

Bewegte Familienzeit

Empirische Studie zur Förderung der Interaktion und Lebenszufriedenheit von Familien durch ein präventives Bewegungsangebot

vorgelegt von

Caterina Schäfer

als Dissertation zur Erlangung des Grades
einer Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

in der

Fakultät Rehabilitationswissenschaften
der Technischen Universität Dortmund

Dortmund

2017

Betreuer: Prof. Dr. Gerd Hölter

Betreuerin: Prof.in Dr. Anke Lengning

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Vorwort	5
1 Einleitung	7
2 Familienformen und ausgewählte Merkmale von Beziehungen, Gesundheit und Lebensqualität von Familien in Deutschland	10
2.1 Aktuelle Lebensumstände und Formen von Familien	11
2.2 Formen der Beziehung und Interaktion in der Familie.....	17
2.3 Theoretische Modelle von Prävention und Gesundheitsförderung..	20
2.4 Prävention und gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit von Familien.....	25
3 Bewegungsorientierte Entwicklungsförderung.....	29
3.1 Aktuelle Tendenzen und Prinzipien.....	31
3.2 Zum Stand der familienorientierten Psychomotorik.....	36
4 Empirische Studie zur Förderung der Interaktion und Lebenszufriedenheit von Familien durch ein präventives Bewegungsangebot	45
4.1 Ziel der Untersuchung	45
4.2 Fragestellungen und Arbeitshypothesen.....	47
4.3 Rahmenbedingungen und Studiendesign	50
4.4 Stichprobenbeschreibung	56
4.4.1 Alter und Geschlecht	56
4.4.2 Familienstand	57
4.4.3 Bildung, Berufstätigkeit und Einkommen.....	59
4.4.4 Gemeinsame Zeiten	60

4.4.5	Schwierigkeiten und professionelle Hilfen	61
4.4.6	Drop Out.....	62
4.5	Untersuchungsmethoden	63
4.5.1	Standardisierte Verhaltensbeobachtung	66
4.5.2	Fragebogen-Verfahren	74
4.5.3	Gestalterisches Verfahren Familiensystemtest	77
4.6	Interventionskonzept Bewegte Familienzeit	77
4.6.1	Ziele	78
4.6.2	Pädagogischer Auftrag und Grundhaltung	78
4.6.3	Inhalte und Aufbau des Interventionskonzeptes	80
4.6.4	Methoden der Interventionspraxis	83
4.7	Untersuchungsergebnisse.....	91
4.7.1	Berechnung der Daten	91
4.7.2	Ergebnisse zum Interaktionsstil.....	95
4.7.3	Ergebnisse zum Näheverhalten	99
4.7.4	Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit.....	102
4.7.5	Ergebnisse zum Selbstwert.....	104
4.7.6	Ergebnisse zur Kohäsion	107
4.7.7	Ergebnisse zum Hierarchiegefüge	108
4.8	Zusammenfassung der Ergebnisse	109
4.8.1	Interaktionsfähigkeit und familienorientierte Bewegungs- förderung	109
4.8.2	Lebensqualität und familienorientierte Bewegungsförderung	111
4.8.3	Familienbeziehungen und familienorientierte Bewegungs- förderung	112

5 Diskussion der Ergebnisse	113
5.1.1 Schwierigkeiten bei der Randomisierung.....	114
5.1.2 Drop-Out	115
5.1.3 Schwierigkeiten bei den Untersuchungsmethoden	117
5.1.4 Bewertung von Familienbeziehungen und Autonomie- entwicklung	120
5.1.5 Geringe Datenlage zur Nachhaltigkeit.....	122
5.1.6 Geringe Dichte der Intervention	123
5.2 Ausblick	124
5.2.1 Konsequenzen für die Praxis	124
5.2.2 Konsequenzen für die Forschung	126
6 Zusammenfassung	128
Literaturverzeichnis	130
Anhang	142
Tabellenverzeichnis	142
Abbildungsverzeichnis	144
Untersuchungsmaterialien	145
Dokumentationsmaterialien	150
Eidesstattliche Erklärung	152

Vorwort

Durch meine bewegungsorientierte Arbeit als Rehabilitationspädagogin und Psychomotorikerin konnte ich in den vergangenen Jahren vielfältige Erfahrungen in der Entwicklungsförderung und -begleitung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Kontext Kinder- und Jugendhilfe sowie Beratung sammeln und immer wieder besondere Beziehungsmomente beobachten und wahrnehmen, sobald die Eltern der Kinder mit einem Förderbedarf den Bewegungsraum betraten. Ich bemerkte häufig eine veränderte Aufmerksamkeit vonseiten der Kinder gegenüber ihren Familienmitgliedern, aber auch gegenüber den anderen Kindern der Gruppe. Manche von Ihnen wollten ihren Eltern zeigen, was sie gelernt hatten, wie sie sich bewegen, oder wo sie sich verstecken können. Manche Kinder, die sich zuvor im Gruppensetting tendenziell zurückhaltend gezeigt hatten, schienen mir im Beisein ihrer Familie Mut zu fassen um das Gruppengeschehen mit eigenen Ideen und selbständigen Handlungen zu gestalten. Gleichzeitig nahm ich vonseiten der meisten Eltern ebenfalls eine außergewöhnliche Aufmerksamkeit gegenüber ihren Kinder im gemeinsamen (Bewegungs-) Spiel sowie die Entwicklung einer eigenen Spielfreude wahr.

Ich wollte mehr darüber erfahren, welche Effekte sich genau durch eine familienorientierte Arbeit über das Medium Bewegung zeigen können und welchen Einfluss das gemeinsame Tun und die gemeinsame Erfahrung auf das System Familie haben kann. Hinsichtlich der praktischen sowie wissenschaftlichen Weiterentwicklung von eigenen Konzepten der psychomotorischer Entwicklungsförderung motivierte mich ein Aussage von Seewald (2006) diesem Bauchgefühl nachzugehen:

Es braucht auch in Zukunft das „Wilde Denken und Handeln“ in der Psychomotorik, das „aus dem Bauch heraus“ neue Praxissituationen einführt, ohne sofort

nach deren theoretischer Legitimation zu fragen. Es braucht aber auch Ordnungsversuche und Vorschläge, den Weg umgekehrt zu gehen. Beides zusammen sichert eine kreative und anpassungsfähige Zukunft für Psychomotorik und Motologie (Seewald 2006, 290).

An dieser Stelle bedanke ich mich bei allen Familien, die sich auf dieses bewegte Wagnis einer Langzeitstudie eingelassen haben. Ebenso bedanke ich mich bei Prof. Dr. Gerd Hölter und Prof.in Anke Lengning, die mich in meinem Vorhaben stets und über mehrere Jahre hinweg unterstützt, gefördert und begleitet haben. Bei den Mitarbeiter*innen des St. Vincenz Jugendhilfe-Zentrums e.V. Dortmund bedanke ich mich für das entgegengebrachte Vertrauen und die tatkräftige Unterstützung bei der Umsetzung des Praxis- und Forschungsprojektes. Mein Dank gilt der Stiftung Aktion Mensch für die Bereitstellung finanzieller Mittel und damit dem Voranbringen neuer Themen und Zugänge um Menschen mit und ohne Unterstützungsbedarf zu begegnen.

1 Einleitung

Thema der vorliegenden Arbeit ist die Entwicklung und Durchführung eines gezielten und bewegungsorientierten Präventionsprogramms für Familien sowie eine Longitudinalstudie zur Überprüfung der Förderung und Entwicklung von familiärer Interaktion und Lebenszufriedenheit in einer Dortmunder Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung.

„Bewegung ist und bleibt, das belegen auch neueste Forschungen in der Neurowissenschaft, DAS zentrale Entwicklungsmoment der Menschheit.“ (Vetter 2009, 66). Ausgehend von der Annahme, dass alle Entwicklungsschritte eines Kindes – angefangen im Leib der Mutter – mit und durch Bewegung entstehen und vollzogen werden, macht jedes Individuum unterschiedliche Bewegungserfahrungen und bringt diese Erkenntnisse über sich, seinen Körper und über den Umgang mit Materialien in eine soziale Gruppensituation in der Familie, in Bildungs- und Freizeiteinrichtungen ein. Diese können unterschiedlicher Art, emotional negativ oder positiv belegt sein und einen bedeutenden Einfluss auf den weiteren Verlauf der individuellen Bewegungs- und auch Bildungsbiografie von Heranwachsenden haben. Die Unicef-Studie „Starke Eltern – starke Kinder: Kindliches Wohlbefinden und gesellschaftliche Teilhabe“ (Bertram, Kohl & Rösler 2011) stellt in diesem Zusammenhang den Versuch an für Kinder förderliche Lern- und Lebensbedingungen international zu vergleichen. Dabei legen die Autoren Wert auf einen ganzheitlichen Blick auf die kindliche Entwicklung und die Faktoren, die diese beeinflussen.

Denn starke Kinder und positives kindliches Wohlbefinden hängen nicht nur von den schulischen Leistungen und Kompetenzen der Kinder ab, sondern in gleicher Weise von ihrer gesundheitlichen Situation, von der Sicherheit, mit der sie sich in ihrer Umwelt bewegen können, von den Verhaltensrisiken, denen sie ausgesetzt sind, von ihrem materiellen Wohlbefinden und nicht zuletzt von ihrem persönlichen Umgang mit ihren Eltern, ihren Geschwistern oder den

Freunden und der subjektiven Einschätzung ihres persönlichen Wohlbefindens (Bertram, Kohl & Rösler 2011, 5).

Die hier genannten Dimensionen Gesundheit, materielles Wohlbefinden, Umgang mit den Familienmitgliedern und die subjektive Einschätzung des eigenen Wohlbefindens sollen in dieser Arbeit berücksichtigt und genauer beleuchtet werden. Bewegung findet in den Ausführungen von Bertram et al. (2011) insofern Beachtung, als dass die direkte Lebenswelt des Kindes Einfluss auf das Bewegungsverhalten hat.

Das hier entwickelte bewegungsorientierte und präventive Konzept „Bewegte Familienzeit“ zur Förderung der Interaktion und Lebenszufriedenheit von Familien orientiert sich an den aktuellen Erkenntnissen aus Praxis und Forschung im Bereich der Psychomotorik und Motologie. Bewegung wird in der vorliegenden Arbeit in erster Linie als Medium der Entwicklungsförderung (Bahr et al. 2012) sowie als Medium der Beziehungsgestaltung (Sherborne 1989) verstanden und theoretisch hinsichtlich des Systems Familie beleuchtet.

Anders als in der Schweiz, wo ein grundständiger Bachelor-Studiengang Psychomotorik eine Berufspraxis gewährleistet und Psychomotorik seit 2007 fest im Bildungs- und Gesundheitssystem verankert ist, wird Psychomotorik in Deutschland vielmehr als Methode neben anderen Maßnahmen im Hilfesystem verstanden. Vetter (2009) fordert daher ein neues Selbstverständnis von Psychomotorik in Deutschland: Psychomotorik sollte Angebote schaffen, die „sich nicht nur an das Kind selbst (richten), sondern an Eltern, Lehrer und andere beeinflussende Systeme im Kontext des Kindes“ (Vetter 2009, 64). Forschungsarbeiten sollten sich laut des Autors nicht ausschließlich auf die Veränderung von Merkmalsausprägungen des Kindes beziehen, sondern die Wirksamkeit der psychomotorischen Entwicklungsförderung auf das Umfeld des Kindes untersuchen. Diese Untersuchung

versucht die oben genannte Forderung aufzugreifen und das System Familie in die Überprüfung der Wirksamkeit von bewegungsorientierten Maßnahmen einbinden. Der Familienbegriff wird in den folgenden Kapiteln näher erörtert und soll hier zunächst im weitesten Sinne als eine Lebensgemeinschaft und Zusammenschluss von mehreren Personen verstanden werden, die mindestens zwei Generationen umfasst.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in zwei Hauptteile. Kapitel 2 und 3 bilden zunächst eine kurze theoretische Grundlage und beschreiben die aktuellen Erkenntnisse zum Stand der Familie in Deutschland, Theorien zur Prävention und Gesundheitsförderung, Themen der Beziehung, Interaktion und Lebenszufriedenheit in Familien sowie die psychomotorische Entwicklungsförderung in Deutschland. Der zweite Hauptteil umfasst die Konzeptentwicklung sowie empirische Untersuchung, die von 2009-2012 im Dortmunder St. Vincenz Jugendhilfe-Zentrum umgesetzt wurde. Zunächst werden dazu in Kapitel 4 die Studie hinsichtlich ihrer Ziele, Forschungsfragen und Hypothesen, Stichprobe, Methoden, hinsichtlich des Interventionskonzeptes und der Ergebnisse beschrieben. Die Diskussion erfolgt in Kapitel 5, aus der einige Perspektiven für die weitere Forschung und Praxisumsetzung abgeleitet werden. Abschließend wird die Arbeit in Kapitel 6 zusammengefasst.

2 Familienformen und ausgewählte Merkmale von Beziehungen, Gesundheit und Lebensqualität von Familien in Deutschland

Der Begriff Familie beschreibt in Deutschland seit etwa 200 Jahren das sich immer wieder verändernde Konstrukt von Lebensgemeinschaften und verwandtschaftlichen Beziehungen. Weder innerhalb einzelner Fachdisziplinen wie Psychologie, Soziologie oder den Erziehungswissenschaften, noch im alltagsbezogenen Verständnis kann eine einheitliche Begriffsbestimmung zusammengefasst werden (Nave-Herz 2013). Ursprünglich kommt der Begriff aus dem Lateinischen: familia und bedeutet „Gesinde“. Der Duden definiert Familie als: „a. aus einem Elternpaar oder einem Elternteil und mindestens einem Kind bestehende (Lebens)gemeinschaft. b. Gruppe aller miteinander (blutsverwandter) Personen; Sippe“ (Duden online n.d). In den vergangenen 50 Jahren hat sich das Bild von Familie stark verändert. Aus Großfamilien und Hausgemeinschaften sind im Zuge von Urbanisierung und Individualisierung kleinere Familien geworden. Auch die Leistungserwartungen an Familien haben sich durch die Entwicklung der Wissensgesellschaft verändert: von Familien wird eine sogenannte „Spannungsausgleichsfunktion“ sowie zunehmend die „Primärsozialisation“ erwartet (Nave-Herz 2014, 17). Lange (2014) betont, dass sich Familien heutzutage in einem komplexen Spannungsfeld zwischen Berufstätigkeit, Betreuungszeiten der Kinder und sozialer Benachteiligung bei Arbeitslosigkeit der Eltern befinden. In allen der genannten Bereiche geht es um das Konstrukt Zeit und zwar um zu wenig Zeit, wiederzufinden in dem Begriff „Beschleunigungsgesellschaft“ mit dem Gegenvorschlag der „Entschleunigung“ (Lange 2014, 58).

Aus politischer Sicht ist, neben dem rechtlichen Schutz der Familie, der Aspekt des demografischen Wandels wichtig: Die deutsche Familienpolitik stellt sich schwerpunktmäßig die Frage: Wie können insbesondere die 20-45 Jährigen unterstützt

werden, dass sie bereit sind Kinder zu bekommen und Familien zu gründen. Die Geburtenrate soll so stabilisiert, bzw. erhöht werden um dem demografischen Wandel entgegenzuwirken (Biedenkopf et al. 2009). Weltweit sind die Geburtenraten in den letzten 40 Jahren gesunken und die Familien kleiner geworden. Gleichzeitig steigt die Anzahl der Kinder, die von einer Scheidung ihrer Eltern betroffen sind. So fasst die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) für ihre Mitgliedsstaaten zusammen: „Total fertility rates (TFR) among the OECD countries have declined dramatically over the past few decades, falling from an average of 2.7 children per woman in 1970 to just over 1.7 in 2009“ (OECD 2011, 20). Dies zeigt sich auch in Deutschland: Im Jahr 2009 lag die Geburtenrate bei 1,36 (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSJ] 2011) und damit deutlich unter dem durchschnittlichen Wert von 1,7 der OECD. Welche Auswirkungen haben diese Veränderungen auf das Familienzusammenleben? Was schützt die Familie und was macht sie stabil? Was können Risikofaktoren sein? Wie müssen Unterstützungsangebote aussehen? Die folgenden Unterkapitel widmen sich diesen Themen und versuchen die Aspekte einer familienorientierten Förderung von Interaktion und Lebensqualität herauszuarbeiten.

2.1 Aktuelle Lebensumstände und Formen von Familien

Im Folgenden werden die statistischen Daten für 2009/2010 (zu Beginn der Datenerhebung dieser Arbeit) bezüglich der Lebensumstände und Formen von Familie in Deutschland und landesweit für Nordrhein-Westfalen dargestellt um einen Überblick über die aktuelle Lage für Familien zu bieten.

Insgesamt leben 8,2 Millionen Familien mit minderjährigen Kindern im Jahr 2009 in Deutschland. Während 1996 noch jede siebte Familie aus einem Elternteil mit Kindern bestand, ist 2009 jede fünfte Familie (19%) alleinerziehend (Statistisches Bundesamt 2010). Hier bestätigen sich ebenfalls die oben genannten Angaben der OECD (2011) für die Verhältnisse in Deutschland. In 90% der Fälle sind die Mütter das alleinerziehende Elternteil. Ehepaare bilden mit 72% der Familien den größten Anteil der Familienformen und Lebensgemeinschaften mit 9% den kleinsten Anteil.

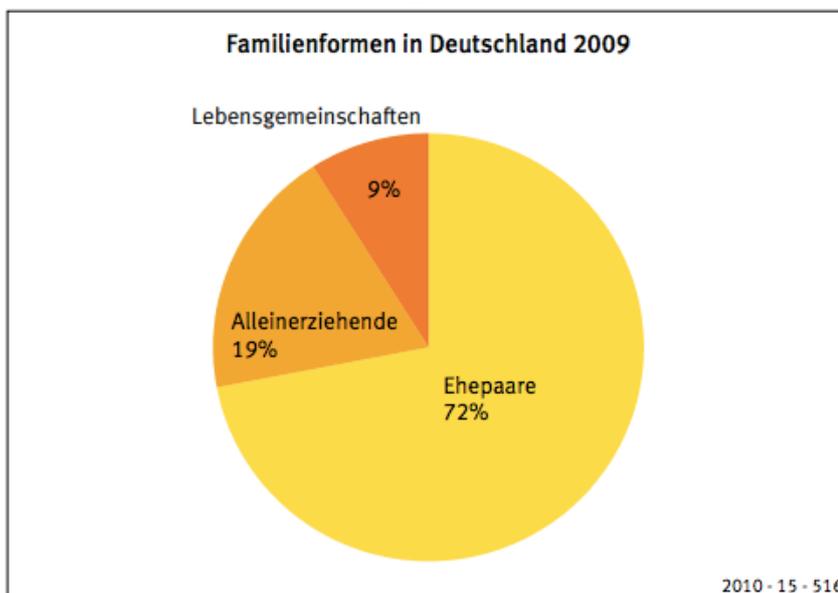


Abbildung 1 Familienformen in Deutschland 2009 (Statistisches Bundesamt 2010, 7)

Auf das Land Nordrhein-Westfalen (NRW) bezogen liegt der Anteil der Alleinerziehenden mit 17,4% etwas unter dem Durchschnitt. Im Vergleich dazu sind in Berlin 32,2% der Familien alleinerziehend. Insgesamt kann gesagt werden, dass in Großstädten überdurchschnittlich viele Ein-Eltern-Familien leben. Die Infrastruktur der Großstädte mit Versorgungseinrichtungen, einem dichten Verkehrsnetz und ausgebauten Betreuungseinrichtungen erleichtern den Alleinerziehenden die Bewältigung des Alltags. Schauen wir uns die Statistiken der Anzahl der Kinder an, so le-

ben im Jahr 2009 in Deutschland etwa 13,1 Millionen minderjährige Kinder, davon etwa 2,4 Millionen Kinder in einer Ein-Kind-Familie (Statistisches Bundesamt 2010). In NRW leben in diesem Jahr 15,2% der Kinder bei einem alleinerziehenden Elternteil und 7,3% in sogenannten Stieffamilien. Auch hier sind deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern zu verzeichnen: in Berlin hingegen leben 2009 31% der Kinder in Ein-Eltern-Familien und 8,3% in Stieffamilien (Bertram et al. 2011). Dabei ist zu beobachten, dass die Kinder aus Ein-Eltern-Familien tendenziell älter sind. So ist der Anteil der 0-5 Jährigen mit insgesamt 24% in dieser Familienform im Vergleich zu Ehepaaren und Lebensgemeinschaften am niedrigsten und der Anteil der über 10 Jährigen mit insgesamt 56% am höchsten (Statistisches Bundesamt 2011), siehe Abbildung 2.

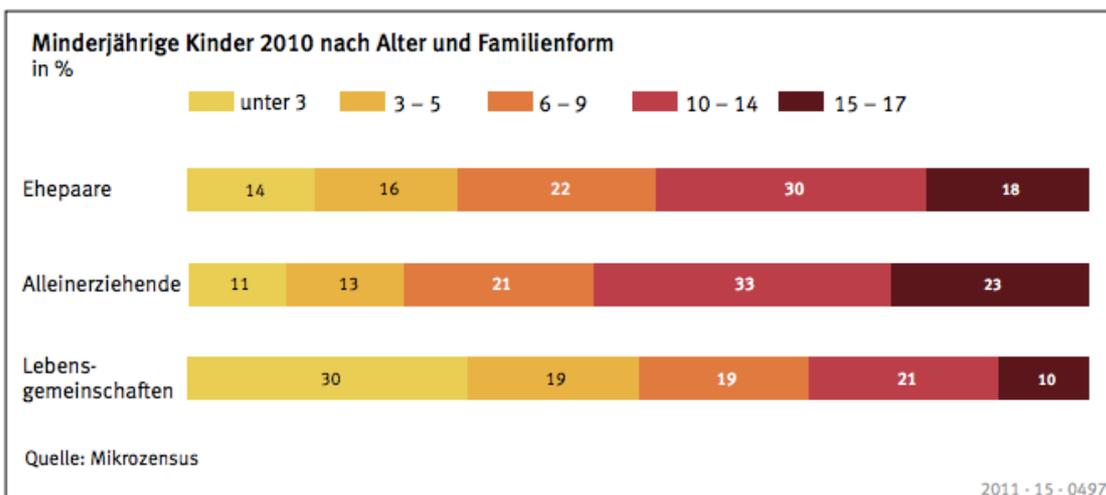


Abbildung 2 Minderjährige Kinder 2010 nach Alter und Familienform (Statistisches Bundesamt 2011, 11)

Die meisten Kinder wachsen in Deutschland mit Geschwistern auf. Im Jahr 2010 sind es 47,6% der minderjährigen Kinder, die ein Geschwisterkind haben, 19,1% mit zwei Geschwistern und 7,9% mit drei und mehr Geschwistern. Als Einzelkind leben in diesem Jahr 25,4% der Kinder in Deutschland. Der größte Anteil der Fami-

lien besteht statistisch gesehen somit aus einem Ehepaar mit zwei Kindern (Statistisches Bundesamt 2011).

Zur sozioökonomischen Lage von Familien werden im Folgenden die Berufstätigkeit und der Bildungsabschluss der Eltern sowie das Monatliche Haushaltseinkommen beleuchtet. Hinsichtlich der Berufstätigkeit zeigen sich im Jahr 2010 deutliche Unterschiede zwischen Paar-Familien und Ein-Eltern-Familien. Während in Paar-Familien 51% der Kinder mit berufstätigen Eltern aufwächst (davon zu 75% ein Elternteil in Vollzeit und das andere Elternteil in Teilzeit), leben 59% der Kinder aus Ein-Eltern-Familien mit einem berufstätigen und alleinerziehenden Elternteil, davon zu 56% in Teilzeit (Statistisches Bundesamt 2011, 17f.). Demnach stehen den Familien aus beiden Familienformen auch deutlich unterschiedliche Einkommen zur Verfügung. Im Einzelnen liegen wenige statistische Daten speziell für Familien und Familienformen vor. „Das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen der privaten Haushalte in Deutschland beträgt 3.471 Euro. Nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen verbleiben monatlich noch 2.706 Euro“ (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsförderung 2009, 12). Etwa die Hälfte des Netto-Einkommens wird durchschnittlich für Kosten wie Miete, Nahrungsmittel, Mobilität, Kinderbetreuung etc. ausgegeben (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsförderung 2009). Das Statistische Bundesamt (2017) gibt an, dass das monatlich zur Verfügung stehende Einkommen von privaten Haushalten in 2009 bei durchschnittlich bei 1.524,95 Euro lag.

Insbesondere die alleinerziehenden Familien, und damit zum größten Teil die alleinerziehenden Mütter, sind von Armut betroffen: 41,6% der Alleinerziehenden beziehen im Jahr 2008 Harz IV. Der Wert bei Paaren mit Kindern liegt deutlich niedriger bei 8,7% (BMFSFJ 2009). Keinen erheblichen Unterschied macht demgegenüber der berufliche Hintergrund von Müttern in Paarfamilien und allein-

erziehenden Müttern. In der folgenden Abbildung sind kleine Unterschiede zu erkennen: die alleinerziehenden Mütter absolvierten etwas seltener einen (Fach-) Hochschulabschluss und in ca. 5% der Fälle häufiger keinen beruflichen Abschluss als die Mütter in Paarfamilien (BMFSFJ 2009).

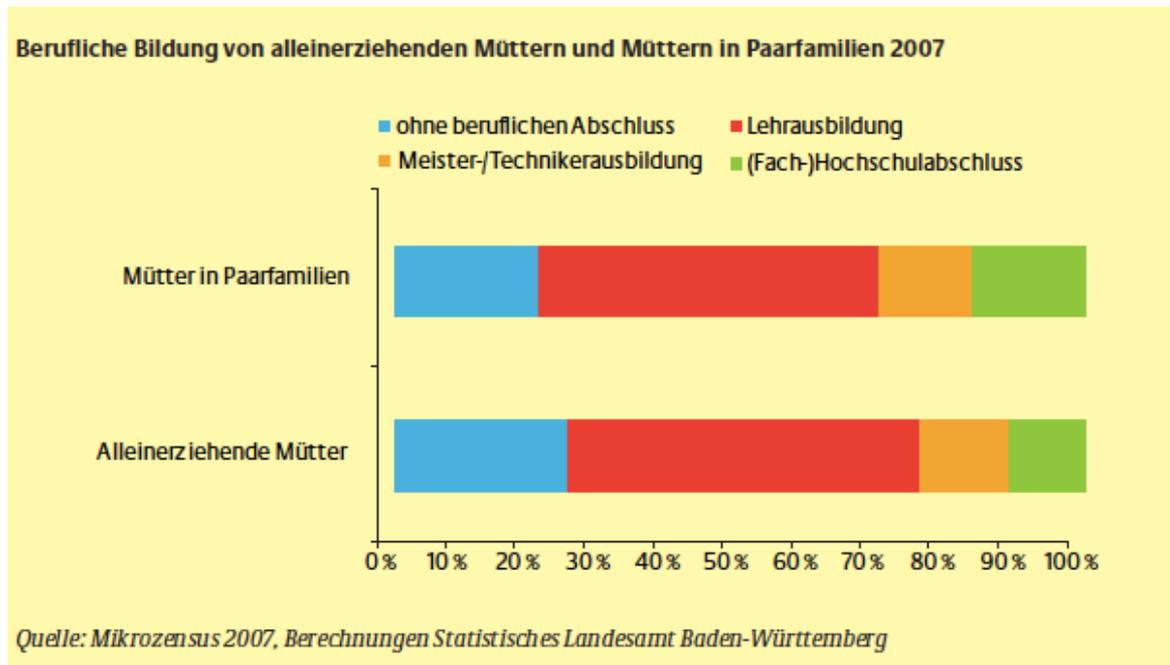


Abbildung 3 Berufliche Bildung von Müttern 2007 (BMFSFJ 2009, 89)

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf setzt voraus, dass Kinder in der Zeit, in der Eltern berufstätig sind, betreut werden. 2009 nehmen die Eltern von ca. 2 Millionen Kindern im Alter von 3-6 Jahren ein Angebot der Kindertagesbetreuung in Anspruch, was einer Betreuungsquote von bundesweit 92% entspricht. Der Großteil dieser Kinder verbringt täglich mehr als sieben Stunden in einer Betreuungseinrichtung (BMFSFJ 2010). Die Betreuung von Kindern im Alter unter 3 Jahren ist in diesen Zahlen noch nicht berücksichtigt und rückt erst in den Folgejahren zunehmend in den Fokus. So steigt die Betreuungsquote der unter dreijährigen Kindern von 15,5% in 2007 auf 27,6% in 2012. Auch in dieser Altersgruppe verbringt

der Großteil (51%) der insgesamt 558.000 betreuten Kinder mehr als sieben Stunden pro Tag in einer Betreuungseinrichtung (Statistisches Bundesamt 2012).

Alleinerziehende Elternteile suchen häufiger Angebote der Jugendhilfe wie zum Beispiel erzieherische Hilfen, sozialpädagogische Familienhilfe, betreute Wohnformen, Heimerziehung und Vollzeitpflege auf als Familien, in denen die Eltern zusammenleben (Statistisches Bundesamt 2010).

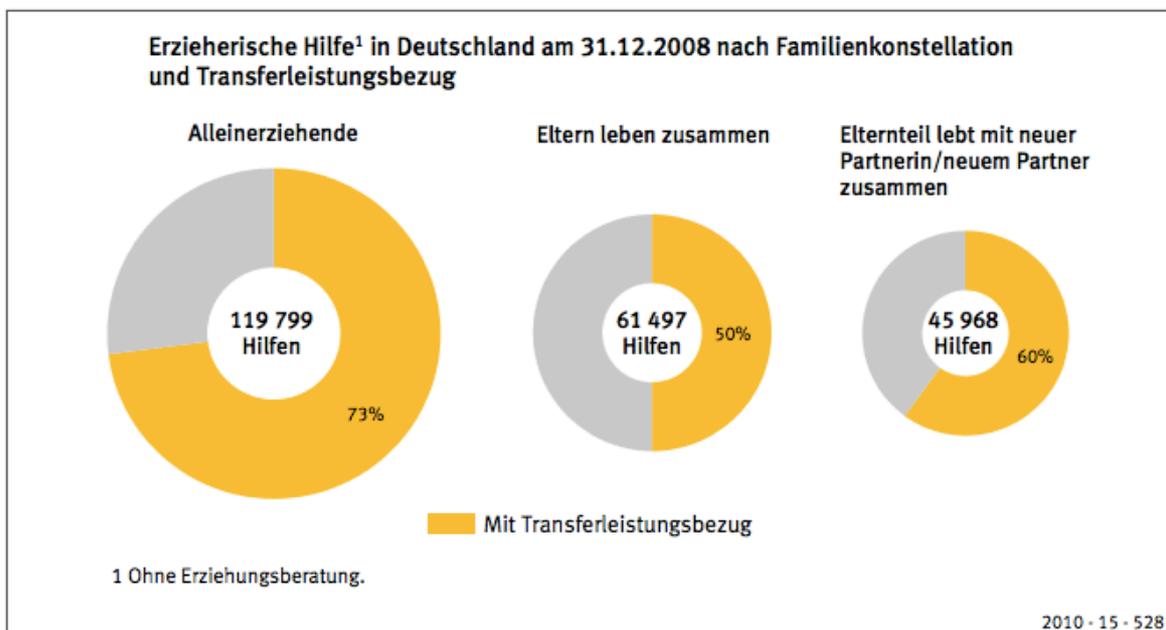


Abbildung 4 Inanspruchnahme von Erzieherischen Hilfen in Deutschland 2008 (Statistisches Bundesamt 2010, 32)

Hier wird auch deutlich, dass die Gesamtzahl der Hilfen sich zwischen Ein-Eltern-Familien und Paar-Familien in etwa ausgleichen, wenn die beiden in Abbildung 1.4 rechts aufgeführten Zahlen (Eltern leben zusammen und Elternteil lebt mit neuer Partnerin / neuem Partner zusammen) zusammengezählt werden. Im weiteren Vergleich liegt der Bezug von Transferleistungen, also die wirtschaftliche Unter-

stützung, bei Alleinerziehenden höher als bei Paar-Familien, die Erzieherische Hilfen aufsuchen.

