsame Mahlzeit als Zeit für die Familie, in der familiäre Verbundenheit gelebt wird. Ebenso wird das Ernährungswissen der Befragten ersichtlich. Mit der sprachlichen Darstellung („man“) verleiht die Befragte ihrer Aussage Allgemeingültigkeit. Aufgrund fehlender monetärer Mittel ist eine gesunde Ernährung mit frischen Lebensmitteln nur bedingt möglich. Gleichzeitig weist ihre Darstellung darauf hin, dass das vielfältige Angebot in der Kita dazu führt, dass sie sich ausgegrenzt fühlt. Sie kann die

dadurch entstehenden Wünsche ihres Kindes nicht erfüllen. Dies kann als Versagensangst als Mutter, aufgrund fehlender monetärer Mittel interpretiert werden.

»Ich koche zwar nicht immer es gibt auch mal was aus der Dose klar weil man kann ja nicht jeden Tag frisch kochen hat man auch nicht das Geld zu, ja [...] durch den Kindergarten finde ich ist es extremer geworden weil die haben da ja echt alles von A-Z es gibt ja Gemüse oder Ananas das kann ich mir einfach nicht erlauben weil es zu teuer ist und deswegen ich hab ja schon immer was angeboten ne Möhre oder alles was er halt nicht kannte (I: Was kochen Sie?) äh verschiedene Sachen Bolognese manchmal gibt es auch Pizza oder Fritten diese ungesunden Sachen halt wir essen gemeinsam es ist langweilig allein zu essen finde ich und so sieht er auch das wir das zusammen machen, dass wir eine Familie sind das wir zusammen gehören« (KO160505081U)

Im Gegensatz zu den vorherigen Interviewausschnitten wird im Folgenden ersichtlich, dass die Situation um die gemeinsamen Mahlzeiten mit den Kindern stressig ist. Für den Befragten ist es eine Ideologie, dass die gemeinsamen Mahlzeiten als Zeit für die Familie, verbunden mit einem Gemeinschaftsgefühl, gesehen werden. Der Befragte konstruiert Essen als Genuss. Er macht deutlich, dass für ihn Kochen und die Auswahl der Produkte wichtig sind und er sich bewusst damit auseinandersetzt. Damit überlässt er das Kochen nicht anderen und schafft sich die Freiheit selbst zu entscheiden und selbstbestimmt kreativ tätig zu werden. Dementsprechend ist für ihn der Rahmen der Nahrungsaufnahme wichtig. Aus seiner Perspektive interessieren sich Kinder nur dafür, ob es schmeckt oder nicht schmeckt. Dieses empfindet er als mangelnde Wertschätzung seiner Bemühungen (Kochkunst). Dennoch hat er die Theorie entwickelt, dass sich Kinder „vernünftig“, mit hochwertigen Nahrungsmitteln ernähren sollen. Aus diesem Grund wählt er die Zutaten sorgfältig aus und kocht für die Kinder.

»Eine kräht WEIL sie gefüttert werden will dem Zweiten fällt gerade irgendwas runter, der Dritte mault WEIL irgendwas nicht schmeckt usw. es ist immer was los und das ist einfach total nervig und in Ruhe zu Essen sagen wir mal das Essen zu genießen also ich koch ganz gerne, wenn ich irgendwas vernünftiges gekocht hab, dann hab ich keine Lust darauf das da rum gemault wird eigentlich und wenn man dann mit so vielen anderen Dingen zu tun hat dann macht das keinen Spaß dann sagen wir mal so ich sitz lieber mit meiner Liebsten alleine am Tisch weil das einfach entspannender ist (lacht), das heißt es ist nicht das Gemeinschaftsgefühl wir sitzen alle an einem Tisch oder wir essen alle zusammen oder so was da dominiert sondern eher die Idee dass die noch was vernünftiges essen sollen und nicht irgend einen Quatsch sich da beschaffen [...] es ist eigentlich eher eine Frage davon was ich esse sagen wir mal so also ich mach nicht allen Quatsch und ich koch relativ (.) bewusst das heißt ich wähle die Zutaten auch aus für mich ist das immer eine Frage grundsätzlich der Zutaten da versuche ich keinen Schrott irgendwie zu kaufen sondern achte da schon drauf und insofern ist das natürlich schon fundamental das hat für mich schon eine ganz klare Bedeutung [...] der Faktor der der oder diese Gefühl wir sitzen hier alle so schön am Tisch mit der Familie das ist alles Kappes das halt ich für eine Ideologie und für eine Vorstellung die, das stimmt zwar alles ist ja auch ganz wunderbar aber in den seltensten Fällen klappt es und meistens ist es nur mit irgendwelchem Blödsinn verbunden WEIL die Kleinen sind keine Genießer das interessiert die überhaupt nicht die interessiert nur schmeckt es oder schmeckt es nicht und man man freut sich wenn es irgendwie schmeckt aber oft schmeckt es denen auch gar nicht obwohl ich finde es müsste eigentlich ganz toll sein« (KNE31402083EI)

Die Interviewte im folgenden Interviewausschnitt verdeutlicht sprachlich („ich er-tappe mich“), dass sie nicht den üblichen Normen entsprechend handelt. Sie

möchte ihren Kindern ein gutes Vorbild sein. Das Essen von Schokolade passt nicht dazu, daher isst sie diese heimlich. Ähnlich wie im vorherigen Interviewausschnitt empfindet die Befragte die Situation um die Nahrungsaufnahme als stressig. Für sie steht im Vordergrund, dass der ältere Sohn genug isst. Aus diesem Grund toleriert sie, dass das Kind beim Fernsehen isst. Die Befragte befindet sich in einem Konflikt („gestehe ich zu meiner SCHANDE“) zwischen der ausgeprägten Sorge um die ausreichende Ernährung ihres Kindes und dem Essen während des Fernsehens. Im Gesagten klingen zudem Überforderungstendenzen der Mutter während der gemeinsamen Mahlzeiten mit den Kindern an. Hauptsache das Kind isst, egal was, wann und wo. Interpretieren lässt dies als ein Verstoß gegen gesellschaftliche Ernährungsnormen, die mit Schuldgefühlen verbunden sind.

»äh ich ertappe mich heute das ich äh äh nicht unbedingt äh Sachen wie Schokolade vor den Kindern esse auch nicht mit den Kindern zusammen sondern ich mach das (lacht) wenn ich ganz alleine bin [...] der Kleine ist ein Süßer der ist wie Jeck und ich hab immer gesagt nicht morgens aber für die Kinder ist es wichtig morgens und warum sollten sie es mittags essen wenn sie es morgens brauchen also ich muss mich also das war schwer für mich dass sie morgens früh aufstehen der jüngere isst zwar erst ein Brot aber dann will er seine Schokolade haben egal was darauf ist [...] Ähm das Frühstück gestehe ich zu meiner SCHANDE der Ältere möchte morgens früh KiKA gucken und da bin ich eigentlich auch froh drum und da isst der sein Brot weil äh die zwei haben ne Phase wo die sind jetzt vier und zwei Jahre und schon seit Monaten also wenn die zwei auf einander treffen, das ist ganz schlimm also die schlagen sich die Köpfe ein und ähm ich bin mit dem Jüngeren in der Küche und wir essen zusammen und der Ältere isst hier im Wohnzimmer vor dem Fernseher und er ISST ES DANN AUF das würde wenn der in der Küche ist weil früher haben wir immer zusammen gefrühstückt und zusammen am Tisch gesessen da war schon immer dieses hubbelig und mal hier und das hat einen schon immer völlig fertig gemacht und als er vor dem Fernseher DA BLEIBT ER SITZEN und isst, irgendwann hab ich mir gedacht na ja es ist egal wann der sein Pensum an fernsehen und da hab ich mich an den Rhythmus der Kinder gewöhnt die haben einen völlig unterschiedlichen Rhythmus« (KN141903082Stt)

Die Gesprächspartnerin im Folgenden weist, in Bezug auf ihre ältere Tochter, auf einen weiteren Aspekt von Ernährung und Gesundheit, der mit einem Schönheitsideal in Verbindung steht und mit der Darstellung von Schönheitsidealen in Medien verbunden ist. Die mediale Darstellung ist mit einer Nachahmfunktion verbunden und wird gleichzeitig als Bedrohung empfunden. Medien vermitteln gesellschaftliche Normen, die sich aus Sicht der Befragten negativ auswirken.

»Ja ähm es fängt schon an mit dem Schlankheitswahn, das ist genau wo meine Tochter in dem Alter ist und damit anfangen könnte, wo sie drauf eingeht und von daher finde ich die Medien nicht wirklich hilfreich, es gibt schon für die Kleinen so Sendungen wo das mit der Ernährung und dem gesunden Verhalten raus kommt aber ich persönlich finde es ist ganz wenig, ich habe noch nicht viel gefunden, wo man sagt das könnte jetzt als Vorbild bei Kindern dienen« (KH71003082Stt)

5.4.4.2 Bewegung zwischen normativem Anspruch, Körpergefühl und Freude

Die befragten Eltern haben eine Theorie entwickelt, nach der sich körperliche Bewegung positiv auf das körperliche und seelisch/geistige Wohlbefinden auswirkt. Um positive Erfahrungen an die Kinder weiterzugeben bewegen sich Eltern

gemeinsam mit ihren Kindern oder es wird dafür gesorgt, dass sich die Kinder ausreichend bewegen. Bewegung wird als Wachstum, Weiterentwicklung und Freiheit konzipiert. Die Theorie weist auf eine körperliche Verbundenheit und ist gleichzeitig mit Stigmatisierungen, Vorverurteilungen und Distinktionen aufgrund eines meist medial vermittelten normativen Körperbildes verbunden. Dieses kann sich wiederum hinderlich auf die sportlichen Aktivitäten von Eltern und deren Vorbildfunktion auswirken.

Die Befragte im Folgenden macht deutlich, dass Bewegung positive Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden hat und nimmt daher ihre Vorbildfunktion wahr, indem sie sich mit ihren Kindern bewegt. Sie hat die Theorie entwickelt, dass Bewegung mit emotionalen Aspekten wie Lachen, Freude und Spaß verbunden ist und der Herstellung von Wohlbefinden dient. Die emotionalen Aspekte machen zudem die Verbundenheit innerhalb der Familie und mit dem eigenen Körper deutlich.

»Bewegung also ich persönlich fühl mich dann immer besser, wenn ich was getan habe und warum sollte das bei den Kindern anders sein toben Blödsinn machen (lacht) und dann halt wirklich Inliner fahren und halt Fahrrad fahren sich bewegen da haben sie schon viel Spaß da freuen sie sich auch immer wenn wir das machen [...] ja das man halt so wie wir schon viel raus gehen viel lachen und äh viel Sport macht« (KH71003082Stt)

Die nächste Passage legt nahe, dass der Interviewpartner eine Theorie entwickelt hat, nach der Kinder durch Bewegung ihren Körper und körperliche Grenzen kennenlernen und somit Körperbewusstsein entwickeln.

»also ich steh auf Bewegung, ich glaub das Bewegung alles ist (.) aber diese Art grundsätzlich Bewegung was weiß ich hinter her laufen fangen spielen oder sonstigen Dinge ne die lernen einfach, einfach ihren Körper kennen, also man lernt die Grenzen kennen wann man aus der Puste ist und so und äh das macht Spaß.« (KNE31402083EI)

Die Gesprächspartnerinnen der folgenden Passagen haben eine Theorie entwickelt, nach der Krankheiten durch Bewegungsmangel ausgelöst werden. Mit diesen Aussagen sind gleichzeitig Stigmatisierungen durch ein gesellschaftlich verankertes Körperbild verbunden. Die Befragten können den Gesundheitszustand anderer Kinder nicht beurteilen. Zudem werden mögliche andere Ursachen nicht in Betracht gezogen.

»weil ähm ein Kind was sich nicht groß bewegt, erstens wirds dick und ähm is nicht belastbar und dadurch kommen ja die ganzen Krankheiten dann.« (GD12808072)

» äh viel Sport macht, was mir (.) was ich verdammt wichtig finde ich weiß nicht (lacht) äh ich kann damit nicht umgehen, wenn mir ein Kind entgegen kommt, dass genauso viel wiegt wie ich und so alt ist wie mein Sohn, kann ich nicht mit umgehen, kann ich nicht verstehen vielleicht so halt, nee weil es für mich absolut mag absolut gesund sein das Kind, aber im Endeffekt ist es nicht gesund.« (KH71003082Stt)

Die Interviewte verdeutlicht, dass mediale Berichterstattungen dazu führen können, ein schlechtes Gewissen zu entwickeln. Interessant ist dabei der Wechsel vom Ich-Bezug in die sprachliche Verallgemeinerung. Die Gesprächspartnerin

hat eine Theorie entwickelt nach der es besser ist, sich nicht von gesellschaftlichen Normen („müsste“) unter Druck setzen zu lassen.

»also wie gesagt im Alltag ich geh halt nicht Laufen oder ich mach nicht dies und jenes also das ist sicherlich (.) ähm das kommt wieder irgendwann [...] also da denke ich wenn man so liest dann bin ich mir bewusst dass ich mehr Sport machen müsste mehr ähm also auch ernährungstechnisch und Sport das ist absolut ein Defizit aber mein Gott so is es im Moment« (FRK10310073)

5.4.5 Sicherheit – Vielfältige Ebenen

Wie bereits in den zuvor beschriebenen Kategorien ersichtlich wurde, hat Sicherheit in Bezug auf Wohlbefinden eine kategorienübergreifende Relevanz. In dieser Kategorie spielt materielle Sicherheit (objektive wirtschaftliche Sicherheit), Dankbarkeit und Wertschätzung sowie gesundheitliche Fremdbestimmung eine Rolle. Diese Aspekte können Sicherheit vermitteln und sich positiv auf das persönliche Wohlbefinden auswirken. Die Kategorie 'Materielle Sicherheit – Vielfältige Ebenen' beinhaltet die Subkategorien:

- Materielle Sicherheit – monetäre Mittel,
- Spirituelle Sicherheit – Dankbarkeit und Wertschätzung,
- Fremdbestimmung von Gesundheit – Sicherheit und Kontrolle.

5.4.5.1 Materielle Sicherheit und monetäre Mittel

Mit 'materieller Sicherheit und monetäre Mittel' ist die Theorie verbunden, dass 'ausreichend' monetäre Mittel notwendig sind, um Sicherheit und materielles Wohlbefinden herzustellen. Dies bezieht sich ebenso auf den Konsum von biologisch angebautem Obst und Gemüse sowie hochwertigem (Bio-) Fleisch, wie auf schadstofffreie Kleidung, IGeL-Leistungen und grundlegende Bedürfnisse nach einem (sicheren) Arbeitsplatz, einer Wohnung oder generell 'bezahlbaren' Preisen für Obst und Gemüse. Zudem gibt es Hinweise auf eine Theorie nach der Macht und Anerkennung, die mit der Verfügbarkeit von monetären Mitteln in einem Zusammenhang stehen, einen positiven Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden haben können. Die Möglichkeiten, materielles Wohlbefinden herzustellen sind aufgrund der jeweiligen Verfügbarkeit monetärer Mittel unterschiedlich verteilt. Außerdem klingt der Wunsch nach Kontrolle und einer gewissen Konsumbefriedigung zur Herstellung von Wohlbefinden an. Diese Kategorie weist auf eine gewisse Verunsicherung und mehrdeutige Angst vor Bedrohungen hin.

Wie die folgenden Interviewausschnitte nahe legen hat der finanzielle Hintergrund einen Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden und beeinflusst das Sicherheitsgefühl. Damit ist die Theorie verbunden durch monetäre Mittel hochwertige oder unbelastete (Bio-) Lebensmittel, Kleidung etc. kaufen zu können.

»[...] also hier im Alltag also wir essen nicht besonders viel Fleisch gibt's halt, aber nicht sehr häufig und insofern ist das schon eine Reflexion darauf, dass es mit dem Fleisch eben grundsätzlich eine problematische Angelegenheit ist und man vorsichtig sein muss und gucken muss was man da kauft und wie auch mit sonstigen Bioprodukten, das ist immer eine Frage des Geldes und eine Frage davon ob man genug auf der Tasche hat um sich das entsprechend leisten zu können ich nehm natürlich viel wahr ich lese, ich nehm also ich bin schon grundsätzlich ein informierter Mensch was das Tagesgeschehen angeht natürlich bekomme ich entsprechend auch mit wenn es irgendwelche Meldungen zu irgendwas gibt was weiß ich Giftstoffen in Kleidung oder von irgendwelchen anderen Skandalen die man so hört also insofern reflektier ich das auch schon« (KNE31402083E)

Die folgende Interviewpassage verweist auf eine gewisse Verunsicherung durch Lebensmittelskandale, daher wird vorsorglich in Biogeschäften eingekauft. Die Befragte grenzt sich zu denen ab, die diese finanziellen Möglichkeiten nicht haben und weist so auf sozialstrukturelle Bedingungen hin. Mit Biogeschäften konzipiert die Befragte einen Ort wo Lebensmittel gekauft werden können, die als gesund angesehen werden, da diese aus biologisch kontrolliertem Anbau stammen. Interessant ist, dass für die Befragte Bio-Obst eine gesunde Nahrungsergänzung zu Süßigkeiten ist. Gesundheit, die mit Geld erkauf werden kann, um das Negative (Süßigkeiten) mit Positivem (Bio-Obst) auszugleichen. Gleichzeitig zeigt die Befragte auf, dass monetäre Mittel notwendig sind, um sich gesundheitliche Vorsorge, in diesen Fall IGeL-Leistungen, kaufen zu können.

»Leider Gottes ist da auch der finanzielle Hintergrund sehr entscheidend denn wenn ich Lebensmittelpreise sehe und ähm so Vorsorge überhaupt so die Möglichkeiten auch in Biogeschäften so zu kaufen wenn z. B. dieser Skandal mit den Mandarinen, dass die Kinder auf nichts verzichten äh und auch gesunde Ergänzungen zu ihren Süßigkeiten bekommen das ist äh auch sehr vom Geld also finanziellen Aufwand verbunden [...] aber das was uns möglich ist, das machen wir darauf verwende ich mehr Zeit und mehr Geld als es je der Fall war« (KN141903082Stt)

Im folgenden Interviewausschnitt wird ersichtlich, dass ein Zusammenhang zwischen der Kaufkraft des Euro und den Preisen für Obst und Gemüse gesehen wird. Damit nimmt die Sicherheit ab, Lebensmittel kaufen zu können, die als gesund angesehen werden. Es gibt aber auch Befragte, bei denen das zur Verfügung stehende Geld für frische Lebensmittel nicht reicht.

»Günstigere Preise für Obst und Gemüse manchmal denke ich mir echt dann wollen sie (die Kinder) ne Melone und dann kostet das Ding zwei Euro und dann denke ich mir das waren mal vier Mark ich rechne auch immer noch um ich finde das unverschämt und uferlos also das wäre eine große Unterstützung weil man verdient ja nicht mehr« (KH71003082Stt)

Ein weiterer Aspekt materieller Sicherheit ist mit der Befriedigung von Grundbedürfnissen wie Essen, Trinken, einer Wohnung, einem Arbeitsplatz und Freunden verbunden. Wie die folgende Interviewpassage zeigt, wird Gesundheit durch existenzielle Grundbedürfnisse mit bestimmt.

»Essen, Trinken, eine Wohnung, einen Freund vielleicht (...) [...]« (KO160505081U)

Der Befragte im folgenden Interviewausschnitt konstruiert mit „gerne“ eine befriedigende und sinnstiftende Arbeit, die selbst gewählt wurde und der bereitwillig

nachgegangen wird. Ein solcher Arbeitsplatz erhöht aus Sicht des Befragten, die Chancen, einen Arbeitsvertrag zu erhalten und nicht als Aushilfe oder befristet tätig zu sein. Eine befriedigende Tätigkeit und das Gefühl, finanziell fair behandelt zu werden, wirkt sich positiv auf das individuelle Wohlbefinden aus. Sprachlich verallgemeinert („man“) beschreibt der Befragte, dass ein regelmäßiges Einkommen notwendig ist, um Ziele zu entwickeln, Zukunftspläne zu machen und in den Urlaub fahren zu können. Dies lässt auf ein Bedürfnis nach Sicherheit, Kontrolle sowie auf eine gewisse Konsumermöglichkeit und Befriedigung schließen. Mit personalem Ich-Bezug unterstreicht er einerseits seine Aussage und andererseits verweist er darauf, dass ein Arbeitsplatz für einen sozialen Aufstieg notwendig ist. Die sprachliche Darstellung weist auf anerkannte und sozial praktizierte Handlungen im Sinne von sozialen Regeln und damit auf Funktionsprinzipien der Gesellschaft hin. Planungssicherheit in der Lebensgestaltung, um Ziele zu entwickeln und verfolgen zu können, hat nur derjenige, der einen sicheren Arbeitsplatz und ein regelmäßiges Einkommen hat. Mit seiner Darstellung grenzt sich der Befragte zu denen ab, von denen er annimmt, dass sie einen frei gewählten unbefristeten Arbeitsplatz und damit Planungssicherheit haben. Gesundheitliche Beeinträchtigungen werden über das Fehlen von Planungssicherheit und Konsumbefriedigung sowie fehlender Wertschätzung vermittelt, die durch geringe finanzielle Mittel und unsichere Arbeitsverhältnisse hervorgerufen werden. Die Entwicklung von Lebensentwürfen ist ohne entsprechende finanzielle Mittel eingeschränkt. Diese Einschränkung wirkt sich negativ auf das persönliche Wohlbefinden aus. Die sprachliche Darstellung weist zudem darauf hin, dass der Befragte sich nicht als handelnde Person erlebt, sondern dass die Handlungsinitiative und die Handlungsmöglichkeiten durch die Strukturen bestimmt werden, in denen er lebt.

»[...] und ab und zu kann man auch so eine Prämie und wenn der (Arbeitgeber) sieht das man den Job gerne macht, dass man dann auch einen Festvertrag bekommt und dann kann man nicht von heute auf morgen ohne Grund raus geschmissen werden kann man auch ein Ziel vor Augen haben und dann kann man auch Pläne machen, was man alles machen kann, dann kann man in den Urlaub fahren, dann weiß man dann kann man schon vorher planen weil man ja das Geld regelmäßig bekommt und ich auch arbeiten gehe« (KB180207083CH)

Die sprachliche Darstellung im man-Bezug weist auf allgemeingültiges, kollektives Wissen hin. Zum einen verweist die Befragte darauf, dass ihre Kinder einen Beruf und ein 'gutes' Beschäftigungsverhältnis brauchen, damit sie Geld verdienen können. Für sie ist die Verfügbarkeit über Geld eine Bedingung, um sich gegenüber nicht näher bezeichneten anderen Leuten verbal durchsetzen zu können und eine nicht näher bezeichnete Macht zu besitzen. Dabei greift sie auf kollektives, generalisiertes Wissen (Sprichwort) zurück ('haste Geld, haste Macht, haste

kein Geld, haste keine Macht') und weist damit auf sozialstrukturelle Bedingungen hin. Außerdem wird hier ersichtlich, dass aus Sicht der Befragten mit einem Beruf, der ein gewisses Einkommen sichert, das Selbstwertgefühl steigt. Die Befragte verweist zudem auf eine Bedingung („wenn man einen Beruf hat dann ...“), um Wohlbefinden herzustellen. Ein Beruf und das Gehalt können dazu dienen, für sich und andere (unbestimmt) etwas Gutes zu tun. Hier verbindet die Befragte Geld, Macht und ein altruistisches Verhalten, welches dazu führt, sich wohl zu fühlen und mit anderen Menschen verbunden zu sein. Mit „*persönlich*“ verweist die Befragte auf eine Anerkennung der eigenen Person und eine anerkannte Position im gesellschaftlichen Gefüge. Interpretieren lässt sich dies als ein Wunsch nach sozialem Aufstieg über Einkommen durch Arbeit, der angesichts der schwierigen Migrationslage bisher nicht gelungen ist.

»Beruf, damit man Geld verdient, damit man seinen Mund aufmacht gegenüber anderen Leuten haben sie Geld, haben sie Macht haben sie kein Geld haben sie keine Macht (lacht) wenn man einen Beruf hat dann hat man wirklich eine gute äh Beschäftigung und wenn man eine gute Beschäftigung hat dann geht es auch innerlich gut und persönlich auch, dann hat man Geld dann kann man erst was für sich tun aber auch für die anderen« (KC160205083LG)

5.4.5.2 Spirituelle Sicherheit – Dankbarkeit und Wertschätzung

Die Subkategorie 'Spirituelle Sicherheit – Dankbarkeit und Wertschätzung' weist auf eine Theorie von Wohlbefinden, die mit einer weltlichen Orientierung oder mit religiösem Glauben verbunden ist und die Hoffnung sowie Zuversicht vermittelt. Religiöser Glaube, Dankbarkeit und Wertschätzung wirken positiv auf das persönliche Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl. Religiöser Glaube, als eine Grundhaltung des Vertrauens in eine höhere Instanz, vermittelt die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft und Sicherheit. Dankbarkeit und Wertschätzung wird als eine spirituelle Grundhaltung der Wertschätzung des eigenen Lebens interpretiert und beruht auf individuellen Erfahrungen im Kontext mit anderen Menschen und vermittelt Sicherheit.

Die Verbundenheit mit Gott stärkt das eigene Wohlbefinden. Mithilfe einer höheren Instanz wird das Leben bewältigt. Die befragte Person im folgenden Interviewausschnitt beschreibt im personalen Ich-Bezug, dass sie sich wohlfühlt, wenn sie sich Gott zuwendet (gebetet hat). Die Aussage „*mithilfe Gottes hab ich jetzt alles geschafft*“ weist auf eine erfolgreiche Bewältigung ihres bisherigen Lebens und auf Dankbarkeit hin. Mit religiösem Glauben ist Hoffnung und Zuversicht verbunden worauf die Aussage „*sehr wahrscheinlich im Namen Gottes werde ich das auch weiterhin schaffen*“ hindeutet. Mit Gebeten beeinflusst die Befragte aktiv ihr Wohlbefinden und blickt optimistisch in die Zukunft.

»Die Bedeutung (.) ja ich bin jetzt noch bewusster geworden nachdem die Kinder da sind jetzt kann ich noch mehr denken ah "Gott sei Dank" ich bin gesund meine Kinder sind

gesund das ist das sach ich jeden Tag an Gott äh ich bin ehrlich wenn ich gebetet habe dann fühl ich mich gut das ist für mich ganz wichtig denn äh mit Hilfe Gottes hab ich jetzt alles geschafft sehr wahrscheinlich im Namen Gottes werde ich das auch weiterhin schaffen« (KC160205083LG)

Wie in den folgenden Interviewpassagen ersichtlich wird, kann sich Dankbarkeit auf die eigene Gesundheit oder die Gesundheit der Kinder oder des Ehemanns beziehen. Dankbarkeit bezieht sich hier nicht auf Religiosität, sondern ist eng an das individuelle Gefühl gebunden glücklich zu sein.

»Wenn ich jetzt aufstehe und sehe draußen scheint die Sonne, mein Mann ist gesund, dann bin ich glücklich und fühl mich gesund« (KK121803081Stt)

»ähm (4) ja es ist natürlich wenn man sich Gedanken (.) kann man natürlich immer nur wieder dankbar sein, das die Kinder wirklich gesund sind [...] also als er geboren wurde also wir waren auch wie alle Eltern halt irgendwie unendlich glücklich und dankbar das er gesund ist und äh und beim zweiten Kind fast noch mehr wie beim Ersten, weil man irgendwie schon mehr mitbekommen hat und ja, jooh« (KN91103082St)

Das Gefühl der Dankbarkeit umfasst die Fähigkeit der Wertschätzung des eigenen Lebens und die Erkenntnis, dass Besitz nicht selbstverständlich ist. Das schließt Gesundheit ein. Das bewusst machen dieser Dinge erhöhen die Zufriedenheit und das Gefühl, glücklich zu sein. Wie die folgende Interviewpassage zeigt, werden diese Werte mittels Erziehung an die Kinder weitergegeben.

«Ehrlichkeit, Aufrichtigkeit, Dankbarkeit in dem Sinne auch zu schätzen was man hat, sorgsam mit allem umzugehen [...] ja also ich bin sehr, sehr, sehr dankbar, dass ich ein sehr gesunder Mensch bin rein physisch [...] ich denke auch die Kinder eine gewisse Dankbarkeit oder Aufmerksamkeit sich selber gegenüber als Aufgabe, der Körper ist dir gegeben, pass auf ihn auf tu für ihn was dir möglich ist und das ist dein Kapital was du hast und das spiegelt sich denke ich doch schon auch in der Erziehung wieder ähm ja also das finde ich schon sehr viel und ich finde auch wenn man darüber reflektiert und spricht ist man noch mal, also ich bin da wirklich sehr dankbar für alles, muss ich schon sagen.«(FRK10310073)

5.4.5.3 Fremdbestimmung von Gesundheit – Sicherheit und Kontrolle

Vorsorgeuntersuchungen werden von einigen Befragten anscheinend für eine Bestätigung von Gesundheit genutzt. Mediziner*innen stellen dabei eine höhere Instanz dar, die das notwendige Wissen besitzen, um Gesundheit beurteilen zu können. Damit ist die Theorie verbunden, dass die Ungewissheit und die Unsicherheit über den eigenen Gesundheitszustand durch die Beurteilung von Mediziner*innen begrenzt werden kann. Ärztliche Kontrolluntersuchungen bei fehlenden Beschwerden oder Hilfebedürftigkeit werden als Krankheitsvermeidung (Prävention) und Kontrolle von Gesundheit konzipiert. Es gibt ein Bedürfnis nach Kontrolle von Gesundheit, welches durch die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und die Inanspruchnahme von angebotenen IGeL Leistungen befriedigt wird und ein Gefühl von Sicherheit vermittelt. Dabei geht es nicht darum, ob IGeL-Leistungen generell sinnvolle Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung

sind oder nicht. Diese Vorstellungen sind eher bei Angehörigen einer bildungsnahen, angepassten sozialen Gruppe zu finden, die scheinbar ein ausgeprägtes institutionelles Vertrauen besitzt.

In den folgenden Interviewausschnitten weist die sprachliche Darstellung („man“) auf eine allgemeingültige Vorstellung. Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen wird als sozial praktizierte Handlung angesehen. Die Kontrolle durch den Arzt vermittelt ein Gefühl der Sicherheit.

»die ganzen Untersuchungen wenn man zum Arzt geht obwohl man nicht krank ist und Hilfe braucht diese ganze Prävention dass man zur Kontrolle geht um zu gucken was da los ist das da einfach jemand schaut der Ahnung hat« (KN81103082Stt)

Im oberen Interviewausschnitt liegt der Fokus allgemein darauf, Gesundheit durch Vorsorgeuntersuchungen zu kontrollieren. Die folgenden Interviewausschnitte weisen darauf hin, dass damit auch die Erwartung verbunden sein kann, dass der Arzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen einen guten Gesundheitszustand bescheinigt. Die Bestimmung des eigenen Gesundheitszustandes wird einer höheren Instanz (Mediziner*innen) überlassen. Dies vermittelt ein Gefühl von Sicherheit und trägt dazu bei, sich wohlfühlen. Die sprachliche Darstellung weist sowohl auf ein allgemeingültiges Verständnis als auch auf eine implizit positive Beurteilung des Gesundheitszustandes durch den Arzt.

»Ja ganz normal eben, wenn man eben zur Vorsorge und der Arzt sagt alles ist o.k.« (KO150205082U).

Im personalen Ich-Bezug stellt die Befragte im Folgenden dar, dass sie den Gesundheitszustand ihrer Kinder nicht beurteilen kann. Dabei geht sie davon aus, dass andere das auch nicht können. Für die Befragte ist Gesundheit mit Sorgen und Unsicherheit verbunden und negativ besetzt. Kompensiert wird diese Sorge durch häufige Kinderarztbesuche, um den Gesundheitszustand der Kinder beurteilen zu lassen. Die Bestimmung des Gesundheitszustandes wird einer höheren Instanz (Arzt) überlassen. In Bezug auf die eigene Gesundheit der Befragten werden anscheinend durch Arztbesuche („obwohl ich jetzt vierzig bin, man fühlt sich wie eine Zwanzigjährige und das ist nun mal nicht so (lacht) ähm in Gesprächen auch mit Ärzten“) die Unsicherheiten der Befragten bestätigt. Durch Vorsorgeuntersuchungen wird Sicherheit vermittelt. Die Aussage weist auf ein Gefühl der Ohnmacht, da Gesundheit als nicht beeinflussbar erlebt wird („Gesundheit ist nun mal etwas, was man nicht kalkulieren kann“). Gleichzeitig wird Altern mit zunehmender Krankheit gleichgesetzt. Zudem wird deutlich, dass die Befragte ihre Theorie, nach der Sport ihre Gesundheit erhält, wieder verworfen. Mit monetären Mitteln können Leistungen (IGeL), zur nicht näher bezeichneten Vorsorge, erkaufte werden. Der finanzielle Hintergrund sichert die Möglichkeit vorzubeugen.

»natürlich diese ganzen Vorsorgeuntersuchungen und ich glaube ich gehöre zu den Eltern die oder zu den Müttern die ich glaub dreimal zu oft zum Arzt gehen aber das ist ähm weiß ich nicht das ist eine grundlegende äh äh ich kann das nicht einschätzen ob ein Kind jetzt so krank ist das was Schlimmes draus wird oder äh jetzt bestätigen die, dass ich so früh komme dass sie dann nicht sehen kann ob was ganz Schlimmes daraus wird ähm ja also ich hab kerngesunde Kinder also ich muss jetzt nicht darauf achten, weder auf Gewicht oder sonst irgendwas und trotzdem ist es immer so eine gewisse Sorge [...] ähm und GRUNDSÄTZLICH das man ähm man fühlt sich obwohl ich jetzt vierzig bin man fühlt sich wie eine Zwanzigjährige und das ist nun mal nicht so (lacht) ähm in Gesprächen auch mit Ärzten die man leider Gottes verstärkt aufsuchen muss allein schon um vorzubeugen, also um vorzubeugen das hätte ich mir früher nicht gedacht ich habe gedacht, wenn man viel Sport treibt und auf gewisse Dinge achtet dann bleibt man verschont und Gesundheit ist nun mal etwas was man nicht kalkulieren kann aber wenn es da ist kann man wenigstens ein bisschen dafür tun (Anmerkung: Geld für nicht näher bezeichnete Vorsorge aufwenden) das es bleibt (lacht) « (KN141903082Stt)

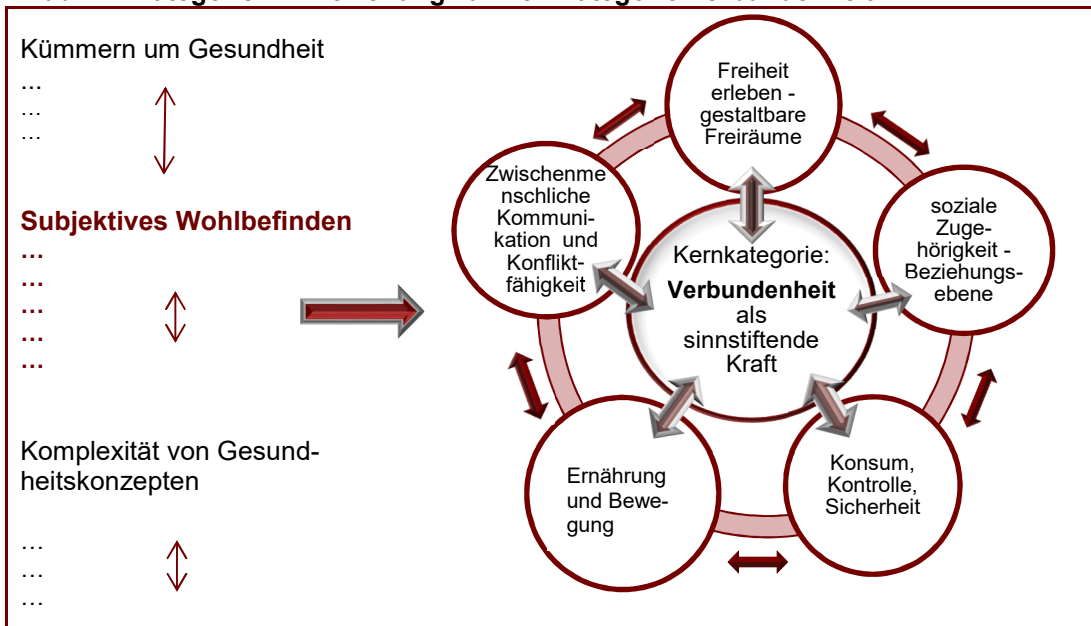
Die folgende Interviewpassage weist sprachlich im personalen Ich-Bezug auf wahrgenommene Widersprüchlichkeiten bezüglich des gesundheitsrelevanten Wissens und der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen hin. Dabei bezeichnet der Interviewte sich und seine Frau als Ignoranten, da beide entgegen der gesellschaftlichen Norm in ihrer sozialen Gruppe nicht oder selten an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen. Mit den Kindern werden die Termine zu den Untersuchungen jedoch wahrgenommen.

[...] und das man bestimmte sagen wir mal (...) allein die Frage welche Vorsorgeuntersuchungen ICH beziehungsweise MEINE Frau schon gemacht hat, daran könnte man erkennen das wir völlige Ignoranten, völlige Blödmänner die also man achtet nicht selber auf sich, also nicht die Bohne und ignoriert und man macht all den Quatsch den man, von dem man genau weiß es ist Blödsinn, macht man dann halt also es sind diese persönlichen, also diese Art von Widersprüchlichkeit« (KNE31402083EI)

5.5 Verbundenheit – die Kernkategorie

„Man kann in wahrer Freiheit leben und doch nicht ungebunden sein.“
J. W. von Goethe (1749-1832)

Die forschungsgegenstandrelevante Kernkategorie 'Verbundenheit' wurde im Rahmen des selektiven Codierens entwickelt. Die Reflexion des Hintergrundwissens der Autorin zum Forschungsgegenstand, Alltagserfahrungen und Beobachtungen im Umfeld der Interviewten sowie die Memonotizen zu Analyseerkenntnissen aus dem empirischen Datenmaterial und nicht thematisierte Aspekte im Datenmaterial wurden genutzt, um die herausgearbeiteten Kategorien zu integrieren. Durch systematisches 'In-Beziehung-Setzen' der Theorien zur Herstellung von Wohlbefinden und deren Subkategorien (s. 5.4) mit der Kernkategorie 'Verbundenheit', wurden die entwickelten Ideen strukturiert. Dieser Prozess wird in der Grafik (Abb. 14, S. 175) dargestellt.

Abb. 14: Kategorien in Beziehung zur Kernkategorie Verbundenheit

Quelle: Eigene Darstellung

Die Integration der herausgearbeiteten Kategorien legt nahe, dass sich die Kernkategorie 'Verbundenheit' auf die Verbundenheit mit sich, anderen Menschen und der Gesellschaft bezieht und darüber hinaus auf die Verbundenheit mit dem eigenen Körper, der Natur und dem physischen Raum sowie der Möglichkeit gleichzeitig Freiheiten wahrzunehmen. Die subjektiven Theorien zur Herstellung von Wohlbefinden und die daraus entwickelte Kernkategorie Verbundenheit weist zudem auf Verbundenheit, als sinnstiftende Kraft um Wohlbefinden – Gesundheit herzustellen. Im folgenden Exkurs wird auf das Konstrukt Verbundenheit eingegangen.

Exkurs: Verbundenheit und Autonomie

Der Begriff Verbundenheit ist keine 'Neuwortschöpfung' sondern ein Begriff, der eine Bedeutung hat. Dabei sind die Ausführungen von Hüther & Hosang (2016) für diese Arbeit, interessant. Danach haben Menschen schon vor der Geburt zwei Grunderfahrungen gemacht, zum einen auf sehr enge Weise mit der Mutter verbunden zu sein und zum anderen sich körperlich und seelisch/geistig weiterzuentwickeln – zu wachsen. Aufgrund dieser vorgeburtlichen Erfahrungen entwickelt sich der Wunsch, in Verbindung bleiben zu wollen und der Wunsch nach Eigenständigkeit/Freiheit vom Säuglingsalter bis zum Lebensende weiter (vgl. Hüther & Hosang 2016; Hüther 2011b; s. a. Largo 2019). In der Kindheit wird das Gefühl gelernt, mit sich selbst und anderen verbunden zu sein und zu wachsen. Menschen, die als Kind echte Verbundenheit erlebt haben, wachsen mit dem natürlichen Gefühl auf, dem Leben vertrauen zu können und in dieser Welt geborgen zu sein (Largo 2019; Hüther & Hosang 2016; Hüther 2013).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass die Natur, Gärten, Wälder, Parks, Berge oder das Meer Orte sind, wo Menschen zur Ruhe kommen und Aufenthalte dort ein Gefühl der Verbundenheit mit sich, der Natur und der Welt vermitteln. Gleichzeitig ist damit ein Gefühl von Freiheit möglich, worauf die Kategorie 'Gestaltbare Freiräume im eigenen Leben' hinweist. Zu dieser Kategorie gehört die Subkategorie 'Räumliche Weite – Freiheit erleben', das Erleben von räumlicher Weite und Verbundenheit bezogen auf den Wohnraum und die nähere Umgebung (dem physischen Raum). Die Subkategorie 'Lebensentwürfe – Selbstbestimmt Leben' weist auf einen Wunsch, der mit der Freiheit verbunden ist, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Dies bezieht sich auf die Möglichkeit der Gestaltung des Lebens als Vater, Mutter und Hausfrau sowie die Gestaltung des Lebens als berufstätige/r Mutter oder Vater und Hausfrau/-mann oder die Gestaltung des Arbeitslebens bezüglich der Wahl des Arbeitsplatzes oder der Arbeitszeit.

Die Kategorie 'Zwischenmenschliche Kommunikation und Konfliktfähigkeit' ist als ein vermittelndes Medium aller Kategorien zu sehen. Zwischenmenschliche und Nonverbale Kommunikation ist notwendig, um Verbundenheit mit den eigenen Kindern, anderen Menschen oder sozialen Gruppen (z. B. in Vereinen, mit Nachbarn, etc.) herzustellen und eigene Bedürfnisse zu kommunizieren. Konfliktfähigkeit, miteinander streiten und sich versöhnen verbindet und vermittelt in Aushandlungsprozessen ein Gefühl der Verbundenheit.

Die Kategorie 'Soziale und räumliche Zugehörigkeit – Beziehungsebene' beinhaltet den familiären Rahmen und geht über diesen hinaus. Die klassische Familienform sowie Familien mit neuen Beziehungsmodellen werden als Ort des Zusammenhalts, des Vertrauens, der Sicherheit, der Zuneigung, Geborgenheit, Liebe und Gemeinschaft konzipiert. Dies weist auf die Verbundenheit der Familienmitglieder untereinander. Insbesondere familiäre Rituale vermitteln dabei Sicherheit und Geborgenheit, sodass das vertrauensvolle Verhältnis Kindern und anderen Familienmitgliedern Verbundenheit und gleichzeitig Freiheit vermittelt. Freiheit, die zur Entfaltung und zum Wachsen benötigt wird. Kindern können in unterschiedlichen 'Familienformen' Erfahrungsräume zur Entfaltung ermöglicht werden, wo sie sich sicher und geborgen, aber nicht eingeeengt fühlen. Die Subkategorie 'Freundschaftliche Beziehungen – das persönliche Netzwerk' bezieht sich auf Menschen, die nicht zur Familie gehören, die jedoch für einander da sind und mit denen Menschen sich verbunden fühlen. Gleichzeitig können diese Beziehungen so offen sein, dass sie nicht einengen. Die Subkategorie 'Gesellschaftliches Miteinander' weist darauf hin, dass die Vermittlung und Verinnerlichung soziokultureller Werte, die Beziehungen zu anderen Menschen verbessert.

Gleichzeitig ist damit verbunden, nicht nur bei sich selbst zu sein, sondern ein Teil des Umfelds. Diese Werte vermitteln Verbundenheit und sind gleichzeitig mit Freiheit verbunden, sodass andere Menschen oder Andersartigkeit toleriert und akzeptiert werden kann. Die Subkategorie 'Beziehungen zum und im physischen Raum' weist auf den urbanen Raum, der eine Gestaltung und Struktur hat, die sowohl Distanz und Anonymität als auch Nähe und Verbundenheit zu Nachbarschaften, zu naturnahen Räumen, der Umwelt, der Natur usw. beinhaltet.

'Ernährung und Bewegung' stehen in einem Zusammenhang mit Körperbewusstsein und Körpergefühl. Beides weist auf die Verbundenheit mit dem eigenen Körper. Die heutige Vielfältigkeit der Nahrungszubereitung und Einflüsse der internationalen Küche ermöglichen gleichzeitig Wachstum und Autonomie. Diese findet sich im selbstbestimmten Umgang mit Lebensmitteln und beim Kochen, in der selbstbestimmten Zubereitung der Mahlzeiten. Der bewusste Lebensmitteleinkauf und gemeinsame Mahlzeiten ermöglichen es eine Verbundenheit mit dem eigenen Körper, den Kindern und anderen Menschen wahrzunehmen. Bewegung fördert eine Verbundenheit mit dem eigenen Körper, weil körperliche Möglichkeiten und Grenzen spürbar werden. Unter Bewegung ist jedoch nicht nur Sport zu verstehen, sondern alltägliche Bewegung. Insbesondere in Bezug auf die Kinder wird Miteinander 'toben' sowie das Empfinden von Freude und Spaß bei körperlicher Bewegung als wichtig angesehen. Eine Verbundenheit mit dem eigenen Körper und mit anderen Menschen wird so spürbar. Mit einem guten Körpergefühl können Kinder besser ihre Umwelt erfahren, da sie sich sicherer darin bewegen. Ein gutes Körpergefühl unterstützt aber auch darin, den Wunsch nach Wachstum und Autonomie zu erfüllen.

Verbundenheit vermittelt ein Gefühl von Sicherheit und findet sich in allen Kategorien. Die Subkategorie 'Materielle Sicherheit und monetäre Mittel' weist darauf hin, dass insbesondere die Verfügbarkeit von monetären Mitteln Sicherheit vermittelt. Zudem ermöglichen monetäre Mittel eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und so eine gesellschaftliche Verbundenheit. Aufgrund der unterschiedlichen Verfügbarkeit monetärer Mittel sind die damit verbundenen Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe in verschiedenen sozialen Gruppen unterschiedlich verteilt. Außerdem sehen die Befragten einen Zusammenhang zwischen monetären Mitteln und Macht, was sich in der Metapher 'haste Geld – haste Macht' zeigt und auf den Wunsch der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe hinweist. Die Subkategorie 'Spirituelle Sicherheit – Dankbarkeit und Wertschätzung' steht für Dankbarkeit als eine innere Haltung, die mit einer nicht materiellen Zuwendung verbunden ist. Sie ist als ein Aspekt nicht religiöser Spiritualität zu sehen und bezieht sich auf die Wertschätzung des eigenen Lebens, des Körpers

und der Verbundenheit mit dem Leben. Gesundheit wird nicht als selbstverständlich angesehen. Religiöser Glaube weist auf Dankbarkeit und Verbundenheit mit Gott (einer höheren Instanz) sowie die Verbundenheit mit einer religiösen Gemeinschaft, die ein Gefühl von Sicherheit vermittelt. Die Subkategorie 'Fremdbestimmung von Gesundheit – Sicherheit und Kontrolle' weist auf ein institutionelles Vertrauen und eine Verbundenheit mit Institutionen. Dabei wird einer höheren Instanz (Mediziner*innen), die das notwendige Wissen besitzen, die Kompetenz zugeschrieben Gesundheit beurteilen und bescheinigen zu können. Dies vermittelt ein Gefühl der Sicherheit durch Kontrolle mithilfe eines Experten.

5.6 Gruppendifkussionen: Gesundheitsvorstellungen im gesellschaftlichen Kontext

Die Ergebnisdarstellung dient der Nachvollziehbarkeit, der aus den gesamten Diskussionen herausgearbeiteten kollektiven Deutungsmuster, an zentralen Passagen. Um kollektive Deutungsmuster zu erzeugen, müssen sich die miteinander Diskutierenden aufeinander beziehen können. Daher wurden längere Diskussionsbeiträge genutzt, um diese Deutungsmuster aufzuzeigen. Im Folgenden werden die Diskussionsbeiträge der zwei Gruppendifkussionen (GDLGV5M2_01; GDMAM3_06), die den kollektiven Erfahrungshintergrund im jeweiligen sozialen Raum²⁹ besonders gut abbilden, dargestellt (siehe 5.6.1; 5.6.2). Auf die ausführliche Darstellung der Gruppendifkussionen GDLGV1M2_05 und GDCHM4_04 wurde aus den bereits beschriebenen Gründen verzichtet (siehe 4.7.2). Im Anschluss daran wird beschrieben worin sich die Ergebnisse der Einzelinterviews durch die Ergebnisse der Gruppendifkussionen ähneln, erweitern oder ergänzen. In der zusammenfassenden Kontrastierung wurden zudem auch die Gruppendifkussionen (GDLGV1M2_05, GDCHM4_04) berücksichtigt, die nur teilweise auswertbar waren.

5.6.1 Gruppendifkussion: Früher war alles besser

Die Teilnehmenden wurden eine Woche vor dem Termin, in der Kita zur Kinderabholzeit, persönlich von der Autorin eingeladen. Dabei wurde ein Handzettel mit dem Termin ausgehändigt. Die Diskussion dauerte 73 Minuten und wurde von der Verfasserin moderiert. Im Anschluss an die Gruppendifkussion äußerten einige Eltern den Wunsch, eine weitere Diskussionsrunde durchzuführen.

Gruppenzusammensetzung und Diskussionsverlauf:

Anzahl der Teilnehmenden (**GDLGV5M2_01**): 4 Väter, 2 Mütter, zwischen 23 und 32 Jahre alt.

Der kollektive Erfahrungshintergrund ist der Sozialraum²⁹, in dem die Familien leben. Die Teilnehmenden haben zwei bis drei Kinder (3-8 Jahre). Mindestens ein Kind geht in die Kita, in der die Diskussion stattfand. Vier Teilnehmende haben einen Migrationshintergrund. Drei Teilnehmende haben die Hauptschule abgeschlossen, zwei die Realschule und einer hat im Herkunftsland studiert. Die Mütter sind als Hausfrauen tätig, ein Vater ist arbeitslos, ein Vater ist Lkw-Fahrer und die anderen Teilnehmer gehen einer eher einfachen Tätigkeit nach. V4 verlässt die Diskussionsrunde nach fünfzehn Minuten, da er zur Arbeit muss. V1 und V2 gehen nach dreißig Minuten, da sie zum Fußballtraining müssen.

Die Gruppendiskussion wies eine hohe Selbstläufigkeit mit dichten kommunikativen Passagen und eine gemeinsame Entwicklung des Themas auf. Die teilnehmenden Eltern gehören einer eher bildungsfernen Gruppe an. In Bezug auf die Gruppe haben M2 und V1 eine besondere Bedeutung. Sie brachten ihre Meinung häufiger ein als andere und verdeutlichten diese in längeren Redebeiträgen. Die anderen Teilnehmer griffen die Themen auf, sodass eine hohe Selbstläufigkeit der Diskussion entstand. Als Zeichen der Gemeinschaftlichkeit wurde des Öfteren im Wir-Bezug gesprochen, mit dem ein Teilnehmender für andere oder die Gruppe sprach. Bei sprachlichen Schwierigkeiten oder Verständnisproblemen versuchten die Gruppenmitglieder, diese gemeinsam untereinander zu lösen. V3 und V4 beteiligten sich häufig an der Diskussion durch zustimmendes Nicken. Nachdem die anderen Väter die Diskussionsrunde verlassen hatten, brachte sich V3 mehr ein und äußerte Kritik. Seine abweichende Meinung begründet er damit, dass er erst seit zwölf Jahren in Deutschland ist und zudem nicht so gut deutsch spricht („*mir fehlen auch einige Vokabeln, ich bin nicht so lange hier*“). Zudem nahm M2 eine besondere Rolle ein. Sie hat wiederholt explizit betont, dass die angesprochenen Inhalte in einem Zusammenhang mit Gesundheit stehen.

Gruppendiskussion: Früher war alles besser

Auf die Einstiegsfrage, was Gesundheit für die Teilnehmenden ist, erfolgt zunächst ein Austausch über das, was die Teilnehmenden unter Gesundheit verstehen.

V1: *Gesundheit ist (.) also psychologisch und physiologisch also ich bin körperlich gesund, d. h. ich hab keine Gebrechen oder bin anderweitig krank und halt psychologisch äh ich hab nichts was mich belastet oder, oder ähm davon abhält ein befreites Leben zu führen (..) Depressionen oder was auch immer #00:01:36-3#*

M1: *ja so was kann ja auch körperlich krank machen #00:01:36-1#*

V1: *ja das macht dann wiederum auch körperlich krank kann #00:01:48-6#*

M2: *Gesundheit ist das was wir für Leben brauchen, wenn es nicht vorhanden ist dann können wir nicht so leben, wie wir leben können und wollen, denke ich mal wir Türken haben immer so ein Wort ähm also ein Wort, wie soll ich sagen, UNSER LEBEN ähm ist DA an der Stelle wo wir gerade Schmerz haben, so was in der Art, hört sich auf DEUTSCH blöd an #00:02:09-2#*

V1: *ja aber macht ja Sinn #00:02:11-2#*

M2: *hat auf Türkisch eine große Bedeutung, das hat auch wirklich Sinn #0:02:19-1#*

V1: *Nee DAS hört sich gut #00:02:26-7#*

M1: *sehr tiefsinnig #00:02:20-9#*

V1: *das Leben ist da wo der Schmerz sitzt #00:02:30-0#*

Nach einer kurzen Pause beginnt V1 zu berichten, indem er zunächst einen negativen Gesundheitsbegriff über fehlende körperliche und psychische Beeinträchtigungen konstruiert. Anschließend erweitert er dies um nicht näher bezeichnete Belastungen, die ihn einschränken ein freies Leben zu führen. Nach kurzem Innehalten greift er psychische Erkrankungen (Depressionen) auf, was dazu führt, dass M1 den Redebeitrag unterstützt, da ihrer Meinung nach, psychische Erkrankungen körperliche Auswirkungen haben können. M2 nimmt den Faden auf, indem sie verdeutlicht, dass Gesundheit notwendig ist, um selbstbestimmt („so leben, wie wir leben können und wollen“) zu leben. Anschließend greift sie im Wir-Bezug auf generalisiertes, kollektives Wissen (Sprichwort) zurück. Da nicht alle Gruppenmitglieder einen türkischen Migrationshintergrund haben, versuchen die Gruppenmitglieder gemeinsam die Bedeutung des Sprichworts zu ergründen.

Auf den von der Diskussionsleiterin gesetzten Stimulus, ob Gesundheit nur bemerkbar ist, wenn etwas weh tut reagiert M2 spontan mit „sollte man nicht“, was M1 bestätigt. Die sprachliche Darstellung in kollektiver Agency („man“) weist darauf hin, dass sie ihrer Aussage Allgemeingültigkeit verleiht.

M2: *sollte man nicht #00:02:44-9#*

M1: *richtig (..) aber es ist oft so, dass gerade wenn man dann halt krank ist, egal auf welche Art, man gerade dann anfängt über die Gesundheit nachzudenken, wenn man gesund ist dann nimmt man das sehr oft als selbstverständlich, wenn man dann eben nicht gesund ist merkt man, dass man sich genau diese zurückwünscht #00:03:08-1#*

V3: *Sie haben fast alles gesagt, diese kann ich nicht ganz genau so beschreiben mir fehlen auch einige Vokabeln, ich bin nicht so lange hier aber ich stimme den Herren und die Meinung zu #00:03:34-2#*

V4: *also ich habe, ich stimme was die Dame gesagt hat, bei uns ist türkisch genau das selbe sehr wichtig, ist diese Wort ich bin auch ein Türke, also wenn wir das übersetzen das könnte man nicht so gut verstehen, also da muss den Gesundheit was man heutzutage hat, da muss man richtig Leben und genießen also wenn man seine Gesundheit verliert und man versucht diese zurück zu bekommen dann bekommt man das nicht wieder was man heute hat das muss man wissen #00:04:29-1#*

V1: *wertschätzen (zustimmendes Nicken der Gruppe) #00:04:33-1#*

M1 erweitert ihre Bestätigung mit „aber“. Gesundheit wird von den Teilnehmenden als Abwesenheit von Krankheit und Schmerzen in sprachlicher Verallgemeinerung konstruiert, wobei Gesundheit als selbstverständlich angesehen wird. Über Gesundheit wird scheinbar erst nachgedacht, wenn diese durch Krankheit beeinträchtigt ist, woraus dann der Wunsch nach Gesundheit entsteht. Da die

Gruppe zustimmend nickt, werden die Teilnehmenden darauf aufmerksam gemacht, dass dies auf dem Tonband nicht zu hören ist. Das daraufhin entstehende Lachen aller lockert die Gesprächssituation. Zudem fühlen sich weitere Teilnehmer angesprochen die Interpretation des türkischen Sprichworts zu bestätigen. Mit „*da muss man*“ verdeutlicht V4 eine normative Pflicht, vorhandene Gesundheit zu nutzen, um zu leben und zu genießen. Letztendlich wird in der Gruppe das von M2 eingebrachte türkische Sprichwort als Dankbarkeit für und Wertschätzung von Gesundheit im Hier und Jetzt interpretiert.

Früher war alles besser – Einflüsse auf Gesundheit

M2 nimmt ihren Faden („*sollte man nicht*“) wieder auf. Sie spricht im Wir-Bezug und schließt damit die Gruppenmitglieder ein.

M2: *wenn wir überlegen, wenn ganz tief rein gehen kommen da ganz viele Punkte raus, die (Kinder) haben so ein Umfeld HEUTZUTAGE das viele Leute das nicht akzeptieren können, ganz viele Fremde ich könnte wirklich irgendwann, bald bin ich soweit eine Frau oder einen Mann die Haare ausreißen so weit komm ich, ja beim Supermarkt da sind die Geräte die sind voll wichtig, die sind auch interessant wo man die Karte reinsteckt, finde ich auch, könnt ich auch mal drauf drücken, da geht der (Sohn) dran, er bekommt eine auf die Hand gescheuert, da könnte ich die Frau umhauen #00:10:51-8#*

M1: *so was DARF gar nicht sein #00:10:58-7#*

M2: *so was macht man nicht oder sag ich mal wenn im Tiergeschäft, ich gehe da rein um Fischfutter zu kaufen, die muss ja freundlich sein, keine Ahnung vom Geschäft, keine Ahnung von Tieren da darf man nichts anfassen, DU DARFST DAS NICHT ANFASSEN, DU DARFST DA NICHT DRANGEHEN, ich sag was wollen sie von mir, ich komm hier rein um etwas zu kaufen, weil sie so machen komme ich jetzt nicht mehr, die akzeptieren nicht mehr, Kinder dürfen nichts anfassen, man darf nicht singen, gar nichts, das finde ich doof #00:11:36-0#*

M1: *ja die Toleranzgrenze bei vielen ist da sehr, sehr gering was fremde Kinder betrifft, das stimmt schon #00:11:40-04#*

M2: *das kann ich nicht verstehen #00:11:45-0#*

M1: *man hört ein Kind irgendwie weinen und dann direkt, kann man das Kind nicht ruhigstellen, booh #00:11:46-7#*

M2: *oder kaufen sie ihm das doch #00:11:54-7#*

M1: *oder warum schimpfst du mit deinem Kind – ähm (..) was geht dich das an #00:11:58-5#*

M2: *ich kann nicht daran denken mit ihm zu reden und dann ich meine warum ich das alle gesagt habe, äh kommt davon, so was beeinträchtigt uns auch, so was beeinträchtigt unsere Regeln sag ich mal, die Kinder werden von außen ständig beeinflusst von außen, von anderen Menschen und das ist natürlich viel für ein Kind und das ist für ein Kind gesundheitlich auch und für mich auch weil ich immer auf Nadel sitze, was passiert da jetzt wenn ich da rein gehe sacht die wieder was, soll ich da rein gehen, soll ich da alleine rein gehen oder doch mit den Kindern, ständig die ganzen Fragezeichen, warum muss ich mir das antun #00:13:02-3#*

V1: *die Regeln (..) daran reibt man sich, ein schönes Bild, die Regeln sind letzten Endes die Mauern, die einem den Weg eben halt in die Zukunft zu gehen und daran reibt man sich, gibt Schürfwunden #00:13:40-4#*

M1: *macht aber auch stark #00:13:35-8#*

V1: *ja genau macht auch stark, zeigt auch den Weg, schöne Bilder #00:13:51-4#*

M2 erweitert die oben bereits genannten Aspekte um weitere zunächst nicht näher bezeichnete Aspekte, die Gesundheit beeinflussen. Anschließend stellt sie das Thema – Einflüsse und Auswirkungen des Umfelds auf sich selbst und ihre Kinder im Ich-Bezug dar. Sie fokussiert dabei den gemeinsamen sozialen Raum,

indem im Gegensatz zu früher, heute andere Menschen Kinder nicht akzeptieren. Interpretieren lässt sich die Betonung auf „*heutzutage*“ als negativen Wandel – Kinder im öffentlichen Raum durften früher Kinder sein, die neugierig ihre Welt erkunden, die Grenzen testen und hörbar fröhlich sind. Kinder werden heute im Gegensatz zu früher vom Umfeld als störend empfunden. M2 schildert emotional ihr Erleben beim Einkaufen, dabei empfindet sie das Verhalten der Verkäuferin als falsch und übergriffig, was bei ihr Aggressionen auslöst. Das Verhalten der Verkäuferin lässt sich als Tätlichkeit interpretieren, die zu aggressiven Vorstellungen und sprachlicher Verrohung („*ich könnte wirklich irgendwann, bald bin ich so weit eine Frau oder einen Mann die Haare ausreißen*“ #00:10:51-8#) bei der Mutter führen. Gleichzeitig wird deutlich, dass damit eine gewisse Hilflosigkeit der Mutter verbunden ist. Diese Erfahrungen haben gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Eltern, da die Kinder sowohl die Aggressionen des Umfeldes als auch die verbalen Aggressionen der Mutter miterleben. M1 unterstützt M2, indem sie entsetzt reagiert und verallgemeinert auf geringe gesellschaftliche Toleranzgrenzen gegenüber Kindern hinweist und persönlich erlebte Einmischungen durch Menschen in der Umgebung schildert. M2 fasst anschließend im Ich-Bezug zusammen, dass durch diese Einmischungen im Umfeld ihre Regeln der Erziehung und des Umgangs miteinander beeinflusst werden, die Erziehung der Kinder erschweren und dass diese Situationen einen negativen Einfluss auf ihre Gesundheit und die gesunde Entwicklung der Kinder haben. Der gesellschaftliche Umgang mit Kindern und Müttern beeinflusst sowohl die Erziehung als auch deren Gesundheit. V1 greift den Begriff Regeln seiner Vorrednerin auf und konzipiert Regeln, als einen Rahmen in dessen Grenzen sich Kinder entwickeln. Gleichzeitig weist dieser Rahmen einen Weg zum Erwachsen werden auf. M1 erweitert den Beitrag von V1. Die kindliche Auseinandersetzung mit Regeln führt zur Entwicklung einer starken Persönlichkeit und zu Selbstbewusstsein. Anschließend versucht V2 das Thema der Einflussnahme und deren Auswirkungen (Angst) auf die bevorstehende Einschulung zu lenken.

V2: *ich habe aber auch ne gewisse Angst, wenn das Kind in die Schule kommt, weil ich glaub das hat schon jedes Elternteil von seinen Eltern gehört, ich wünsch dir deine Kinder sind nur halb so wie du, da hab ich schon Angst wenn das Kind in die Schule kommt* #00:14:01-5#

Der Versuch von V2 das Thema in Richtung Schulanfang zu lenken bleibt erfolglos. M1 greift das Thema äußere Einflüsse im Wir-Bezug erneut auf und macht deutlich, dass alle wissen wie schwierig es ist, aufgrund äußerer Einmischungen den Kindern gegenüber konsequent zu bleiben. Im Ich-Bezug unterstützt sie M2 und zeigt auf, wie sie mit den Vorkommnissen im Supermarkt umgehen würde.

M1: *kennen wir alle, ja konsequent zu sein wenn dann von außen so Dinge kommen, nicht alles zu kaufen, ich würd die Frau melden, mein Kind hat in der Form niemand anzufassen, ich bin da und sage du gehst da nicht dran, ich nehme seine Hand da weg und da hat keine Fremde in dem Sinne dann hin zugehen und ihm dann auf die Finger zu hauen da hat man dann durchaus auch das Recht zum Geschäftsführer zu gehen und zu sagen sprechen sie mal mit der Dame, also das geht ja gar nicht #00:14:38-5#*

M2: *das tut mir in dem Moment auch nicht leid, jetzt tut mir das zwar leid, aber ich bin nie so ein Mensch gewesen die alles offen nach außen sagt, ähm auf einmal so zickig sein kann, so bin ich geworden, Leute haben mich so gemacht #00:15:33-1#*

M2 erlebt sich selbst als ohnmächtig, was sich gegenüber den Verkäuferinnen verbal, aggressiv äußert. Im Nachhinein bedauert sie ihr Sozialverhalten, welches sie aufgrund von Verhaltensweisen anderer Menschen in ihrem Umfeld entwickelt hat. Um sich zu schützen, sieht M1, in sprachlich verallgemeinerter Darstellung („man“), die normative Notwendigkeit („man muss“) eine Verteidigungshaltung anzunehmen, damit der Einzelne nicht verletzbar wird.

M1: *man muss ja immer irgendwie in Verteidigung gehen #00:15:47-0#*

M2: *da kann ich auch böse sein, so war ich nicht so bin ich geworden #00:15:50-2#*

V1: *Ja man fängt an ein dickes Fell zu entwickeln#00:15:51-1#*

M1: *muss man, muss man heutzutage #00:15:51-2#*

M2: *ja das ist leider ganz schlimm geworden heutzutage und die Kinder erleben ja alles draußen mit äh in den Medien #00:15:52-9#*

M1: *man möchte gar nicht, dass die (Kinder) sich selber so ein dickes Fell anschaffen müssen, aber irgendwie ist es notwendig #00:15:59-4#*

Von V1 wird dazu generalisiertes, kollektives Wissen in Form eines Sprichworts („dickes Fell“) genutzt. Diese Sichtweise wird in der Gruppe unterstützt. M2 weist darauf hin, dass Kinder diesen Umgang unter anderem durch Medien miterleben und sich dieses Sozialverhalten aneignen. M1 möchte jedoch, dass die Kinder eine, für die Sorgen und Nöte anderer in ihrer Umwelt, offene Persönlichkeit entwickeln. Im gesellschaftlichen Gefüge besteht jedoch scheinbar eine normative Notwendigkeit, sprachlich dargestellt mit „müssen“ („ein dickes Fell anschaffen müssen“), eine unverletzbare Persönlichkeit zu entwickeln. Auf die Nachfrage der Diskussionsleiterin schildert M2, worin sie die Notwendigkeit sieht.

M1: *ja weil, wenn die Kinder es nicht tun ich sach mal das die für sich selber ganz schnell für sich selber untergehen, weil die dann nieder gedrückt werden das Selbstbewusstsein schwindet son bisschen dahin und das kann die Kinder dann belasten gerade wenn es um die Schule geht, wenn das von anderen Kindern oder von Lehrern kommt die fangen dann an die Schule zu schwänzen oder die fangen an in andere Angriffspositionen zu gehen sich zu schlagen oder halt einfach generell Blödsinn zu machen, das kann so viele Auswirkungen haben solche Eindrücke von außen #00:16:39-2#*

Aus elterlicher Sicht kann der negative gesellschaftliche Umgang weitreichende Auswirkungen auf Kinder haben und unter anderem zu einem aggressiven Verhalten, Verlust von Selbstbewusstsein oder Schulverweigerung führen. Dies lässt den Schluss zu, dass der gesellschaftliche Umgang miteinander einen negativen

Einfluss auf eine gute gesundheitliche Entwicklung von Kindern haben kann. Gleichzeitig bringt M2 den Begriff Medien in die Diskussion ein.

V1 weist anschließend auf gesellschaftliche Aspekte im Wandel der Zeit hin. Im Gegensatz zu früher („*der heutigen Gesellschaft*“) distanzieren sich Menschen in unserer Gesellschaft voneinander. Hier lässt sich die Berücksichtigung von früher zu heute als ein negativer Wandel interpretieren.

V1: *das ist das Problem heutzutage, in der Gesellschaft schottet sich jeder ab. Sieht man das in anderen Kulturen muss ich echt sagen das ist da ist nicht Familie sondern da ist Familie FAMILIE, ja #00:17:01-1#*

M1: *da gehören dann 50 Mann zu #00:17:05-6#*

V1: *da gehören dann viele zu ja da ist nicht nur der engste Kreis, das geht dann weiter man sieht den Zusammenhalt #00:17:07-7#*

M1: *eigentlich ist das schön #00:17:11-0#*

V1: *wesentlich schöner ja und das ist das Problem der heutigen Gesellschaft, jeder ist nur für sich, wenn ich in jede einzelne Wohnung gucke, jeder denkt sich nur ich mache hinter mir meine Türe zu und hier ist mein zu Hause und hier sind meine Leute #00:17:20-5#*

M1: *man kennt ja mitunter seine engsten Nachbarn nicht #00:17:24-8#*

V1: *ja #00:17:26-8#*

M1: *früher war das gang und gäbe, wenn man in einem sechs Parteien Haus gelebt hat, man kannte sich untereinander son bisschen, heutzutage irgendwie man hat das Gefühl (..) hallo und das wars, direkt wieder ganz schnell in die Wohnung rein #00:17:36-7#*

V1: *wir sind jetzt gerade umgezogen, dass Erste was ich gemacht hab, ich bin an jede Haustüre gegangen und hab mich vorgestellt hab gesagt wir sind die neuen Nachbarn auf ne schöne Nachbarschaft, dass erlebt man nicht also ich selber kenn das nicht dass jemand auf mich zu kommt und sagt, der und der bin ich Hallo und das ist ein riesen großes Problem was sich wieder auf die Kinder überträgt weil diese Struktur übernehmen die Kinder auch (.) und haben dann auch nur ihre kleinen Grüppchen die die bilden genauso wie die Erwachsenen die versuchen alle gegeneinander zu kämpfen und das finde ich eine ganz ganz schlimme Entwicklung der Gesellschaft #00:18:05-7#*

V1 bezieht sich dabei darauf, dass in anderen Kulturen noch Familienverbände bestehen. Zwischen V1 und M1 entsteht ein sich gegenseitig stützender Dialog. Zum einen wird der familiäre Zusammenhalt in anderen Kulturen als positiv beschrieben („*man sieht den Zusammenhalt*“) und zum anderen verweist V1 auf ein Miteinander in Nachbarschaften. Diese bestehen jedoch nicht mehr, da es zu einer Individualisierung, Abgrenzung und zu Machtkämpfen in der Gesellschaft gekommen ist. Diese Vorgehensweise hat aus seiner Sicht Auswirkungen, denn die Kinder ahmen diesen konkurrierenden Umgang nach und es kann zu einer Reproduktion von Abgrenzungsverhalten gegenüber anderen Menschen kommen. M1 („*ja das ist auch so*“) bestätigt die Aussage von V1. Als ein Gruppenmitglied mit einem weder deutschen noch türkischen kulturellen Hintergrund greift V3 mit Vor- und Nachteilen von Mehrgenerationenfamilien in die Diskussion ein, wobei er auf Nachteile eingeht.

V3: *also ich bin seit ungefähr zwölf Jahren in Deutschland und mit diese ganze große Familie hat Vor- und Nachteile auch #00:18:14-5#*

M1: *keine Privatsphäre (lacht) #00:18:15-4#*

V3: *ja, Nachteile, dass es passiert das der sich einmischt, also versucht dem Kind was zu ändern und in dem Zeit, ich glaube das Kind verliert, weiß das nicht was richtig ist oder falsch ist (I: Spricht von seinem Vater, dem Großvater des Kindes) #00:18:29-9#*

M2: *weil es überall was anderes hört #00:18:36-9#*

V3: *ja, das die Älteren ne andere Generation sind, anders eingestellt, sie meinen das im Spaß, für ihn (seinen Vater) ist das ganz normal, aber mir das tut weh, wenn er sagt, mein Opa hat mir Schwein gesagt und das sind die Nachteile wenn der Opa was anderes wie Oma oder die Cousinen oder was weiß ich oder die anderen schlägt und ich glaube jeder will sein Kind so erziehen wie das heutige Zeit, also wie das heute läuft, für meinen Vater kann sein das ist anders ganz normal #00:19:11-5#*

M1 und M2 gehen kurz auf die Beiträge von V3 ein und zeigen auf, wo sie Probleme in einer Mehrgenerationenfamilie sehen. V3 schildert Erfahrungen aus seiner Familie, in der einzelne Familienmitglieder durch ihre Einmischungen das Aufwachsen und die Erziehung der Kinder beeinflussen. Insbesondere die Großelterngeneration hat seines Erachtens andere Vorstellungen, die nicht der heutigen Zeit entsprechen. Die negativen Auswirkungen für Kinder sieht er darin, dass diese dann nicht mehr wissen, was richtig oder falsch ist. Für ihn ist eine moderne, der heutigen Zeit entsprechenden Erziehung in Deutschland wichtig. Gleichzeitig geht er davon aus, dass andere das auch wichtig finden. Zudem fällt, wie in den Passagen zuvor, eine sprachliche Verrohung auf.

Die Gruppe geht auf den Familienaspekt nicht weiter ein, sondern greift das Nachbarschaftsthema wieder auf.

M1: *aus dem Kreis einfach so ausubrechen auch bisschen #00:19:53-3#*

M2: *das sieht er so aber das sind vielleicht zwanzig Prozent von hundert vielleicht (.) das sind so wenige die so denken und dann lacht man sogar solche Leute auch noch aus #00:20:09-3#*

M1: *da wird man belächelt #00:20:11-9#*

M2: *wieso denn was interessieren mich andere Leute haha ich bin dafür zuständig das ich mit meinen Kindern umgehe, was ich mit denen mache, andere interessieren mich nicht, so denken VIELE #00:20:20-7#*

M1 geht auf V1 ein, indem sie seine Vorstellungsrunde bei den Nachbarn nach einem Umzug als ein 'Ausbrechen' aus derzeitigen 'Abschottungsstrukturen' und Umgangsweisen kommentiert. Darauf reagiert M2, indem sie deutlich macht, dass V1 um eine gute Nachbarschaft bemüht ist, jedoch nur wenige ebenso handeln. Zudem wird ein solches Vorgehen von anderen scheinbar belächelt, was M1 bestätigt. Daraufhin hebt M2 noch einmal die Interessenlosigkeit anderer hervor, was jedoch ambivalent ist, denn zuvor wurden Reaktionen von Fremden als negative Einmischungen empfunden.

V1 ergreift das Wort, indem er darauf verweist, dass Medien einen großen Einfluss haben. Dies bestätigt V2. Die darauf folgende sprachliche Darstellung erfolgt in allgemeingültiger Form („man“) mit der normativen Notwendigkeit, dass 'man keine andere Wahl hat', als sich von der Welt und der Umgebung abzuschotten, um sich vor all dem 'Negativen' („man wird ja nur verrückt man denkt ja nur

negativ #00:21:08-3#) zu schützen. In der anschließenden Diskussionspassage verdeutlichen die teilnehmenden Eltern die negativen Einflüsse von multimediale Nachrichtenberichterstattungen.

V1: *das ist aber auch durch die Medien verursacht #00:20:21-7#*

V2: *ja #00:20:25-7#*

V1: *das Problem ist man sieht jetzt z. B. was gestern Morgen passiert ist das mit dem Flugzeugabsturz (.) man wird so viel in den Medien als Erwachsener in den Nachrichten durch die Medien so viel mit negativen berieselt dass man keine Wahl hat, außer zu sagen ich lasse das von mir fern weil wenn man (.) das hatte ich heute noch mit nem Kumpel das berührt mich voll mit dem Flugzeugunglück und äh ich stell mir dann vor wenn das meiner Freundin passiert wär und da hab ich gesagt und das tue ich nicht mehr weil man denkt dann nur nach wie ist das wenn das mir passieren würde oder uns passiert würde #00:20:53-6#*

M1: *man nimmt alle negativen Gedanken von anderen auf #00:20:55-2#*

V1: *man wird ja nur verrückt man denkt ja nur negativ #00:21:08-3#*

V2: *ja #00:21:09-9#*

V1: *und deswegen fängt man an sich abzuschotten und das überträgt sich auf die Gesellschaft und man schottet dann ab und nicht nur das was draußen in der Welt passiert sondern auch das was in meiner Umgebung passiert ja und da ist es aber schwierig (.) wichtig den Mittelweg zu finden das man seine Familie sieht aber auch seine Freunde () der Herr wird kennen uns noch nicht lange #00:21:28-4#*

V2: *September/Oktober da ist wirklich mittlerweile ne feste Freundschaft raus geworden, wir sehen uns wirklich vier-fünf Mal die Woche #00:21:31-5#*

Eine multimediale Berichterstattung, in diesem Fall über eine Flugzeugkatastrophe stellt eine besondere Art und Weise dar, in der Botschaften durch Bilder, Geräusche und Texte beim Empfänger intensive Gefühle, Ängste und Bedrohungen auslösen können. Eine positive Wahrnehmung der Welt und des Umfelds wird durch eine negative Berichterstattung erschwert. Dies kann zu einem Rückzug in die eigene Wohnung und die Familie mit gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen der Abgrenzung vom Umfeld führen.

M2 kommt in der folgenden Passage auf ihre Supermarkterlebnisse zurück und macht deutlich, dass negative Erlebnisse überhandnehmen und die Familie belasten. M1 meint zu wissen („*ich kann mir schon denken wer*“) über wen M2 spricht. Dies lässt den Schluss zu, dass M1 ähnliche Erfahrungen mit der Verkäuferin im Supermarkt gemacht hat. Im Gegensatz zu M2 hat M1 dort jedoch auch positive Erfahrungen gemacht.

M2: *mein Sohn testet sich aus und das wird nicht so toleriert und das ist schon anstrengend, ich muss schon streng genug sein und das kann ich nicht auch noch gebrauchen #00:22:53-1#*

M1: *beim dem Supermarkt bestimmt die, ich kann mir schon denken wer, die ist immer unhöflich #00:23:22-4#*

M2: *ich bin zehn Jahre in Köln und ich hab in dem Supermarkt noch keine nette Frau gesehen #00:23:35-1#*

M1: *doch eine doch die ist super lieb die ist richtig lieb, ist aber auch die einzige #00:23:54-7#*

M2: *ich bin jahrelang nicht dort gewesen danach gehe ich noch mal da hin da ist so eine andere Hexe an der Kasse, die wollen einfach nicht dass ich da hingehe irgendwann bin ich auch so weit (.) jetzt mal zu Gesundheit, das hängt ja alles zusammen #00:26:38-0#*

Wie bereits zuvor spricht M2 an, dass der gesellschaftliche Umgang mit Gesundheit in einem Zusammenhang steht. Wobei die anderen Gruppenmitglieder ihr weder widersprechen noch explizit darauf eingehen. Im Anschluss greift V2 in der folgenden Diskussionspassage seinen biografischen Hintergrund („wie ich das von meinem Vater so kenne“) auf, in dem er aufzeigt, wie er versucht, seine Kinder darin zu unterstützen, gegenüber anderen Menschen offen zu sein. Für V2 steht dabei ein höflicher Umgang mit anderen Menschen im Vordergrund.

V2: *im Allgemeinen versuche ich das meinen Kindern das so so beizubringen wie ich das von meinem Vater so kenne weil ich komm selber aus so nem Stadtteil das is praktisch wie ein Dorf da sagt wirklich jeder jedem so guten Tag, die kennen sich alle* #00:26:43-6#

M1: *so was war schön früher* #00:26:55-8#

M2: *ja* #00:26:59-7#

V2: *bei meiner Tochter versuche ich das selbst zu machen, auch wo wir jetzt woanders wohnen und selbst da schon normal höflich den Leuten gegenüber tritt also ich finde das ganz ehrlich selber unmöglich ich werd selber von Kindern angesprochen die dann höflich Guten Tag sagen die werden dann von den Eltern angemotzt (.) warum redest du mit nem Fremden dann denke ich mir auch öh, die Höflichkeit also das man einfach Guten Tag sagt im Vorbeigehen* #00:27:11-0#

M2: *genau dieses das Kind könne gefressen werden das Kind nimmt das in dem Moment auf* #00:27:13-5#

V2: *nee ich frühstücke morgens eigentlich (allgemeines Lachen)* #00:27:15-0#

M2: *kann ja passieren weiß man ja nicht (lacht)* #00:27:15-9#

M1: *ja weil Eltern so ne große Angst haben* #00:27:23-4#

M2: *aber da passiert doch nichts* #00:27:24-1#

V1: *diese Distanz* #00:27:28-4#

M1: *ne natürlich nicht aber viele Eltern sind da wirklich äh das kommt auch durch die MEDIEN mit, das man so PARANOID gemacht wird, dass äh äh jeder FREMDE ist ne Gefahr JEDER, das automatisch das die Alarmglocken läuten sobald nen fremde Mann ne fremde Frau irgendwie in der Nähe deines Kindes steht direkt da guck da musste aufpassen der redet mit nem Fremden ich meinen am Anfang habe ich da auch mein großer der ist sehr kontaktfreudig was fremde Menschen betrifft das er sich zu Fremden hin stellt einfach so hallo ja und was machst du da oder so was da war ich dann auch schon so Kind komm doch mal her (.) da war dann auch mein Mann der dann gesagt hat lass doch mal ich muss sagen ich kenn die Erfahrung das man dann so unruhig wird ja klar man soll ein Auge drauf haben aber man muss versuchen ruhiger zu werden weil die die äh Panik die man hat, die trägt man nach außen und die bekommt das Kind auch mit* #00:28:20-1#

V1: *überträgt man* #00:28:21-0#

M2: *man kann das auch anders sagen nicht das Kind sofort dort wegreißen und schreiend sagen nicht machen* #00:28:27-0#

V1: *nein, nein* #00:28:28-7#

M2: *weil das Kind macht das an dem Tag 2 Tage später nicht mehr jeden Tag weniger und irgendwann gar nicht mehr* #00:28:29-0#

M1: *weil es dann Angst vor jedem hat* #00:28:30-1#

M2: *ja weil die Mutter dem dann die Angst selber eingejagt hat* #00:28:32-1#

M1: *genau richtig* #00:28:34-2#

Gleichzeitig hat V2 die Erfahrung gemacht, dass Kinder heutzutage von ihren Eltern dazu ermahnt werden Fremde nicht zu grüßen. Daraufhin entsteht ein sich gegenseitiger stützender Diskurs zwischen M1, M2, V1 und V2. M1 begründet diese Verhaltensweisen mit der Ängstlichkeit von Eltern und führt aus, dass Ängste von Eltern durch eine mediale Berichterstattung („durch die MEDIEN mit, dass man so PARANOID gemacht wird #00:28:20-1#) gefördert werden. Dabei fühlt

sich M1 fremdbestimmt „gemacht wird“ und hilflos, sie kann sich erst durch die Unterstützung ihres Mannes dagegen wehren. Sie kennt diese Ängste und hat durch ihren Mann gelernt aufmerksam zu sein, aber keine Überreaktionen zu zeigen. Gleichzeitig machen M1 und M2 deutlich, dass diese Ängste der Eltern („weil Eltern so ne große Angst haben“ #00:27:23-4#) an die Kinder weitergegeben werden („überträgt man“ 00:28:21-0#; ja weil die Mutter dem dann die Angst selber eingejagt hat #00:28:32-1#). Aufgrund dieser Erfahrungen ziehen sich Kinder immer mehr zurück und gehen weniger offen auf ihre Umwelt zu. Die Möglichkeiten, die Welt kennenzulernen werden dadurch eingeschränkt.

In der anschließenden Diskussionspassage bezieht sich M2 auf ihre Kindheit („damals“) in der Kinder Spaß hatten und in der gelacht wurde. Damit spricht sie einen weiteren negativen Wandel an. Diese Art der Kindheit gibt es nicht mehr („heutzutage“). In ihrer sprachlichen Darstellung nutzt sie den Wir-Bezug und bezieht so die Gruppe ein. Gleichzeitig macht sie deutlich, dass Kinder heutzutage weniger draußen sind und mehr fernsehen, wobei sie nicht lachen. In der darauf folgenden Diskussion produzieren M1, M2, V1, V2 einen historischen Entwurf ihrer Kindheit, in der Kinder mehr Freiheiten hatten, in der gemeinsam gespielt und gelacht wurde und in der das gesellschaftliche Umfeld kinderfreundlicher und zugewandt war.

M2: *das tut mir leid für unsere Kinder ich meine das sind keine Kinder heutzutage die erleben keine Kindheit wie wir damals waren als Kind, wir hatten Spaß wir haben gelacht ich sehe meine Kinder nicht mehr lachen wenn die Kinder Fernsehen gucken* #00:31:53-8#

V1: *nee das ist ja nicht das wir tolerieren dass die nonstop Fernsehen gucken* #00:31:57-5#

M2: *nein das mein ich ja nicht heutzutage ist es ja ganz anders geworden (.) wir haben wirklich unsere Kindheit erlebt* #00:32:04-4#

M1: *man konnte freier sein* #00:32:05-5#

M2: *wir waren auf der Straße* #00:32:00-8#

M1: *ja das stimmt* #00:32:09-2#

M2: *gehen die Kinder allein auf den Spielplatz* #00:32:10-3#

V1: *nein* #00:32:10-3#

M2: *nein, waren unsere Eltern mit dabei, nein* #00:32:10-6#

V1: *in dem Alter schon* #00:32:12-3#

M1: *nee* #00:32:13-7#

V2: *nee* #00:32:14-1#

M1: *nee, in dem Alter waren wir schon allein raus* #00:32:18-5#

M2: *wir waren aus der Tür, Mama hat aus dem Fenster geschrien* #00:32:18-5#

M1: *Essen ist fertig* #00:32:23-3#

M2: *wer war zum Essen da, keiner* #00:32:25-2#

V1: *ich war sogar drei Straßen weiter auf dem Spielplatz, stimmt* #00:32:56-4#

M1: *ja, aber heute traut man sich das nicht* #00:32:26-4#

M2: *heutzutage ist es ganz schlimm geworden, wir waren Kinder ich meine (..) heutzutage sind das keine Kinder, die erleben keine Kindheit* #00:32:33-8#

V1: *doch* #00:32:34-7#

M2: *weil ähm* #00:32:38-0#

V1: *weil die Ängste zu groß sind* #00:32:39-0#

M1: *mitunter sind sie aber auch berechtigt* #00:32:40-2#

V1: *Mittlerweile ist aber auch die Gesellschaft würde ich mal sagen ne ganz andere, wenn ich so überlege bei uns früher in der Kindheit bei mir ganz persönlich da war*

- egal welche Uhrzeit es war da war immer Radau gewesen mittlerweile heißt es von eins bis drei, seid doch bitte leise, geht doch bitte leise ins Zimmer, keinen Ton von sich geben, es könnte der Nachbar kommen, das stört mich #00:32:59-9#*
- M2: *die Zeit ist ähm gefährlicher ähm die Zeit ist anders geworden, die Menschen sind anders geworden, Medien beeinflussen sehr, sehr viel #00:33:06-5#*
- M1: *es wir auch nicht mehr die Rücksicht auf Kinder genommen #00:33:09-0#*
- M2: *ich weiß nicht wovon das wirklich kommt, aber ich weiß nur das die Zeit ganz anders geworden ist, unsere Zeit war viel schöner, wir hatten Spaß daran, schön wars, jetzt laufen wir wie Rucksäcke hinter unseren Kindern her, sie müssen uns überall mit-schleppen sie haben überhaupt keine Privatsphäre mehr, sag ich mal als Kind, sie dürfen nicht allein auf den Spielplatz #00:33:38-5#*

Mit dem normativen „*sie müssen*“ verdeutlicht M2 die Notwendigkeit, dass Kinder zunehmend kontrolliert werden und dementsprechend Freiräume fehlen. Darin klingt ein Motiv der Angst an („*die Zeit ist ähm gefährlicher*“ #00:33:06-5). Die eigenständige kindliche Erfahrungswelt ist durch eine ständige Begleitung Erwachsener eingeschränkt. Damit können Kinder weniger eigene Erfahrungen in Peer-Gruppen machen oder durch ältere Kinder lernen, wie z. B. eigenständig ihre Umwelt neugierig und selbstbestimmt entdecken, was wiederum deren Freiheit und somit deren gesundheitliche Entwicklung einschränkt. Diese Einschränkungen können sowohl die körperliche (Entwicklung von Körperbewusstsein) als auch die psychisch/seelische (soziales Miteinander in Peer-Gruppen) Entwicklung betreffen.

V1 und V2 gehen nach einer halben Stunde, woraufhin sich V3 vermehrt in die Diskussion einbringt. Zunächst spricht er seine eigene Kindheit an und zeigt auf, dass 'Kind sein' in Deutschland besser ist, obwohl Kinder in ihrer Freiheit eingeschränkter sind.

- V3: *also bei mir ist das nicht die Umgebung hier aber wenn wir zu Hause äh diese ganze Änderungen also die ganze Gesellschaft also die ganze Zeit also überall, ich bin seit 12 Jahren hier und alles was ich hier sehe, ich habe ganz andere Kindheit gehabt sehe hier sehr viel besser also sehr gut aber die Kinder sind irgendwie son bisschen begrenzt aber hat ja Vor- und Nachteile, Vorteile die Kinder werden immer nach vorne Fortschritte machen nicht so viel Zeit rechts und links hier verlieren wie wir das gehabt haben und mehr Selbstbewusstsein, jetzt weiß ich auch nicht mehr ich bin keine Spezialist, ich weiß nicht früher besser oder jetzt besser, ich möchte meine Kindheit nicht meinen Kindern weitergeben, ich habe schon studiert ich hatte tolle Eltern aber so allgemeine Gesellschaft sind Sachen die ich niemals sehen kann das ist z. B. hab ich eine Kleinigkeit hier was aus Heimat kommt und die Lehrer sich so verhalten mit der Schule (Anmerkung I: Vater hat ein YouTube Video in dem gezeigt wird wie Kinder in der Schule vom Rektor wegen z. B. fehlender Hausaufgaben vor allen anderen Kinder geschlagen werden, was er während des Interviews nicht zeigt.) also das war meine jeden Tag so etwas zu sehen aber hier ist das ganz etwas anderes und ja wie erlebe ich das, mir gefällt das sehr viel hier die ganze Struktur wie das so weiter geht aber auch andere Seite, manchmal erlebe ich das, dass die Kinder so beschränkt sind #00:35:57-7#*

V3, der mit einem Studium im Heimatland am ehesten einen bildungsnahen Status repräsentiert verdeutlicht, dass Fortschritte wichtig sind („*Vorteile die Kinder werden immer nach vorne Fortschritte machen nicht so viel Zeit, rechts und links hier verlieren*“), damit Kinder sich schnell weiterentwickeln. Denn das kann zu einem

sozialen Aufstieg der Kinder führen. Eine ausgedehnte Kindheit mit viel Spiel und Spaß ist dabei aus seiner Perspektive nicht zielführend. Außerdem ist für ihn eine Anpassung an deutsche Regeln wichtig („*was ist gut besser es ist genauso wenn jemand der die Wege verloren hat also so ungefähr ist das bei mir deswegen möchte ich meinen Kindern was anderes beibringen, was hier die Regel ist*“). V3 beschreibt aus seiner Position einen positiven Wandel, der teilweise mit einem sozialen Aufstieg verbunden ist. Dies lässt den Schluss zu, dass für ihn der soziale Aufstieg und die Anerkennung als Gesellschaftsmitglied, also Anpassung an eine Leistungsgesellschaft in Deutschland Ziele sind, welche den Weg aufzeigen, wie sich seine Kinder entwickeln sollen. Das gesellschaftliche Miteinander ist für ihn nicht so wichtig wie die Anerkennung.

5.6.1.1 Zusammenfassende Interpretation: Früher war alles besser

Der kollektiven Erfahrungshintergrund, der Gruppendiskussion GDLGV5M2_01 weist auf einen sozialen Raum²⁹, in einem eher sozial benachteiligten Stadtteil. In der Diskussion überwiegt ein konsensuell geteiltes Konzept des von Machtkämpfen und Abgrenzung geprägten Umgangs von Menschen miteinander im sozialen Raum. Gleichzeitig gibt es ein positives gesundheitliches Konzept der Verbundenheit von Menschen untereinander, welches auf früheren Erfahrungen (Kindheitserinnerungen) beruht.

Einstiegssequenz: Mehr als das Freisein von Krankheit und Gebrechen

Gesundheit wird von den an der Diskussion Teilnehmenden als Freiheit/in Freiheit leben konstruiert. Dies beinhaltet keine physischen oder psychischen Krankheiten und Gebrechen haben, denn dadurch kann ein Leben in Freiheit eingeschränkt oder verhindert werden. Mit dieser Konstruktion von Gesundheit ist eine Wertschätzung und Dankbarkeit gegenüber vorhandener Gesundheit verbunden, da Gesundheit notwendig ist, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können.

Das Miteinander im sozialen Raum

Gesundheit und der gemeinschaftliche Umgang miteinander im sozialen Raum²⁹ sind für die miteinander diskutierenden Eltern mit einer hohen Selbstverständlichkeit verbunden. Angesichts einer eher schwierigen sozialen Lage der Familien sowie der Menschen im Umfeld der Familien hat der zwischenmenschliche Umgang, eine besonders gesundheitsrelevante Bedeutung für die Diskutierenden. M2 kehrt wiederholt zu diesem Thema zurück und weist im Laufe der Diskussion immer wieder auf den gesundheitlichen Zusammenhang hin. Die Gruppenmitglieder widersprechen M2's direktem Hinweis auf Gesundheit nicht. Jedoch wird der Zusammenhang zwischen einem erweiterten Gesundheitsverständnis, im

Sinne von negativen Einflüssen durch den zwischenmenschlichen Umgang im sozialen Raum, kommentiert und diskutiert. Dies lässt sich als ein konsensuell geteiltes Konzept von Gesundheit als zwischenmenschlicher Umgang im sozialen Raum²⁹ interpretieren. Dieser wird derzeit als aggressiv und von Machtkämpfen geprägt sowie durch Abgrenzung konstruiert und lässt ein Motiv der Angst erkennen. Die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und deren Erziehung wird angesichts eines veränderten gesellschaftlichen Umgangs, als schwierig konstruiert. Damit sind negative Einflüsse auf das Selbstbewusstsein der Kinder verbunden, was zu Schulverweigerung und aggressivem Verhalten der Kinder führen kann. Dies lässt den Schluss zu, dass diese gesellschaftlichen Veränderungen gesundheitsrelevant sind. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, sich und die Kinder schützen zu müssen. Dieser Schutz wird in einem Rückzug ins familiäre Feld, als Ort des Zusammenhalts und der Verbundenheit oder der Rückzug in die eigene Wohnung als 'Schutzraum' konzipiert. Das dahinterstehende Motiv ist Sicherheit. Im Verlauf der Diskussion überwiegt eine konsensuell geteilte, positive Theorie von Gesundheit, die in der Verbundenheit mit anderen Menschen (Nachbarn, 'Menschen auf der Straße', im Supermarkt, auf dem Spielplatz, anderen Kindern etc.) im sozialen Raum zu sehen ist. Diese Verbundenheit gibt es angesichts eines aggressiven Sozialverhaltens im Gegensatz zu früher nicht mehr, womit ein negativer Wandel angesprochen wird. Gleichzeitig wird dies als ein gesellschaftliches Problem konzipiert. Interpretieren lässt sich dies angesichts einer eher schwierigen sozialen Lage als negative Auswirkungen der Individualisierung in unserer Gesellschaft, die in dieser Gruppe mit einem geringen gesellschaftlichen Zusammenhalt verbunden ist.

Medienberichterstattung: Verunsicherung, Bedrohung, Rückzug

Ein weiteres Thema, welches im Laufe der Diskussion immer wieder anklingt und letztendlich diskutiert wird, ist der Einfluss verschiedener Medien, insbesondere von Kurznachrichten Diensten, auf Gesundheit. Im Verlauf der Diskussion überwiegt dabei ein konsensuell geteiltes Konzept der Verunsicherung durch negative Medienberichterstattungen. Dabei wird die Berichterstattung über Katastrophen als 'negative Berieselung' empfunden, was zur Abschottung gegenüber der 'Welt draußen' und in der Umgebung führt. Des Weiteren werden in diesem Zusammenhang Veränderungen seit der eigenen Kindheit, in Abgrenzung zur heutigen Zeit, diskutiert. Eine gesundheitsförderliche Erziehung der Kinder ist in einer Zeit mit Katastrophen, Kriminalität und Aggression in der Schule und im Umfeld schwierig geworden. Gleichzeitig wird ein Motiv der Verunsicherung und der Angst deutlich, welches durch die Medienberichterstattung gefördert wird. Elterliche Verunsicherungen und Ängste führen dazu, dass Eltern ihre Kinder ständig

begleiten und diese ihre Umwelt nicht selbstständig entdecken dürfen, weil jeder Fremde eine Bedrohung darstellen könnte. Das sich verändernde Sozialverhalten steht einem gesellschaftlichen Miteinander entgegen. Kinder können nicht mehr allein ihre Umwelt entdecken, freies Spiel auf 'Wiesen und Feldern' ist nicht mehr möglich, was die Entwicklung von Kindern einschränkt. Denn unter anderem können viele körperliche Erfahrungen ebenso wenig gemacht werden wie naturnahe Erfahrungen. Das biografische positiv dargestellte Aufwachsen in der eigenen Kindheit, gibt es nicht mehr. Damit wird ein negativer Wandel des Aufwachsens von Kindern angesprochen.

5.6.1.2 Was ergänzt die Gruppendiskussion zu den Einzelinterviews

Wie bereits in den Einzelinterviews deutlich wurde, steht auch in der Gruppendiskussion nicht die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen im Vordergrund. Zunächst wird jedoch ein krankheitsorientiertes Gesundheitsverständnis diskutiert. Es gibt ein positives Konzept, das mit einem erweiterten Gesundheitsverständnis verbunden ist. Dabei spielt das Motiv, selbstbestimmt in Freiheit leben zu können, eine Rolle. Hauptthemen sind Einflüsse im sozialen Raum²⁹ auf eine gesundheitsförderliche Erziehung sowie Abgrenzungstendenzen. Die Diskussion wird von einem Konzept, des negativen Einflusses durch den Umgang von Menschen miteinander im sozialen Raum, dominiert. Dieses zeigt sich in einem aggressiven, von Machtkämpfen geprägten Verhalten und Abgrenzungen. Der zwischenmenschliche Umgang betrifft nicht nur Eltern, sondern auch Kinder, die ihr Sozialverhalten in eben diesem Umfeld erlernen.

Wie bereits in den Einzelinterviews deutlich wurde, „*ich hab keine Freunde*“ (BIS1610071Sch), scheinen insbesondere Angehörige eher sozial benachteiligter Gruppen zu Abschottungstendenzen zu neigen. Dies lässt den Schluss zu, dass ein Rückzug in die Familie beziehungsweise die eigene Wohnung dem Schutz vor äußeren Einflüssen dient. Soziale Beziehungen und der Aufbau sozialer Beziehungen werden so erschwert. Ein Wunsch nach sozialer Verbundenheit im sozialen Raum wird in der Gruppendiskussion besonders deutlich. Das Motiv der Angst im Wandel der Zeit und eine daraus resultierende permanente Begleitung der Kinder wurde bereits in den Einzelinterviews thematisiert. Damit wurde bereits in den Einzelinterviews ein negativer Wandel angesprochen. Dieser Wandel bedeutet, dass eine gesundheitsförderliche Erziehung und Entwicklung von Kindern heute schwieriger ist als, in der vorherigen Generation. Der Einfluss durch eine massenmediale Berichterstattung wurde auch in den Einzelinterviews thematisiert. Zudem spielte in den Einzelinterviews eher eine Verunsicherung durch

andere Menschen eine Rolle, die im Zusammenhang mit körperlicher Gesundheit und Arztbesuchen in Verbindung stehen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der von den Gruppendiskussionsteilnehmer*innen diskutierte Einfluss hinsichtlich der Verunsicherung und Ängste durch Medien in den Einzelinterviews weniger prägnant zum Ausdruck kam.

5.6.2 Gruppendiskussion: Früher war es schön – heute ist es anders

Die Mütter dieser Diskussionsrunde wurden von einer geeigneten Person informiert und eingeladen. Ebenso leitete sie das, von der Autorin dieser Arbeit erstellte Handout weiter. Die Diskussionsrunde fand in der Wohnung einer Diskussteilnehmerin statt, dauerte 86 Minuten und wurde von der Autorin moderiert.

Gruppenzusammensetzung und Diskussionsverlauf:

Anzahl der Teilnehmenden und Diskussionsverlauf (**GDMAM3_06**): 3 Mütter, zwischen 33 und 37 Jahre alt.

Den kollektiven Erfahrungshintergrund bildete der Sozialraum²⁹, in dem die Familien leben. Mindestens ein Kind besucht dieselbe Kita eines kirchlichen Trägers. Die Familien kennen sich aus der Kita ihrer Kinder und aus der Arbeit in der Gemeinde. Die Teilnehmerinnen haben zwei bis vier Kinder im Alter von drei bis acht Jahren. Von den älteren Mädchen wird dieselbe Grundschule besucht. Eine Teilnehmerin hat einen Migrationshintergrund, zwei Teilnehmerinnen haben Abitur, eine Mutter hat Fachabitur. Alle Teilnehmerinnen sind Hausfrau und Mutter sowie Teilzeit in ihrem Ausbildungsberuf erwerbstätig.

Die Gruppendiskussion weist eine gemeinsame Entwicklung des Themas auf. Dabei entstanden Passagen einer gemeinsamen Erzählung mit etwas weniger Diskussionsanteilen. Alle Teilnehmerinnen beteiligten sich, mit ähnlich hoher Präsenz, sodass längere Redebeiträge gleichmäßig verteilt waren. In kurzen Redebeiträgen schließen die Teilnehmerinnen direkt aneinander an und entwickelten so dichte kommunikative Passagen. Die Teilnehmerinnen sprechen zunächst für sich selbst, so weisen die Diskussionspassagen häufig eine Thematisierungsregel auf, die sich in „ich meine“ oder „bei mir“ zeigt. Dennoch weist der Diskussionsverlauf eine Verknüpfung, zwischen dem für sich selbst sprechen („ich“) und dem „uns“ oder „wir“, für sich und andere (z. B. Gruppenmitglieder) sprechen auf. M2 nimmt während der Diskussion oft eine eher abweichende Position ein, um dann häufig einzulenken und sich der Gruppenmeinung anzuschließen.

Gruppendiskussion: Früher war es schön – heute ist es anders

Auf die Einstiegsfrage, 'was ist für euch Gesundheit?' reagiert M1 spontan mit dem Begriff wohlfühlen, um nach kurzem Innehalten sprachlich verallgemeinert („man“) ihre Vorstellungen weiter auszuführen. Anschließend entwickelte sich eine erste dichte aufeinander aufbauende Passage.

M1: wohlfühlen (..) keine Wehwehchen haben (.) ja keinerlei Einschränkungen das man alles machen kann auf das man Lust hat und so #00:03:14-6#

M2: also das man, wie sie auch schon gesagt hat, Zufriedenheit spielt eben auch ne Rolle, ehm mit sich selbst zufrieden ist und mit ja das alles funktioniert und nicht das man da mal Kopfschmerzen da mal des und das auch dass, was man macht auch gut machen kann, ja auch ausgeglichen sein auch #00:01:22-9#

M1: so positive Energie haben, seelisch und körperlich nicht so matt und traurig und malat das ist für mich auch Gesundheit #00:01:30-5#

M3: und auch mit dem ganzen Umfeld, also nicht nur das ich mich für mich selber wohlfühle, sondern auch ähm in dem Umfeld in dem ich bin, in der Familie in dem Freundeskreis auf der Arbeit, ähm die eignen Kinder, jetzt für mich oder meine Kinder das sie fröhlich sind das sie körperlich fit sind gerne in den Kindergarten - Schule gehen, das sie gerne auch alleine Dinge machen ähm #00:03:15-6#

Neben Schmerzfreiheit und Wohlbefinden wird Gesundheit hier zunächst als Freiheit konzipiert. M1 führt sprachlich verallgemeinert aus, dass Gesundheit mit der Freiheit verbunden ist, alles das machen zu können, worauf man Lust hat. M2 schließt direkt an ihre Vorrednerin an und weist im Ich-Bezug auf Zufriedenheit und Ausgeglichenheit. Auf die Ausführungen von M2 ergänzt M1 ihre Ausführungen um positive körperliche und seelische Energien und Funktionsfähigkeit. M3 greift im Ich-Bezug wohlfühlen im eigenen und erweiterten Umfeld auf.

Auf die Frage, wodurch Gesundheit beeinflusst wird, antwortet wiederum M1 spontan und spricht die wahrgenommenen besonderen Umweltbelastungen am Wohnort an. Feinstaubemissionen durch die umliegende Industrie in Verbindung mit der geografischen Lage werden, im Vergleich zum Aufwachsen auf dem Land, als negative Einflüsse auf Gesundheit wahrgenommen. M2 ist zunächst unsicher (*ich weiß nicht*), ob die negativen Umwelteinflüsse des Wohnorts eine Rolle spielen, andererseits hat sie sich offensichtlich dazu auch schon Gedanken gemacht. Obwohl einige Bekannte von M1 aufgrund der Umweltbelastungen den Wohnort wechseln, ist für M1 das Umfeld wichtiger, um sich wohlzufühlen. Negative Umwelteinflüsse werden daher relativiert.

M1: ja die Umwelt, dass man hier in der Stadt wohnt das macht mir manchmal schon ein bisschen Kummer weil da sind ja die Werte nicht so doll, ja ich bin auf dem Land groß geworden und manchmal denke ich schon das ist besser für die Kinder, diese Feinstaubsachen, Ozon #00:05:23-2#

M2: ich weiß nicht ob das so, also es gibt bestimmt Orte wo es besser ist aber ich mein klar hat es sich verändert in der Zeit, grad heute habe ich gedacht, es wieder sehr düster bei uns dann hab ich so rüber geguckt (Fabrikschornsteine), ja ob's davon kommt (lacht) #00:05:46-4#

M1: ja es ist son Kessel da geht auch oft so die Luft und es hängt so drüber ich habs schon so in letzter Zeit oft das viele sagen ich zieh lieber so Richtung Wald auch wegen den Kindern weil da die Luft besser ist oder manche Lungenprobleme haben

oder Allergie, ich glaube die Stadt hier ist nicht so doll aber man blendet das wieder aus man hat hier so sein Umfeld, ich möchte hier auch nicht wegziehen, ich hab hier Arbeit Freunde Familie ja käme für uns nicht in Frage, weil eben so viel daran hängt, wichtiger obwohl es vielleicht nicht sinnvoll ist, aber wenn man sich wohl fühlt und alles passt ist man jetzt ja auch nicht tagtäglich mit konfrontiert #00:08:17-7#

Da aus Sicht der Befragten das Umfeld anscheinend eine Bedeutung in Bezug auf Gesundheit hat, wurde nachgefragt, wie wichtig das Umfeld ist.

M3: total, also ohne das würd bei mir persönlich jetzt vieles nicht so laufen können wie es läuft, also wenn ich nicht das Umfeld hätte, hätten meine Kinder als ganz kleine Kinder irgendwie nie die Möglichkeit gehabt irgendwie in den Musikgarten zu gehen oder andere Aktivitäten wahrzunehmen weil ich immer darauf angewiesen war eine Mitfahrtsmöglichkeit zu haben weil ich da kein Auto hatte und ohne die Freundinnen die mich da mitgenommen (.) das gar nicht möglich gewesen wäre oder nicht so einfach und ob ich es dann gemacht hätte wenn ich irgendwie mit Bus Bahn keine Ahnung Fahrrad hätte ich vieles nicht gemacht also hat vieles gemacht also hat vieles erleichtert und jetzt ich seh das ganz klar so, dass ich nicht so arbeiten könnte oder wir beide nicht so arbeiten könnten und das auch so sicher und frei eigentlich mit dem Gedanken das läuft alles gut wenn ich nicht dieses Umfeld hätte mit Tagesmutter und wenn die mal nicht können mit Freunden wo ich genau weiß ich kann auch mal anrufen, kannst du sie mir von der Schule mitnehmen oder kann er mit zu euch kommen also ohne das und klar kann man sich das woanders mit der Zeit wieder irgendwo suchen und aufbauen aber das braucht halt eben Zeit und das kann ich mir nicht leisten #00:09:57-3#

M2: also das du weißt wo du dich hinwenden kannst, wenn meine Kinder mal wieder irgendwelche komischen Ausschläge haben, was es sein könnte ja einfach sich austauschen können ja und wissen das man sich dahin wenden kann und das der andere sich auch an dich wenden kann ich habe ja Gott sei Dank noch meine Mama hier also da merke ich schon wenn die mal zwei Wochen in den Urlaub ist, was sie mir auch abnimmt, das ich halt auch anrufen kann, kannst du da die Kinder nehmen, kannst du das machen, das sind halt Freiheiten die hätte ich nicht wenn sie nicht hier wohnen würde #00:11:12-5#

Das Umfeld hat für M3 und M2 eine große Bedeutung. Durch Freunde und die eigene Mutter wird es möglich, an vielen Angeboten für Kinder teilzunehmen. Die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel wird eher ausgeschlossen, da das im Alltag als zu aufwendig empfunden wird. Wichtig ist eine vertrauensvolle Beziehung zu Tageseltern und Freunden, um den Alltag zu organisieren. Die gegenseitige Unterstützung von Freunden ermöglicht einen gemeinsamen Austausch und bietet Sicherheit, weil sich die Mütter auf deren Unterstützung verlassen können. Dieses Gefühl der Sicherheit hat positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Mütter. Aus der Unterstützung von Freunden, Omas oder Tageseltern ergeben sich Freiheiten, wie z. B. so und nicht anders zu arbeiten, um selbstbestimmt zu leben. Ohne diese praktische Unterstützung gäbe es diese Freiheiten nicht. Während der Gesprächsverlauf zunächst vom Ich-Bezug geprägt ist, weist M3 in sprachlich verallgemeinerter Darstellung darauf hin, dass „man“ sich so ein Umfeld auch woanders wieder aufbauen kann, dies ist jedoch mit einem hohen Zeitaufwand verbunden und daher kommt ein Ortswechsel nicht infrage.

Der im Anschluss gesetzte Stimulus bezieht sich darauf, wie Gesundheit positiv beeinflusst werden kann. Woraufhin M2 Sportangebote für ihre Kinder anspricht.

Sich selbst nimmt sie dabei aus. Wichtig ist ihr dabei die Vielfalt der Angebote, da die Kinder so herausfinden können, was sie machen möchten.

M2: na ja Freizeit, Sport also für meine Kinder bin ich sehr aktiv, für mich weniger (lacht) also die Kinder sie macht Ballett und Zumba und er geht turnen und sonst also auch in der Freizeit halt raus gehen Schlittschuh laufen schwimmen gehen und viele verschiedene Sachen auch ausprobieren und sehen ob es einem liegt oder auch nicht #00:12:59-7#

Auf den Beitrag von M2 reagiert M1 zunächst damit, dass die Kinder vielfältige Möglichkeiten haben, um dann auf ihre eigene Kindheit zurückzukommen.