Zusammenfassend kann zur aktuellen Lage von Familien festgehalten werden, dass Paar-Familien in Deutschland die häufigste Familienform darstellt, gleichzeitig etwa jedes fünfte Kind mit einem alleinerziehenden Elternteil und meist mit der Mutter eine Familie bildet. Diese Ein-Eltern-Familienform hat in den letzten Jahren insbesondere in Großstädten zugenommen hat und besonders häufig von Armut betroffen und nehmen Hilfeleistungen häufiger in Anspruch als Paar-Familien. Die meisten Kinder wachsen mit einem Geschwisterkind auf und verbringen durchschnittlich mehr als sieben Stunden in einer Betreuungseinrichtung.

2.2 Formen der Beziehung und Interaktion in der Familie

Der Familienpsychologie und -therapeut Schneewind (2008) sieht die „Gestaltung entwicklungsförderlicher Beziehungen [neben der Pflege, Erziehung und Bildung der Kinder] als eine herausgehobene Aufgabe im Familienkontext" (Schneewind 2008, 257). Tragfähige Beziehungen haben, wenn sie emotional bedeutsam für die Interaktionspartner sind, einen hohen Einfluss auf die Entwicklung des Menschen - und zwar über die gesamte Lebensspanne hinweg (Bowlby 1982). Kinder, die eine sichere Bindung zu ihren Eltern oder einer älteren und reiferen Person aufbauen konnten, entwickeln demnach ein höheres Explorationsverhalten: Sie trauen sich mehr zu, können auch in späteren Entwicklungsphasen mit Herausforderungen besser umgehen, für das Selbstkonzept bedeutsame Erfahrungen machen und erfolgreichere Problemlösestrategien entwickeln als Kinder, die unsicher gebunden sind (Griebel & Niesel 2011 / Fuhrer 2008 / Lengning & Lüpschen 2012 / Schleiffer 2001). Dass der Aufbau einer sicheren Eltern-Kind-Beziehung beispielsweise auch

langfristige Auswirkungen auf eine variationsreiche Kommunikation zwischen Jugendlichen und ihren Eltern zur Folge hat, konnte Kreppner (1999) in einer mehrjährigen Befragung von Jugendlichen beobachten. Er betont die Bedeutsamkeit eines Familiensystems für die Entwicklung einer ausgeprägten Interaktionsfähigkeit:

Denn es sind nicht nur direkten Erfahrungen in den Zweier-Beziehungen mit Mutter und Vater, sondern es ist das Heranwachsen in einer Familie, das heißt, in einer Gruppe mit anderen Familienmitgliedern aus mehreren Generationen (Geschwister, Eltern, Großeltern), in der das Kind die Möglichkeit hat, andere Zweierbeziehungen gleichsam von außen zu betrachten. In diesem Sinne ist die Familie eine Arena von Zweierbeziehungen und das Kind kann wie auf einem Monitor diese Interaktionen verfolgen (Kreppner 1993, 82f.).

Hinsichtlich dieser Zweier-Beziehungen ist das System Familien durch Subsysteme geprägt, denn Familienmitglieder gehen unterschiedliche Koalitionen miteinander ein. So bilden zum einen die Elternteile und Geschwister untereinander ein Subsystem sowie ein Elternteil mit jeweils einem Kind (Schneewind 2008). Die Intensität der Interaktion in diesen Subsystemen hat hier einen entscheidenden Einfluss: „Je häufiger sich die familieninternen Interaktions- und Kommunikationsprozesse wiederholen, desto mehr verdichten sich diese zu spezifischen Bindungsmustern, die wiederum an Unterschieden in den zentralen Beziehungsdimensionen wie z. B. Nähe, Flexibilität oder Kommunikation erkennbar werden" (Olson & Gorall 2003, zitiert nach Schneewind 2008, 257). Aus der Bindungsforschung ist bekannt, dass insbesondere Empathie und Feinfühligkeit der Eltern grundlegende Interaktionsfertigkeiten sind und als Bedingungen für die positive Entwicklung des Kindes gesehen werden können (Reif 1979 / Grossmann & Grossmann 2008). Das Verhalten von Eltern ihren Kindern gegenüber ist unter diesen Bedingungen von zwei überwiegenden Mustern geprägt: der Responsivität, also dem angemessenen Reagieren auf kindliches Verhalten, und von Wärme, also fürsorglicher und positiv ausge-

richteter Emotionalität. Schneewind (2008) leitet dazu vier Kompetenz-Bereiche von Eltern ab:

- (1) selbstbezogene Kompetenzen (eigene Wertvorstellungen und Handlungskontrolle)
- (2) kindbezogene Kompetenzen (Entwicklungen des Kindes fördern, Zuneigung gewähren)
- (3) kontextbezogene Kompetenzen (für das Kind förderliche Situationen und Angebote gestalten)
- (4) handlungsbezogene Kompetenzen (eigene Handlungen vertreten und reflektieren können).

Die Anforderungen an die Interaktionsfähigkeit von Eltern und die Entwicklung der oben genannten Kompetenzbereiche werden, insbesondere im Zuge des Ausbaus von Betreuungszeiten für 0-6 jährige Kinder, die Übergänge von der Familie in die Kita und von der Kita in die Grundschule für die Beziehungs- und Bindungsgestaltung bedeutsam. Diese sogenannten Transitionsprozesse sind komplex, da sowohl den Kindern als auch den Eltern neue Rollen zugeschrieben werden und damit auch neue Aufgaben auf sie zukommen (Kuhlenkamp 2010). So übernimmt beispielsweise das Kindergartenkind die neue Rolle des Schulkindes. Aus Eltern eines Kindergartenkindes werden Eltern eines Schulkindes. Transitionen zeichnen sich also dadurch aus, dass bedeutsame Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden und längerfristige soziale Prozesse aufzeigen. Sie fordern auf Seiten der Akteure die Entwicklung neuer Strategien sowie die Begleitung von komplexen Lernprozessen zur Bewältigung der neuen Aufgaben. Dadurch werden Anpassungsleitungen zu Entwicklungsaufgaben für Kinder und Ihre Eltern (Griebel & Niesel 2011). Die Transitionsforschung unterscheidet hier zwischen der Über-

gangsbewältigung und einer Übergangsgestaltung. Während die Kinder als Betroffene den Eintritt in die Kita oder Schule bewältigen müssen, entsteht für die Eltern eine Doppelrolle: zum Einen sind auch sie Betroffene, die den Prozess bewältigen müssen (neue Rollen und neue Aufgaben als Eltern eines Kindergarten- oder Schulkindes). Zum Anderen haben sie die Aufgabe die Bewältigung der Übergangsprozess ihrer Kinder zu begleiten, bzw. zu gestalten und nehmen hier die Rolle von Unterstützenden und Moderierenden ein (Griebel & Niesel 2011).

2.3 Theoretische Modelle von Prävention und Gesundheitsförderung

Die wohl bekannteste Definition von Gesundheit, die hier einen Zusammenhang von subjektiven Wohlbefinden und gesundheitsbezogener Lebenszufriedenheit herstellen lässt, beschreibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO): „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (World Health Organization 1946, 1). Obwohl bereits 1946 ein ganzheitlich orientiertes Gesundheitsverständnis definiert wurde, kann man von einem Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem von der Prävention, der Vermeidung von Krankheiten hin zur Förderung von Gesundheit erst später berichten. Zunächst soll im Folgenden auf den Begriff der Prävention eingegangen werden um anschließend den Unterschied zur Gesundheitsförderung herauszuarbeiten.

Maßnahmen einer ersten Klassifikation von Vermeidung von Krankheiten, der Primärprävention, richten sich aktiv an eine breite Zielgruppe, anstatt die Nachfragen einzelner zu bedienen (Lepping 2010). Angesprochen werden dabei gesunde Personen, mit dem Ziel die Inzidenz einer Krankheit zu verringern und zwar zu einem Zeitpunkt bevor sie eintritt. Als Beispiele solcher Maßnahmen nennt Lep-

ping (2010) Impfungen oder Anti-Drogen-Kampagnen. Die Sekundärprävention setzt bei Akutpatienten, bzw. Klienten im Frühstadium einer Krankheit ein. Ziel ist es dabei die Progredienz oder Chronifizierung zu verhindern (Lepping 2010). In vielen Fällen nehmen die Adressat*innen eine Symptomatik noch nicht wahr und werden durch z. B. Screenings zu Patient*innen. Haben sich Erkrankung bei Patient*innen manifestiert und beeinträchtigen diese bereits auf chronische Weise, sollen Maßnahmen der Tertiärprävention mögliche Folgeschäden verhindern (Lepping 2010). Der strategische Umgang von Prävention ist durch eine kaum mögliche Trennschärfe in Definition und Konzepten sehr vielfältig. Dies zeigt sich in einer großen Vielzahl präventiver Interventionen und in den Forderungen einerseits eine Breitenwirkung zu erzeugen und andererseits die Maßnahmen zielgruppenspezifisch auszurichten (Lepping 2010 / Hurrelmann, Klotz & Haisch 2010). Auch methodisch werden unterschiedliche Wege verfolgt: neben sogenannten edukativen Verfahren, die über Aufklärung, Beratung und Verhaltenstraining eine Einsicht der Adressaten erzielen wollen, nutzen normativ-regulatorische sowie ökonomische Maßnahmen den Weg der Reglementierung und Gesetze, wie z. B. die Einführung einer Promillegrenze oder die Erhöhung der Tabaksteuer. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und Vernetzung der bisher noch nebeneinander existierenden Interventionen und Konzepte wird in diesem Zusammenhang ebenso gefordert wie aussagefähige Evaluationen: „Evidenzbasierung von Interventionen ist jedoch die Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte Praxis, nicht nur im Rahmen der Therapie, sondern auch der Prävention" (Lepping 2010, 42).

Die aktuellen Konzepte der Gesundheitsförderung beruhen auf dem Salutogenese Modell von Aaron Antonovsky (Altgeld & Kolip 2010). Der Soziologe beobachtete in den 1970er Jahren bei Frauen, die in der Zeit des Nationalsozialismus in einem Konzentrationslager misshandelt wurden, dass sie die traumatisierenden Erlebnis-

se auf ganz unterschiedliche Weise verarbeiteten. Manche der Frauen zerbrachen emotional an den Folgen der Traumatisierung, andere Frauen zeigten hingegen eine für Antonovsky erstaunlich stabile mentale Verfassung (Franke 2010). Er beschäftigte sich fortan mit der Frage, wie Menschen trotz widriger Umstände und lebensbedrohlicher Erfahrungen gesund bleiben. Dabei bezog Antonovsky sich vor allem auf die psychosomatische und psychosoziale Gesundheit. Es entstand der Ansatz der Salutogenese (Antonovsky 1997). Im Gegensatz zur Pathogenese fragt die Salutogenese nicht „Was macht den Menschen krank?“, sondern: „Was erhält den Menschen gesund“ (Bonney 2011). Gesundheit ist hier als ein dynamischer Prozess zwischen den Polen „gesund“ und „krank“ zu verstehen. Antonovsky spricht von einem „Kontinuum“, d. h. ein Mensch ist immer zu einem gewissen Anteil gesund und gleichzeitig zu einem gewissen Anteil krank (Antonovsky 1997, 34). Die Zuordnung zu den beiden Polen hängt von dem sogenannten Sense of Coherence (SOC), dem Kohärenzgefühl ab. Damit ist ein Gefühl des Vertrauens, ein Gefühl des Zusammenhangs der Dinge im Leben gemeint. Drei Bereiche differenzieren das SOC: 1. Verstehbarkeit, 2. Handhabbarkeit, 3. Bedeutsamkeit. Zur Verstehbarkeit kann ein Mensch die Aussage treffen: „Ich empfinde die Anforderungen des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar.“ Je mehr diese Aussage zutrifft, desto stärker ist das SOC ausgeprägt und beeinflusst die Bewegung zum gesunden Pol des Menschen. Der Bereich Handhabbarkeit spricht die Ressourcen an, die einem Menschen zur Verfügung stehen um den Anforderungen des Lebens begegnen zu können. Die Bedeutsamkeit, der dritte und als wichtigster bezeichnete Bereich, fragt, ob die Anforderungen, die einem Menschen in seinem Leben wiederfahren, für ihn sinnhafte Herausforderungen sind und sich somit ein Engagement in der Bewältigung lohnen (Antonovsky 1997).

Aus einer sozialisationstheoretischer Perspektive definiert Hurrelmann (2006, 146) Gesundheit als „Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das dann eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch der äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt“ (Hurrelmann 2006, 146). Den Stressoren und Risiken, die Krankheit begünstigen, stehen Schutz-, bzw. Resilienzfaktoren gegenüber, die die seelische Widerstandsfähigkeit eines Menschen und damit das SOC positiv stärken. Franke (2010, 179) fasst die 4 wichtigsten Resilienzfaktoren wie folgt zusammen:

(1) Gesellschaftlich-kulturelle Faktoren (z.B. Struktur und Halt gebende Instanzen wie Religionen, Regierungssysteme, Volksgruppe, Zugang zu Bildungsinhalten)

(2) Materielle Faktoren (z.B. finanzielle Ressourcen, Verfügbarkeit materieller Güter)

(3) Soziale Faktoren (z.B. bedeutsame Bezugspersonen, Gruppenzugehörigkeit)

(4) Personale Faktoren (z.B. Ich-Identität, Selbstvertrauen, Bildungsgrad)

Die sozialen Ressourcen umfassen alle Beziehungen, denen ein Mensch eine Bedeutung zumisst: „Eine gute Integration in soziale Beziehungen geht mit einer hohen sozialen Kompetenz und Kompetenz zur vorbeugenden Bewältigung gesundheitlicher Krisensituationen einher und kann die Auftretenswahrscheinlichkeit belastender Situationen senken“ (Erhart, Hurrelmann & Ravens-Sieberer 2008, 430). Zu den personalen Ressourcen zählen Persönlichkeitsmerkmale, die die Erhaltung von Gesundheit unterstützen. Insbesondere die Selbstwirksamkeitserwartung, ein grundlegender Optimismus und das Merkmal Hardiness sind hier von großer Bedeutung. Darunter sind die Überzeugungen zu verstehen, dass einem Menschen zu Bewältigung von Herausforderungen genügend Ressourcen zur Verfügung ste-

hen, sich die Ereignisse des eigenen Lebens zum Guten entwickeln werden und Herausforderungen mit einem hohen Maß an Engagement nicht als Bedrohung wahrgenommen werden (Erhart, Hurrelmann & Ravens-Sieberer 2008).

Zusammenfassend kann zunächst gesagt werden, dass sowohl Prävention als auch Gesundheitsförderung Handlungen und gezielte Interventionen mit dem Ziel des Gesundheitsgewinn verfolgen (Hurrelmann, Klotz & Haisch 2010 / Altgeld & Kolip 2010). So vielfältig wie die Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung sind, so vielfältig auch ihre Finanzierung. Eine Mischfinanzierung setzt sich aus den Vorgaben der gesetzlichen Krankenkassen, der gesetzlichen Unfallversicherung, nichtstaatlicher Einrichtungen (Fördergelder aus anderen Sektoren, Eigenmittel, Spenden, Mitgliedsbeiträge), privater Investitionen sowie zum höchsten Anteil aus öffentlichen Mitteln (Plamper & Stock 2010). Hier fehlen jedoch genauere Übersichten und es unterscheiden sich die Finanzierungswege, wodurch mögliche „Synergieeffekte unterschiedlicher Präventionsansätze“ (Altgeld & Kolip 2010, 54) verhindert werden. Bisher ist der Stellenwert von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung im Versorgungssystem als sehr gering einzuschätzen: Nur etwa 4% der finanziellen Ressourcen der gesetzlichen Krankenkassen werden beispielsweise dazu bereitgestellt. Therapie und Kuration nehmen noch den deutlichen Schwerpunkt ein, wengleich dies nicht nachhaltig zu tragen ist (Hurrelmann, Klotz & Haisch 2010).

Der 13. Kinder- und Jugendbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ 2009) greift erstmals in einem Kinder- und Jugendbericht die Förderung von Menschen mit Benachteiligung / von Behinderung bedrohter Menschen auf und bezieht die Berichterstattung und auch die abgeleiteten Empfehlungen konkret auf das Thema der Prävention und Gesundheitsförderung. Wie kann konkret und aktiv zur Verbesserung von Gesundheit vorgegangen

werden? Neben der Stärkung der Lebenssouveränität und der Förderung positiver Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen fordert die dritte von insgesamt zwölf Leitlinien einen Lebenswelt- und Kontextbezug in gesundheitsfördernden Maßnahmen: „Die Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention der Kinder- und Jugendhilfe sind lebensweltbezogen zu entwickeln. Sie sind an den sozialräumlichen Kontexten der Heranwachsenden zu orientieren“ (BMFSFJ 2009, 250). Altgeld & Kolip (2010) betonen in diesem Zusammenhang die Leitgedanken der Ottawa-Charta der WHO aus dem Jahre 1986: Die Selbstbestimmung der Menschen über ihre Gesundheit und die Förderung von Gesundheit als Aufgabe aller Politikbereiche. Die Kernstrategie stellt auch hier in der konkreten Umsetzungen der Setting-Ansatz dar: „Die Fokussierung auf definierte Sozialräume, sei es das Quartier, der Betrieb, die Schule oder das Krankenhaus, ermöglicht es, die Zielgruppen und Akteure genauer zu bestimmen, adäquate Zugangswege zu definieren und die vorhandenen Ressourcen zu nutzen“ (Altgeld & Kolip 2010, 49). Die konkrete Umsetzung einer familienorientierten Gesundheitsförderung und Prävention nach dem Setting-Ansatz soll im folgenden Kapitel hinsichtlich der familiären Lebenszufriedenheit thematisiert werden.

2.4 Prävention und gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit von Familien

Werden Kinder nach ihrem subjektiven Wohlbefinden befragt, so geben durchschnittlich 90% der befragten Kindern im Jahre 2009 in Deutschland an sich gut zu fühlen und sich auch gesund einzuschätzen (Bertram et al. 2011). Wenn Kinder allerdings Stressoren in ihrer Entwicklung erleben, dann insbesondere durch Belastungen in der Familie: Weniger verbindliche Partnerschaften der Eltern, wirtschaftlicher Druck im Berufs- und Privatleben sowie Verunsicherungen im Erziehungsstil führen zu Überforderungen in der ausgeglichenen Bewältigung (Erhart,

Hurrelmann & Ravens-Sieberer 2008). Immer mehr Familien stehen vor der großen Herausforderung trotz erhöhter Belastungen im Berufs- wie auch Privatleben „ihre regenerativen Funktionen [...] zu erfüllen“ (Schnabel 2010, 313). Damit ist die Regeneration auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene gemeint, die zu den Aufgaben der Familie als Sozialisationsinstanz zählt. Neben Wissen und Bildung sind emotionale Zufriedenheit und Selbstwirksamkeit bedeutende Aspekte der körperlichen und seelischen Gesundheit von Kindern (Schnabel 2010). Bertram et al. (2011) konnten eine hohe Korrelation zwischen dem subjektiven Wohlbefinden von Kindern und gemeinsamen Unternehmungen / Hobbies mit dem Vater feststellen und fordern von einer Politik für Kinder Ideen „wie sich die Lebenssituation in spezifischen familiären Lebensformen besser unterstützen lässt und wie sie auch dazu beitragen kann, dass die Väter begreifen, dass gemeinsame Interessen und gemeinsame Tätigkeit mit den Kindern für das Kindeswohl von großer Bedeutung sind“ (Bertram 2011 et al. 2011, 58).

Die Dimension „Lebensqualität“ ist als Konzept seit der Antike bekannt und beschreibt sowohl die subjektive Wahrnehmung von Lebensqualität als auch objektiv beobachtbare Lebensbedingungen. Sie ist eng mit dem Konzept der Lebenszufriedenheit verbunden (Glatzer 2002). Dabei handelt es sich um ein Konzept, das ein subjektives Wohlbefinden beschreibt, also solche Aussagen umfasst, die ein Mensch über sich selbst trifft. Glatzer (2002) unterscheidet in seiner Definition dazu: „Lebenszufriedenheit ist eine individuelle Zielvorstellung, Lebensqualität ist eine moderne Leitidee für die gesellschaftliche Gestaltung der Lebensverhältnisse“ (Glatzer 2002, 248). In der vorliegenden Arbeit soll eben dieser individuelle Zugang, also die Lebenszufriedenheit von Familien weiter verfolgt werden um einen Bezug zu den individuellen Einschätzungen und Bewertungen von Familien herstellen zu können. Ravens-Sieberer & Wille 2008 (zitiert nach Erhardt, Ottova

& Ravens-Sieberer 2010) bemessen neben den personalen und sozialen Ressourcen vor allem den familiären Ressourcen für die gesunde Entwicklung von Kindern eine besonders große Bedeutung: „Hierzu werden die soziale Unterstützung und der Rückhalt der Eltern gezählt, sowie ein gut ausgeprägter familiärer Zusammenhalt und ein positives Familienklima“ (Ravens-Sieberer & Wille 2008, zitiert nach Erhardt et al. 2010, 60). Als Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung im Kindesalter sind deshalb die größten Präventionspotenziale im Familienkontext zu sehen. Hier werden Maßnahmen zur „Förderung der Elternkompetenz“ sowie zur „Stärkung familialer Stressbewältigungskompetenzen“ empfohlen (Erhart et al. 2010, 65). Schnabel (2001) empfiehlt zur Stärkung von Gesundheitsressourcen in Familien fünf übergeordnete Interventionsmodule, die idealerweise zusammen eingesetzt werden sollen:

- (1) Vorbereitung auf das Zusammenleben und der Familie
- (2) Kompetenzbildung in und mit jungen Familien
- (3) Stärkung der Bewältigungskompetenzen von Risikofamilien
- (4) Gesundheitsförderung als Reorganisationshilfe für "Rest"-Familien
- (5) Förderung älterer Paare und Singles

Hier wird die Berücksichtigung der gesamten Lebensspanne deutlich: noch vor Gründung einer Familie sollten sich laut Schnabel (2001) Jugendliche mit dem Thema Gesundheit in der Familie beschäftigen (1. Modul) und insbesondere bei der Geburt des ersten Kindes Unterstützung in Form von z.B. Beratung erhalten (2. Modul). Unter Risikofamilien sind z. B. Einelternfamilien, Patchworkfamilien und Familien mit mehr als zwei Kindern, aber auch Familien mit Migrationshintergrund und Familien mit erhöhten finanziellen und sozialen Belastungen zu verstehen. In

Modul 3 sollen diese Familien in ihrer "Sozialisationsfähigkeit" gefördert werden. Die beiden letzten Module beinhalten die Hilfen zur Organisation und Ausrichtung des Alltags nachdem eigene Kinder den Familienhaushalt verlassen haben und die Versorgung verwitweter älterer Menschen gewährleistet wird (Schnabel 2001). Zur Erstellung eines Interventionsprogramms bieten sich demnach für diese Arbeit insbesondere die Module 2 und 3 an.

Haverkamp (2006) weist ebenfalls darauf hin, dass für eine gelungene Präventionsmaßnahme für Kinder und Jugendliche die „Einbeziehung von Kind und Eltern“ sowie die „Elterliche Ermutigung und Anleitung“ (Haverkamp 2006, 145) einen bedeutsamen Einflussfaktor darstellt. „Ziel von Präventionsmaßnahmen sollte es sein, die Lebensbedingungen und Entwicklungsbedingungen von Familien und deren Kindern effektiv und anhaltend zu verbessern“ (Lengning 2010, 1056). Die Nachhaltigkeit von Präventionsangeboten kann vor allem dann gesichert werden, wenn eine Übertragbarkeit der Förderinhalte sowie ihre Wirksamkeit auch in den Familienalltag möglich ist (Hager & Hasselhorn 2000, zitiert nach Lengning 2010), alternative Verhaltensweisen in das eigene Handlungsrepertoire aufgenommen und als solche reflektiert werden können.

3 Bewegungsorientierte Entwicklungsförderung

In den vorangegangenen Kapiteln ist deutlich geworden, dass positive Selbstwirksamkeitserfahrungen bezeichnende Resilienzfaktoren sind und ebenso einen Einfluss auf die Beziehungsgestaltung und Interaktion zwischen einer Dyade haben. Als eine Voraussetzung dafür wurden sozial-emotionale Kompetenzen des Kindes und auch der erwachsenen Beziehungs- und Bindungspersonen beschrieben. In diesem Kapitel sollen kurz auf die Grundlagen und aktuellen Tendenzen einer bewegungsorientierten Entwicklungsförderung sowie ihrer Bedeutung für Interaktion und im besonderen in der Familie. Wie auch zu Beginn dieser Arbeit betont, ist Bewegung als zentrales Moment zu verstehen:

Wenn wir von Entwicklung sprechen, so meinen wir damit einen lebenslangen Prozess, der durch die Interaktion des aktiv handelnden Individuums mit seiner Umwelt in verschiedenen ökologischen Kontexten gekennzeichnet ist. [...] Die Eigenaktivität des Kindes, d.h. seine spontane Motivation zu explorieren und sich aktiv mit der Umwelt auseinanderzusetzen, ist nicht nur ein psychisches Grundbedürfnis des Kindes, sondern zugleich der Motor seiner Entwicklung (Krus 2008, 65).

Zudem hat eine hohe motorische Leistungsfähigkeit und motorische Sicherheit bei Kindern positive Auswirkungen auf die Gesundheit (der Vorbeugung von Beeinträchtigungen), die Unfallprävention (Vetter, Kuhnen & Lensing-Conrady 2008) sowie die Intelligenzleistung (Beudels 1996). Im Erwachsenenalter kann regelmäßige Bewegung seelische Gesundheit (bessere Stimmung, weniger Ängstlichkeit) begünstigen (Schlicht 1994). Die Thermo-Regulationshypothese erklärt die positive Wirkung von Bewegung auf physischer Ebene: eine Erhöhung der Sauerstoffversorgung, Durchblutung und Stoffwechselintensität hat einen Anstieg der Körpertemperatur und eine erhöhte Sensibilität der Sinnesrezeptoren zur Folge.

Die Langzeitstudie des Robert-Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, die KiGGS Studie, zeigt in einem Zwischen-

bericht von 2007, dass sich die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit Adipositas seit den Untersuchungen von 1985-1999 verdoppelt hat (Kurth & Schaffrath Rosario 2007). In diesem Ergebnis zeigt sich auch die veränderte Bewegungsintensität von Kindern und Jugendlichen, die in Deutschland aufwachsen. Das Projekt „Kitas bewegen - für eine gute gesunde Kita“ der Bertelsmann Stiftung hat u.a. diese Ergebnisse aufgegriffen und bietet einen Konzeptentwurf auf Grundlage der Wechselwirkungen von Bildung, Gesundheit und Bewegung: es versteht sich als Unterstützung der langfristigen und zielgerichteten Entwicklung von Kindertageseinrichtungen mit der Implementierung dieses ganzheitlichen Ansatzes. Ziel ist es den Kindern und ihren Familien und auch Mitarbeiterinnen Bildungs- und Entwicklungschancen zu ermöglichen: „Bildung versteht sich in einer guten gesunden Kita als ganzheitlicher Prozess, in dessen Mittelpunkt die Stärkung des positiven Selbstkonzepts und Selbstwertgefühls, die Selbstregulationsfähigkeit und Bindungs- sowie Kommunikationsfähigkeit stehen“ (Engelhardt & Halle 2010, 173). Hier wird der Zusammenhang zwischen Bildung, Selbstwirksamkeitserfahrungen sowie Interaktion besonders deutlich.

Viele Autor*innen, die sich mit der Verbindung von frühkindlicher Bildung, Entwicklungsförderung, Wahrnehmung und Bewegung beschäftigen, verwenden den Begriff „Psychomotorik“. Dabei ist häufig eine praxeologische Perspektive gemeint (Hölter 1998), also die handlungsorientierte und praktische Umsetzung von Bewegungsförderung für verschiedene Klientel. In den folgenden Ausführungen wird dieser Begriff in einem kurzen Überblick eingeführt, definiert und der Versuch angestellt ihn in den Zusammenhang zur den bereits beschriebenen Aspekten von Prävention, Interaktion und Familie zu stellen.

3.1 Aktuelle Tendenzen und Prinzipien

Die Ansätze der Psychomotorik sind gekennzeichnet durch die Grundannahme einer engen Verknüpfung der körperlich-motorischen und geistig-seelischen, bzw. psychischen Entwicklung des Individuums (Hünnekens & Kiphard 1985 / Reichenbach 2010) . Neben Seguin und Itard, die im 19. Jhd. das erste bewegungsorientierte Förderkonzept für Menschen mit Beeinträchtigungen zusammenstellten, entwickelte Montessori spezielle Sinnesmaterialien, anhand derer Kinder selbstständig lernten (Fischer 2011). Hünnekens und Kiphard (1985) waren es, die in Deutschland in den 1950er Jahren so genannte „psychomotorische Übungsbehandlungen“ veröffentlichten. In den vergangenen sechs Jahrzehnten haben sich daraus verschiedene, zum Teil aufeinander aufbauende und ergänzende Konzepte der Psychomotorik in den Bereichen Therapie und Pädagogik entwickelt (Hölter 1998 / Reichenbach 2010 / Fischer 2008).