M1: ich denke mir auch was die Mädels hier alles so haben und (.) gut ich war damals als Kind bis abends um halb zehn draußen und da hat auch keiner gefragt oder es war klar irgendwann trudeln sie wieder ein und wir hatten so x Bäume also son Freundschaftsbaum, da sind wir dann ganz hochgekraxelt und haben uns da die Geheimnisse erzählt, da war halt kein Freizeitpark aber wir waren schon glücklich und zufrieden, also ich hatte schon eine tolle Kindheit #00:13:25-5#

M2: es war halt glaube ich einfach anders also hier ich glaub da könntest die Kinder nicht einfach auf der Straße springen lassen #00:13:29-2#

M1: nee das geht nicht, es war ein Dorf mit ein paar hundert Einwohnern #00:13:32-4#

M2: das hat sich schon geändert #00:13:31-4#

M1: das war halt Wiese Wald ich glaub Kinderturnen das gabs schon aber das wars dann schon und ein Schwimmbad das war schon was Besonderes aber ne halbe, dreiviertel Stunde fahren #00:13:55-0#

M2: ich glaube du hast es eher nicht gemacht als zu fahren, ich mein was ist denn heute schon jede Familie hat mindestens ein Auto oder die meisten und setzt sich ins Auto und fährst da ist eigentlich ne viertel oder ne halbe Stunde fast nichts #00:14:08-6#

M1: ja meine Mutter hatte damals kein Auto und mein Papa war unter der Woche weg also unter der ging es eh nie #00:14:30-0#

M2: wobei ich schon glaub das es jetzt auf dem Land auch anders ist also weil da entstehen ja auch neue Siedlungen #00:14:40-7#

M3: also auch was es heute für Angebote gibt also früher hat niemand irgendwas von oder Babymassage also was ja schon ganz klein anfängt diese Vielfalt an Gruppen und Kursen das war ja früher nicht ich mein heute, jetzt gehen sie ins Zumba also noch vor zehn Jahren oder so hätts nirgendwo Zumba für Kids gegeben (.) also diese Vielfalt einfach und aus diesem breit gefächerten Angebot da kannst ausprobieren da kannst hingehen was macht dir Spaß und es wird ja vieles einfacher zu erreichen oder irgendwie hier in der Stadt da gibt es einen Familienpass da sind Gutscheine drin, den kannst beantragen dann haste soundso viele Freibadbesuche kostenlos oder die Eishalle ist drin, Museen sind drin und dadurch wirst du auch animiert da hinzugehen weil das kostet jetzt nichts das machen wir mal ob es was ist ist dann erst mal egal weil du musst außer dem Weg dahin die Zeit erst mal nichts investieren und dadurch wirst du ja viel mehr animiert Dinge auszuprobieren oder wie gesagt ins Museum zu gehen diese Angebote auf Stadtfesten wo sich dann Vereine präsentieren ich glaub das Angebot ist so extrem groß geworden, das war einfach früher nicht ich glaub das kannten unsere Mütter gar nicht Babymassage, Kinderyoga, PEKIP³⁹ und alles Mögliche was da (.) #00:16:30-3#

M2: ich glaub was es schon immer gab, war Fußball für Jungs #00:16:33-3#

M3: ja wenn se dann älter sind, also ich war auch im Leichtathletik und im Turnverein aber diese extrem vielfältige und dieses von Anfang an die Freizeit zu füllen mit so nem Programm das gabs halt nicht #00:17:00-1#

M2: du warst halt wirklich viel mehr draußen, also wir waren viel mehr draußen #00:17:05-5#

Es werden Vergleiche zur eigenen Kindheit und dem Aufwachsen auf dem Land gezogen, dabei wird ein Wandel angesprochen. M1 verdeutlicht, dass sie in ihrer Kindheit das freie Spiel in der Natur auf Wiesen, Feldern oder im Wald, ohne eine

³⁹ PEKIP = Prager Eltern-Kind-Programm

ständige Kontrolle der Eltern, als sehr schön erlebt hat und dass sie als Kind glücklich und zufrieden war. Der angesprochene Wandel wird positiv betrachtet, denn dieser hat dazu geführt, dass es viele Freizeitangebote für Kinder gibt. Gleichzeitig wird angesprochen, dass die Stadt mit Gutscheinen Familien darin unterstützt, die Angebote (sportliche Aktivitäten aber auch Museumsbesuche) wahrzunehmen. Konsens besteht darüber, dass in dem sozialen Umfeld, in dem die Familien jetzt leben ein unkontrolliertes Spiel der Kinder als ausgeschlossen angesehen wird.

M1: aber, ich fand das toll so draußen sein, aber das haben die hier im Freizeitpark auch, wir gehen nur in den Freizeitpark um auf irgendwelchen Bäumen rum zu klettern, ich denk das holen die sich dann anders irgendwie aber ich fand das toll und das ist auch wichtig und wertvoll #00:22:21-3#

M1 macht nochmals deutlich, dass sie es toll fand, viel draußen zu sein und dies für sie mit Werten ihrer Kindheit verbunden ist. Dann lenkt sie ein und weist darauf hin, dass sie einen großen Park in der Stadt nutzt und ihren Kindern damit die Möglichkeit eröffnet, ähnliche Erfahrungen zu machen. Im Grunde genommen kann das jedoch nur bedingt mit freiem Spiel und dem Aufwachsen auf dem Land verglichen werden. Der Park bietet große Wiesen und Bäume zum Klettern aber auch verschiedene Spielplätze einen Streichelzoo, ein Tropenhaus, Tretboote und vieles mehr. Die Möglichkeit „Freundschaftsbäume“ zu erklimmen oder mit in der Natur gefundenen Materialien 'Buden' zu bauen, besteht nicht. Zudem müssen die Kinder dorthin gefahren werden und in Begleitung Erwachsener sein.

Anschließend positioniert sich M3 und entwirft ein Bild des Wandels. Das freie Spiel von früher auf dem Dorf gibt es nicht mehr und die Kinder können nicht einfach alleine draußen herumlaufen. Sie sieht darin eine Veränderung („das ist heutzutage“), da man heute sensibler ist, weil Gefahren präsenter sind. Sprachlich stellt sie das verallgemeinert dar („man“). Interpretieren lässt sich das als ein negativer Wandel. Mit diesem sind Unsicherheiten und Ängste verbunden, die sich negativ auf das Wohlbefinden der Mütter auswirken. Im Gegensatz zu früher wird die Welt als gefährlicher wahrgenommen. Darauf reagieren die Mütter mit einer vermehrten Kontrolle ihrer Kinder.

M3: aber dieses unkontrollierte () gibt es kaum noch glaube ich also dieses ich lass meine Kinder einfach frei laufen und so und du musst um sechs zum Abendessen zu Hause sein, also ich hab für mich persönlich würde das nicht wollen, dass sie () ich meine hier ist ne sehr ruhige Straße ne sehr ruhige Gegend und im Sommer wenn man mehr draußen ist gut, hier gibt es auch mehrere Kinder o. k. wenn ich weiß wo sie ist, dann ist es gut sie darf auch alleine zu den anderen laufen oder so, sie darf einiges alleine machen aber ich würde nicht wollen das sie alleine draußen irgendwo rum rennt aber das ich nicht weiß wo sie ist, das ist heutzutage und ich glaube das ist schon ne Veränderung (.) man ist da sensibler die Gefahren sind präsenter und vielleicht auch größer und das würd ich nicht zulassen #00:23:28-2#

M2 spricht anschließend an, dass es Eltern gibt, die ihre Kinder allein draußen herumlaufen lassen.

M2: wobei es gibt schon Schichten von Leuten die das zulassen #00:23:30-7#

M1: nee und ich find das auch ganz schlimm, ich sehe bei uns auch so Mädchen, die dann in der Umgebung son bisschen allein mit ein paar Kindern auf dem Spielplatz, wo man jetzt net so genau weiß wo die sind und das kommt in ein paar Jahren ich glaub so in zwei-drei Jahre gehen die schon ihren Wege so in gewissen Umkreis und damit hätt ich auch kein Problem (.) so dritte vierte Klasse fängst dann schon irgendwann an #00:23:58-2#

M2: die machen das schon seit der ersten Klasse (lacht) #00:24:00-2#

M3: das meine ich #00:24:05-1#

M2: wir haben das auch (.) aber mir wär das auch zu also die Klingeln bei uns manchmal echt um halb acht #00:24:11-9#

Diese Eltern werden einer bestimmten sozialen Schicht zugeordnet, was sich als herabsetzen einer anderen sozialen Gruppe interpretieren lässt. Zunächst geht M1 darauf ein und ist empört, dass Kinder allein auf dem Spielplatz sind, um dann einzulenken und deutlich zu machen, dass ihre Kinder in ein paar Jahren auch allein unterwegs sein werden und sie das normal findet. Woraufhin M2 noch mal deutlich macht, dass sie Kinder im derzeitigen Alter ihrer Kinder meint, was M3 unterstützt. Deutlich wird hier, dass ein selbstbestimmtes Unterwegssein von Kindern altersabhängig ist. Außerdem grenzt sich die Diskussionsrunde von Menschen, die einer anderen sozialen Gruppe angehören ab. Dies führt zu Stigmatisierungen (M3: „DIE sind ja auch stundenlang draußen und nicht einmal guckt einer danach“). Interessant ist die Nutzung des Schichtbegriffs, was auf eine kollektive Identifizierung und Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht/Klasse der Teilnehmerinnen hinweist. Menschen, die einer anderen Schicht angehören, handeln anders, und zwar aus Sicht der Befragten falsch.

Gleichzeitig weist M1 darauf hin, dass sie sich keine App⁴⁰ auf ihr Handy laden würde, um zu kontrollieren wo ihre Kinder sind. Dies wird von M1 bestätigt.

M1: ich würd mir keine App aufs Handy machen damit ich weiß wo meine Kinder sind oder so aber #00:24:14-0#

M2: nee das nicht #00:24:16-3#

M1: aber da muss man halt auch vertrauen und was für ne Basis und ich wüsst bei ihr da könnte ich mich drauf verlassen, ich würd ihr da schon recht zutrauen so, klar wenn da jetzt einer käm mit nem Auto und sie reinzerren, da könnte sie ja jetzt nichts dafür (.) natürlich so Vorstellungen machen mir schon auch Angst aber jetzt so auf sie verlassen kann ich mich da schon [...] #00:24:56-6#

Anschließend macht M1 deutlich, dass es wichtig ist, den Kindern zu vertrauen. Gleichzeitig zeigt sie ihre Ängste auf, da eine Bedrohung von außen kommen kann, die außerhalb des Verantwortungsbereichs des Kindes liegt.

Um etwas mehr über die Bedeutung von Kommunikationsmedien mit sofortiger Nachrichtenübermittlung (z. B. WhatsApp), in Bezug auf Gesundheit zu erfahren, wurde dieser Punkt von der Diskussionsleiterin aufgegriffen und nachgefragt,

⁴⁰ App (Applikation). Eine (Software-) Anwendung z. B. für ein Smartphone

welchen Einfluss das hat. Woraufhin M3 spontan reagierte. Die Möglichkeit der Nachrichtenübermittlung kann Vor- und Nachteile haben. Dabei wird eine GPS⁴¹ Handy-Ortung der Kinder als übertriebene Kontrolle angesehen.

M3: *ich glaub das kann positiv und negativ sein also ich glaub wenn es so weit geht das Eltern ihre Kinder damit also das die das so nutzen #00:30:35-4#*

M2: *zu kontrollieren #00:30:35-7#*

M3: *dass sie alles immer kontrollieren wollen und auch können über GPS Ortung oder frag mich nicht also die Kinder müssen dann schon Handy in der Tasche haben und regelmäßig sich melden also so etwas finde ich nicht ne gesunde Nutzung von solchen Dingen aber ähm so wie wir das nutzen ist es beruhigend #00:31:06-9#*

M2: *ja #00:31:06-3#*

M3: *also es ist für mich wesentlich beruhigender und ich merke ich selber bin entspannter in dem Moment wo die Nachricht kommt sie ist da, da ist für mich so o.k. passieren kann überall was [...] sobald ich weiß das hat sie schon mal und dann bin auch beruhigt und denk eigentlich auch die ganze Zeit nicht mehr dran, ich glaube ich hätte ansonsten dieses ah ja hat das jetzt alles irgendwie #00:31:51-1#*

M2: *mm ja #00:31:51-1#*

M3: *gut geklappt, ist sie gut angekommen #00:31:53-4#*

M2: *genau #00:31:53-9#*

M3: *das eine Mal hat sie unglaublich getrödelt auf dem Weg [...] die (andere Mutter) hat dann geschrieben sie ist noch nicht da wann hast du die denn losgeschickt, ich so ich hab die pünktlich losgeschickt keine Ahnung die müsste eigentlich schon lange da sein und dann sitzt du natürlich schon da und denkst hm gleichzeitig denkst du, die wird jetzt jeden Moment da ankommen ich kenne meine Tochter die trödelt gerne zwischendurch mal [...] aber ähm #00:32:40-3#*

M2: *unentspannt #00:32:42-9#*

M3: *jaa #00:32:42-3#*

M2: *des hab ich auch #00:32:44-2#*

M3: *dann biste einfach total also ich bin dann unentspannt und das finde ich aber noch, also ich persönlich schätze das als ne gesunde Einstellung ein das es so ist also ich glaub das wäre nicht normal wenn ich mir keine Sorgen machen würde ähm aber so dieses Extrem was wir auch innerhalb der Familie ja immer wieder als Diskussionspunkt haben am besten gar nicht alleine und am besten nicht mal alleine diese Stück ähm an der Straße an der Schule raus lassen und dann das Stück bis zum Eingang egal ob über den Schulhof, über den Gehweg allein ähm da gibt es dann andere die dann am besten direkt vor der Tür parken, also auch innerhalb unsere Familie und das Kind am besten gar nicht alleine laufen lassen und so dieses, nee solange ich sie kontrollieren und behüten kann das läuft die doch jetzt nicht alleine [...] ja, das finde ich dann nicht mehr gesund die muss sich ja auch entwickeln können also ihr Selbstbewusstsein und ihre eigenen Fähigkeiten können sich ja nur dadurch entwickeln das ihr was zugetraut wird und das sie auch selbstständig etwas ausprobieren kann und wenn ich ihr nichts zutraue wie soll sie sich denn selber was zutrauen #00:34:41-6#*

M1: *sehe ich auch so auf jeden Fall man muss den Kindern was zutrauen #00:34:43-2#*

M2: *muss man selber so dran wachsen so #00:34:53-8#*

M1: *jaa ich bin da nicht so die Mutigste aber so Stück für Stück so kleinere Schritte mach ich vielleicht #00:34:56-3#*

M3: *nee, ich glaube du bist in manchen Bereichen vielleicht sogar mutiger #00:35:24-9#*

Wenn die Kinder allein unterwegs sind, machen sich Mütter Sorgen. Diese Sorgen führen dazu, dass sie angespannt sind, was sich negativ auf das mütterliche und kindliche Wohlbefinden auswirken kann. Eine Kurznachrichtenübermittlung über den Verbleib der Kinder, wird von den Müttern als eine 'gesunde' Einstellung konstruiert, da sie so entspannter sind, wenn ihre Kinder allein unterwegs sind.

⁴¹ GPS (Globales Positionsbestimmungssystem). Ein globales Navigationssatellitensystem zur Positionsbestimmung, in diesem Fall per Handy Anwendung (App).

Wobei der Dialog hauptsächlich unter M2 und M3 stattfindet. Erst als es darum geht, den Kindern auch etwas zuzutrauen, schließt sich M1 an.

Anschließend greift M2 den Faden auf, um deutlich zu machen, dass sie viele Dinge hört, die dazu führen, dass Mütter verunsichert und angespannt sind, wenn die Kinder allein unterwegs sind.

M2: du hörst ja auch so vieles, das ist es ja, du wärst vielleicht ja gar nicht so unentspannt aber ja dann hörst du hier was und da was #00:36:14-7#

M1: letztens hat auch irgendwie ne Mama von der Schule ihr gesagt da würd immer ein Junge rumhängen und der würd denen was Böses tun, das hat sie mir dann erzählt, dachte ich was also sie hat net richtig Angst gehabt also sie hat halt gesagt, Mama angeblich wär da irgend ein Junge an der Schule und der würd uns was machen und die kennt den und müsst ihr aufpassen, dürfen nicht da nicht so draußen rum stehen, dachte ich jetzt bekommen schon die Kinder so Ängste äh vermittelt, keine Ahnung #00:36:41-1#

M3: nee sie hat gar nichts #00:36:45-0#

M1 greift diesen Aspekt auf und schildert, dass durch eine fremde Mutter ihrem Kind Ängste vermittelt wurden. Anschließend greift M2 den Faden auf und berichtet, dass es innerhalb ihrer Familie unterschiedliche Ansichten bezüglich dessen gibt, wie viel Begleitung Kinder erhalten sollten. Innerhalb der einzelnen Familien besteht eine unterschiedliche Auffassung darüber, ab wann Kinder ohne elterliche Begleitung kurze Strecken allein gehen dürfen. Überbehütung durch Kontrolle steht dabei für die befragten Mütter einer gesunden kindlichen Entwicklung entgegen, da Kinder nicht selbstständig werden können. Dabei gibt es auch Generationenkonflikte durch unterschiedliche Auffassungen.

M2: ja das ist was was man halt so (..) also das hab ich oft mit meiner Mutter, also die ist total unentspannt und das ist wirklich nicht weit von der Schule zu meiner Mutter aber dann fährt meine Tante vorbei nimmt sie mit wo ich denke HALLO das sind dann so die Momente äh (.) in denen wir miteinander reden das die Kinder es nicht hören und ja da denk ich mir dann auch, also ich weiß meine Mutter war auch bei mir so ängstlich wegen mal so einer Entführung oder so, sie war da immer extremer als andere und ähm ja so zum Flöten das findet sie auch furchtbar, da ist sie alleine gelaufen, da kommt dann das kann die aber nicht alleine laufen doch sag ich da, sie muss es ja auch lernen und irgendwie, ja #00:38:25-4#

M3: ich kann sie ja nicht bis achtzehn bis zum Abi fahren und selbst wenn ich es könnte, ich mein dann geht sie in die Disco wie soll sie es denn lernen sich zurechtzufinden #00:38:41-4#

Die Entwicklung von Selbstständigkeit ist für die Mütter wichtig, es gehört zu ihrem Verständnis von einer gesundheitlichen Entwicklung ihrer Kinder dazu. Dennoch erleben sich die Mütter in einer permanenten Auseinandersetzung mit ihrem familiären Umfeld, angesichts möglicher Gefahren, denen ihre Kinder ausgesetzt sein können. Anschließend kommt M2 auf den Einfluss von medialen Informationen und den daraus resultierenden Ängsten zurück.

M2: die Informationen beeinflussen auch, also jetzt nach Silvester also das geht mir jetzt überhaupt nicht aus dem Kopf, das was da in Köln war und so das finde ich schon arg, weil ich mich auch frag wo das echt mal hin führt (.) das finde ich schon heftig und klar dann hast du so [...] ja des ist so (.) das ist schon, ich mein du weißt ja nicht klar kann's überall passieren ja aber ähm das beeinflusst schon unheimlich finde ich

(.) des ist das macht mir auch Angst also es ist wirklich das, das ich mir denk jetzt flüchten irgendwie alle nach Deutschland, flüchten wir irgendwann mal aus Deutschland weils abnorm (.) ich weiß nicht das ist ähm (..) ja jetzt wurd bei uns irgendwie zwei drei Wochen vor Weihnachten zwei Häuser weiter eingebrochen des ist ja dann auch noch so was wode denkst äh lässt die Kinder weil manchmal ist sie halt ne viertel_ halbe Stunde alleine zu Hause oder so und ich sag auch immer mach bitte niemandem auf wenn es klingelt du gehst einfach nicht an die Tür, ich hab einen Schlüssel und jemand anders kommt nicht und wenn dann kommt der noch mal oder so, weiste Briefträger oder so und ich glaub das macht sie auch, aber ich meine es gibt ja blöde Zufälle ja #00:47:12-8#

M3: bis jetzt ist es noch mehr das was man über die Medien mitbekommt, weil ich persönlich jetzt noch keine negativen Erlebnisse oder Erfahrungen gemacht habe also jetzt ganz persönlich is es bis jetzt noch mehr diese Angst, die geschürt wird durch das was man von überall hört und was immer mehr wird und auch immer also jetzt nicht nur so übergriffe wie in Köln sondern dann sind Anschläge in Istanbul dann geht es nen Tag später in Jakarta weiter dann Frankreich und dann fragste dich gut und welche Stadt und welches öffentlich, welche Veranstaltung is hier in Deutschland dann dran also es ist jetzt nicht so, dass ich jetzt sage, ich verzichte auf irgendwas, wir waren genauso auf Weihnachtsmärkten wir waren genauso auf einem Konzert im Dezember ähm aber man ist sich mehr bewusst das was und geht mit nem anderen Blick dann teilweise aus, na fällt einem irgendwas auf jetzt nicht ängstlich aber man merkt man wird aufm_aufm_ ... also guckt anders aber es ist noch dadurch das man alles mitbekommt ich glaub wenn man mal selber also im ganz unmittelbaren Umfeld, also wenn jetzt direkt in unserer Stadt oder je näher es kommt #00:50:02-1#

M2: ja #00:50:02-4#

M3: ich glaub umso größer wird die Angst oder umso realer wird es einfach auch oder wenn man selber irgendwelche negativen Begegnungen oder wenn man selber jemanden kennt dem irgendwas passiert ist und das ist bei mir jetzt gar nicht bis her, dass ich jetzt sage, da hab ich jetzt irgendwo persönlich, da ist noch das von den Medien geschürte #00:50:34-1#

M2: aber das ist auch was, ich weiß nicht als dieser Amoklauf in der Schule war, das ist schon ein paar Jahre her da hatten wir kurz darauf einen Elternabend im Kindergarten und da saßen wir zusammen und dann kam ein Mann rein den keiner kannte ist so rumscharwenzelt, ich hatte gleich boah jetzt zieht er gleich ein Maschinengewehr raus und drückt hier ab is dann halt wieder raus gegangen ich glaub der war irgendwie falsch oder so und ich hab dann ein paar Tage später mit der Erzieherin und die hatte dann genau den gleichen Gedanken zu diesem Zeitpunkt, da hab ich mir dann auch gedacht, weiste weil du so was hörst da biste dann gleich so (holt tief Luft und macht Erstickungslaute) ja oder #00:51:33-9#

M3: und denkst jetzt ist es hier so weit, ja ja #00:51:36-5#

M2: ja genau #00:51:37-3#

M1: ich glaub das also durchaus das bald hier zu uns kommt #00:51:37-7#

Medial verbreitete Informationen zu Ereignissen wie Terroranschläge, die Übergriffe auf Frauen an Silvester oder Einbrüche in der Nachbarschaft führen zu Verunsicherungen. M3 macht im Anschluss deutlich, dass Kinder in der heutigen Zeit, im Vergleich zu ihrer eigenen Kindheit damit aufwachsen müssen. Mit der normativen Notwendigkeit „die müssen“ verdeutlicht sie die Pflicht das Thema Terror und Anschläge, mit ihren Kindern zu thematisieren, da diese als reale Gefahren wahrgenommen werden.

M3: ja das ganze Thema also das ganze Thema Terror und Anschläge da wachsen ja Kinder schon mit auf und ich finde die müssen da auch mit aufwachsen und müssen mit dem Thema und das alles vor den Kindern ausblenden finde ich halt ganz falsch aber äh wir haben solche Themen als Kind doch nicht gehabt, da war das größte Thema damals der Golfkrieg und das war dann ein riesen also das waren für mich wo ich mich jetzt bewusst dran erinnere zumindest aber das war ganz weit weg, das war eine große Sache so und jetzt hast du ja du einfach überall und jederzeit kann

wer weiß was und das ist ne ganz andere also das nehm ich als ganz andere Bedrohung wahr oder als ähm #00:52:30-6#

M1: ich hab da jetzt auch mehr Angst dadurch das sie in der Schule also so Kindergarten oder so hab ich jetzt nie aber so ne große Schule und so keine Ahnung vielleicht ist das ja auch ein Ort wo se, ich glaub schon jetzt waren da so viele deutsche Touristen und so das es Deutschland demnächst auch trifft #00:52:48-4#

M3: ja es kommt immer näher #00:53:02-6#

M1: ja aber ich hab weiste mit meiner Freundin im Wald oder so es war irgendwie Thema beim Elterntag oder so das der Krieg zu uns kommt und es war auch einmal wie ich mich erinnern kann mit nem Panzer durchgefahren, die Amis und haben uns gefragt wollt ihr rein aber ich fand das ganz unheimlich und die haben uns aber es war ganz seltsam und wir haben dann gesagt wir bauen uns jetzt ne Hütte im Wald und ähm und verstecken uns dann da wenn es da losgeht damit die uns nie finden und wir haben dann da richtig so mit alten Latten angefangen, die wurd natürlich nie fertig und so weils total aufwendig und alles und sofort alles in den Wald geschleppt und keine Ahnung (Gelächter) und da wollten wir uns da einrichten und gemütlich machen, für den Fall und für uns war der Wald so riesig da dachten wir das würden die nie finden (lacht) #00:53:51-3#

M3: du auch #00:53:52-7#

M1: das war schon bisschen aber so richtig Angst hatten wir da glaube ich net da war halt son bisschen unser Plan was wir daraus gemacht haben so (.) aber ja das macht schon Angst das jetzt jeden Tag irgendwo en Anschlag ist und ich denk die kriegen die auch nie, wie soll man des, wird aufgestockt und mehr Soldaten aber wahrscheinlich sind die schon wieder fünf Schritte weiter (.) bei so Schulen da denk ich manchmal schon da hab ich schon, da ist schon irgend son bisschen komisches Gefühl so, da bringst dein Kind dann morgens hin und #00:54:26-5#

Mediale Informationen zu diesen Ereignissen werden konsensuell als bedrohlich konzipiert, woraus sich Ängste entwickeln. Konsens besteht darin, dass diese Bedrohungen Realität im eigenen Leben werden. Im Alltag führt das zu Verunsicherungen, die damit verbunden sind, übersensibel auf verschiedene Ereignisse, Fremde etc. zu reagieren. Die Schule wird nicht als ein sicherer Ort empfunden. Das Gefühl mangelnder Sicherheit hat dabei einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden der Mütter. Die mütterliche Anspannung wirkt sich auch auf die Kinder aus. Dennoch besteht, wie im Folgenden deutlich wird, konsensuelle Einigkeit. Die Mütter möchten ihren Alltag von diesem latenten Gefühl der Bedrohung nicht beeinflussen lassen. Die Freiheit, Konzerte zu besuchen oder auf den Weihnachtsmarkt zu gehen, gehören zu ihrem Leben dazu und sind wichtiger als sich zurückzuziehen.

M2: aber dann dürfteste ja nichts mehr machen #00:54:28-4#

M1: jaa #00:54:28-7#

M2: dann dürfteste nicht zum Konzert da dürfteste nicht in die Stadt gehen, weil ich mein da kann auch einer #00:54:32-7#

M3: ja das Einkaufscenter #00:54:34-6#

M2: jaa #00:54:34-6#

M1: doch ich hab bei den Weihnachtsmärkten muss ich sagen auch mal son bisschen gestockt, wir waren auch auf Weihnachtsmärkten auch son bisschen, diesmal neh anderer #00:54:46-3#

M3: die waren aber voll wie eh und je #00:54:52-3#

M2: also ich hab gehört die haben irgendwo mal einen geräumt aber das war auch so, da hat einer seine Tasche weiste das sind so Sachen wo ich denk da vergisst ne Tasche da wird gleich #00:55:15-2#

M3: ja aber das ist ja auf Flughäfen, Bahnhöfen auch mittlerweile, da hätte ja vor zehn zwanzig Jahren niemand was Böses da hätte ach wer hat das verloren bringen wir mal ins Fundbüro heute wird alles geräumt und das Bombenräumkommando rückt

an also es ist ja aber ich fand wir waren nicht viel auf Weihnachtsmärkten dreimal und ich fand die voll wie eh und je und mir ist nichts mehr an Sicherheit aufgefallen also da war nichts mehr also zumindest nicht uniformiert oder sichtbar, zivil weiß ich nicht frag mich nicht ob die irgendwo dann mal Leute durch schicken zivil oder weiß ich nicht aber nicht das du was ähm #00:56:00-3#

M2: uniformiert hab ich gar keinen gesehen #00:56:01-6#

M3: ne ich auch also gut es war nen Wochentag wo ich mit den Kindern in der Stadt ehm auf dem Weihnachtsmarkt war, da war ich auch alleine mit den Kindern da ist mir gar nichts (.) aufgefallen #00:56:16-1#

M2: nee #00:56:19-6#

M3: und am Wochenende gut nee auf den anderen auch nicht, gar nichts aber voll wie eh und je #00:56:37-6#

M2: ich glaub das ist dann nur wenn etwas auffällig ist dann ist ja gleich #00:56:43-8#

M1: genau dann #00:57:23-6#

Aus Sicht der Diskutierenden waren die Weihnachtsmärkte ebenso gut besucht wie in den Jahren zuvor. Einigkeit besteht darüber, dass keine verstärkten Sicherheitsmaßnahmen in Form von uniformierten Polizisten*innen auszumachen waren, um mehr Sicherheit zu vermitteln.

Anschließend kommt es durch M2 zu einem Themenwechsel. In sprachlich verallgemeinert Form wird darüber diskutiert, ob das was man bezüglich Gesundheit/Ernährung hört, auch umsetzbar ist.

M2: ja hören tut man viel, aber die Frage bei Gesundheit ist ja meist auch was ist denn umsetzbar, manchmal #00:57:36-1#

M3: und was ist gerade nen Hype weil gerade alle möglichen Leute meinen man muss sich jetzt vegan ernähren oder man muss jetzt ähm (.) so dieser Schlankheitswahn der ja jetzt so langsam wieder wo ich finde es geht langsam wieder in eine gesündere Richtung aber das ist ja auch immer sind oft so Trends die durch Medien suggeriert werden also irgendwelche Ernährungstrends, ich meine es gab vor Jahren nicht so viele Vegetarier Veganer ähm die spezielle Arten von Ernährung, Diäten oder Bewegung oder also des ich glaub des da gibt es ja auch immer mehr irgendwelche Apps oder über Computer so Fitnessprogramme oder diese Fitnessuhren die alles Mögliche kontrollieren was ja auch irgendwie mit dem Handy glaube ich mir ner App, ich weiß es nicht #00:58:37-8#

M2: auch so im Fernsehen finde ich so Werbung kommt viel ja (.) der so nimmt dieses Programm hat 20 Kilo abgenommen und der und der hat dieses und mit diesem hatte in zehn Wochen so und so fit und so und so schlank, klar im Januar die ganzen Fitnessstudios die Werbung machen und äh #00:58:55-8#

Darauf reagiert M3 und bezieht sich auf Ernährungstrends, „Schlankheitswahn“, Bewegung, Fitness Apps und Fitnessuhren (-tracker). M2 verdeutlicht, dass in der Zeit nach Weihnachten Angebote zur Gewichtsreduktion in der TV-Werbung häufiger ausgestrahlt werden und Fitnessstudios insbesondere zu Beginn des Jahres mit Angeboten für neue Mitglieder werben. M2 geht davon aus, dass die Werbung in der Nachweihnachtszeit zunimmt („ich glaub das ist wirklich jetzt mehr, weil viele Leute sich einen Vorsatz nehmen fürs neue Jahr“ #01:04:08-9#). Die Gründe dafür sieht sie jedoch nicht in der Unterstützung des Einzelnen, etwas für sich zu tun, sondern in der Gewinnmaximierung der Unternehmen („weil ich glaub die machen das ja wegen Geld, also die machen das ja nicht irgendwie für dich #01:04:30-0#).

M1 versucht anschließend, deutlich zu machen, dass sie sich von Ernährungstrends nicht beeinflusst lässt.

M1: also mich beeinflusst das gar nicht muss ich sagen ich weiß es für mich was mir gut tun würd, was ich natürlich nicht umgesetzt bekomme, ich wäre total gerne Vegetarier bekomme es aber nicht hin, aber ich wär das gerne ich finde das toll, ich bewundere die Leute die das können und ich hätte gerne nen paar Kilo weniger und ich würde gerne viel mehr Yoga machen das hat mir gut getan das wüsste ich so Meditation und Yoga wäre für mich gut aber (.) ja ich bin immer wieder dran des umzusetzen aber ich bin halt auch bequem und mach halt auch viel anderes drum rum und aber jetzt was irgendwer ne Diät oder so das beeinflusst also ich weiß jetzt eigentlich für mich glaube ich schon was mir gut tun würde, was ich gerne verändern würde ja der Weg dahin ist noch irgendwie #00:59:42-3#

M3: ja ne #00:59:43-0#

M1: noch weit aber (lacht) aber so ja Ernährung ja ich finde das toll wenn man weniger oder gar kein Fleisch isst manchmal geht das ganz gut bekomme ich das ganz gut hin weil ich so die ganze Tierhaltung und so ich äh ja klar ein Einziger verändert da jetzt nicht viel aber ich würd mich besser fühlen, wenn ich darauf verzichten kann ich kauf oft anders ein aber auch net immer, also eine Zeit lang hab ich das konsequenter gemacht hab halt so Biofleisch nur gekauft, aber dann hab ich gemerkt ah jetzt bist halt gerade beim Discounter und hab halt das Hackfleisch das nehme ich jetzt doch schnell mal mit obwohl ich das nicht gut finde also aber ich mach des manchmal aus der Not raus wenn es schnell gehen muss wenn ich jetzt nimmer die Zeit hab oder es liegt nicht auf dem Weg, da merkste es auch vom Geld her definitiv wir haben auch schon mal selbst mit meinen Eltern geschlachtet und haben dann nur so Fleisch verwendet und wussten dann wo die Kuh und wie ernährt oder Schwein wir haben schon alles Mögliche aber ja das ist dann ob man jetzt irgendwie und dann ist es halt aufgebraucht, das ist immer ein bisschen schwierig aber so generell fänd ich es für mich toll und auch für die Kinder oder so aber ich hab manchmal so Heißhunger auf Wurst, Wurst finde ich halt total blöd zu essen aber manchmal brauch ich des auch und dann mach ich mir das auch aber ja und die Mädels genauso, die lieben halt auch ihre Lyoner und so ich kann's auch nachvollziehen aber ich finds auch besser wenn wir mehr Käse essen aber ich bin auch selbst nicht so der große Käseesser deshalb, ja (lacht) #01:01:43-2#

M1 möchte gerne Vegetarierin sein, schlanker sein und mehr Yoga machen. Sie bewundert Menschen, die diese Dinge alle umsetzen. Dabei sind ihre Ansprüche an sich selbst sehr hoch. Der Alltag, verbunden mit wenig zeitlichen Ressourcen, dem inneren 'Schweinehund' sowie hohe Kosten oder ein Bedürfnis nach Fleisch und Wurst stehen der Umsetzung entgegen. Obwohl M1 verschiedene Dinge teilweise umsetzt, sind ihre Ansprüche so hoch, dass sie es eher als persönliches Versagen konzipiert nicht genauso konsequent zu sein wie andere Menschen. Womit sich M1 unter Druck setzt. Eine Wertschätzung der eigenen Leistung, zumindest teilweise etwas umgesetzt zu haben, findet nicht statt. M2 greift den Faden auf und macht deutlich, dass es für sie Stress bedeutet, im ohnehin schon ausgefüllten Alltag sportliche Aktivitäten.

M2: ja des ist halt ähm wenn ich denk, ja machste jetzt noch Sport aber dann musste aber des und des und des in zwei Stunden machen und nicht in vier, dann ist das wieder soon Stress das ich denk ich kann dann diesen Sport gar nicht genießen weil ich hab ja im Kopf ich muss ja noch des und des und des machen und ähm ja ist halt oft schwierig das alles unter einen Hut zu bringen und wenn es so zeitlich gebunden ist dann musst du auch wieder gucken ah da musst du die Kinder unterbringen oder kannst sie mitnehmen #01:02:15-9#

M3: des ist der Hauptgrund warum vieles nicht geht weil vieles irgendwelche festen Kurse oder Termine und wenn man im Schichtdienst arbeitet oder wenn beide im Schichtdienst arbeiten also ich könnte wahrscheinlich wenn jetzt nicht irgendwas wäre jeden Montagabend oder was weiß ich da könnte an mindestens zwei von vier Montagen im Monat sowieso schon mal nicht und dann sag mir also und für die anderen ein bis zwei ist mir das Geld zu schade und dann ist es auch so unregelmäßig das de nicht richtig rein kommst und dann ist es auch so dass es dir nicht wirklich nicht genug bringt um das dann also den Aufwand zu betreiben und irgendwie sind die Prioritäten anders also ich weiß schon auch und ich hab ja auch die Erfahrung sehr bewusst und intensiv in der Kur auch gemacht das mir vieles gut tun würde (.) aber die Priorität ist es nicht, also mir geht es gut genug das ich da drauf verzichten kann um mir diesen zusätzlichen Stress in Form von organisieren oder auch das zusätzlich Geld oder ja nach dem was dann is es mir nicht wert obwohl ich eigentlich weiß na ja das ist eigentlich nicht vernünftig weil es würd dir deinem Körper trotzdem gut tun öfter Laufen gehen öfter irgendwie was machen, auch für den Rücken oder ähm joh #01:03:49-5#

M3 verdeutlicht im Anschluss die Schwierigkeit, feste Kurse in ihren Alltag zu integrieren, da beide Elternteile im Schichtdienst arbeiten. Außerdem zeigt sie für sich eine andere Prioritätenverteilung auf. Da es ihr gut genug geht, vermeidet sie zusätzlichen Stress mit weiteren Terminen für Sportkurse, obwohl sie in einer Mutter-Kind-Kur positive Erfahrungen gemacht hat. So zu handeln bezeichnet sie als „*eigentlich nicht vernünftig*“. Mit „*eigentlich*“, schwächt sie ihre Aussage. M2 stützt die Aussage von M3, indem sie verdeutlicht, dass jeder für sich selbst herausfinden muss, was wichtiger ist. Dabei werden auch Aspekte der Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung deutlich.

M2: ich denk halt du musst es für dich rausfinden ich hab ja freitags frei, ich könnte durchaus freitags nen festen Kurs oder so was machen, hab jetzt auch wieder nachgesehen, aber andererseits ist der Freitag son Tag für Arzttermine für mal Frühstück gehen (lacht) oder so da denke ich dann da kannste es ja wieder nicht machen und das ist einfach oft so wenn ich z.B. Donnerstags sind ja die Kinder bei meinen Schwiegereltern, da denke ich da könnteste ja mal die Wohnung putzen in Ruhe oder so aber wenn des nicht so notwendig ist setz ich mich auch mal ne Stunde auf die Couch und schlaf manchmal ein oder so und mach des dann wenn die Kinder da sind wo es viel viel stressiger ist aber ja des ist ich #01:05:28-6#

M3: das ist die eine Stunde Pause dann wert #01:05:31-1#

M2: ja genau des ist dann also des ist weisst manchmal denk ich mir bis um zwölf arbeiten dann noch schnell was kochen, dann die Kinder holen, dann gehts ja grad weiter dann räumst du auf machst dann Hausaufgaben vielleicht ist dann ja auch noch mal ne Aktivität oder auch nicht aber es ist so alles getaktet und gut um sechs musst du dann wieder so langsam anfangen mit Bett fertig machen noch was essen, dann ins Bett bringen und oft ist es dann so wenn die Kinder dann um halb acht im Bett ist ja dein Tag trotzdem noch nicht zu Ende da muss ich noch die Sachen zusammen nähren da muss ich noch des machen dann muss ich des noch vorbereiten und äh #01:06:11-5#

Anschließend schildert M2 welche Alltagsgründe für sie eine Rolle spielen, um nicht an einem Sportkurs teilzunehmen. M1 macht daraufhin sprachlich verallgemeinert deutlich, dass sie die Alltagsgründe eher als eine Ausrede ansieht. Woraufhin M3 nochmals darauf hin weist, dass es eine Frage der Prioritäten ist und nicht eine Frage des Wissens oder der positiven Erfahrung.

M1: ich glaub man findet auch immer was also ich mein ne Ausrede in Anführungszeichen klar es ist net langweilig aber wenn einem das richtig wichtig wäre würd man das auch schaffen #01:06:19-4#

- M3: *genau das mein ich mit Prioritäten also eine Priorität ist halt nicht, wie gesagt ich hab in der Kur schon selbst nicht durch Medien oder sonst was, schon an mir selbst gemerkt wie gut mir das eigentlich tut auch dieses Walken morgens vorm Frühstück oder ähm die äh eigentlich so ganz viele von den Aktivitäten dort und hatte eigentlich auch fest so den Vorsatz du musst irgendwie schaffen das davon irgendwas in deinen Alltag mitzunehmen und habs halt gar nicht geschafft und warum weils mir nicht wichtig genug war weils mir so schlecht nicht geht ich nicht so stark spüre ich brauch das dass ich bereit bin dafür auf mein chillen an freien Tagen mir nicht gemütlich ähm dann alles so planen kann wie ich will also das iss es, es würd mir halt auch gut tun ne halbe Stunde an die Luft zu gehen und dann ne Stunde auf die Couch aber das mach ich dann auch nicht wäre eigentlich besser #01:07:41-1#*
- M1: *ja machen eigentlich die Erfahrung ich weiß es eigentlich #01:07:45-2#*
- M3: *ich hab mich schon gut gefühlt damit, also es tat mir schon gut aber jetzt nicht so also ich fühl mich so halt auch wohl und behaupte auch immer ich mein wir sind jetzt nicht so extrem viel draußen unterwegs oder jetzt auch nicht mehr so extrem viel zu Fuß unterwegs erstens Winter zweitens Schule weiter und Kindergarten und so gleichzeitig mit der Arbeit organisatorisch klappt es bei mir gar nicht ähm aber ich hab auch so genug Bewegung behaupte ich #01:08:14-7#*
- M1: *mir würd es fehlen an der Luft, ich bin schon jeden Tag so anderthalb Stunden mit dem Hund und meistens mach ich das ja morgens, manchmal denke ich oh jetzt auch noch mit dem Hund raus es wird wieder so knapp mit dem Essen und aber der muss und er fordert das ja ein und wenn ich das nicht machen würd, dann würd mir wirklich was fehlen, des würd mir auch fehlen, da kommt man auch mal wieder so zu sich so von den Gedanken, sortiert auch so seinen Kopf noch mal so daheim wäre ich total konfus und würd mit allem konfus weiter so machen und dann muss man sich ne Ruhepause oder ne Auszeit gönnen und das tut immer gut also ich hab Mittwochabend Sport jetzt am Mittwoch war ich auch so kaputt ich hab Nachtdienst und mein Mann hatte die ganze Zeit Spätdienst und wir hatten auch ewig keinen Abend so für uns und dann hab ich den Sport auch sausen lassen, so aber ich weiß auch ganz genau das ich mich ganz oft aufraffe und gehe und heim komme Gott sei Dank haste dich selber in den Hintern getreten und hast es gemacht also ich weiß das schon aber manchmal denk ich dann und heut gebe ich dann auch auf die Couch und lasse es aber wenn ich ganz ehrlich in weiß ich auch das es mir danach besser gehen würd wenn ich jetzt äh #01:09:26-1#*

Bei M1 wird anschließend eine Alltagsstrategie ersichtlich. Die Familie hat einen Hund, der ausgeführt werden muss. Hin und wieder findet sie das auch stressig, da noch andere Dinge anstehen, aber die Ansprüche des Hundes unterstützen Bewegung im Alltag und in der Natur. Dabei macht sie deutlich, dass sie durch die Spaziergänge mit dem Hund entspannen kann. Gleichzeitig lenkt sie jedoch ein und zeigt auf, dass sie es nicht immer schafft, am Sportkurs teilzunehmen. M2 scheint zwischen dem, was sie in ihrem Alltag eigentlich machen könnte/müsste und dem was sie machen kann hin- und hergerissen zu sein, was wiederum mit Unzufriedenheit verbunden ist. Woraufhin M3 ihre Position verdeutlicht.

- M3: *ich glaube solange man mit sich im Reinen ist und nicht ständig was vermisst, also würd ich jetzt sagen ach könnte ich doch dies machen und könnte ich doch das machen also wichtig ist das man mit sich im Reinen ist und das man nichts vermisst und das einen also nicht dauerhaft, das man nicht dauerhaft denkt ach könnte ich das oder dies bloß dann ist das ok soweit #01:10:51-0#*
- M2: *man muss das nicht verteidigen #01:11:01-0#*
- M3: *ja genau aber ähm also ich hab da schon ich bin, ich hab mich da schon mehr unter Druck setzten lassen oder gedacht (...) ja ja von mir selber aber mittlerweile habe ich da eine ganz gute Einstellung und sehe das sehr locker und vor anderen erst recht nicht, ich muss mich für nichts rechtfertigen, ich hab zwei tolle Kinder die genauso sind wie sie sein sollen es läuft alles eigentlich im Großen und Ganzen gut und von daher ähm weder darüber wie viel man arbeitet oder wie viel man mit den Kindern macht oder auch nicht oder des ist alles was da rechtfertigt also da lass ich mir nicht*

reinreden, wer meint er kann darüber irgendwie also kann da drüber urteilen da denk ich mir jo bei dir läuft auch nicht immer alles hundertprozentig, ich glaube nirgendwo läuft alles hundertprozentig und das ist auch gut so ich hab als Mutter auch einige Fehler und hab einige Macken und bin so und das ist gut so also ja #01:13:15-4#

Gleichzeitig stellt M3 sprachlich verallgemeinert dar, wie wichtig es ist, mit dem zufrieden zu sein, was im Alltag geschafft wird. Diese Position wird von M2 gestützt. Anschließend verdeutlicht M3, dass es für sie wichtig ist, sich nicht selbst oder von anderen ständig unter Druck setzen zu lassen. Interpretieren lässt sich dies als Wahrnehmung mangelnder Wertschätzung. Zufriedenheit wird als positiver Einfluss auf das eigene Wohlbefinden konzipiert.

Da das Thema gesunde Ernährung im Diskussionsverlauf eine Rolle gespielt hat, fragte die Diskussionsleiterin nach. Ihr hattet eben das Schlagwort gesunde Ernährung #01:17:23-0#. Auf die Nachfrage reagiert zunächst M3 spontan.

M3: abwechslungsreich, ausgewogen, von allem etwas und von nichts zu viel, na ja gesunde Ernährung ist, für mich von allem muss was dabei sein also Obst, Gemüse, Milchprodukte auch mal Fleisch, Fisch, Eier ähm Getreideprodukte auch mal Nutella, auch mal Pommes aber halt in soner Mischung das auch eher ungesunde Speisen zu fettig, zu süß, dass das halt nicht zu viel ist aber er darf und soll auch dabei sein #01:18:24-2#

M2: abwechslungsreich, frisch und natürlich #01:18:26-2#

M1: ja wir machen schon lange keine Geschmacksverstärker mehr, wir machen unsere Gemüsebrühe auch immer selber also so Maggi fix irgendwas hab ich schon ewig nicht mehr nee also da, also ich schmeck das sofort raus, wenn da irgendwie was dran ist und meine Kinder auch deshalb rümpfen die dann auch bei der Oma die Nase weil die dann die Spaghetti Bolognese einfach dran ist weil da dann irgend ein Fertiggewürz oder so, das bekomme ich dann natürlich wieder zu spüren (lacht) und auf der anderen Seite die ist dann immer frustriert weil die Mädels dann, ich bin da glaube ich auch immer was pingelig beim Essen weil ich da dann immer drauf achte und ansonsten hol ich halt frisches Gemüse und gar nichts fertig eingelegtes #01:19:54-1#

M2: also Gewürzmischung haben wir auch einfach dadurch das mein Freund Gluten nicht essen darf, da hat sich schon einiges geändert (lacht) wobei Brühe koche ich nicht selbst, würd wahrscheinlich auch gehen aber nee die Mühe mach ich mir net, aber wenn Du mal bewusst schaust also wegen diesem Gluten weil das ja bei uns Thema ist, da siehste schon was für ein Mist da überall drin ist #01:21:08-2#

M1: ich find die Transparenz ist da noch nicht so wie sie sein sollte für die Kunden, ich find das so anstrengend immer dann was da alles so drin ist und irgendwie fühl ich mich da net wohl und es ist nicht das ist irgendwie so ne Umstellung und wir haben das schon eine ganze Weile und es geht echt gut und uns schmeckt es auch besser, es ist halt net nur deshalb macht man es auch man weiß halt was drin ist und ich bin schon so es ist ja auch so umstritten Bio hin oder her also wo ich schon drauf achte, ich hatte immer so Bio-Kiste oder so ne regionale Kiste, das fand ich auch ganz toll, die wurd so angeliefert ähm ja und Bio ist auch immer so fraglich und net aus der Region und net im Winter irgendwie keine Ahnung #01:21:55-0#

Zu einer gesunden Ernährung gehören für M3, neben einer abwechslungsreichen und ausgewogen Ernährung mit frischem Obst, Gemüse, Fleisch und Fisch „auch eher ungesunde Speisen zu fettig, zu süß“. Diese Nahrungsmittel werden jedoch bewusst und selten genutzt. M1 ist es wichtig keine Geschmacksverstärker zu verwenden. Daher bereitet sie z. B. Gemüsebrühe selbst zu. Bei M2 hat sich einiges erst durch ihren Freund geändert, da dieser eine Glutenunverträglichkeit hat. Aufgrund dessen schaut sie beim Einkauf von Nahrungsmitteln genauer hin

und hat festgestellt, dass in viele Produktbestandteile ungesund sind. M1 stellt sprachlich verallgemeinert dar, dass die Transparenz diesbezüglich besser sein könnte. Eine Zeit lang hat sie regelmäßig regionales Obst und Gemüse geliefert bekommen. Dies nutzt sie jedoch aus nicht näher beschriebenen Gründen nicht mehr, obwohl sie das gut fand. Das Ernährungswissen ist auch hier ausgeprägt, dennoch steht der Alltag in Konkurrenz dazu.

Zum Abschluss wurden die Diskutanten gefragt, ob es noch etwas gibt, was die Teilnehmerinnen gerne ansprechen würden #01:25:27-2#. Nach kurzem Überlegen reagiert M3 darauf.

M3: es gehört noch ganz viel dazu und wenn wir uns jede Woche einmal treffen würden, würden wir immer auf neue Themen kommen also oder etwas anders aber was jetzt so jetzt noch nee glaube ich nicht#01:25:57-1#

Resümierend stellt M3 fest, dass zu Gesundheit noch mehr gehört und bei einem regelmäßigen Austausch darüber noch weitere Themen dazu kommen würden. Dies wird von den anderen Müttern durch Nicken bestätigt.

5.6.2.1 Zusammenfassende Interpretation: Früher war es schön, heute ist es anders

Die Gruppendiskussion GDMAM3_06 weist auf gesundheitliche Vorstellungen einer sozial anerkannten bildungsnahen Gruppe und deren sozialen Raum²⁹ als kollektiver Erfahrungshintergrund. Eine gesellschaftlich anerkannte soziale Lage hat eine gesundheitsrelevante Bedeutung. Unter anderem sind damit stabile, vertrauensvolle soziale Beziehungen im sozialen Raum der Familien verbunden. Die Welt hat sich verändert und das ist mit einem Wandel verbunden. Für diese Gruppe ist eine Anpassung an heutige Gegebenheiten notwendig, um elterliches Wohlbefinden – Gesundheit herzustellen und eine gute gesundheitliche Entwicklung der Kinder zu ermöglichen. In der Diskussion um elterliche Gesundheitsvorstellungen dominiert hier ein konsensuell geteiltes Konzept der Anpassung an diesen Wandel.

Einstiegssequenz: Ein ganzheitliches Gesundheitskonzept – das Umfeld macht's

Konsensuell konzipiert die Gruppe ein ganzheitliches, umfassendes Verständnis von Gesundheit, welches auf Wohlbefinden aufbaut. Dazu gehören: Eine allgemeine Zufriedenheit sowie die Zufriedenheit mit sich selbst, positive körperliche und seelische Energien, Ausgeglichenheit, Freude und ein funktionierender Alltag. Das beinhaltet sich im eigenen Umfeld wohlfühlen und das sich die eigenen Kinder im Umfeld wohlfühlen. Mit dem Umfeld sind stabile, vertrauensvolle soziale Beziehungen innerhalb der Familie, im Freundeskreis, am Arbeitsplatz

und im sozialen Raum der Familien verbunden. Das soziale Umfeld unterstützt sich gegenseitig darin, ein selbstbestimmtes Leben mit Freiheiten führen zu können. Dies lässt sich als konsensuell geteiltes Konzept der Verbundenheit mit dem sozialen Umfeld interpretieren, welches einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der diskutierenden Mütter hat. In Bezug auf die eigenen Kinder gehört dazu, dass die Kinder fröhlich und körperlich fit sind und viele Angebote von Babyschwimmen bis Zumba⁴² oder Museumsbesuche etc. ausprobieren, sowie dass sie verschiedene Dinge selbstständig und gerne machen.

Schadstoffemissionen – das Umfeld ist wichtiger

Im Anschluss an die Einstiegsequenz werden gesundheitliche Einflüsse durch Schadstoffemissionen diskutiert. Dabei spielt die besondere geografische Lage des Wohnorts eine Rolle. Obwohl die Mittel und die Möglichkeiten vorhanden sind, um den Wohnort zu wechseln, wird dem vorhandenen vertrauensvollen Verhältnis zum sozialen Umfeld eine höhere gesundheitsrelevante Wertigkeit zugeschrieben, als den möglicherweise schädigenden Einflüssen durch Schadstoffemissionen. Ein Umzug kommt für die Befragten daher nicht in Betracht.

'Neue' Medien – Verunsicherung, Bedrohung, Kontrolle: Auf den Umgang kommt es an

Konsensuelle Einigkeit besteht darin, dass moderne Kommunikationsmedien als 'Fluch und Segen' betrachtet werden. Das Motiv der Angst und ein Bedürfnis nach Sicherheit spielen hier eine Rolle. Die schnelle mediale Verbreitung von bedrohlich empfundenen Nachrichten verstärken mütterliche Ängste. Die Welt hat sich verändert, Bedrohungen z. B. durch Anschläge im öffentlichen Raum rücken näher. Die Befragten konstruieren die heutige Zeit als unsicher. Aufgrund der empfundenen Bedrohungen kontrollieren Eltern ihre Kinder mehr, als die Generation davor. So wird ein Messenger-Dienst genutzt, um zu kontrollieren wann und ob die Kinder gut angekommen sind, wenn sie allein unterwegs sind. Die Nutzung moderne Kommunikationsmedien können demzufolge ein Gefühl der Sicherheit vermitteln aber auch Ängste verstärken. Für das Aufwachsen in der heutigen Zeit bedeutet das jedoch, dass Kinder mit diesen Gegebenheiten aufwachsen. Einerseits werden Ängste durch Eltern an ihre Kinder weitergegeben und andererseits sollen diese von Eltern latent empfundenen Bedrohungen mit den Kindern thematisiert werden, um sich an die heutigen Bedingungen anzupassen. Gleichzeitig wollen die Befragten ihr Leben durch Bedrohungen und Kontrolle nicht bestimmen lassen, sodass öffentliche Plätze, Veranstaltungen und Shopping-Center weiterhin besucht werden, allerdings mit einer gewissen Anspannung.

⁴² Zumba ist ein Markenname für ein Fitness-Konzept

Bewegung und Ernährung – zwischen Anspruch und Alltag

„ja hören tut man viel, aber bei Gesundheit ist ja meist auch was ist umsetzbar“ Bewegungs- und Ernährungstrends, Schlankheitswahn und Fitnesstrends sind oft Hypes – besonders aufsehenerregende und faszinierende Entwicklungen, die durch Medien suggeriert werden. Die Diskutierenden gehen davon aus, dass es dabei um die Gewinne der Anbieter geht und nicht darum, den Einzelnen in seinem Gesundheitshandeln zu unterstützen. Dennoch werden die Diskutierenden von dieser medialen Suggestion beeinflusst und lassen sich mehr oder weniger unter Druck setzen. Die Gruppe hat ein ausgeprägtes Wissen und positive Erfahrungen in Bezug auf die positiven Wirkungen von Sport und Ernährung auf den Körper. Sport, der Erwerb von Nahrungsmitteln und deren Zubereitung stehen jedoch in Konkurrenz zum Alltag und den zur Verfügung stehenden monetären Mitteln, um das vorhandene Wissen umzusetzen. Während für M2 und M3 die eigene Zufriedenheit im Vordergrund steht und sie sich nicht permanent unter Druck setzen lassen wollen, möchte M1 viele Trends umsetzen, scheitert jedoch häufig an ihrem Alltag, was zu Unzufriedenheit führt. Dennoch hat sie Strategien entwickelt um aktiv ihr Wohlbefinden zu fördern. M2 und M3 lassen sich weniger unter Druck setzen und treffen eher selbstbestimmte Entscheidungen, um so ihre Zufriedenheit zu erhöhen.

Das freie Spiel gibt es nicht mehr

Insbesondere M2 zieht immer wieder Vergleiche zwischen dem Aufwachsen in ihrer eigenen Kindheit (früher) und dem heutigen Aufwachsen von Kindern. Dabei spielen, neben den Unterschieden zwischen dem Aufwachsen in der Stadt und im ländlichen Raum, die gesellschaftliche Veränderungen im Laufe der Zeit eine Rolle. Damit wurde ein Wandel angesprochen, das als positiv angesehene freie Spiel in Wäldern und auf Wiesen gibt es für die befragte Gruppe nicht mehr. Dieser Wandel ist jedoch nicht nur negativ. Es gibt ein konsensuell geteiltes Konzept der Anpassung an die heutigen Gegebenheiten. Den Kindern stehen heute viele verschiedene Angebote zur Verfügung, die es früher nicht gab. Diese werden genutzt, sodass die Kinder ihre verschiedenen Interessen ausprobieren können. Die städtische Umgebung bietet Parks, in denen die Kinder auf Bäume klettern können und in denen es große Wiesen gibt. Die Befragten haben sich an die derzeitigen Gegebenheiten angepasst, finden sich da zurecht und gehen damit um. Die Diskutierenden dieser Gruppe haben die dazu notwendigen Mittel und die Möglichkeiten, den Transport der Kinder zu organisieren und ihren Kindern diese Erfahrungen zu ermöglichen. Interessant ist eine Abgrenzung gegenüber den Mitgliedern einer anderen sozialen Gruppe, die anscheinend ihren Kindern, das von den Befragten beschriebene freie Spiel und die damit verbundene

Selbstständigkeit gestatten. Diese Abgrenzung lässt sich als eine Herabsetzung einer anderen sozialen Gruppe im gesellschaftlichen Schichtgefüge interpretieren. Das freie Spiel der Kinder aus dieser sozialen Gruppe findet jedoch nicht auf Wiesen und Feldern statt, sondern in den Straßen und auf den Spielplätzen der Siedlung, in der die Familien leben. Im Grunde genommen etwas, was die Diskutierenden auch als schöne und wertvolle Erfahrung aus ihrer Kindheit beschreiben. Konsensuelle Einigkeit unter den miteinander diskutierenden Müttern besteht darüber, dass das freie Spiel unter den gegebenen Bedingungen in der heutigen Zeit nicht mehr möglich ist.

5.6.2.2 Was ergänzt die Gruppendiskussion zu den Einzelinterviews

Die empfundenen Umweltbelastungen bezogen sich in den Einzelinterviews stärker auf Belastungen die mit Hektik, Lärm und Enge in der Stadt in Verbindung gebracht wurden. Gesundheitliche Risiken, die sich auf Schadstoffemissionen beziehen, wurden in den Einzelinterviews in geringerem Ausmaß thematisiert.

»Ja, dass die Stadt nicht das Gesundeste ist ja klar zumal wenn einem die Auspuffgase um die Ohren und um die Nase wehen es fängt mit dem Lärm an, es fängt mit (.) ähm Lärm kann ja ein ganz tödlicher Faktor sein [...]« (KNE31402083EI)

»(.) Umwelt, Umweltbelastung, ja rauchende Schornsteine« (BIS1610071Sch)

»Abgase natürlich, Smogbelastung, zusätzliche Faktoren durch Stressfaktoren äh Verkehr, wenn man in der vollen U-Bahn sitzt diese ständige Action der man ausgesetzt ist ähm es geht nicht mehr gemütlich vor sich hin, es ist ja son künstlich aufgebauschtes ähm durch Menschen bedingte Fülle und Stress ich denke nicht nur Abgase auch dieses das man teilweise so Platzangst bekommt, ja.« (KB51902081CH)

Umweltbelastungen wurden allerdings sowohl in den Einzelinterviews als auch in der Gruppendiskussion von bildungsnahen und bildungsfernen Teilnehmer*innen thematisiert. Die Befragten haben eine Theorie entwickelt, nach der sich diese Belastungen negativ auf Wohlbefinden – Gesundheit auswirken.

In der Gruppendiskussion dominierte eine Diskussion über das freie Spiel auf Wiesen und in Wäldern, was es heutzutage nicht mehr gibt. Damit wurde ein Wandel angesprochen, der einen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern hat. Die persönlichen Erfahrungen der Eltern standen im Vordergrund. Das freie Spiel ist damit verbunden den eigenen Körper und die eigenen Grenzen kennenzulernen sowie die 'Welt' ohne die Begleitung der Eltern zu entdecken. Dabei wurden verschiedene Motive ersichtlich. Durch das freie Spiel wird die Selbstständigkeit der Kinder gefördert und durch Bewegung lernen Kinder ihren Körper und ihre körperlichen Grenzen kennen. Außerdem macht Bewegung Spaß. Etwas, was für die Entwicklung eines guten Körpergefühls wichtig ist. Für die teilnehmenden Eltern spielte dabei die elterliche Vorbildfunktion eine große

Rolle. In den Einzelinterviews wurde Bewegung eher in Verbindung mit Ernährung thematisiert.

Die Einzelinterviewpassagen zeigten eher eine Abwertung und Verständnislosigkeit gegenüber übergewichtigen Kindern. Menschen die sich nicht gesundheitskonform verhalten werden stigmatisiert, was auf normative Werte verweist. Eine Ausnahme bildete ein Einzelinterview, in dem der Befragte dieses Thema in einen gesellschaftspolitischen Gesamtkontext stellte. Er konzipiert das Thema als medial aufgebauscht, denn es wird nicht konsequent gehandelt. Das heißt, es werden keine Strukturen geschaffen, die beispielsweise den Zugang zu Süßigkeiten, überzuckerten Getränken usw. im Einzugsbereich von Schulen erschweren oder den Erwerb von hochwertigeren Lebensmitteln erleichtern. Dennoch weist die sprachliche Darstellung in der Interviewpassage auf die Abwertung einer bildungsfernen sozialen Gruppe. Die grundsätzliche Problematik sieht der Befragte jedoch im gesellschaftspolitischen Bereich.

»weil das scheinheilig ist, eine absolute Scheinheiligkeit und Blödsinn hoch zehn, das sind so medial hochgekochte Nummern, die was weiß ich auch mit den dicken Kindern oder was weiß ich was alles Thema ist, das ist alles schon eher in meinen Augen scheinheilig WEIL entweder man ist konsequent und schafft in den Schulen und sonst wo schon die ganzen blödsinnigen Buden ab die es da gibt und sacht ganz klar, das sind die Maßgaben und fertig oder man ist Vorbild, also ich find z. B. superklasse, ich bin nun wirklich kein religiöser Mensch aber unser Sohn geht auf die Montessori-Schule und die haben schlicht und einfach gesagt es ist Fastenzeit und ihr bringt keine Butterbrote mit Marmelade mit oder sonst was, wir verzichten alle auf irgendwas und damit fangen wir jetzt mal an, Verzicht, ja das ist prima, also das ist eine Zugangsweise die finde ich genial, die versteh ich auch und da mach ich auch mit, natürlich und das lernt das Kind auch, das bekommt der (Sohn) auch mit und der ganze andere Tinnef, die Frage so einer richtigen Ernährung die fängt ja bei ganz anderen Sachen an, also wenn ich Leuten kein Geld in die Hand gebe damit sie sich vernünftig ernähren können, dann muss ich mich nicht wundern wenn die sich einen Burger nach dem anderen rein pfeifen und sagen wir mal und eine gewisse intellektuelle Beschränktheit und eine gewisse (..) Unwissenheit gespart mit einer sagen wir mal Enge in irgendeiner Weise, die führt notwendigerweise dazu das sich Leute bescheuert ernähren und nicht darauf achten und aus allen Nähten platzen, wenn ich aber die Bedingungen so setze und keine anderen schaffe dann ist das doch absolut scheinheilig mit HARTZ IV kann ich nicht viel anfangen, was soll das, das ist LÄCHERLICH (.), das ist absolut lächerlich und in meinen Augen wenn ich noch so viel von Selbstverantwortung oder sonst was rede, die Leute sind halt nicht selbstverantwortlich WEIL sie auch nie gelernt haben und WEIL sie es nicht wollen, gleichzeitig aber wenn ich ihnen auch keine Möglichkeiten gegeben hab dann ist auch (..) dann ist das auch nicht richtig, dann ist auch das ganze System schief [...] ich glaube das viele Eltern schlicht und einfach überfordert sind das ist so ein bisschen das Problem, weil sie die Dimension ihrer eigen (..) ihres eigenen Umgangs, sie sind zu wenig selbstreflexiv meine ich, die Schule hat auch nur begrenzte Möglichkeiten, es ist eher eine Frage davon sagen wir mal so (..) so bescheuert das ist aber so eine Kennzeichnungspflicht von Lebensmitteln, die ganz einfach ist, was weiß ich wie bei den Waschmaschinen da steht A, AA und AAA drauf und überall Klasse A ist gut das weiß ich dann und das muss total schlicht sein, es muss für jedes schlichte Gemüt erkennbar sein aber sonst hat man gar keine Chance, also keine komplexen Angaben auf irgendwelchen Dingen, das ist völliger Tinnef, die müssen die Leute ja erstmal lesen können und da sie selbst das nicht können ist das völliger Blödsinn, aber AAA kann jeder erkennen, für mich wäre das praktischer und schneller und ich glaub schon dass der Staat einfach da Vorgaben machen sollte und fertig, und die Industrie muss sich daran orientieren Ende, also das wäre sehr handgreiflich glaube ich, die komplexen Angaben die da jetzt drauf stehen wozu die Leute

verpflichtet werden die nutzen nichts, das ist also das führt nicht viel weiter jedenfalls« (KNE31402083EI)

Ähnlich wie in der Gruppendiskussion zeigt die folgende Interviewpassage, dass Bewegung und Ernährung von Müttern häufig in Konkurrenz zum Alltag stehen. Gleichzeitig wird mit dem normativen „*müsste*“ deutlich, dass mehr Bewegung in Form von Walken, Joggen oder Fitness gesellschaftlich erwartet wird.

»also wie gesagt im Alltag, ich geh halt nicht Laufen oder ich mach nicht dies und jenes also das ist sicherlich (.) ähm das kommt wieder irgendwann [...] also da denke ich, wenn man so liest, dann bin ich mir bewusst das ich mehr Sport machen müsste, mehr ähm also auch ernährungstechnisch und Sport das ist absolut ein Defizit, aber mein Gott, so is es im Moment« (FRK10310073)

Die Gruppendiskussion weist darauf hin, dass es Befragte gibt, die sich von einem geforderten mehr an Bewegung nicht unter Druck setzen lassen wollen. Sie sind zufriedener, wenn sie sich eingestehen, dass mehr Bewegung und eine andere Ernährung in ihrem Alltag momentan nicht möglich sind. Die Gruppendiskussion zeigt aber auch, dass es eine andere Position gibt. Dabei wird ein mehr an Bewegung und eine andere Ernährung angestrebt. Zudem gibt es Einzelinterviewpassagen die den Schluss zulassen, dass aufgrund einer medialen Suggestion das, was getan wird als nicht ausreichend empfunden wird. Eine Wertschätzung der eigenen Person findet nicht statt und führt zu Unzufriedenheit. In der folgenden Interviewpassage wird dies als Widersprüchlichkeit des eigenen Lebens konzipiert.

»[...] ja weiß ich nicht es gibt so ein paar Differenzen einfach, die liegen eher in der Widersprüchlichkeit meines eigenen Lebens also meiner eigenen (2) das ich VERDAMMT wenig tue für mich WEIL ich glaube ich komme einfach nicht dazu, so, ich MÜSSTE viel mehr machen, ich müsste laufen ich müsste was weiß ich wie früher als wir ohne Kinder waren (.) wir haben Fahrradtouren gemacht wir sind von hier aus nach Avignon gefahren oder sonst was, verstehen Sie, also solche wir sind schon auf Bewegung also auch selber schon orientiert gewesen also selber schon immer schon das fällt also völlig flach« (KNE31402083EI)

Dies lässt den Schluss zu, dass auch bildungsnahe Gruppen das Gefühl haben, sich nicht ausreichend gesundheitskonform zu verhalten und gegen geltende Normen zu verstoßen, was zu Widersprüchlichkeiten führt.

5.6.3 Zusammenfassende Kontrastierung aller Gruppendiskussionen

Zur Kontrastierung wurden die ausführlich dargestellten Gruppendiskussionen GDLGV5M2_01 und GDMAM3_06 und zusätzlich einzelne Diskussionspassagen aus den Gruppendiskussionen GDLGV1M2_05 und GDCHM4_04 genutzt.

Die Einzelinterviews hatten bereits gezeigt, dass die Befragten insbesondere zu Beginn des Interviews auf ein eher krankheitsorientiertes Gesundheitsverständnis zurückgreifen, um dies dann zu erweitern. Ähnlich stellt sich der Ablauf zu

Beginn der Gruppendiskussionen dar. Grundsätzlich wird nicht nur in den ausführlich dargestellten Gruppendiskussionen GDLGV5M2_01 und GDMAM3_06 sondern in allen Diskussionsgruppen ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis konzipiert. Dies beinhaltet 'frei sein von Krankheit und Gebrechen' ebenso wie Energie haben, fit sein, sich wohlfühlen und selbstbestimmt leben.

(GDCHM4_04: M1: wenn man Energie hat fit ist körperlich gesund und seelisch gesund #00:33:25-4#)

(GDCHM4_04: M3: wenn es einem gut geht #00:20:25-4#)

Gesundheit wird dabei auf physischer, psychischer, materieller und sozialer Ebene wahrgenommen. In der Diskussion GDLGV1M2_05 nimmt M1 explizit Bezug auf die kindliche Entwicklung, bei der alle Ebenen eingeschlossen werden. Zudem gehört Wohlbefinden und Genuss dazu. Die beiden anderen Diskutanten dieser Gruppe bestätigen die Ausführungen von M1.

M1: also körperliche und psychische, also nicht nur körperlich fit und so (.) psychisch ist muss auch gehört auch dazu und soziale auch, also Entwicklung und so eine gesunde Entwicklung eigentlich, ein Kind muss sich wohlfühlen soziale Beziehungen natürlich das Kind muss kontaktfreudig sein oder mit Freunden umgehen und Essen muss schmecken, muss Lust machen #00:06:28-1# (GDLGV1M2_05)

V1: sie hat ganz gut gesagt Frauen wissen mehr als Männer (lachen) #00:06:48-1# (GDLGV1M2_05)

M2: ja, ich auch #00:07:03-0# (GDLGV1M2_05)

Wie bereits anhand der ausführlich dargestellten Gruppendiskussion GDLGV5M2_01 aufgezeigt werden konnte, beeinflussen die unterschiedlichen Bedingungen im sozialen Raum, die Dynamik elterlicher Gesundheitsvorstellungen in der Diskussion. Im Diskurs zu elterlichen Gesundheitsvorstellungen zeigen die Gruppendiskussionen, in einem als eher prekär zu betrachtendem sozialen Raum, dass im Kontext von Gesundheit das soziale Umfeld einen Einfluss auf das Wohlbefinden der Diskutierenden und ihrer Kinder hat. Dies wird auch in der Gruppe GDLGV1M2_05 deutlich, wie der folgende Ausschnitt zeigt.

M1: ich weiß wie reagiert mein Kind also was für ein Verhalten zeigt mein Kind aber was in der Schule passiert das kann ich nicht genau sagen aber ich rede mit der Lehrerin was ist ihnen aufgefallen ah was Neues ganz anders als zu Hause, von außen z. B. der mittlere Sohn also der war immer so nett aber dann in der Grundschule ganz andere Verhalten also ich hab dann verfolgt, er hatte andere Kinder son frecher Junge mit dem er immer zusammen war da hat er vieles gelernt und plötzlich sein Verhalten geändert, zu Hause ganz lieb aber in der Schule ich höre immer was schlechtes ne da irgendwas passt nicht dieses soziale das spielt immer große Rolle, zu Hause wir erziehen sehr guter Junge die soziale Umgebung und dann Außenwirkung ne, da verändert sich Verhalten, deswegen manchmal da sind wir Eltern manchmal hilflos weil wir haben keine Kontrolle, wie lange soll ich denn meinen Sohn verfolgen wie lange soll ich ihn denn hinbringen oder abholen, manchmal geht nicht wir müssen arbeiten, die müssen ja selbstständig werden am Anfang bin ich dabei aber dann müssen die das selber machen, ich fühle auch Schuldgefühle natürlich ne ich muss arbeiten ich kümmere mich um die Kinder nicht die müssen so früh selbstständig sein oder ne aber andere Seite ist das auch gut, meine Tochter ist so viel selbstständiger geworden und die hat so einen starken Charakter jetzt wirklich sie kann alles alleine machen #00:20:38-3# (GDLGV1M2_05)

M2: ich habe zwei Kinder mein Sohn ist 5 Jahre alt meine Tochter ist 3 Jahre alt, wenn mein Sohn oder meine Tochter groß geworden sind möchte ich auch ähm gleiche Weg, alles selbst machen sie müssen lernen meine Meinung ich kann nicht sehr gut erklären #00:21:25-7# (GDLGV1M2_05)

Die Erziehung der Kinder ist in einem Umfeld voller Unsicherheit, Armut, Angst und Aggressivität sowie einer Verrohung der Sprache schwierig. Der Beeinflussung durch andere Menschen im sozialen Raum wird im Kontext von Gesundheit eine hohe Bedeutung beigemessen. Einerseits wird der Wunsch nach Schutz und Kontrolle von Kindern ersichtlich und andererseits steht dies der Entwicklung einer selbstständigen Persönlichkeit entgegen. Dies wird sowohl in der Gruppe GDLGV1M2_05 als auch in der Gruppe GDLGV5M2_01 deutlich. Dabei erleben diese beiden Gruppen Armut, Unsicherheit, Angst und Aggressivität in ihrem sozialen Raum²⁹ 'hautnah', es sind Alltagserfahrungen für die Diskutierenden. Das Gefühl, die Kinder kontrollieren zu müssen, ist in allen Gruppen ein Thema, steht aber aus Sicht aller Diskussionsteilnehmer*innen, der kindlichen Entwicklung von Selbstständigkeit entgegen. Die Diskutierenden der Gruppe GDMAM3_06 nutzen jedoch moderne Kurznachrichtendienste (WhatsApp), um sich unter anderem untereinander darüber auszutauschen, wo die Kinder sind. Letztendlich kontrollieren Eltern ihre Kinder, allerdings werden die Kinder nicht ständig von ihren Eltern begleitet, damit sie Selbstständigkeit entwickeln und erfahren können.

Die Gruppe GDLGV5M2_01 erlebt einen negativen Wandel und wünscht sich alte Zeiten zurück. Eine Zeit, in der sich die Nachbarn untereinander noch kannten und die Menschen im sozialen Raum freundlich grüßten. Die Kinder konnten einem freien Spiel in der Umgebung nachgehen, die Natur entdecken und sich mit diesen Erfahrungen weiterentwickeln. Dies lässt den Schluss zu, dass in der Kindheit der Elterngeneration, eine Verbundenheit mit der Nachbarschaft und selbstständige Weiterentwicklung im sozialen Raum möglich war. Zu den alltäglich erlebten, eher schwierigen Verhältnissen im sozialen Raum der Familien kommt eine Nachrichtenberichterstattung, die diese Gruppe als bedrohlich konzipiert. Dies führt aus Sicht der Befragten zu Verunsicherung, Abgrenzung und Rückzug. Das Thema Verunsicherung und Bedrohung durch mediale Berichterstattungen und deren Einfluss auf die Diskutierenden ist ein Thema, welches im Zusammenhang mit Gesundheit für die Gruppe GDLGV5M2_01 und die Gruppe GDMAM3_06 eine prägnante Bedeutung hat. In der Gruppe GDMAM3_06 werden nicht nur die bedrohlich wirkenden Nachrichten, sondern auch eine Verunsicherung durch Werbespots für Nahrungsmittel oder Appetitzügler und das Überangebot an Werbung für Sportkurse thematisiert.

Die eher bildungsnahe Gruppe GDMAM3_06 erlebt auch einen Wandel, dieser wird nicht nur negativ konzipiert. Für diese Gruppe stehen Verunsicherungen und

Ängste, die durch mediale Informationen vermittelt werden, eher in einem globalen Zusammenhang. Die Zeiten haben sich verändert und daher steht eine Anpassung an aktuelle gesellschaftliche Gegebenheiten für diese Gruppe im Vordergrund. Zwar wird dem freien Spiel der Kinder eine hohe gesundheitliche Bedeutung beigemessen, denn damit ist eine freie und glückliche Kindheit verbunden. Da dies aber aus Sicht der Eltern nicht mehr möglich ist, erfolgt eine Anpassung an die aktuellen Bedingungen. Eine große gesundheitliche Bedeutung hat auch in dieser Gruppe das soziale Umfeld. Im Gegensatz zur Gruppe GDLGV5M2_01 erlebt die Gruppe GDMAM3_06 durch Menschen in ihrem sozialen Raum jedoch eine ausgeprägte gegenseitige Unterstützung, gegenseitiges Vertrauen sowie Verbundenheit, die Sicherheit vermittelt.

5.7 Differenzierung der Kernkategorie Verbundenheit

Die Ergebnisse der Gruppendiskussionen waren Anlass erneut über die Kernkategorie Verbundenheit nachzudenken. Dazu wurden die Ergebnisse aus den Einzelinterviews und den Gruppendiskussionen in Beziehung zur Kernkategorie gesetzt, die Kernkategorie differenziert und folgende drei Subkategorien entwickelt:

- 'Verbundenheit wünschen aber nicht erleben',
- 'Verbundenheit wünschen und herstellen',

Die dritte Subkategorie 'Verbundenheit wünschen und (Ersatz-) befriedigen' wurde lediglich auf Grundlage der Einzelinterviews entwickelt. Da die Analyseergebnisse der Einzelinterviews nahe legten, dass es eine solche Subkategorie gibt.

Verbundenheit wünschen aber nicht erleben

Die Analyseergebnisse weisen darauf hin, dass es Eltern gibt, die sich Verbundenheit zu Menschen in ihrem sozialen Raum²⁹ wünschen. In der Kindheit der befragten und miteinander diskutierenden Eltern wurde Verbundenheit und Autonomie (Freiheit, Selbstbestimmung, Wachstum) im sozialen Umfeld erlebt. Durch Distinktionstendenzen im sich veränderten, weniger privilegierten sozialen Raum erleben die befragten Eltern keine Verbundenheit und Autonomie mehr. Die Datenanalyse legt nahe, dass sich Eltern dieser sozialen Gruppe nur eingeschränkt in der Lage sehen, Verbundenheit herzustellen. Die Familie bietet Schutz gegen negative Einflüsse (gut behütet), ist allerdings auf 'Abgrenzung' nach Außen ausgerichtet. Ein gesundheitsrelevantes Potenzial wird in der Kontinuität, Sicherheit und Zuverlässigkeit durch die Familie gesehen. Der Entwicklungsprozess ist aktiv, jedoch eher nach innen gerichtet und zeichnet sich durch Kontrolle aus. Das Ziel liegt darin, den Status quo abzusichern und ein glückliches Familienleben zu

führen sowie Harmonie, Geborgenheit und Verbundenheit innerhalb der Familie herzustellen. Potenziell negative Einflüsse wie Streit zwischen den Eltern oder Peers, die nicht ins Bild passen, werden nach Möglichkeit vermieden. Bedrohlich wirkende medial verbreitete Nachrichten insbesondere durch Messenger-Dienste werden, angesichts einer als Reizüberflutung erlebten Überforderung, eher ausgeblendet. Die gesundheitsrelevanten Potenziale der natürlichen Umgebung (innerstädtische Grünanlagen, Wiesen und Wälder) werden zwar gesehen, jedoch angesichts möglicher Gefahren durch Fremde oder aufgrund von fehlender Sauberkeit etc. eher gemieden.

Verbundenheit herstellen und erleben

Die Subkategorie 'Verbundenheit herstellen und erleben' weist auf die aktive Gestaltung des eigenen Lebens. Diese Eltern schaffen diverse Möglichkeiten, die einerseits auf Anpassung an die jeweiligen gesellschaftlichen Gegebenheiten ausgerichtet sind und sich andererseits durch eine große Mobilität und Individualität auszeichnen, um sich an neue Lebenssituationen anzupassen. Der Wunsch nach Selbstbestimmung und Freiheit in diesem Rahmen ist hoch und dabei kann auf vielfältige Erfahrungen zurückgegriffen werden. Potenziale, die sich positiv auf das persönliche Wohlbefinden auswirken, werden bewusst wahrgenommen und entsprechend eingesetzt. Es besteht eine große Aufmerksamkeit gegenüber dem eigenen Körper, dem seelisch-geistigen Befinden sowie den eigenen und den Bedürfnissen der Kinder. Es findet ein aktiver Austausch mit der Familie, den Kindern und mit Menschen im sozialen Raum²⁹ sowie der Umwelt statt. Die dahinterliegenden Motive sind: Weiterentwicklung, Herstellen von Lebensqualität, bewusst Leben und erleben von Freiheit. Dementsprechend gehört Genuss und aktiv genießen dazu. Diese soziale Gruppe zeichnet sich durch eine Input- und Handlungsorientierung aus. Eltern schaffen für sich und ihre Kinder vielfältige Möglichkeiten, um die Umwelt mit allen Sinnen wahrzunehmen, Erfahrungen zu machen, Potenziale zu entwickeln sowie sich aktiv und bewusst mit sich und ihrer natürlichen und sozialen Umwelt auseinanderzusetzen und auszutauschen. Die Verbundenheit mit der Natur, dem Körper, der Familie, Freunden und der Gesellschaft prägen eine gesundheitsrelevante Lebensweise. Verbundenheit und Autonomie werden im gesellschaftlichen Rahmen erlebt und dieses Leitmotiv soll sich in den Alltag aller Familienmitglieder integrieren. Sowohl vorhandene monetäre Mittel als auch die sozialstrukturellen Verhältnisse, in denen die Familien leben, bieten vielfältige Möglichkeiten dazu. Negative Nachrichten durch Printmedien oder Messenger-Dienste werden wahrgenommen, scheinen jedoch abgewogen betrachtet zu werden.

Verbundenheit wünschen und (Ersatz-) befriedigen

Die Datenanalyse der Einzelinterviews weist daraufhin, dass es eine Subkategorie von Verbundenheit gibt, die auf einen unerfüllten Wunsch nach gesellschaftlicher Verbundenheit hinweist. Dies scheint mit materiellem und emotionalem Konsum verbunden zu sein, um und Wohlbefinden sowie gesellschaftliche Verbundenheit herzustellen und steht im Gegensatz zu den Leistungserwartungen der Gesellschaft. Gleichzeitig scheinen damit Ängste verbunden zu sein, die sich darauf beziehen der Mutter- oder Vaterrolle nicht gerecht werden zu können, da eigene materielle Wünsche und die der Kinder aufgrund fehlender monetärer Mittel kaum erfüllt werden können. Die Datenanalyse legt nahe, dass bildungsferne, sozial benachteiligte Eltern versuchen ihren Wunsch nach gesellschaftlicher Verbundenheit durch Konsumbefriedigung zu erfüllen, um sich äußerlich sichtbar anderen sozialen Gruppen anzunähern. Diese Konsumbefriedigung bezieht sich auf materieller Ebene auf Verbrauch, Nutzen, Benutzung und ist eher auf kurzfristigen Spaß (Bespäßung) als auf Interesse, Erleben, Wahrnehmung und Weiterentwicklung ausgerichtet. Teilweise scheinen auch Nähe und Zuneigung der eigenen Kinder konsumiert zu werden, um den Wunsch nach emotionaler Verbundenheit zu befriedigen und elterliches sowie kindliches Wohlbefinden herzustellen. Leistungen aus dem Gesundheitssystem scheinen konsumiert zu werden. Ein eigener Beitrag wird kaum in Betracht gezogen. Die Ergebnisse legen des Weiteren nahe, dass eher bildungsferne Eltern, die in einem eher prekären sozialen Raum²⁹ leben, sich als ausgegrenzt erleben. Dies scheint wiederum in einer Wechselwirkung zur Abschottung gegenüber dem sozialen Umfeld und einem Rückzug in die eigenen 'vier Wände' zu führen.

Die Gruppendiskussionen weisen insgesamt, durch die kollektiv erfahrenen Bedingungenverhältnisse im sozialen Raum auf eine Gruppenmeinung hin und stützen die Ergebnisse der Einzelinterviews.

6 Gesamtdiskussion

*„Nur wer die Vergangenheit kennt,
kann die Gegenwart verstehen und die Zukunft gestalten.“*

Paul Watzlawick (1921-2007)

Die Dissertation leistet einen Beitrag zum Verständnis elterlicher Konstruktionen von Gesundheit und deren Herstellung im Spiegel gesellschaftlicher Ungleichheitsverhältnisse unter Berücksichtigung des Modells der Salutogenese sowie der Sozialraumtheorie Bourdieus. In diesem Kapitel erfolgt eine methodische Reflexion und Diskussion der Gesamtarbeit sowie eine zusammenfassende Interpretation im Hinblick auf die theoretische und praktische Relevanz.

Die Arbeit wurde mit der offenen Forschungsfrage (vgl. Corbin 2011; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014) begonnen: 'Welche subjektiven Gesundheitsvorstellungen haben Eltern mit Kindern im Vorschulalter, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören?' Aus den im Forschungsprozess gewonnen Erkenntnissen wurde die Fragestellung konkretisiert: 'Wie konstruieren Eltern Gesundheit in ihrem Lebenskontext und wodurch werden Gesundheitsvorstellungen beeinflusst?' Im Verlauf der Datenerhebung und -auswertung kristallisierte sich die große Bedeutung der Kategorie 'Wohlbefinden' heraus. Daher erfolgte eine zunehmende Konzentration auf diese Kategorie mit der Anpassung der Fragestellung: 'Was bedeutet Wohlbefinden im Kontext von Gesundheit?' In einer weiteren Anpassung wurde der Frage nachgegangen: 'Wie wird Wohlbefinden im Alltag hergestellt?' Durch systematisches in Beziehung setzen der verschiedenen herausgearbeiteten Kategorien miteinander, wurde die alle Kategorien verbindende Kernkategorie 'Verbundenheit' entwickelt. Am Ende des Forschungsprozesses kann rückschauend die folgende Fragestellung als zentral gelten: 'Wie stehen subjektive elterliche Gesundheitsvorstellungen in einem Zusammenhang mit gesundheitsrelevanten räumlichen, strukturellen und gesellschaftlichen Bedingungen?'

6.1 Diskussion des methodischen Vorgehens, Gütekriterien und Limitationen

Ein deduktiv quantitativer Forschungsansatz, der aus der wissenschaftlichen Literatur Hypothesen ableitet und die Wirklichkeit an ihnen überprüft, war für die Fragestellung dieser Arbeit nicht geeignet. Es bestand die Gefahr, dass aus der Theorie generierte Konzepte die Vielfältigkeit des Untersuchungsgegenstands wie z. B. Lebenswelten, kulturelle Hintergründe, soziale Strukturen, Erfahrungen und gesundheitsrelevantes Handeln nicht erfassen würden.

Die Grounded Theory Methodologie (GTM) stellt sich heute aufgrund vieler Autor*innen und vielseitiger Weiterentwicklungen nicht als eine einheitliche Forschungsstrategie dar. Wie zahlreiche der in Deutschland veröffentlichten empirischen Grounded Theory (GT) Arbeiten bildet die grundsätzliche Denkweise der GTM, in der Fassung von Strauss & Corbin (1996), ohne Weiterentwicklungen auszublenden, den methodischen Rahmen der vorliegenden Arbeit. Dabei wurde nicht explizit auf die Forschungspraxis im Stil der Reflexiven Grounded Theory (s. vertiefend Charmz 2006; Breuer et al. 2018) Bezug genommen, sondern die Subjektperspektive vor dem Erfahrungshintergrund der Autorin als ein der GTM immanenter Bestandteil betrachtet (s. Corbin & Strauss 2015; Strübing 2014; Corbin 2011; Strauss 1998, Strauss & Corbin 1996). Der persönliche Erfahrungshintergrund der Autorin wurde ebenso wie das methodische Vorgehen reflektiert und in Memos festgehalten. Für die vorliegende Arbeit kann gesagt werden, dass der persönliche und institutionelle Sozialisationskontext der Autorin eine konstruktive Rolle spielt (vgl. Breuer et al. 2018; Strübing 2014; Corbin 2011). Dies gilt nach Breuer et al. (2018) im Grunde für jede Methodologie, Methodik und für alle Forschungsstile, wird jedoch in der Regel ausgeblendet oder verneint. Der besondere Reiz der Grounded Theory Methodologie (GTM) bestand aus der Mischung aus regelgeleitetem Vorgehen, dem Freiraum für Kreativität und der dem Gegenstand entsprechende flexible Umgang mit den Methoden (vgl. Mey & Mruck 2007). Die sensibilisierenden Konzepte (Definitionen von Gesundheit, Wohlbefinden, Sozialstruktur im gesellschaftlichen Kontext) boten wie von Böhm (2010) beschrieben interessante Anknüpfungspunkte und führten im Forschungsprozess zu einer Differenzierung und Anpassung der Fragestellung. Durch das wiederholte Nachsteuern konnte eine immer stärkere Annäherung an den Forschungsgegenstand – elterliche Gesundheitsvorstellungen – erreicht werden (vgl. Strübing 2013; Kruse 2010). Das zirkuläre Vorgehen (Datensammlung, Datenanalyse) im Forschungsprozess und das ständige Vergleichen der Daten miteinander (komparative Analyse) ermöglichte, flexibel auf die gewonnenen Erkenntnisse einzugehen. Zudem konnte entschieden werden, welche weiteren Daten, im Sinne von „All is data“ (Glaser 2007, 57), einbezogen werden sowie welche Erhebungs- und Analysemethoden dazu verwendet werden. Der theoretische Rahmen und die Hinzunahme weiterführender Literatur wurden im Verlauf der Datenerhebung/Datenauswertung erweitert (vgl. Charmaz 2006). Um herauszuarbeiten, wie handlungsfähig und wirkmächtig sich die befragten Eltern in Bezug auf die Herstellung von Gesundheit erleben, erwies sich die Agency-Analyse, eine texthermeneutische Auswertungsmethode, als hilfreich (siehe 4.6.2). Beim Codieren von Zitatstellen wurden in dieser Arbeit im Rahmen

des paradigmatischen Modells (Abb. 11, S. 98), Methoden der Gesprächsanalyse genutzt, da verschiedene Begriffe aus linguistischer Perspektive auf ursächliche oder zeitliche Bedingungen hinweisen (s. Deppermann 2008; Strauss 1998). Dieses Vorgehen wurde als ein der GTM impliziter Bestandteil betrachtet und nicht explizit als Daten- und/oder Methodentriangulation. Durch den Einsatz von Interpretationsgruppen, ein Gütekriterium qualitativer Sozialforschung (vgl. Breuer et al. 2018; Diaz-Bone & Weischer 2015), wurde die Perspektive der Autorin, bezogen auf den Forschungsgegenstand und die entwickelten Konzepte, reflektiert und ergänzt. Dieses Vorgehen erwies sich als sinnvoll, da die Offenheit gegenüber den erhobenen empirischen Daten so sehr gut erhalten werden konnte.

Aufgrund erster Erkenntnisse aus den empirischen Daten und den daraus konstruierten Konzepten und Kategorien wurde auf die Sozialraum-, Habitus- und Kapitaltheorie Bourdieus zurückgegriffen. Diese stellen für die vorliegende Arbeit eine nützliche konzeptionelle Basis dar. Habitus und Feld eignen sich, um das Praxiswissen der befragten und miteinander diskutierenden Eltern in einen größeren sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhang zu stellen. Zudem konnte so die Entwicklung gesundheitlicher Ressourcen, deren Bewertung und Verteilungen im individuellen, sozialen und strukturellen Bedingungsgefüge einer Gesellschaft in Bezug auf Gesundheit betrachtet werden (vgl. Bittlingmayer 2016; Bauer & Büscher 2008; Gerlinger 2006). Darüber hinaus konnten gesundheitsrelevante Anpassungs- und Abgrenzungsstrategien, der befragten und miteinander diskutierenden Eltern, im sozialstrukturellen Kontext aus einer anderen Perspektive betrachtet werden. Die Sozialraumtheorie Bourdieus verweist zudem auf eine Raum-Dimension mit einem relationalen Bedingungsgefüge, welches in der Auseinandersetzung mit sozialen Positionen in Bezug auf Gesundheit von Bedeutung ist. Um die Sozialraumtheorie Bourdieus für diese Arbeit nutzbar zu machen, wurde das Modell der Salutogenese von Antonovsky auf Bourdieus Sozialraum-, Habitus- und Kapitaltheorie bezogen (s. Tabelle 1, S. 56). Subjektive elterliche Gesundheitsvorstellungen wurden in einem institutionellen Kontext und im Kontext gesellschaftlicher Ungleichheitsverhältnisse betrachtet, um Denken und gesundheitsrelevantes Handeln sowie den Begriff Gesundheit im Kontext sozialstruktureller Bedingungen zu erfassen und zu integrieren. Des Weiteren war Bourdieus Habitus-Begriff für die vorliegende Arbeit von Interesse, da der Habitus gesundheitsrelevante individuelle und kollektive Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata umfasst, die sich Handelnde im Laufe ihrer individuellen und gruppenspezifischen Sozialisation aneignen (Bourdieu 2001). Die Anschlussfähigkeit des Modells der Salutogenese an die Habitus-Theorie Bourdieus wird unter anderem darin gesehen, dass Antonovsky (1997) mit seinen Ausführungen

auf die Bedeutung von sozialen Erfahrungen aus dem familiären Umfeld, dem Feld der primären Habitualisierung wie es Liebau (2006) formuliert, auf gesundheitsrelevantes Handeln hinweist. Die Komponente Handhabbarkeit des SOC weist mit der Wahrnehmung von verfügbaren Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen auf den Übergang von Gesundheitsvorstellung zum Gesundheitshandeln hin. Bourdieu versucht, mit dem Habitus-Begriff und seiner Handlungstheorie Alternativen zwischen bewusst reflexivem oder rationalem und unbewusstem Handeln aufzuzeigen. In dieser Arbeit wurde der Habitus, als eine Form impliziter klassen-/gruppenspezifischer, individueller und kollektiver gesundheitsrelevanter Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata betrachtet, die aufgrund des Habitus eher unbewusst sind. Da, nach Bourdieu (1993; 2001) aufgrund von Sozialisierungserfahrungen in unterschiedlichen sozialen Gruppen/Klassen das Wahrnehmen, Denken und Handeln gesellschaftlich vorstrukturiert ist und in diesem Rahmen individuell und eigenständig gehandelt wird. Gleichzeitig wird bewusst reflexives oder zweckrationales Handeln nicht ausgeschlossen.

Der Klassenbegriff gilt als veraltet und scheinbar unpassend für den Bezugsrahmen der vorliegenden Arbeit, dennoch wurde er verwandt oder durch die Bezugnahme auf soziale Gruppen/Schichten ersetzt. Obwohl einige Sozialwissenschaftler*innen die Strukturierung der Gesellschaft in soziale Klassen und Schichten in Frage stellten, ist deren Vorhandensein in Übereinstimmung mit Bünning (2018) als ins öffentliche Bewusstsein gerückt zu betrachten (s. Geißler & Weber-Menges 2006). Aktuelle Beispiele wie die (mediale) Verwendung von Begriffen wie 'Zweiklassenmedizin', 'politische Klasse', 'Klassengegensätze', 'Oberschicht' oder 'Mittelschicht' weisen darauf hin (s. wiwo 2017; Hagelüken 2017; Brüggem-Freye 2018). Dabei handelt es sich nicht immer um die Darstellung von wissenschaftlich gesichertem Wissen. An dieser Stelle wird explizit darauf hingewiesen, dass mediale Dokumente im Rahmen der vorliegenden Arbeit exemplarisch genutzt wurden, um die Berichterstattung über die dargestellten Sachverhalte aufzuzeigen. Derartige Berichte spiegeln die der Öffentlichkeit medial vermittelten Sichtweisen wider. Folglich nehmen sie eine (entscheidende) Rolle in der Wahrnehmung und im Zusammenwirken zwischen sozialen Strukturen, subjektiven Gesundheitsvorstellungen und medial vermitteltem Wissen und Werten ein. Aber auch im ALLBUS (2014) wurden Klassenlagen ausgewiesen und nach subjektiver Schichtzugehörigkeit gefragt. Eine mit Begriffen wie Oberklasse oder Unterschicht verbundene gesellschaftliche Unterteilung in oben und unten impliziert jedoch gleichzeitig eine moralische Bewertung im Sinne von besser oder schlechter, was sich auch auf Gesundheit bezieht.

Die Bedingtheit von Struktur und Habitus nach Bourdieus Sozialraumtheorie schließt an die GTM an, da diese danach fragt wie soziale Phänomene in der Lebenswelt zwischen alltäglichen Handlungskontexten und den Strategien von Akteuren miteinander in Beziehung stehen. Dementsprechend wechselte die Untersuchung zwischen subjektiven Sinnzusammenhängen und der gemeinsamen Sinnwelt von Eltern, die verschiedenen sozialen Gruppen angehören, sowie der Frage, wie Strukturen der Sozialordnung im lebensweltlichen gesundheitsrelevanten Handeln begründet sind. Das im Anschluss an die Interviewstudie durchgeführte Gruppendiskussionsverfahren wurde in Ergänzung zu den Erkenntnissen aus den Einzelinterviews durchgeführt, um explizit sozial strukturelle Bedingungen von Gruppen zu betrachten. Das Gruppendiskussionsverfahren bezieht sich auf Karl Mannheim's Konzept des konjunktiven (gruppenspezifischen) Wissens und des konjunktiven Erfahrungshintergrunds nach Bohnsack et al. (2013). Der Soziologe Karl Mannheim nimmt damit Bezug auf den Habitus-Begriff Bourdieus (Strübing 2013). Dementsprechend schließt das Gruppendiskussionsverfahren an die Habitus-Theorie Bourdieus an. Die analytische Anschlussfähigkeit der dokumentarischen Methode an die GTM ist darin zu sehen, dass beide Analysemethoden mit dem kontinuierlichen Vergleichen der Daten und dem systematischen Ablauf minimal und maximal kontrastierender Vergleiche eine ähnliche analytische Heuristik verwenden (vgl. Strübing 2013). Aus methodischer Sicht haben sich im Rückblick die durchgeführten Einzelinterviews und die Gruppendiskussionen sowie die Analysemethoden als erkenntnisfördernd erwiesen. Eine wechselnde Datenerhebung zwischen Einzelinterviews und Gruppendiskussionen wäre möglicherweise weniger zeitaufwendig gewesen.

6.2 Diskussion der Datenerhebung

Gesundheitsvorstellungen lassen sich über sprachlich vermittelte alltägliche Interaktionen und Handlungsweisen erkennen und analysieren (Strübing 2013; Flick et al. 2010). Dies hat sich durch die eingesetzten teilnarrativen Leitfadenterviews bestätigt. Die Verallgemeinerung von Interpretationen qualitativer Interviews sind allgemein anerkannt und zielen auf die Rekonstruktion typischer Muster und nicht wie in der standardisierten Forschung auf Verteilungsaussagen (Helfferich 2005). Um explizit kollektive Meinungen und Deutungsmuster in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsvorstellungen von unterschiedlichen sozialen Gruppen abzubilden, wurden Gruppendiskussionen durchgeführt (Bohnsack & Nohl 2013). Diese brachten eine vertiefende Ebene der Interaktion von miteinander diskutierenden Eltern mit einem gemeinsamen Erfahrungshintergrund (der soziale Raum²⁹) hervor und lieferten zusätzliche Erkenntnisse über kollektive

Wissensbestände, auf die Handelnde unbewusst zurückgreifen und wodurch Handeln unbewusst beeinflusst wird (vgl. Bohnsack et al. 2013; Strübing 2013; Kruse 2010). Die Erkenntnisse aus den Einzelinterviews konnten so vertieft und erweitert werden.

Im Sinne der GTM wurde angestrebt, Daten gleichzeitig zu erheben, zu analysieren und zu codieren (vgl. Corbin & Strauss 2015; Strauss & Corbin 1996). Dieses Bestreben konnte größtenteils umgesetzt werden. Aufgrund des Feldzugangs war es jedoch im Forschungsverlauf teilweise notwendig, pragmatisch vorzugehen, sodass nicht jedes Interview direkt im Anschluss analysiert und codiert wurde. Als wichtig erachtete Aspekte wurden daher, nach einer ersten Durchsicht, im Forschungstagebuch festgehalten und bei weiteren Interviews berücksichtigt.

Diskussion des Feldzugangs

Die Karte der Sozialhilfeempfängerdichte (Stadt Köln 2005) bot eine sehr gute Möglichkeit, sich der sozialräumlichen Verortung von Kitas in verschiedenen Kölner Stadtteilen (s. Abb. 9, S. 83) anzunähern. Mit dem gewählten Feldzugang konnten in den Kitas, die sich aufgrund der örtlichen Zuordnung in Kölner Stadtteilen befinden, in denen vermehrt Sozialhilfeempfänger leben auch einige Eltern erreicht werden, die keine Sozialhilfe beziehen. Dieses hatte unterschiedliche Gründe, wie z. B.:

- die gute Erreichbarkeit der Einrichtung mit öffentlichen Verkehrsmitteln,
- das aus Sicht der Eltern interessante Konzept der jeweiligen Kita,
- die explizit gewünschte Auseinandersetzung mit Angehörigen anderer sozialer Gruppen wie z. B. Kinder mit Migrationshintergrund.

Im Umfeld der Kitas wurde, wie von Helfferich (2002) beschrieben, deutlich, dass die beteiligten Kitas überwiegend eingegrenzte Einzugsgebiete haben, in denen die Lebensräume bestimmter sozialer Gruppen zu erkennen sind. Zudem zeigte sich, wie von Horstkotte & Zimmermann (2009) beschrieben, dass sozial benachteiligte Eltern in Kitas erreicht werden können. Wie von Rosenthal (2005) beschrieben, machte dieses Vorgehen außerdem deutlich, in welchem Kontext die Befragten bereit sind, über ein bestimmtes Thema zu sprechen. Im Kontext Kita und elterliche Gesundheitsvorstellungen waren dies insbesondere Mütter.

In Übereinstimmung mit Helfferich (2005) erwies sich der Einsatz von Gatekeepern (Kita-Mitarbeiterinnen, ehemaliger Elternratssprecher) als hilfreich, da die potenziellen Interviewpartner*innen so eher zu einer Teilnahme bereit waren. Zur Vermeidung einer Selektion von Interviewpartner*innen durch Gatekeeper, wurden weitere Zugangswege genutzt. Die Teilnahme der Autorin am Elterncafé/ Elternfrühstück in den Kitas ermöglichte eine Motivation der Eltern zur Teilnahme

an einem Interview. Dieses Vorgehen entsprach unterschiedlichen Sampling-Strategien (Strauss & Corbin 1996). Insgesamt bleibt festzuhalten, dass keine Kita eines städtischen Trägers oder die eines Wohlfahrtsverbandes zur Teilnahme bereit war. Trotz intensiver Bemühungen konnte nicht eruiert werden, warum die Kitas dieser Träger nicht teilnehmen wollten. Daher erfolgte eine Fokussierung auf die Kitas, die ihre Teilnahmebereitschaft erklärt hatten.

Im Gegensatz zu den Interviews wurde für die Gruppendiskussionen die Karte der 'Sozialräume nach Kölner Stadtteilen' (Stadt Köln 2015) genutzt (Abb. 12, S. 106). Der Vergleich mit der Karte der Sozialhilfeempfängerdichte in Kölner Stadtteilen (Abb. 9, S. 83) zeigt, dass die Stadtteile mit einer hohen Sozialhilfeempfängerdichte im Jahr 2013 einen besonderen Handlungsbedarf hatten. Die soziale Struktur in diesen Sozialräumen hatte sich scheinbar nicht verändert. Für die Gruppendiskussionen wurden daher zunächst die Kitas angesprochen, die schon im Rahmen der Interviewstudie teilgenommen hatten. Bei den Gruppendiskussionen stellte sich die Studienteilnahmebereitschaft in den Kitas als schwierig dar. Begründet wurde die Ablehnung ähnlich wie bereits bei den Kitas, die an der Interviewstudie nicht teilgenommen hatten (andere Kita-Themen; Halloween, Laternenumzüge, Weihnachten, Karneval; fehlende elterliche Kompetenzen). Daher wurde eine Gruppendiskussion im Mannheimer Stadtteil Rheinau durchgeführt. Die Vorgehensweise folgte dabei dem Schneeballsystem zur Gewinnung von Gruppendiskussionsteilnehmer*innen (Przyborski & Wohlrab-Sahar 2014) und erwies sich als geeignetes Instrument zur Kontaktierung von Teilnehmer*innen. Eine Verzerrung durch Nicht-Verbalisierung aufgrund von 'shared knowledge' (vgl. Kruse 2004; Helfferich 2005) konnte ausgeschlossen werden. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sich dieses Vorgehen als vorteilhaft erweisen hat.

Die Bildung von Realgruppen für die Gruppendiskussionen erwies sich als produktiv (vgl. Kruse 2010; Bohnsack et al. 2013), da so spezifische kollektive Wissensbestände der miteinander diskutierenden Eltern identifiziert werden konnten. Der Sozialraum²⁹, als gemeinsamer Erfahrungshintergrund mit vielsagenden differenzierten und tief greifenden Ortskenntnissen der Befragten, stellte ein Element der Verbundenheit dar. Dies führte dazu, dass die Eltern sehr offen miteinander diskutierten und sich schnell selbstläufige Diskussionen entwickelten. Im Gegensatz zu den Einzelinterviews erwies sich der Einsatz von Gatekeepern (Kitaleitungen) zur Gewinnung von Gruppendiskussionsteilnehmer*innen als weniger hilfreich. Obwohl den Eltern ein Handout (Anhang 7) ausgehändigt worden war, zeigte sich sowohl im Diskussionsverlauf als auch in der Auswertung, dass die Diskussionsteilnehmer*innen, die von Gatekeepern eingeladen wurden, mit anderen Erwartungen gekommen waren, als die Diskussionsteilnehmer*innen,

die von der Autorin persönlich eingeladen worden waren. Einige der von Gatekeepern eingeladenen Eltern, erwarteten z. B. in spezifischen Gesundheitsfragen beraten zu werden. Das hatte zur Folge, dass einige Gruppendiskussionen nicht oder nur eingeschränkt in das Gruppendiskussionssample aufgenommen werden konnten. Hierin ist eine Limitation zu sehen. Gleichzeitig zeigte sich eine Selektion durch 'Gatekeeper'. Diese bezog sich jedoch nicht auf einzelne Diskussionsteilnehmer*innen (s. Helfferich 2005), sondern auf das Format, da es sich nicht um eine Beratung handelte. Dem Angebot der Autorin, die Eltern persönlich einzuladen, standen die Kitaleitungen distanziert gegenüber, sodass darauf verzichtet wurde. Die ursprünglich geplante Dauer der Interviews und der Gruppendiskussionen wurden häufig überschritten. Einerseits wird dies dem großen Interesse und Engagement der teilnehmenden Eltern zugeschrieben und andererseits bleibt festzuhalten, dass die Teilnehmer*innen eine längere Aufwärmphase benötigten, um Vertrauen aufzubauen und in das Thema einzusteigen. Dadurch wurde es möglich, tieferliegende Sinnstrukturen zu erkennen und herauszuarbeiten.

Diskussion des Interview- und Gruppendiskussionssample

In der eng gefassten Untersuchungsgruppe konnte sowohl eine große Vielfalt als auch eine breite Varianz abgebildet werden, um über die beabsichtigte Verschiedenartigkeit vorschnellen Verallgemeinerungen entgegenzuwirken (Helfferich 2005). Im Interview- und Gruppendiskussionssample sind Eltern vertreten, die:

- verschiedenen Altersgruppen angehören,
- in verschiedenen Familienformen leben,
- einen unterschiedlichen Berufs- und Einkommensstatus aufweisen,
- in unterschiedlichen Lebensräumen leben,
- einen unterschiedlichen Migrationshintergrund haben,
- ein unterschiedliches Bildungsniveau aufweisen,
- einen unterschiedlichen Lebensstil haben.

Diese Vielfalt entsprach dem Bestreben der Autorin sowohl maximal unterschiedliche als auch als typisch anzusehende Fälle einzubeziehen. Dem Gütekriterium für qualitative Untersuchungsgruppen (s. Helfferich 2005) konnte so weitestgehend nachgekommen werden. Das Sample schließt, bezogen auf die Vielfalt derzeitiger Familienformen, nicht alle fünf in Deutschland vorhandenen Familienformen ein (Kuhnt & Steinbach 2014; Krack-Rohberg et al. 2016). Gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern und alleinerziehende Väter sind nicht vertreten. In Bezug auf das Sozialraummodell Bourdieus (siehe 2.3.1.1) sind nicht alle möglichen Varianten der sozialen Positionen im Sample vertreten. Der Bildungsstatus und der Beruf der befragten Eltern wurden erfragt und die Datenanalyse weist auf

kulturelle Vorlieben, Konsum und Freizeitaktivitäten verschiedener sozialer Gruppen hin, jedoch reicht die Datenlage der vorliegenden Studie nicht aus, um eine exakte Verortung der sozialen Position entsprechend der Sozialraumtheorie Bourdieus (2005a) zu ermöglichen. Gesagt werden kann, dass im Interview- und im Gruppendiskussionssample Eltern mit Kindern im Vorschulalter vertreten sind, die sozialen Gruppen angehören, deren soziale Position sich aufgrund ihres Gesamtkapitalvolumens (Abb. 2, S. 30) im oberen, mittleren oder unteren Segment befinden. Je nach kulturellem Kapital sind die Familien eher links und je nach ökonomischem Kapital eher rechts im Sozialraummodell nach Bourdieu zu verorten. Zudem wurde ersichtlich, dass die Grenzen (horizontal und vertikal), wie Bourdieu (2005a) ausführt, zwischen den sozialen Gruppen im Interview- wie im Gruppendiskussionssample nicht trennscharf sind.

Im Rahmen der Interviews zum Thema elterliche Gesundheitsvorstellungen fühlten sich insbesondere Mütter angesprochen. Obwohl eine größere Teilnahmequote von Vätern wünschenswert gewesen wäre, konnten trotz intensiver Bemühungen (siehe 4.5.1) nur wenige Väter zur Teilnahme an einem Interview motiviert werden. Dies kann als eine Limitation der Studie gesehen werden. Die geringe Teilnehmerrate von Vätern wird, wie die Erkenntnisse von Li et al. (2015) und der Untersuchungsbericht des IfD Allensbach (2015) zeigen, u. a. darauf zurückgeführt, dass im alltäglichen Kita-Kontakt und in der Kinderbetreuung generell wesentlich mehr Mütter als Väter zu finden sind. Das häufigste Familienmodell in Deutschland ist laut Li et al. (2015) nach wie vor ein traditionelles, in dem der Mann Geld verdient und die Frau sich um die Kinder und den Haushalt kümmert. Ähnlich ist es bei Alleinerziehenden, denn im Vergleich zu alleinerziehenden Vätern betreuen etwas mehr als zweimal so viele alleinerziehende Mütter Kinder unter sechs Jahren (Baumann et al. 2018). Insbesondere Kinder aus Familien, in denen die Familien- und Erwerbsarbeit zwischen Mutter und Vater ausgewogen aufgeteilt ist, besuchen eine Kindertagesstätte. Dabei übernehmen in diesen Familien vorzugsweise die Väter das Wegbringen und Abholen der Kinder (vgl. Juncke et al. 2016; IfD Allensbach 2015). Dieses Familienmodell kommt im vorliegenden Untersuchungssample vor. Generell ist es jedoch selten und wird mehrheitlich in Familien gelebt, in denen Eltern über einen mittleren Bildungsabschluss verfügen (s. IfD Allensbach 2015), was sich auch im Interviewsample der vorliegenden Studie zeigt. Ein weiterer möglicher Grund für die geringe Teilnahme von Vätern wird darin gesehen, dass die Vaterrolle häufig über einen gesellschaftlich geprägten männlichen Habitus und den damit verbundenen Aufgaben definiert wird. Aus informellen Gesprächen mit Kitamitarbeiter*innen wurde ersichtlich, dass viele Väter engagiert in der Kita ihrer Kinder sind. Dies zeigt sich

z. B. in der Zusammensetzung des Elternrats und insbesondere bei 'handwerklichen' Aktivitäten in der Kita. Von den Kitamitarbeiter*innen wurde ein Bild vom 'starken' Geschlecht aufgezeigt, ein Verständnis vom männlichen Körper, der stark und kräftig ist und handwerkliche Tätigkeiten übernimmt. Theoretisch wird dies in die Habitus-Theorie Bourdieus (1976; 1993) mit einem Bezug zum männlichen beziehungsweise weiblichen Körper eingeordnet.