Der Begriff der psychomotorischen Förderung wird in diesem Zusammenhang häufig verwendet: „Die Aufgabe von Förderung ist nach neuerer Auffassung nicht die Beschäftigung mit dem Defizit oder der Einschränkung, sondern mit der Person selbst, und dieses geschieht über die Gestaltung von Angeboten und Erfahrungsgelegenheiten für eine aktional getragenen Selbstorganisation" (Fischer 2011, 5). Diese Aussage beschreibt eines der Prinzipien der Psychomotorik, nämlich der Ressourcenorientierung. Drei Säulen umschreiben in vielen der Konzepte die Kompetenzbereiche des Individuums, die über eine psychomotorische Förderung angesprochen werden sollen, da sie entscheidend zur Entwicklung und Stärkung des Selbstkonzeptes beitragen können: die Ich-Kompetenz, die Sozial-Kompetenz und die Material-Kompetenz. Jeder Mensch sollte demnach im Laufe seiner Entwicklung umfangreiche Erfahrungen im Umgang mit sich selbst, mit anderen und mit den unterschiedlichen Materialien seiner Umgebung machen (Eggert 2005).

Auf die Landschaft der Konzepte und ihrer konkreten Vorstellung soll hier nicht weiter eingegangen werden, sondern vielmehr auf eine Einordnung in das Bildungs- und Gesundheitssystem, grundlegende Prinzipien sowie aktuelle Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit einer bewegungsorientierten Entwicklungsförderung.

Die wesentlichen vier Paradigmen der Körper- und Bewegungsarbeit sind laut Seewald (2006, 282) fächerübergreifend

- (1) pädagogisch-bildungstheoretisch
- (2) therapeutisch
- (3) entwicklungsfördernd
- (4) gesundheitsfördernd.

Er ordnet die Psychomotorik deutlich dem Paradigma der Entwicklungsförderung zu. Als ein neues Paradigma sollte die Gesundheitsförderung Einzug in diesen Bereich erhalten, da zum einen die Prinzipien der Salutogenese mit denen der Psychomotorik in hohem Maße übereinstimmen (Seewald 2006). Zum anderen „gewinnt [man] durch das neue Paradigma den Anschluss an ein Thema von großer gesellschaftlicher Relevanz, das in Zukunft sicher noch an Bedeutung zunehmen wird“ (Seewald 2006, 289). Ziel in der Gestaltung von Gesundheitsförderangeboten sollte die Möglichkeit sein Verschiebungen auf dem HEDE-Kontinuum zu erfahren. Dazu sollten bei Angeboten für Kinder das Erleben von Selbstwirksamkeit und der Entwicklung von Bewältigungs- und Copingstrategien im Vordergrund stehen, während es für Erwachsene u. a. gilt „die eigene Befindlichkeit bezogen auf gesundheitsrelevantes Verhalten besser wahrzunehmen[, wie z. B.] leibliches Spüren der Bedürfnisse nach Ruhe oder Bewegung“ (Seewald 2006, 289).

Vetter (2009) formuliert in diesem Zusammenhang eine weitreichende Definition: „Psychomotorik ermöglicht die Herstellung und / oder Sicherung von heterogenen Entwicklungskontexten und individuell optimalen Entwicklungsverläufen durch Spiel- und Bewegungsangebote und bewegungsbezogene Unterstützung, die Kompetenz erweiternd im Hinblick auf Entwicklung, Lernen, Bildung, Gesundheit und Erziehung sind“ (Vetter 2009, 66). Ein ganzheitlich orientiertes Verständnis von Lernen und Entwicklung sowie eine daraus resultierende psychomotorische Haltung sind als die Kernaufgaben einer pädagogischen bzw. therapeutischen Fachkraft zu verstehen. Im Folgenden sollen diese zusammenfassend dargestellt werden.

Nach den Grundsätzen der humanistischen Psychologie und insbesondere der klientenzentrierten Arbeit nach Rogers (1991) sind Individuen ganzheitliche und vollständige Personen, die mit internalen Wachstumsressourcen in einem ständigen Wachstumsprozess stehen (Rogers 1991 / Mearns & Thorne 1988, zitiert nach Korunka 1992). Wenn Basisprinzipien wie Kongruenz, Empathie und Akzeptanz in die pädagogische und therapeutische Beziehung von Seiten der Fachkraft eingebunden werden, kann sich ein Individuum von sich aus entwickeln (Rogers 1991 / Mearns & Thorne 1988, zitiert nach Korunka 1992 / Keßel 2014). Ebenso wie in der personenzentrierten Psychotherapie gehen die Ansätze der bewegungsorientierten Entwicklungsförderung davon aus, dass ein Individuum von sich aus nach Wachstum und Entwicklung strebt und es nicht explizit durch eine bestimmte Methode auf direkte Art und Weise gefördert werden muss. „Zwar gibt es eine äußere Wirklichkeit, doch das, was wir von ihr wissen, erfahren wir, wie ich meine, durch den Körper in Bewegung, durch Repräsentation seiner Störungen“ (Damasio 1997, 312).

Wenn ein Individuum also neues Wissen über sich selbst in Interaktion mit der Umwelt erlangen möchte, wie etwa die Erkenntnis „Ich wirke und habe über mein Handeln Einfluss auf meine Umwelt.“ bietet es sich an, diese Wissen über vielfältige Bewegungserfahrungen und die Reflektion derer zu erlangen. Gefühle, die das Individuum im Alltag in seiner Entwicklung einschränken, können im spielerischen und geschützten Rahmen des Bewegungsraums vom Individuum selbst neu erfahren und als positiv bewertet werden. Eine positive Erfahrung im Bewegungssetting kann über das sinnliche Erleben als Teil des Selbstkonzeptes integriert und so auch in den Alltag übertragen werden. Hier finden sich ebenso die Grundlagen des Empowerment-Ansatzes, der ursprünglich in den Disziplinen der Sozialen Arbeit beschrieben wird: „Professionelles Empowerment bedeutet Unterstützung von Selbstgestaltung und Autonomie und meint damit die Erweiterung der Handlungs- und Möglichkeitsspielräume von Betroffenen und sowie Wiedergewinnung ihrer Selbstwirksamkeit“ (Lenz 2011, 27).

Vorrangiges Forschungsinteresse im Bereich Psychomotorik liegt in der Überprüfung von Effekten und Wirkfaktoren (Martzy 2006) um, wie auch in dieser Arbeit, psychomotorische Entwicklungsförderung und ihre Finanzierung zu legitimisieren. Schwierigkeiten zeigen sich hier in den Erhebungsinstrumenten: Zur Untersuchung werden aufgrund fehlender Standards Verfahren angrenzender Disziplinen herangezogen, die eine Passgenauigkeit nicht garantieren und damit Effekte nur modifiziert erheben können (Martzy 2006). Der aktuelle Forschungsstand im Bereich der psychomotorischen Förderung zeigt laut Eggert (2009), dass bislang zwar Therapeut*innen, Pädagog*innen und auch die Kinder und deren Eltern eine bewegungsorientierte Förderung als sehr positiv und freudvoll erleben, es jedoch kaum aussagekräftige Studien zur Effizienz gebe: „Es fehlen demnach einerseits die theoretische Fundierung und wissenschaftliche Aufarbeitung und andererseits über-

zeugende Belege für die Wirksamkeit in der Praxis“ (Eggert 2009, 462). Der Autor vermutet hier, dass Aspekte des Kind-Umfeld-Systems eine höhere Bedeutung haben als bisher angenommen: „Die Rolle des Umfelds (Familie, Schule als System, Mitschüler und Peers in der Freizeit) ist dabei neben der Person, der Einstellung und Motivation des Therapeuten ein ebenso wichtiger Prozess wie das Selbstkonzept des Kindes u. a.“ (Eggert 2009, 464). Menke (2009) fasst in einer Synopse zusammen, dass in einigen Studien Wirkungen psychomotorischer Förderung belegt werden konnten, diese Erkenntnisse beziehen sich vor allem auf die Verbesserung des Selbstkonzeptes, das durch die Stabilisierung der Gesamtpersönlichkeit auch Auswirkungen auf andere Entwicklungsbereiche haben kann.

Das Verfahren System psychomotorischer Effekte-Sicherung (SPES) ermöglicht eine die Evaluation und Qualitätsentwicklung psychomotorischer Angebote für Kinder und Jugendliche. Fachpersonen aus verschiedenen Praxiseinrichtungen dokumentieren Einzelfälle, die in Datenanalysen hinsichtlich der Wirksamkeit der Intervention untersucht werden. So konnten bei einer Stichprobe von $n=518$ signifikante Verbesserungen bzgl. psychomotorischer sowie psychosozialer Ressourcen bei 1-6 jährigen Kindern festgestellt werden (Fischer 2011). Aus der Wirksamkeitsforschung von Psychotherapie ist außerdem bekannt, dass Therapieerfolge weniger der spezifischen Behandlungstechnik, sondern vielmehr der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut*innen und Klient*innen zuzuschreiben sind (Hölter & Flosdorf 2006). Die Autoren knüpfen hier an den Aussagen von Buber (1979) an, der die menschliche Entwicklung in der Erfahrung der Gegenseitigkeit versteht: Der Mensch wird am Du zum ich. Über ein aufmerksames und gegenwärtiges Wahrnehmen der eigenen Befindlichkeit und Mitteilung dessen kann eine Beziehungsgestaltung gelingen (Hölter & Flosdorf 2006 / Flosdorf 2009).

Aktuell rücken in der psychomotorischen Entwicklungsförderung die Begriffe exekutive Funktionen und Embodiment in den Vordergrund. Sie umschreiben zum einen die mehrdimensionalen motorischen Kontrollhandlungen wie Handlungsplanung oder Impulskontrolle des Kindes und zum anderen die Bedeutung einer umfassenden Sichtweise auf Körperlichkeit (Fischer 2011). Auch der Begriff Achtsamkeit erhält zunehmend Einzug in den aktuellen Diskurs (Schmid 2007). Dabei geht es um ein wertfreies Wahrnehmen der jetzigen Situation, in der ein Mensch sich wiederfindet (Degener 2011). „Bezogen auf den Körper bedeutet Achtsamkeit, den Körper - so wie er im augenblicklichen Zustand erlebt wird - wahrzunehmen, ohne diese Wahrnehmung zu bewerten oder das Erleben direkt verändern zu wollen" (Degener 2011, 316). Zudem ist eine Tendenz zu beobachten, dass sich Erhebungen in Forschungsarbeiten zunehmend auf den Einfluss von psychomotorischen Interventionen auf das Umfeld und System von Kindern beziehen (Vetter 2009).

3.2 Zum Stand der familienorientierten Psychomotorik

Zum Zeitpunkt der Konzipierung der vorliegenden Arbeit ist die Anzahl der psychomotorisch ausgerichteten Konzepte, die zur familienorientierten Bewegungsförderung veröffentlicht und evaluiert wurden, sehr gering. Sie werden hier in Kürze aufgeführt und hinsichtlich ihrer Schwerpunkte zusammengefasst.

In den Jahren 1989 bis 1994 entwickelte eine Forschungsgruppe unter der Leitung von Gabler und Walthes der Universität Tübingen ein Konzept zur bewegungsorientierten Frühförderung mit Familien - das Tübinger Konzept. Dieses richtet sich, auch heute noch von dem Verein Bewegung im Dialog - Zentrum für Systemische Bewegungstherapie und Kommunikation vertreten, an Familien mit einem blin-

den, mehrfachbehinderten oder sehbehinderten Kind und bietet dazu drei- bis vierzehntägige Familienkurse an (Klaes & Walthes 1996). Unter Berücksichtigung der Ansätze systemischer Familientherapie ist der Anteil bewegungsorientierter und gezielt psychomotorischer Methoden und Inhalte als hoch einzuschätzen. Insbesondere die Stärkung der Peer-Group, also der Familien mit einem Kind mit Beeinträchtigung, rückt im Tübinger Konzept in den Vordergrund. Die Wirksamkeit wurde nach Kenntnisstand der Autorin bisher noch nicht nachgewiesen.

Veronica Sherborne (1998) beschreibt zur ihrem Standardwerk „Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik“ die Eltern-Kind-Beziehung als die „idealste Partnerbeziehung“ und hebt hervor: „Spielerische Beziehungsgestaltung erfordert eine Zweier-Beziehung, in der eine fähigere, reifere Person einen weniger reifen, entwickelten Partner begleitet, in der Regel ein Kind. Beide Partner bereichern sich gegenseitig durch die gemeinsame Erfahrung des gegenseitigen Gebens“ (Sherborne 1998, 22). Sie fasst dazu drei Beziehungsdimensionen zusammen (Sherborne 1998, 24):

- (1) Umsorgende oder „Füreinander“-Beziehungen (caring)
- (2) „Miteinander“-Beziehungen (shared)
- (3) „Gegeneinander“-Beziehungen (against)

Ihre Arbeit bezieht sich ebenso wie die von Klaes & Walthes (1996) auch auf Kinder mit einer geistigen und / oder körperlichen Beeinträchtigung und der Begleitung ihrer Eltern. So betont die Autorin: „Einige Mütter stehen unter solchem Stress, dass sie nicht in der Lage sind, mit ihrem Kind zu spielen oder eine Beziehung zu gestalten. Sie bedürfen der Unterstützung, das trifft besonders auf Eltern behinderter Kinder zu. Die Anfangsphase der Hilfeleistung für diese Eltern ist am wichtigsten“ (Sherborne 1998, 72). Körperkontakt ist in Sherbornes Arbeit zentral

und zeigt sich in der familienorientierten Förderung in den drei genannten Beziehungsdimensionen über Erfahrungen durch gemeinsames Wiegen, Schaukeln, Rollen, Rutschen, Tunneln, Balancieren, Klammern, Umarmen, Springen, Schwingen und Drücken (Sherborne 1998). Körperkontakt ist ein zentrales Moment in der zwischenmenschlichen Interaktion und findet insbesondere in Alltagssituationen in ritualisierter (Händeschütteln), funktionaler (Massage) oder persönlicher (Streicheln) Weise statt (Bender 2007).

Mitte der 1990er Jahre entwickelten sich in Deutschland gezielt psychomotorische Therapie- und Förderansätze für Familien. Olbrich beschreibt 1995 die Familien-einbindende psychomotorische Kommunikationsförderung und Siebenkotten erstmals im Jahr 1998 die Familienorientiert-systemische Psychomotorik. In beiden Ansätzen nehmen Familienmitglieder, häufig eine Mutter und / oder ein Vater, für ein bis drei Termine an der psychomotorischen Förderung des Kindes teil. Von der Therapie- / Förderstunde wird eine Videoaufzeichnung als Reflexionsmedium für eine weitere gesprächsbasierte systemische Therapie im Anschluss genutzt.

Hammer und Paulus (2002) berichten von ersten praktischen Erfahrungen mit einer Psychomotorischen Familientherapie im Kontext Erziehungshilfe. In drei bis sechs Terminen mit vier- bis sechswöchigem Abstand bewegen Familien (teilweise waren die Kinder im jugendlichen Alter) sich gemeinsam in der Turnhalle und reflektieren das gemeinsam Tun im Anschluss u.a. mit Hilfe von Videoaufzeichnungen. Die Methoden der Systemischen Therapie wie Reframing, zirkuläres Fragen oder paradoxe Interventionen finden hier weniger über den Intellekt als über das Medium Bewegung Anwendung: „Ein völlig neues Erlebnis stellt sich dar - wobei dieses neue Setting (Familientherapie in Gymnastikhosen in der Turnhalle!) an sich schon eine „Verstörung“ des Familiensystems darstellt.“ (Hammer & Paulus 2002,

16). Die beiden Autoren betonen die Vorteile von erlebnis- und handlungsorientierten Situationen für Familien:

Die psychomotorische Familientherapie ist also zu verstehen als eine erlebniszentrierte Arbeit mit dynamischen Skulpturen, bei der die Familie in Bewegung, vor allem aber auch ins Spielen gebracht wird. Hier besteht die Möglichkeit, sich und die anderen innerhalb der Familie in neuen Situationen zu erleben und damit auch einen neuen Blick zu wagen – verstört zu werden durch die Ereignisse des Spiels selbst und durch den mitspielenden Therapeuten (Hammer & Paulus 2002, 16).

Auch in der Einzelfallanalyse ($n=4$) von Licher-Rüschen (2006) sollten Eltern mit ihren Kindern, die eine Verhaltensauffälligkeit zeigten und mit denen sie an 5-6 gemeinsamen Bewegungsstunden teilgenommen hatten, die Videos der psychomotorischen Förderung gemeinsam mit der Therapeutin und Autorin bewerten. Die Kinder wurden zuvor und auch im Anschluss ohne die Eltern psychomotorisch gefördert. Anschließend wurde unter systemtheoretischen Aspekten familientherapeutisch weitergearbeitet. Ein Schwerpunkt des entwickelten Zugangs Psychomotorische Familientherapie lag dabei in der Reflexion und Einschätzung von Gefühlen (Licher-Rüschen 2006).

Richter (2004) und Richter & Heitkötter (2006) beschreiben die sogenannte Psychomotorische Familienberatung als Weiterentwicklung der bisher veröffentlichten Konzepte (Reppenhorst & Schäfer 2012) und nutzen auch hier Videomaterial aus einzelnen Familienstunden im Bewegungsraum als Grundlage um mit Eltern und Kindern eine Reflexionsebene einzugehen und anschließend gesprächsorientiert eine Familienberatung zu gestalten. Langer-Bär (2006) beschreibt in einem Projektbericht von positiven Erfahrungen mit der Verbindung von Systemischer Beratung und Mototherapie und nennt dies Familien in Bewegung. Ein konkretes, evaluiertes Konzept liegt hier noch nicht vor.

Richter (2012) stellt in seiner Monografie zu diesem Ansatz einen inklusiven und bewegungsorientierten Zugang zur systemischer Arbeit mit und für Familien vor: Die systemische-psychomotorische Familienberatung. Systemisches Arbeiten findet im bisher klassischen Sinne in Form von Gesprächen und ergänzend dazu mit darstellender Symbolik statt. Die Sichtweisen der Kinder und Eltern werden in vielen systemischer Ansätzen zwar gleichermaßen eingebunden, in der Praxis allerdings noch sehr häufig getrennt voneinander durch eine Intervention aufgegriffen: Mit Eltern finden Gespräche statt und dem Kind wird ein spielerischer Kontext angeboten, z. B. im Rahmen einer psychomotorischen Entwicklungsförderung (Richter 2012).

In dem vom Autor vorgestellten Konzept stehen das freie Rollenspiel und die spielerische Inszenierung von Familienthemen und -geschichten im Vordergrund.

Die Methode unterscheidet sich von allen bisherigen im deutschen Sprachraum bekannten Methoden vor allem durch den Anteil des symbolischen Spiels mit der Gesamtfamilie, dem hauptsächlich Gebrauch psychomotorischen Großmaterials, wie Matten, Schaumstoffwürfel, Rollbretter, Tücher etc. und durch die kontinuierliche Leib- bzw. Körperorientierung (Richter 2012, 17).

Das symbolische Spiel kann ein Ausdruck von Themen werden, die vom Kind oder einem Elternteil noch nicht verbal geäußert werden kann. Die systemisch-psychomotorische Familienberatung ist in grundständig drei Phasen gegliedert (Richter 2012, 110 f.):

- (1) Auftragsklärung bzw. Rekapitulation und Neuverhandlung des Auftrages
- (2) Psychomotorischer Spielmultilog
- (3) Reflexion

Die Verbalisierung des Erlebten in einer anschließenden lösungsorientierten Reflexion sowie ergänzenden Elterngesprächen ermöglichen dabei ein Bewusstwerden und ggf. eine Übertragung der Erkenntnisse in den Familienalltag. An den vor der Intervention gemeinsam mit der Familie formulierten Auftrag kann dann angeschlossen werden. Die pädagogisch-therapeutische Fachkraft nimmt eine beratende Rolle ein und bedient sich in der Praxis verschiedenen Techniken aus der systemischen Therapie, aus der Psychomotorik sowie der den Techniken aus dem „Focussing“ und der „Emotion-Focused Therapy“ (Richter 2012, 34). Der sinnversteherische Ansatz (Seewald 2007) in der Psychomotorik bietet trägt nach Richter (2012) dazu bei die inszenierten Themen der Familien psychomotorisch zu begleiten und leiblich zu spüren und zu erleben.

Als „Herzstück“ (Richter 2012, 116) der systemisch-psychomotorischen Familienberatung bezeichnet der Autor die Haltung des*der Beraters*in. Folgende Haltungsprinzipien werden beschrieben: Lösungs- und Ressourcenorientierung; Rollenverständnis Begleiter*in; Neutralität (in Bezug auf Beziehungen, Wirklichkeitskonstrukte sowie Veränderungen); Empathie; Authentizität und Transparenz; Neugier; Dienstleister. Voraussetzungen der systemischer-psychomotorischen Familienberatung sieht Richter (2012) zum einen in formalen Aspekten wie der fachlichen Qualifikation des*der Beraters*in und ansprechendem psychomotorischen Material zum großräumigen psychomotorischem Spiel. Zum anderen in inhaltlichen Aspekten wie der Symbolisierungsfähigkeit der Klienten*innen (Entwicklung von Fantasiespiel), der Bereitschaft der Eltern sich auf das Spiel mit dem Kind und den anderen Familienmitgliedern einzulassen, sowie einer Alterseingrenzung zwischen 3-12 Jahren, in der das Symbol-Spiel besonders hohe Bedeutung für die kindliche Entwicklung hat. Im Vergleich zu einer gesprächsorientierten Familienberatung konnten Richter und Siegmund (2011) bei $n=16$ Familien feststellen,

dass die systemisch-psychomotorische Familienberatung zu deutlich stärkeren Effekten auf die psychopathologische Symptomatik verweist (Richter 2012, 233).

Über dies hinaus sind der Autorin dieser Arbeit zwei psychomotorische Fachkräfte bekannt, die in dem Münsteraner Verein für Mototherapie und Psychomotorik zwar praktisch mit Familien unter dem Begriff Psychomotorische Familienintervention tätig sind, ihre Arbeit bisher jedoch nicht veröffentlicht haben. Außerdem publizierten Schneider (2011 / 2013a) und Kopic (2013) erste Erfahrungsberichte zur familienorientierten Bewegungsförderung im Kontext Übergang Familie und im zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Setting Kindergarten. Darauf soll hier zur noch kurz eingegangen werden. Diese Erkenntnisse konnten keine Beachtung bei der vorliegenden Konzeptentwicklung finden, da diese zu dem Zeitpunkt bereits abgeschlossen war.

Kindergärten sind heute als familienergänzende Tageseinrichtungen und erste Bildungsinstitution für Kinder anerkannt (Griebel & Niesel 2011 / Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte [WiFF] 2011 / Schneider 2013a). Bei der oben beschriebenen Übergangsgestaltung und Übergangsbewältigung wird deutlich, dass sich eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Beziehungspartnern der Kinder, also den Eltern und pädagogischen Fachkräfte, nachhaltig auf die Entwicklungs- und Bildungsprozesse von Kindern auswirkt. Griebel und Niesel (2011) messen der Aufgabe von Eltern und Fachkräften die Kinder auf diesen Übergang vorzubereiten und diesen zu gestalten einen hohen Stellenwert bei:

Die pädagogische Gestaltung der Transitionsprozesse trägt maßgeblich dazu bei, ob es zu einer Überforderung des einzelnen Kindes kommt oder aber ob eine positive Wechselwirkung zwischen altersgemäßen Entwicklungsprozessen und dem pädagogischen Angebot der neuen, zusätzlichen Entwicklungsumgebung entsteht (Griebel & Niesel 2011, 57).

Einen möglichen Zugang der Gestaltung von Erziehungs- und Bildungspartnerschaften bietet die Bewegung (Schneider 2013a). Als eine Grundvoraussetzung für eine Zusammenarbeit ist die spezifische Beziehung zwischen den Eltern und Fachkräften zu sehen. Schneider (2013a) betont in Bezug auf Bewegung und Zusammenarbeit: „In der Psychomotorik existiert eine Vielzahl an Spielen und Bewegungsangeboten, die für eine derartige Beziehungsarbeit genutzt werden können und Begegnungen in Bewegung ermöglichen" (Schneider 2013a, 39). Als weitere gemeinsame Aktivitäten von Eltern und Fachkräften nennt die Autorin themenspezifische Veranstaltungen zum Beispiel zur Eingewöhnung, Elternkurse und Familienfeste und betont die wertschätzende Haltung gegenüber Eltern als Experten für ihre Kinder.

Auch Kopic (2013) sieht Psychomotorik als eine Möglichkeit die Unterstützung der Eltern-Kind-Interaktion zu unterstützen und schlägt folgende Beziehungsaspekte für einen thematischen Aufbau in der Praxis vor (angelehnt an Schneider 2011): In Kontakt treten, Verständnis aufbauen, Vertrauen aufbauen und miteinander kooperieren, Führen und Folgen, Nähe und Distanz regulieren (Kopic 2013, 128). Ein konkretes Förderprogramm und Erkenntnisse aus einer Evaluation des Angebotes liegen noch nicht vor.

Irmmler, Peters und Gebhard (2014) initiierten im Ambulatorium für Rehabilitation der Universität Oldenburg 2013 das Projekt Psychomotorische Familienbegleitung für Kinder mit chronischen und progredienten Erkrankungen. Vier Familien nehmen in unterschiedlichen Konstellationen an dem Angebot teil und treffen sich wöchentlich an acht Terminen. Begleitende Elterngespräche und ein Austausch der Familien untereinander sind vorgesehen. „Die bisher teilgenommenen Eltern berichten, dass sie froh sind, ein solches Angebot gefunden zu haben. Viele andere Angebote (Schwimmen, Sportgruppen etc.) können den Bedürfnissen ihrer Kin-

der häufig nicht gerecht werden“ (Irmeler, Peters & Gebhard 2014, 193). Das Projekt soll hinsichtlich der Zufriedenheit und Umsetzbarkeit noch evaluiert werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich alle bis 2009 veröffentlichten Konzepte zur psychomotorischen Förderung von Familien zum einen auf Kinder mit einer körperlichen und / oder sozial-emotionalen Beeinträchtigung beziehen und zum anderen die Videoaufzeichnungen der Familienstunden als Grundlage für eine anschließende und / oder begleitende systemische Beratung und Therapie genutzt werden. Erste Ansätze einer präventiven Ausrichtung finden sich für den Bildungsort Kindertagesstätte erst später (Schneider 2011 / Kopic 2013) und somit nach der konzeptionellen Erstellung des vorliegenden Bewegungsangebotes Bewegte Familienzeit. Deutlich wird bei allen Erörterungen der Autor*innen und Erfahrungsberichten aus der Praxis, dass ein bewegungsorientierter Zugang den teilnehmenden Familien neue Blickwinkel, gemeinsame Erlebnisse und klärende Beziehungsmomente ermöglichen.

4 Empirische Studie zur Förderung der Interaktion und Lebenszufriedenheit von Familien durch ein präventives Bewegungsangebot

Das vorliegenden Praxis- und Forschungskonzept Bewegte Familienzeit greift mit einer familienorientierten Bewegungsförderung einen speziellen Interventionsansatz auf, der bisher wenig verfolgt wurde. In einem dreijährigen Projekt in dem Psychomotorischen Förderzentrum FluVium des St. Vincenz Jugendhilfe-Zentrums e.V. in Dortmund-Nord haben Kinder aus dem sozial benachteiligtem Stadtteil und Kinder aus der gesamten Region die Möglichkeit gemeinsam mit ihren Eltern und Geschwistern, also mit dem deutlichen Lebensweltbezug Familie, an einer Bewegungsförderung nach dem psychomotorischem Konzept teilzunehmen.

In diesem Kapitel werden nach den Zielen der Untersuchung, den Arbeitshypothesen und Rahmenbedingungen, die Stichprobe, die Untersuchungsmethoden, das Interventionskonzept und die Ergebnisse der Untersuchung beschrieben.

4.1 Ziel der Untersuchung

Mit dieser Forschungsarbeit soll die Familie als erste soziale Gruppe im Leben eines jungen Menschen aktiv in den Prozess der Entwicklungsförderung über das Medium Bewegung eingebunden werden. Ein spezifisches Programm soll es Familien ferner ermöglichen, dass sie miteinander in Bewegung kommen, ihre eigenen Stärken und Schwächen sowie Kommunikations- und Interaktionswege kennen lernen. Die Wirksamkeit des eigens entwickelten Präventionsangebotes soll überprüft werden. Lengning (2008) empfiehlt dazu:

Die Evaluation von Präventionsprogrammen nach wissenschaftlichen Standards ist von großer Bedeutung, da es in erster Linie aus ethischen Gründen nicht vertretbar ist, dass Kinder bzw. ihre Eltern an ineffektiven Programmen teilneh-

men, da ihnen eine alterstypische Entwicklung ermöglicht werden bzw. eine Prävention von Misshandlungen etc. gesichert sein sollte (Lengning 2008, 82).

Nach nationalen und internationalen Standards wird die Wirksamkeit einer Maßnahme durch eine Kontroll- und Interventionsgruppe im Prä- / Post- und Follow-up- Design überprüft (Lengning & Zimmermann 2009). Des Weiteren ist eine klare Beschreibung der erwarteten Wirkung für eine wissenschaftliche Evaluation erforderlich. Gleiches gilt für die Dokumentation des Programms: Die Durchführung, deren Qualität und das Wirkungsmodell sollen genau beschrieben werden um die Wirkung bewerten zu können. Die Wirkung des Programms kann dann bewertet werden, wenn zum einen die Erhebungsmethoden reliabel und valide sind und zum anderen die Stichprobe so groß ist, dass sie Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe aufzeigen kann. Ein hohes Maß an Objektivität ist dann gegeben, wenn die Erhebung unabhängig von den Ausführenden der Interventionsgruppe geschieht. „Ebenso sollte die Auswertung von Interaktionen zwischen Eltern und Kind ohne Vorinformation über die Zugehörigkeit zu Interventions- oder Kontrollgruppe erfolgen“ (Lengning & Zimmermann 2009, 33). Angaben zu soziodemografischen Daten der Stichprobe und die Analyse unterschiedlicher Ergebnisse lassen eine Generalisierbarkeit zu und können zudem Hinweise über eine gruppenspezifische Durchführung des Programms geben. Diese Aspekte werden in der vorliegenden Arbeit als Voraussetzungen berücksichtigt.

In Erweiterung und auch Abgrenzung zu den bisherigen Angeboten sind die Aufgaben und das Ziel in dem Dortmunder Praxis- und Forschungsprojekt darin zu sehen ein präventiv einsetzbares Konzept zu entwickeln, das sich mit einem wöchentlich stattfindenden, sozialraumnahen Angebot an Familien mit Kindern im Alter von 3-6 Jahren richtet. Die Effektivität des Präventionskonzeptes soll mithilfe einer Untersuchung der teilnehmenden Familien zu drei Zeitpunkten im Vergleich

zu einer Kontrollgruppe überprüft werden. Mithilfe der Erkenntnisse können eventuell weiterführende Konzepte für eine präventive Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe und der Bildungslandschaft in Deutschland erarbeitet werden.

4.2 Fragestellungen und Arbeitshypothesen

Aus der theoretischen Herleitung ergeben sich für diese Arbeit folgende Fragestellungen:

- Zeigen Eltern und Kinder nach einer Teilnahme an einem Bewegungsangebot im dyadischen Kontakt zueinander eine veränderte Interaktionsfähigkeit?
- Verändert sich das Selbstwertgefühl der Erwachsenen und Kinder?
- Weisen die Familien nach einer bewegungsorientierten Intervention eine veränderte Lebenszufriedenheit auf?
- Ändern sich die Familienbeziehungen hinsichtlich des Familienzusammenhalts und des Hierarchiegefüges?

Zur Beantwortung dieser Fragen werden Kinder im Alter von 3-6 Jahren und ihre Eltern vor und nach einer sechsmonatigen gezielten, psychomotorischen Intervention unter standardisierten Bedingungen beobachtet und bilden eine Interventionsgruppe (IG). Die gleichzeitige Untersuchung einer Kontrollgruppe (KG) mit ebenso vielen Eltern-Kind-Dyaden bietet die Möglichkeit beide Gruppen miteinander zu vergleichen. Zur Überprüfung der Nachhaltigkeit findet eine weitere Untersuchung, ein Follow-up, sechs Monate nach Ende der Intervention mit beiden Gruppen statt.

Tabelle 1 Übersicht der Untersuchung von Interventions- und Kontrollgruppe

<i>Erhebung</i>	<i>Prä</i>	<i>Post</i>	<i>Follow-up</i>
Gruppenvergleich	IG / KG	IG/ KG	IG / KG

Aus der bisherigen Literaturanalyse und den Forschungsfragen ergeben sich neun spezifische Hypothesen (H1 - H9), die im Folgenden in den drei Themenbereichen (1) Interaktionsfähigkeit, (2) Lebenszufriedenheit und (3) Familienbeziehungen aufgeführt werden.

(1) Interaktionsfähigkeit und familienorientierte Bewegungsförderung

H1 Zu Beginn der Untersuchung zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Angaben der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Interaktionsfähigkeit.

H2 Die Stichprobe der geförderten Familien zeigt einen stärker positiv veränderten Interaktionsstil hinsichtlich der Kooperation und des Vertrauens untereinander als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe.

H3 Die Stichprobe der geförderten Familien zeigt ein stärker positiv verändertes Näheverhalten hinsichtlich der Kooperation und des Vertrauens untereinander als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe.

Zur Überprüfung von H1 werden zu Beginn der Interaktionsstil und das Näheverhalten der Eltern und Kinder, die an dem familienorientierten Bewegungsangebot teilnehmen, mit dem Interaktionsstil und Näheverhalten der Eltern und Kinder, die nicht an einer Förderung teilnehmen, verglichen. Zur Überprüfung von H2 und H3 werden vor und nach einer Interventionsphase sowie nach sechs Monaten der Interaktionsstil sowie das Näheverhalten hinsichtlich der gemeinsamen Kooperation bei einer Bewegungsaufgabe und das Ausmaß des beobachtbaren Vertrauens zwischen einem Elternteil und einem Kind erfasst.

(2) Lebenszufriedenheit und familienorientierte Bewegungsförderung

- H4 Zu Beginn der Untersuchung zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Angaben der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Lebenszufriedenheit.
- H5 Die Stichprobe der geförderten Familien zeigt eine stärker positiv veränderte gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe.
- H6 Die Stichprobe der geförderten Familien gibt einen stärker positiv veränderten Selbstwert als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe an.

Zur Überprüfung von H4 werden zu Beginn die gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit sowie der Selbstwert der Eltern und Kinder, die an dem familienorientierten Bewegungsangebot teilnehmen, mit der gesundheitsbezogenen Lebenszufriedenheit und dem Selbstwert der Eltern und ihrer Kinder, die nicht an einer Förderung teilnehmen, verglichen. Zur Überprüfung von H5 und H6 werden vor und nach einer Interventionsphase sowie nach sechs Monaten das körperliche und psychische Wohlbefinden und die allgemeine Lebenszufriedenheit sowie im speziellen die Zufriedenheit mit der eigenen Person, der Elternrolle und die Einschätzung des eigenen Selbstwertes der teilnehmenden Eltern und ihrer Kinder erfasst.

(3) Familienbeziehungen und familienorientierte Bewegungsförderung

- H7 Zu Beginn der Untersuchung zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Angaben der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Familienbeziehungen.
- H8 Die Stichprobe der geförderten Familien zeigt einen stärker positiv veränderten Familienzusammenhalt als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe.
- H9 Die Stichprobe der geförderten Familien gibt ein stärker positiv verändertes Hierarchiegefüge als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe an.

Zur Überprüfung von H7 werden zu Beginn der Zusammenhalt sowie das Hierarchiegefüge der Familien, die an dem familienorientierten Bewegungsangebot teilnehmen, mit dem Zusammenhalt und dem Hierarchiegefüge der Familien, die nicht an einer Förderung teilnehmen, verglichen. Zur Überprüfung von H8 und H9 werden nach einer Interventionsphase und nach sechs Monaten die Kohäsion (Zusammenhalt) sowie die Hierarchie (Einflussnahme) zwischen den Eltern-Kind-Dyaden und in der gesamten Familie während einer alltäglichen Situation erfasst.

Die vorliegende Untersuchung ist die erste ihrer Art und dient neben der Überprüfung der oben aufgeführten spezifischen Hypothesen als Erkundungsstudie, da sie sich in ihrer Methodik durch eine multimodale Herangehensweisen für Familiensysteme auszeichnet.

4.3 Rahmenbedingungen und Studiendesign

Im Folgenden werden die Rahmenbedingungen der Untersuchung, bzw. der Umsetzung des Praxis- und Forschungsprojektes zusammengefasst: (1) Ort, (2) Personal, (3) Zeitplan und Studiendesign, (4) Finanzierung und (5) Kooperationspartner.

(1) Ort

Das Psychomotorische Förderzentrum FluVium ist eine 2007 eröffnete Modelleinrichtung und Abteilung des St. Vincenz Jugendhilfe-Zentrums e.V. Dortmund. Die Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung ist ein freier katholischer Trägerverein, der sich aus dem 1903 gegründeten Zufluchtshaus für Mädchen und junge Frauen in jeglicher Notlage - Vincenzheim entwickelt hat. Das Haupthaus liegt in Dortmund-Nordstadt im Quartier Borsigplatz, einem Stadtteil, der durch einen hohen Anteil an Menschen mit Migrationshintergrund, einer hohen Arbeitslosigkeit (doppelt so hoch wie im städtischen Gesamtdurchschnitt) und als Stadtteil mit hohem Hand-

lungsbedarf gekennzeichnet ist. Im Bezirk Innenstadt Nord ist 2009 auch der Anteil der Alleinerziehenden mit 1.685 Haushalten von insgesamt 15.245 Haushalten in Dortmund am höchsten (Stadt Dortmund 2010, 18). Insbesondere Kinder, die in solchen sozial benachteiligten Stadtteilen aufwachsen, sind emotional stark belastet und vielfältigen Risikofaktoren ausgesetzt (Kuhlenkamp 2003).

Etwa 200 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit erheblichen psychosozialen Belastungen werden im St. Vincenz Jugendhilfe-Zentrum e.V. durch ebenso viele Fachkräfte pädagogisch und therapeutisch begleitet. Sechs Wohn- und Betreuungsformen im In- und Ausland lassen sich unterscheiden:

1. Wohngruppe für Jugendliche und Kinder (5 Gruppen, 51 Plätze)
2. Mutter-Kind-Bereich (4 Gruppen, 20 + 21 Plätze für Mütter mit Kind)
3. Intensivpädagogischer Bereich (5 Gruppen, 22 Plätze + Plätze nach Bedarf)
4. Flexible Hilfen (4 Gruppen, Plätze nach Bedarf)
5. Wohngemeinschaften für junge Volljährige mit seelischer Behinderung (2 Gruppen, 18 Plätze)
6. Teilstationäre und ambulante Betreuung (2 Gruppen, 10-30 Plätze)

Die Leistungen werden über das SGB VIII nach § 19, § 32, § 34, § 35, § 35a, oder § 41 erbracht. Die 4. Wohn- und Betreuungsform "Mutter-Kind-Bereich" besteht aus drei Wohngruppen, einer stationären Familienhilfe und einer Tagesbetreuung für Kleinkinder. Teschner und König (2011) fassen den Mutter-Kind-Bereich zusammen:

Der Schwerpunkt unserer Mutter-Kind-Betreuungsangebote liegt klar im sozialpädagogischen Bereich[:] ...Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung, Förderung der Persönlichkeitsentwicklung der Mutter, Förderung der Erziehungskompetenz und der elterlichen Verantwortung, Entwicklungsförderung der Kinder u. a... (Teschner & König 2011, 30).

Als Ganzheitlich-integratives Konzept beschreibt die Einrichtung die pädagogischen und therapeutischen Leistungen. Zu den Leistungen zählen neben psychologischer Beratung, Ergotherapie, systemischer Familienbegleitung, die psychomotorische Entwicklungsförderung. Diese wird mit einem präventiv-pädagogisch angelegten Konzept im Psychomotorischen Förderzentrum FluVium umgesetzt. Im Gruppensetting nehmen die Klient*innen der Einrichtung wöchentlich an einem inklusiven Angebot über das Medium Bewegung teil. Die offen zugänglichen Bewegungsangebote werden auch von privaten Familien aus Dortmund und den umliegenden Städten und Gemeinden genutzt, die sich dazu für einen festen Zeitraum für eine der Gruppen anmelden. Die Entwicklungsförderung der Gesamtpersönlichkeit steht konzeptionell im Vordergrund. Kooperationspartner wie Tageseinrichtungen für Kinder und Grundschulen aus Dortmund nutzen das FluVium mit ihren Gruppen. Regelmäßig finden Fortbildungen zu unterschiedlichen Themen der Bewegungsförderung für pädagogisch-therapeutische Fachpersonen statt. Drei hauptamtliche Fachkräfte (eine Motopädin und zwei Rehabilitationspädagoginnen) sind für die Umsetzung der psychomotorischen Entwicklungsförderung im Förderzentrum zuständig.

(2) Personal

Neben der hauptamtlichen Projektleitung arbeiteten von 2009-2012 eine BA Rehabilitationspädagogin und sechs Master-Studierende der Rehabilitationswissenschaften im Forschungspraktikum der TU Dortmund an dem Praxis- und Forschungsprojekt. Die Aufgaben der Leitung umfassten die Organisation, Durchführung und Auswertung der Interventions- und Kontrollgruppe sowie regelmäßig stattfindender Familientage. Dazu zählten die Kontaktaufnahme zu teilnehmenden Familien, Vor- und Nachbereitung der Bewegungsstunden, Durchführung und Dokumentation der Förderdiagnostik, Öffentlichkeitsarbeit sowie die wissen-

schaftliche Auswertung. Die Rehabilitationspädagogin leitete die praktischen Bewegungsstunden der Interventionsgruppen. Dabei wurde sie von insgesamt vier Forschungspraktikantinnen in der Erhebungsphase unterstützt (Begleitung durch eine Praktikantin je Interventionsgruppe). Die statistische Eingabe des Diagnostikmaterials übernahmen zwei Master-Studierende. Eine weitere Forschungsgruppe im Masterstudiengang Rehabilitationswissenschaften der TU Dortmund übernahm Teile der statistischen Auswertung.

(2) Zeitplan und Studiendesign

Der dreijährige Zeitplan der vorliegenden Studie umfasste von drei Phasen: Vorbereitungsphase (sechs Monate), Erhebungsphase (18 Monate) und Auswertungsphase (12 Monate). Während der Vorbereitungsphase wurde das Interventionskonzept geplant und Teile davon, wie z.B. der didaktische Aufbau und einzelne Bewegungsaufgaben / -spiele in zwei Pilotgruppen in der Praxis erprobt und reflektiert. In ersten Gesprächen mit Kooperationspartnern konnte die Organisation der Kontrollgruppe geklärt werden. Zudem vereinbarten alle Beteiligten gemeinsame Handlungsgrundsätze und die Forschungspraktikantinnen wurden in die Methodik eingewiesen. Durch Veröffentlichungen in der Lokalpresse, Empfehlungen der pädagogischen Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe-Einrichtung und persönliche Einladungen meldeten sich die Familien freiwillig zur Teilnahme an. Die Teilnehmenden wussten nicht, ob sie der Kontrollgruppe oder der Interventionsgruppe angehörten. Die Randomisierung erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Die Erhebungsphase war von der Förderdiagnostik der Teilnehmenden in Interventions- / Kontrollgruppe und der bewegungsorientierten Intervention im Familiensetting gekennzeichnet. Die Auswertungsphase diente der Dateneingabe, Datenberechnung, Veröffentlichung sowie der Endabrechnung und Berichterstattung gegenüber der Drittmittelstelle. Bis auf die abschließende Datenberechnung und Veröf-

fentlichung konnte das Projekt innerhalb des geplanten Zeitraums durchgeführt werden.

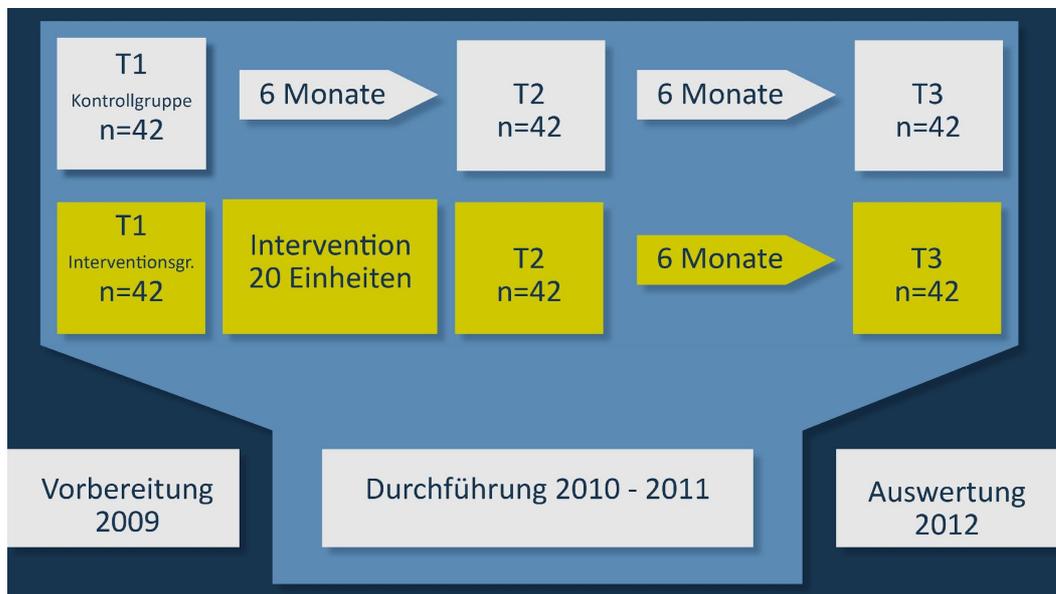


Abbildung 4.1 Studiendesign des Praxis- und Forschungsprojektes Bewegte Familienzeit

Die in der Abbildung gelb markierte Zeile stellt die Interventionsgruppe dar: 42 Eltern-Kind-Dyaden wurden vor und nach einer 20-stündigen Intervention beobachtet (t1 und t2). Nach weiteren sechs Monaten ohne Intervention fand ein dritter Messzeitpunkt statt (t3). Die oberste Zeile stellt die Kontrollgruppe dar. Hier waren ebenfalls drei Messzeitpunkte nach jeweils sechs Monaten mit 42 Eltern-Kind-Dyaden vorgesehen, jedoch keinerlei Intervention.

(3) Finanzierung

Die Stiftung Aktion Mensch förderte neben einem Eigenanteil der Einrichtung die Projektumsetzung finanziell. So wurden Personal- und Sachkosten für 36 Monate abgedeckt. Die teilnehmenden Familien der Interventionsgruppe zahlten einmalig einen symbolischen Beitrag von 48,00 Euro. Mithilfe dieser Einnahmen konnten

Getränke und kleine Pausensnacks für die wöchentlichen Treffen finanziert werden. Die Familien der Kontrollgruppe erhielten für ihre Teilnahme an den Diagnostikterminen eine Aufwandsentschädigung in Form eines für sie kostenfreien Familientages im FluVium. An einem Wochenendtag nach Abschluss der drei Erhebungszeitpunkte konnten sie selbst das psychomotorische Angebot mit fachlicher Anleitung und Begleitung erleben. Gemeinsam mit 3-4 weiteren Familien der Kontrollgruppe erfuhren sie in einer Bewegungsgeschichte ähnliche Inhalte wie die Interventionsgruppe im wöchentlichen Angebot. So konnte gewährleistet werden, dass den Teilnehmern der Kontrollgruppe das praktische Angebot des Projektes ebenfalls zugänglich gemacht wurde.

(4) Kooperationspartner

Kontakt zu regionalen Dortmunder Hilfe-Einrichtungen wie einer Familienambulanz oder Beratungsstellen bestand insofern, dass betreute Familien auf Hinweis und Begleitung durch die Fachkräfte den Weg zum Familienprojekt Bewegte Familienzeit fanden. Sieben Tageseinrichtungen für Kinder und Familienzentren aus dem Ruhr- und Rheingebiet stellten ihre Räumlichkeiten zur Verfügung um mit interessierten Familien aus der Einrichtung die Kontrollgruppe vor Ort förderdiagnostisch erheben zu können. Viele Familien, die an der Interventionsgruppe vor Ort teilnahmen, erfuhren über ihre Kindertageseinrichtung von dem Projekt für Familien im FluVium. Die Technische Universität Dortmund bot an jährlich stattfindenden Kontakttagen die Möglichkeit Studierenden von der Arbeit mit Familien im FluVium zu berichten und Forschungspraktikantinnen für die Mitarbeit zu gewinnen.

4.4 Stichprobenbeschreibung

Die Untersuchung wurde mit insgesamt 84 Eltern-Kind-Dyaden zum ersten Messzeitpunkt t1 durchgeführt. Die eine Hälfte dieser Dyaden ($n=42$) gehörten der Interventionsgruppe an, die andere Hälfte der Kontrollgruppe. Durch verschiedene Gründe (vgl. 4.46) konnten nicht alle Datensätze der teilnehmenden Dyaden zur Auswertung hinzugezogen werden, so dass die korrigierte Stichprobe der Untersuchung einen Umfang von $n=27$ der Interventionsgruppe und $n=26$ der Kontrollgruppe aufweist. Die Familien der Interventionsgruppe nahmen freiwillig an einem fünfmonatigen Bewegungsangebot im Kleingruppensetting teil. Insgesamt wurden 20 Interventionseinheiten mit je 60 Minuten im wöchentlichen Turnus durchgeführt. Die Familien der Kontrollgruppe nahmen an keinem Bewegungsangebot teil. Im Folgenden wird die Stichprobe hinsichtlich der Verteilung von Alter und Geschlecht, Familienstand, Bildungsstand, bzw. Berufstätigkeit und Einkommen, gemeinsamen Zeiten mit dem Kind, Schwierigkeiten des Kindes und Drop-Out beschrieben.

4.4.1 Alter und Geschlecht

Das Alter der Kinder lag zur t1 zwischen 3 und 6 Jahren mit einem Mittelwert von 4,4 in der Interventionsgruppe und einem Mittelwert von 4,0 in der Kontrollgruppe. Das Alter der Eltern in der Interventionsgruppe lag zwischen 29 und 46 Jahren ($M=36,3$), das Alter der Eltern in der Kontrollgruppe zwischen 25 und 43 Jahren ($M=35,1$).

Tabelle 2 Alter der teilnehmenden Kinder zum ersten Messzeitpunkt in Jahren

	<i>3 Jahre</i>	<i>4 Jahre</i>	<i>5 Jahre</i>	<i>6 Jahre</i>
IG $n=27$	$n=7$	$n=6$	$n=10$	$n=4$
KG $n=26$	$n=8$	$n=10$	$n=7$	$n=1$

14 Jungen (51,9%) und 13 Mädchen (48,1%) nahmen an der Interventionsgruppe teil. Mit 13 Jungen und 13 Mädchen ist die Geschlechtsverteilung der Kontrollgruppe ausgeglichen. 23 Mütter und 3 Väter (11,1%) nahmen mit ihrem leiblichen Kind an der Untersuchung in der Interventionsgruppe teil, eine Mutter nahm mit ihrem Pflegekind teil (Mütter insgesamt 88,9%).

Tabelle 3 Geschlechtsverteilung der Kinder und Eltern

	<i>Männlich</i>	<i>Weiblich</i>
Kinder der IG <i>n=27</i>	<i>n=14</i>	<i>n=13</i>
Eltern der IG <i>n=27</i>	<i>n=3</i>	<i>n=24</i>
Kinder der KG <i>n= 26</i>	<i>n=13</i>	<i>n=13</i>
Eltern der KG <i>n=26</i>	<i>n=2</i>	<i>n=24</i>

Die Angaben der 24 Mütter (92,3%) und 2 Väter (7,7%) aus der Kontrollgruppe bezogen sich auf ihr leibliches Kind. Die Geschlechtsverteilung der beiden Gruppen unterschied sich durch einen Jungen und einen Vater mehr in der Interventionsgruppe. Diese Unterscheidung ist hier zu vernachlässigen.

4.4.2 Familienstand

20 Eltern (74,1%) der Interventionsgruppe lebten verheiratet oder in einer festen Partnerschaft, 2 Eltern (7,4%) in einem gemeinsamen Haushalt, 5 Eltern (18,5%) geschieden oder getrennt. In der Kontrollgruppe gaben 23 Eltern (92%) an verheiratet oder in einer festen Partnerschaft zu leben, 2 (8%) gaben an geschieden oder von ihrem Partner getrennt zu sein.

Tabelle 4 Angaben der Eltern zum Familienstand

	<i>Verheiratet / fester Partner</i>	<i>In gemeinsa- men Haushalt lebend</i>	<i>Geschieden / getrennt</i>
IG n=27	n=20 (74,1%)	n=2 (7,4%)	n=5 (18,5%)
KG n=25	n=23 (92%)	-	n=2 (8%)

An der Studie nahmen insgesamt 13 Einkind-Familien, 28 Zweikind-Familien, 7 Dreikind-Familien, 5 Vierkind-Familien und eine Fünfkind-Familie teil. Die Verteilung zwischen den beiden Gruppen war annähernd gleich, die Fünfkind-Familie gehörte der Interventionsgruppe an.

Tabelle 5 Anzahl der Kinder in der Familie

	<i>1 Kind</i>	<i>2 Kinder</i>	<i>3 Kinder</i>	<i>4 Kinder</i>	<i>5 Kinder</i>
IG n=27	n=6	n=14	n=3	n=3	n=1
KG n=26	n=7	n=14	n=4	n=1	-

Gravierende Änderungen innerhalb der Familie hat es bei der Stichprobe in den letzten drei Monaten eher selten gegeben: Personen der IG gaben „keine“ in 16 Fällen (61,5%) und aus der Kontrollgruppe in 18 Fällen (75%) an. Veränderungen hat es in den letzten drei Monaten vorwiegend im Bereich Familie und Freunde gegeben. Neun Eltern (34,6%) der Interventionsgruppe und 6 (25%) Eltern der Kontrollgruppe geben dies an. Eine Person (3,8%) der Interventionsgruppe erlebte Veränderungen im Beruf.

4.4.3 Bildung, Berufstätigkeit und Einkommen

Der größte Anteil der Eltern Stichprobe hat die Hochschulreife erlangt: in der Interventionsgruppe zu 38,5% und in der Kontrollgruppe zu 46,2%. Dem gegenüber standen deutlichere Unterschiede in der Berufstätigkeit. Während 22,7% der Berufstätigen der Interventionsgruppe ($n=22$) in Vollzeit und 77,2% in Teilzeit arbeiteten, waren mit 45,8% ein größerer Anteil der Eltern der Kontrollgruppe ($n=24$) in Vollzeit tätig. Einer Teilzeitbeschäftigung gingen 54,2% nach.

Tabelle 6 Schulabschluss der Eltern

	<i>Hauptschule</i>	<i>Realschule</i>	<i>Abitur</i>	<i>Hochschule</i>
IG $n=26$	-	$n=9$ (34,6%)	$n=10$ (38,5%)	$n=7$ (26,9%)
KG $n=26$	$n=2$ (7,7%)	$n=6$ (23,1%)	$n=12$ (46,2%)	$n=6$ (23,1%)

Die Partner der erwachsenden Teilnehmenden wiesen in beiden Gruppen einen durchschnittlich hohen Bildungsstand (32% mit Abitur in der IG und 45,5% mit Hochschulabschluss in der KG) sowie ein vorwiegendes Angestelltenverhältnis (71,5% und 50%) auf. Die Tätigkeiten der beobachteten Elternteile waren ebenfalls überwiegend im Angestelltenverhältnis zu finden: 50% der Berufstätigen in der Interventionsgruppe und 48% in der Kontrollgruppe. Die Verteilung zwischen den Angaben der beiden Gruppen war ausgeglichen, ein weiterer Schwerpunkt der Verteilung lag mit 23,1% (IG) und 24% (KG) bei der Tätigkeit als Hausfrau / -mann.

Tabelle 7 Berufstätigkeit der Eltern

	<i>Arbeits- los</i>	<i>Hausfrau /-mann</i>	<i>Arbei- ter*in</i>	<i>Ange- stellte*r</i>	<i>Beamte*r</i>	<i>Selbst- ständige*r</i>
IG n=26	n=1 (3,8%)	n=6 (23,1%)	n=1 (3,8%)	n=13 (50%)	n=3 (11,5%)	n=2 (7,7%)
KG n=25	-	n=6 (24%)	-	n=12 (48%)	n=5 (20%)	n=2 (8%)

Das monatliche Haushalteinkommen der Familie beider Gruppen lag durchschnittlich bei 2000 - 3000 Euro. Der Anteil der Familien, die mit einem Einkommen von mehr als 4000 Euro monatlich leben, ist hier mit 32% (Interventionsgruppe) und 37,5% (Kontrollgruppe) am höchsten.

Tabelle 8 Monatliches Haushaltseinkommen in Euro

	<i>Bis 1000</i>	<i>1000- 2000</i>	<i>2000- 3000</i>	<i>3000- 4000</i>	<i>Mehr als 4000</i>
IG n=25	-	n=5 (20%)	n=7 (28%)	n=5 (20%)	n=8 (32%)
KG n=24	n=2 (8,3%)	n=3 (12,5%)	n=5 (20,8%)	n=5 (20,8%)	n=9 (37,5%)

4.4.4 Gemeinsame Zeiten

Die Eltern der Kontrollgruppe verbrachten zum ersten Testzeitpunkt täglich drei bis 24 Stunden und durchschnittlich 9 Stunden mit ihrem Kind. Achtzehn Personen (78,3%) gaben an die Hauptbetreuung des Kindes zu übernehmen. Bei den Eltern der Kontrollgruppe lag die gemeinsame Zeit mit dem Kind bei täglich drei bis 21 und durchschnittlich 7,6 Stunden. Die Hauptbetreuung übernahmen 23 Personen

(92%). Die Zeit, in der die Kinder in einer Einrichtung betreut werden, lag zwischen drei und 9,5 Stunden und durchschnittlich bei 6,1 Stunden (Interventionsgruppe), bzw. 5,6 Stunden (Kontrollgruppe). Die Verteilung ist in folgender Tabelle zu finden:

Tabelle 9 Betreuungszeit der Kinder in einer Einrichtung pro Tag in Stunden

	<i>3 - 4 Std.</i>	<i>5 - 6 Std.</i>	<i>7 - 8 Std.</i>	<i>9 - 10 Std.</i>
IG <i>n</i> =24	<i>n</i> =4	<i>n</i> =10	<i>n</i> =8	<i>n</i> =2
KG <i>n</i> =26	<i>n</i> =10	<i>n</i> =8	<i>n</i> =8	-

4.4.5 Schwierigkeiten und professionelle Hilfen

Von der Gesamtstichprobe gaben aus der Interventionsgruppe 22,2% der Eltern und aus der Kontrollgruppe 19,2% der Eltern Schwierigkeiten ihres Kindes an. Anteilmäßig nahezu ausgeglichen unterschieden sich die Angaben nur leicht in der Art der Auffälligkeit: Bei drei Kindern der Interventionsgruppe wurde eine Entwicklungsstörung genannt, bei zwei Kindern der Kontrollgruppe hingegen eine Chronische Erkrankung.

Tabelle 10 Schwierigkeiten der Kinder

	<i>Seh- / Hör- fehler</i>	<i>Entwicklungs- störung</i>	<i>Chronische Erkrankung</i>	<i>Körperliche Be- hinderung</i>
IG <i>n</i> =6	<i>n</i> =1	<i>n</i> =3	-	<i>n</i> =2
KG <i>n</i> =5	<i>n</i> =2	-	<i>n</i> =2	<i>n</i> =1

Zum ersten Messzeitpunkt nahmen in den letzten sechs Monaten 13 Personen der Interventionsgruppe professionelle Unterstützung in Form von Beratungsstellen, Diplom Psycholog*innen oder Anderen in Anspruch. In der Kontrollgruppe suchte eine Person solche Hilfen auf.

4.4.6 Drop Out

Um die formulierten Hypothesen statistisch überprüfen zu können, mussten zu jeder Dyade mindestens der t1-Datensatz und ein weiterer Datensatz (t2 und / oder t3) vorliegen. Alle Dyaden mit weiteren fehlenden Daten konnten bei der Auswertung nicht berücksichtigt werden. Der Drop Out bei dieser Studie liegt dadurch bei $n=15$ (35,7%) in der Interventionsgruppe und $n=16$ (38,1%) in der Kontrollgruppe. Folgende Gründe wurden von den Eltern für den Ausstieg aus der Interventionsgruppe, bzw. für das Nichtteilnehmen an den Diagnostikterminen der Kontrollgruppe angegeben:

Tabelle 11 Gründe der Drop-Out

	<i>Umfang der Bögen</i>	<i>Umzug</i>	<i>Schwangerschaft, Geburt</i>	<i>Trennung vom Partner</i>	<i>Erkrankung der Mutter</i>	<i>Teilnahme an anderen Maßnahmen</i>
IG $n=15$	$n=3$	$n=3$	$n=3$	$n=2$	$n=3$	$n=2$
KG $n=16$	$n=6$	$n=1$	$n=1$	$n=4$	$n=4$	-

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, stellten sich die Aussagen der Eltern aus der Interventionsgruppe nahezu gleich verteilt dar. Die Gründe für einen Abbruch lagen in beiden Gruppen hauptsächlich in sich veränderten Lebenslagen wie der Umzug, Schwangerschaft, Trennung vom Partner und der Erkrankung der Mutter

sowie insbesondere in der Kontrollgruppe zu 37,5% in dem Umfang der Fragebögen. Die Rücklaufquote bei den Fragebögen lag bei der Interventionsgruppe bei insgesamt 51% und bei der Kontrollgruppe bei insgesamt 48%.