Bei den sieben durchgeführten Gruppendiskussionen, an denen insgesamt sieben Mütter und neun Väter teilnahmen, zeigte sich im Vergleich zu den Einzelinterviews eine höhere Teilnahmebereitschaft von Vätern. Wie sich im Nachhinein herausstellte, beruhte diese darauf, dass einige Väter eher zufällig da waren, um ihre Kinder aus der Kita abzuholen und spontan der Einladung zur Gruppendiskussion folgten. Zudem wurde ersichtlich, dass es Väter gibt, die aufgrund von Arbeitslosigkeit Zeit hatten, um gezielt teilzunehmen. Von den sieben durchgeführten Gruppendiskussionen konnten letztendlich nur zwei sehr gut und zwei weitere nur bedingt in die Analyse einbezogen werden. Hier spiegelte sich die andere Erwartungshaltung der Eltern durch die Einladung von Gatekeepern wider. Generell deuten die Erkenntnisse zum Interview- und Diskussionsample darauf hin, dass Väter mit Kindern im Vorschulalter über den Feldzugang Kita nur eingeschränkt erreichbar waren. Die Interview- und Diskussionspassagen der teilnehmenden Väter waren allerdings sehr ergiebig und informativ.

Diskussion des Interview- und Gruppendiskussionsleitfadens

Mit dem nach der Konzeption von Kruse (2008) und Helfferich (2005) eigens für diese Studie entwickelten teilnarrativen Interviewleitfaden (Anhang 8, S. 291) konnten Interviews geführt werden, die so offen und monologisch wie möglich und so strukturiert und dialogisch wie nötig waren. Der Interviewleitfaden erfüllte somit die beschriebenen Prinzipien der Offenheit und der Kommunikation (s. Strübing 2013; Hoffmann-Riem 1980). Entsprechend der sich wandelnden, vorläufigen Konzepte wurde der Leitfaden modifiziert (Corbin 2011; Corbin & Strauss 2015). Zudem wurden im Verlauf die Gestaltung und die Reihenfolge der jeweiligen Fragen sowie deren Formulierung flexibel und situationsspezifisch angepasst. Die durch den Leitfaden bestehende Strukturierung bildete somit im Verlauf der Datenerhebung und Auswertung einen zunehmend flexibleren Rahmen. Darüber hinaus ist erkennbar, dass die Fragen des Interviewleitfadens teilweise ein hohes Verständnisniveau aufweisen. Ein Interview stellt eine komplexe soziale und kommunikative Situation dar, daher war es notwendig, dass sich die Autorin in ihrer Rolle als Interviewerin auf die einzelnen Gesprächspartner*innen und deren Verständnisniveau einstellte und die Fragen der Interviewsituation

angepasst formulierte (s. Strübing 2013). Aufgrund der langjährigen beruflichen Erfahrung in der Zusammenarbeit mit Eltern, die verschiedenen sozialen respektive bildungsfernen Gruppen angehören, war davon auszugehen, dass die Eltern über entsprechende kommunikative Kompetenzen verfügen. Im Rückblick hat sich dies bestätigt. Die Befragten hatten kaum Verständnisprobleme.

Der teilnarrative Gesprächsleitfaden bot in seinem strukturellen Aufbau eine gute Möglichkeit, sich des theoretischen und praktischen Vorwissens bewusst zu werden. Vorannahmen wurden überprüft, um diese gegebenenfalls zu verändern, sowie um etwas Neues/Unerwartetes zu entdecken. In der Interviewsituation und bei der Datenanalyse konnte, mit der vorliegenden Leitfadenskonstruktion immer wieder auf die Intentionen zurückgegriffen werden, die zu diesen Fragen geführt hatten. Denn die inhaltlichen Aspekte der Leitfragen und mögliche Nachfragen zu bestimmten Themenbereichen konnten direkt im Leitfaden nachgelesen werden. Bei den Probeinterviews hatte sich gezeigt, dass die Befragten durch das Vorliegen des Interviewleitfadens und das Festhalten schriftlicher Vermerke darin nicht abgelenkt und deren Erzählfluss nicht unterbrochen wurde. Daher kam der Leitfaden bei der Interviewdurchführung so zum Einsatz. Die Auseinandersetzung mit verschiedenen Frageformen förderte die Möglichkeit, eine Kommunikationsbeziehung mit den Befragten aufzubauen und sich der Alltagskommunikation anzunähern (s. Kruse 2010). Die im Interviewleitfaden enthaltenen reflexiven und zirkulären Fragen, eine Fragetechnik, die bereits Blaxter (1992) genutzt hatte, um Gesundheitskonzepte zu rekonstruieren, waren sehr ergiebig. In Übereinstimmung mit Kruse (2010) führte der Perspektivwechsel durch diese Frageformen dazu, Interesse und Denkprozesse anzuregen, sodass die Befragten über eigene Sichtweisen nachdachten, neue/andere Möglichkeiten in Betracht zogen und in ihr Relevanzsystem stellten. In diesem Vorgehen lag ein großes Potenzial, denn die Befragten konnten so am Forschungsprozess beteiligt werden. Die dem Interviewkonzept zugrunde liegende Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit ermöglichte eine Veränderung des Blickwinkels, der Interviewten im Gesprächsverlauf. In der Regel zeigten die Interviewten deutlich an, inwieweit angesprochene Themenbereiche reflektiert sind oder zu wie viel Reflexion sie, bezogen auf diesen Themenbereich, bereit waren. Dies wird, anhand der folgenden Interviewpassagen beispielhaft aufgezeigt, um den Reflexionsprozess der Gesprächspartner*innen im Interviewverlauf sichtbar zu machen.

»(...) das einem bewusster wird was alles mit Gesundheit zu tun hat, dass man sich so im Alltag nicht so die Gedanken darüber macht, dass so vieles, die Mühen die man da rein steckt eigentlich schon zum Wohlbefinden der Kinder beiträgt« (GD12808072).

»(2) Na ich glaub, dass das eine [...] FACETTE von Erziehung also das ist, man macht sich das nicht eigentlich wenn man Kinder will nicht so das sind ja immer schwierige Fragen was sind deine Ideale nach welchen Prinzipien erziehst du was ist für dich Erziehung

das sind ja Sachen über die man, es sei denn man wird interviewt, eigentlich höchst selten reflektiert, find ich so« (FRK10310073)

Mit den biografisch angelegten Fragen (s. 4.4.1) konnten gesundheitsbezogene Deutungsmuster und Orientierungen in ihrer biografischen Entwicklung und in ihrer Verankerung in Denk-, Wahrnehmungs- und Handlungsschemata sowie in ihrer alltagspraktischen Relevanz erfasst werden. Dieses deckt sich mit den Ausführungen von Berg & Lucius-Hoene (2000) zu biografischen Interviews.

Der erste Themenbereich (s. Anhang 8, S. 291) des Leitfadens (persönliche Erfahrungen und Vorstellungen) produzierte vielschichtiges inhaltliches Material, da die Befragten ihre subjektiven Konzepte und Theorien von Gesundheit mit inhaltlichen Aspekten füllten. Gleichzeitig wurde die subjektiv empfundene Qualität von Gesundheit aus Sicht der Befragten ersichtlich. Interessanterweise haben die Befragten die geschlossene Nachfrage unter der vierten Leitfrage (Was ist wichtig für die gesundheitliche Entwicklung? Hat Ihr eigener Umgang mit Gesundheit einen Einfluss auf Ihr Kind?) nicht mit 'Ja' oder 'Nein' beantwortet, sondern ihre Geschichte im Kontext der Frage erzählt. Die Erzählpassagen zum Thema der fünften Leitfrage (Erziehung und Gesundheit) boten inhaltlich ein vielfältiges und interessantes Interpretationsmaterial. Mit der neunten Frage (Wann und wo hat Gesundheit am Vortag eine Rolle gespielt?) hatten viele Interviewteilnehmer*innen Schwierigkeiten. Es war die einzige Frage, die allen gestellt wurde, um zu sehen wie die Befragten dieses Thema kommunikativ darstellen. Das Alltägliche ist einerseits vertraut und selbstverständlich, andererseits ist es vielleicht gerade deshalb besonders schwierig, dies in Bezug auf Gesundheit zu reflektieren. Der Themenbereich war nicht derart ergiebig, wie ursprünglich angenommen, wies jedoch darauf hin wie Gesundheit im Alltag reflektiert wird. Die allgemeinen Einstellungsfragen am Ende des Interviews erwiesen sich als sehr produktiv. Dieses Vorgehen bot eine wichtige Möglichkeit, um eigene Deutungen der Gesprächspartner*innen aus einer anderen Perspektive einzufangen. Zudem wurden Bedeutungen der Befragten fokussiert oder veränderte Bedeutungen im Interviewverlauf erkennbar.

Der Leitfaden für die Einzelinterviews bildete die Grundlage für den Leitfaden der Gruppendiskussionen mit Eltern von Vorschulkindern. Letztendlich wurden für die Gruppendiskussionen nur zwei Fragen aus dem Interviewleitfaden genutzt. Mit den Fragen, 'Was ist für Sie Gesundheit?' und 'Wann fühlen Sie sich gesund?' konnte eine, für Gruppendiskussionen erforderliche selbstläufige Diskussion der Teilnehmer*innen untereinander (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014; Burkhard 2013) angeregt werden. Dieses Vorgehen hat sich für die Durchführung der Gruppendiskussionen als sehr ergiebig erwiesen.

Diskussion der Interview- und Gruppendiskussionsdurchführung

In dieser Arbeit wurden die befragten Eltern, aus den im Unterabschnitt 4.4.1.1 beschrieben Gründen als Experten angesehen (vgl. Bogner et al. 2014; Bogner & Menz 2005; Herriger 2002; Stark 2000). Diese Einstellung der Autorin hatte Auswirkungen auf die Interview- und Diskussionssituation. Die Interviewgespräche und die Gruppendiskussionen mit den teilnehmenden Eltern konnten so auf 'Augenhöhe' stattfinden. Für die befragten und miteinander diskutierenden Eltern schien dies nicht alltäglich zu sein. Die grundlegende, wertschätzende Einstellung gegenüber den Gesprächspartnern führte zu großer Offenheit gegenüber der Autorin und zu persönlichen und ausführlichen Erzählungen der Befragten.

Die häufig für die Durchführung von Interviews empfohlene strenge Zurückhaltung der Interviewer*innen (s. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014; Strübing 2013; Kruse 2010) wurde aufgrund der Erkenntnisse aus den Probeinterviews, bezogen auf den Forschungsgegenstand und die Untersuchungsgruppe, als hinderlich betrachtet. Daher wurde die strenge Zurückhaltung zugunsten des Interaktionsmodells von Bogner und Menz (2005) aufgegeben. Das Interaktionsmodell, mit dem für Interviewer*innen empfohlenen 'Zeigen inhaltlichen Engagements', um die Interviewpartner*innen anzuregen, eigene Wissensbestände und Informationen darzulegen, war im Erkenntnisinteresse und im Hinblick auf das Untersuchungsziel sehr produktiv. Die von Breuer et al. (2018) beschreiben positive Erfahrungen, wenn Forschende im Laufe des Gesprächs ihre Haltung zur Thematik z. B. durch vorsichtiges Ansprechen eigener Erfahrungen, Haltungen oder Reflexionen zu erkennen geben, um so zu ergänzenden Erzählungen anzuregen, kann hier bestätigt werden. In den Interview- und Diskussionssituationen forderten die Befragten und deren Erzählungen zu Reflexionen und Stellungnahmen seitens der Interviewerin auf. Äußerungen in der Interviewsituation wurden in der vorliegenden Studie als situative Äußerungen im Rahmen der spezifischen Interaktionssituation betrachtet, die von den Befragten mitreflektiert wurden, auf die sie reagierten und die sie mit strukturierten. Somit hatten die Interviewäußerungen auch eine Funktion der Kommunikationsstruktur (vgl. Bogner & Menz 2005; Helfferich 2005). In diesen Situationen war es notwendig, dass sich die Autorin ihre Rolle als Interviewerin bewusst machte, um nonverbale Signale, die meist eine Reaktion der Interviewpartner*innen zur Folge hatten, zu kontrollieren und zu reflektieren. Um das Gütekriterium – methodische Kontrolle über Reflexivität – qualitativer Interviews zu berücksichtigen (vgl. Helfferich 2005; Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014), erforderte die Reflexion der jeweiligen Gesprächsrollen eine entsprechende Aufmerksamkeit während der Interviews. Besonderheiten wurden während der Interviews, auf dem vorliegenden Leitfaden oder anschließend im

Forschungstagebuch notiert. Sowohl das Verhalten der Interviewerin als auch das Verhalten der Interviewten wurde so reflektiert (im Sinne von: 'Wie sind die Antworten entstanden') und in der Auswertung beachtet. Ebenso wie die beschriebenen Interaktionseffekte wurden Vorannahmen als ergiebige Komponenten der einzelnen Interviewverläufe verstanden und reflektiert. Dementsprechend wurden Memos geschrieben und diese Sachverhalte bei der Datenanalyse berücksichtigt. Dieses Vorgehen ermöglichte eine selbstkritische Korrektur von Vorannahmen und stellte einen weiteren Aspekt der methodischen Kontrolle über Reflexivität dar (vgl. Helderich 2005). Die Antwortmöglichkeiten der Gesprächspartner*innen wurden nicht eingeschränkt, um subjektive Relevanzsysteme der Befragten zuzulassen. Diese Vorgehensweise ermöglichte eine hohe Inhaltsvalidität. Zudem konnte so ein tiefer Informationsgehalt erreicht werden.

Um den Anforderungen qualitativer Forschung zu entsprechen und um möglichst nah an alltägliche Lebenssituationen anzuknüpfen sowie verfälschende Laborbedingungen soweit wie möglich auszuschließen (vgl. Mayring 2002), fanden die Interviewgespräche in der Wohnung der Befragten statt. Die Teilnehmenden fanden es praktisch und entgegenkommend, dass das Interview bei ihnen zu Hause stattfand. Aus organisatorischen Gründen war es so weniger aufwendig für die befragten Mütter und Väter. Ein großer Vorteil für die Studie lag darin, dass die so gewonnenen Eindrücke z. B. über den Wohnort, das Wohnumfeld und die Wohnsituation als Kontextinformationen in der Auswertung berücksichtigt werden konnten. Durch dieses Vorgehen standen einzelne Äußerungen der Befragten nicht nur im Gesamtkontext der Erzählung und der Interaktion, sondern auch im Kontext des beobachtbaren familiären Umfelds, der Wohnsituation und des Wohnumfelds der Befragten. Den Interviewpartner*innen wurde bewusst freigestellt, wie sie die Gesprächssituation für sich organisieren wollten. Einige Gesprächspartner*innen nutzten die Interviewsituation, um ihre Erzählungen alltagspraktisch mit sichtbaren Beispielen zu stützen oder die Interviewerin darauf hinzuweisen. In einigen Fällen waren die Kinder während des Interviews anwesend. Dadurch war die Interviewsituation unruhiger und es kam zu Unterbrechungen des Gesprächs. Der Vorteil lag darin, dass durch Beobachtungen Kontextinformationen über den Umgang von Eltern und Kindern miteinander gewonnen werden konnten. Dieses Vorgehen stellte besondere Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit der Interviewerin in der Interviewsituation. Dies war jedoch im Vorfeld bekannt und von daher unproblematisch. Einige Interviewpartnerinnen bedauerten im Nachhinein, keinen anderen Zeitpunkt gewählt zu haben:

»Störend hab ich ihn (Kind) jetzt empfunden (lacht) wäre vielleicht besser gewesen wenn er schon im Bett ist, nee, nein sonst nicht« (KKL2610071BTU).

»Mutter: *nö.* Kind: *Du hast was vermisst.* Mutter: *Was hab ich vermisst?* Kind: *einen lieben Bruder.* Mutter: *Einen lieben Sohn, meinst Du* (lacht), *JAA den hab ich vermisst* (lacht)« (KH71003082STT).

In allen Fällen übernahmen die Gesprächspartner*innen eine Gastgeberrolle und stellten damit eine lockere Gesprächsatmosphäre her. Nach einer vorsichtigen Annäherung zu Beginn, entstand so eine vertrauensvolle Kommunikationssituation, die beachtliche Reflexionsprozesse bei den Befragten auslöste.

Bei den Gruppendiskussionen bestand die Aufgabe der Diskussionsleiterin darin die Gespräche zu moderieren und falls notwendig verschiedene Diskussionsstimuli zum Thema einzusetzen (vgl. Kruse 2010). Die eingesetzten Stimuli (Umwelt, Umfeld, sonstige Einflüsse auf Gesundheit) beruhten auf den aus den Interviewdaten konstruierten Konzepten und Kategorien und führten zu einer regen Diskussion der Teilnehmer*innen untereinander. Zudem stellten die Gruppendiskussionen eine inhaltliche Validierung dar. Die aus den empirischen Interviewdaten generierten Kategorien konnten teilweise ergänzt werden, allerdings wurden keine weiteren Kategorien entdeckt. Die Gruppendiskussionen führten zu einer Differenzierung der Kernkategorie. Ähnlich wie bei den Einzelinterviews forderten die Diskussionsteilnehmer*innen die Diskussionsleiterin verbal oder nonverbal zu vereinzelt Reflexionen und Stellungnahmen auf. Darauf wurde wie bei den Einzelinterviews reagiert und unterstützte die Selbstläufigkeit der Diskussion.

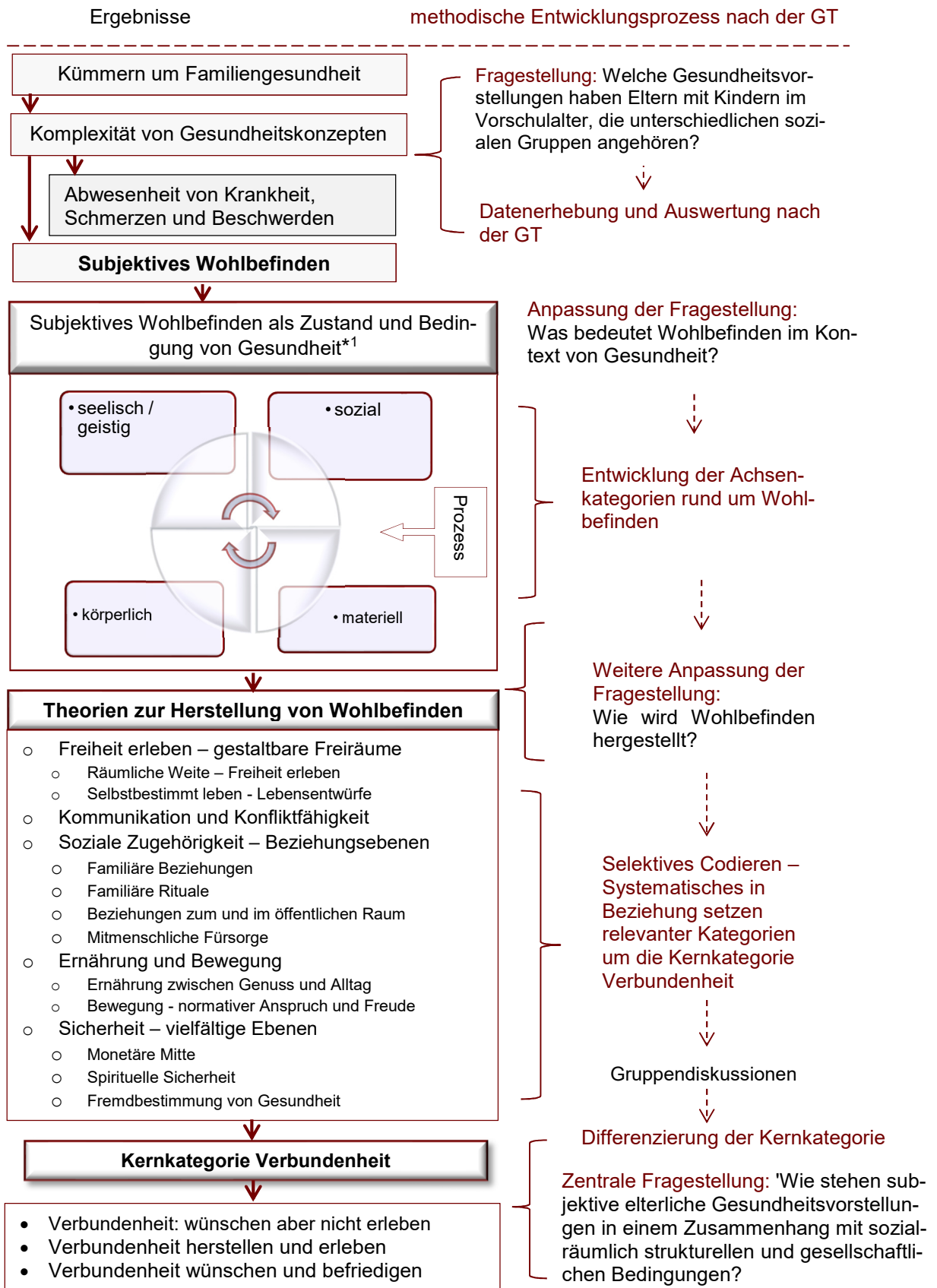
6.3 Zusammenfassende Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Im fünften Kapitel wurden die Untersuchungsergebnisse der Einzelinterviews und der Gruppendiskussionen mit zahlreichen Textbelegen dargestellt. Die Interview- und Gruppendiskussionssequenzen weisen auf wesentliche Interpretationsmuster sowie subjektive Relevanzen von Gesundheit und beziehen sich auf die eigene Person, die eigenen Kinder, die Umwelt und die individuelle Lebensführung im gesellschaftlichen Kontext. Die herausgearbeiteten Kategorien haben eine wesentliche Bedeutung für das Untersuchungsfeld. Entlang des methodischen Entwicklungsprozesses sind die Ergebnisse, dem linearen Aufbau der Dissertationschrift folgend, in Abb. 15 (S. 234) grafisch dargestellt. Links sind die Ergebnisse dargestellt und rechts die Anpassung der Fragestellung sowie das methodische Vorgehen im Forschungsprozess auf Basis der empirischen Ergebnisse.

Im Weiteren werden die Ergebnisse expliziert. Die Ausführungen zielen darauf ab, die vielfältigen Aspekte mit theoretischen Ansätzen in Beziehung zu setzen und die Ergebnisse mit Bezug auf bestehende Erkenntnisse zu diskutieren.

Abb. 15: Ergebnisdarstellung und methodische Entwicklung

Subjektive elterliche Gesundheitsvorstellungen im Spiegel gesellschaftlicher Ungleichheitsverhältnisse



*1 Originalgrafik Abb. 13 Gesundheit als subjektives Wohlbefinden

(Quelle: eigene Darstellung)

6.3.1 Kümmern um Familiengesundheit im Wandel

In Übereinstimmung mit Faltermaier (2016) und Schmidt (2010) zeigen, die Ergebnisse, dass es historisch-kulturell verankerte Bilder bezüglich der Rolle und Stellung von Frauen und Männern in der Gesellschaft gibt. Damit sind gleichzeitig kulturelle Werte sowie gesellschaftlichen Zuschreibungen in Bezug auf die Aufgaben von Müttern und Vätern verbunden. In Übereinstimmung mit den Erkenntnissen einiger quantitativer Studien scheinen Frauen nach wie vor mehrheitlich für Kindererziehung und Haushalt zuständig zu sein und Männer für das Familieneinkommen (s. IfD Allensbach 2015; Li et al. 2015). Die Befunde der vorliegenden Studie decken sich mit den Erkenntnissen von Li et al. (2015), die davon ausgehen, dass die derzeitig gelebten Familienmodelle durch soziale Normen, insbesondere durch Geschlechternormen und -leitbilder strukturiert sind. Trotz vieler Veränderungen legen die Ergebnisse nahe, dass das klassische Familienmodell mit historisch gewachsenen Denk- und Handlungsschemata verbunden ist. In diesem normativ gesellschaftlich-kulturellen Kontext sahen sich nur wenige Väter als zuständige Gesprächspartner, für das Thema Gesundheit in Bezug auf die eigenen Kinder an. Theoretisch wird dies im Sinne eines gesellschaftlichen Habitus (Bourdieu 1993) sowie im Sinne eines männlichen/weiblichen Habitus (Bourdieu 1987), in den Mädchen und Jungen einsozialisiert wurden respektive werden (vgl. Liebau 2006) mit einer engen Verbindung zum kulturellen Kapital eingeordnet (Bourdieu 2006). Die Ergebnisse weisen unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe darauf hin, dass die Mütter der befragten Eltern als diejenigen wahrgenommen werden, die sich um gesundheitliche Belange, wie das Aufsuchen einer Ärztin/eines Arztes oder die Nahrungszubereitung, gekümmert haben. Auf eine ausgewogene Ernährung oder Bewegung wurde aus Sicht der Befragten in der Großmüttergeneration eher nicht geachtet (siehe 5.1.1). Ein Arztbesuch der Familienmitglieder wurde nur bei starken Beschwerden in Betracht gezogen und von den Frauen in der Großmüttergeneration organisiert. Dennoch sind Veränderungen erkennbar. Auf Basis der vorliegenden Studie konnten drei Gruppen der Zuständigkeit und des Kümmerns um Gesundheit in der Familie sowie die Rolle von Frauen als Mutter in der Untersuchungsgruppe rekonstruiert werden:

- Die Zuständigkeit von Müttern in der Rolle als Familienmanagerin;
- Die Zuständigkeit des sozialen Netzwerks;
- Die Gemeinsame Zuständigkeit von Eltern.

In der Rolle als 'Managerin' der Familiengesundheit liegt die Zuständigkeit und Verantwortung bei den Müttern. Diese kümmern sich um die Mahlzeiten, den Haushalt, die Kinder und den Ehemann, der häufig als ein weiteres Kind gesehen

wurde (siehe 5.1.1). Die Mütter motivieren die Familienmitglieder eine Ärztin/einen Arzt aufzusuchen und sie kümmern sich um die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit den Erkenntnissen von Li et al. (2015). Trotz der Möglichkeit Elterngeld beziehen zu können sind nach wie vor häufiger Mütter für die Betreuung der Kinder in den ersten drei Lebensjahren und für den Haushalt zuständig. Diese Mütter sind nicht berufstätig, um die gemeinsamen Kinder zu betreuen (vgl. IfD 2015). Wie die Befunde der vorliegenden Studie nahe legen, gibt es unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer spezifischen sozialen Gruppe, Mütter die sich diese Rolle zuschreiben (siehe 5.1.1). Dieses Ergebnis wird durch eine Studie des IfD (2015) gestützt, nach der viele Mütter ihr(e) Kind(er) in den ersten Lebensjahren selbst betreuen möchten (s. a. Kelle 2018). In Übereinstimmung mit Possinger (2016) wird im Rahmen der vorliegenden Studie ersichtlich, dass es sowohl Mütter als auch Väter gibt, die das Betreuen der Kinder als eine weibliche Fähigkeit betrachten.

Die Datenanalyse weist einerseits darauf hin, dass die Zuständigkeit für Gesundheit in der Familie nach wie vor mehrheitlich im Aufgabengebiet von Frauen liegt, andererseits zeigt sich, dass sich diese Zuständigkeit verändert (siehe 5.1.3). Es gibt einen Wandel, der sich in den verschiedenen gelebten Familienformen zeigt (s. a. Krack-Rohberg et al. 2016; Kuhnt & Steinbach 2014). Mit diesem Wandel gewinnt die Zuständigkeit des persönlichen Netzwerks von Müttern an Bedeutung. Diese Netzwerke zeichnen sich durch eine persönliche Verbundenheit bei gleichzeitigen Freiräumen aus. Dabei kümmern sich insbesondere bei Alleinerziehenden z. B. Freundinnen, die eigene Mutter oder die Paten des Kindes um gesundheitliche Belange und Wohlbefinden von Mutter und Kind. In der 'klassischen' Familienform ist eher das familiäre Netzwerk eine wichtige Instanz für die gesundheitlichen Belange und das Wohlbefinden von Eltern und Kindern.

Wie die Befunde der vorliegenden Studie zeigen, verändert sich mit dem angesprochenen Wandel auch die Zuständigkeit für Gesundheit, die Kinderbetreuung und Erziehung der Kinder in der Familie, zu einer gemeinsamen Zuständigkeit der (Ehe-) Partner (siehe 5.1.3). Zu ähnlichen Erkenntnissen kommt auch das BMFSFJ (2016). Es gibt in der Vielfalt des Interviewsamples Familien, in denen beide Partner teilzeitbeschäftigt sind, damit die Mutter wieder berufstätig sein kann und sich beide Partner gemeinsam um ihre Gesundheit, die Gesundheit der Kinder und deren Betreuung kümmern (siehe 5.1.2). In Übereinstimmung mit Rauschenbach (2016) weisen die Ergebnisse darauf hin, dass sich Veränderungen aufgrund traditioneller Familienformen, gesellschaftlicher Erwartungen, persönlicher Erfahrungen und Wünsche oder aus ökonomischen Überlegungen sehr langsam vollziehen (s. a. Possinger 2016; Li et al. 2015). Es gibt Väter, die sich

für den Haushalt und die Betreuung sowie Erziehung der Kinder, die Nahrungszubereitung, die Freizeitaktivitäten und für Arzttermine zuständig fühlten. Die Ergebnisse der durchgeführten Studie weisen zudem darauf hin, dass bildungsferne Väter Zeiten der Arbeitslosigkeit nutzen, um diese Aufgaben zu übernehmen. Nach Beendigung der Arbeitslosigkeit verändern sich diese Strukturen und die Mütter übernehmen diese Aufgaben. Insbesondere in Familien mit einem geringen Einkommen spielen ökonomische Gründe eine große Rolle, da das in der Regel höhere Einkommen des Vaters benötigt wird. Anders als bei Dotti Sani & Treas (2016) weisen die Ergebnisse der vorliegenden Studie darauf hin, dass unter bildungsfernen Vätern diese sogenannten neuen 'Väterideale' bekannt sind, jedoch eher aus ökonomischen Gründen nicht umgesetzt werden (s. a. Kaufmann 2018). Festzuhalten bleibt, dass in der Vielfalt des Interviewsample Veränderungen in der Zuständigkeit für Gesundheit und die Kinderbetreuung in der Familie erkennbar sind.

6.3.2 Diskussion der Gesundheitskonzepte

Die interviewten und miteinander diskutierenden Eltern haben über den biomedizinischen Ansatz hinaus, unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe, eine ausgeprägte ganzheitliche Sicht auf Gesundheit. Diese kommt der WHO Definition von Gesundheit (WHO 1946) sehr nahe. Die Ergebnisse zeigen in Analogie zu Almqvist-Tangen et al. (2017), dass elterliche Gesundheitskonzepte ganzheitlich, multidimensional und dementsprechend komplex sind. Physische, psychische, emotionale, materielle und soziale Aspekte spielen dabei eine große Rolle.

6.3.2.1 Es besteht eine Verbindung zwischen Fakten körperlicher Gesundheit und einem normativen Konstrukt von Gesundheit

Auf Basis der durchgeführten Studie kann gesagt werden, dass es elterliche Gesundheitskonzepte gibt, die mit dem Fehlen von Krankheiten, Schmerzen und Beschwerden verbunden sind. Krankheitsbezogene Aspekte werden ähnlich wie bei Faltermaier (2015a) beschrieben, von den Befragten als negative Aspekte von Gesundheit bezeichnet (siehe 5.2, 5.3.1.2). Für die in dieser Studie befragten und miteinander diskutierenden Eltern sind dies Fakten, die objektiv, medizinisch erklärbare körperliche Ursachen haben und medizinisch diagnostiziert werden können. Aus dem negativen Gesundheitskonzept lässt sich ein gesellschaftlich legitimer Stellenwert ableiten. Theoretisch wird dies dem institutionalisierten Kulturkapital sowie dem symbolischen Kapital (Bourdieu 2006) zugeordnet.

Die vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass es elterliche Gesundheitskonzepte gibt, die objektiv-normativ erscheinen und sich bezogen auf den Körper am biomedizinischen Modell von Gesundheit orientieren (vgl. Schmidt 2017). Zudem lässt sich aus der vorliegenden Arbeit ableiten, dass nicht nur Kinder und jugendliche Gesundheit als ein komplexes, biologisches, psychologisches, soziales und spirituelles Konzept wahrnehmen (s. Davo-Blanes & La Parra 2012; Woodgate & Leach 2010; Piko & Bak 2006), sondern auch Eltern. Körperliches, geistiges und emotionales Wohlbefinden wird dabei nicht ausgeschlossen. Ebenso wie viele Studien zu subjektiven Gesundheitskonzepten von Erwachsenen zeigen (Faltermaier 2015a), so weist auch die vorliegende Studie darauf hin, dass Gesundheit von Eltern mit Kindern im Vorschulalter sowohl positiv als auch negativ konstruiert wird (s. a. Blaxter 1997; Calnan 1987). Insbesondere in der Einstiegssequenz, in der Phase des Aufbaus einer vertrauensvollen Gesprächs- oder Diskussionssituation, haben die teilnehmenden Eltern eher auf ein medizinisch geprägtes, allgemeingültiges und gesellschaftlich akzeptiertes Konzept von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit zurückgegriffen. Dieses wurde sprachlich verallgemeinert dargestellt und verweist auf Alltagsdenken (vgl. Bourdieu & Wacquant 2006; Moscovici 2000; Bourdieu 1985), das sich in der sprachlichen Darstellung zeigt. In der vorliegenden Arbeit wird dieses negative und als allgemeingültig erscheinende Konzept als eine Annäherung an das Thema Gesundheit interpretiert. Zudem lässt sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie ableiten, dass sich dieses Konzept daraus ergeben könnte, wie Gesundheitskonzepte im Alltag z. B. medial dargestellt werden (s. a. Scobel 2017b; Quarks & Co 2017; Rossmann 2016; Quarks & Co 2015; Davo-Blanes & La Parra 2012; Woodgate & Leach 2010). Die Berichterstattungen unterschiedlichster Medien weisen überproportional auf medial vermittelte medizinische Erkenntnisse zu Krankheiten, Krankheitsrisiken und deren Vermeidung (Krankheitsprävention) im Kontext von Gesundheit auf. Die vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass ein negatives Gesundheitskonzept als gesellschaftlich vorgegeben wahrgenommen wird. Zu ähnlichen Erkenntnissen kommen Marent & Marent (2013) in einer Studie mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Wahrnehmung eines negativen Gesundheitskonzepts kann, im Sinne sozialer Repräsentationen interpretiert werden (vgl. Sammut et al. 2015; Kronberger 2015; Jacob 2004; Heim & Strauß 2007; Schmitt & Scheibler-Meißner 2007). In Übereinstimmung mit den Erkenntnissen der Pilot- Wirkungsstudie des BeKi (Macha & Hiller 2016) legen die vorliegenden Ergebnisse nahe, dass sich Eltern möglicherweise sowohl von gesellschaftlichen Normen leiten als auch verunsichern lassen. Im Gegensatz zu den Erkenntnissen der BeKi Studie (Macha & Hilla 2016) haben physische Aspekte

jedoch keine größere Bedeutung als psychische Gesundheitsaspekte. Während Macha & Hilla (2016) darauf hinweisen, dass Eltern ein Kind, das nicht krank ist (grippale Infekte etc.) als gesund ansehen, legen die hier vorliegenden Ergebnisse nahe, dass Eltern ein Kind als gesund ansehen, wenn es fröhlich, glücklich und aktiv ist, sowie interessiert seine Umwelt kennenlernen möchte. In Analogie zu Almqvist-Tangen et al. (2017) wäre es zu kurz gegriffen davon auszugehen, dass Eltern Gesundheit ausschließlich über das Fehlen von krankheitsbezogenen Aspekten konzipieren. Gesundheit als Vakuum (Herzlich 1973) wurde von den befragten Eltern angesprochen, jedoch anschließend wieder infrage gestellt. In Übereinstimmung mit Downey & Chang (2013) weisen die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, dass die Abwesenheit von Krankheit, Beschwerden und Beeinträchtigungen nicht aussagekräftig genug erscheinen, um als ein wichtiges elterliches Gesundheitskonzept gesehen zu werden.

Zudem legen die Ergebnisse der vorliegenden Studie nahe, dass die Befragten unabhängig der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe Gesundheit gleichzeitig positiv und negativ, im Sinne eines Gesundheits- Krankheitskontinuums (Antonovsky 1997) bestimmen (s. Anhang 13, S. 301). Dieses Ergebnis steht im Einklang mit einer Reihe internationaler Studien (s. Almqvist-Tangen et al. 2017; Faltermaier 2015a; Davo-Blanes & La Parra 2012; Blaxter 1997; Faltermaier 2005a; Franzkowiak 2003a; Calnan 1987). Ähnlich wie bereits bei Faltermaier (2015a) und Blaxter (1992; 1997) beschrieben, gibt es neben der negativen Bestimmung körperlicher Gesundheit, Konzepte mit einer positiven Bestimmung. Diese beinhalten Aspekte wie körperliche Leistungsfähigkeit, körperliche Fitness sowie Funktionsfähigkeit (siehe 5.2; 5.3.1.2) und orientieren sich an den Erwartungen einer Leistungsgesellschaft (vgl. Holstein 2018; Pinzler 2017; Schmidt 2017; Verheyen 2018; Hansen 2009). Körperliche Funktionsfähigkeit weist auf ein instrumentelles Verhältnis zum Körper. Insbesondere Mütter scheinen 'funktionieren zu müssen', da diese gleichzeitig mehrere Rollen erfüllen (müssen). Die sprachliche Darstellung der Interviewteilnehmerinnen weist auf einen gesellschaftlich definierten Normalzustand, der mit der Erfüllung von Erwartungen anderer (Arbeitgeber*innen, Freund*innen, (Ehe-) Partner*innen, Gesellschaft usw.) einhergeht und einen normativen Anspruch deutlich macht. Körperliche Funktionsfähigkeit und Fitness ist eine Bedingung, um leistungsfähig zu sein. Funktionalität, Leistungsfähigkeit und soziale Rollen sowie gesellschaftliche Erwartungen liegen hier sehr nah beieinander. Ein gesunder Körper als Bedingung für Funktionalität und Rollenerfüllung im Zusammenhang mit Leistungsfähigkeit verbindet Gesundheit als normative Erwartung einer Leistungsgesellschaft miteinander (s. Block 1959; Parson 1968). Leistungsfähigkeit, zur Erfüllung von

gesellschaftlichen Anforderungen, kann sich positiv auf das persönliche Wohlbefinden auswirken. Funktionieren, um gesellschaftliche Erwartungen zu erfüllen, die eher unbewusst im Sinne eines gesellschaftlichen Habitus verinnerlicht wurden, kann jedoch auch zu einem hohen Erwartungsdruck führen. Theoretisch wird dies der Habitus-Theorie Bourdieus zugeordnet.

Von den an der vorliegenden Studie teilnehmenden Eltern wurde Gesundheit, mehrheitlich positiv mit: Seele, Geist, Lebenslust, Zufriedenheit, bewusst Leben, glücklich sein und einer positiven Umgebung in Beziehung gesetzt, was auf komplexe Konzepte von Gesundheit mit einer mehrheitlich positiven Bestimmung hinweist (siehe 5.2). Ähnliche Erkenntnisse werden in der Zusammenfassung verschiedener Studienergebnisse von Faltermaier (2015a) beschrieben.

6.3.2.2 Wohlbefinden – ein wichtiges elterliches Gesundheitskonzept

Wenn es darum geht zu verdeutlichen wie die befragten und miteinander diskutierenden Eltern Gesundheit konzipieren, so hat Wohlbefinden unabhängig von der sozialen Gruppe einen sehr hohen Stellenwert. Zu ähnlichen Erkenntnissen kommen Marent und Marent (2013) aufgrund einer in Österreich durchgeführten Studie. Die große Bedeutung von Wohlbefinden in Bezug auf Gesundheit wird bereits in der Ottawa-Charta (WHO 1986) und in verschiedenen Definitionen von Gesundheit (s. Hurrelmann & Richter 2013; Gadamer 2010; WHO 1946) ebenso deutlich, wie in den Ausführungen von Wilkinson & Pickett (2010) über den Einfluss von Wohlbefinden auf eine Gesellschaft. Im Rahmen der vorliegenden Studie nutzten die befragten Eltern den Begriff Wohlbefinden häufig synonym zu Gesundheit. Wohlbefinden wird dabei gleichzeitig als subjektiv erlebbarer Zustand, dessen Herstellung als Prozess konzipiert wurde und als Bedingung von Gesundheit betrachtet. Entsprechend der Komplexität und Begriffsvielfalt von Wohlbefinden (s. Röhrle 2018; Hornberg 2016) ist die inhaltliche Bestimmung von Wohlbefinden umfangreich. Auf Basis der Datenanalyse wurde das Verständnis der Interview- und Diskussionsteilnehmer*innen von Wohlbefinden rekonstruiert. Danach ist Wohlbefinden ein Konstrukt in Bezug auf die begriffliche Fassbarkeit (Dimension) von Gesundheit und wird sowohl auf seelisch-geistiger als auch auf körperlicher, materieller sowie sozialer Ebene differenziert wahrgenommen. Die verschiedenen Ebenen sind nicht getrennt zu sehen, da sie sich gegenseitig beeinflussen und/oder ergänzen (s. Abb. 13, S. 133). Ebenso, wie die Ergebnisse der Studie mit Kindern und Jugendlichen von Davo-Blanes & La Parra (2012) zeigen, beinhalten auch elterliche Gesundheitskonzepte geistige sowie religiöse Aspekte. Eine materielle Ebene von Wohlbefinden, wie in der

vorliegenden Arbeit beschrieben, wird jedoch nicht erwähnt. Im Unterschied zu Macintyre et al. (2006) legen die Ergebnisse nahe, dass Geld in Form von materiellem Wohlbefinden, als wichtig angesehen wird. Materielles Wohlbefinden wird von den Befragten über zur Verfügung stehende monetäre Mittel konzipiert und durch existenzielle Grundbedürfnisse (Wohnen, Essen, Arbeit) sowie durch ein Bedürfnis nach Planungssicherheit und die Entwicklung von persönlichen Zielen beeinflusst. Dieses bildet sich sowohl über das objektiv zur Verfügung stehende Einkommen als auch über Konsum und eine damit verknüpfte gesellschaftliche Teilhabe und dem Wunsch nach Zugehörigkeit ab.

In Analogie zu Almqvist-Tangen et al. (2017) gibt es elterliche Vorstellungen zu Zufriedenheit und Wohlbefinden sowie eine Prozessebene. Die hier vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass Wohlbefinden ein Konstrukt ist, welches durch die kognitiven Bestimmungsfaktoren Zufriedenheit und Ausgeglichenheit sowie durch positive emotionale Bestimmungsfaktoren (Freude, positive Stimmungen erleben, sich glücklich fühlen) in einem inneren Aushandlungsprozess individuell bestimmt werden und die Prozessebene deutlich machen (siehe 5.3.3; Abb. 13, S. 133). In Übereinstimmung mit Macintyre et al. (2006) hat Glück keine besondere Bedeutung. Sich glücklich fühlen hingegen ist ein Bestimmungsfaktor von Wohlbefinden. Darüber hinaus bezieht sich Gesundheit auf die Ebene der sozialen Rolle als Mutter oder Vater. Gesundheit ist nicht nur eine Voraussetzung für eine gelungene Rollenerfüllung, sondern eine gelungene Rollenerfüllung führt zu Zufriedenheit und somit zu Wohlbefinden – Gesundheit.

Auf Basis der vorliegenden Studie kann gesagt werden, dass Gesundheit über das Konstrukt Wohlbefinden wahrnehmbar ist und positiv bestimmt wird. Dabei zeigt sich nicht nur eine aktuelle Ebene subjektiven Wohlbefindens, sondern auch eine habituelle Ebene (vgl. Röhrle 2018; Kohl 2015; Mayring 2003; Mayring 1994; Becker 1994; Lykken 2000; s. 2.1.3). Die vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass es sich bei der habituellen Ebene um eine grundsätzliche Einstellung zum Leben handelt, die mit Optimismus und Lebenslust verbunden ist. Die Fähigkeit, Freude und positive Stimmungen zu erleben und die Intensität des bewusst positiven Erlebens im Alltag sowie die Wertschätzung dieser Emotionen, stellen eine gesundheitsförderliche Ressource im Sinne der Salutogenese dar. Darüber hinaus weisen die Ergebnisse darauf hin, dass Freude, positive Stimmungen im Alltag, auch im Sinne von Optimismus und glücklichsein zu Handlungsfähigkeit führen. Zudem lassen die Ergebnisse in Übereinstimmung mit verschiedenen Autoren (Almqvist-Tangen et al. 2017; Franke 2006; Worthington & Scherer 2004; Koppenhöfer 2004; Taylor et al. 2000) den Schluss zu, dass ein Gesundheitskonzept von Wohlbefinden eine Verortung in Richtung Gesundheit

auf dem Gesundheits- Krankheitskontinuum (Antonovsky 1997) ermöglicht. Es beinhaltet ein übergeordnetes Leitmotiv zur Herstellung von Gesundheit im Alltag, das einen motivationalen Aspekt beinhaltet (z. B. »Gesundheit [...] Zufriedenheit Glück ein großes Lebensziel aber nicht für die Zukunft sondern für die Präsenz, ständige Präsenz« KB51902081CH). Gesundheit – ein großes Lebensziel im Hier und Jetzt. Das Leitmotiv ist den Befragten mehr oder weniger bewusst. Mit dem Konzept Wohlbefinden wird deutlich, dass Wohlbefinden im Alltag eine hohe gesundheitsrelevante Bedeutung hat. Theoretisch wird dies dem Gefühl der Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit, der motivationalen Komponente des SOC, zugeordnet.

Die hier dargestellten subjektiven Konzepte und die von den Befragten wahrgenommenen Handlungsmöglichkeiten und Einflüsse auf das eigene Wohlbefinden stehen in Verbindung mit den Theorien, die die Befragten in Bezug auf Gesundheit entwickelt haben (vgl. Faltermaier 2016; Blättner & Waller 2011).

6.3.3 Diskussion elterlicher Theorien zur Herstellung von Wohlbefinden – Gesundheit

In dieser Arbeit werden subjektive Theorien zu Gesundheit als Teil elterlicher Gesundheitsvorstellungen (vgl. Faltermaier 1994) verstanden, die die interviewten und miteinander diskutierenden Eltern auf Basis ihrer Gesundheitskonzepte, ihrem gesundheitsrelevanten Handeln zugrunde legen. Wie in der Literatur beschrieben (vgl. u. a. Faltermaier 2016; Franke 2006; Flick et al. 2004) kann auf Basis der vorliegenden Ergebnisse gesagt werden, dass die befragten und miteinander diskutierenden Eltern vielfältige Vorstellungen darüber haben, wodurch Gesundheit beeinflusst wird und welchen Einfluss dies auf die Herstellung von Wohlbefinden im Alltag hat. Die Ergebnisse legen zudem nahe, dass elterliche Theorien zu Wohlbefinden mit sozialen Rollen, alltäglichen Ritualen sowie unterschiedlichen Lebensstilen verbunden sind und gesellschaftlich-kulturell konstruiert werden. Theoretisch wird dies der Sozialraumtheorie Bourdieus zugeordnet. Die sprachliche Darstellung weist auf eine Herstellung von Wohlbefinden durch persönliche Handlungsmöglichkeiten und Handlungsinitiativen im eigenen Leben unter sozialstrukturellen Bedingungen. In Übereinstimmung mit Faltermaier (2015b) legen die Ergebnisse der vorliegenden Studie nahe, dass positive Einflüsse wahrgenommen und genutzt werden, um Wohlbefinden aktiv herzustellen. Ebenso verweisen die Ergebnisse auf die Überzeugung der Eltern, die Erhaltung von Wohlbefinden selbst mehr oder weniger beeinflussen zu können und auf eine mehr oder weniger ausgeprägte Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Bandura 1979; Faltermaier 2015b; Faltermaier et al. 1998; Kolip 1998). Die Ausprägung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung bezieht sich nicht gleichermaßen auf alle

Faktoren, die das persönliche Wohlbefinden beeinflussen oder auf alle befragten Eltern. Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass Eltern durch die Herstellung von Wohlbefinden eine aktive Bewegung auf dem Gesundheits- Krankheitskontinuum (Antonovsky 1997) in Richtung Gesundheit möglich ist.

Die aus den empirischen Daten herausgearbeiteten Kategorien greifen ineinander, überschneiden sich und stehen miteinander in Beziehung. Sie bilden relationale Determinanten (bestimmende Faktoren) von Wohlbefinden – Gesundheit, auf Grundlage elterlicher Theorien zur Herstellung von Wohlbefinden. Bewusst erlebte und unbewusste Erfahrungen sowie die jeweilige Lebenssituation und eine selbstbestimmte Gestaltbarkeit der eigenen Lebenssituation spielen dabei eine Rolle. Ebenso wie das Erleben, bestimmende Faktoren von Wohlbefinden aktiv positiv zu beeinflussen. Die Datenanalyse weist zudem darauf hin, dass die Lebenssituation und deren Gestaltbarkeit ungleich verteilt sind.

6.3.3.1 Eltern konzentrieren sich auf gestaltbare Freiräume im eigenen Leben

Die Ergebnisse legen nahe, dass es eine Theorie 'Gestaltbare Freiräume im eigenen Leben' von Wohlbefinden gibt. Diese weist auf eine Raumdimension und zeigt sich im zur Verfügung stehenden oder nicht Verfügung stehenden Freiraum, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können. Das schließt eine Verbundenheit mit dem sozialen und physischen Raum ein. Sozial benachteiligte Familien verfügen über weniger Freiräume und Möglichkeiten, um ein selbstbestimmtes, gesundheitsförderliches Leben führen zu können. Theoretisch wird dies der Sozialraumtheorie Bourdieus zugeordnet. Zudem legen die Ergebnisse nahe, dass individuelle Freiheit und Freiräume gesellschaftlich bewertet werden und normativ geprägt sind. Die Theorie 'Gestaltbare Freiräume im eigenen Leben' wurde in: 'Räumliche Weite – Freiheit erleben' und 'Lebensentwürfe – Selbstbestimmt Leben' differenziert.

6.3.3.1.1 *Es gibt eine Verbindung zwischen räumlicher Weite, Freiheit erleben und Wohlbefinden*

'Räumliche Weite – Freiheit erleben' ist eine Theorie von Wohlbefinden – Gesundheit, die gleichzeitig auf eine Verbundenheit mit der Natur und dem öffentlichen Raum hinweist. Die gebaute Umwelt spielt dabei ebenso eine Rolle wie der eigene Wohnraum mit Bewegungs- und Rückzugsmöglichkeiten. Dies wird theoretisch dem physischen Raum nach Bourdieu (1991) zugeordnet. In Übereinstimmung mit Teedon et al. (2014) weisen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit darauf hin, dass Eltern Vor- und Nachteile der Umwelt (physischer Raum,

Natur, Wohnraum) in Bezug auf das persönliche Wohlbefinden sehen. Sowohl der öffentliche Raum als auch der Wohnraum wird in dieser Arbeit als Aneignungsraum für Kinder verstanden, in dem sie die räumliche Welt für sich entdecken (s. Völker & Kistemann 2013; Hornberg & Pauli 2006; Deinet & Kirsch 2005; Böhnisch 2003). Das Erleben einer natürlichen, nicht belasteten Umwelt ist eine Bedingung von Wohlbefinden – Gesundheit, der ein motivationaler Aspekt zugrunde liegt. Die befragten und miteinander diskutierenden Eltern verbinden damit unter anderem Lebensqualität, Lebenssinn und Lebensfreude (siehe 5.4.1.1). Theoretisch wird dies dem Gefühl der Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit (Antonovsky 1997) zugeordnet. In Analogie zu Teedon et al. (2014) wird insbesondere dem Erleben von und in naturnahen Räumen ein positiver Einfluss auf das eigene Wohlbefinden und das der Kinder zugeschrieben. Dies wird durch Freude, Spaß, Wachstum und Weiterentwicklung in naturnahen Freiräumen wahrgenommen. Die positive Wirkung von Grünräumen wird von den Erkenntnissen der Studie von MacKerron & Mourato (2013) gestützt. Den Autoren zufolge besteht ein Zusammenhang zwischen dem Aufenthalt im Grünen oder in naturnahen Räumen und dem aktuellen Wohlbefinden. Die Studie von Coldwell & Evans (2018) weist auf positive Einflüsse durch den Zugang und den Besuch von innerstädtischen Grünräumen (s.a. Brei & Hornberg 2009). Allerdings hat der Besuch ländlicher Räume laut Coldwell & Evans (2018) größere positive Auswirkungen auf das persönliche Wohlbefinden. Auf Basis der vorliegenden Studie kann gesagt werden, dass der Zugang zu ländlichen Räumen von der Mobilität und den damit verbundenen (notwendigen) finanziellen Ressourcen der Familien abhängig ist. Die in den Interviewpassagen sprachlich abgebildete strukturelle Agency (Garten, Berge, Meer, Wohnraum und Wohnqualität, öffentliche Räume im urbanen Raum wie Schwimmbäder, Spielplätze, Grünflächen, Parks etc.) weist darauf hin, welchen Strukturen die Erzählenden einen positiven Einfluss auf ihr Wohlbefinden und das ihrer Kinder zuschreiben. Diese sind an die Theorie 'Räumliche Weite – Freiheit erleben' gebunden und wurden als ursächlich für das elterliche Handlungsgefüge interpretiert. Die genannten Räume werden von den teilnehmenden Eltern als Freiräume zur Entfaltung konstruiert und aus elterlichen Theorien zum wahrgenommenen und zur Verfügung stehenden Raum gebildet, der ein Gefühl von Freiheit vermittelt und einen Freiraum zur geistigen und emotionalen Entfaltung ermöglicht. Dazu gehört, der Aufenthalt und das Spiel im Freien, in der Natur und das Erleben des Elements Wasser, um Sinneswahrnehmungen bewusst zu erleben und fördern zu können. Das dahinterstehende Motiv ist geistige und körperliche Entwicklung sowie körperliche und geistige Beweglichkeit und Gestaltungsmöglichkeiten. Kinder lernen durch Bewegung in naturnahen Räumen ihren

Körper kennen und ihren körperlichen Fähigkeiten zu vertrauen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen zudem darauf hin, dass es eine Theorie gibt, nach der ein gutes Körpergefühl Kinder darin unterstützt, die Welt kennenzulernen und sich in der Welt zurechtzufinden (siehe 5.6.2.2). Dabei spielt die elterliche Vorbildfunktion eine wichtige Rolle (s. a. Quarks & Co 2019; Roden 2003; Bourdieu 1993). Dies bezieht sich darauf gemeinsam mit den Kindern draußen zu sein und sich mit den Kindern in naturnaher Umgebung zu bewegen. Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass Eltern versuchen, ihren Kindern Freiräume zum Spielen zu ermöglichen, denn für die befragten Eltern ist das freie Spiel der Kinder in naturnahen Räumen, wichtig für die kindliche Entwicklung. Die 'Welt' entdecken, ohne die Begleitung/Aufsicht der Eltern auf Wiesen und in Wäldern (siehe 5.6.2.1; Largo 2010). Gleichzeitig sprechen die befragten und miteinander diskutierenden Eltern damit einen Wandel an – das freie unbeaufsichtigte Spiel von früher, welches die Befragten aus ihrer Kindheit kennen, gibt es nicht mehr (s. a. Sander et al. 2018). Interessant ist hierzu der Artikel „Kinder in Deutschland sind zu träge“ (DEUTSCHE GESUNDHEITS NACHRICHTEN 2017b). Die dort zitierten Wissenschaftler Woll (IfSS⁴³) und Scharenberg (FoSS⁴⁴), weisen auf die enorme Bedeutung von Bewegung durch das Spielen auf der Straße, auf Wiesen und in Wäldern hin. In Übereinstimmung damit deutet der, in der vorliegenden Studie, angesprochene Wandel auf ähnliche Erkenntnisse, da entsprechende Flächen nicht mehr zur Verfügung stehen. Zudem wird dem unbeaufsichtigten Spiel eine hohe gesundheitsförderliche Bedeutung zugeschrieben. In Analogie zu den Erkenntnissen von Macha & Hiller (2016) wird die Umgebung zunehmend als unsicher wahrgenommen, was zu elterlichen Ängsten um ihre Kinder führt (siehe 5.6.2.2). Zur Herstellung von Wohlbefinden ist Vertrauen zu Menschen und in öffentliche Räume im Umfeld notwendig. Im Rahmen der vorliegenden Studie wird ersichtlich, dass eher bildungsnahe Eltern mobil sind und mehr Möglichkeiten haben alternativ öffentliche (Freizeit-) Parks mit dazu gehörigen Wiesen und Spielplätzen zu nutzen. Diese dürfen allerdings meist nur in Begleitung von Erwachsenen besucht werden und sind oft nicht kostenneutral. Von Familien in der Nachbarschaft, die ihre Kinder im Wohngebiet auf der Straße spielen lassen, wird sich abgegrenzt. Dies wird als Vernachlässigung der Kinder wahrgenommen, ohne dass das objektiv beurteilt werden kann.

Negative Einflüsse der gebauten Umwelt im urbanen Raum wurden mit Umweltbelastungen wie: Schadstoffen, Lärm, Enge sowie Hektik durch viele Menschen sowohl in der Innenstadt als auch in öffentlichen Verkehrsmitteln in Verbindung

⁴³ IfSS = Institut für Sport und Sportwissenschaft am Karlsruher Institut für Technologie (KIT).

⁴⁴ FoSS = Forschungszentrum für den Schulsport und den Sport von Kindern und Jugendlichen.

gebracht. In Übereinstimmung mit Macha & Hilla et al. (2016) werden zudem negative Einflüsse durch beengten Wohnraum wahrgenommen, da dieser dem kindlichen Bewegungsdrang entgegensteht und keine Rückzugsmöglichkeiten bietet (vgl. Baumeister & Hornberg 2016; Hornberg & Pauli 2006).

6.3.3.1.2 *Es gibt eine Verbindung zwischen Selbstbestimmt Leben, Wohlbefinden und gesellschaftlichen Normen und Werten*

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, dass es eine Theorie von Gesundheit gibt, nach der Wohlbefinden aktiv über die Freiheit der Lebensgestaltung und die Erfüllung von Lebensentwürfen hergestellt werden kann. Diese bezieht sich darauf ein selbstbestimmtes Leben zu führen und/oder kleine Freiheiten im Alltag zu erleben. Zudem gehört dazu die Freiheit berufstätige(r) oder nicht berufstätige(r) Mutter/Vater zu sein sowie die freie Wahl des Arbeitsplatzes und die Gestaltung der Arbeitszeit (siehe 5.4.1.2). Ein selbstbestimmtes Leben beeinflusst die persönliche Zufriedenheit und wirkt sich so positiv auf das elterliche und kindliche Wohlbefinden aus.

Die Veränderung der wirtschaftlichen und kulturellen Bedingungen haben zu einem Wandel von familiären Lebensformen geführt (Kuhnt & Steinbach 2014; Krack-Rohberg et al. 2016). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass mit diesem Wandel die Freiheit von Müttern verbunden sein kann, ein Leben entsprechend, ihrer Lebensentwürfe selbstbestimmt gestalten zu können. Frauen haben eine mehr oder weniger gute Möglichkeit sowohl ausschließlich Mutter und Hausfrau zu sein als auch als Mutter und Hausfrau berufstätig zu sein. Die gesellschaftliche Anerkennung der sozialen Identität als Mutter ist jedoch ambivalent. Dieses wird von den befragten Müttern wahrgenommen. Die Ergebnisse legen nahe, dass sich Mütter häufig in einer 'Zwickmühle' erleben. Hat sich eine Mutter entschieden, berufstätig zu sein, wird ihr die soziale Identität als Mutter aberkannt. Als berufstätige Mutter kümmert sie sich 'nicht ausreichend' um ihre Kinder und wird als 'Rabenmutter' bezeichnet. Es gibt Frauen, die dieser Frauen-/Mutterrolle nicht gerecht werden können, ihnen fehlen die sozialen Kontakte und die Befriedigung, die sie durch eine Berufstätigkeit erfahren oder erhoffen. In Analogie zu Largo (2017) legen die Ergebnisse nahe, dass dies negative Auswirkungen auf das mütterliche Selbstwertgefühl und deren Wohlbefinden hat. Es gibt Mütter, die aus diesen Gründen einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen oder nachgehen möchten. Ebenso gibt es im Interviewsample Mütter, die gegen den Widerstand des Partners, der Arbeitskolleg*innen und der Freundinnen ihren Wunsch nach Berufstätigkeit in einer Teilzeitbeschäftigung durchsetzen. Damit ist die Theorie verbunden, dass sich die Berufstätigkeit trotz der Doppelbelastung

(Haushalt, Kindererziehung, Berufstätigkeit) positiv auf das mütterliche und kindliche Wohlbefinden auswirkt. Gleichzeitig erfahren diese Mütter ein Gefühl der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, da sie ihre Bedürfnisse gegen den Widerstand anderer durchsetzen konnten (s. Schnabel 2014). Zudem gibt es im Interviewsample Frauen, die mit ihrer Rolle als Hausfrau und Mutter zufrieden sind und die aktive Erfüllung dieser Rolle zum persönlichen Wohlbefinden beiträgt. Dennoch erleben auch diese Mütter eine gesellschaftliche Aberkennung der sozialen Identität als Mutter. Hat sich eine Frau entschieden, nicht berufstätig zu sein, um sich als Mutter um ihre Kinder zu kümmern, wird das als Überbehütung der Kinder ('Übermutter', 'Glucke') ausgelegt (vgl. Kelle 2018). Menschen stellen allerdings den Sinn des Lebens weniger infrage, je mehr sie über eine anerkannte soziale Identität z. B. als Mutter/Vater verfügen (vgl. Bourdieu 2001). Theoretisch wird dies dem Gefühl der Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit des SOC zugeordnet, welches sich auf die positiven Auswirkungen bezieht, wenn Menschen ihr Leben als sinnvoll erleben (Antonovsky 1997). Zudem kommt es bei Müttern, wie die vorliegende Studie zeigt, aufgrund einer Teilzeitbeschäftigung oder durch einen späteren Wiedereinstieg ins Berufsleben zum 'Karriereknick' (s. a. Abendroth et al. 2014). Dies entspricht einer bestehenden gesellschaftlichen Norm, die sich nur langsam zu verändern scheint. Es gibt Mütter, die sich trotz der damit verbundenen negativen Einflüsse auf ihre Karriere, bewusst für ein Kind bei gleichzeitiger Berufstätigkeit entscheiden. Die negativen Auswirkungen auf die Karriere werden dabei fast selbstverständlich in Kauf genommen.

Des Weiteren gibt es eine Theorie, nach der sich Erwerbsarbeit mit Wahlfreiheiten und Gestaltungsmöglichkeiten in der Berufstätigkeit positiv auf das Wohlbefinden auswirkt. Während sich bildungsnahe Väter den Wunsch nach mehr Zeit für ihre Kinder durch eine Teilzeitbeschäftigung eher erfüllen können, haben Väter die in eher prekären Verhältnissen leben und/oder deren Bildungsniveau gering ist kaum diese Möglichkeiten. Deren Einkommen durch Erwerbsarbeit und/oder staatliche Unterstützung reicht gerade aus, um Grundbedürfnisse wie Essen und Wohnen zu befriedigen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass in diesen Fällen erwerbstätige Arbeit nicht der Realisierung von Lebensvorstellungen dient und keine sinnstiftende Bedeutung hat. Weder ein angestrebter sozialer Aufstieg über Arbeitseinkommen wird erreicht, noch ist die Erfüllung von kindlichen Wünschen aus väterlicher Sicht möglich. Die gesellschaftliche Norm der Ernährer-Rolle des Vaters (vgl. Li et al. 2015; Liebau 2006) wird nicht erfüllt, sodass eigene und/oder fremde Wertschätzung nicht wahrgenommen wird. Ebenso weisen die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, dass es

Mütter gibt, die einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen müssen, um das Familieneinkommen zu sichern, und daher kaum Wahlmöglichkeiten haben.

6.3.3.2 Zwischenmenschliche Kommunikation – ein vermittelndes Medium

Zwischenmenschliche Kommunikation ist ein wichtiges Element elterlicher Theorien zur Herstellung von Wohlbefinden – Gesundheit und stellt gleichzeitig ein vermittelndes Medium für alle Theorien dar. Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass dazu Sprachverständnis, Kommunikationsbereitschaft, Ausdruck, Versöhnung sowie gegenseitiger Respekt, Konfliktfähigkeit und die Bereitschaft Konflikte im Gespräch zu lösen dazugehören. Es gibt eine Theorie, nach der zwischenmenschliche Kommunikation notwendig ist, um in kommunikativen Aushandlungsprozessen eine gegenseitige Basis des Verstehens, der Anerkennung einer anderen Meinung, des Vertrauens und der Verbundenheit sowohl zwischen (Ehe-) Partnern als auch zwischen Eltern und Kindern sowie anderen Menschen zu entwickeln, um eigene und kindliche Bedürfnisse zu kommunizieren (siehe 5.4.2). Theoretisch wird dies dem kulturellen Kapital (Bourdieu 2006) und dem SOC (Antonovsky 1997) zugeordnet. Die Beteiligung der Kinder an Entscheidungsprozessen sowie die kommunikative Bewältigung und die Gestaltung des Alltags wirken sich positiv auf die Entwicklung des Gefühls der Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit aus. Wie die Ergebnisse zeigen, gehört dazu auch eigene Gesundheitsinteressen bei Bedarf gegen den Widerstand anderer durchzusetzen (s. Schnabel 2014). Für die befragten Eltern ist nonverbale Kommunikation durch Gestik, Mimik, Körper- und/oder Blickkontakt ein wichtiges Element, um Kindern Liebe, Aufmerksamkeit, Zuwendung und Orientierung zu vermitteln (s. a. Schnabel 2014; 2003). Zudem gehört dazu die Freiheit, seine Meinung sagen zu können. Mittels Kommunikation können Freiräume sowie Verbundenheit entwickelt (ausgehandelt) werden, um das eigene Wohlbefinden positiv zu beeinflussen. Die vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass zwischenmenschliche Kommunikations- und Konfliktfähigkeit im Zusammenhang mit dem Aufbau oder dem Aufrechterhalten von sozialen Beziehungen zu anderen Menschen notwendig ist, um Wohlbefinden herzustellen. Dazu gehört auch die Vernetzung mit anderen Menschen und/oder Gruppen über digitale Medien in virtuellen sozialen Netzwerken. In Analogie zu Hüther (2016) weist die vorliegende Studie darauf hin, dass dadurch ein Streben nach Verbundenheit und Freiheit gelingen kann.

6.3.3.3 Ernährung und Bewegung – Zwischen normativem Anspruch, Alltag, Genuss und Freude

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen darauf hin, dass es sowohl eine Ernährungstheorie als auch eine Bewegungstheorie von Gesundheit gibt. Dabei legen die vorliegenden Ergebnisse nahe, dass es einen Zusammenhang zwischen der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, dem was gegessen wird, körperlicher Bewegung und Wohlbefinden gibt. Gesundheitsrelevantes Wissen in Bezug auf Ernährung und Bewegung führt jedoch nicht unbedingt dazu, dieses im Alltag umzusetzen. Insbesondere geringe zeitliche oder finanzielle Ressourcen führen z. B. zur Verwendung von Convenience-Food⁴⁵. Zudem weisen elterliche Theorien und elterliches Ernährungs- und Bewegungshandeln individuelle und sozial geteilte Konstruktionen auf.

Ähnlich wie von Müller et al. (2016) beschrieben wird die Wahl der Lebensmittel von den interviewten und miteinander diskutierenden Eltern, im Zusammenhang mit Qualität, Ernährungstrends, Lebensmittelsicherheit, Preis, kulturellem Geschmack, zur Verfügung stehenden monetären Mitteln, zeitlichen Ressourcen sowie Lebensbedingungen thematisiert. Theoretisch wird dies der Habitus- und Kapitaltheorie Bourdieus zugeordnet. Danach interagieren, der Geschmack für bestimmte Nahrungsmittel, Gerichte und Getränke mit dem Körperbild, das in einer sozialen Klasse/Gruppe herrscht. Bourdieu (1987) und Boltanski (1976) betrachten den Körper dabei als eine Dimension des Klassenhabitus mit einer engen Verbindung zum kulturellen Kapital. Im Rahmen der durchgeführten Studie wurden Stigmatisierungen und Distinktionen gegenüber Menschen, die sich nicht gesundheitskonform verhalten (siehe 5.6.2.2) sowie eine Individualisierung von Krankheitsrisiken und Krankheitsprävention durch eine Überbetonung der Eigenverantwortlichkeit für den eigenen Gesundheitszustand ersichtlich (s. a. Walter 2018). Dies ist kennzeichnend dafür, dass Ernährung normativ besetzt ist. Die Metapher 'Du bist, was Du isst' scheint einen Einfluss auf den individuellen und gesellschaftlichen Habitus zu haben. Wobei historisch gesehen Körperfülle durchaus ein Ausdruck von Wohlstand war. Die Ergebnisse legen nahe, dass es ein relationales Verhältnis zwischen gesellschaftlichen Normen wie ein bestimmtes Körperbild (groß, schlank, muskulös, Schönheit etc.), Ernährungsgewohnheiten (vegan, Superfood versus deftige Gerichte etc.) und medial verbreitete, bedrohlich wirkende Berichterstattungen über Krankheitsentstehung durch eine falsche Ernährung gibt. Der Körper wird zu einem Klassifizierungsmerkmal und Ausdruck von Selbstkontrolle, Eigenverantwortlichkeit und Leistungsbereitschaft.

⁴⁵ Convenience Food (bequemes Essen): zum Verbrauch vorgefertigte Lebensmittel (Fertiggericht).

Distinktionen gegenüber Menschen, die nicht als normkonform betrachtet werden, beeinflussen das persönliche und gesellschaftliche Wohlbefinden negativ.

Für viele Eltern hat Ernährung etwas mit sozialen und kulturellen Werten zu tun. Gemeinsame Mahlzeiten werden mehrheitlich als Zeit für und mit der Familie konzipiert. Damit ist die elterliche Theorie verbunden, dass das Zusammenkommen als Familie und der kommunikative Austausch während der gemeinsamen Mahlzeiten sich positiv auf das eigene Wohlbefinden sowie das der Kinder auswirkt. Die gemeinsamen Mahlzeiten vermitteln ein Gefühl von Geborgenheit sowie ein Gefühl der familiären Verbundenheit. Dieses Ergebnis wird von den Ergebnissen der Studie des IGES gestützt (Sander et al. 2018), unterscheiden sich jedoch von den Ergebnissen der BeKi Studie (Macha & Hiller 2016). Danach sehen Eltern in den gemeinsamen Mahlzeiten kindliche Regenerations- und elterliche Erholungsphasen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen darauf hin, dass Eltern die einer bildungsnahen sozialen Gruppe angehören und mehr Zeit für ihre Kinder haben, weil sie ihre Arbeitszeit reduzieren konnten, die gemeinsamen Mahlzeiten eher nicht als Familienzeit betrachten. In diesen Familien findet der gemeinsame Austausch, das Miteinander zu anderen Zeiten statt. Befragte, deren Alltag durch erwerbstätige Arbeit, die Kita oder die Schule strukturiert wird, ist es aus den o. g. Gründen wichtig, mindestens eine Mahlzeit am Tag gemeinsam einzunehmen. Zudem gibt es eine Theorie, nach der sich das 'Essen zu genießen' als Lebensart positiv auf Zufriedenheit und Wohlbefinden – Gesundheit auswirkt. Dabei spielt der Migrationshintergrund der Befragten, der sich in der sogenannten 'Mittelmeerküche' wiederfindet oder die Zugehörigkeit zu einer eher bildungsnahen sozialen Gruppe eine Rolle, die sich intensiv mit Schadstoffen, Bioprodukten, Gewürzen und schmackhaften Kreationen auseinandersetzt.

Darüber hinaus weist die Datenanalyse darauf hin, dass als außergewöhnlich betrachtete Nahrungsangebote (z. B. Mango, Ananas) in der Kita zu Stigmatisierungen führen können. Nicht alle Familien können sich die 'besonderen' in der Kita angebotenen Produkte, finanziell leisten. Für diese Eltern hat das etwas mit dem Gefühl zu tun, als Mutter oder Vater zu versagen, da sie diese Nahrungsmittel ihren Kindern zu Hause nicht anbieten können. Hinzu kommt, dass aufgrund gesellschaftlicher Normen mit Ernährung häufig ein schlechtes Gewissen der befragten Mütter verbunden ist, da anscheinend manche Gewohnheiten in der eigenen sozialen Klasse als nicht legitim betrachtet werden. Bei Faltermaier (1994) und Blaxter (1992) sind diese Aspekte als moralische Dimension zu finden. Zudem gibt es unabhängig von der sozialen Gruppe elterliche Vorstellungen, nach der Kinder einen verantwortlichen Umgang z. B. mit Süßigkeiten lernen sollen. Theoretisch kann dies dem Gefühl der Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit

(Antonovsky 1997) zugeordnet werden, danach sollten Kinder altersentsprechend, nach ihren Vorstellungen und Bedürfnissen mitgestalten, Wahlmöglichkeiten haben und selbstbestimmt handeln dürfen.

Ernährungstipps und Diäten sind im wahrsten Sinne des Wortes in aller Munde. Meist handelt es sich um verschiedene Trends, die 'gesundes' Essen von Vegan bis Clean Eating⁴⁶ (s. Public Health Forum 2016) und Diäten zur Gewichtsreduktion fokussieren. Ein wahrgenommener sozialer Druck führt scheinbar bei einigen der interviewten und miteinander diskutierenden Eltern zu dem Anspruch, bestimmten Ernährungstrend zu folgen, obwohl die Befragten gleichzeitig deutlich machen, dass es häufig bei dem Anspruch bleibt (siehe 5.6.2). Gleichzeitig ist das, was unter 'gesunder' Ernährung verstanden wird mit ambivalenten Botschaften verbunden. Wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie nahe legen gibt es, ähnlich wie es foodwatch (2017; 2015) deutlich macht, unterschiedliche elterliche Erfahrungen bezüglich dessen, was zum Thema Ernährung medial verbreitet wird (s. a. Quarks & Co 2017). Im Rahmen dieser Arbeit wurde ersichtlich, wie negativ die befragten und miteinander diskutierenden Eltern, irreführende medial verbreitete Diskussionen sowie Berichterstattungen und (TV-) Werbung (z. B. Vitamine zum Naschen) gegenüber den ansonsten stattfindenden gesellschaftlichen Diskussionen und den Diskussionen Professioneller über eine 'gesunde' Ernährung empfinden (siehe 5.4.4.1). Dies wird z. B. durch die Debatten um die steuerfinanzierte Förderung von gezuckertem Kakao in Schulumilchprogrammen gestützt (foodwatch 2018; Rücker 2018). Damit sind auch die in der (TV-) Werbung als vermeintlich 'gesund' beworbene Nahrungsmittel gemeint, insbesondere dann, wenn Kinder die Zielgruppe dieser Werbung sind (s. Fischbach 2018; Berres 2017; ZEIT ONLINE 2017; DEUTSCHE GESUNDHEITS NACHRICHTEN 2017a; foodwatch 2017, 2015; Scobel 2017b; Raether & Stelzer 2013). Es gibt Befragte, die das Thema gesunde Ernährung als medial 'aufgebläht' (s.a. Rossmann 2016; Quarks & Co 2015) und 'scheinheilig' empfinden. Aus elterlicher Sicht sollten gesellschaftspolitische Bedingungen geschaffen werden, sodass sich alle ausgewogen ernähren können und der Fokus nicht überproportional auf der Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen liegt. Dies bezieht sich auf die Verfügbarkeit ausreichender finanzieller Mittel und einer leicht verständlichen Kennzeichnungspflicht von zu fetthaltigen oder zu zuckerhaltigen Lebensmitteln und kommerzielle Werbung. Gleichzeitig wurden so Stigmatisierungen deutlich, da davon ausgegangen wird, dass bildungsferne soziale Gruppen das sonst nicht verstehen.

⁴⁶ Clean Eating – Lebensmittel ohne künstliche Zusätze, mehr rohes als gekochtes Obst und Gemüse, keine Auszugsmehle, kein Zucker und möglichst selbst zubereitetes Essen etc.

Neben Ernährung ist Bewegung im Zusammenhang mit Gesundheit fast täglich ein mediales Thema. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen in Übereinstimmung mit verschiedenen Autoren darauf hin, dass es dominierende Bilder, wiederkehrende Darstellungen und Meinungen gibt, die die Lebensstilfaktoren in Bezug auf Ernährung und Bewegung betonen und dadurch die elterliche Wahrnehmung in Bezug auf Gesundheit beeinflusst wird (s. a. Rossmann 2016; Woodgate & Skarlato 2015; Woodgate & Leach 2010; Scobel 2017b). Ebenso wie Ernährungstheorien zeigen elterliche Bewegungstheorien individuelle und sozial geteilte Konstruktionen auf. Bewegungshandeln wird durch verschiedene Einflüsse wie bestimmte Normen, Sporttrends und Lebensbedingungen geprägt. Ein Trend ist z. B. in Fitnessuhren oder Schrittzählern zu sehen, mit denen Menschen ihre tägliche Bewegung kontrollieren sollen. Damit wird jedoch gleichzeitig ein Stück Selbstbestimmung abgegeben, in dem nach den Regeln des Gerätes agiert wird.

In Übereinstimmung mit den Erkenntnissen der BeKi Studie (Macha & Hiller (2016) wird elterliches Bewegungshandeln durch widrige Verhältnisse wie z. B. verdreckte Spielplätze, fehlende kostengünstige und ansprechende Bewegungsangebote, Aggressionen in der näheren Umgebung oder eine als nicht sicher empfundene Umgebung negativ beeinflusst. Theoretisch wird dies dem physischen Raum zugeordnet (Bourdieu 1991), dessen Struktur das Bewegungshandeln positiv oder negativ beeinflussen kann. Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse kann zudem gesagt werden, dass viele Eltern scheinbar in einem Konflikt stehen, da der Alltag und sportliche Aktivitäten häufig miteinander konkurrieren. Einerseits werden Menschen ermahnt sich mehr zu bewegen und das meist mit organisierten sportlichen Aktivitäten (s. Woratschka 2017; Frank 2010) und andererseits sind diese für Eltern im Alltag häufig nicht einzuplanen (s. a. Faltermaier 2005a). Unorganisierter Sport (bolzen auf der Straße, spielen auf Wiesen und in Wäldern) findet nur eine geringe oder keine ausreichende gesellschaftliche oder persönliche Wertschätzung, obwohl gerade der als besonders wirksam betrachtet wird (s. DEUTSCHE GESUNDHEITS NACHRICHTEN 2017b). Darüber hinaus legen die Ergebnisse nahe, dass sportliche Aktivitäten von Eltern aus Angst vor Stigmatisierung, bei einem nicht als normkonform empfundenen Körper vernachlässigt werden. Auch beim Thema Bewegung ist der mediale und gesellschaftliche Druck hoch. Dem scheinen sich einige Eltern zu entziehen. Diese haben eine Theorie entwickelt, nach der Sport erst in den Alltag integriert werden kann, wenn (irgendwann) mehr Zeit zur Verfügung steht. Interessant ist, dass alle interviewten und miteinander diskutierenden Eltern einen Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheit sehen. Gleichzeitig haben die befragten Eltern, in deren

Alltag sportliche Aktivitäten zu kurz kommen, ein schlechtes Gewissen, weil sie ihren Kindern kein gutes Vorbild sind/sein können. Dies wirkt sich wiederum negativ auf das elterliche Wohlbefinden aus.

Darüber hinaus weisen die Ergebnisse der vorliegenden Studie unabhängig von der sozialen Gruppe/Klasse darauf hin, dass es eine elterliche Theorie gibt, nach der gemeinsame Bewegung Freude und Spaß machen sowie mit einer Weiterentwicklung und/oder Verbesserung des Körpergefühls der Kinder verbunden ist, was wiederum zu körperlichem Wohlbefinden führt (siehe 5.3.2.3). Eltern, die diese positiven Erfahrungen gemacht haben, gelingt es anscheinend eher, sportliche Aktivitäten im eigenen Alltag und dem ihrer Kinder zu integrieren. Das dahinterliegende intrinsische Motiv – Herstellung von Wohlbefinden – motiviert scheinbar eher dazu, körperliche Bewegung in den Alltag zu integrieren.

Das Thema Essen und Bewegung wurde von allen Befragten thematisiert, ohne dass danach gefragt wurde. Generell ist das Thema Essen für alle Eltern in Bezug auf ihre Kinder sehr wichtig. Dennoch lassen die Ergebnisse der vorliegenden Studie in Übereinstimmung mit Woodgate & Leach (2010) den Schluss zu, dass die starke Betonung der Lebensstilfaktoren – Bewegung und Ernährung – sich eher daraus ergeben, wie Konzepte von Gesundheit und Gesundheitsförderung im familiären Alltag (Schule, Kindergarten, medial) dargestellt werden.

6.3.3.4 Familiäres und gesellschaftliches Miteinander – Beziehungen im und zum öffentlichen Raum

Es gibt eine Theorie 'soziale und räumliche Zugehörigkeit' von Wohlbefinden – Gesundheit. In Übereinstimmung mit Teedon et al. (2014) und Marshall et al. (2012) legen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nahe, dass soziale Einflüsse (ungünstige soziale Situationen), die soziale Umgebung (die unmittelbare Familiensituation, Freunde, Großeltern etc.), die Nachbarschaft und die Gemeinschaft, miteinander interagieren und einen Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung und das Wohlbefinden von Kindern und Eltern haben. In Analogie zu Woodgate & Skarlato (2015) hat die soziale und räumliche Umgebung sowie die gebaute Umwelt eine vermittelnde oder hinderliche Bedeutung in Bezug auf das kindliche Wohlbefinden (s. a. Baumeister & Hornberg 2016; Hornberg & Pauli 2006). Die Theorie 'soziale und räumliche Zugehörigkeit' wurde differenziert in:

- Familiäre Beziehungen – auf ein liebevolles Umfeld kommt es an,
- Freundschaftliche Beziehungen – das persönliche Netzwerk,
- Soziokulturelle Werte – gesellschaftliches Miteinander.

6.3.3.4.1 Familiäre Beziehungen - auf ein liebevolles Umfeld kommt es an

Familie im Sinne eines erweiterten Familienbegriffs wird von den im Rahmen dieser Arbeit befragten und miteinander diskutierenden Eltern als Ort des Zusammenhalts und des gemeinsam aufeinander achtens konzipiert. Theoretisch wird dies dem sozialen Kapital und der Entwicklung des Habitus (vgl. Bourdieu 2011) zugeordnet. Auf Basis der Datenanalyse kann gesagt werden, dass zur Familie ein selbstbestimmter Personenkreis gehören kann, der die Verantwortung für die Familienmitglieder mit übernimmt (siehe 5.4.3.1). In Übereinstimmung mit Teedon et al. (2014) und Marshall et al. (2012) legen die vorliegenden Ergebnisse nahe, dass es eine Theorie von Gesundheit gibt, nach der sich familiäre Beziehungen positiv auf das elterliche und kindliche Wohlbefinden und somit Gesundheit auswirken (s. a. Woodgate & Leach 2010). Wesentlich ist dabei für die Befragten die Qualität der Beziehungen mit bewusst wahrgenommenen Gefühlen (gegenseitigem Respekt, Vertrauen, Harmonie, Geborgenheit, gemeinschaftlichen Erfahrungen, Weiterentwicklung, Verbundenheit). Zudem wird ersichtlich, dass für die Befragten, die Eltern-Kind-Bindung eine gesundheitsrelevante Bedeutung hat. Die Eltern möchten:

- für ihre Kindern da sein,
- Offenheit und Aufmerksamkeit für kindliche Bedürfnisse zeigen,
- den Kindern durch verbale und nonverbale Kommunikation vermitteln geliebt zu werden,
- das ihre Kinder in (familiärem) Frieden aufwachsen.

Auf dieser Basis können sich Kinder zu emotional stabilen, handlungskompetenten und gesundheitsfähigen Persönlichkeiten entwickeln (s. a. Schnabel 2014; 2003). Theoretisch wird dies der Entwicklung des SOC zugeordnet (Antonovsky 1997). Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass es eine Theorie von Wohlbefinden gibt, nach der familiäre Rituale stabilisieren, verbinden, zu emotionaler Stärke führen und ein Gefühl der Sicherheit vermitteln. Die in diesem Rahmen befragten Eltern konzipierten familiäre Rituale unter anderem über einen regelmäßigen, strukturierten Tagesablauf für ihre Kinder (Aufstehen, Schlafen, Essen; Vorlesen etc.). Dabei möchten Eltern durch familiäre Rituale Halt, Ordnung und Orientierung vermitteln (siehe 5.4.3.2). Theoretisch wird dies dem Gefühl der Verstehbarkeit zugeordnet (s. Antonovsky 1997). Kinder benötigen unter anderem Rituale, Strukturen und klare Regeln, um das Gefühl der Verstehbarkeit entwickeln zu können. Darüber hinaus konzipieren die Befragten familiäre Rituale auf emotionaler Ebene. Dies bildet eine Basis für ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Eltern und Kindern und vermittelt den Kindern – Du bist uns wichtig.

Aus elterlicher Sicht hat der innige Kontakt mit den Kindern und die Liebe der Eltern eine beruhigende, tröstende und entspannende Wirkung, wodurch den Kindern Vertrauen und Sicherheit vermittelt wird. Diese emotionale Verbundenheit ist eine Grundlage damit Kinder gesundheitsrelevante Potenziale wie: Selbstsicherheit, Beziehungsfähigkeit und Stärke entwickeln können. Theoretisch wird dies dem Gefühl der Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit zugeordnet, das sich darauf bezieht, inwieweit Menschen ihr Leben als (emotional) sinnvoll erleben (Antonovsky 1997). Familiäre Rituale sind für die befragten und miteinander diskutierenden Eltern jedoch auch mit Regeln (Geboten oder Verboten) verbunden. Ein gemeinsames Aushandeln und gegenseitiges Einhalten von Regeln und Grenzen fördert das Gefühl der Handhabbarkeit (s. Antonovsky 1997). Zudem gibt es eine Theorie von Gesundheit nach der 'Benimmregeln' dazu beitragen, dass Kinder 'gesellschaftsfähig' werden. Im Rahmen der Erziehung werden diese an die Kinder vermittelt und im familiären Alltag gelebt. Obwohl Eltern diese Regeln wichtig sind, gibt es Eltern, die diese gleichzeitig sprachlich abwerten und als eine veraltete gesellschaftliche Norm darstellen. Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata scheinen in einem Konflikt mit 'modernen' Ansichten zur Erziehung zu stehen. Theoretisch wird dies der Habitus- und Handlungstheorie Bourdieus (1976) zugeordnet. Danach werden durch Regeln, an den körpergebundene Strukturen vermittelt und an den Habitus gebunden.

6.3.3.4.2 *Es gibt eine Verbindung zwischen dem persönlichen Netzwerk, Lebensfreude und Wohlbefinden*

Es gibt eine Theorie von Gesundheit, nach der durch gute Beziehungen zu Freund*innen und durch das persönliche Netzwerk Wohlbefinden hergestellt werden kann. Im Vordergrund stehen freundschaftliche Beziehungen zu Freundinnen respektive Freunden, die nicht direkt zur Familie gehören.

Diese Theorie weist auf die soziale und emotionale Verbundenheit von Eltern mit ihren Freund*innen sowie die der Kinder mit deren Freund*innen hin (siehe 5.4.3.3). Diese Verbundenheit wirkt positiv auf das persönliche Wohlbefinden. Zu ähnlichen Erkenntnissen kommen auch Woodgate & Leach (2010). Zudem leistet das persönliche Netzwerk praktische Hilfe und ist für ein gemeinschaftliches Miteinander wichtig. In Übereinstimmung mit Teedon et al. (2014) und Marshall et al. (2012) legen die vorliegenden Ergebnisse nahe, dass gegenseitige Wertschätzung und das Zusammengehörigkeitsgefühl positiv auf elterliches und kindliches Wohlbefinden wirken. Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass für die Entwicklung und Aufrechterhaltung freundschaftlicher Beziehungen eine kontinuierliche Beziehungsarbeit notwendig ist (s. a. Bourdieu 2005a). Der elterlichen

Vorbildfunktion wird dabei eine große Rolle zugeschrieben (s. a. Quarks & Co. 2019). Aus elterlicher Sicht wird eine persönliche Weiterentwicklung der Kinder (psychische Stabilität, Lebensfreude, Spaß) durch positive freundschaftliche Beziehungen in der Peer-Group ebenso gefördert wie durch Zuneigung, ein zugewandter Umgang und die gemeinsame Verbundenheit der Freunde untereinander. Theoretisch wird dies dem sozialen Kapital (Bourdieu 2011; 2005a) und dem Gefühl der Verstehbarkeit (Antonovsky 1997) zugeordnet, welches durch verlässliche Bindungen an die soziale Umwelt gefördert wird.

6.3.3.4.3 *Es gibt eine Verbindung zwischen soziokulturellen Werten, gesellschaftlichem Miteinander und Wohlbefinden*

Zudem gibt es eine Theorie von Wohlbefinden nach der die natürliche und gebaute Umgebung, die Infrastruktur und das gesellschaftliche Miteinander (Nachbarn, Bekannte, fremde Menschen) im öffentlichen Raum das persönliche Wohlbefinden beeinflussen. Dabei stehen die natürliche und gebaute Umgebung, die Infrastruktur und das gesellschaftliche Miteinander in einem relationalen Verhältnis. Soziokulturelle Werte vermitteln als soziale Norm Sicherheit. Gefühle wie Hilfsbereitschaft, Freude erleben, Nächstenliebe und Zuwendung tragen aktiv dazu bei, persönliche Zufriedenheit und somit Wohlbefinden herzustellen (siehe 5.4.3.4). Dies führt zu einer Verbundenheit mit sich selbst, mit anderen Menschen und der Umwelt. Theoretisch wird dies dem sozialen Kapital zugeordnet (Bourdieu 2011). Die Ergebnisse der hier vorliegenden Untersuchung stehen in Einklang mit Teedon et al. (2014), Marshall et al. (2012) und Mach & Hiller (2016). Denn die befragten und miteinander diskutierenden Eltern assoziieren Wohlbefinden mit Beziehungen zur und dem Aufenthalt in der natürlichen und gebauten Umwelt sowie zu Gemeinschaften und Nachbarschaften (s. a. Woodgate & Leach 2010). Ähnlich wie die Erkenntnisse von Woodgate & Skarlato (2015) zeigen, schreiben die befragten Eltern menschlichen Beziehungen, dem sozialen Umfeld sowie der gebauten Umwelt eine wichtige Bedeutung für eine gute gesundheitliche Entwicklung von Kindern zu. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass soziokulturelle Werte wie Vertrauen, Geborgenheit, Verständnis, Respekt und Toleranz notwendig sind, um Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen, aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Diese werden als kulturelles Kapital an Kinder weitergeben und sind aus elterlicher Sicht wichtig für eine gute gesundheitliche Entwicklung. Gleichzeitig legen die Ergebnisse nahe, dass der physische Raum im urbanen Kontext eine Gestaltung und Struktur hat, die sowohl Nähe und Verbundenheit zu Nachbarschaften und Menschen im sozialen Raum beinhaltet als auch Distanz und Anonymität. Theoretische wird dies dem

physischen Raum zu geordnet (Bourdieu 1991). Generell erleben die befragten Eltern eine abnehmende Toleranz gegenüber Kindern, wodurch die Vermittlung soziokultureller Werte im Rahmen der Erziehung erschwert wird. In Übereinstimmung mit Teedon et al. (2014) weisen differenzierte elterliche Ortskenntnisse auf komplexe (Selbst-) Ausgrenzungstaktiken hin. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, dass insbesondere eine bemerkenswert starke Familienzentriertheit, angesichts einer eher schwierigen sozialen Lage und eines als nicht sicher empfundenen räumlichen Umfeldes im öffentlichen Raum, als ein Rückzug ins familiäre Feld interpretiert werden kann und letztendlich eine Auswirkung der sozialen Lebenssituation ist (vgl. Bourdieu 1976; 2001). Die mit sozialen und ökonomischen Existenzbedingungen verbundenen Zwänge, wirken hier scheinbar auf die Familie (s. Bourdieu 1976). Wie die Ergebnisse zudem zeigen haben widrige soziale Situationen im öffentlichen Raum, der einen Aneignungsraum für Kinder darstellt (s. Deinet & Kirsch 2005; Böhnisch 2003), einen negativen Einfluss auf die kindliche Entwicklung (s. a. Marshall et al. 2012). Im Allgemeinen wird von den interviewten und miteinander diskutierenden Eltern der Umgang mit anderen Menschen, insbesondere in eher prekären Stadtteilen, als von 'Machtkämpfen' geprägt, aggressiv und als ab- und ausgrenzend erlebt. Dabei spielt eine Verrohung der Sprache, eine bedrohlich wirkenden Umgebung und die Medienberichterstattung, insbesondere durch Kurznachrichtendienste (siehe 5.6) ebenso eine Rolle wie ungepflegte Spielplätze, prekäre Wohnverhältnisse, zu teure und/oder fehlende Angebote für Kinder und eine ungepflegte gebaute Umgebung (siehe 5.4.3.4). Diese Strukturen führen scheinbar dazu, dass der soziale Zusammenhalt beeinträchtigt wird. Ein früher von den befragten Eltern erlebtes Miteinander in Nachbarschaften besteht nicht mehr und weist auf einen als negativ empfundenen sozialstrukturellen Wandel hin.

6.3.3.5 Es gibt eine Verbindung zwischen Konsum, Sicherheit, Kontrolle, monetären Mitteln und Wohlbefinden

Bereits in den zuvor zusammenfassend interpretierten und diskutierten Theorien von Gesundheit zur Herstellung von Wohlbefinden finden sich Aspekte, die mit Sicherheit und Kontrolle in Verbindung stehen. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit legen nahe, dass es eine Sicherheitstheorie von Wohlbefinden gibt. Nach dieser interagieren die Verfügbarkeit von monetären Mitteln, die Befriedigung existenzieller Grundbedürfnisse, das Konsumverhalten, Planungssicherheit und die Entwicklung von (Lebens-) Zielen miteinander. Zudem weisen die Ergebnisse der Datenanalyse auf eine Verunsicherung und mehrdeutige Angst vor Bedrohungen. Diese scheinen durch bedrohlich wirkende bzw. so wahrgenommene

mediale Veröffentlichungen unter anderem über schadstoffbelastete Kleidung, Lebensmittelskandale (z. B. pestizidbelastete Lebensmittel, Gammelfleisch) und Krankheitsrisiken sowie Katastrophen und Anschläge vermittelt zu werden. Daraus scheint sich ein Wunsch entwickelt zu haben, die Zukunft in der Hand haben zu wollen und/oder die Zukunft so weit wie möglich vorhersehbar erscheinen zu lassen. Dabei spielen monetäre Mittel auf verschiedenen Ebenen eine Rolle. Die Möglichkeiten Sicherheit durch monetäre Mittel herzustellen sind aufgrund fehlender oder vorhandener monetärer Mittel unterschiedlich verteilt (siehe 5.4.5.1). Die Ergebnisse legen nahe, dass monetäre Mittel der materiellen Sicherheit, der Bedürfnisbefriedigung sowie der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dienen und das materielle Wohlbefinden beeinflussen. Für einen Teil der befragten Eltern ist das Konsumieren von verschiedenen Lebensmitteln mit materieller Sicherheit verbunden. Hier wird ein Zusammenhang zwischen schadstofffreien Nahrungsmitteln und Gesundheit erkennbar, der mit dem Begriff 'food safety' umschrieben wird (Public Health Forum 2016). Für einen anderen Teil der befragten Eltern sind grundlegende Bedürfnisse nach einem (sicheren) Arbeitsplatz, einer Wohnung oder generell die Preise für Obst und Gemüse mit materieller Sicherheit verbunden. Außerdem wird der Wunsch nach einer gewissen Konsumbefriedigung (Spielzeug für die Kinder, Familienurlaub, etc.) durch monetäre Mittel ersichtlich. Gleichzeitig werden in den sprachlichen Darstellungen der befragten und miteinander diskutierenden Eltern Distinktionen deutlich, indem sich unterschiedliche soziale Gruppen durch ihr Konsumverhalten gegenseitig voneinander ab- und ausgrenzen. Theoretisch wird dies in die Sozialraum-, Handlungs- und Kapitaltheorie Bourdieus eingeordnet. Zudem legen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nahe, dass es eine Theorie gibt, nach der geringe monetäre Mittel die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschweren oder verhindern. Dies verweist auf eine kulturelle Praxis, die mit sozialer Ab- und Ausgrenzung verbunden ist. Die eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlich-kulturellen Leben aufgrund geringer monetärer Mittel deutet auf eine geringe gesellschaftliche Verbundenheit, obwohl diese unabhängig von der sozialen Gruppe/Schicht zur Herstellung von Wohlbefinden eine große Bedeutung für die Befragten hat.

Darüber hinaus zeigte sich im Rahmen der durchgeführten Studie, dass es eine Theorie 'Spirituelle Sicherheit – Dankbarkeit und Wertschätzung' zur Herstellung von Wohlbefinden – Gesundheit gibt. Nach dieser vermitteln religiöse oder weltliche Spiritualität Dankbarkeit, Hoffnung und Zuversicht, was sich positiv auf das persönliche Wohlbefinden auswirkt. Spirituelle Sicherheit wird von den Befragten als eine Grundhaltung des Vertrauens und der Verbundenheit konzipiert. Auf Basis der Einzelinterviews wird Dankbarkeit als eine innere Haltung interpretiert,

die mit einer nicht materiellen Zuwendung verbunden ist. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen zudem darauf hin, dass Gesundheit ein kostbares Gut ist, für deren Vorhandensein die befragten Eltern dankbar sind. Dieses bezieht sich auf die Wertschätzung des eigenen Lebens, der eigenen Gesundheit und die der Kinder sowie der Verbundenheit mit dem eigenen Leben und anderen Menschen. Bewusstes Empfinden von Dankbarkeit und Wertschätzung sind gesundheitsrelevante soziokulturelle Ressourcen, welche:

- die persönliche Zufriedenheit aktiv fördern,
- einen positiven Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden haben,
- einer Orientierung in der Lebensgestaltung dienen,
- Sicherheit vermittelt.

Zudem gibt es eine Theorie, nach der die Verbundenheit mit einer höheren Instanz das persönliche Wohlbefinden fördert. Dabei vermittelt der religiöse Glaube ein Gefühl durch Gott aufgehoben und geschützt zu sein sowie mit dessen Hilfe die Anforderungen des Lebens bewältigen zu können (siehe 5.4.5.2). Mithilfe von Gebeten wird dieses Vertrauen aktiv hergestellt. Religiöser Glaube vermittelt das Gefühl mit einer Gemeinschaft verbunden zu sein – dazuzugehören. Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe und Teil einer Gemeinschaft zu sein, vermittelt wiederum Sicherheit. Theoretisch wird dies dem SOC (Antonovsky 1997) sowie dem kulturellem und sozialen Kapital zugeordnet (Bourdieu 2011; 2006).

Neben der persönlichen Bestimmung der eigenen Gesundheit weist die Datenanalyse der vorliegenden Studie auf eine mehr oder weniger ausgeprägte Fremdbestimmung von Gesundheit. Sicherheit in Bezug auf 'nicht krank sein' wird hier über eine höhere Instanz konstruiert und orientiert sich am biomedizinischen Modell von Gesundheit (s. a. Schmidt 2017). Die Ärztin/der Arzt, denen das notwendige Wissen zugeschrieben wird, beurteilt anhand von medizinisch festgelegten Werten den Gesundheitszustand. Aufgrund einer ausdrücklichen oder praktischen Anerkennung des Bildungstitels wird dieser 'höheren Instanz' vertraut, und die Kompetenz zugeschrieben Gesundheit beurteilen und bescheinigen zu können. Theoretisch wird dies dem institutionalisierten Kulturkapital zugeordnet (Bourdieu 2006). Auf Basis der vorliegenden Studie kann gesagt werden, dass einige der befragten Eltern durch die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchung der Ungewissheit über ihren und den Gesundheitszustand ihrer Kinder entgegenwirken möchten. Die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen scheint ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln, da die Ungewissheit über den Gesundheitszustand durch die Beurteilung einer Ärztin/eines Arztes begrenzt wird. Kontrolluntersuchungen bei fehlenden Beschwerden oder fehlender Hilfebedürftigkeit werden von den befragten Eltern, als Krankheitsvermeidung und Kontrolle von

Gesundheit konzipiert. Dazu werden, bei ausreichend zur Verfügung stehenden monetären Mitteln, auch diverse „IGeL“ Leistungen eingekauft. Dies lässt den Schluss auf ein Bedürfnis nach Kontrolle von Gesundheit zu, die scheinbar ein Gefühl von Sicherheit vermittelt. Zudem legen die Ergebnisse der durchgeführten Studie nahe, dass die Teilnahme oder nicht Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und der Konsum von „IGEL“ Leistungen von der Ausprägung des institutionellen Vertrauens abhängig zu sein scheint (s. a. Wilkinson 2001; Bourdieu 2006). Weiterhin weist die durchgeführte Studie darauf hin, dass den Befragten unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen für Kinder wichtig ist. Aufgrund dessen nehmen sie mit ihren Kindern daran teil. Gleichzeitig kann jedoch auch gesagt werden, dass viele Mütter aber auch Väter, unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe, nicht oder nicht regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen für Frauen oder Männer teilnehmen. Begründet wird dies häufig mit Zeitmangel.

6.3.4 Verbundenheit – Gesundheitsvorstellungen im Spiegel sozial-räumlich struktureller und gesellschaftlicher Bedingungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, dass Verbundenheit, Freiheit und Autonomie miteinander in Verbindung stehen. Verbundenheit ist im Erleben sozialer Wirklichkeit, im Kontext von Wohlbefinden – Gesundheit, bedeutsam und entwickelt sich in einem interaktiven Prozess weiter. Gesundheit ist sowohl ein individuelles als auch ein gesellschaftliches Gut. Subjektive gesundheitsbezogene Sichtweisen stehen daher, wie die Ergebnisse verdeutlichen, in einem gesellschaftlichen Gesamtkontext und beruhen auf Erfahrungen, die im gesellschaftlichen Gefüge gemacht wurden, denen Sinn zugeschrieben wurde und die erklärbar für Menschen sind (s. a. Faltermaier 2016; Blättner & Waller 2011; Kruse 2010). Verbundenheit mit anderen Menschen, sich selbst und der Welt ist in der Gesundheitsdefinition von Gadamer (2010) und in der Bedeutung des Kohärenzgefühls (SOC) mit einer globalen Orientierung beschrieben (Antonovsky 1993b). Kinder wollen sich selbstbestimmt weiterentwickeln (s. Largo 2012; 2019), Menschen wollen wachsen, sich autonom entwickeln und gleichzeitig brauchen sie ein Gefühl von Nähe und Verbundenheit (s. Hüther & Hosang 2016; Hüther 2013; Hüther 2011b). Das Konstrukt Verbundenheit stellt eine wichtige konzeptionelle Verknüpfung innerhalb elterlicher Gesundheitsvorstellungen im Rahmen gesellschaftlicher Ungleichheitsverhältnisse dar, in dem Theorien zur Herstellung von Wohlbefinden – Gesundheit konstruiert werden.

Die Theorien zur Herstellung von Wohlbefinden basieren auf subjektiven elterlichen Konzepten von Gesundheit (vgl. Blättner & Waller 2011). Die daraus entwickelte 'Kernkategorie Verbundenheit' (s. Abb. 14, S. 175) weist auf Verbundenheit, als sinnstiftende Kraft um Wohlbefinden – Gesundheit herzustellen. Die Integration der herausgearbeiteten Kategorien legt nahe, dass sich die entwickelte 'Kernkategorie Verbundenheit' nicht nur auf eine Verbundenheit mit sich und auf eine soziale Verbundenheit mit Menschen im Kontext von Familie, Berufstätigkeit, Freunden, sozialen Gruppen und die Gesellschaft bezieht. Gleichzeitig besteht ein Wunsch nach Autonomie und Freiheit, um ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Darüber hinaus scheint die Verbundenheit mit dem eigenen Körper, der Natur und dem physischen Raum wichtig zu sein, um Autonomie und Freiheit zu erleben und um Wohlbefinden – Gesundheit herzustellen (siehe 5.5). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen zudem darauf hin, dass Angehörige sozial benachteiligter Gruppen ihre gesundheitsrelevanten Potenziale in der Natur und des sozialen Umfelds sowie des Wohnraums etc. zur Herstellung von Wohlbefinden – Gesundheit aufgrund sozialstruktureller Verhältnisse und Bedingungen weniger nutzen oder nutzen können. Außerdem legen die Ergebnisse nahe, dass die Lebenssituation der Familien und deren Gestaltbarkeit ungleich verteilt sind. Es gibt jedoch auch Eltern, die in ihren sozialstrukturellen Bedingungen, die wenige Handlungsräume zulassen, sich sowohl als selbstbestimmt handelnd als auch handlungsohnmächtig erleben.

Darüber hinaus legen die vorliegenden Studienergebnisse nahe, dass sich in der Familie kulturelle, ökonomische und normative Lebensbedingungen der Gesellschaft widerspiegeln und Unterschiede in der Verteilung von Macht, Prestige, Einfluss, Einkommen, Besitz und Bildung zeigen (vgl. Hurrelmann 2006). Ältere Studien zu Gesundheitsvorstellungen zeigen eher widersprüchliche schicht-/klassenspezifische oder geschlechtsspezifische Unterschiede auf (s. Faltermaier et al. 1998; Blaxter 1992; Calnan 1987; D'Houtaud & Field 1984). In Übereinstimmung mit neueren Studien (z. B. Roden 2003; Macintyre et al. 2006; Downey & Chang 2013) weisen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, keine prägnanten schicht-/klassenspezifischen Unterschiede in den individuellen Gesundheitskonzepten und -theorien sowie im gesundheitsbezogenen Wissen der befragten Eltern auf. Im Gegensatz zu Faltermaier (2015a), Bond & Cabrero (2007) und Blaxter (1992) wurden darüber hinaus, ähnlich wie bei Macintyre et al. (2006), nur geringe Unterschiede in Gesundheitskonzepten von Müttern und Vätern gefunden. Im Vergleich dazu legen die vorliegenden Befunde nahe, dass den elterlichen Darstellungs- und Handlungsweisen unbewusst soziale, kulturelle, gesellschaftliche sowie medial verbreitete wissenschaftliche und politische Kontexte

sowie darin verflochtene Machtstrukturen und vielfältige Distinktions- und Zuschreibungspraxen zugrunde zu liegen. Diese sind scheinbar für die vorhandenen oder nicht vorhandenen Möglichkeiten zur Herstellung von Wohlbefinden – Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheiten mit verantwortlich. Des Weiteren weisen die vorliegenden Ergebnisse in Analogie zu Wilkinson & Pickett (2010) darauf hin, dass die gesellschaftliche Wahrnehmung und das gesellschaftliche Wohlbefinden wichtige gesundheitsrelevante Aspekte für Eltern sind, die verschiedenen sozialen Gruppen angehören. Trotz der sprachlich dargestellten Distinktionen besteht, unabhängig von der jeweiligen sozialen Gruppe, ein ausgeprägter Wunsch nach sozialer Gerechtigkeit und gesellschaftlicher Verbundenheit mit Menschen, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören. Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass es Familien gibt, die am sozialen und gesellschaftlichen Miteinander teilhaben oder nicht teilhaben können. Diese werden in den Differenzierungskategorien der Kernkategorie Verbundenheit (siehe 5.7) sichtbar. 'Verbundenheit wünschen aber nicht erleben' weist auf eine Gruppe mit einem eher prekären Umfeld, in der gesellschaftliche Verbundenheit früher erlebt wurde. Aufgrund des gesellschaftlichen Wandels ist diese Gruppe inzwischen familienzentriert nach innen gerichtet und darauf ausgerichtet den Status quo zu erhalten. 'Verbundenheit herstellen und erleben' weist auf eine Gruppe die gesellschaftlich angepasst und auf die Gestaltung des eigenen Lebens ausgerichtet ist. In diesem Rahmen wird Verbundenheit erlebt und Freiheit hergestellt. 'Verbundenheit wünschen und (Ersatz-) befriedigen' legt in Analogie zu Hüther (2013) nahe, dass Menschen, wenn sie das, was sie brauchen nicht bekommen, sich das nehmen, was sie angeboten bekommen. Diese Gruppe hegt einen unerfüllten Wunsch nach gesellschaftlicher Verbundenheit. Durch eine starke gesellschaftliche Orientierung an Prestige, Leistung und Besitz scheint dies wiederum zu (Ersatz-) Konsumbefriedigung (s. a. Hüther 2011b), mit dem Erwerb von sichtbaren materiellen Symbolen führen.

6.4 Fazit und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zahlreiche theoretische und praktische Anknüpfungspunkte gegeben sind und dass die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung ergänzende Erkenntnisse anbieten. Durch den Erzähl- und Diskussionsprozess wurde die Thematik stärker ins Bewusstsein, der an der Studie teilnehmenden Eltern gehoben, ohne den wären elterliche Gesundheitsvorstellungen weniger bewusst zugänglich gewesen. Informelle kommunikative Validierungen haben gezeigt, dass die dargestellte Perspektive von hoher Anschaulichkeit ist, dass sie neue Einsichten ermöglicht und Zusammenhänge zwischen

subjektivem Sinn, Struktur, Handeln und Handlungsmöglichkeiten im Spiegel gesellschaftlicher Ungleichheitsverhältnisse erkennbar werden lässt.

Gesundheit ist in Abhängigkeit zum soziokulturellen Kontext, mit Normen, Wertvorstellungen und wirtschaftlichen Zielen einer Gesellschaft zu betrachten. Das mehr oder minder unbewusste gesellschaftliche Geschehen, das im Umgang mit Gesundheit enthalten ist, weist unter anderem auf die Herstellung und Legitimierung sozialer und/oder gesundheitlicher Ungleichheit. Dies kann dazu führen, dass Teilhabe, Anerkennung und Chancen ermöglicht oder nicht ermöglicht werden. Werden von Einzelnen und/oder sozialen Gruppen Verhaltensweisen eingefordert, bei denen anzunehmen ist, dass diese nicht übernommen werden können oder möchten, erhöhen sich die Distinktionsgewinne Einzelner und/oder anderer sozialer Gruppen und gesundheitliche Ungleichheit. Krankheitsprävention und Gesundheit stehen nicht unbedingt im Mittelpunkt des Lebens und Handelns von Eltern. Anscheinend werden aus den vielfältigen Möglichkeiten eher andere gewählt, als die, die den gerade gültigen gesellschaftlichen Normen entsprechen oder die, die optimale Gesundheit in Aussicht stellen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie erweitert die bestehende Forschung zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen und gesundheitlicher Ungleichheit in den Gesundheitswissenschaften, indem sie den Fokus vom Gesundheitsverhalten auf Gesundheitshandeln im gesellschaftlichen Kontext legt. Das Modell des Gesundheitshandelns von Faltermaier (2011) bietet dazu Anknüpfungsmöglichkeiten an. Die vorliegende Untersuchung weist jedoch entgegen Faltermaiers Auffassung darauf hin, dass Gesundheitshandeln nicht primär über das Ziel der Gesunderhaltung hergeleitet werden kann und im Gesundheitsbewusstsein begründet ist. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit legen nahe, dass elterliches gesundheitsrelevantes Handeln im Alltag, im Kontext sozialräumlich struktureller und gesellschaftlicher Bedingungen, dazu dient Wohlbefinden und darüber Gesundheit herzustellen. Dies findet sich auch im Rahmen der Kindererziehung und in der Vorbereitung auf das Leben wieder. Zudem legen die vorliegenden Ergebnisse nahe, dass elterliches gesundheitsrelevantes Handeln im Alltag nicht immer auf freien Entscheidungen basiert, sondern oft unreflektiert auf routinierte Kenntnisse und Praktiken im sozialen Kontext zurückzuführen ist. Bewusst reflexives Handeln mit dem Ziel Gesundheit wird dabei nicht ausgeschlossen. Unreflektiertes gesundheitsrelevantes Handeln aufgrund routinierter Kenntnisse und Praktiken und bewusst reflexives Handeln mit dem Ziel der Gesunderhaltung bestehen im gesellschaftlichen Kontext nebeneinander. In Anbetracht der eingeschränkten Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Familien durch Gesundheitsförderungs- und Krankheitspräventionsmaßnahmen ergibt sich, aus der vorliegenden Studie,

der Bedarf ein Modell des gesundheitsrelevanten Handelns zu entwickeln. Dabei sollten, biografische Erfahrungen und die Wahrnehmung gesellschaftlicher Strukturen auf individuelles und gruppenspezifisches Handeln sowie deren Interaktionen im sozialen Raum stärker berücksichtigt und dementsprechend interdisziplinär weiterentwickelt werden. Dazu bietet es sich an strukturtheoretische-, handlungstheoretische und biografische Ansätze zu berücksichtigen.