4.5 Untersuchungsmethoden

Für die Zusammenstellung von familiendiagnostischen Beobachtungsmethoden befürworten Käßler und Stasch (2008) die Auswahl mehrperspektivischer Verfahren, in der unterschiedliche Ebenen (individuell, dyadisch und gesamtfamiliär) ebenso wie Selbst- und Fremdaussagen Beachtung finden. Für diese Untersuchung werden wie von Lengning (2008) empfohlen standardisierte Verfahren ausgewählt. Sie setzen sich zusammen aus: (1) Verhaltensbeobachtungen bei zwei Problemlöseaufgaben, (2) Fünf Fragebögen, (3) Familiensystemtest.

Mit dieser Auswahl werden drei Dimensionen des Familien-Assessment im Rahmen familiendiagnostischer Methoden abgedeckt (Käßler & Stasch 2008). Die hier durchgeführten Verhaltensbeobachtungen finden im Subsystem von einer Eltern-Kind-Dyade statt und zählen zu den standardisierten Beobachtungsverfahren. Die Beurteilerperspektive ist die Outsider-Perspektive durch die forschende Person. Das Befragungsverfahren Fragebogen erfasst Aussagen der Insiderperspektive von Mutter oder Vater und Kind. Auf der Analyseebene betrifft es somit die Individuen. In der folgenden Abbildung sind die Ebenen zusammengefasst dargestellt:

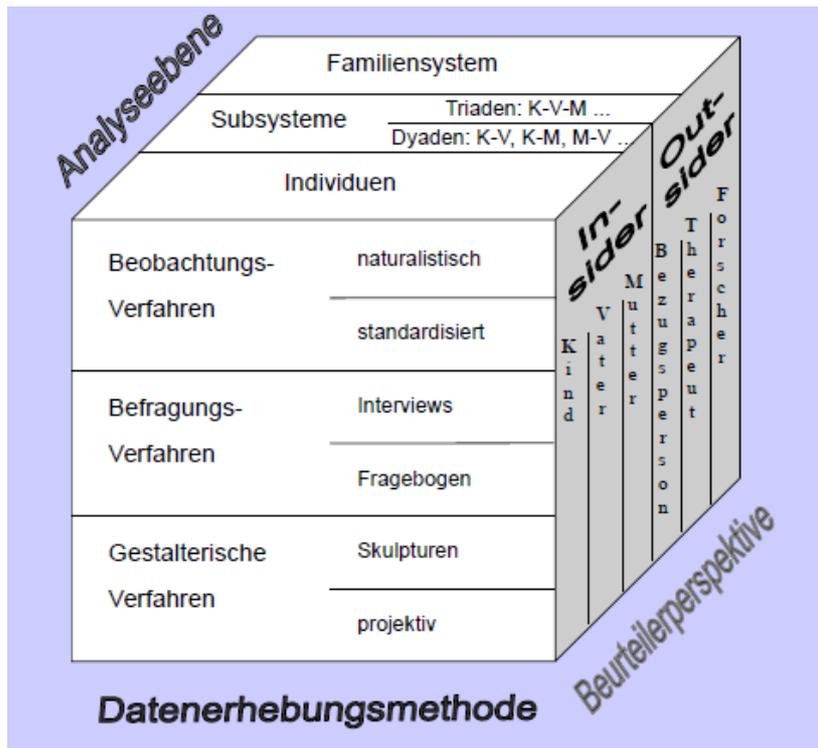


Abbildung 5 Übersicht zu Beobachtungsverfahren im Kontext familiendiagnostischer Vorgehensweisen (Käppler & Stasch 2008, 395)

Der Familiensystemtest zählt zu den Gestalterischen Verfahren mithilfe von Skulpturen, und zeichnet das Familiensystem durch die Insider-Perspektive auf. Dieses Verfahren sollten insbesondere den Kindern eine Möglichkeit geben sich auszudrücken, bzw. eine Bildsprache mit einbeziehen, denn: „Um mit Kindern Befragungen sinnvoll durchzuführen zu können, kann es auch nützlich sein, auf Medien zurückzugreifen, die über die Lautsprache hinausgehen und so Kompetenzdefizite in der verwendeten Bildungssprache zu umgehen" (Kieglmann 2010, 41).

Für die psychomotorische Diagnostik bei Kindern fordert Passolt (2006) eine Mehrperspektivität, d.h. eine ganzheitliche Beobachtung, die das kindliche Spiel, den Alltag des Kindes, seine Stärken und Schwächen sowie seine Systeme prozessorientiert betrachtet. Als Grundsatz dabei gilt: „Kein Kind darf beschämt werden“ (Passolt, 2006, 213). Dieser Grundsatz soll in der Methodenauswahl dieser

Arbeit beachtet werden und ebenso für die erwachsenen Teilnehmenden gelten. Das Gefühl sich vor anderen auf Grund seiner bewerteten körperlichen Leistungen, etwa während der eigenen Kindheit im Schulkontext, zu schämen oder beschämt worden zu sein, bleibt bis ins Erwachsenenalter in Erinnerung (Klinge 2009) und kann in ähnlichen pädagogischen Situationen wieder hervorgerufen werden (Klinge 2009 / Marks 2013). Eine solche Situation könnte ein motodiagnostisches Setting in einem Bewegungsraum wie in der vorliegenden Studie sein. Deshalb wurde auf die Diagnostik der körperlichen Fitness-Komponente in dieser Arbeit bewusst verzichtet. Zudem hätte dies bedeutet, dass sich die durchführenden pädagogischen Fachkräfte für die Diagnostik der Fitness von Kindern und Erwachsenen einem sportwissenschaftlichen Instrument hätten bedienen müssen, das für die Projektinhalte keinen eindeutigen und relevanten pädagogischen Inhalt besäßen hätte und den Ausbildungshintergründen fern gewesen wären.

Aus einer Vielzahl an Verfahren wurden folgende Instrumente eingesetzt:

(1) Standardisierte Verhaltensbeobachtung

(2) Fragebogen-Verfahren

- a. Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern (KINDL)
- b. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)
- c. Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE)
- d. Junior Temperament and Character Inventar (JTCl)
- e. Fragebogen zu persönlichen Angaben

(3) Gestalterisches Verfahren Familiensystemtest

Die Methoden wurden in einem ca. 90-minütigen Prätest, einem Posttest und einem Follow up nach jeweils sechs Monaten angewendet. Sie werden im Folgenden hinsichtlich ihres Aufbaus sowie ihrer Standardisierung kurz beschrieben.

4.5.1 Standardisierte Verhaltensbeobachtung

Die Verhaltensbeobachtung fand als Laboruntersuchung statt, da so die Beobachtungssituation standardisiert erfasst werden konnte (Kötter & Nordman 2003). Die Eltern-Kind-Dyade erhielt zwei Problemlöseaufgaben, die sie in 5-10 Minuten bewegungsorientiert lösen konnten. Die Versuchsleitung befand sich nach der Aufgabenstellung im Raum, so dass sie Rückfragen beantworten und eine persönliche Sicherheit für das Kind und den Erwachsenen im Raum bieten konnte. Der Lösungsprozess der beiden Bewegungsaufgaben wurde videografiert und nach den Aspekten Interaktion, Kommunikation und Vertrauen mithilfe eigens zusammengestellter Kodierungskategorien analysiert. Im Folgenden werden die beiden Beobachtungssituationen in Aufbau und Instruktion beschrieben.

Verhaltensbeobachtung I (Kooperation): Dracheneiersuche

Aufbau: Ein Kasten, eine Matte und eine Bank stehen von links nach rechts nebeneinander mit ihrer kürzeren Seite an einer Wand im Bewegungsraum. Unter der Bank befindet sich in Kontakt mit Matte und Wand ein Korb. In dem Korb liegen zwei leuchtende Kunststoff-Eier unter zwei Chiffontüchern. Zwei Hocker stehen rechts vor dem Kasten. Auf jedem Hocker liegt ein Seil.

Empirische Studie zur Förderung der Interaktion und Lebenszufriedenheit von Familien durch ein präventives Bewegungsangebot



Abbildung 6 Aufbau zur Verhaltensbeobachtung I: Dracheneiersuche



Abbildung 7 Korb mit zwei leuchtenden Kunststoff-Eiern

Instruktion: „Bitte setzt euch doch schon mal auf die beiden Hocker. Ich mache jetzt die Kamera für ein paar Minuten an (Person geht anschließend zu Eltern-Kind-Dyade). Bei uns im FluVium lebt ein Drache, der heißt FluVi. Der Drache hat letzte Woche zwei Eier in sein Nest gelegt, da sind kleine Baby-Drachen drin. Als ich aber heute Morgen rein kam, waren die Eier verschwunden. Jemand hat sie geklaut oder versteckt. Jetzt möchte ich euch fragen, ob ihr die Eier suchen könnt? Die müssen hier irgendwo versteckt sein. Traut ihr euch das? (Bei Antwort „Ja“:) Ihr habt die Aufgabe hier über den Drachenberg, also den Kasten, zu klettern um auf der anderen Seite zu gucken, ob die Eier dort vielleicht versteckt sind. Ihr dürft diese Hocker benutzen um dort hoch zu kommen und diese Kletterseile. Das müsst ihr aber nicht, ihr könnt das selbst entscheiden. Seid ihr bereit? Ok, dann könnt ihr loslegen und ich gucke mir das von der Seite aus an“ (Versuchsleitung geht zur Kamera).

Nach Ende der Suche, Instruktion: „Oh, ihr habt die Eier schon gefunden. Toll, darf ich mal sehen? Die leuchten ja richtig! War das denn einfach, oder schwer für euch? Dann bin ich mal gespannt wie die nächste Aufgabe für euch ist. Hier drüben habe ich noch etwas für euch. Dazu brauchen wir auch noch die beiden Seile, könnt ihr die mitbringen?“

Hinweise: Die Testleitung darf keine aktive Hilfestellung geben. Fragen zu den Materialien können kurz beantwortet werden. Die Möglichkeit mit den kleinen Kästen und Seilen den Berg und die Schlucht an der Seite zu umgehen ist zulässig, sodass Kinder und Erwachsene, die Schwierigkeiten mit der Bewältigung der Höhe haben, auch zum Ziel gelangen können. Sprachlich ist die Testinstruktion abzuwandeln / zu vereinfachen, wenn das sprachliche Verständnis bei Mutter oder Kind nicht vorauszusetzen ist.

Verhaltensbeobachtung II (Vertrauen): Führen und Folgen

Aufbau: Auf dem Boden liegen zwei kleine Ringe (Hartgummi, rot, orange), zwei Frisbees (Schaumstoff, gelb, orange), drei Tücher (Baumwolle, kariert, zweimal in den Farben rot-weiß und einmal blau-weiß), zwei Seile (Kunstfaser, blau, grün) sowie ein Keilkissen (Schaumstoff mit Baumwolle bezogen, orange).



Abbildung 8 Materialien zur Verhaltensbeobachtung II: Führen und Folgen

Instruktion: „Hier liegen auch noch ein Kissen, zwei Schaumstoffscheiben, zwei Ringe und drei Tücher. Ihr habt jetzt die Aufgabe eine Fühlstraße für den anderen zu bauen, also diese Sachen einfach nebeneinanderlegen. Der andere hat dabei die Augen verbunden und soll dann von euch mit verbundenen Augen darüber geführt werden. Ihr dürft selbst entscheiden, wer von euch anfangen will mit Bauen oder Darüber-Laufen. Ihr könnt ein Tuch nehmen um die Augen zu verbinden. Seid ihr bereit? Ok, ich schaue mir das wieder von der Seite aus an“ (Versuchsleitung geht zur Kamera).

Nach Ende, Instruktion: „Ah, ihr seid angekommen, prima! Wie war das denn für euch? Schon ein komisches Gefühl mit verbundenen Augen, oder? Ok, dann könnt ihr jetzt einmal tauschen. Du kannst nun die Straße so lassen oder verändern, wie Du das möchtest.“

Beim Aufbau beider Beobachtungssituationen war besonders darauf zu achten, dass bei jeder Durchführung zu den drei Messzeitpunkten die gleichen Materialien verwendet wurden. Sie sollten in Größe, Form, Farbe, Materialbeschaffenheit und Anzahl identisch sein. Die Kleingeräte waren in jeder Durchführung identisch, da diese auch in die teilnehmenden Tageseinrichtungen für Kinder mitgenommen wurden. Die Großgeräte Kasten, Matte und Bank wurden jeweils vor Ort aus dem vorhandenen Bestand genutzt. Nicht jede Einrichtung verfügte über einen Kasten. Hier wurde dieser in Höhe und Breite mit den vorhandenen Materialien wie kleinen Schränken oder Kisten nachgebaut.

Kötter und Nordmann (2003) stellen zunächst folgende Schwierigkeiten bei der Analyse der familiären Interaktion fest:

Die Durchführung einer Beobachtungsstudie gestaltet sich aufgrund vieler noch nicht befriedigend gelöster methodischer Probleme und der großen Vielfalt der Verfahren auf diesem noch jungen Gebiet der Familiendiagnostik schwierig. Die methodischen Probleme ergeben sich bezüglich der Konzeption der Beobachtungssituation, der Konstruktion der Kodierungsinstrumenten und der Auswahl der Auswertungsmethoden (Kötter & Nordmann 2003, 465)

Die Konzeption der hier eingesetzten Beobachtungssituation war durch Merkmale wie eine definierte Raum- und Materialnutzung, die festgelegte Aufgabenstellung und -abfolge sowie die wiederholte Durchführung zu den drei Beobachtungszeiträumen standardisiert und somit methodisch abgesichert. Das Kodierungsinstrument bestand aus einer Kombination bereits vorhandener und validierter Kategorien zur Beobachtung von Interaktion zwischen zwei Beziehungspersonen und

wurde ergänzt durch aufgabenspezifische Kategorien, sodass eine hypothesengeleitete Analyse sowie deskriptive Auswertung gewährleistet werden konnte. Im Folgenden wird die Auswahl des Kodierungssystems erläutert.

Kreppner und Ullrich veröffentlichten 1996 das Familien-Codier-System (FCS) zur Beurteilung von Kommunikationsverhalten in Familiendyaden. Dieses System erhebt eine differenzierte Qualifizierung unter Berücksichtigung der nonverbalen Interaktion. Das FCS umfasst in 12 Kategorien drei Bereiche: formale Interaktion (3 Kategorien), verbale Kommunikation (6 Kategorien) und nonverbale Kommunikation (3 Kategorien).

Tabelle 12 Familien-Codier-System: Übersicht über Kategorien (nach Kreppner & Ullrich 1996)

Formale Interaktion	Verbale Interaktion	Nonverbale Interaktion
1) Aufnehmer der Karte	4) Kommunikationsstruktur	10) Körperorientierung
2) Aktualisierungsmodus	5) Kommunikationsstil	11) Anspannung
3) Relative Redezeit	6) Interaktionsstil	12) Näheverhalten
	7) Diskussionsstil	
	8) Engagement für die Diskussion, Intensitätsregulierung	
	9) Einbringen der eigenen Person	

Der im Rahmen einer Studie anhand einer Zufallsstichprobe mit N=184 berechnete Cohens Kappa für alle Kategorien der Eltern-Kind-Dyaden liegt durchschnittlich bei .80 und zeigt, dass dieses Kategoriensystem reliabel anwendbar ist (Kreppner & Ullrich 1996). Viele der Einordnungen sind übertragbar auf die nonverbal orientierten

tierten Äußerungen der an der vorliegenden Studie teilnehmenden Dyaden. Für die Zusammenstellung des Kategoriensystems der Videoanalyse wurden folgende FCS-Kategorien gewählt: 1) Aufnehmer, 6) Interaktionsstil, 11) Anspannung und 12) Näheverhalten. Die Kategorien 2), 3), 7) und 8) wurden ausgeschlossen, da sie verbales Verhalten beschreiben, das in dieser Form aufgrund der Aufgabenstellung nicht auftritt und zudem für die hypothesengeleitete Beobachtung nicht relevant sind. Die Kategorien 4), 5), 9) und 10) wurden für diese Untersuchung zunächst mit aufgenommen. In ersten Testauswertungen stellte sich jedoch heraus, dass inhaltlichen Doppelungen hinsichtlich der Beobachtungsaufgabe und Ungenauigkeiten in diesen Bereichen entstanden. Aus diesem Grund wurden diese Kategorien teilweise in die ausgewählten Bereiche integriert, oder ausgeschlossen. Die zunächst erstellten Kategorien zur Raumebene (hoch: springen, hüpfen; mittel: stehen, gehen, klettern und tief: sitzen, krabbeln, hocken), in der sich die beobachteten Personen bewegten, wurden ebenfalls nach ersten Probeauswertungen verworfen, da sie in kurzer Zeit wenig Varianz aufzeigten.

Die Auswahl der nonverbalen und verbalen Beobachtungskategorien wurden um wenige aufgaben- und situationsspezifische Merkmale ergänzt. Diese beschreiben die zur ersten Problemlösung den Situationsabschluss (Abschluss der Phasen und Eierfinden) und zur zweiten Problemlösung die Rolleneinnahme als Sehender und Blinder (Führen und Folgen). Um die Zugehörigkeit zu einem Merkmal zu verdeutlichen sind die Items so gewählt, dass sich die Wahlmöglichkeiten in der Beurteilung ausschließen.

Tabelle 13 Verhaltensbeobachtungen I und II: Situationsbezogene Beobachtungsmerkmale

Situationsabschluss (Eierfinden)	Führen (Sehender)	Folgen (Blinder)
schließen Phase gemeinsam ab	gibt Warteplatz	verweigert Blindheit
schließen Phase getrennt ab	beginnt direkt	lässt Blindheit zu
Kind findet Eier allein	führt mit einer Hand	wartet ruhig
Erwachsener findet Eier allein	führt mit zwei Händen	wartet unruhig
Erwachsener lenkt Kind	führt keine Hand	unterbricht Blindheit
Kind sozial bezogen auf Erwachsenen	beendet durch Signal	sorgt für Blindheit
Kind sozial bezogen auf VL	beendet unspezifisch	hängt an Hand
Erwachsener sozial bezogen auf Kind	führt	geht eigenständig
Erwachsener sozial bezogen auf VL	begleitet	folgt flüssig folgt verzögert

Die Auswertung kann methodisch über eine ereignisbezogene Frequenzanalyse oder eine prozessbezogene Sequenzanalyse erfolgen (Kötter & Nordmann 2003). Hier wurde eine ereignisbezogene Frequenzanalyse durchgeführt, da das Verhalten der Dyaden deskriptiv erfasst und innerhalb von drei Messzeiträumen sowie der Gesamtstichprobe miteinander verglichen werden sollte. Eine Sequenzanalyse hätte vermutlich Verhaltensmuster und Vernetzungen zwischen den Familienmitgliedern aufdecken können, die Analyse hätte jedoch in mehrere sequentielle Ein-

heiten geteilt werden müssen und wäre somit für eine quantitative Auswertung und den Vergleich mehrerer Dyaden weniger geeignet.

Folgende Fehlerquellen sollten berücksichtigt und möglichst ausgeschlossen werden:

Zu den bekanntesten systematischen Beobachtungsfehlern gehören: sog. Halo-Effekt: die unzulässige Generalisierung von Einzelaspekten im Hinblick auf die Gesamtbeurteilung; Primacy- oder Recency-Effekte: besondere Gewichtung erster oder letzter Eindrücke; Kontrast- und Ähnlichkeitsfehler: besonders Augenmerk bei der Beobachtung auf bestätigende und Ausblendung widersprechender Informationen (Käppler & Stasch 2008, 408).

Zwei an der Studie ansonsten unbeteiligte Rater mit einem pädagogischen Hochschulabschluss übernahmen die Auswertung der Videos. Sie erhielten eine umfangreiche Einweisung mithilfe von Trainingsvideos. Anschließend bewerteten sie 10 Blindvideos, anhand derer die Platz-Übereinstimmung berechnet wurde und eine Interrater-Übereinstimmung von durchschnittlich 76,72% (bei Übereinstimmung der Einzelmerkmale von 30-100%). Zusätzliche Trainingseinheiten erhöhten die Übereinstimmung bei 20 weiteren Blindvideos auf durchschnittlich 90,37% (Übereinstimmung der Einzelmerkmale: 70-100%). Die Objektivität der Auswertung wurde dadurch gesichert, dass die Rater nicht wussten, welcher Gruppe die Teilnehmer zugeordnet waren und zu welchem Zeitpunkt die Beobachtung stattfand (Lengning 2010). Zur hypothesengeleiteten Auswertung der erhobenen Daten wurden Einzelkategorien positiven und negativen Ausprägungen im Interaktionsverhalten zugeordnet. Die Bögen zur Auswertung sind im Anhang zu finden.

4.5.2 Fragebogen-Verfahren

Insgesamt fünf Fragebögen erhoben die Lebensthemen (1) Gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder, (2) Lebenszufriedenheit der Eltern, (3) Zufriedenheit

der Eltern mit ihrer Erziehung, (4) Temperament des Kinder und (5) Persönlichen Angaben.

Die Fragebögen konnten von den Eltern innerhalb einer Woche zuhause ausgefüllt werden. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe brachten das Fragebogenpaket zur nächsten Sitzung mit, die Teilnehmenden der Kontrollgruppe erhielten einen frankierten Rückumschlag, um die Bögen per Post zusenden zu können.

(1) Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern (KINDL)

Zur Erhebung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Kinder wurde der KINDL (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998) angewendet. Dabei handelt es sich um einen Fragebogen mit 24 Likert-skalierten Items, der in Form von Selbst- und Fremdbeurteilung (kiddy KINDL 4-7 Jahre und Elternversion KINDL) bearbeitet werden kann. Sechs Dimensionen der Lebensqualität werden erfasst: Körperliches Wohlbefinden, Seelisches Wohlbefinden, Selbstwert, Familie, Freunde und Funktionsfähigkeit im Alltag in der Vorschule bzw. im Kindergarten (Ravens-Sieberer, Hölling, Bettge & Wietker 2002). Die Bearbeitungszeit liegt bei etwa 10 Minuten. In über 4000 Fällen konnte eine hohe Reliabilität von .70 sowie eine befriedigende Validität verzeichnet werden (Ravens-Sieberer & Bullinger 1998).

(2) Fragebogen zur Lebenszufriedenheit der Eltern (FLZ)

Zur Erhebung der Lebensqualität der Erwachsenen wurde der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ, Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler 2000) eingesetzt. Dabei handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsverfahren, das 10 Lebensbereiche aufgreift: Gesundheit, Arbeit und Beruf, finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, eigene Person, Sexualität, Freunde / Bekannte / Verwandte, Wohnung. Die Durchführung umfasst 5-10 Mi-

nuten. Die interne Konsistenz liegt zwischen $\alpha = .82$ und $\alpha = .95$. Die Validität wird als gesichert angegeben (Fahrenberg et al. 2000).

(3) Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE)

Die Zufriedenheit der Eltern über ihr Erziehungsverhalten wurde durch den Fragebogen zum Kompetenzgefühl von Eltern (FKE, Miller 2001) überprüft. Basierend auf dem Parenting Sense of Competence Scale (POSC) werden mit insgesamt 16 skalierten Items zum einen die Zufriedenheit mit der Elternrolle und zum anderen das Gefühl der Selbstwirksamkeit erhoben. Der erste Bereich umfasst mit 9 Items die Dimensionen Frustration, Versagensgefühle und Motivation. Das Gefühl der Selbstwirksamkeit wird in sieben Items über die Themen Kompetenz, Problemlösefähigkeiten und Erfolg erfragt. Die Skala Selbstwirksamkeit weist eine interne Konsistenz von $.76$, die Skala Zufriedenheit einen Wert von $.75$, die Gesamtskala einen Wert von $.79$ und kann damit als zufriedenstellend bezeichnet werden (Johnston & Mash 1989, zitiert nach Miller 2001).

(4) Junior Temperament and Character Inventar (JTCI)

Das Temperament des Kindes konnte durch das Junior Temperament and Character Inventar (JTCI, Goth & Schmeck 2009) erfasst werden. Dabei handelt es sich um eine Inventarfamilie zur Erfassung der Persönlichkeit vom Kindergarten- bis zum Jugendalter nach Cloningers biopsychosozialem Persönlichkeitsmodell. Der Bereich Temperament umfasst vier eigenständige Skalen: Neugierverhalten, Schadensvermeidung, Belohnungsunabhängigkeit und Beharrungsvermögen. Das JTCI wird in 15-20 Minuten von den Eltern oder anderen Bezugspersonen beantwortet. Die interne Konsistenz liegt zwischen $\alpha = .71$ und $\alpha = .86$ (Goth & Scmeck 2009)

(5) Fragebogen zu persönlichen Angaben

Die Erfassung der soziodemografischen Daten der Familienmitglieder erfolgte durch einen eigens erstellten Bogen, den die Elternteile der Dyaden ausfüllten. Dabei wurden Daten zum Alter, Schulabschluss, Ausbildung, Berufstätigkeit, Einkommen, Familienstand, Anzahl der Kinder und zur aktuellen Lebenssituation erhoben.

4.5.3 Gestalterisches Verfahren Familiensystemtest

Mittels Figurentechnik lässt sich mit dem Familiensystemtest (FAST, Gehring 1998) die individuelle Sicht der Teilnehmer auf die Beziehungen innerhalb der eigenen Familie erfassen. Neben der Kohäsion (emotionale Bindung) kann die Hierarchie (Einflussmöglichkeiten) im Familiensystem durch Hinzunahme von Holzklötzen von den Teilnehmenden verdeutlicht werden. Die Aufstellung der Figuren erfolgt für drei Situationen: Der typischen Repräsentation, der idealen Repräsentation und der Konfliktrepräsentation. Der FAST wurde in der vorliegenden Studie in einem Einzelgespräch in ca. 15-20 Minuten durchgeführt. Die Werte wurden mithilfe eines Testauswerteprogramms berechnet. Dieses gestalterische Verfahren bot hier zudem die Möglichkeit die Teilnehmenden individuell anzusprechen und Vertrauen in diesem Einzelkontakt aufzubauen. Hypothesengeleitet wurden die Angaben zur Typischen Repräsentation ausgewertet.

4.6 Interventionskonzept Bewegte Familienzeit

Laut Fischer (2011) "[...] erweisen sich bewegungsgebundene Angebote als besonders wirksam, wenn sie das (Lebens-) Thema und das Interesse des Kindes treffen; [...]" (Fischer 2011, 8). Diese Grundaussage wurde bei der Entwicklung des vorliegenden Interventionskonzeptes in den Vordergrund gestellt und gezielt von

der Kind-Perspektive auf die Familien-Perspektive erweitert. In diesem Punkt werden Ziele, Methoden und die praktischen Bausteine der familienorientierten Bewegungsförderung erläutert.

4.6.1 Ziele

Vorrangiges Ziel ist es bei diesem Interventionskonzept einen vertrauensvollen und stressfreien Rahmen zu bieten, in dem sich die teilnehmenden Familien sicher fühlen und über das Medium Bewegung aktive und positive Erfahrungen über sich selbst und andere machen können. Die Interaktion zwischen den Familienmitgliedern sowie die Erhaltung der individuellen Gesundheit jedes Einzelnen soll mit diesem Angebot präventiv gestärkt werden. Dabei stehen gemeinsame, erlebnisorientierte Aktionen und weniger Konfliktgespräche im Vordergrund. Ein Leistungsbezug findet wenig Beachtung, denn durch ein erweitertes Verständnis über sich selbst und die eigenen Eltern, bzw. Kinder soll der Familienzusammenhalt und somit langfristig die Lebenszufriedenheit gestärkt werden. Das Absehen von Leistungsorientierung formuliert auch Fischer (2011) als Voraussetzung von gelingenden bewegungsorientierten Angeboten im Sinne der psychomotorischen Arbeit. Einen hohen Stellenwert hat die Übertragung der Inhalte und Methoden in den Alltag der Familien. So soll als ein weiteres Ziel die Verankerung der Inhalte und Methoden des Bewegungsangebotes in die alltägliche Lebenswelt der Familien beschrieben werden.

4.6.2 Pädagogischer Auftrag und Grundhaltung

Der Auftrag der pädagogischen Fachkräfte, die das Konzept in der Praxis umsetzen, ist präventiv und pädagogisch ausgerichtet. Es wird im Vorfeld bewusst auf eine Auftragsklärung, Erziehungsberatung oder Problemfokussierung in der Zusammenarbeit mit den Familien verzichtet. Die Pädagog*innen stehen den Eltern bei Fragen und Anregungen zur Verfügung und verweisen ggf. bei erzieherischem

Beratungsbedarf, der über die Situationen während der Bewegungsstunden hinausgeht, auf die lokalen Anlaufstellen der Jugendhilfe-Dienste. Die Fachkräfte nehmen eine wertschätzende Haltung den Familienmitgliedern gegenüber ein. Das Basisprinzip „Echtheit und Wertschätzung“ in der psychomotorischen Entwicklungsförderung (Keßel 2014, 34) zeigt sich etwa in der Haltung und verbalen Aussage den Kindern und hier auch den Eltern gegenüber: „Du bist willkommen hier, so wie du bist. Du darfst hier sein, so wie du bist.“ Die Grundlage dazu bietet ein humanistische Menschenbild: Das Kind ist Akteur seiner eigenen Entwicklung und in der Lage sich aus innerem Antrieb, einer intrinsischen Motivation heraus sich weiterzuentwickeln (Rogers 1991).