Vor dem Hintergrund der vorliegenden Arbeit scheint sich für die in der Praxis der Gesundheitsförderung Tätigen zudem ein Sensibilisierungsbedarf zu ergeben, um Wohlbefinden – Gesundheit in und mit Familien zu fördern. Eine Reflexion von sozialen Ursprüngen, Kontexten, Lebensräumen und gesellschaftlichen Interaktionen erscheint hilfreich, um mit gesundheitsfördernden Maßnahmen vermeintlich weniger gut erreichbare Familien besser zu erreichen. Zuhören, Wertschätzung und ein Verständnis für die Erfahrungen, Werte und Haltungen von Menschen, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören und die von gesellschaftlichen und/oder gesundheitlichen Ungleichheiten betroffen sind, ist dabei unabdingbar. Zudem ist es notwendig die Bedarfe und Bedürfnisse sozial benachteiligter Gruppen zu erforschen und sich daran zu orientieren. Insbesondere die gemeinsame interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachbereiche mit Familien, die unterschiedlichen sozialen Gruppen angehören, kann Freiräume schaffen und Potenziale für eine gemeinsame Weiterentwicklung gesundheitsförderlicher Strukturen und Lebensräume mit vulnerablen Gruppen ermöglichen.

Gesundheit ist ein multidimensionales Phänomen. Wohlbefinden wird dabei eine hohe gesundheitliche Bedeutung zugeschrieben. Dies wird bereits in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) deutlich. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten darauf hin, dass Prozesse zur Herstellung von Wohlbefinden – Gesundheit komplex und miteinander verwoben sind und immer wieder hinterfragt werden müssen. Daher kann es keine einfachen Lösungen geben, um dieser Komplexität zu entsprechen. Ein Gesundheitskonzept von Wohlbefinden beinhaltet jedoch nicht die Pflicht zu Gesundheit (Herzlich & Pierret 1991) und eine damit verbundene Entmündigung, sondern eine intrinsische Motivation zur Herstellung von Wohlbefinden – Gesundheit, die mit Selbstbestimmung, Freiheit und Verantwortung verbunden ist. Es ist davon auszugehen, dass multidimensionale und multiprofessionelle miteinander verbundene Ansätze unter Berücksichtigung unterschiedlicher gesundheitsrelevanter Räume eher zum Erfolg führen als eine Vielzahl von aneinandergereihten, selektiven Krankheitspräventionsprojekten in verschiedenen Lebenswelten. Für die Gesundheitswissenschaften liegt auf methodischer und praktischer Ebene die Herausforderung darin, eine aktive

und vermehrte Weiterentwicklung bei der interdisziplinären Sensibilisierung und Einbindung von wissenschaftlichen Disziplinen zu fördern, die sich bisher nicht oder kaum mit Verbundenheit, Freiheit und Autonomie im Kontext von Wohlbefinden – Gesundheit auseinandergesetzt haben. Für die gesellschaftliche Teilhabe werden verschiedene virtuelle Netzwerke wie z. B. Facebook oder Messenger Dienste wie z. B. Whats App immer wichtiger. Diese ersetzen persönliche Netzwerke nicht, dennoch bieten sie Menschen gleichzeitig eine Möglichkeit mit Freunden und sozialen Gruppen verbunden und dennoch frei zu sein (vgl. Hüther 2017). Virtuelle Netzwerke erfordern, insbesondere bei der zunehmenden Informationsverdichtung durch digitale Medien, eine entsprechende Medienkompetenz der Nutzer. Angesichts der von Eltern als bedrohlich wahrgenommenen medialen Darstellungen und deren gesundheitsrelevante Auswirkungen auf elterliches Handeln erscheint zudem eine Erforschung der Gesundheitskompetenz von Medien notwendig, die mehrheitlich auf Bedrohungen ausgerichtet ist. Um den gesundheitsrelevanten Herausforderungen des gesellschaftlichen Wandels, mit veränderten Familienmodellen, Rollenveränderungen und -verlusten, neuen Väteridealen, Individualisierung, sozialer Isolation, demografischen Veränderungen, Digitalisierung, wirtschaftlicher und kultureller Globalisierung sowie klimatischer Veränderungen zu begegnen, erscheinen–Forschungsansätze im Rahmen von Wohlbefinden – Gesundheit, die über eine soziale Verbundenheit hinaus gehen, interessante gesellschaftsrelevante Anknüpfungspunkte anzubieten.

Insbesondere das Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen, Fachbereiche und politischer Ressorts ermöglicht Ressourcen zu fördern und kreative Potentiale weiterzuentwickeln. Die vorliegende Studie weist darauf hin, dass dabei die Partizipation, die soziale Wahrnehmung und der qualitative Input von Eltern, als Wissensvermittler für die Entwicklung des effektiven Nutzens von öffentlichen Räumen sowie der gebauten und natürlichen Umwelt von großer Bedeutung sind. Daher sollten diese berücksichtigt werden, um gesellschaftliche Verbundenheit, individuelle Freiheit, Verantwortung und Autonomie zu gestalten, zu ermöglichen und Wohlbefinden – Gesundheit zu fördern.

It always seems impossible until its done.

Nelson Mandela (1918-2013)

7 Literatur

- Abel, T.** (2007). Cultural Capital in Health Promotion. In: McQueen, D.V., Potvin, L., Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Balbo, L. & Abel, T. Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion. New York: Springer, 43-73
- Abel, T., Abraham, K. & Sommerhalder, K.** (2009). Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.). Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven (2. Aufl.). Wiesbaden: VS, 195-208
- Abendroth, A.-K. Huffman, M. L. & Treas, J.** (2014). The Parity Penalty in Life Course Perspective: Motherhood and Occupational Status in 13 European Countries. *American Sociological Review*. 79 (5) 993-1014
- Almqvist-Tangen, G., Arvidsson, S., Alm, B., Bergman, S., Roswall, J., Dahlgren, J. & Nevonen, L.** (2017). What makes parents act and react? Parental views and considerations relating to 'child health' during infancy. *Journal Child Health Care* 21 (3), 1-9
- Antonovsky, A.** (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von A. Franke. Tübingen: dgvt.
- Antonovsky, A.** (1993a). The implications of Salutogenesis. An Outsider's View. In: A. P. Turnbull, J.M. Patterson, S.K. Behr, D.L. Murphy, J.G. Marquis & M.J. Blue-Banning (Eds.). *Cognitive Coping, Families, and Disability*. Baltimore: Paul Brookes Publishing, 111-122
- Antonovsky, A.** (1993b). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: A. Franke & M. Broda (Hrsg.). *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dgvt, 3-14
- Antonovsky, A.** (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass
- Armbruster, M.** (2006). Eltern-AG. Das Empowerment-Programm für mehr Elternkompetenz in Problemfamilien. Heidelberg Neckar: Carl-Auer.
- Bamberg, M.** (1999). Is there anything behind discourse? Narrative and the local accomplishment of identities. In: W. Maiers, B. Bayer, R. Duarte Esgalhado, R., Jorna & E. Schraube (Eds.). *Challenges to theoretical psychology: Selected/edited proceedings of the seventh biennial conference of the International Society for Theoretical Psychology*, Berlin, 1997. North York: Captus Univ. Publ., 220-227
- Bandura, A.** (1979). *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Barlösius, E.** (2011). *Pierre Bourdieu* (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Campus
- Bauer, U.** (2011). *Sozialisation und Ungleichheit. Eine Hinführung*. Wiesbaden: VS.
- Bauer, U.** (2005). *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS.
- Bauer, U. & Bittlingmayer, U.H.** (2006). Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa, 781-818
- Bauer, U. & Büscher, A.** (2008). Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen. In: U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: VS, 7-45
- Baumeister, H. & Hornberg, C.** (2016). Gesundheitsförderliche Potentiale von Stadtnatur für jedermann. *Public Health Forum*. 24 (4), 261-264
- Becker, P.** (1994). Theoretische Grundlagen. In: A. Abele & P. Becker (Hrsg.). *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik* (2. Aufl.). Weinheim: Juventa, 13-49
- Beisenkamp, A., Müthing, K., Hallmann, S. & Klöckner, C.** (2012). Große Ohren für kleine Leute. Elefanten-Kindergesundheitsstudie zur Situation der Kindergesundheit in Deutschland, 2011/2012. Recklinghausen: RDN

- Bengel, J., Bucherer, G., Strittmatter, R. & Bugge, F.** (1995). Die Entwicklung von subjektiven Gesundheitskonzepten - Ein Überblick zur Forschungslage bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, Band III (4), 241-254
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann H.** (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert (erw. Neuaufl.). Köln: BZgA.
- Berg, C. & Milmeister, M.** (2007). Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden. Über die Kodierverfahren der Grounded Theory Methodologie. In: G. Mey & K. Mruck (Hrsg.). *Grounded Theory Reader. Historical Social Research Supplement 19*. Köln: Zentrum für Historische Sozialforschung, 182-210
- Berg, T. & Lucius-Hoene, G.** (2000). Gesundheitsvorstellungen im biographischen Kontext. Deutungsmuster in Erzählungen der Gesundheitsbiographie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* (2000), 8, 168-179
- Bergmann, K.E. & Bergmann, R.L.** (2004). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber, 55-62
- Bittlingmayer, U.** (2016). Strukturorientierte Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. eBook Wiesbaden: Springer 2016, 23-37
- Bittlingmayer, U. & Sahrai, D.** (2008). Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Ungleichheit – Einige politisch motivierte Hinweise. *Public Health Forum* 16 (59), 15-16
- Blaxter, M.** (1997). Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for Health Inequalities. *Social Science and Medicine* 44 (6), 747-756
- Blaxter, M.** (1992) [1990]. *Health and lifestyles* (Repr. 1990). London: Tavistock Routledge.
- Blättner, B. & Waller, H.** (2011): *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bloch, E.** (1959). Das Prinzip Hoffnung. Kap. 1-37. Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- BMAS** (2017). *Lebenslagen in Deutschland. Der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Kurzfassung*. Bonn: BMAS
- BMAS** (2005). *Sozialgesetzbuch Zwölf (SGB XII) – Sozialhilfe*.
- BMFSFJ** (2017a). 15. Kinder- und Jugendbericht. Bonifatius, Paderborn.
- BMFSFJ** (2013). 14. Kinder- und Jugendbericht. BMFSFJ (Hrsg.). Paderborn: Bonifatius.
- BMFSFJ** (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht. BMFSFJ (Hrsg.). Berlin: Vogt.
- Böhm, A.** (2010). Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: U. Flick; E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (8. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 475-484
- Böhnisch, L.** (2003). *Pädagogische Soziologie. Eine Einführung* (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W.** (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer.
- Bogner, A. & Menz, W.** (2005). Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.). *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS, 33-70
- Boltanski, L.** (1976). Die soziale Verwendung des Körpers. In: D. Kamper & V. Rittner (Hrsg.). *Zur Geschichte des Körpers. Perspektiven der Anthropologie*, München: Hauser, 138-183
- Bohnsack, R.** (2008). *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden* (7. Aufl.). Opladen: Budrich.
- Bohnsack, R.** (2000). Gruppendiskussion. In: U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt, 369-384

- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. & Nohl, A.-M.** (2013). Einleitung: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. *In*: R. Bohnsack, I. Nentwig-Gesemann und A.-M. Nohl (Hrsg.). Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS, 9-32
- Bohnsack, R. & Nohl, A.-M.** (2013). Exemplarische Textinterpretation: Die Sequenzanalyse der dokumentarischen Methode. *In*: R. Bohnsack & A.-M. Nohl (Hrsg.). Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer, 325-329
- Bond, J. & Cabrero, G.R.** (2007). Health and Dependency in Later Life. *In*: John Bond, Sheila Peace, Freya Dittmann-Kohli & Gerben Westerhof (Hrsg.): Ageing in Society: European Perspectives on Gerontology. London: SAGE Publications Ltd, 113-141
- Bourdieu, P.** (2011). Der Tote packt den Lebenden (1. Aufl. 1997, Neuauflage M. Steinrück (Hrsg.) 2011). Hamburg: VSA.
- Bourdieu, P.** (2006) [2001]. Wie die Kultur zum Bauern kommt. Über Bildung, Schule und Politik. M. Steinrück (Hrsg.). Hamburg: VSA.
- Bourdieu, P.** (2005a) [1992]. Die verborgenen Mechanismen der Macht (unveränderter Nachdruck der 1. Aufl. 1992). Hamburg: VSA.
- Bourdieu, P.** (2005b). Ortseffekte. *In*: Bourdieu, P. Balazs G. Beaud S. Broccolichi S. Champagne P. Christin R. Lenoir R. Ceuvar F. Pialoux M. Sayad A. Schultheis F. & Soulié C. Das Elend der Welt. (Gekürzte Studienausgabe) Konstanz: UVK, 117-123
- Bourdieu, P.** (2004) [1998]. Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P.** (2001) [1997]. Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P.** (1997). Ökonomisches Kapital – Kulturelles Kapital – Soziales Kapital. *In*: F. Baumgart (Hrsg.). Theorien der Sozialisation. Bad Heilbronn: Klinkhardt, 217-231
- Bourdieu, P.** (1993) [1987]. Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P.** (1991). Physischer, sozialer und angeeigneter physischer Raum. *In*: M. Wentz (Hrsg.). Stadt-Räume. Frankfurt/Main: Campus, 25-34
- Bourdieu, P.** (1987) [1982]. Die feinen Unterschiede. Kritik d. gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P.** (1985). Sozialer Raum und 'Klassen'. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P.** (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. *In*: R. Kreckel (Hrsg.). Soziale Ungleichheiten. (Soziale Welt: Sonderband, 2) Göttingen: Schwartz, 183-198
- Bourdieu, P.** (1976). Entwurf einer Theorie der Praxis auf der ethnologischen Grundlage der kabyliischen Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L.** (2006). Reflexive Anthropologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brei, B. & Hornberg, C.** (2009). Die Bedeutung von Stadtgrün aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. Public Health Forum 17 (62), 11-13
- Breuer, F., Muckel, P. & Dieris, B.** (2018): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis (3. Aufl.) eBook. Wiesbaden: Springer.
- Burkhard, M.** (2013). Fotografien und ihre Lesarten. Dokumentarische Interpretation. *In*: R. Bohnsack, I. Nentwig-Gesemann und A.-M. Nohl (Hrsg.). Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS, 99-131
- Calnan, M.** (1987). Health and illness: The lay perspective. London: Tavistock
- Charmaz, K.** (2006). Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. London: Sage.

- Coldwell, D. F. & Evans, K. L.** (2018). Visits to urban green-space and the countryside associate with different components of mental well-being and are better predictors than perceived or actual local urbanisation intensity. *Landscape and Urban Planning* 175, 114-122
- Corbin, J.** (2011). Eine analytische Reise unternehmen. *In*: G. Mey & K. Muck Grounded Theory Reader. 2. erw. Auflage. Wiesbaden: VS, 163-180
- Corbin, J.** (2002). Die Methode der Grounded Theory im Überblick. *In*: D. Schaeffer & G. Müller-Mundt (Hrsg.). *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern: Hans Huber, 59-70
- Corbin, J. M. & Hildenbrand, B.** (2003). Qualitative Forschung. *In*: B. Rennen-Allhoff & D. Schaeffer (Hrsg.). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, 159-184
- Corbin, J. M. & Strauss, A. L.** (2015): *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. 4. ed. Los Angeles: Sage.
- Coveney, J.** (2004). A qualitative study exploring socio-economic differences in parental lay knowledge of food and health: implications for public health nutrition. *Public Health Nutrition* 8 (3), 290-297
- Csikszentmihalyi, M.** (2008). *Flow: Das Geheimnis des Glücks* (14. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dann, H.-D.** (1994). Subjektive Theorien zum Wohlbefinden. *In*: A. Abele & P. Becker (Hrsg.). *Wohlbefinden: Theorie – Empirie – Diagnostik* (2. Aufl.). Weinheim: Juventa, 97-117
- Davo-Blanes, M. C. & La Parra, D.** (2012). Children as agents of their own health: exploratory analysis of child discourse in Spain. *Health Promotion International*, 28 (3), 367-377
- Deinet, U. & Krisch, R.** (2005). Konzepte und Methoden zum Verständnis der Lebensräume von Kindern und Jugendlichen. *In*: M. Riege & H. Schubert (Hrsg.). *Sozialraumanalyse. Grundlagen-Methoden-Praxis* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS, 145-158
- Deppermann, A.** (2008). *Gespräche analysieren* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Diaz-Bone, R. & Weischer, C.** (2015). *Methoden-Lexikon für die Sozialwissenschaften*. Wiesbaden: Springer VS.
- Dotti Sani, G. M. & Treas, J.** (2016). Educational Gradients in Parents' Child-Care Time Across Countries, 1965–2012. *Journal of Marriage and Family* 78 (4), 1083-1096
- Downey, C. A. & Chang, E. C.** (2013). Assessment of everyday beliefs about health: the lay concepts of health inventory, college student version. *Psychology & Health* 28 (7), 818-832
- Dragano, N.** (2016). Arbeit und Gesundheit. *In*: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer, 167-182
- Dragano, N., Gerhardus, A., Kurth, B.-M., Kurth, T., Razum, O., Stang, A., Teichert, U., Wieler, L. H., Wildner, M. & Zeeb, H.** (2016). Public Health – mehr Gesundheit für alle. Ziele setzen – Strukturen schaffen – Gesundheit verbessern. *Gesundheitswesen* 78 (11), 686-688
- Dräger, J. & Stein, A.** (2017). Vorwort. *In*: Tophoven, S., Lietzmann, T. Reiter, S. & Wenzig, C. *Armutsmuster in Kindheit und Jugend Längsschnittbetrachtungen von Kinderarmut*. Bertelsmann Stiftung. Bielefeld: Matthesien.
- Dreher, M. & Dreher, E.** (2003). Gesundheitsvorstellungen aus entwicklungspsychologischer Perspektive. *Public Health Forum* 11 (38), 8
- Egger, J.W.** (2012). Theorie der Körper-Seele-Einheit. Folgerungen für die biopsychosozial orientierte Forschung. *Psychologische Medizin*, 23 (1), 24-30
- Faltermaier, T.** (2016). Laienperspektiven auf Gesundheit und Krankheit. *In*: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.). *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer 229-241
- Faltermaier, T.** (2015b). Warum bleiben Menschen gesund? – Salutogenese, Resilienz und Gesundheitskompetenz. *Public Health Forum* 23 (4), 196-199

- Faltermaier, T.** (2011). Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. *In*: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten Strategien und Methoden. (Neuausgabe) Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung, 311-314
- Faltermaier, T.** (2005a). Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faltermaier, T.** (2005b). Gesundheitspsychologie. *In*: R. Schwarzer (Hrsg.). Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe, 31-54
- Faltermaier, T.** (2003). Gesundheitsvorstellungen von Erwachsenen. *Public Health Forum* 11 (38), 9-10
- Faltermaier, T.** (1994). Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Weinheim: Beltz.
- Faltermaier, T. & Bengel, J.** (2000). Subjektive Konzepte und Vorstellungen von Gesundheit. Editorial. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 8 (4), 133-136
- Faltermaier, T. & Kühnlein, I.** (2000). Subjektive Gesundheitskonzepte im Kontext: Dynamische Konstruktionen von Gesundheit in einer qualitativen Untersuchung von Berufstätigen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 8 (4), 137-154
- Faltermaier, T., Kühnlein, I. & Burda-Viering, M.** (1998). Gesundheit im Alltag: Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.
- Feldmann, K.** (2006). Soziologie kompakt. Eine Einführung (4. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Flick, U.** (2003a). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit – Eine Übersicht. *Public Health Forum* 11 (38), 2-3
- Flick, U.** (2003b). Editorial Health Concepts in different contexts. *Journal of Health and Psychologie* 8 (5), 483-484
- Flick, U.** (2002). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung (6. Aufl.). Reinbek: Rowohlt.
- Flick, U.** (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. *In*: U. Flick (Hrsg.). Wann fühlen wir uns gesund? Weinheim: Juventa, 7-30
- Flick, U.** (1991). Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. *In*: U. Flick (Hrsg.). Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Kröning: Asanger, 27
- Flick, U., Kardorff v. E. & Steinke I.** (2010). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. *In*: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch (8. Aufl.). Reinbek: Rowohlt, 13-29
- Flick, U., Walter, U., Fischer, C., Neuber, A. & Schwartz, F. W.** (2004). Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften. Bern: Hans Huber.
- Frank, U., Belz-Merk, M., Bengel, J. & Strittmatter, R.** (1998). Subjektive Gesundheitsvorstellungen gesunder Erwachsener. *In*: U. Flick (Hrsg.). Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa, 57-69
- Franke, A.** (2006). Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber.
- Fuchs-Heinritz, W. & König, A.** (2005). Pierre Bourdieu. Eine Einführung. Konstanz: UVK.
- Gadamer, H.-G.** (2010) [1993]. Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt a. Main: Suhrkamp.
- Geißler, R. & Weber-Menges, S.** (2006). „Natürlich gibt es heute noch Schichten!“–Bilder der modernen Sozialstruktur in den Köpfen der Menschen. *In*: H. Bremer & A. Lange-Vester (Hrsg.). Soziale Milieus und Wandel der Sozialstruktur. Die gesellschaftlichen Herausforderungen und die Strategien der sozialen Gruppen. Wiesbaden: VS, 102-127
- Gembris-Nübel, R.** (2004). Gesundheit und Behinderung. Frankfurt am Main: Bielefeld. Universität.

- Gerlinger, T.** (2006). Historische Entwicklung und theoretische Perspektiven der Gesundheitssoziologie. *In*: C. Wendt & C. Wolf (Hrsg.). *Soziologie der Gesundheit. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft 46/2006*. Wiesbaden: VS, 34-54
- Geyer, S. & Siegrist, J.** (2006). Sozialwissenschaftliche Verfahren in den Gesundheitswissenschaften. *In*: K. Hurrelmann, U. Laaser, O. Razum (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa, 319-345
- Glaser, B.** (2007) [2004]. Remodeling Grounded Theory. *In*: G. Mey & K. Muck (Hrsg.): *Grounded Theory Reader*. Köln: Zentrum für Historische Sozialforschung. 47-68
- Goerres, A. & Diaz-Bone, R.** (2015). Gütekriterien der qualitativen Sozialforschung. *In*: R. Diaz-Bone & C. Weischer (Hrsg.). *Methoden-Lexikon für die Sozialwissenschaften*. Wiesbaden: Springer VS, 168
- Groos, T. & Jehles, N.** (2015). Der Einfluss von Armut auf die Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung. Schriftenreihe Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“ Band 3. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Heim, D. & Strauß, B.** (2007). Soziale Repräsentationen sexueller Dysfunktionen: Die Medikalisierung der männlichen Sexualität. *In*: P. Schreiber-Meißner (Hrsg.). *Soziale Repräsentationen über Gesundheit, Krankheit und Medikation*. Hamburg: Kovac.
- Helferich, C.** (2012). Einleitung: Von roten Heringen, Gräben und Brücken – Versuch einer Kartierung von Agency-Konzepten. *In*: S. Bethmann, C. Helferich, H. Hoffmann & D. Niermann (Hrsg.): *Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit*. Weinheim: Beltz Juventa, 9-39
- Helferich, C.** (2005). Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (2. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Helferich, C.** (2002). Zugangswege zu Kindern aus unterschiedlichen sozialen Lagen. *In*: „Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekt und Praxismodelle. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 16*. Köln, 100-109
- Helmert, U.** (2000). Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim: Juventa.
- Herriger, N.** (2002). Empowerment-Brückenschläge zur Gesundheitsförderung. *In*: *Gesundheit: Strukturen und Arbeitsfelder*. Loseblattwerk Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. Ergänzungslieferung 4. Neuwied: Luchterhand, 1-24
- Herzlich, C.** (1998). Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld. *In*: U. Flick (Hrsg.). *Wann fühlen wir uns gesund?* Weinheim: Juventa, 171-180
- Herzlich, C.** (1973). *Health and Illness: A Social Psychological Analysis*. London: Academic Press.
- Herzlich, C. & Pierret, J.** (1991). *Kranke gestern, Kranke heute: Die Gesellschaft und das Leiden*. München: Beck.
- Hildenbrand, B.** (2010). Anselm Strauss. *In*: U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke. *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (8. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 32-42
- Hoffmann-Riem, C.** (1980). Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie – Der Datengewinn. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* (32), 339-372
- Hopf, C.** (2013). Qualitative Interviews – ein Überblick. *In*: U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (10. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 349-360
- Hornberg, C.** (2016). Gesundheit und Wohlbefinden. *In*: U. Gebhard & T. Kistemann (Hrsg.). *Landschaft, Identität und Gesundheit. Zum Konzept der Therapeutischen Landschaften*. Wiesbaden: Springer, 63-69

- Hornberg, C., Bunge, C. & Pauli, A.** (2011). Strategien für mehr Umweltgerechtigkeit - Handlungsfelder für Forschung, Politik und Praxis. Bielefeld: Eigenverlag. Bielefeld: Eigenverlag.
- Hornberg, C. & Pauli A.** (2007). Child poverty and environmental justice. *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 210 (5), S. 571–580
- Hornberg, C. & Pauli, A.** (2006). Die soziale und räumliche Ungleichverteilung von Umweltbelastungen im Kontext von Kinderarmut in Deutschland. Kinderarmut – "neue" Verteilungsdisparitäten in Deutschland. *In: Gesundheit Berlin* (Hrsg.): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, 1-17
- Horstkotte, E. & Zimmermann, E.** (2009). Starke Kinder – Starke Eltern: Risiko und Resilienz in der Gesundheitsförderung. *In: R. Geene & C. Gold* (Hrsg.). Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Hans Huber, 35-43
- Hradil, S.** (2005). Soziale Ungleichheit in Deutschland. Wiesbaden: VS.
- Hücker, F.-J.** (2014). Lebenserfahrung und Widerstandsressourcen. Korrelation des Kohärenzgefühls mit Altersgruppen und Geschlecht. *Sozial Extra* 2 (38). Wiesbaden: VS, Springer, 12-15
- Hüther, G.** (2011a). Was wir sind und was wir sein könnten: Ein neurobiologischer Mutmacher. Frankfurt am Main: Fischer.
- Hüther, G. & Hosang, M.** (2016). Die Freiheit ist ein Kind der Liebe. Freiburg: Herder.
- Hurrelmann, K.** (2011). Machen Patchwork-Familien krank? *In: Impulse. Beziehungsweise gesund* (73),7-8.
- Hurrelmann, K.** (2006). Einführung in die Sozialisationstheorie (9. Aufl.). Weinheim: Beltz Studium.
- Hurrelmann, K., Hartung S., Kluwe S. & Sahrai, D.** (2013). Gesundheitsförderung durch Elternbildung in »Settings« – Strategien zur Erreichbarkeit sozial benachteiligter Mütter und Väter. *Prävention und Gesundheitsförderung* 8 (4), 267-275
- Hurrelmann, K. & Richter, M.** (2013). Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung (8. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Jacob, S.** (2004). Soziale Repräsentationen und relationale Realitäten. Theoretische Entwürfe der Sozialpsychologie bei Serge Moscovici und Kenneth J. Gergen. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl.
- Jordan, S. & von der Lippe, E.** (2012). Angebote der Prävention – Wer nimmt teil? Hrsg. Robert Koch-Institut Berlin, GBE kompakt 3(5)
- Juncke, D., Braukmann, J. & Heimer, A.** (2016). Väterreport 2016. Vater sein in Deutschland heute. BMFSFJ (Hrsg.). Rostock.
- Kickbusch, I.** (2017). Foreword. *In: Mittelmark, M. B., Saly, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B. & Espnes, G. A.* The Handbook of Salutogenesis. Cham: Springer International Publishing.
- Kolip, P.** (2009). Gender als Determinante gesundheitlicher Ungleichheit. *In: M. Bartley & U. Bauer* (Hrsg.). Health inequalities. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, 45. Hamburg: Argument, 57-69
- Kolip, P.** (1998). Aspekte gesundheitsbezogener Kognitionen. Ergebnisse einer quantitativen Befragung 12-16-jähriger Jugendlicher. *In: U. Flick* (Hrsg.). Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa, 45-56
- Kolip, P. & Lademann, J.** (2012). Familie und Gesundheit. *In: Hurrelmann K, Razum O* (Hrsg) Handbuch Gesundheitswissenschaften. Beltz Juventa, Weinheim, 517-540
- Kolip, P. & Lademann, J.** (2006). Familie und Gesundheit. *In: K. Hurrelmann, U. Laaser & O. Razum* (Hrsg.). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa, 625-652

- Kolip, P. & Nordlohne, E.** (1994). Gesundheits- und Krankheitskonzepte 14-17-jähriger Jugendlicher. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. *In*: P. Kolip (Hrsg.). *Lebenslust und Wohlbefinden: Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung*. Weinheim: Juventa, 121-138
- Koppenhöfer, E.** (2004). *Kleine Schule des Genießens. Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Lengerich: Pabst.
- Kohl, S.** (2015). *Subjektives Wohlbefinden in der Familie. Zur intergenerationalen Transmission von Glücksgefühl und Lebenszufriedenheit*. Hamburg: Kovač.
- Kronberger, N.** (2015). 24 Of worlds and objects: scientific knowledge and its publics. *In*: G. Sammut, E. Andreouli, G. Gaskell & J. Valsiner. (Ed.). *The Cambridge Handbook of Social Representations* (Ed.). The Cambridge Handbook of Social Representations. Cambridge: Cambridge University Press, 358-369
- Kruse, J.** (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kruse, J.** (2010). *Reader Einführung in die qualitative Interviewforschung*. Freiburg.
- Kruse, J.** (2008). *Reader Einführung in die qualitative Interviewforschung*. Freiburg.
- Kruse, J.** (2006). *Reader Einführung in die qualitative Interviewforschung*. Freiburg.
- Kruse, J.** (2004). *Arbeit und Ambivalenz. Die Professionalisierung sozialer und informatisierter Arbeit*. Bielefeld: transcript.
- Kuhlmann, E. & Kolip, P.** (1998). "... Lust und Freude am Leben". Gesundheitsvorstellungen von Professorinnen und Professoren. *In*: U. Flick (Hrsg.). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim: Juventa, 105-118
- Kuhnt A.-K. & Steinbach, A.** (2014). Diversität von Familie in Deutschland. *In*: A. Steinbach, M. Hennig & O. Arránz Becker (Hrsg.). *Familie im Fokus der Wissenschaft*. Wiesbaden: Springer, 41-70
- Kurth, B.-M.** (2002). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Forum Public Health* 37 (10), 2-4
- Lampert, T.** (2014). Bei den gesundheitlichen Risikofaktoren gibt es deutliche soziale Unterschiede. *In*: RKI (Hrsg.) KIGGS. *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Medialis, 14-15
- Lampert, T.** (2004). Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche. *Die Krankenversicherung* 56, 17-29
- Lampert, T., Hagen, C. & Heizmann, B.** (2010). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. RKI (Hrsg.). Berlin: Westkreuz.
- Lampert, T., Kroll, L.E., Kuntz, B. & Hoebel, J.** (2018). Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3 (S1), 1-26
- Lampert, T. & Kuntz, B.** (2018). Gesundheitliche Chancengleichheit – eine bleibende Herausforderung. *Impulse* 101, 4-5
- Lampert, T. & Kurth, B.-M.** (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Studie. *Deutsches Ärzteblatt* 104, 2944-2949
- Largo, R.** (2019). Gelassen Erziehen. *Zukunft Jetzt* 3, 14
- Legewie, H.** (1996). Vorwort zur deutschen Ausgabe. *In*: Strauss, A. & Corbin, J. *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Li, X., Zerle-Elsäßer, C., Entleitner-Pheps, & Schier, M. v.** (2015). *Väter 2015: Wie aktiv sind sie, wie geht es ihnen und was brauchen sie? Eine aktuelle Studie des Deutschen Jugendinstituts*: München.
- Liebau, E.** (2006). Der Störenfried. Warum Pädagogen Bourdieu nicht mögen. *In*: B. Friebertshäuser, M. Rieger-Ladich, & L. Wigger (Hrsg.). *Reflexive Erziehungswissenschaft. Forschungsperspektiven im Anschluss an Pierre Bourdieu*. Wiesbaden: VS, 41-58

- Lucius-Hoene, G.** (2012). „Und dann haben wir's operiert“ – Ebenen der Textanalyse narrativer Agency-Konstruktionen. *In*: S. Bethmann, C. Helfferich, H. Hoffmann & D. Niermann (Hrsg.). *Agency*. Weinheim: Beltz Juventa, 40-70
- Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A.** (2002). *Rekonstruktion narrativer Identität: Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Opladen: Leske & Budrich, 59
- MacKerron, G. & Mourato, S.** (2013). Happiness is Greater in Natural Environments. *Global Environmental Change* 23 (5), 992-1000
- Macintyre, S.; McKay, L. & Ellaway, A.** (2006). Lay concepts of the relative importance of different influences on health; are there major socio-demographic variations? *Health Education Research* 21 (5), 731-739
- Marent, B. & Marent, J.** (2013). Gesundheit und Wohlbefinden im Kontext Jugendlicher Lebenswelten – Ergebnisse einer Photovoice Studie. *Prävention und Gesundheitsförderung* 8 (4), 276-283
- Marshall J. L., Green, J. M. & Spiby, H.** (2012). Parents views on how health professionals should work with them now to get the best for their child in the future. *Health Expectations* 17, 477-487
- Mayer, H.O.** (2008). *Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung* (4. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Mayring, P.** (2010). Design. *In*: G. Mey & K. Mruck (Hrsg.). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS, 225-237
- Mayring, P.** (2003). Gesundheit und Wohlbefinden. *In*: M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.). *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Göttingen: Hogrefe, 1-15
- Mayring, P.** (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P.** (1994). Die Erfassung subjektiven Wohlbefindens. *In*: A. Abele & P. Becker (Hrsg.). *Wohlbefinden: Theorie – Empirie – Diagnostik* (2. Aufl.). Weinheim: Juventa, 51-70
- Mersmann, H.** (1998). Gesundheit von Schulanfängern- Auswirkungen sozialer Benachteiligungen. *In*: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). *Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Epidemiologische Grundlagen*. Köln: Springer, 60-77
- Mey, G. & Mruck, K.** (2011). *Grounded Theory Reader* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS
- Mey, G. & Mruck, K.** (2007). *Grounded Theory Reader. Historical Social Research, Supplement; No. 19*. Köln: Zentrum für Historische Sozialforschung
- Mielck, A.** (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber.
- Mielck, A.** (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit – Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Moscovici, S.** (1984). The Phenomenon of Social Representations. *In*: R M. Farr & S. Moscovici (Ed.). *Social representations*. Cambridge: Univ. Pr., 3-69
- Moscovici, S.** (2000). *Social representations: explorations in social psychology*. G. Duveen (Ed.). Cambridge: Polity Press.
- Mau, S. & Heuer, J.-O.** (2016). *Wachsende Ungleichheit als Gefahr für nachhaltiges Wachstum. Wie die Bevölkerung über soziale Unterschiede denkt*. Bonn: bub.
- Müller, V., Schmacke, N. & Kolip, P.** (2016). Das „innere Lachen“ oder der sich „rächende Körper“ – wer gewinnt bei der Nahrungsmittelwahl? *Prävention und Gesundheitsförderung* 11 (2) 126-132
- OECD** (2016). *Dare to Share – Deutschlands Weg zur Partnerschaftlichkeit in Familie und Beruf*. Paris: OECD Publishing.
- OECD** (2015). *Overview of inequality trends, key findings and policy directions*. *In*: OECD. *In It Together. Why Less Inequality Benefits All*. Paris: OECD Publishing, 19-55
- Parsons, T.** (1968). *Sozialstruktur und Persönlichkeit*. Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt.

- Pieter, A., Fröhlich, M.; Stark, R.; Emrich, E. & Klein, M.** (2015). „Conceptual Change“ als Basis gesundheitsbezogener Wissenskonstruktionen bei Kindern und Jugendlichen. *In: Prävention und Gesundheitsförderung* 10 (2), 159-166
- Piko, B. F. & Bak, J.** (2006). Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence. *Health Education Research*, 21 (5), 643-653
- Possinger, J.** (2016). Gefangen in traditionellen Rollenmustern. *In: DJI Impulse. Das Bulletin des Deutschen Jugendinstituts* 112 (1) 2016, 4-7
- Pott, E. & Lehmann, F.** (2003). Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen. *In: BZgA (Hrsg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Band 22. Köln, 50-64*
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M.** (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch* (4. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Pschyrembel, W.** (2014). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2014* (266. Aufl. aktualisiert). Berlin: de Gruyter.
- Pschyrembel, W.** (2011). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2010* (262. neu bearb. und erw. Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Public Health Forum** (2016). Editorial, 24 (3), 171
- Rauschenbach, T.** (2016). Editorial. *DJI Impulse. Das Bulletin des Deutschen Jugendinstituts* 112 (1) 2016, 3
- Richter, M.** (2005). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Wiesbaden: VS.
- Richter, M., Bohn, V. & Lampert, T.** (2011). *Kinder und Jugendliche: Die Gesundheit der heranwachsenden Generation. In: T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.) Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. Wiesbaden: VS, 489-508
- Richter, M. & Hurrelmann; K.** (2016). *Die soziologische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.). Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer, 3-19
- Richter, M., Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., & Ravens-Sieberer, U.** (2008). *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten: Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim: Juventa.
- Riege, M. & Schubert, H.** (2005). *Sozialraumanalyse. Grundlagen - Methoden - Praxis* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS, 7-70
- RKI** (2015). *Wie steht es um Prävention und Gesundheitsförderung? In: Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. RKI. Berlin: Heenemann.
- Roden, J.** (2003). Capturing Parents' Understanding About the Health Behaviors they Practice with their preschool-aged children. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 26 (1), 26-44
- Rosenthal, G.** (2005). *Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung. Grundlagentexte Soziologie*. Weinheim: Juventa.
- Rossmann, C.** (2016). *Die mediale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.). Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer.
- Sammut, G., Andreouli, E., Gaskell, G. & Valsiner, J.** (2015). *Social representations: a revolutionary paradigm? In: G. Sammut, E. Andreouli, G. Gaskell & J. Valsiner (Ed.). The Cambridge Handbook of Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 3-11
- Scherr, A.** (1997). *Subjektorientierte Jugendarbeit. Eine Einführung in die Grundlagen emanzipatorischer Jugendpädagogik*. Weinheim: Juventa
- Schmidt, B.** (2017). *Exklusive Gesundheit. Gesundheit als Instrument zur Sicherstellung sozialer Ordnung*. Wiesbaden, Springer.

- Schmidt, B.** (2010). Familiäre Gesundheitsverantwortung im aktivierenden Sozialstaat. *In*: H. Olbrecht & Schönberger C. (Hrsg.) Gesundheit als Familienaufgabe. Juventa, 87-107
- Schmidt, L.R. & Fröhling, H.** (1998). Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Kindern und Jugendlichen. *In*: U. Flick (Hrsg.). Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa, 33-44
- Schmitt, A. & Scheibler-Meißner, P.** (2007). Vom Bonbon zum Killer: Zur Analyse sozialer Repräsentationen von Medikamentenrisiken am Beispiel von Foren-Diskussionen vor und nach dem „Vioxx-Skandal“. *In*: P. Schreiber-Meißner (Hrsg.). Soziale Repräsentationen über Gesundheit, Krankheit und Medikation. Hamburg: Kovac.
- Schnabel, P.-E.** (2014). Soziologische Grundlagen der Gesundheitskommunikation. *In*: K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.). Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Hans Huber, 51-63
- Schnabel, P.-E.** (2010). Gesundheit(s)- Sozialisation in der Familie. *In*: H. Ohlbrecht & C. Schönberger. Gesundheit als Familienaufgabe. Zum Verhältnis von Autonomie und staatlicher Intervention. Weinheim: Juventa, 25-46
- Schnabel, P.-E.** (2007). Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren. Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns. Weinheim: Juventa.
- Schnabel, P.-E.** (2003). Basiskompetenzen stärken - Integrierte Gesundheitsförderung für junge Menschen. *In*: Hamburg Münchner Krankenkasse (Hrsg.). Präventionsstrategien für eine gesunde Kindheit. Hamburg: Grindeldruck, 71-97
- Schnabel, P.-E.** (2001). Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.
- Schnabel, P.E., Bittlingmayer, U.H. & Sahrai, D.** (2009). Normativität und Public Health Einleitende Bemerkungen in problempräzisierender und sensibilisierender Absicht. *In*: U.H. Bittlingmayer, D. Sahrai & P.-E. Schnabel (Hrsg.). Normativität und Public Health: Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. eBook Wiesbaden: VS, 11-33
- Schnabel, P.-E. & Bödeker, M.** (2012). Gesundheitskommunikation. Mehr als das Reden über Krankheit. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schnabel, P.-E. & Hurrelmann, K.** (1999). Sozialwissenschaftliche Analyse von Gesundheitsproblemen. *In*: K. Hurrelmann (Hrsg.). Gesundheitswissenschaften. Berlin: Springer, 99-124
- Schubert, E.-F.** (2017). Lernziel Wohlbefinden. Entwicklung des Konzeptes Schulfach Glück zur Operationalisierung und Realisierung gesundheits- und bildungsrelevanter Zielkategorien. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schubert, I., Horch, K., Kahl, H., Köster, I., Meyer, C. & Reiter, S.** (2004). Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Robert Koch- Institut (Hrsg.). Berlin: Mercedes.
- Schwingel, M.** (2009). Pierre Bourdieu zur Einführung (6. ergänzte Aufl.). Hamburg: Junius.
- Spranger, H.** (2014). Medizinische und medizinnahe Beobachtung von Gesundheit als Aufgabe in der Praxis - Metaaspekte wissenschaftlicher Forschung und Entwicklung. *In*: Keuper, F. & Arnold, H. (Hrsg.). Campus transformation. Education qualification & digitalization. Berlin: Logos, 149-178
- Strauss, A. L.** (1998). Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung (2. Aufl.). UTB Bd. 1776, München: Fink.
- Strauss, A. & Corbin, J.** (1996). Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Strübing, J.** (2013). Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung für Studierende. München: Oldenbourg.

- Strübing, J.** (2014). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Sweet, E.** (2011). Symbolic Capital, Consumption, and Health Inequality. *American Journal of Public Health* 101 (2), 260-264
- Taylor, S.E., Kemeny, M. E., Reed, G.M., Bower, J.E. & Gruenewald, T.L.** (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist* 55 (1), 99-109
- Teedon, P., Gillespie, M., Lindsay, K. & Baker, K.** (2014). Parental perceptions of the impacts the built environment has on young children's health: A qualitative examination and lay assessment amongst residents in four Scottish communities. *Health & Place* 28, 50-57
- Thiel, A. & Mayer, J.** (2016). Gesundheitsverständnisse. In: M. Rieger, S. Hildenbrand T. Nessler, S. Letzel & D. Nowak (Hrsg.). *Prävention und Gesundheitsförderung an der Schnittstelle zwischen kurativer Medizin und Arbeitsmedizin*. Landsberg am Lech: ecomed Medizin, 108-121
- Tinsley, B. J.** (2003). *How children learn to be healthy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tophoven, S., Lietzmann, T., Reiter, S. & Wenzig, C.** (2017). *Armutsmuster in Kindheit und Jugend. Längsschnittbetrachtungen von Kinderarmut*. Bertelsmann Stiftung. Bielefeld : Matthesien.
- Trojan, A. & Legewie, H.** (2001). *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frankfurt am Main: VAS.
- Truschkat, I., Kaiser-Belz, M. & Volkmann, V.** (2011). Theoretisches Sampling in Qualifikationsarbeiten: Die Grounded-Theory-Methodologie zwischen Programmatik und Forschungspraxis. In: G. Mey & K. Mruck (Hrsg.). *Grounded Theory Reader* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS, 353-379
- Ulich, D.** (1994). Interaktionsbedingungen von Verbalisation. In: G. L. Huber & H. Mandl (Hrsg.). *Verbale Daten: Eine Einführung in die Grundlagen und Methoden der Erhebung und Auswertung* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz, 43-60
- Vester, M.** (2009). Milieuspezifische Lebensführung und Gesundheit. In: M. Bartley & U. Bauer (Hrsg.). *Health inequalities. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, 45. Hamburg: Argument, 36-56
- Völker, S., & Kistemann, T.** (2013). "I'm always entirely happy when I'm here!" Urban blue enhancing human health and well-being in Cologne and Düsseldorf, Germany. *Social Science & Medicine* 78, 113-124
- Walter, U.** (2018). Defizite und zukünftige Herausforderungen für die Forschung in der Prävention. *Public Health Forum* 26 (2), 83-85
- Walter, U., Nöcker, G., Pawils, S., Robra, B.-P., Trojan, A., Franz, V., Grossmann, B., Schmidt, T.-A., Lehmann, H., Bauer, U., Göpel, E., Janz, A., Kuhn, J., Naegele, G., Müller-Kohlenberg, H., Plaumann, M., Stender, K.-P.; Stolzenberg, R., Süß, W., Trenker, M., Wanek, V. & Wildner, M.** (2015). Memorandum – Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltig stärken: Herausforderungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. *Gesundheitswesen* (77), 382-388
- Welbrink, A. & Franke, A.** (2010). Zwischen Genuss und Sucht - das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In: H Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.). *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. 4. Aufl. Weinheim: Juventa, 43-55
- Wilkinson, R.G.** (2001). *Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit*. Wien: Springer.
- Wilkinson, R.G. & Pickett, K.** (2010). *Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind* (2. Aufl.). Berlin: Tolkemitt.
- Willig, C.** (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3. Aufl.). Maidenhead: Open Univ. Press.

- Woodgate, R.L. & Skarlato, O.** (2015). "It is about being outside": Canadian youth's perspectives of good health and the environment. *Health & Place* 31, 100-110
- Woodgate, R.L. & Leach, J.** (2010). Youth's Perspectives on the Determinants of Health. *Qualitative Health Research* 20 (9), 1173-1182
- Wormer, H.** (2014). Medizin- und Gesundheitsjournalismus. In: K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Bern: Hans Huber, 195-213
- Worthington, E.L. & Scherer, M.** (2004). Forgiveness is an Emotion-Focused Coping Strategy that can Reduce Health Risks and Promote Health Resilience: Theory, Review, and Hypotheses. *Psychology and Health*, 19 (3), 385-405
- Zukunftsforum Public Health** (2017). Positionspapier. Durch Stärkung der Öffentlichen Gesundheit (Public Health) zu verbesserter Bevölkerungsgesundheit und einer gerechteren Gesellschaft. *Gesundheitswesen* 79 (06), 449-450

Digitale Medien: Online Ressourcen, Weblinks, Filme und Audio

- ALLBUS** (2014). <https://www.gesis.org/allbus/inhalte-suche/studienprofile-1980-bis-2016/2014/>, 21.02.2019
- Bandura, A.** (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change: *Psychological Review*, 84, 191-215
<https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>, 16.03.2020
- Bardehle, D., Lenz, A. & Berke, P.** (2005). Nutzung des Mikrozensus für die Gesundheitsberichterstattung.
https://www.gesis.org/fileadmin/upload/institut/wiss_arbeitsbereiche/gml/Veranstaltungen/4.NK_2005/Praes/15_Bardehle.pdf, 21.03.2020
- Barlösius, E., Garmissen, A. von, & Voigtmann, G.** (2012). Dick sein. Über die gesellschaftliche Erfahrung dick zu sein. https://www.ish.uni-hannover.de/fileadmin/soziologie/B.A._Sozialwissenschaften/pdf/allgemein/leibinz-uni-hannover_studie_dicksein_RZ.pdf, 16.03.2020
- Baumann, T., Hochgürtel, T. & Sommer, B.** (2018). Familie, Lebensformen und Kinder. In: Destatis & WZB (Hrsg.) *Datenreport 2018*.
<https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2018-kap-2.pdf?blob=publicationFile>, 26.03.2020
- Berres, I.** (2017). Europa, deine dicken Kinder.
<http://www.spiegel.de/gesundheit/ernaehrung/uebergewicht-europa-deine-dicken-kinder-a-1133746.html>, 26.03.2020
- BMFSFJ** (2017b). Familienreport 2017. Leistungen Wirkungen, Trends.
<https://www.bmfsfj.de/blob/119524/f51728a14e3c91c3d8ea657bb01bbab0/familienreport-2017-data.pdf>, 16.03.2020
- Böning, D.** (2014). „Ich sehe nur, wie sich die Menschen plagen“. Gesundheitsvorstellungen. Risiken und Verhalten von Berufspolitikern - eine empirische Analyse. <http://hdl.handle.net/11858/00-1735-0000-0022-5E99-8>, 18.11.2018
- Bünning, M.** (2018). Sozialstruktur und soziale Lagen. In: Destatis & WZB (Hrsg.) *Datenreport 2018*. <https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2018.pdf?blob=publicationFile>, 255-289, 28.03.2020
- BUG – NRW.** Landesprogramm Bildung und Gesundheit. Subjektive Gesundheitskonzepte von Kindern und Jugendlichen. <https://www.bug-nrw.de/arbeitsfelder/unterrichtsentwicklung/weitere-beitraege/subjektive-gesundheitskonzepte-von-kindern-und-jugendlichen/>, 28.03.2020
- Brüggen-Freye, C.** (2018). Einkommen in Deutschland. Machen Sie den Test: So reich sind Sie wirklich! <http://www.computerbild.de/artikel/cb-News-Internet-Einkommenstest-Deutschland-19688769.html>, 28.03.2020

- Charmaz, K.** (2012). The Power and Potential of Grounded Theory. *Medical Sociology online* 6 (3), 2-15
http://www.medicalsociologyonline.org/resources/Vol6Iss3/MSo-600x_The-Power-and-Potential-Grounded-Theory_Charmaz.pdf, 19.03.2020
- DEUTSCHE GESUNDHEITS NACHRICHTEN** (2017a). Kinder zu dick: Forscher fordern Regulierung von Werbung.
<http://www.deutsche-gesundheits-nachrichten.de/2017/03/06/kinder-zu-dick-forscher-fordern-regulierung-von-werbung/>, 25.03.2020
- DEUTSCHE GESUNDHEITS NACHRICHTEN** (2017b). Kinder in Deutschland sind zu träge. <https://www.deutsche-gesundheits-nachrichten.de/2017/04/21/kinder-in-deutschland-sind-zu-traege/>, 30.04.2020
- D'Houtaud, A. & Field, M.G.** (1984). The image of health: variations in perception by social class in a French population. *Social Health & Illness*, 6 (1), 30-60. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep10777358/pdf>, 12.03.2020
- Faltermaier, T.** (2015a). Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit. <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/subjektive-gesundheit-alltagskonzepte-von-gesundheit/#top>, 25.03.2020
- Faltermaier, T.** (2015c). Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsverhalten-krankheitsverhalten-gesundheitshandeln/>, 25.03.2020
- Fischbach, T.** (2018). Stellungnahme des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) e.V. zur „Nationalen Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten“. https://www.bvkj.de/fileadmin/pdf/BVKJ/Stellungnahme_BVKJ_Reduktions-Innovationsstrategie_181205.pdf, 23.03.2020
- foodwatch** (2018). Zuckermilch in der Schule. <https://www.foodwatch.org/de/informieren/zucker-fett-co/aktuelle-nachrichten/zuckermilch-in-der-schule/>, 23.03.2020
- foodwatch** (2017). Kinder weltweit von Fettleibigkeit bedroht. <https://www.foodwatch.org/de/informieren/kinderernaehrung/aktuelle-nachrichten/kinder-weltweit-von-fettleibigkeit-bedroht/>, 23.03.2020
- foodwatch** (2015). YouTube Video 'Fette Gewinne auf Kosten der Kinder'. <https://www.foodwatch.org/de/informieren/kinderernaehrung/aktuelle-nachrichten/im-video-erklart-fette-gewinne-auf-kosten-der-kinder/>, 23.03.2020
- Frank, P.** (2010). Studie: Deutsche leben ungesund. <http://www.tagesspiegel.de/weltspiegel/gesundheit-studie-deutsche-leben-ungesund/1901056.html>, 25.03.2020
- Franzkowiak, P.** (2018a). Psychosomatische Perspektive. In: BZgA (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/psychosomatische-perspektive/>, 25.03.2020
- Franzkowiak, P.** (2018b). Biomedizinische Perspektive. In: BZgA. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/biomedizinische-perspektive/>, 25.03.2020
- Friedrichs, J.** (2013). Selbstoptimierung. Das tollere ich. Weniger schlafen, produktiver arbeiten, besser leben: Wie Menschen sich mithilfe der Technik selbst optimieren. *ZEIT ONLINE*. <http://www.zeit.de/2013/33/selbstoptimierung-leistungssteigerung-apps>, 25.03.2020
- Garthwaite, K. & Bamba, C.** (2017) How the other half live_Lay perspectives on health inequalities in an age of austerity. *Social Science & Medicine* 187, 268–275, <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0277953617303155?token=32CFE960F81555D6BED4C6193BA3979475F19B7A5B08AE950CAD2E2E002CA7A4B570A28EE8DBC473C7DBA1D60FC9693D>, 25.03.2020

- Greve-Dierfeld von, A.** (2017). Mensch, beweg' dich! - Kinder in Deutschland sind zu träge. KORR-Bericht-Zum Kongress «Wie bringen wir Kinder in Schwung? <https://www.sport.kit.edu/foss/download/Presseartikel%20und%20die%20Medienberichte%20Kongress%202017.pdf>, 23.03.2020
- Haarhoff, H.** (2012). Depressiv, fett und überzuckert. <http://www.taz.de/!95360/>, 25.03.2020
- Hagelüken, A.** (2017). Wohlstand in Deutschland: Die Mittelschicht schrumpft, die Politik schaut zu. ZEIT ONLINE. <https://www.zeit.de/wirtschaft/2017-03/wohlstand-deutschland-mittelschicht-abstieg-sozialsystem-loehne>, 25.03.2020
- Hansen, G.** (2009). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Spiritualität, München, GRIN Verlag, <http://www.grin.com/de/e-book/141414/subjektive-vorstellungen-von-gesundheit-und-spiritualitaet>, 25.03.2020
- Heinemann, T.** (2015). Neurowissenschaften und Gesundheitsförderung. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/neurowissenschaften-und-gesundheitsfoerderung/>, 16.11.2019
- Holstein, P.** (2018). Leistung muss sich endlich lohnen. RP ONLINE, https://rp-online.de/politik/deutschland/kritik-an-der-leistungsgesellschaft-in-deutschland-wir-sollten-unsere-einstellung-aendern_aid-19049669, 26.03.2020
- Hornberg, C.** (2012). Auf dem Weg zu mehr Umweltgerechtigkeit – Handlungsfelder für Forschung, Politik und Praxis. Dokumentation der Fachtagung: Potenziale für mehr Umweltgerechtigkeit im städtischen Raum: Umwelt, Gesundheit und Soziales vernetzen und gemeinsam handeln. 19.-20.11.2012, Berlin. <http://www.difu.de/dokument/potenziale-fuer-mehr-umweltgerechtigkeit-nov-2012.html>, 26.03.2020
- Hüther, G.** (2017) [2016]. Lernen mit Begeisterung - Ein Plädoyer für eine neue Lernkultur. http://www.huffingtonpost.de/gerald-huether/neue-lernkultur-begeisterung_b_10983522.html, 30.03.2019
- Hüther, G.** (2013). StarkeEltern StarkeKinder Video Vortrag. <https://www.youtube.com/watch?v=ROehyMHtKDY>, 26.03.2020
- Hüther, G.** (2011b). 2. Konferenz des Denkerwerks Zukunft „Weichen stellen. Wege zu zukunftsfähigen Lebensweisen“. <https://www.youtube.com/watch?v=GiJ76uzKYWs>, 26.03.2020
- IfD Allensbach** (2015). Weichenstellungen für die Aufgabenteilung in Familie und Beruf – Untersuchungsbericht zu einer repräsentativen Befragung von Elternpaaren im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. <https://www.bmfsfj.de/blob/75814/3abe60da2e82a391b09079daad17a4da/studie-allensbach-familie-beruf-data.pdf>, 23.03.2020
- Kaufmann, M.** (2018). Ungerechtes Elterngeld für Väter. Mist, Papa verdient zu wenig. Spiegel ONLINE. <http://www.spiegel.de/karriere/elterngeld-fuer-vaeter-die-mittelschicht-profitiert-geringverdiener-nicht-a-1134733.html>, 26.03.2020
- Kelle, B.** (2018). WDR 2 Jörg Thadeusz im Gespräch mit Birgit Kelle. <https://www1.wdr.de/mediathek/audio/wdr2/joerg-thadeusz/audio-birgit-kelle-publizistin-100.html>, 14.08.2018
- Krack-Rohberg, E., Rübenach, S., Sommer, B., & Weinmann, J.** (2016). Familie, Lebensformen und Kinder. In: Destatis/WBZ (Hrsg.). Datenreport 2016. https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00021684/Datenreport2016.pdf;jsessionid=E5C94A0A9F27899774E66A2BE50E59FF, 43-59, 20.03.2020
- Lampert T, Kuntz, B & KiGGS Study Group** (2015). Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE kompakt 6 (1). http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_1_gesund_aufwachsen.pdf?blob=publicationFile, 23.03.2020

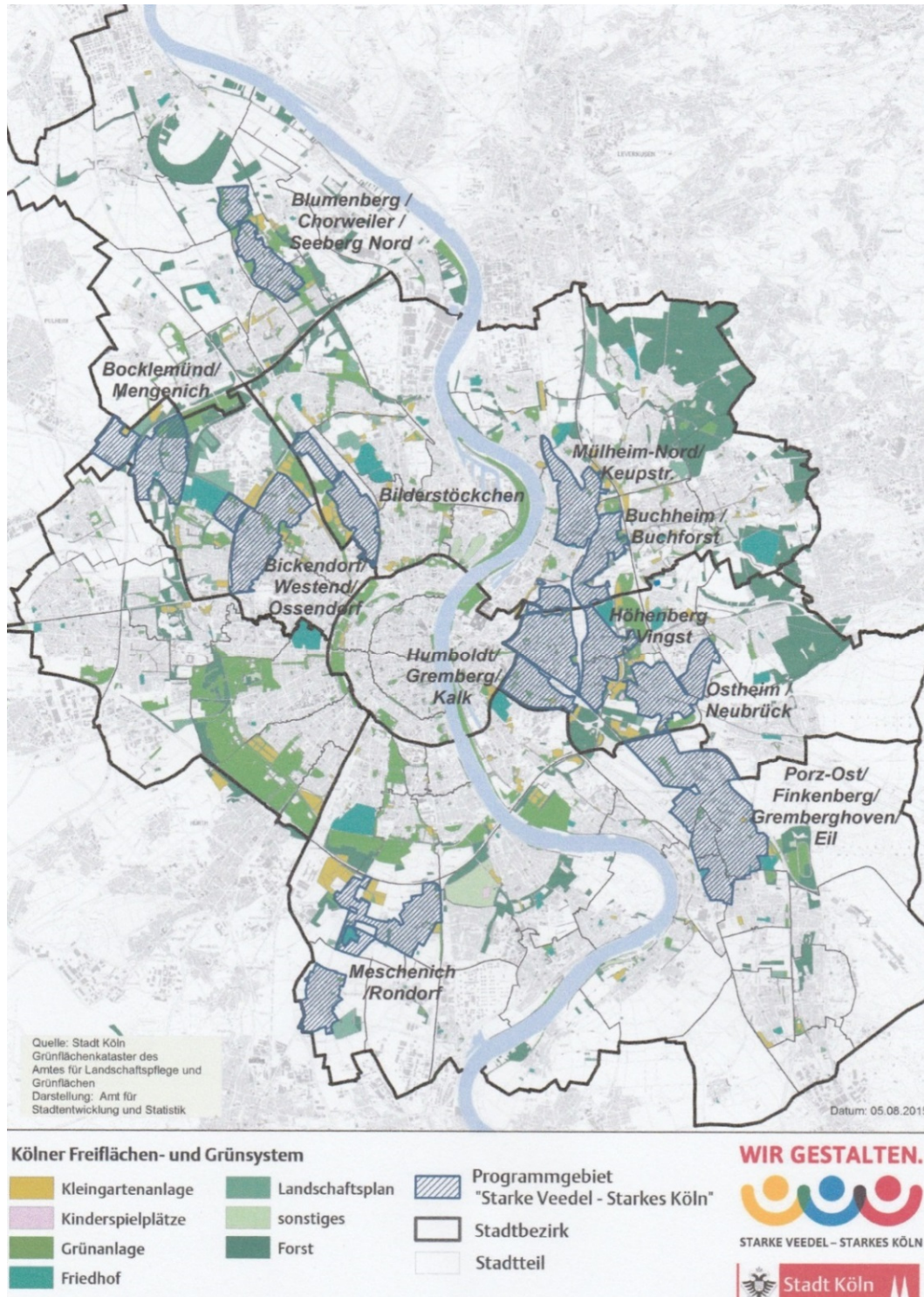
- Largo, R.** (2017). Wie viel Krippe ist gut für unsere Kinder? Remo Largo im Interview mit Madlen Ottenschläger. <http://www.brigitte.de/liebe/beziehung/interview-mit-remo-largo--wie-viel-krippe-ist-gut-fuer-unsere-kinder--10129556.html>, 26.03.2020
- Largo, R.** (2012). Das Kind weiß genau, was es werden will. Remo Largo im Interview mit Julia Schaaf. <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/familie/remo-largo-das-kind-weiss-genau-was-es-werden-will-11757126-p2.html>, 26.03.2020
- Largo, R.** (2010). Eltern haben nicht zu viel, sondern zu wenig Zeit für ihre Kinder. Remo Largo im Interview mit Walter Hagenbüchle. <http://www.nzz.ch/aktuell/startseite/eltern-haben-nicht-zu-viel-sondern-zu-wenig-zeit-fuer-ihre-kinder-1.5216131>, 26.03.2020
- Legewie, H. & Schervier-Legewie, B.** (2004). "Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spaß machen". Forum Qualitative Sozialforschung 5 (3), Art. 22, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/562/1217>, 26.03.2020
- Lexikon der Filmbegriffe** (2011). <http://filmlexikon.uni-kiel.de/index.php?action=lexikon&tag=det&id=7080>, 26.03.2020
- Macha, K., & Hiller, M.,** (2016). Was heißt hier eigentlich gesund? Und wie können Kinder in ihrem Gesundsein gestärkt werden? Ergebnisse der „Pilot-Wirkungsstudie zur Förderung von Gesundheits- und Bildungszielen für Kinder im Aktionsraum Plus Neukölln Nord“. http://www.beki-qualitaet.de/images/beki/downloads/BerichtGesNN_final.pdf, 23.03.2020
- Peitz, D.** (2017). Selbstoptimierung. Einfach mal nichts müssen. ZEIT MAGAZIN e-paper. <http://www.zeit.de/zeit-magazin/leben/2017-12/gute-vorsaeetze-2018-selbstoptimierung-mann>, 26.03.2020
- Pinzler, P.** (2017). Wenn sich Leistung nicht mehr lohnt. ZEIT ONLINE <https://www.zeit.de/wirtschaft/2017-07/leistungsgesellschaft-westen-einkommen-arbeit-wahlkampf-5vor8>, 26.03.2020
- Preuß, M.** (2016). Dokumentation „Erreichbarkeit von Zielgruppen in der Gesundheitsförderung“ Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVGMV). <http://www.gesundheitsfoerderung-mv.de/wp-content/uploads/2016/03/20160120-Dokumentation-Erreichbarkeit-von-Zielgruppen.pdf>, 23.03.2020
- Quarks & Co** (2019). Lernen fürs Leben: Wie Bildung uns gesund hält. <https://www1.wdr.de/mediathek/video/sendungen/quarks-und-co/video-lernen-fuers-leben-wie-bildung-uns-gesund-haelt-100.html>, 26.03.2020
- Quarks & Co** (2017). Gesund ernähren – geht das? <https://www1.wdr.de/mediathek/video/sendungen/quarks-und-co/video-gesund-ernaehren--geht-das--100.html>, 26.03.2020
- Quarks & Co** (2015). Macht Wissen krank? Vom Volk der Hypochonder. <https://www1.wdr.de/mediathek/video/sendungen/quarks-und-co/video-macht-wissen-krank-vom-volk-der-hypochonder-100.html>, 26.03.2020
- Quarks & Co** (2011). Bist du reich genug. <https://dokustreams.de/quarks-co-bist-du-reich-genug/>, 26.20.2020
- Raether, E. & Stelzer, T.** (2013). Süße Geschäfte. <http://www.zeit.de/2013/20/kinder-marketing-werbung>, 26.03.2020
- Röhrle, B.** (2018). Wohlbefinden/Well-Being. In: BZgA (Hrsg.) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. eBook, 1018-1027. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/wohlbefinden-well-being/>, 26.20.2020
- Sander, M., Ochmann, R., Marschall, J., Schiffhorst, G. & Albrecht, M.** (2018). AOK-Familienstudie 2018. Eine quantitative und qualitative Befragung von Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren. IGES. https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/praevention/aok_familienstudie_wb.pdf, 23.03.2020

- Scobel** (2017a). scobel: Die ungleiche Gesellschaft. <http://www.3sat.de/mediathek/?mode=play&obj=64854>, 20.03.2020
- Scobel** (2017b). scobel: Ernährung der Zukunft. <http://www.3sat.de/mediathek/?mode=play&obj=62550>, 20.03.2020
- Siegrist, J.** (2002). Gefährdete Gesundheit bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen: Was wissen wir, was können wir tun? E&C-Fachforum Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten. Dokumentation. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. http://www.kinderumweltgesundheit.de/index2/pdf/aktuelles/10047_1.pdf, 23.03.2020
- Stadt Köln** (2015) Integriertes Handlungskonzept. Starke Veedel – Starkes Köln. Mitwirken, Zusammenhalten, Zukunft gestalten. Dezernat Stadtentwicklung, Planen, Bauen und Verkehr. Amt für Stadtentwicklung und Statistik. http://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf15/starke-veedel/integriertes_handlungskonzept_nach_schlusszeichnung_ob.pdf, 23.03.2020
- Stadt Köln** (2005). Sozialbericht 2004. Stadt Köln. Dezernat für Soziales, Senioren, Wohnen und Beschäftigungsförderung. http://www.stadt-koeln.de/mediaasset/content/pdf50/sozialbericht_2004.pdf, 23.03.2020
- Stark, W.** (2000). Empowerment. Die Menschen stärken – aber wie? Impact. 1 http://www.cg-empowerment.ch/file/Impact01_00-1_Empowerment.pdf, 23.03.2020
- Sumner, P., Vivian-Griffiths, S., Boivin, J., Williams, A., Venetis, C. A., Davies, A., Ogden, J., Whelan, L., Hughes, B., Dalton, B., Boy, F. & Chambers, C. D.** (2014). The association between exaggeration in health related science news and academic press releases: retrospective observational study. <https://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g7015.full.pdf>, 27.03.2020
- Rücker, M.** (2018). Im Kakao-Sumpf –der Schulmilch-Report. https://www.foodwatch.org/fileadmin/Themen/Schulmilch/2018-10-10_Schulmilch-Report_web.pdf, 20.03.2020
- Veblen, T.** (1899). The Theory of the Leisure Class. New York: Penguin Books. <http://moglen.law.columbia.edu/LCS/theoryleisureclass.pdf>, 27.03.2020
- Verheyen, N.** (2018). Historikerin über die Leistungsgesellschaft" Die Abiturnote ist ausgesprochen mächtig". Nina Verheyen im Gespräch mit Ute Welty. Deutschlandfunk Kultur. http://www.deutschlandfunkkultur.de/historikerin-ueber-die-leistungsgesellschaft-die-abiturnote.1008.de.html?dram:article_id=411352, 20.03.2020
- Wacquant, L.** (2017). „Mit Bourdieu in Die Stadt: Relevanz, Prinzipien, Anwendungen. Suburban. Zeitschrift Für Kritische Stadtforschung 5 (1/2), 173-96. <http://www.zeitschrift-suburban.de/sys/index.php/suburban/article/view/280>, 27.03.2020
- Weick, S.** (2018). Einstellungen zu Familie und Lebensformen. In: Destatis & WZB (Hrsg.). Datenreport 2018. <https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2018-kap-10.pdf?blob=publicationFile>, 393-395
- WHO** (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, 27.03.2020
- WHO** (1946). Constitution of the World Health Organisation. http://apps.who.int/gb/DGNP/pdf_files/constitution-en.pdf, 27.03.2020
- Winkler, J. & Stolzenberg, H.** (2009). Adjustierung des Sozialen-Schicht-Index für die Anwendung im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). https://www.fww.hs-wismar.de/fileadmin/hs-wismar/FWW/Forschung_und_Kooperationen/Veroeffentlichungen/wdp/2009/0907_WinklerStolzenberg.pdf, 20.10.19
- Woratschka, R.** (2017). Studie zum Gesundheitsbewusstsein der Deutschen. Brandenburg ist die Heimat der Sportmuffel. <http://www.tagesspiegel.de/weltspiegel/studie-zum-gesundheitsbewusstsein-der-deutschen-brandenburg-ist-die-heimat-der-sportmuffel/19897016.html>, 20.03.2020

- Wiwo** (2017). These 37 Schluss mit der Zweiklassenmedizin. <http://www.wiwo.de/politik/deutschland/bundestagswahl-2017/thesen/these-37-schluss-mit-der-zwei-klassen-medizin/20259860.html>, 20.03.2020
- ZEIT ONLINE** (2017). Alete erhält Negativpreis für Babynahrung. Der Nahrungsmittelhersteller wird für einen zuckerhaltigen Keks mit dem Goldenen Windbeutel ausgezeichnet. Alete will ihn nicht länger als babygerecht bewerben. <http://www.zeit.de/wirtschaft/2017-11/alete-goldener-windbeutel-2017-kinderkeks-zucker>, 20.03.2020
- Wydra, G.** (2014). Der Fragebogen zum allgemeinen habituellen Wohlbefinden (FAHW und FAHW-12). <http://www.sportpaedagogik-sb.de/pdf/FAHW-Manual.pdf>, 27.03.2020

8 Anhang

Anhang 1: Grünflächen und Freiräume in Kölner Stadtteilen



(Quelle: Stadt Köln (2015). Integriertes Handlungskonzept. Starke Veedel – Starkes Köln, 59)

Der Sozialraum Bilderstöckchen hat nicht nur den geringsten Anteil an Grün- und Erholungsflächen, sondern auch einen geringen Anteil an Flächen für Kinderspielplätze. Dabei zeichnet sich der Sozialraum Bilderstöckchen, durch einen

überdurchschnittlichen Anteil an Kindern aus, wie alle Sozialräume im Programm 'Starke Veedel – Starkes Köln' (Stadt Köln 2015).

Anhang 2: Telefonleitfaden und Gesprächsdokumentation Kita

Kita Telefonleitfaden:		√
a.	Vorstellung meiner Person	
b.	ggf. auf „wir für pänz“ beziehen	
c.	Vorstellung des Promotionsprojektes: Studie zu Gesundheitsvorstellungen von Eltern mit Vorschulkindern im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit → Analog Anschreiben Kita Mitarbeiter	
d.	Motivation der Kita Leitung/Erzieherinnen mit der Bitte um Unterstützung der geplanten Untersuchung entsprechend des Gesprächsverlaufs.	
e.	Eltern fragen, ob sie an der Studie teilnehmen und bei Interesse der Eltern, diese fragen ob sie deren Telefon Nr. zwecks telefonischer Terminabsprache an mich weitergeben dürfen.	
f.	Bei Interesse Terminabsprache zur Vorstellung des Projekts in der Kita. Persönliches Kennenlernen und Fragen beantworten	
g.	Bedanken für die aufgewandte Zeit und das Interesse.	

Gesprächsdokumentation		Datum:	
Kita:			
Kita Leitung erreicht	ja	nein*)	
*)wann erreichbar	Datum/Zeit:		
*)Erneuter Anruf	ja	Datum	
	nein		
Zusendung von: eMail	Infos zur Studie	Elterninformationsschreiben	
Mail Adresse			
bei der persönlichen Vorstellung überreicht:			
Teilnahme	ja ¹⁾	nein ²⁾	
Information und Erlaubnis des Kita Trägers notwendig	ja	nein	
Kita Leitung			
mich			
ggf. Kontaktdaten Träger:			
¹⁾ Einschätzung des Interesses (Zusage bereitwillige/zögerlich/Überzeugungsarbeit):			
²⁾ Begründung:			
persönliche Vorstellung des Projekts in der Kita	ja	Datum/Zeit	

Dokumentation Kita Besuch (Informelles Interview)
Dokumentation des persönlichen Eindrucks (Kita-Ausstattung, Außengelände, Konzept, Verpflegung, Umgebung, Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Offenheit für andere Sichtweise, besondere Probleme, spezieller Fragen etc.)

Anhang 3: Kurzprotokoll/Teilnahme Kitas

Stadtteil	Träger	Kontakt/Ergebnis	Teil.
Höhenberg	kath. Kita	telefonisch (tel.) 2x → konnte keine Eltern finden, die zur Teilnahme bereit waren	∅
Vingst	ev. Kita	tel. 3x → Kita Leitung nicht zu sprechen, erneute Anrufe, Ltg. erreicht	∅
Vingst	kath. Kita	tel. 2x/Info per Mail/Termin für persönliche Vorstellung des Projekts vereinbart / Anschreiben Eltern ausgehändigt	X
Kalk (1)	gGmbH	tel. 3x/Handout per Mail → evtl. später	∅
Kalk (2)	gGmbH	tel. 1x/haben schon zu viele Fragebögen	∅
Kalk (3)	ev. Kita	tel. 1x/ → sind der Ansicht Eltern können das nicht	∅
Nippes	kath. Kita	tel. 2x/Info per Mail/Termin für persönliche Vorstellung des Projekts vereinbart/Anschreiben Eltern ausgehändigt	X
Nippes	Elterninitiative	tel. 3x/Info per Mail/Termin für persönliche Vorstellung des Projekts vereinbart/Anschreiben Eltern ausgehändigt	X
Zollstock	städt. Kita	tel. 4x/Kita. Leitg. beim 3. Anruf pers. erreicht → Bereichsltg. stimmt nicht zu	∅
Lindental		2 x tel. ehemaliges Mitglied des Elternrates, 6x tel. Eltern direkt angerufen/Anschreiben Eltern per Mail Eltern pers. zugesandt	X
Ostheim	priv. Träger	tel. 2x/Info per Mail/Termin für persönliche Vorstellung des Projekts vereinbart/Anschreiben Eltern ausgehändigt	X
Mühlheim	städt. Kita	tel. 1x → Bereichsltg. stimmt nicht zu	∅
Chorweiler	gGmbH	tel. 2x/Info per Mail/Termin für persönliche Vorstellung des Projekts vereinbart/Anschreiben Eltern ausgehändigt	X
Bickendorf (1)	gGmbH	tel. 1x/persönliche Vorstellung des Projekts → Entscheidung nach Elternratssitzung	∅
Bickendorf (2)	gGmbH	tel. 2x/Info per Mail/Termin für persönliche Vorstellung des Projekts vereinbart/Anschreiben Eltern ausgehändigt/Einladung Elternfrühstück	X
∅ = nicht Teilnahme / X= Teilnahme			

Anhang 4: Telefonleitfaden/Gesprächsdokumentation Eltern

	Eltern – Telefonleitfaden zur Terminabsprache:	√
a.	Vorstellung meiner Person	
b.	Vorstellung des Promotionsprojektes: Studie zu elterlichen Gesundheitsvorstellungen → Analog Anschreiben Eltern	
c.	Ich möchte mit Ihnen ein Gespräch über Ihre Gesundheitsvorstellungen als Eltern führen. Für dieses Gespräch komme ich zu Ihnen nach Hause, damit für Sie der Aufwand möglichst gering bleibt	
d.	Der Zeitaufwand liegt zwischen ca. 45 bis 90 Minuten, abhängig davon, wie viel Sie von Ihren Erfahrungen und Vorstellungen zu Gesundheit erzählen möchten	
e.	Eine ruhige Gesprächssituation ist hilfreich	
f.	Eingehen auf individuelle Fragen	
g.	Teilnahme ist freiwillig	
h.	Hinweis auf Datenschutz	
i.	Bei weiterhin bestehendem Interesse Terminabsprache	
j.	Bedanken für das Telefonat, die aufgewandte Zeit und das Interesse	

Name		Datum		Zeit von/bis	
Telefon Nr.					
Teilnahme		ja *)		nein	
*) Terminabsprache		Datum:		Uhrzeit:	
Adresse:		Straße:			Hausnummer:
Hinweise mitgeteilt:		Freiwilligkeit		Datenschutz	
		ja		ja	
Wegbeschreibung: Bahn/Haltestelle/Etage					
Namen an der Klingel					
Besonderheiten:					
Anreisezeit mit KVB ermittelt (lt. KVB-web Fahrplan)					

Anhang 5: Anschreiben Kita

Sehr geehrte Kita –Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,

ich bin Gesundheitswissenschaftlerin und promoviere an der Universität Bielefeld. Im Rahmen meiner Doktorarbeit untersuche ich das persönliche Gesundheitsverständnis von Eltern, die unterschiedlichen sozialen Schichten angehören. Die Promotion wird von Prof. Dr. P.-E. Schnabel, Universität Bielefeld - Fakultät für Gesundheitswissenschaften, wissenschaftlich betreut und von dem Kölner Verein „wir für pänz e.V.“ unterstützt.

Kindertagesstätten haben überwiegend eingegrenzte Einzugsgebiete, die vielfach Lebensräume unterschiedlicher sozialer Gruppen sind. Aus diesem Grund strebe ich den Zugang zu Eltern über Kindertagesstätten in ausgewählten Kölner Stadtteilen an. Eltern, die ihre Kinder in einer Kita untergebracht haben, haben in der Regel Vertrauen zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sodass davon ausgegangen werden kann, dass Eltern eher an einer wissenschaftlichen Studie teilnehmen, die von den Erzieherinnen und Erziehern ihrer Kinder unterstützt wird. Dabei ist es mir besonders wichtig, Sie von Anfang an in das Projekt einzubeziehen. Ihr Wissen und Ihre Kompetenzen sind eine wichtige Grundlage, denn nur mit Ihrer Hilfe ist es möglich, einen persönlichen Kontakt zu den Eltern aufzubauen.

Für die Studie suche ich Mütter oder Väter von Kindern im Vorschulalter aus verschiedenen Kölner Stadtteilen, um diese zu interviewen. Die Interviews möchte ich gerne mit den Eltern in deren häuslichem Umfeld führen, damit für diese der Aufwand möglichst gering bleibt. Selbstverständlich verwende ich alle in meiner Studie erhobenen Daten anonym und streng vertraulich.

Die Studie dient der Entwicklung von Gesundheitsförderungskonzepten unter Berücksichtigung elterlicher Sichtweisen. Ich bin zuversichtlich, durch meine Untersuchungen Wege aufzuzeigen, wie Gesundheitsförderung in Gruppen, die erfahrungsgemäß schwer zu erreichen sind, vermehrt in die Zusammenarbeit mit Eltern und Kindern einbezogen werden können. Bei Interesse stelle ich Ihnen und den Eltern nach Vollendung meiner Doktorarbeit die Ergebnisse gerne vor.

Ich würde mich sehr freuen mit Ihrer Hilfe persönliche Kontakte zu den Eltern knüpfen zu können, um so die Teilnahmebereitschaft der Eltern an dieser Studie zu erhöhen, sodass ich unter anderem auch mein Promotionsvorhaben erfolgreich abschließen kann. Selbstverständlich werde ich die Zustimmung des Trägers Ihrer Kindertagesstätte einholen. Ich möchte Sie herzlich dazu einladen eventuelle Fragen in einem persönlichen Gespräch zu klären, gerne stelle ich Ihnen mein Projekt auch persönlich vor. Wenn Sie sich bereit erklären mich bei meinem Projekt zu unterstützen, geben Sie bitte Ihren Namen und Ihre Telefon Nr. an „wir für pänz“ weiter, damit ich Kontakt zu Ihnen aufnehmen kann.

Ich danke Ihnen für Ihr Interesse und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Corinna Fillies

Anhang 6: Anschreiben Eltern

Studie zu elterlichen Gesundheitsvorstellungen

Liebe Eltern,

als Gesundheitswissenschaftlerin führe ich im Rahmen meiner Doktorarbeit eine Studie zu Gesundheitsvorstellungen von Eltern durch. Aus diesem Grund würde ich gerne ein Interview mit Ihnen führen, denn Ihr Wissen und Ihre Erfahrungen sind mir sehr wichtig.

Die so gewonnen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, ein Konzept für eine gesunde Entwicklung von Kindern zu erarbeiten, dass Ihre Erfahrungen und Bedürfnisse als Eltern berücksichtigt.

Ihre Angaben werden völlig anonym ausgewertet und sind streng vertraulich.

Niemand kann feststellen, wer welche Angaben gemacht hat.

Wenn Sie an einem Interview teilnehmen möchten, erteilen Sie bitte Frau (Name Kita Leitung) die Erlaubnis, Ihre Telefon Nr. an mich weiterzugeben. Ich werde mich dann telefonisch bei Ihnen melden und alles Weitere mit Ihnen besprechen.

Ich freue mich auf ein Interview mit Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

Corinna Fillies

Das bin ich, als ich meine Umwelt mit dem Dreirad erkundet habe.



Anhang 7: Handout Eltern Gruppendiskussion

Corinna Fillies
corinna.fillies@uni-bielefeld.de

Elterntreff am _____ um _____ Uhr in der Kindertagesstätte und Familienzentrum _____ zum Thema: Gesundheitsvorstellungen von Müttern und Vätern

Liebe Eltern,

Ihr Wissen und Ihre Erfahrungen als Mutter oder Vater sind mir sehr wichtig! Darum möchte ich Sie zum **Elterntreff** am _____ um _____ Uhr zu einer Diskussion zum Thema „**elterliche Gesundheitsvorstellungen**“ herzlich einladen.

Damit für Ihre Kinder eine gesunde Entwicklung in der Kita gut gelingt, sind Ihr Wissen und Ihre Erfahrungen als Mutter oder Vater sehr wichtig!

Als Gesundheitswissenschaftlerin führe ich im Rahmen meiner Doktorarbeit eine Studie zu Gesundheitsvorstellungen von Eltern durch. Dabei möchte ich gerne Ihre wertvollen Erfahrungen und Bedürfnisse als Eltern berücksichtigen.

Ihre Angaben werden völlig anonym ausgewertet und sind streng vertraulich. Niemand kann feststellen, wer welche Angaben gemacht hat.

Alles Weiteren bespreche ich gerne mit Ihnen persönlich. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Frau _____ (Kita Ltg.).

Ich freue mich auf eine rege Diskussion.

Mit freundlichen Grüßen

Corinna Fillies, MPH

Das bin ich, als ich meine Umwelt mit Dreirad erkundet habe.



Anhang 8: Interviewleitfaden

Über das Thema Gesundheit und Gesundheit von Kindern wird viel geredet. Ich denke Eltern haben ihre eigenen Vorstellungen von Gesundheit. Ihre persönlichen Erfahrungen und Vorstellungen interessieren mich und darüber möchte ich mit Ihnen reden.

Leitfrage/Erzählaufforderung/Stimulus			
Zu Beginn möchte ich Sie bitten mir zu erzählen, wann Sie sich gesund fühlen.			
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen	Hinweis
<ul style="list-style-type: none"> • Subjektives GH⁴⁷-skonzept/GH's Theorien? / Normative GH'-skonzept/GH'-sitheorie? • Intuition? • Veränderung seit der Elternschaft • Entwicklungsverlauf/Dynamik Begründungen • Subjektive Bedeutung von GH? • Bewertende Einschätzung von GH nach der Geburt des Kindes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein? ➤ Was gibt es sonst noch? ➤ Und dann? ➤ Und sonst? 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Was für einen Begriff nutzen Sie für Gesundheit? ➔ Welche Bedeutung hat denn Gesundheit in Ihrem Leben? ➔ Wodurch wird Ihre Gesundheit beeinflusst? ➔ Was tun Sie für Ihre Gesundheit? ➔ Welche Rolle spielt Gesundheit so in Ihrem Leben seit Sie Mutter/Vater sind? 	<p>Frage nach Gesundheit mit Merkmalen von „nicht krank“ beantwortet. Merkmale von Gesundheit – wann Sie sich gesund fühlen?</p> <p>Zum Thema führen und dann zu Kindern überleiten. Zum Erzählen Auffordern, erzählen lassen und Erzählfluss weiterbringen Nachfragen nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen!</p>
Leitfrage/Erzählaufforderung/Stimulus			
Bitte beschreiben Sie Ihre aktuelle Lebenssituation. – Wie war das so als Sie noch keine Kinder hatten?			
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen	Hinweis
<ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen in Bezug auf Lebensgewohnheiten, Partnerschaft, Freunde • Bewertung/Zufriedenheit • Risiken • Ressourcen • Familiäre Zuständigkeit für GH 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein? ➤ Was gibt es sonst noch? ➤ Wie war das für Sie? ➤ Und dann? ➤ Und sonst? ➤ Und wie ging es weiter? 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Wie hat sich denn der Stellenwert/ Bedeutung von Gesundheit seit dem verändert? Was genau hat sich geändert? ➔ Wer ist in der Familie ist denn für Gesundheit zuständig? ➔ Wie war das denn so in Ihrer eigenen Familie? 	<p>Zum Erzählen auffordern, erzählen lassen und den Erzählfluss weiterbringen. Was wurde erwähnt? Nachfragen nur stellen, wenn nicht von allein angesprochen!</p>

⁴⁷ GH = Gesundheit

II. Block: Leitfrage/Erzählauforderung/Stimulus			
Was verbinden Sie persönlich denn mit Gesundheit, wenn Sie so an Ihre/n Tochter/Sohn denken?			
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen	Hinweis
<ul style="list-style-type: none"> • Subjektives GH'skonzept • Subjektive Gesundheitstheorie • Normative GH'skonzept –theorie • Einflussfaktoren positiv und negativ • Beeinflussbarkeit • Zusammenhänge • Gesundheitshandeln 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein? ➤ Was gibt es sonst noch? ➤ Und dann? ➤ Und sonst? ➤ Und wie sind Sie darauf? 	<p>→ Welche Erfahrungen haben Sie gemacht? Wodurch wird die Gesundheit Ihres Kindes positiv beeinflusst?</p> <p>→ Welche Erfahrungen haben Sie gemacht, was die Gesundheit Ihres Kindes negativ beeinflusst?</p> <p>→ Was tun Sie denn persönlich für die Gesundheit Ihres Kindes? Wer oder was ist dabei hilfreich?</p>	<p>Zum Erzählen auffordern, erzählen lassen und den Erzählfluss weiterbringen</p>

III. Block: Leitfrage/Erzählauforderung/Stimulus			
Was denken Sie so ist wichtig für die gesundheitliche Entwicklung Ihres Kindes?			
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen	Hinweis
<ul style="list-style-type: none"> • Explizites Gesundheitskonzept? • Konkrete Aktivitäten • Bewertungen • Veränderungen • Beeinflussbarkeit • Risiken und riskante Verhaltensweisen • Ressourcen • Vorbildfunktion • Subjektive Theorien von GH 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein? ➤ Was gibt es sonst noch? ➤ Und dann? ➤ Und sonst? ➤ Und wie ging es weiter? 	<p>→ Hat Ihr eigener Umgang mit Gesundheit einen Einfluss auf Ihr Kind?*</p> <p>→ Welche Rolle spielt denn der Kindergarten?</p>	<p>*Achtung geschlossene Frage! Um nicht zu unterstellen, dass ein Zusammenhang bestehen könnte. Wenn Tendenz „Zustimmung“ welchen? Wenn Tendenz „Ablehnung“ wieso nicht?</p> <p>Zum Erzählen auffordern, erzählen lassen und den Erzählfluss weiterbringen!</p> <p>Nur fragen, wenn nicht von allein angesprochen!</p>

Leitfrage/Erzählauforderung/Stimulus		
Erzählen Sie mir bitte etwas über Erziehung ihres Kindes und Gesundheit aus Ihrer Sicht?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
<ul style="list-style-type: none"> • Subjektive Theorien von Gesundheit? • Kommunikation • Selbstständigkeit/Selbstbewusstsein • Ernährung • Sport 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein? ➤ Gibt es sonst noch was? Und dann? ➤ Und sonst? ➤ Und wie ging es weiter? 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Welche Umgangsregeln haben Sie und Ihr Kind vereinbart? ➔ Welche gemeinsamen Gewohnheiten haben denn Sie und Ihr Kind? ➔ Wobei hat Ihr Kind denn viel Spaß? Wann fühlt sich Ihr Kind wohl? ➔ Was möchten Sie Ihrem Kind vermitteln?
		<i>Hinweis</i> Zum Erzählen auffordern, erzählen lassen und den Erzählfluss weiterbringen

Leitfrage/Erzählauforderung/Stimulus		
Bitte erzählen sie mir wie oder wo Sie sich darüber informieren was für Ihr Kind gesund ist?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation mit? • Selbstständigkeit • Selbstbewusstsein • Rolle des sozialen Netzwerks • Rolle der Medien • Rolle von Werbung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein? ➤ Gibt es sonst noch was? Und dann? ➤ Und sonst? ➤ Und wie ging es weiter? 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Welche Rolle spielen Freunde, Verwandte andere Eltern? ➔ Welche Rolle spielen Gesundheitsprofessionelle (KK, Ärzte)? ➔ TV, Medien wie Bücher, Broschüren, Infomaterial
		<i>Hinweis</i> Zum Erzählen auffordern, erzählen lassen und den Erzählfluss weiterbringen

Leitfrage/Erzählauforderung/Stimulus		
Was meinen Sie, welchen Einfluss hat die Umgebung in der Ihr Kind lebt/aufwächst auf Gesundheit?		
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen
<ul style="list-style-type: none"> • Elterliche Einschätzung • Subjektive Theorien von GH? • Normative Theorien von GH? • Soziale Dimensionen von Gesundheitsvorstellungen? • Sozial und kulturell geteilte und vermittelte Vorstellungen? 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wie meinen Sie das? ➤ Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein? ➤ Und dann? ➤ Und sonst? ➤ Und wie ging es weiter? 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Welchen Einfluss hat die Wohnsituation? ➔ Welchen Einfluss hat der Wohnort? ➔ Welchen Einfluss haben Freunde und Bekannte? ➔ Welchen Einfluss hat der Kindergarten?
		<i>Hinweis</i> Zum Erzählen auffordern, erzählen lassen und den Erzählfluss weiterbringen

VII. Block: Leitfrage/Erzählaufforderung/Stimulus			
Beschreiben Sie doch bitte den Gesundheitszustand ihres Kindes aus Ihrer Sicht.			
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen	Hinweis
<ul style="list-style-type: none"> • Elterliche Einschätzung • Explizites Gesundheitskonzept? • Elterliche Rolle • Rolle von Experten • Rolle des sozialen Netzwerks • Verantwortung • Vorstellungen und Begriffe 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein? ➤ Gibt es sonst noch was? ➤ Und dann? ➤ Und sonst? ➤ Und wie ging es weiter? ➤ Wie meinen Sie das? ➤ Wie war das für Sie? 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Woran erkennen Sie den Gesundheitszustand ihres Kindes? ➔ Was tun Sie so um die Gesundheit Ihres Kindes zu erhalten? ➔ Wann fühlt sich Ihr Kind wohl? ➔ Gab es Zeiten in denen die Gesundheit Ihres Kindes beeinträchtigt war?* ➔ Was haben Sie/Ihr Partner so gemacht? ➔ Wann fühlt sich Ihr Kind denn krank? ➔ Woran erkennen Sie das? ➔ Wie gehen Sie mit gesundheitlichen Beschwerden Ihres Kindes um? ➔ Wen fragen Sie denn um Rat? ➔ Wann gehen Sie zum Arzt?* 	<p>Merkmale von krank – Merkmale von gesund</p> <p>* Wenn Tendenz „Zustimmung“: und wie sind Sie damit umgegangen, was haben Sie gemacht? Wenn Tendenz „Ablehnung“: womit hängt das zusammen?</p> <p>* Wie war das beim Arzt? * Wie ist der Arzt mit Ihrem Kind/Ihnen umgegangen?</p>
VIII. Block: Leitfrage/Erzählaufforderung/Stimulus			
Erzählen Sie bitte wie der Tag in Ihrer Familie gestern abgelaufen ist. – Wann hat da Gesundheit eine Rolle gespielt?			
Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungsfragen	Konkrete Nachfragen	Hinweis
<ul style="list-style-type: none"> • Organisationsmuster und Strukturen • Arbeitsteilung • Freizeitaktivitäten • Soziales Netzwerk • Zusammenhänge 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein? ➤ Gibt es sonst noch was? ➤ Und dann? ➤ Und sonst? ➤ Und wie ging es weiter? 	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Wer/was war denn wichtig? ➔ Was hat Ihr Kind denn gerne gemacht? ➔ Wobei hatte Ihr Kind denn Spaß? ➔ Welchen Zusammenhang sehen Sie denn zwischen Freizeit und Gesundheit? 	<p>Beachten ob der gestrige Tag ein Wochentag oder Wochenende Unterschiede erfragen.</p>

IX. Block:	Offene Nachfragen zum Abschluss
Gibt es noch etwas was auf das ich noch nicht eingegangen bin, was Sie aber noch erzählen möchten, weil es Ihnen wichtig ist? Haben sie in dem Interview etwas vermisst oder als störend empfunden? (Ausleitende Fragen)	
X. Block:	Allgemeine Einstellungsfragen
Ich habe noch ein paar allgemeine Fragen: ➤ Momentan werden so viele Diskussionen über die Gesundheit von Kindern geführt. Wie finden Sie das? ➤ Was denken Sie kann sonst noch für die Gesundheit von Kindern getan werden? Welche Art der Unterstützung würden Sie sich für Kinder wünschen? Wo sollte diese Unterstützung stattfinden? ➤ Was bedeutet für Sie das Wort Gesundheit?	

- ➔ Für das Gespräch bedanken!
- ➔ Postscriptum
- ➔ Einverständniserklärung!

Anhang 9: Übersicht Interviewsample

Lfd. Nr.	Interviewpartner	nicht befragtes Elternteil	Familienstand	Kinder	Schulabschluss der Eltern	Ausbildung/Beruf (vereinfachte Angabe aus datenschutzrechtlichen Gründen)	Berufstätigkeit d. Eltern	Staatsangehörigkeit der Eltern/ Geburtsland
1	Mutter Probeint.	Vater	verheiratet	2	Abitur	Ausbildung/im Ausbildungsberuf	geringfügig	deutsch
2	Mutter Probeint.	Vater	alleinerziehend	1	Mittlere Reife Hauptschule	Fachgehilfin/Hausfrau	ja nein	deutsch deutsch
3	Mutter Probeint.	Vater	verheiratet	3	Abitur	der Mutter nicht bekannt im Ausbildungsberuf/Hausfrau	geringfügig	indisch (seit 1999 in D ⁴⁸) deutsch
4	Mutter	Vater	verheiratet	1	Abitur	Selbstständig angestellte Fachkraft	ja	italienisch (seit der Kindheit in D)
5	Mutter	Vater	verheiratet	2	FOS	Studium/Selbstständig	ja	türkisch/Deutschland deutsch
6	Mutter	Vater	verheiratet	2	Abitur	Ausbildung/Hausfrau	nein	deutsch
7	Mutter	Vater	Eltern leben zusammen	1	Hauptschule	keine/Hausfrau	ja	deutsch
8	Mutter	Vater	alleinerziehend keinen Kontakt	1	Hauptschule	Handwerker	nein	deutsch
9	Mutter	Vater	alleinerziehend keinen Kontakt	1	Abitur	Studium/Angestellte	ja	polnisch/deutsch (seit 1994 in D)
10	Mutter	Vater	alleinerziehend keinen Kontakt	1	mittlere Reife	im Ausbildungsberuf	?	lebt nicht in D
			verheiratet	2	Abitur	Studium/Angestellte	ja/50%	deutsch
			verheiratet	1	Fachabitur	FH Studium/Angestellter	ja	deutsch
			verheiratet	1	Abitur	Ausbildung/Angestellte	ja/75%	kroatisch (Kroatien seit 1989 in D)
			Eltern leben zusammen	3	?	Arbeiter	ja	bosnisch (Bosnien seit 1992 in D)
			Eltern leben zusammen	3	BFS	ohne	nein	deutsch
					ohne	ohne	nein	italienisch

⁴⁸ D = Deutschland

Lfd. Nr.	Interviewpartner	nicht befragtes Elternteil	Familienstand	Kinder	Schulabschluss der Eltern	Ausbildung/Beruf (vereinfachte Angabe aus datenschutzrechtlichen Gründen)	Berufstätigkeit d. Eltern	Staatsangehörigkeit der Eltern, Geburtsland
11	Vater	Mutter	verheiratet	3	Abitur	Studium/Beamter	ja/Teilz.	deutsch
12	Mutter	Vater	alleinerz./wenig Kontakt	3	Mittlere Reife	Ausbildung/Hausfrau der Mutter nicht bekannt	ja/Teilz. nein	deutsch afrikanisch
13	Mutter	Vater	verheiratet	3	Hauptschule	Ausbildung/Hausfr.	nein	deutsch/Türkei (seit 1981 in D)
14	Mutter	Vater	verheiratet	4	Mittlere Reife	Kommissionierer	ja	türkisch/Türkei (seit 1999 in D)
15	Mutter	Vater	verheiratet	2	Mittlere Reife	Berufsausbildung	ja/50%	deutsch/Polen
16	Mutter	Vater	verheiratet	2	Abitur	Studium/Angestellter	ja	deutsch
17	Mutter	Vater	alleinerziehend/ keinen Kontakt	1	Abitur	Studium/kauf. Angestellte	ja	deutsch
18	Vater	Mutter	alleinerziehend/ keinen Kontakt	1	Fachabitur	Studium/Ltg.	ja	deutsch
19	Mutter	Vater	alleinerziehend/ wenig Kontakt	2	Abitur	Ausbildung/gehobene Pos.	ja	deutsch
20	Mutter	Vater	alleinerziehend/ wenig Kontakt	2	Hauptschule	Berufsausbildung	nein	türkisch (D geb.)
			verheiratet	2	Abitur	ohne/keinen Beruf	nein	türkisch (Türkei geb. (seit 2001 in D))
			Eltern leben zusammen	2	Hauptschule ohne Abschluss	ungelearnter Arbeiter	nein	italienisch
			alleinerziehend/ wenig Kontakt	2	Hauptschule	ohne/Hausfrau	nein	deutsch
			alleinerziehend/ wenig Kontakt	2	Mittlere Reife	Ausbildung/gehobene Pos.	ja	deutsch
			verheiratet	2	Fachabitur	der Mutter nicht bekannt	ja	deutsch
			verheiratet	2	Hauptschule	FH Studium/Verkäuferin	ja	deutsch
			verheiratet	2	Hauptschule	keine Ausb./Verkäufer	ja	afrikanisch (seit 2004 in D)

*Aus Datenschutzrechtlichen Gründen wurde das Alter der Eltern und Kinder hier nicht aufgeführt.

Anhang 10: Postskriptum

Postskriptum Promotion (Leitfadeninterview)

Interview-Code: _____

Interview-Datum: _____

Ort: _____

Anfang: _____ - Ende: _____

Mutter:

Alter: _____

Schulabschluss: _____

Ausbildung: _____

Beruf: _____

Staatsangehörigkeit: _____ geboren in: _____

Seit wann in Deutschland: _____

Vater:

Alter: _____

Schulabschluss: _____

Ausbildung: _____

Beruf: _____

Staatsangehörigkeit: _____ geboren in: _____

Seit wann in Deutschland: _____

Kind 1:

Alter: _____ Geschlecht: _____

Spielgruppe: _____ Alter: _____

Kindergartengarten: _____

Schule: _____

Kind 2:

Alter: _____ Geschlecht: _____

Spielgruppe: _____ Alter: _____

Kindergarten: _____

Schule: _____

Kind 3:

Alter: _____ Geschlecht: _____

Spielgruppe: _____ Alter: _____

Kindergartengarten: _____

Schule: _____

Kind 4:

Alter: _____ Geschlecht: _____

Spielgruppe: _____ Alter: _____

Kindergartengarten: _____

Schule: _____

Welches monatliche Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder steht Ihrem Haushalt zur Verfügung, also nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben.

Ordnen Sie sich bitte einer Gruppe zu

- unter 1000 Euro
- 1000 Euro bis unter 1500 Euro
- 1500 Euro bis unter 2000 Euro
- 2000 Euro bis unter 2500 Euro
- 2500 Euro bis unter 3000 Euro
- 3000 Euro bis unter 4000 Euro
- über 4000 Euro

Beziehen Sie Transferleistungen?

- Arbeitslosengeld I
- Arbeitslosengeld II (HARTZ IV)
- Rente
- Krankengeld
- BAföG

Einschätzung Ihres momentanen Gesundheits- bzw. Krankheitszustandes

Krankheit-----Gesundheit

Besonderheiten des Interviewverlaufs:

Kontaktaufnahme: (Besonderheiten)

Umfeld (Wohnung, Straße, Viertel, Anschluss öffentliche Verkehrsmittel usw.):

Interviewsituation: (Ort, Atmosphäre, Aspekte der Ruhe, Störungen, Schwierigkeiten, Ereignisse vor bzw. nach dem Interview, andere Auffälligkeiten):

Interviewpartner: (Verfassung: müde, aufgeregt, nervös, konzentriert, etc. Gestik, Mimik, andere Auffälligkeiten); Wie ist es ihm mit dem Interview gegangen?

Interviewer: (meine eigene Rolle als Forschende; eigenes Gefühlsleben: müde, aufgeregt, konzentriert, andere Auffälligkeiten); Wie ist es mir mit dem Interview gegangen?

Relevante Kommunikationsinhalte (vor und nach dem Interview):

Anhang 11: Einverständniserklärung Interview

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass ich an der Studie zu „Gesundheitsvorstellungen von Eltern mit Kindern im Vorschulalter“ von Frau Corinna Fillies, im Rahmen ihrer Doktorarbeit teilnehme. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am _____ geführte Gespräch auf Tonband aufgezeichnet und verschriftet werden darf. Das verschriftete Interview darf unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte für Publikationszwecke verwendet werden.

Meine Angaben dürfen zum Zweck dieser Studie in anonymisierter Form gespeichert und ausgewertet werden. Dabei muss der Datenschutz gewährleistet sein. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Mir wurde versichert, dass **keine** personenbezogenen Angaben (Name, Geburtsdatum, Adresse oder andere Angaben) die Rückschlüsse auf meine Person ermöglichen, an andere Personen weitergegeben werden.

Alle Aufzeichnungen und alle Angaben werden nach Vollendung der Doktorarbeit von Frau Fillies vernichtet.

Ja, ich nehme an der Untersuchung teil

Name; Vorname

Ort, Datum, Unterschrift

(im Anschluss an das Interview ausfüllen und unterschreiben lassen!)

Anhang 12: Einverständniserklärung Gruppendiskussion

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass ich an der Studie zu „Gesundheitsvorstellungen von Eltern mit Kindern im Vorschulalter“ von Frau Corinna Fillies, im Rahmen ihrer Doktorarbeit teilnehme. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die mit mir am _____ geführte Gruppendiskussion auf Tonband aufgezeichnet und verschifftet werden darf. Der verschriftete Text darf unter Beschränkung auf kleine Ausschnitte auch für Publikationszwecke verwendet werden. Die gesamte Aufzeichnung steht keinem anderen zur Verfügung.

Meine Angaben dürfen zum Zweck dieser Studie in anonymisierter Form gespeichert und ausgewertet werden. Dabei muss der Datenschutz gewährleistet sein.

Mir wurde versichert, dass **keine** personenbezogenen Angaben (Name, Geburtsdatum, Adresse, oder andere Angaben) die Rückschlüsse auf meine Person ermöglichen, an andere Personen weitergegeben werden.

Alle Aufzeichnungen und alle Angaben werden nach Vollendung der Doktorarbeit vernichtet.

Ja, ich nehme an der Untersuchung teil

Name; Vorname

Ort, Datum, Unterschrift

Anhang 13: Elterliche Darstellung Gesundheits- Krankheits- Kontinuum

Beispielhafte Darstellung der subjektiven elterlichen Einschätzung ihres Gesundheitszustandes auf dem Gesundheits- Krankheits- Kontinuum nach dem Interview.

Welches monatliche Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder steht Ihrem Haushalt zur Verfügung, also nach Abzug von Steuern und Abgaben.

Ordnen Sie sich bitte einer Gruppe zu

- unter 500 Euro
- 500 Euro bis unter 1000 Euro
- 1000 Euro bis unter 1500 Euro
- 1500 Euro bis unter 2000 Euro
- 2000 Euro bis unter 2500 Euro
- 2500 Euro bis unter 3000 Euro
- 3000 Euro bis unter 4000 Euro
- 4000 Euro bis unter 5000 Euro
- 5000 Euro bis unter 6000 Euro
- über 6000 Euro

Beziehen Sie Transferleistungen?

- Arbeitslosengeld I
- Arbeitslosengeld II (HARTZ IV)
- Rente
- Krankengeld
- BAfÖG



Welches monatliche Nettoeinkommen (inklusive Kindergeld) aller Haushaltsmitglieder steht Ihrem Haushalt zur Verfügung, also nach Abzug von Steuern und Abgaben.

Ordnen Sie sich bitte einer Gruppe zu

- unter 500 Euro
- 500 Euro bis unter 1000 Euro
- 1000 Euro bis unter 1500 Euro
- 1500 Euro bis unter 2000 Euro
- 2000 Euro bis unter 2500 Euro
- 2500 Euro bis unter 3000 Euro
- 3000 Euro bis unter 4000 Euro
- 4000 Euro bis unter 5000 Euro
- 5000 Euro bis unter 6000 Euro
- über 6000 Euro

Beziehen Sie Transferleistungen?

- Arbeitslosengeld I
- Arbeitslosengeld II (HARTZ IV)
- Rente
- Krankengeld
- BAfÖG

Wie fühlen Sie sich jetzt?



Oder lieber eine andere Darstellung? Bitte seien Sie kreativ.



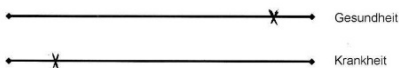
Welches monatliche Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder steht Ihrem Haushalt zur Verfügung, also nach Abzug von Steuern und Abgaben.

Ordnen Sie sich bitte einer Gruppe zu

- unter 500 Euro
- 500 Euro bis unter 1000 Euro
- 1000 Euro bis unter 1500 Euro
- 1500 Euro bis unter 2000 Euro
- 2000 Euro bis unter 2500 Euro
- 2500 Euro bis unter 3000 Euro
- 3000 Euro bis unter 4000 Euro
- 4000 Euro bis unter 5000 Euro
- 5000 Euro bis unter 6000 Euro
- über 6000 Euro

Beziehen Sie Transferleistungen?

- Arbeitslosengeld I
- Arbeitslosengeld II (HARTZ IV)
- Rente
- Krankengeld
- BAfÖG



Welches monatliche Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder steht Ihrem Haushalt zur Verfügung, also nach Abzug von Steuern und Abgaben.

Ordnen Sie sich bitte einer Gruppe zu

- unter 500 Euro
- 500 Euro bis unter 1000 Euro
- 1000 Euro bis unter 1500 Euro
- 1500 Euro bis unter 2000 Euro
- 2000 Euro bis unter 2500 Euro
- 2500 Euro bis unter 3000 Euro
- 3000 Euro bis unter 4000 Euro
- 4000 Euro bis unter 5000 Euro
- 5000 Euro bis unter 6000 Euro
- über 6000 Euro

Beziehen Sie Transferleistungen?

- Arbeitslosengeld I
- Arbeitslosengeld II (HARTZ IV)
- Rente
- Krankengeld
- BAfÖG



Welches monatliche Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder steht Ihrem Haushalt zur Verfügung, also nach Abzug von Steuern und Abgaben.

Ordnen Sie sich bitte einer Gruppe zu

- unter 500 Euro
- 500 Euro bis unter 1000 Euro
- 1000 Euro bis unter 1500 Euro
- 1500 Euro bis unter 2000 Euro
- 2000 Euro bis unter 2500 Euro
- 2500 Euro bis unter 3000 Euro
- 3000 Euro bis unter 4000 Euro
- 4000 Euro bis unter 5000 Euro
- 5000 Euro bis unter 6000 Euro
- über 6000 Euro

Beziehen Sie Transferleistungen?

- Arbeitslosengeld I
- Arbeitslosengeld II (HARTZ IV)
- Rente
- Krankengeld
- BAföG

Wie fühlen Sie sich jetzt?



Oder lieber eine andere Darstellung? Bitte seien Sie kreativ.

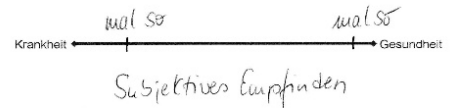


Welches monatliche Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder steht Ihrem Haushalt zur Verfügung, also nach Abzug von Steuern und Abgaben.

Ordnen Sie sich bitte einer Gruppe zu

- unter 500 Euro
- 500 Euro bis unter 1000 Euro
- 1000 Euro bis unter 1500 Euro
- 1500 Euro bis unter 2000 Euro
- 2000 Euro bis unter 2500 Euro
- 2500 Euro bis unter 3000 Euro
- 3000 Euro bis unter 4000 Euro
- 4000 Euro bis unter 5000 Euro
- 5000 Euro bis unter 6000 Euro
- über 6000 Euro

aufgeteilt



Welches monatliche Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder steht Ihrem Haushalt zur Verfügung, also nach Abzug von Steuern und Abgaben.

Ordnen Sie sich bitte einer Gruppe zu

- unter 500 Euro
- 500 Euro bis unter 1000 Euro
- 1000 Euro bis unter 1500 Euro
- 1500 Euro bis unter 2000 Euro
- 2000 Euro bis unter 2500 Euro
- 2500 Euro bis unter 3000 Euro
- 3000 Euro bis unter 4000 Euro
- 4000 Euro bis unter 5000 Euro
- 5000 Euro bis unter 6000 Euro
- über 6000 Euro

5



Welches monatliche Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder steht Ihrem Haushalt zur Verfügung, also nach Abzug von Steuern und Abgaben.

Ordnen Sie sich bitte einer Gruppe zu

- unter 500 Euro
- 500 Euro bis unter 1000 Euro
- 1000 Euro bis unter 1500 Euro
- 1500 Euro bis unter 2000 Euro
- 2000 Euro bis unter 2500 Euro
- 2500 Euro bis unter 3000 Euro
- 3000 Euro bis unter 4000 Euro
- 4000 Euro bis unter 5000 Euro
- 5000 Euro bis unter 6000 Euro
- über 6000 Euro

6



Erklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die angegebenen benutzt, sowie die Stellen der Arbeit, die anderen Werken entnommen sind, unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht habe. Das gilt auch für die verwendeten Tabellen und Abbildungen.

Ich versichere, dass die vorliegende Arbeit nicht anderweitig in dieser Form als Dissertation eingereicht wurde und ich bisher keine weiteren Versuche zur Promotion unternommen habe.

Horn-Bad Meinberg, Mai 2020

Corinna Fillies