Die Pädagog*innen versuchen die Handlungen der Teilnehmenden möglichst wertfrei (Prinzip „Bewertungsvermeidung“, Keßel 2014, 24) im Kontext ihres Familiensystems zu sehen und gehen grundsätzlich davon aus, dass jede Aktivität einen für das Individuum Sinnzusammenhang hat. Diese Aspekte einer professionellen pädagogischen Haltung gilt es regelmäßig zu reflektieren und möglicherweise unter Stress veränderte Handlungsmuster zu beleuchten (Kuhl, Schwer & Stolzbacher 2014). So bietet diese Konzeption, die zwei pädagogische Fachkräfte für die Leitung der Familiengruppen vorsieht, die Möglichkeit sich in Vor- und Nachbereitung und auch während der Interventionsstunden über die eigene Wahrnehmung, die eingenommene Rolle sowie die Beziehungsgestaltung zu den Familienmitgliedern auszutauschen. Interne und formlose Protokolle sollen diesen Prozess begleitend dokumentieren. In der Interventionspraxis nehmen die pädagogischen Fachkräfte in Absprache untereinander und je nach Stundenphase verschiedene Rollen in der Beziehungsgestaltung ein. Dabei soll der Gruppenprozess genau beobachtet werden und die Handlungen an den Impulsen und Bedarfen der Teilnehmenden mit dem Ziel der möglichst eigenständigen Gestaltung des Geschehen durch die

Familien ausgerichtet sein (Prinzip „Prozessorientierung“, Keßel 2014, 26). So beobachten sie, sind Spielpartner*innen, spiegeln, begleiten, moderieren und leiten prozessorientiert an. Dem Aufbau und der Gestaltung einer spezifischen Beziehung zu den Familienmitgliedern wird hier als einen grundlegenden Wirkfaktor der bewegungsorientierten Arbeit eine hohe Bedeutung beigemessen (Hölter 2002). Dass die Entwicklung einer professionellen pädagogischen Haltung in der psychomotorischen Arbeit ein komplexer und höchst individueller Prozess ist (Kuhl et al. 2014), soll beachtet und in dieser Konzeption durch regelmäßige kollegiale Beratungsstunden aufgegriffen werden. Konkrete Handlungsanweisungen für die Fachkräfte werden aus diesem Grund für nicht zielführend und hinderlich für eine prozessorientierte Vorgehensweise angesehen.

4.6.3 Inhalte und Aufbau des Interventionskonzeptes

Inhaltlich ist das Interventionskonzept „Bewegte Familienzeit“ in drei Themenmodule aufgebaut (angelehnt an Beudels & Anders 2008):

- (1) Entwicklung von gemeinsamer Bewegungsfreude
- (2) Spielerische Angebote zur Kommunikation und Kooperation
- (3) Spielerische Angebote zum Vertrauen

Dabei werden zur Förderung der Entwicklung von wissensunabhängigen Handlungskompetenzen die Erfahrungsbereiche der Ich-, Sach- und Sozialkompetenz mit bewährten Angeboten der psychomotorischen Entwicklungsbegleitung inhaltlich aufbereitet (Beudels & Anders 2008 / Beudels, Kleinz & Delker 2002 / Beudels, Lensing-Conrady & Beins 2008 / Eggert 2005 / Hammer 2001 / Köckenberger 2008 / Quante 2008 / Zimmer 2008). Die Beziehungsdimensionen *miteinander*, *gegeneinander* und *füreinander* der beziehungsorientierten Bewegungspädagogik nach Sherborne (1998) werden dabei inhaltlich berücksichtigt. Im Folgenden werden

die drei Themenmodule differenziert und die Zuordnung der 20 Interventionseinheiten mit Förderzielen und Vertiefungsthemen anschließend in einer Übersicht tabellarisch dargestellt.

(1) Entwicklung von gemeinsamer Bewegungsfreude

In den ersten fünf Interventionseinheiten werden Bewegungsanlässe initiiert, in denen das Erleben der Ich-Kompetenz der Teilnehmenden ein Schwerpunkt darstellt. Wie kann ich mich bewegen? Was kann ich schon oder was kann ich nicht mehr? Die Gruppe hat die Möglichkeit einfache Laufspiele zur körperlichen Aktivierung, Suchspiele zur Raumerkundung und kleine Aufgaben zum Erleben des Körperschemas kennenzulernen. Die Freude an der Bewegung sowie die Beziehungsebene *miteinander* sollen erfahrbar werden, indem den Teilnehmenden individuelle Erlebnisse im Rahmen und in Bezug zu einer Gruppensituation ermöglicht werden.

(2) Spielerische Angebote zur Kommunikation und Kooperation miteinander

In den darauffolgenden sieben Einheiten können sich die Teilnehmenden über gemeinsame Spiele und hier im Vertiefungsthema über psychomotorische und alltägliche Materialien näher kommen. So haben sie z. B. die Aufgabe mit einer Vielzahl an Wäscheklammern gemeinsam ein Fabeltier zu bauen und das Tier mit seinen besonderen Eigenschaften den anderen Familien vorzustellen. Die Familienmitglieder entwickeln gemeinsam Lösungsstrategien, sie interagieren miteinander und mit den anderen Gruppenmitgliedern. Sie können so ihre Materialkompetenz erweitern, werden kreativ und können Ängste abbauen (Reppenhorst & Schäfer 2012). Der Einsatz von Alltagsmaterialien soll den Familien ermöglichen die einfachen Spiele und auch Rituale, die sie im Laufe der Intervention erleben und kennenlernen, in ihren Familienalltag zu integrieren. Auch in dem zweiten Themen-

modul soll insbesondere die Beziehungsebene *miteinander* im Vordergrund stehen.

(3) Spielerische Angebote zum Vertrauen zueinander

Im letzten Themenbaustein wird in acht Interventionseinheiten das Vertrauen untereinander durch Angebote zum spielerischen Rangeln und Raufen (Beudels & Anders 2008) thematisiert, aufgebaut und soll gezielt gestärkt werden. Über direkten Körperkontakt können die Kinder und Erwachsenen über ihren Körper erleben was es bedeutet getragen und gehalten zu werden, sich oder mit einem Partner seine und ihre Kräfte zu messen (Atzesberger 1991). Im Wechsel von An- und Entspannung sowie Nähe und Distanz orientieren sich die Spielideen, die den Familien angeboten werden, an dem Vertiefungsthema Sozialkompetenz. Das psychomotorische Prinzip der „Freiwilligkeit“ (Keßel 2014, 25) wird in diesem Modul besonders bedeutsam. Jede teilnehmende Person entscheidet selbst ob und in welchem Maße sie sich auf einen engen Kontakt zu einer anderen Person einlässt. Auch das Beobachten von sozialen Interaktionen wird hier als Bildungsprozess angesehen. Die Beziehungsebenen *gegeneinander* und *füreinander* werden hier über das Medium Bewegung erfahrbar.

Tabelle 14 fasst die Themenmodule sowie Förderziele und Vertiefungsthemen in einer Übersicht zusammen:

Tabelle 14 Übersicht: Aufbau des Interventionskonzeptes in 20 Einheiten

<i>Einheiten</i>	<i>Förderziele / Vertiefungsthemen</i>
1-5	Bewegungsfreude wecken, Orientierung im Raum, Bindung an Familienmitglieder, Vertiefungsthema: Ich-Kompetenz

6-12	Kommunikation und Kooperation, Vertiefungsthema: Material-Kompetenz
13-20	Kommunikation, Vertrauen, Vertiefungsthemen: Sozial-Kompetenz

Die einzelnen Stundeninhalte sowie deren Ablauf werden gemeinsam mit methodischen Hinweisen im folgenden Unterkapitel dargestellt.

4.6.4 Methoden der Interventionspraxis

Wiederkehrende und vorhersehbare Rituale nehmen methodisch einen großen Stellenwert bei Bewegte Familienzeit ein, einerseits hinsichtlich des Ablaufs der Bewegungsstunden, andererseits hinsichtlich der Gestaltung von Anfangs- und Endphasen der Fördereinheiten. Die Bewegungsstunden für Familien sind nach dem Prinzip „Strukturierung“ (Keßel 2014, 26) in diesem Konzept halbstrukturiert in vier Phasen mit je unterschiedlichen Zielen aufgebaut:

Tabelle 15 Halbstrukturierter Stundenablauf der Interventionsstunden

<i>Phase</i>	<i>Inhalt</i>	<i>Ziele</i>	<i>Dauer</i>
Begrüßung	Erzählrunde; Aufwärmenspiel	Ankommen im Raum und in der Gruppe; körperliches Erwärmen	ca. 10 Minuten
Gruppenzeit	Bewegungsspiel; Teamspiel	Kräfte und Geschwindigkeit spüren; gemeinsame Lösungswege finden	ca. 20 Minuten
Forscherzeit	Freie Exploration	Forschendes Lernen; Phantasie anregen; individuelle Beziehun-	ca. 15 Minuten

	gen		
Abschluss	Entspannung; Erzählrunde	Nachspüren; Körperwahrnehmung; Vertrauen; Zuhören; Reflexion	ca. 15 Minuten

Dieser Aufbau ist in der Praxisumsetzung als Rahmen zu verstehen, an dem sich die einzelnen Einheiten orientieren. Die Zeitangaben können ebenfalls eine Orientierung bieten und sind gleichzeitig der Prozessorientierung in jeder Gruppe untergeordnet. Zu Beginn und zum Ende jeder Familienstunde treffen sich alle Teilnehmenden an einem festen Ort im Raum, hier beispielsweise um einen stilisierte Stern auf der Bewegungsfläche im Psychomotorischen Förderzentrum FluVium. Zu Beginn erinnert die*der Pädagog*in an die gemeinsame und verbindliche Regel: „Alles ist erlaubt, was nicht weh tut.“, „Wenn ich etwas nicht möchte, rufe ich: Stopp!“ Ein Stein liegt in der Mitte und jede*r, die*der etwas erzählen möchte, darf zu Beginn den Erzählstein nehmen und von einem besonderen Ereignis der vergangenen Woche, oder seiner Befindlichkeit berichten. Jede Person soll so die Möglichkeit bekommen sich mitzuteilen, Wünsche zu äußern und den Verlauf der Einheit mit zu planen und zu gestalten. Die leitende Fachkraft gibt einen kurzen Überblick über die Phasen der Stunde und führt gegebenenfalls in einen thematischen Rahmen ein.

Nach einem Aufwärmen in Form eines gemeinsamen Bewegungsspiels (begleitet durch ein Lied oder andere rhythmische Begleitung), bei dem jede Person sich für sich bewegen kann ohne in einen direkten Kontakt zu einer anderen Person zu gehen, wird spielerisch eine Gruppenaufgabe an die Familien gestellt. In den ersten Einheiten sollen hier eine Vielzahl von Kuscheltieren eine Vermittlerrolle einneh-

men: Jede Familie kann sich eines der Tiere gemeinsam auswählen und dem Tier einen Namen geben. Dieses Kuscheltier begleitet die einzelne Familie in den folgenden Stunden als ihr Familientier und bietet einen thematischen Rahmen um Kooperationsaufgaben in der Gruppenzeit der Einheiten für die Familien anzubahnen. Dabei soll es darum gehen gemeinsame Lösungen für die Bewältigung einer Aufgabe zu finden, beispielsweise für das Familientier ein Nest mit unterschiedlichen Materialien zu bauen.

Im dritten Teil der Familienstunden, der Forscherzeit, wird der Bewegungsraum den Familien zur freien Verfügung und Exploration bereit gestellt. Eigenständig können die Teilnehmenden die Materialien nutzen, eigene Spielideen entwickeln, sich ausruhen oder Ideen aus vorherigen Stunden aufgreifen. Diese Phase für freies Spiel ist für die Entwicklung der Phantasie und Selbstorganisation von Kindern besonders wichtig (Kleinz 2010). Wenner (2010) betont zum Freispiel: „Es macht auch Erwachsene kreativer und ausgeglichener“ Wenner (2010, 13). Als fester Bestandteil in jeder der Einheiten ist im Anschluss an die Forscherzeit eine Entspannungsphase einzuplanen. Sie bieten den Familien die Möglichkeit am Ende der gemeinsamen Stunde zur Ruhe zu kommen, sich als Familie wieder zu versammeln und das Erlebte zu reflektieren. Beispiele für eine kind- und damit familiengemäße Entspannung sind Wahrnehmungsspiele und –übungen wie eine Igelballmassage auf dem Rücken der Kinder und Eltern. In einer abschließenden Erzählrunde (wie zu Beginn) kann von Erlebtem berichtet und Wünsche für die folgende Stunde geäußert werden.

Der Einsatz von Alltagsmaterialien ist neben der Nutzung von Standardgeräten eines Bewegungsraumes wie Kästen, Matten, Sprossenwand, Schwungtuch oder Trampolin gezielt in das Konzept eingeplant um den teilnehmenden Familien zu vermitteln, dass Alltagsgegenstände im Spiel zweckentfremdet und fantasievoll

genutzt werden können. Zu den hier eingeplanten Alltagsmaterialien zählen: Wäscheklammern, Papprollen und -röhren, Schwämme (Schaumstoffklötze), Kartons, Zeitungen, Bierdeckel, Zollstöcke, Rasierschaum und Folie. Diese Materialien sind besonders kostengünstig bis kostenfrei und können einen niederschweligen Zugang zum gemeinsamen Spiel im häuslichen Umfeld der Familien bieten.

In der folgenden Tabelle sind alle Inhalte / Bewegungsspiele mit den zugeordneten Förderzielen und Vertiefungsthemen dargestellt.

Tabelle 16 Inhalte und Förderziele des Praxiskonzeptes Bewegte Familienzeit

<i>Einheit</i>	<i>Inhalte / Bewegungsspiele</i>	<i>Förderziele / Vertiefung</i>
1	Kalimera! Inselfspringen, Ostfriesenspiel, Suche nach versteckten Tieren, Sammeln am Treffpunkt, Jede Familie sucht sich ein Familientier aus, geben dem Tier einen Namen, Forscherzeit, Sinkender Seestern	Bewegungsfreude wecken, Orientierung im Raum, Bindung an Tier
2	Das Lied über mich! Versteckte Tiere suchen, Schwänzchenfangen, Nest für Tiere bauen, Forscherzeit, Igelballmassage	Bewegungsfreude wecken, Orientierung im Raum, Bindung an Tier
3	1,2,3 im Sauseschritt! Versteckte Tiere suchen, Platz für Tiere suchen, wo es lebt, Fahrt mit Zwergenbahn ins Moor und Moorsee mit Schlickschlacht, Höhle: Goldtaler suchen, Forscherzeit, Fallschirm mit Tieren und sich selbst	Bewegungsfreude wecken, Orientierung im Raum, Bindung an Tier

	darunter legen.	
4	Das Lied über mich! Versteckte Tiere suchen, Wer hat die Kokosnuss geklaut, Safarilauf (Memorykarten), Dschungelbahn zur Löwengrube (Trampolin), Haifischspiel, Forscherzeit, Buschtrommeln, Gong	Bewegungsfreude wecken, Orientierung im Raum, Bindung an Tier
5	Das Karussell, Versteckte Tiere im Dunkeln mit Taschenlampen suchen, Ochs am Berg (Wer hat den Biber geklaut), Haltet das Feld frei: Frisbees werden zu fliegenden Untertassen, Bäumchen wechsel Dich, Bewegungslandschaft / Forscherzeit, Kleine Traumreise im Entspannungsraum	Bewegungsfreude wecken, Orientierung im Raum, Bindung an Tier
6	Kalimera! Eltern führen Kinder mit verbundenen Augen zum Tier, Klammerklau (Stachelschweine), Klammerblick, Die Sonne geht auf (orange Klammern an gelben Reifen, aufgehängt an Decke), Forscherzeit, Kinder beklammern Eltern, Eltern ziehen Kinder mit Decke aus dem Raum	Kooperation, Vertiefungsthema: Material-Kompetenz <i>Wäscheklammern</i>
7	Körperteile begrüßen, Verstecktes Tier suchen, auf Röhre in Röhrendschungel setzen, Atomspiel mit Röhren, Wo ist der Igel / Schatz versteckt? Bau einer Burg, Forscherzeit, auf den Rücken malen	Kooperation, Vertiefungsthema: Material-Kompetenz <i>Röhren</i>
8	Versteckte Tiere suchen, einen Turm dafür bau-	Kooperation, Vertie-

	en und obenauf setzen, Türme dürfen auch wieder zerstört werden, Suche nach schwierigen Orten für Türme, Gruppenaufgabe: einen Riesenturm bis zur Decke bauen (auf den ein Kind sich setzen kann), Forscherzeit, Minutensieger	fungsthema: Material-Kompetenz <i>Schaumstoffblöcke / -klötze</i>
9	Versteckte Tiere suchen, mit Bahn zum Scholeneismeer, das Meer von dunklen Eisklötzen befreien (in Karton werfen), Mit Karton-Taxi zur Bewegungsfläche fahren, Wer steckt im Karton? (verstecken, anklopfen, erraten), Häuser mit Kartons bauen / Forscherzeit, Wunschlichter	Kooperation, Vertiefungsthema: Material-Kompetenz <i>Kartons</i>
10	Zeitungslauf (Transport auf Armen, Bauch, Kopf, Po, etc), zu zweit mit Zeitung durchs FluVium und Tier suchen, Fluss überqueren, Model und Designer, Forscherzeit, Zeitungsbett	Kooperation, Vertiefungsthema: Material-Kompetenz <i>Zeitungen</i>
11	Bierdeckel wird zum Hut, Mit Hut gehen, sich begrüßen, Hut an ... (Körperteile), Haltet das Feld frei, Bewegungslandschaft / Forscherzeit, Die Mumie, Ich-als-Tier malen	Kooperation, Vertiefungsthema: Material-Kompetenz <i>Bierdeckel</i>
12	Versteckte Tiere suchen, Schätzen und Messen: das Tier, sich selbst, die Familie, das FluVium, Vampir- (Tatort)markierung, Forscherzeit, Zollstöcke als Sonnenstrahlen legen, Ich-als-Tier	Kooperation, Vertiefungsthema: Material-Kompetenz <i>Zollstöcke</i>

13	Fahren ausprobieren, Partner mit Rollbrett führen, Mit verbundenen Augen führen, gegen Matten knallen lassen, Autobahn (Rollbrettbahn), durch Tunnel fahren, Entspannung: auf Matte geschoben werden, Du-als-Tier	Kommunikation, Vertrauen, Vertiefungsthemen: Sozial-Kompetenz <i>Rangeln und Raufen</i>
14	Inselspringen (mit großer Matte zum Schluss: Von der Insel drängen), Backfisch, Daumencatzen, Aus dem Gleichgewicht bringen, Gullideckel, Autowaschanlage, Wetterbericht malen (vorher-nachher) → in Familienmappe	Kommunikation, Vertrauen, Vertiefungsthemen: Sozial-Kompetenz <i>Rangeln und Raufen</i>
15	Schattenlauf, Gelber Peter (mit gelben Wäscheklammern), Klammerblick, Rückenschieben, Baumstammrollen, Schildkröte, Das Pendel, Familie-in-Tieren	Kommunikation, Vertrauen, Vertiefungsthemen: Sozial-Kompetenz <i>Rangeln und Raufen</i>
16	Käseklaue (Frisbees + Igelball), Mattensandwich, Möhrenziehen, Mausefalle, Meine Grenze! Deine Grenze! (Mit Sandsäckchen belegen), Wassermarsch!	Kommunikation, Vertrauen, Vertiefungsthemen: Sozial-Kompetenz <i>Rangeln und Raufen</i>
17	Feuer-Wasser-Sturm, Blindes Führen, Liegen und Umlaufen / Über den Partner springen, Kleines Kämpfchen (den anderen auf den Rücken drehen	Kommunikation, Vertrauen, Vertiefungsthemen: Sozial-

	/ drücken), ggf. Schwebendes Schneewittchen, Das Pendel, Familie in Tieren malen	Kompetenz <i>Rangeln und Raufen</i>
18	Experimentieren mit Rasierschaum Oder Rollbrettfahren	Kommunikation, Ver- trauen, Vertiefungs- themen: Sozial- Kompetenz <i>Rangeln und Raufen</i>
19	Wunschspiele der Familien	Kommunikation, Ver- trauen, Vertiefungs- themen: Sozial- Kompetenz
20	Abschlusskampf: Ho!Ha! Aus dem Gleichgewicht bringen, Rückenschieben, Familien bilden Clans (Name und Schlachtruf überlegen, Mitglieder durchnummerieren), Traumreise Wasserbett Alternativ: „Ich schenke Dir meinen schönsten Blick“, Wunschlichter verschenken, Schweben- des Schneewittchen	Kommunikation, Ver- trauen, Vertiefungs- themen: Sozial- Kompetenz

Das Thema rund um Tiere findet sich, wie diese tabellarische Übersicht zeigt, häufig in den Familienstunden wieder und wird in den Einheiten 13-17 auch in der Entspannungsphase in Form von Malen und Zeichnen aufgegriffen: Die Kinder und

Eltern können sich selbst und / oder ihre Familie als Tier malen. Familie in Tieren (Brem-Gräser, 2011) ist als projektives Verfahren umstritten (Petermann 1997 / Kurth 2000) und wird hier weder als Untersuchungsmethode noch zur Analyse genutzt. Es soll den Kindern und Eltern vielmehr eine Möglichkeit bieten sich auszudrücken und die eingenommenen Rollen in der Familienstunde nonverbal zu reflektieren. Insbesondere in den letzten 3 von 20 Einheiten können die Familien die inhaltliche Gestaltung der Stunden insofern mitgestalten, dass sie Lieblingsspiele sammeln und vorschlagen, die die Gruppe gemeinsam wiederholt und so das Ende der gemeinsamen Gruppenzeit angekündigt werden kann.

Zur Veranschaulichung sind einige Fotos und gemalte Bilder der Kinder und Eltern nach schriftlicher Einverständniserklärung der Eltern im Anhang abgebildet.

4.7 Untersuchungsergebnisse

In diesem Kapitel werden zunächst die Verfahren zur Berechnung der Daten sowie ein Überblick über die berechneten Variablen dargestellt. Hypothesengeleitet folgt die Abbildung und Beschreibung der Ergebnisse in sechs Unterkapiteln: Interaktionsstil, Näheverhalten, Lebenszufriedenheit, Selbstwert, Kohäsion und Hierarchiegefüge.

4.7.1 Berechnung der Daten

Die Daten wurden mit dem Statistikprogramm SPSS (IBM SPASS Statistics 22) von der Arbeitsgruppe Forschungspraxis an der TU Dortmund berechnet. Zunächst wurden die Variablen auf Normalverteilung (NV) sowie der Homoskedastizität (Varianzhomogenität) geprüft. Diese stellten die Voraussetzungen für die weiteren Verfahren dar. Zur Prüfung der Normalverteilung wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test (K-S-Test) genutzt, zur Prüfung der Homoskedastizität der Levène Test. Die

Überprüfung von Zusammenhängen erfolgte bei rein metrischen Variablen durch die Berechnung der Pearson- und bei ordinal / nominalen und metrischen Variablen die Spearman-Korrelation (Rangkorrelationskoeffizient). Da die Stichprobe relativ gering ist, wurde zum Vergleich von zwei Messzeitpunkten neben dem t-Test auch Einzelkontraste sowie dazugehörige Effektstärken berechnet. Zur Berechnung der Daten von Interventions- und Kontrollgruppe zu drei Messzeitpunkten wurden univariate Varianzanalysen – ANOVA mit Messwiederholung (eine oder mehrerer unabhängiger Variablen bezüglich einer abhängigen Variable) sowie multivariate Varianzanalysen – MANOVA mit Messwiederholung (mehrere abhängige Variablen) durchgeführt. Voraussetzungen dafür waren hier Normalverteilung und Homogenität der Varianzen.

Zur hypothesengeleiteten Berechnung wurden aus den verschiedenen Methoden insgesamt 33 Variablen ausgewählt, die im Folgenden zu einer Übersicht zusammengefasst sind:

Tabelle 17 Übersicht der berechneten Variablen nach Methoden

<i>Methode</i>	<i>Variable</i>	<i>Nr.</i>	<i>Abkürzung (hier je t1)</i>
Verhaltensbeobachtung (vhb)	Interaktionsstil positiv, Kind	VAR 1	vhb_k_pos_kind.1
	Interaktionsstil positiv, Erwachsener	VAR 2	vhb_k_pos_erw.1
Kooperation (k)	Interaktionsstil negativ, Kind	VAR 3	vhb_k_neg_kind.1
	Interaktionsstil negativ, Erwachsener	VAR 4	vhb_k_neg_erw.1
	Näheverhalten (nvh), Kind	VAR 5	vhb_k_nvh_kind.1
	Näheverhalten, Erwachsener	VAR 6	vhb_k_nvh_erw.1
Verhaltensbeobachtung (vhb)	Interaktionsstil positiv, Kind	VAR 7	vhb_v_pos_kind.1
	Interaktionsstil positiv, Erwachsener	VAR 8	vhb_v_pos_erw.1
Vertrauen (v)	Interaktionsstil negativ, Kind	VAR 9	vhb_v_neg_kind.1

	Interaktionsstil negativ, Erwachsener	VAR 10	vhb_v_neg_erw.1
	Näheverhalten (nvh), Kind	VAR 11	vhb_v_nvnh_kind.1
	Näheverhalten (nvh), Erwachsener	VAR 12	vhb_v_nvnh_erw.1
JTCI Junior Temper- ament and Character In- ventar	Kooperativität, Kind (Fremdaussage)	VAR 13	jtc_koop.1
KINDL kiddy	Körperl. Wohlbefinden, Kind	VAR 14	kindl_kid_körper.1
Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern (Kinderversion)	Psych. Wohlbefinden, Kind	VAR 15	kindl_kid_psych.1
	Selbstwert, Kind	VAR 16	kindl_kid_selbstwert.1
	Gesamtwert, Kind	VAR 17	kindl_kid_total.1
KINDL	Körperl. Wohlbefinden, Eltern	VAR 18	kindl_körper.1
Fragebogen zur Lebensqualität von Kindern (El- ternversion)	Psych. Wohlbefinden, Eltern	VAR 19	kindl_psych.1
	Selbstwert, Eltern	VAR 20	kindl_selbstwert.1
	Gesamtwert, Eltern	VAR 21	kindl_total.1
FLZ	Gesundheit, Erwachsener	VAR 22	flz_gesund.1
Fragebogen zur Lebenszufrie- denheit der El- tern	Eigene Person, Erwachsener	VAR 23	flz_eigen.1
	Allg. Lebenszufriedenheit, Erwachse- ner	VAR 24	flz_allg.1
FKE Fragebogen zum Kompe- tenzgefühl von Eltern	Gesamtindex für elterlichen Selbst- wert	VAR 25	fke_gesamt.1

FAST Familiensystemtest	Kohäsion zwischen Dyade, Typische Repräsentation, Kind	VAR 26	fast_ek_tr_kind.1
	Kohäsion zwischen Dyade, Typische Repräsentation, Erwachsener	VAR 27	fast_ek_tr_erw.1
	Kohäsion Familie, Typische Repräsentation, Kind	VAR 28	fast_fam_tr_kind.1
	Kohäsion Familie, Typische Repräsentation, Erwachsener	VAR 29	fast_fam_tr_erw.1
	Hierarchie zwischen Dyade, Typische Repräsentation, Kind	VAR 30	fast_hier_tr_kind.1
	Hierarchie zwischen Dyade, Typische Repräsentation, Erwachsener	VAR 31	fast_hier_tr_erw.1
	Hierarchie Familie, Typische Repräsentation, Kind	VAR 32	fast_hier_fam_tr_kind.1
	Hierarchie Familie, Typische Repräsentation, Erwachsener	VAR 33	fast_hier_fam_tr_erw.1

Vor den statistischen Berechnungen wurden die Variablen mittels des K-S-Tests auf ihre Normalverteilung geprüft. Die Verteilung der Daten unterscheidet sich signifikant von der Normalverteilung. Die Homoskedatizität der Variablen ist nur teilweise gegeben. Da die ANOVA und der t-Test jedoch robust gegenüber Verletzungen der Varianzhomogenität sind, können diese Ergebnisse für die weiteren Berechnungen vernachlässigt werden.

Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen IG und KG waren für die Fragestellungen besonders relevant und werden im Folgenden zu den drei Erhebungszeitpunkten t1, t2 und t3 dargestellt. Die Analyse der Mittelwerte und Standardabweichungen gaben Aufschluss über die Richtung der Unterschiede. Die Effektstärke zeigt dabei das Ausmaß der Effekte. Anschließend werden die Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung hypothesengeleitet nach den Bereichen In-

teraktionsstil, Näheverhalten, Lebenszufriedenheit, Selbstwert der Eltern und Kinder, Familienzusammenhalt und Hierarchiegefüge in der Familie beschrieben. Diese Varianzanalyse zeigt die Veränderungen innerhalb der beiden Gruppen über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg. Für diese Studie rücken die Ergebnisse zur Veränderung innerhalb der Interventionsgruppe in den Vordergrund.

4.7.2 Ergebnisse zum Interaktionsstil

Die Analyse zum Zeitpunkt T1 zeigte im Bereich Interaktionsstil in 2 von 9 Variablen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in der Ausprägung der abhängigen Variablen. Die Kinder der IG zeigten in der Ausgangslage einen signifikant höheren Mittelwert hinsichtlich der positiven Kooperation als die Kinder der KG. Hinsichtlich der negativen Kooperation zeigten sie einen signifikant niedrigeren Mittelwert als die Kinder der KG:

Tabelle 18 Unterschiede in zentraler Tendenz: t1 Interaktionsstil

<i>Variable</i>	<i>t1 - KG</i>	<i>t1 - IG</i>	<i>t1 - Differenz der Gruppen</i>
VAR 13 jtci_koop.1	<i>M=27,94</i> <i>SD=5,48</i>	<i>M=24,87</i> <i>SD=5,94</i>	<i>p=.059</i>
VAR 1 vhb_k_pos_kind.1	<i>M=4,00</i> <i>SD=2,92</i>	<i>M=6,22</i> <i>SD=3,56</i>	<i>p=.016</i>
VAR 2 vhb_k_pos_erw.1	<i>M=8,05</i> <i>SD=4,35</i>	<i>M=7,82</i> <i>SD=3,77</i>	<i>p=.783</i>
VAR 3 vhb_k_neg_k.1	<i>M=4,05</i> <i>SD=2,27</i>	<i>M=2,27</i> <i>SD=1,35</i>	<i>p=.003</i>
VAR 4 vhb_k_neg_erw.1	<i>M=0,05</i> <i>SD=0,23</i>	<i>M=0,43</i> <i>SD=0,84</i>	<i>p=.052</i>

VAR 7	<i>M</i> =9,37	<i>M</i> =9,31	<i>p</i> =.846
vhb_v_pos_k.1	<i>SD</i> =3,20	<i>SD</i> =4,99	
VAR 8	<i>M</i> =13,33	<i>M</i> =14,81	<i>p</i> =.923
vhb_v_pos_erw.1	<i>SD</i> =4,77	<i>SD</i> =13,90	
VAR 9	<i>M</i> =6,66	<i>M</i> =4,62	<i>p</i> =.062
vhb_v_neg_k.1	<i>SD</i> =3,77	<i>SD</i> =2,58	
VAR 10	<i>M</i> =2,11	<i>M</i> =2,25	<i>p</i> =.239
vhb_v_neg_erw.1	<i>SD</i> =1,45	<i>SD</i> =1,84	

Bei drei weitere Variablen lag eine statistische Tendenz vor, die auf einen Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinweisen: Kooperativität, Kooperation negativ (Erwachsene) sowie Vertrauen negativ (Kinder). Keine Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich bei den vier Variablen: Kooperation positiv (Erwachsene), Vertrauen positiv (Kinder), Vertrauen positiv (Erwachsene), Vertrauen negativ (Erwachsene).

H1 (Interaktionsfähigkeit, hier mit dem Unterpunkt Interaktionsstil) kann demnach nicht bestätigt werden. Zu Beginn der Untersuchung zeigten sich Unterschiede zwischen den Angaben der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Interaktionsfähigkeit. Dieses Ergebnis muss bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden.

Zum Zeitpunkt t2 zeigten sich zwischen der IG und KG hinsichtlich des Interaktionsstils zwei signifikanten Unterschiede sowie eine statistisch signifikante Tendenz bei zwei Variablen. Letztere bezogen sich auf die Variablen Kooperation positiv (Kinder) und Kooperation positiv (Erwachsene). Die Kinder der IG zeigten einen

tendenziell höheren Mittelwert als die Kinder der KG, ebenso zeigten die Erwachsenen der IG einen tendenziell höheren Mittelwert als die Erwachsenen der KG.

Die Erwachsenen der KG zeigten signifikant höhere Werte beim Vertrauen positiv als die Erwachsenen der IG. Die Kinder der KG zeigten signifikant höhere Werte beim Vertrauen negativ als die Kinder der IG.

Tabelle 19 Tendenzuelle und signifikante Unterschiede in zentraler Tendenz: t2 Interaktionsstil

<i>Variable</i>	<i>t2 - KG</i>	<i>t2 - IG</i>	<i>t2 - Differenz der Gruppen</i>
VAR 1 vhb_k_pos_kind.2	<i>M=2,68</i> <i>SD=2,08</i>	<i>M=3,91</i> <i>SD=2,65</i>	<i>p=.062</i>
VAR 2 vhb_k_pos_erw.2	<i>M=4,31</i> <i>SD=2,49</i>	<i>M=5,69</i> <i>SD=2,91</i>	<i>p=.100</i>
VAR 8 vhb_v_pos_erw.2	<i>M=14,00</i> <i>SD=5,61</i>	<i>M=11,68</i> <i>SD=4,11</i>	<i>p=.034</i>
VAR 9 vhb_v_neg_k.2	<i>M=6,33</i> <i>SD=2,23</i>	<i>M=4,37</i> <i>SD=2,36</i>	<i>p=.007</i>

Zum dritten Zeitpunkt t3 zeigte sich hinsichtlich des Interaktionsstils in einer Variable ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen: Kooperativität. Die Kinder der KG zeigten einen signifikant höheren Mittelwert als die Kinder der IG. Eine weitere Variable zeigte eine signifikante Tendenz: Vertrauen negativ (Kinder). Hier verzeichneten die Kinder der KG einen höheren Mittelwert als die Kinder der IG.

Tabelle 20 Tendenzielle und signifikante Unterschiede in zentraler Tendenz: t3 Interaktionsstil

<i>Variable</i>	<i>t3 - KG</i>	<i>t3 - IG</i>	<i>t3 - Differenz der Gruppen</i>
VAR 13 jtc_i_koop.3	<i>M=29,29</i> <i>SD=5,24</i>	<i>M=24,81</i> <i>SD=7,38</i>	<i>p=.022</i>
VAR 9 v_hb_v_neg_k.3	<i>M=6,88</i> <i>SD=4,20</i>	<i>M=3,81</i> <i>SD=1,42</i>	<i>p=.051</i>

Zwei signifikante varianzanalytische Messwiederholungen ließen sich innerhalb der IG im Bereich des Interaktionsstils festhalten. Das Ausmaß des Kooperationsverhaltens positiv nahm bei den Kindern signifikant ab ($F=4,050$, $df=2$, $p=.033$, $d=0,78$). Gleiches gilt für das beobachtete Kooperationsverhalten positiv der Erwachsenen ($F=6,479$, $df=2$, $p=.003$, $d=0,88$).

Tabelle 21 Varianzanalyse mit Messwiederholung: IG t1-t3 Interaktionsstil

<i>Variable</i>	<i>t1 - IG</i>	<i>t3 - IG</i>	<i>Effektstärke Cohens d</i>
VAR 1 v_hb_k_pos_kind.2	<i>M=6,22</i> <i>SD=3,56</i>	<i>M=3,91</i> <i>SD=2,24</i>	<i>d=0,78</i>
VAR 2 v_hb_k_pos_erw.2	<i>M=7,82</i> <i>SD=3,77</i>	<i>M=4,74</i> <i>SD=2,83</i>	<i>d=0,88</i>

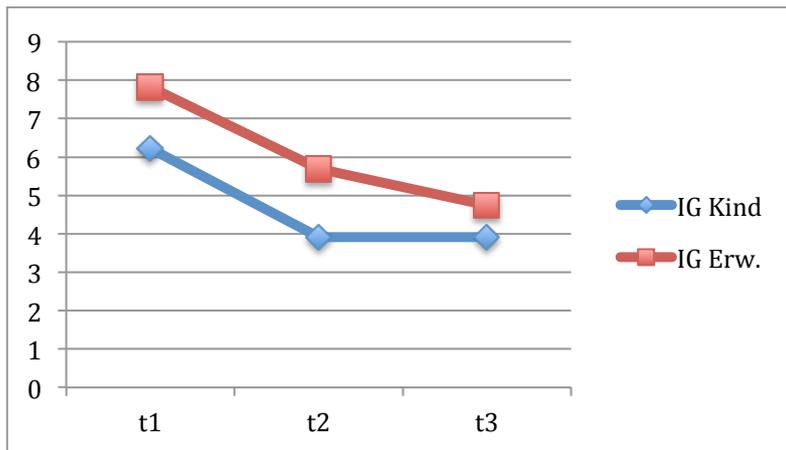


Abbildung 9 Verlauf im Mittel Kind /Erwachsene: IG t1-t3 Interaktionsstil

H2 (Interaktionsstil) kann nicht bestätigt werden. Die Stichprobe der geförderten Familien zeigte keinen stärker positiv veränderten Interaktionsstil hinsichtlich der Kooperation und des Vertrauens untereinander als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe. Eine signifikante Tendenz hinsichtlich der Kooperation (Kinder und Erwachsene) muss in der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

4.7.3 Ergebnisse zum Näheverhalten

Die Analyse zum Zeitpunkt t1 zeigte im Bereich Näheverhalten in 3 von 4 Variablen signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen in der Ausprägung der abhängigen Variablen. Die Erwachsenen der IG zeigten in der Ausgangslage signifikant niedrigeren Mittelwert hinsichtlich der Kooperation und des Vertrauens als die Erwachsenen der KG. Hinsichtlich des Vertrauens zeigten die Kinder der IG ebenfalls einen signifikant niedrigeren Mittelwert als die Kinder der KG:

Tabelle 22 Unterschiede in zentraler Tendenz: t1 Näheverhalten

<i>Variable</i>	<i>t1 - KG</i>	<i>t1 - IG</i>	<i>t1 - Differenz der Gruppen</i>
VAR 5	<i>M=4,66</i>	<i>M=4,38</i>	<i>p=.802</i>
vhb_k_nv_h_kind.1	<i>SD=1,49</i>	<i>SD=2,11</i>	

VAR 6	<i>M</i> =5,58	<i>M</i> =4,77	<i>p</i> =.018
vhb_k_nv_h_erw.1	<i>SD</i> =1,08	<i>SD</i> =1,55	
VAR 11	<i>M</i> =7,00	<i>M</i> =5,18	<i>p</i> =.011
vhb_v_nv_h_kind.1	<i>SD</i> =1,32	<i>SD</i> =1,32	
VAR 12	<i>M</i> =7,33	<i>M</i> =5,68	<i>p</i> =.018
vhb_v_nv_h_erw.1	<i>SD</i> =1,22	<i>SD</i> =1,88	

Keinen Unterschied zwischen den Gruppen zeigte sich bei der Variable: Kooperation (Kind). Diese Ergebnisse müssen bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden.

H1 (Interaktionsfähigkeit, hier mit dem Unterpunkt Näheverhalten) kann nicht bestätigt werden. Zu Beginn der Untersuchung zeigten sich Unterschiede zwischen den Angaben der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Interaktionsfähigkeit.

Zum Messzeitpunkt t2 wurden bei zwei Variablen signifikante Unterschiede festgestellt: Die Kinder und Erwachsenen der IG zeigten niedrigere Werte hinsichtlich des Vertrauen als die der KG.

Tabelle 23 Unterschiede in zentraler Tendenz: t2 Näheverhalten

<i>Variable</i>	<i>t2 - KG</i>	<i>t2 - IG</i>	<i>t2 - Differenz der Gruppen</i>
VAR 11	<i>M</i> =6,55	<i>M</i> =5,25	<i>p</i> =.042
vhb_v_nv_h_kind.2	<i>SD</i> =0,88	<i>SD</i> =1,65	
VAR 12	<i>M</i> =6,66	<i>M</i> =5,12	<i>p</i> =.007
vhb_v_nv_h_erw.2	<i>SD</i> =1,22	<i>SD</i> =1,45	

Diese Ergebnisse bestätigten sich zum dritten Messzeitpunkt. Zu t3 gab es zusätzlich einen Unterschied hinsichtlich der Kooperation im Näheverhalten zu verzeichnen: Die Erwachsenen der IG zeigten einen niedrigeren Mittelwert als die Erwachsenen der KG.

Tabelle 24 Unterschiede in zentraler Tendenz: t3 Näheverhalten

<i>Variable</i>	<i>t3 - KG</i>	<i>t3 - IG</i>	<i>t3 - Differenz der Gruppen</i>
VAR 6	<i>M=4,16</i>	<i>M=3,38</i>	<i>p=.008</i>
vhb_k_nvnh_erw.3	<i>SD=1,19</i>	<i>SD=0,85</i>	
VAR 11	<i>M=6,33</i>	<i>M=5,25</i>	<i>p=.014</i>
vhb_v_nvnh_kind.3	<i>SD=1,41</i>	<i>SD=1,73</i>	
VAR 12	<i>M=6,33</i>	<i>M=5,18</i>	<i>p=.034</i>
vhb_v_nvnh_erw.3	<i>SD=1,00</i>	<i>SD=1,52</i>	

Innerhalb der IG ist zeigte die Varianzanalyse mit Messwiederholung, dass bei den Kindern die Werte zum Näheverhalten hinsichtlich der Kooperation über den zeitlichen Verlauf signifikant abnahmen ($F=6,479$, $df=2$, $p=.009$, $d=0,78$). Eine signifikante Abnahme zeigte sich ebenfalls bei den Erwachsenen ($F=6,635$, $df=2$, $p=.008$, $d=1,17$).

Tabelle 25 Varianzanalyse mit Messwiederholung: IG t1-t3 Näheverhalten

<i>Variable</i>	<i>t1 - IG</i>	<i>t3 - IG</i>	<i>Effektstärke Cohens d</i>
VAR 5	<i>M=4,38</i>	<i>M=3,22</i>	<i>d=0,73</i>
vhb_k_nvnh_kind.1	<i>SD=2,11</i>	<i>SD=1,66</i>	
VAR 6	<i>M=4,77</i>	<i>M=3,38</i>	<i>d=1,17</i>

vhb_k_nv_h_erw.1	<i>SD</i> =1,55	<i>SD</i> =0,85
------------------	-----------------	-----------------

H3 (Näheverhalten) kann nicht bestätigt werden. Die Stichprobe der geförderten Familien zeigte kein stärker positiv verändertes Näheverhalten hinsichtlich der Kooperation und des Vertrauens untereinander als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe.

4.7.4 Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit

Die Analyse zum Zeitpunkt t1 zeigte im Bereich Lebenszufriedenheit keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen:

Tabelle 26 Unterschiede in zentraler Tendenz: t1 Lebenszufriedenheit

<i>Variable</i>	<i>t1 - KG</i>	<i>t1 - IG</i>	<i>t1 - Differenz der Gruppen</i>
VAR 14	<i>M</i> =2,53	<i>M</i> =2,79	<i>p</i> =.268
kindl_kid_körper.1	<i>SD</i> =0,41	<i>SD</i> =0,39	
VAR 15	<i>M</i> =2,71	<i>M</i> =2,75	<i>p</i> =.947
kindl_kid_psych.1	<i>SD</i> =0,32	<i>SD</i> =0,39	
VAR 17	<i>M</i> =33,07	<i>M</i> =33,08	<i>p</i> =.985
kindl_kid_total.1	<i>SD</i> =1,94	<i>SD</i> =3,55	
VAR 18	<i>M</i> =4,31	<i>M</i> =4,54	<i>p</i> =.569
kindl_körper.1	<i>SD</i> =0,65	<i>SD</i> =0,44	
VAR 19	<i>M</i> =4,49	<i>M</i> =4,46	<i>p</i> =.654
kindl_psych.1	<i>SD</i> =0,39	<i>SD</i> =0,38	
VAR 21	<i>M</i> =103,87	<i>M</i> =101,38	<i>p</i> =.185
kindl_total.1	<i>SD</i> =7,06	<i>SD</i> =7,87	

VAR 22	<i>M</i> =35,00	<i>M</i> =35,26	<i>p</i> =.408
flz_gesund.1	<i>SD</i> =9,15	<i>SD</i> =9,23	
VAR 24	<i>M</i> =254,00	<i>M</i> =248,46	<i>p</i> =.588
flz_allg.1	<i>SD</i> =44,29	<i>SD</i> =35,57	

H4 (gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit) kann bestätigt werden. Zu Beginn der Untersuchung zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Angaben der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Lebensqualität.

Zum Zeitpunkt t2 waren drei signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zu verzeichnen, in denen der Mittelwert der Kinder der IG niedriger war als der Wert der Kinder der KG: Körperliches Wohlbefinden, Psychisches Wohlbefinden sowie im Gesamtwert des Fragebogen zur Lebensqualität. Die Aussagen haben die Eltern über ihre Kinder getroffen.

Tabelle 27 Unterschiede in zentraler Tendenz: t2 Lebenszufriedenheit

<i>Variable</i>	<i>t2 - KG</i>	<i>t2 - IG</i>	<i>t2 - Differenz der Gruppen</i>
VAR 18	<i>M</i> =4,42	<i>M</i> =4,04	<i>p</i> =.038
kindl_körper.2	<i>SD</i> =0,35	<i>SD</i> =0,88	
VAR 19	<i>M</i> =4,44	<i>M</i> =4,15	<i>p</i> =.005
kindl_psych.2	<i>SD</i> =0,42	<i>SD</i> =0,50	
VAR 21	<i>M</i> =102,50	<i>M</i> =93,15	<i>p</i> =.002
kindl_total.2	<i>SD</i> =5,50	<i>SD</i> =15,85	

Die Analyse zu t3 zeigte keine signifikanten Unterschiede, jedoch zwei signifikante Tendenzen, in denen der Mittelwert der Kinder der IG niedriger war als der Mittelwert der Kinder der KG: Psychisches Wohlbefinden und der Gesamtwert zur Lebensqualität. Die Aussagen haben die Kinder über sich selbst getroffen.

Tabelle 28 Unterschiede in zentraler Tendenz: t3 Lebenszufriedenheit

<i>Variable</i>	<i>t3 - KG</i>	<i>t3 - IG</i>	<i>t3 - Differenz der Gruppen</i>
VAR 15	<i>M=2,71</i>	<i>M=2,54</i>	<i>p=.054</i>
kindl_kid_psych.3	<i>SD=0,25</i>	<i>SD=0,33</i>	
VAR 17	<i>M=104,06</i>	<i>M=95,69</i>	<i>p=.054</i>
kindl_total.3	<i>SD=7,09</i>	<i>SD=13,93</i>	

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte über den zeitlichen Verlauf keine signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der Lebenszufriedenheit innerhalb der Interventionsgruppe.

H5 (gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit) kann nicht bestätigt werden. Die Stichprobe der geförderten Familien zeigte keine stärker positiv veränderte gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe.

4.7.5 Ergebnisse zum Selbstwert

Die Analyse zum Zeitpunkt t1 zeigt im Bereich Selbstwert der Eltern und Kinder keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen:

Tabelle 29 Unterschiede in zentraler Tendenz: t1 Selbstwert

<i>Variable</i>	<i>KG</i>	<i>IG</i>	<i>Differenz der Gruppen</i>
-----------------	-----------	-----------	------------------------------

VAR 23	<i>M</i> =36,62	<i>M</i> =38,40	<i>p</i> =.550
flz_eigen.1	<i>SD</i> =7,66	<i>SD</i> =5,42	
VAR 25	<i>M</i> =73,12	<i>M</i> =69,84	<i>p</i> =.396
fke_gesamt.1	<i>SD</i> =6,73	<i>SD</i> =6,16	
VAR 16	<i>M</i> =2,78	<i>M</i> =2,70	<i>p</i> =.697
kindl_kid_selbstwert.1	<i>SD</i> =0,37	<i>SD</i> =0,33	
VAR 20	<i>M</i> =4,18	<i>M</i> =4,03	<i>p</i> =.190
kindl_selbstwert.1	<i>SD</i> =0,34	<i>SD</i> =0,36	

H4 (Lebensqualität, hier mit dem Unterpunkt Selbstwert) kann bestätigt werden. Zu Beginn der Untersuchung zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Angaben der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe hinsichtlich der Lebensqualität.

Die Ergebnisse zu t2 und t3 zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Zum Zeitpunkt t3 ist jedoch eine signifikante Tendenz ($t=-1,928$, $df=35$, $p=.062$) bei der Variable Selbstwert festzuhalten: Der Mittelwert der Kinder der IG war höher als der Wert der Kinder der KG. Eine sehr hohe Effektstärke ist bei diesem Unterschied zu beachten ($d=0,85$). Die Aussagen haben die Kinder über sich selbst getroffen.

Tabelle 30 Unterschiede in zentraler Tendenz: t3 Selbstwert

<i>Variable</i>	<i>t3 - KG</i>	<i>t3 - IG</i>	<i>t3 - Differenz der Gruppen</i>
VAR 16	<i>M</i> =2,46	<i>M</i> =2,79	<i>p</i> =.062
kindl_kid_selbstwert.3	<i>SD</i> =0,49	<i>SD</i> =0,25	

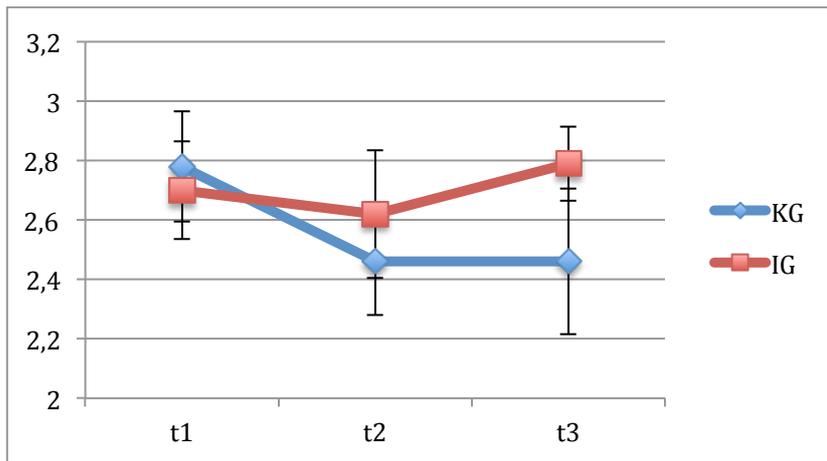


Abbildung 10 Unterschiede in zentraler Tendenz (mit SD): KG/IG t1-t3 Selbstwert

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte über den zeitlichen Verlauf eine signifikante Tendenz bezüglich des Selbstwertes (als Teil der Lebensqualität) der Erwachsenen in der IG ($F=3,529$, $df=2$, $p=.060$, $d=0,21$). Die Effektstärke war zwar eher schwach, die Signifikanz zwischen t1 und t3 jedoch sehr deutlich.

Tabelle 31 Varianzanalyse mit Messwiederholung: IG t1-t3 Selbstwert Erwachsene

<i>Variable</i>	<i>t1 - IG</i>	<i>t3 - IG</i>	<i>Signifikanz</i>	<i>Effektstärke Cohens d</i>
VAR 23	$M=38,40$	$M=39,80$	$p=.018$	$d=0,21$
flz_eigen.1	$SD=5,42$	$SD=5,71$		

Diese signifikante Tendenz genügt nicht um die Hypothese zu bestätigen, sollte jedoch bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

H6 (Selbstwert) kann nicht bestätigt werden. Die Stichprobe der geförderten Familien gab keinen stärker positiv veränderten Selbstwert als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe an.

4.7.6 Ergebnisse zur Kohäsion

Die Analyse zum Zeitpunkt t1 zeigte im Bereich Familienzusammenhalt keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Eine statistische Tendenz ist bei der Variable Kohäsion zwischen der Dyade, Typischen Repräsentation (Erwachsene) zu erkennen:

Tabelle 32 Unterschiede in zentraler Tendenz: t1 Familienzusammenhalt

<i>Variable</i>	<i>t1 - KG</i>	<i>t1 - IG</i>	<i>t1 - Differenz der Gruppen</i>
VAR 26	<i>M=9,48</i>	<i>M=10,11</i>	<i>p=.320</i>
fast_ek_tr_kind.1	<i>SD=1,67</i>	<i>SD=0,95</i>	
VAR 27	<i>M=10,41</i>	<i>M=10,75</i>	<i>p=.053</i>
fast_ek_tr_erw.1	<i>SD=0,97</i>	<i>SD=0,33</i>	
VAR 28	<i>M=9,89</i>	<i>M=9,29</i>	<i>p=.345</i>
fast_fam_tr_kind.1	<i>SD=1,06</i>	<i>SD=1,32</i>	
VAR 29	<i>M=9,54</i>	<i>M=9,93</i>	<i>p=.115</i>
fast_fam_tr_erw.1	<i>SD=0,82</i>	<i>SD=0,69</i>	

H7 (Familienbeziehungen hier mit dem Unterpunkt Familienzusammenhalt) kann bestätigt werden. Zu Beginn der Untersuchung zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Angaben der Interventionsgruppe und den Kontrollgruppe hinsichtlich der Familienbeziehungen.

Zum zweiten Zeitpunkt t2 zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Zu t3 konnte ein signifikanter Unterschied bei der Variable Kohäsion Familie (Erwachsene) berechnet werden. Der Mittelwert der Erwachsenen der IG war niedriger als der Wert der Erwachsenen der KG:

Tabelle 33 Unterschiede in zentraler Tendenz: t3 Familienzusammenhalt

<i>Variable</i>	<i>t3 - KG</i>	<i>t3 - IG</i>	<i>t3 - Differenz der Gruppen</i>
VAR 29	<i>M=10,26</i>	<i>M=9,87</i>	<i>p=.047</i>
fast_fam_tr_erw.1	<i>SD=0,64</i>	<i>SD=0,69</i>	

Die Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte über den zeitlichen Verlauf keine signifikanten Ergebnisse hinsichtlich des Familienzusammenhalts innerhalb der Interventionsgruppe.

H8 (Familienzusammenhalt) kann nicht bestätigt werden. Die Stichprobe der geförderten Familien zeigte keinen stärker positiv veränderten Familienzusammenhalt als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe.

4.7.7 Ergebnisse zum Hierarchiegefüge

Die Analyse zum Zeitpunkt t1 zeigte im Bereich Hierarchiegefüge in der Familie keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen:

Tabelle 4.10 Unterschiede in zentraler Tendenz: t1 Hierarchiegefüge in der Familie

<i>Variable</i>	<i>t1 - KG</i>	<i>t1 - IG</i>	<i>t1 - Differenz der Gruppen</i>
VAR 30	<i>M=1,00</i>	<i>M=2,08</i>	<i>p=.350</i>
fast_hier_tr_kind.1	<i>SD=1,58</i>	<i>SD=2,84</i>	
VAR 31	<i>M=1,30</i>	<i>M=0,88</i>	<i>p=.130</i>
fast_hier_tr_erw.1	<i>SD=1,34</i>	<i>SD=0,81</i>	
VAR 32	<i>M=0,40</i>	<i>M=1,07</i>	<i>p=.653</i>
fast_hier_fam_tr_kind.1	<i>SD=0,54</i>	<i>SD=3,22</i>	

VAR 33	$M=0,54$	$M=0,33$	$p=.864$
fast_hier_fam_tr_erw.1	$SD=1,14$	$SD=0,87$	

H7 (Familienbeziehungen, hier mit dem Unterpunkt Hierarchiegefüge) kann bestätigt werden. Zu Beginn der Untersuchung zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Angaben der Interventionsgruppe und den Kontrollgruppe hinsichtlich der Familienbeziehungen.

Zu den beiden Zeitpunkten t2 und t3 waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festzustellen. Die Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigte über den zeitlichen Verlauf keine signifikanten Ergebnisse hinsichtlich des Hierarchiegefüges innerhalb der Interventionsgruppe.

H9 (Hierarchiegefüge) kann nicht bestätigt werden. Die Stichprobe der geförderten Familien gab kein stärker positiv verändertes Hierarchiegefüge als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe an.

4.8 Zusammenfassung der Ergebnisse

Nach Berechnung der erhobenen Daten können insgesamt zwei der aufgestellten Hypothesen (H4 und H7) angenommen werden und sieben Hypothesen (H1, H2, H3, H5, H6, H8, und H9) müssen aufgrund der Ergebnisse verworfen werden. Die Ergebnisse werden zu den drei Themenbereichen Interaktionsfähigkeit, Lebensqualität und Familienbeziehungen zusammengefasst.

4.8.1 Interaktionsfähigkeit und familienorientierte Bewegungsförderung

Die Ausgangslage der beiden Gruppen war zu Beginn der Untersuchung bezüglich der Interaktionsfähigkeit (Interaktionsstil und Näheverhalten) unterschiedlich:

- Die Kinder der Interventionsgruppe zeigten ein signifikant höheres positives Kooperationsverhalten, ein signifikant niedriges negatives Kooperationsverhalten sowie ein signifikant niedrigeres Vertrauen als die Kinder der Kontrollgruppe.
- Die Erwachsenen der Interventionsgruppe zeigten ein signifikant niedrigeres Vertrauen und signifikant niedrigere Werte zur Kooperation im Näheverhalten als die Erwachsenen der Kontrollgruppe.

Die Hypothese H1 muss demnach abgelehnt werden. Zum zweiten Messzeitpunkt nach der Interventionsphase konnten insgesamt vier signifikante Ergebnisse zum Themenbereich Interaktionsfähigkeit festgestellt werden:

- Die Erwachsenen der Kontrollgruppe zeigten ein höheres positives Vertrauen als die Erwachsenen der Interventionsgruppe.
- Die Kinder der Kontrollgruppe hatten ein höheres negatives Vertrauen als die Kinder in der Interventionsgruppe.
- Die Kinder und die Erwachsenen der Interventionsgruppe zeigten ein niedrigeres Vertrauen im Näheverhalten als die Kinder und Erwachsenen der Kontrollgruppe.

Zudem konnten zum zweiten Messzeitpunkt nach der Interventionsphase zwei statistisch signifikante Tendenzen berechnet werden:

- Die Kinder und auch die Eltern der Interventionsgruppe zeigten ein tendenziell höheres positives Kooperationsverhalten als die Kinder und Eltern der Kontrollgruppe.

Zum dritten Messzeitpunkt (Follow-up) zeigten die Kinder der Kontrollgruppe ein signifikant höheres Kooperationsverhalten als die Kinder der Interventionsgruppe, während sie gleichzeitig ein höheres negatives Vertrauen zeigten (signifikante Tendenz). Im Näheverhalten wurden drei signifikante Ergebnisse deutlich:

- Die Kinder und die Erwachsenen der Interventionsgruppe zeigten ein niedrigeres Vertrauen im Näheverhalten als die Kinder und Erwachsenen der Kontrollgruppe (wie auch zum zweiten Messzeitpunkt).

- Die Erwachsenen der Interventionsgruppe zeigten eine niedrige Kooperation im Näheverhalten als die Erwachsenen in der Kontrollgruppe.

Bei der Varianzanalyse mit Messwiederholung wurde über die drei Messzeitpunkte signifikant, dass das positive Kooperationsverhalten und die Kooperation hinsichtlich des Näheverhaltens der geförderten Kinder und Erwachsenen abnahm. Die Hypothesen H2 und H3 müssen aufgrund der Ergebnisse verworfen werden. Die vorliegende Untersuchung konnte also noch nicht eindeutig belegen, dass sich die Interaktionsfähigkeit der Stichprobe der geförderten Familien stärker positiv veränderte als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe.

4.8.2 Lebensqualität und familienorientierte Bewegungsförderung

Die beiden Gruppen zeigten in der Ausgangslage keine Unterschiede in den Werten zur Lebenszufriedenheit (gesundheitsbezogene Lebenszufriedenheit und Selbstwert). Die Hypothese H4 kann demnach angenommen werden. Zum zweiten Messzeitpunkt nach der Intervention konnten drei signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe festgehalten werden:

- Die Eltern der Interventionsgruppe schätzten das körperliche und psychische Wohlbefinden ihrer Kinder niedriger ein als die Eltern der Kontrollgruppe.
- Die Eltern der Interventionsgruppe schätzten die Lebensqualität ihrer Kinder im Gesamtwert niedriger ein als die Eltern der Kontrollgruppe.

Zum dritten Messzeitpunkt waren keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zu erkennen. Es zeigten sich allerdings zwei signifikante Tendenzen, in denen die geförderten Kinder ihr eigenes psychisches Wohlbefinden und den Gesamtwert zur Lebensqualität selbst niedriger einschätzten als die nicht geförderten Kinder. Zwei weitere signifikante Tendenzen zeigten sich mit einer sehr hohen Effektstärke, bzw. einer deutlichen Signifikanz:

- Die Kinder der Interventionsgruppe schätzten ihren Selbstwert zum dritten Messzeitpunkt höher ein als die Kinder der Kontrollgruppe.
- Der Selbstwert der Eltern stieg über den zeitlichen Verlauf der Untersuchung an.

Die Hypothesen H5 und H6 müssen aufgrund der Ergebnisse verworfen werden. Die vorliegende Untersuchung konnte also noch nicht eindeutig belegen, dass sich die Lebenszufriedenheit der Stichprobe der geförderten Familien stärker positiv veränderte als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe.

4.8.3 Familienbeziehungen und familienorientierte Bewegungsförderung

Die beiden Gruppen zeigten in der Ausgangslage keine Unterschiede in den Werten zu den Familienbeziehungen (Kohäsion und Hierarchiegefüge). Die Hypothese H7 kann demnach angenommen werden. Während zum zweiten Messzeitpunkt und auch über den zeitlichen Verlauf der Untersuchung keine signifikanten Ergebnisse festzustellen waren, gab es zum dritten Messzeitpunkt einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen:

- Die Erwachsenen der Interventionsgruppe schätzten die Kohäsion ihrer Familie niedriger ein als die Familien der Kontrollgruppe.

Die Hypothesen H8 und H9 müssen aufgrund der Ergebnisse verworfen werden. Die vorliegende Untersuchung konnte also noch nicht eindeutig belegen, dass sich die Familienbeziehungen der Stichprobe der geförderten Familien stärker positiv veränderten als die Stichprobe der nicht geförderten Gruppe.

5 Diskussion der Ergebnisse

Auf den ersten Blick könnte man aufgrund der Datenlage einerseits interpretieren, dass das hier entwickelte und überprüfte Konzept Bewegte Familienzeit keine Wirkung hat. Nach Meinung der Autorin wäre eine solche Interpretation zu kurz gefasst, da die Ergebnisse kein Beweis dafür sind, dass die Intervention nicht wirkt und sich eine hohe Diskrepanz zu den individuellen Rückmeldungen der Studienteilnehmenden zeigt. Andererseits könnte man zu der Annahme kommen, dass sich die Wirkung der Intervention in der vorliegenden Erhebung nach den zur Zeit etablierten wissenschaftlichen Standards noch nicht abbilden und sich die eingangs beschriebene Grundannahme mit den Daten nicht belegen lassen. Der zweite Blick ist deshalb einer differenzierteren Interpretation vorbehalten. Es zeigen sich einige Hinweise, die einer Erklärung bedürfen. Dass sich zwischen den beiden Gruppen keine Veränderungen belegen lassen, könnte verschiedene Gründe haben:

- (1) Schwierigkeiten bei der Randomisierung
- (2) Schwierigkeiten bei den Untersuchungsmethoden
- (3) Angaben zum Drop-Out
- (4) Bewertung von Nähe und der Entwicklung von Autonomie
- (5) Geringe Datenlage zur Nachhaltigkeit
- (6) Geringe Dichte der Intervention

Die möglichen Einflussfaktoren auf die Ergebnisse werden im Folgenden näher erörtert.

5.1.1 Schwierigkeiten bei der Randomisierung

Die Randomisierung könnte Schwierigkeiten verursacht haben. Die Eltern meldeten ihre Familie für eines der Angebote, die für die Einteilung in die Interventions- und Kontrollgruppe bedeutsam waren, an: Entweder für ein längerfristiges Familienangebot über 20 Wochen inklusive drei Förderdiagnostiktermine (bei gleichzeitiger Zuteilung zur Interventionsgruppe), oder für einen einmaligen Familiennachmittag nach drei Terminen zur Förderdiagnostik (bei gleichzeitiger Zuteilung zur Kontrollgruppe). Obwohl sie vorher nicht wussten, welche der beiden Gruppen die Interventions- und welche die Kontrollgruppe ist, könnte die räumliche Nähe hier ein wichtiger Entscheidungsfaktor gewesen zu sein: Die meisten Familien, die in der Nähe des Förderzentrums wohnten, entschieden sich für eine längerfristige Teilnahme, wohingegen sich alle Familien aus kooperierenden Kitas mit einer entfernteren Verortung im Raum Düsseldorf für die Teilnahme an den Angeboten in der Kita vor Ort anmeldeten. Die aktive Entscheidung der Eltern könnte also einen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Untersuchung und damit auf das Ergebnis gehabt haben.

Hier könnte auch der Grund liegen, warum die Ausgangswerte in der Interventionsgruppe sowie der Kontrollgruppe hoch waren. Die Vermutung liegt nahe, dass sich Eltern, die sich und ihre Kinder zu einer regelmäßigen und langfristig angelegten Aktivität anmelden, grundsätzlich für gemeinsame Zeiten als Familie einsetzen, dies schon zuvor getan haben und auch im Anschluss tun werden. Diese Familien zeigen ein Grundmaß an Motivation und auch die Bereitschaft für eine Teilnahme Fahrtwege auf sich zu nehmen. Bewegung, Spiel und Sport könnte demnach für diese Familien in ihrem alltäglichen Leben bereits eine bedeutende Rolle spielen und möglicherweise unter diesen Grundvoraussetzungen eine signifikant positivere Veränderung nur wenig zulassen (Beudels, Hölter & Schmitz-Post 2007).

Zudem zeigten sowohl Interventions- als auch Kontrollgruppe überdurchschnittliche Werte hinsichtlich des Bildungsstandes und des Haushaltseinkommens. Diese Daten waren ebenso wie die Verteilung der Familienformen (sehr geringe Anzahl an alleinerziehenden Elternteilen in der Stichprobe) nicht kongruent mit den durchschnittlichen statistischen Daten in Deutschland zum Zeitpunkt der Untersuchung und insbesondere nicht für einen benachteiligten Stadtteil wie die Dortmunder Nordstadt. Dies könnte also ebenso ein Hinweis auf Schwierigkeiten der Randomisierung sein und die Vermutung stützen, dass sich insbesondere Eltern für die Teilnahme an der Studie gemeldet haben, die grundsätzlich einen hohen Wert in Bildungs- und Entwicklungsangeboten für sich selbst und ihre Kinder sehen. Diese Annahme entwickelte sich mit zunehmender Erfahrung in der Praxisphase erst im Verlauf der Untersuchung.

Zur Interpretation der verbesserten Ergebnisse aus der Kontrollgruppe könnte es wichtig sein zu wissen, was die Familien in der Zeit zwischen den Messzeitpunkten gemacht haben. Haben sie an einem lokalen Angebot teilgenommen, z. B. Mutter-Kind-Turnen, bzw. Vater-Kind-Turnen? Bieten die kooperierenden Kitas selbst ähnliche Angebote an? Darüber liegen, trotz nachträglicher Recherchen durch eine versuchte Kontaktaufnahme zu einzelnen Familien, keine für diese Interpretation verwertbaren Informationen vor. Die Angaben des Drop Outs zeigen diesbezüglich, dass in der Interventionsgruppe zwei Dyaden wegen der Teilnahme an anderen Maßnahmen (hier: zeitgleiches Fußball-Training und Ergotherapie der jeweiligen Kinder) die Teilnahme an der familienorientierten Bewegungsförderung abgebrochen haben.

5.1.2 Drop-Out

Neben der oben genannten Teilnahme an einer anderen Maßnahme gab der größte Anteil des Drop-Outs, insgesamt 21 von 32 Dyaden (11 Dyaden der Interventi-

onsgruppe und 10 Dyaden der Kontrollgruppe), als Grund für das vorzeitige Beenden der Teilnahme bedeutsamer Lebensereignisse an (Umzug, Schwangerschaft, Trennung vom Partner und Erkrankung der Mutter). Diese Gründe finden sich ebenfalls als Hauptursachen für das (zwischenzeitliche) Beenden von regelmäßigen Breitensportlichen Aktivitäten von Brehm & Pahmeier (1990) wieder. Mit dem Drop-Out aufgrund von veränderten Lebensumständen, die für eine Familie eine hohe Bedeutsamkeit haben können und nachvollziehbar sind, konnte aufgrund des Zeitraumes der vorliegenden Untersuchung gerechnet werden. Gleichzeitig bilden die oben genannten Gründe (insbesondere die Trennung vom Partner und Erkrankung der Mutter) mögliche Risikofaktoren innerhalb einer Familie für die Teilhabe an Angeboten im Bereich Erziehung und Bildung.

Eine gewisse Bindung der Drop-Out Familien an das Bewegungsangebot ist bei allen Dyaden der Interventionsgruppe insofern deutlich geworden, als dass sich die Eltern aktiv und persönlich (per Anruf oder an einem der angebotenen Termine) abgemeldet und ihr vorzeitiges Ausscheiden aus der Gruppe begründeten. Vier dieser Elternteile meldeten sich nach etwa sechs und 12 Monaten nochmals mit dem Interesse wiederholt an einem bewegungsorientierten Angebot mit ihrer Familie teilzunehmen. Im Gegensatz dazu waren es bei allen Dyaden der Kontrollgruppe die Fachkräfte der kooperierenden Einrichtungen, die die Projektleitung über die Nicht-Teilnahme am weiteren Verlauf der Untersuchung informierten. Es fällt bei den Begründungen für den Drop-Out auf, dass 3 von 15 Eltern in der Interventionsgruppe und 6 von 16 Eltern in der Kontrollgruppe angaben, dass ihnen der Umfang der Fragebögen zu groß war. Die Teilnahme an den Testungsterminen und das Bearbeiten der Instrumente könnte demnach die Belastbarkeitsgrenzen der Familien überschritten haben. So könnten negative Folgen für die Ergebnisse der Untersuchung entstanden sein.

Insgesamt stellt sich bezüglich des Drop-Outs die Frage, ob die Wahrscheinlichkeit einer langfristigen Teilnahme bei Familien höher ist, die einen gewissen Leidensdruck verspüren und gezielt Hilfe suchen als Familien, die freiwillig und aus grundsätzlichem Interesse an einem Präventionsprogramm und auch an einer Studie teilnehmen. Dieser Aspekt, nämlich die Erhebung von konkreten und individuellen Bedarfen der Familie, wurde in dieser Untersuchung noch wenig beachtet.

5.1.3 Schwierigkeiten bei den Untersuchungsmethoden

Die Gütekriterien der eingesetzten standardisierten Methoden (Fragebögen und Familiensystemtest) sind als zuverlässig beschrieben worden. Das Verfahren zur Verhaltensbeobachtung wurde eigens für diese Untersuchung nach wissenschaftlichen Standards entwickelt und die Codierung ebenfalls als zuverlässig getestet. Ob diese standardisierten Verfahren auch kurzfristige Interventionen wie die hier beschriebene abbilden konnten, könnte fraglich sein, da sich zum einen Schwierigkeiten in der Umsetzung zeigten: Mehrere Eltern äußerten gegenüber den Fachkräften einen gewissen Unmut bezüglich der Beantwortung der Fragebögen (z. B. zeitliche Dauer beim Ausfüllen und Wiederholung der gleichen Fragen). Einige Elternteile hat dies dazu bewegt die Teilnahme an der Studie vorzeitig abzubrechen. Dies könnte eine Grenze von quantitativer Forschung, bzw. den Nebeneffekt abzeichnen, dass das Einsetzen der Fragebögen in einem hohen Maß eine intellektuelle Leistung abverlangt und möglicherweise zu einer Überforderung geführt haben kann. Es könnte auch erklären, dass insbesondere Eltern mit einem höheren Bildungsstand bis zum Ende an der Studie teilgenommen haben. Überprüfungsverfahren, die noch näher an der Verhaltensebene orientiert sind, könnten in einer weiteren Studie diese Problematik verringern (Bouffard & Reid 2012). Hier wird deutlich, dass die Überprüfung familienorientierter Angebote auch familienfreundliche Untersuchungsmethoden bedürfen.

Elternurteile gegenüber des (Bewegungs-) Verhaltens ihrer Kinder fallen extremer aus als die Einschätzung von pädagogischen Fachkräften (Hamsen 2004). Diese Erkenntnis könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Ausgangswerte der Interventions- und Kontrollgruppe hoch waren. Die Eltern der Interventionsgruppe könnten durch die familienorientierte Bewegungsförderung in Ihrer Sensibilität für die Entwicklungsthemen ihrer Kinder angeregt worden sein und ihr Verhalten und das des Kindes im Alltag genauer beobachten. Dadurch dass sich Eltern und Kinder in der Interventionsphase über Bewegung intensiver kennenlernen und gemeinsam entwickeln konnten, könnte es zu realistischeren Einschätzungen z. B. in den Fragebögen kommen, die sich durch eine Verschlechterung der Werte im Verlauf der Untersuchung wiederfinden könnten.

In einem nicht standardisierten Fragebogen zur Zufriedenheit der Eltern der Interventionsgruppe, der vielmehr als Reflexionsmethode nach Ende der Interventionsphase gedacht war, meldeten die Eltern insbesondere in den offenen Fragen weitaus positivere Angaben zurück, als die eingesetzten Methoden zeigen konnten. So antworteten 16 Eltern von 19 Eltern, die diesen Fragebogen zurück gegeben haben, der Interventionsgruppe auf die Frage „Welche Veränderung hat das Projekt Ihrer Familie gebracht?“ (vollständig und in zufälliger Reihenfolge):

- „mein Kind ist offener geworden, spricht im Kreis vor Fremden“
- „Wir hatten die Möglichkeit gemeinsam Spaß zu haben und unsere Tochter hat mehr Selbstvertrauen gewonnen, ist mutiger geworden.“
- „Spaß; Freude am gemeinsamen Tun“
- „Wir wurden als Familie gestärkt, der Zusammenhalt wurde gefördert. Man hat die anderen Familienmitglieder aus einem anderen Blickwinkel betrachten können.“
- „noch mehr Interesse an Bewegung“

- „Gemeinsame Zeit, Spielideen“
- „dauerhaft keine, jedoch während der Laufzeit das gute Gefühl etwas Schönes mit den Kindern zu machen“
- „Wir haben viele tolle Bewegungsspiele gelernt, die wir gemeinsam spielen können, das ist ganz toll.“
- „Wir, meine Tochter und ich, haben unsere/n Kontakt/Beziehung zueinander intensiviert und verbessert!“
- „Weitere positive Erlebnisse mit allen Familienmitgliedern werden gemeinsam geplant und durchgeführt.“
- „Ausgeglichenheit, den Kindern mehr zutrauen. Dass die Kinder mehr Selbstvertrauen zu sich selbst haben.“
- „Der Umgang mit dem Kind ist entspannter. Wir freuen uns mehr als Familie.“
- „neue Erfahrungen als Familie und ein „Herausholen“ aus dem Alltag“
- „Wir haben mehr Spaß an gemeinsamen Aktivitäten.“
- „Beziehungen der Familienmitglieder untereinander wurden mehr reflektiert.“
- „Wir hatten gute Gespräche mit den Kindern; Bewegung für unsere Tochter.“

Zu dieser Frage haben 3 von 19 Eltern keine Angaben gemacht. Diese Aussagen sind statistisch nicht verwertbar, bieten jedoch auf deskriptiver Ebene ein Einblick in die Reflexion und Zufriedenheit der Eltern zu dem Angebot Bewegte Familienzeit und bilden ebenso die internen Erfahrungen der Fachkräfte ab, die die Familien in der Interventionsphase begleitet haben.

Hölter (2012) arbeitete in diesem Zusammenhang in seinem Beitrag „Leitlinien und Evidenzbasierung in der Bewegungstherapie“ heraus, dass die interne Erfahrung und Intuition der Fachkräfte wie auch die Bewertungen von Patienten selbst bei der Entscheidung für oder gegen eine klinische Intervention einen hohen Ein-

fluss haben. Auch wenn die vorliegende Arbeit nicht im klinischen Setting verordnet ist, so lassen diese Aussagen doch Ableitungen für den präventiven Bereich zu: Sobald die Klient*innen mit einer Maßnahme zufrieden sind, für sich einen Mehrwert in der Teilnahme wahrnehmen und positive Veränderungen beschreiben können, kann dies als Berechtigung und Evidenz gesehen werden um eine solche Maßnahme fortzuführen und auch anderen Interessierten zur Verfügung zu stellen. In weiteren Studien empfiehlt es sich deshalb die „interne Evidenz“ und die Zufriedenheit der Teilnehmenden in Anlehnung an die Befragungsinstrumente der sogenannten „Patient-Related-Outcomes“ noch umfassender zu berücksichtigen (Hölter 2012, 108). Die oben angestellten Erklärungen zum Drop Out zeigen in diesem Zusammenhang ebenfalls eine hohe Dringlichkeit die wissenschaftlichen Standards umzudenken und die interne Evidenz der Beteiligten und zusätzlich auch der begleitenden Fachkräfte unbedingt zu erfassen.

5.1.4 Bewertung von Familienbeziehungen und Autonomieentwicklung

Der Selbstwert der Kinder in der Interventionsgruppe zeigte ebenso wie der Selbstwert der Eltern über den Untersuchungszeitraum eine Erhöhung mit signifikanter Tendenz (mit hoher Effektstärke), während die Werte der Kohäsion in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe niedriger waren. Hier könnte entgegen der ursprünglichen Annahme die Vermutung aufgestellt werden, dass die Kinder die ihnen wiederholt gestellten Bewegungsaufgaben nach der Interventionsphase selbstsicherer bewältigen konnten als vorher und weniger Unterstützung, Absicherung und Interaktion durch die Eltern benötigten. Die Zunahme an Autonomie in der Beziehung des Kindes zu seinen Eltern sieht der Entwicklungspsychologe Erikson (1987) insbesondere in der Kleinkindphase, sie könnte hier über das Medium Bewegung darüber hinaus im Kindergartenalter eine zentrale Rolle in der familienorientierten Bewegungsförderung gespielt haben. In Kombina-

tion mit der dritten Entwicklungsphase, in der das Kind eine starke Initiative entwickelt (Erikson 1987), könnte ein Kind die Stärkung des Selbstwertes über eine höhere Eigeninitiative zeigen, d. h. die gemeinsame Absprache mit einem Elternteil würde in den Hintergrund des eigenmotivierten Verhaltens rücken. Dies zeigte sich in den Videoaufnahmen zur Verhaltensbeobachtung beispielsweise mehrfach durch das Ablehnen von Hilfestellungen des Kindes gegenüber des Erwachsenen. Hier könnte als Erklärung für dieses Verhalten die Tendenz zur Selbstaktualisierung (Rogers 1991) sowie das Bestreben nach Selbstwirksamkeitserleben über Kontrollhandlungen und Bewegung (Flammer 1990 / Zimmer 2004) angebracht werden.

Möglicherweise hat die familienorientierte Bewegungsförderung das Streben der Kinder nach eigenständiger Erkundigung und Bearbeitung von Aufgaben gestärkt. Damit ließen sich die tendenziell erhöhten Angaben zum Selbstwert der geförderten Kinder sowie die signifikant abnehmenden Werte zur Kooperation und zur Kohäsion aus Sicht der Eltern erklären. Könnte es in diesem Zusammenhang sein, dass die Eltern die zunehmende Eigentätigkeit ihrer Kinder als störend für den Familienzusammenhalt wahrnehmen? Diese Aspekte von Autonomieentwicklung des Kindes im Gegensatz zum Näheverhalten innerhalb der Dyade wurden in dem eingangs entwickelten Codierungssystem noch nicht berücksichtigt, hätten jedoch Aufschluss über die sozial-emotionale Entwicklung in der Dyade geben können. Demzufolge könnte die Einteilung zur Verhaltensbeobachtung in negativ und positiv neu zugeordnet und aufgrund weiterer entwicklungspsychologischer Beobachtungen und der Erfahrungen aus der Praxisphase neu bewertet werden. Dies scheint eine kohärente Grenze der eingesetzten Verfahren aufzuzeigen.

5.1.5 Geringe Datenlage zur Nachhaltigkeit

Wie bereits angedeutet, besteht nach Ende der Untersuchung noch Unkenntnis über die, möglicherweise ebenfalls bewegungsorientierten, Interventionsmaßnahmen, an denen Familien der Kontrollgruppe teilgenommen haben könnten. Hier liegt die Schwierigkeit in der Vielzahl an Variablen, die nicht kontrollierbar und in der Literatur bekannt sind (Dadaczynski, Baumgarten & Hartmann 2016). Dazu zählen beispielsweise die Wohnlage der Familie, andere Bezugspersonen wie Großeltern oder Nachbarn, die eigene Bewegungsbiografie der Eltern, ein individueller Kontakt zu durchführenden Fachkräften, etc.. Durch eine kleine Nachrecherche gibt es mündliche Informationen darüber, dass 6 von 26 Familien der Interventionsgruppe nach Abschluss des Überprüfungszeitraumes an weiteren präventiven Angeboten des Förderzentrums in Dortmund teilgenommen haben. In drei dieser genannten Fällen ist bekannt, dass die Kinder im Anschluss an einem therapeutischen Angebot wie heilpädagogischen Maßnahmen und Ergotherapie teilgenommen haben. Diese Angaben wurden nicht standardisiert erhoben, hätten jedoch im Vergleich zu den Familien der Kontrollgruppe Aufschluss über die Ergebnisse geben können.

Ebenso könnte in einer weiteren Studie die Zusammenarbeit mit anderen Bildungseinrichtungen wie Kita und Grundschule Daten über die Nachhaltigkeit einer familienorientierten Bewegungsförderung liefern: Bieten Kita und Familienzentrum durch den Impuls eines gemeinsamen Praxis- und Forschungsprojektes im Anschluss weitere Kurse / Angebote für Eltern und ihre Kinder über das Medium Bewegung an? Besuchen Familien nach der Teilnahme an Bewegte Familienzeit weitere Bewegungsangebote auf, z. B. in Sportvereinen oder Familienbildungsstätten? Für die Bereitschaft einer längerfristigen Bindung an ein Bewegungsangebot im Breitensportlichen Sinne sind, neben der Verbindung der eigentlichen

Bewegungsaktivität mit einer positiven Emotion, ansprechende Rahmenbedingungen entscheidend, wie beispielsweise eine motivierte Gruppenleitung, gut ausgestattete Räumlichkeiten sowie abwechslungsreiche Inhalte (Pahmeier 2008). Die Untersuchungsmethoden dieser Studie haben die Nachhaltigkeit in Form eines Follow-ups mit den gleichen Instrumenten beachtet und hätten weitere Parameter der Rahmenbedingungen des Angebotes, der Institutionen und der Systeme, in denen die teilnehmenden Familien angebunden waren, berücksichtigen können.

5.1.6 Geringe Dichte der Intervention

Dass die Intervention einmal pro Woche über 60 Minuten stattgefunden hat, kann ein Grund für die Ergebnisse dieser Studie sein. Es könnte sein, dass die Interventionsdichte, und damit der Input, zu gering gewesen ist, als dass sich ein Effekt bei den teilnehmenden Familienmitgliedern im Vergleich zur Kontrollgruppe einstellen konnte. Bouffard und Reid (2012) geben zu bedenken, dass bewegungsorientierte Maßnahmen Grenzen in ihrer Evidenzbasierung haben und noch massiver sein müssten um Effekte zeigen zu können. Dies wird insbesondere im Vergleich zu intensiven kindertherapeutischen Interventionen (z. B. in einem Umfang von 3-4 Interventionen pro Woche) deutlich. Neben der Dichte der Intervention muss hier zusätzlich festgehalten werden, dass im Vergleich zu anderen intensiv therapeutischen Maßnahmen das hier entwickelte präventive Angebot Bewegte Familienzeit mit 20 Einheiten als eine kurzfristige Intervention zu bezeichnen ist. Gleichzeitig wird deutlich, dass sich eine Präventionsmaßnahme nur bedingt mit einer therapeutischen Maßnahme hinsichtlich der Interventionsdichte vergleichen lässt.

5.2 Ausblick

Das Präventionsprogramm Bewegte Familienzeit wurde aufgrund der Praxiserfahrungen und theoretischen Grundlagen für Menschen mit einem erhöhten Förderbedarf und aus dem Kontext der Kinder- und Jugendhilfe mit Methoden aus der pädagogisch-therapeutischen Arbeit entwickelt. Letztendlich haben, nach Abzug der Drop-Outs, zum größten Teil Familien mit einem hohen Bildungsstand und vermeintlich wenig Förderbedarf teilgenommen. Für weitere Vorhaben werden im Folgenden Konsequenzen für die Praxis und Forschung abgeleitet.

5.2.1 Konsequenzen für die Praxis

Der Setting-Ansatz in der Entwicklung von Präventionsangeboten betont die Verortung von Maßnahmen in Bildungseinrichtungen, die von Kinder und ihre Eltern tagtäglich besucht werden (Dadaczynski et al. 2016). So sollte der Zugang zu präventiven und bewegungsorientierten Maßnahmen für Familien noch niederschwelliger sein, da sie keine weitere Einrichtung an einem anderen Ort aufsuchen müssen. Die zu sogenannten Familienzentren zertifizierten Kindertageseinrichtungen etwa bieten eben diese Räumlichkeiten, Vernetzungsmöglichkeiten mit anderen Hilfesystemen sowie die personellen wie materiellen Ressourcen für praxisnahe und einladende Angebote für Kinder und ihre Eltern. In NRW sind im aktuellen Kindergartenjahr 2016/17 rund 3.400 Tageseinrichtungen als Familienzentrum aktiv (MFKJS 2016) und beziehen zusätzliche Landesmittel zur Erfüllung ihrer Aufgaben. Zu diesen zählt die Schaffung umfassender Beratungs- / Bildungs- / und Vernetzungsangebote für Familien und zwar zunehmend für Kinder und Eltern mit hohem Unterstützungsbedarf: „Denn die Selbstorganisation von Hilfen ist gerade für Familien mit einem Bildungs- und Armutrisiko nicht selbstverständlich, sie brauchen hierfür gezielte und gesteuerte Angebote“ (MFKJS 2016, 20).

Nach Ablauf des Praxis- und Forschungsprojektes in 2012 gründete die Autorin die gemeinnützige Gesellschaft Ruhrbewegung mit dem Ziel den Setting-Ansatz weiter zu verfolgen und Bewegte Familienzeit in sozialen Einrichtungen wie Familienzentren, Grundschulen, Vereinen etc. vor Ort anzubieten sowie andere pädagogische Fachkräfte zu diesem Themenbereich fortzubilden. Innerhalb von vier Jahren konnten so insgesamt weitere 38 Einrichtungen im Ruhrgebiet als Kooperationspartner gewonnen werden. Mithilfe von geschulten Mitarbeiter*innen und in Zusammenarbeit mit den sozialen Einrichtungen konnten so insgesamt 1.267 Personen mit Bewegte Familienzeit in Form von Praxisangeboten und Workshops erreicht werden. Diese Anzahl schlüsselt sich auf in 723 Erwachsene und 544 Kinder. Insgesamt haben 290 Familien seit Gründung von Ruhrbewegung an Bewegte Familienzeit teilgenommen. Die Erfahrung in der Zusammenarbeit mit den Bildungseinrichtungen zeigt insofern eine Nachhaltigkeit, dass bisher 21 der 38 Kooperationspartner regelmäßig ein bewegungsorientiertes Angebot für Familien gestaltet und etabliert hat.

Als eine Möglichkeit der praktischen Begleitung von Familien im Übergang von der Kita in die Schule hat sich Bewegte Familienzeit in mehreren Sozialräumen und in Zusammenarbeit mit den Akteuren des Amtes für Jugendhilfe und Schule der Stadt Bochum erwiesen (Schäfer 2016). Diese Angaben verdeutlichen über die vorliegende Studie hinaus zum einen eine Nachfrage von Bewegte Familienzeit in öffentlichen und privaten Einrichtungen und zum anderen eine nachhaltige Umsetzbarkeit des entwickelten Präventionsangebotes. Insbesondere für die Zusammenarbeit mit Eltern bietet ein bewegungsorientiertes Setting die Möglichkeit sich als Beziehungs- und auch als Erziehungspartner zu erleben. Hier ist es besonders wichtig eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. Dass sich Eltern angenommen und wohl fühlen, ist für eine gelingende Zusammenarbeit auf Augenhöhe wichtig:

„Auch wenn das Wohl des Kindes oberste Priorität haben soll, ist es m.E. eine zwingende Notwendigkeit, in der Zusammenarbeit mit Familien das Wohlbefinden der Eltern stärker in den Blick zu nehmen" (Hoffmann 2014, 55).

Für die Praxisumsetzung sollte demnach die Beachtung des Setting-Ansatzes und Verortung in allgemeinen Bildungseinrichtungen wie Kita, Familienzentrum und Schule im Gegensatz zu einer Kinder- und Jugendhilfe-Einrichtung eine bedeutende Konsequenz aus dieser Untersuchung sein.

5.2.2 Konsequenzen für die Forschung

In den bisherigen Untersuchungen zu familienorientierten Bewegungsangeboten stand die Analyse von Einzelfällen im Vordergrund des Interesses. Diese Studie hat versucht eine größere Stichprobe mit quantitativen sowie qualitativen Verfahren zu untersuchen. Die multimodale Zusammenstellung der Verfahren und die Beachtung der Perspektiven aller Beteiligten (Kinder, Eltern und Fachkräfte) hat zwar eine Vielfalt an Daten, jedoch entgegen der ursprünglichen Annahme noch keine spezifischen Aussagen zugelassen. Hier zeigt sich ein Dilemma: Ganzheitlichkeit versus Spezifizierung. Eine engere Themeneingrenzung bei überwiegend handlungsorientierten und förderdiagnostischen Untersuchungsmethoden kann diesen Aspekt, ebenso wie der Einbezug der subjektiven Zufriedenheit der Teilnehmenden und Fachkräfte mit der Maßnahme, bei weiteren Forschungsvorhaben begünstigen. Dass die Beteiligung der Familien an Bewegte Familienzeit nach Abschluss der Erhebungsphase auch an längeren Projektphasen in der Bildungseinrichtung vor Ort bisher sehr hoch war und kein Drop-Out erhoben wurde, ist ein Hinweis, dass weitere Untersuchungen mit Minimalaufwand für die Familien geplant werden sollten.

Um genauere Aussagen über Wirkfaktoren und die Nachhaltigkeit in Präventionsangeboten zu treffen, ist es also für zukünftige Forschungsdesigns sinnvoll das Lebensumfeld und die Herausforderungen des Alltags in Familien sowie die interne Evidenz im Verlauf der Untersuchung noch deutlicher zu beachten und einzubinden. Auch die individuellen Bewertungen von Seiten der Eltern sollten beispielsweise die Beobachtungen von Aufgabelösestrategien und -vorgehen sinnvoll ergänzen, beispielsweise als anschließenden Kommentar zur Verhaltensbeobachtung in einer Videosequenz.

Es empfiehlt sich bei weiterführenden Forschungsbestreben die Chancen und Grenzen eines präventiven Angebotes noch deutlicher herauszuarbeiten und bei der Randomisierung zu beachten. Möglichst niederschwellige und familienorientierte Untersuchungsmethoden könnten dazu führen, dass die Drop-Out-Rate von Familien, die durch zusätzliche diagnostische Verfahren und Fragebögen außerordentlich belastet fühlen, gering bleibt. Abschließend kann für die Entwicklung weiterer Praxis- und Forschungsprojekte gesagt werden, dass insbesondere die Vielfalt von handlungsorientierten Maßnahmen, psychosozialer Beratung und spezieller Förderangeboten für Familien zu beachten ist, denn: „Familien als AdressatInnen der Kinder- und Jugendhilfe benötigen zum einen universelle und zum anderen gezielte Angebote, um die gewandelten Anforderungen erfolgreich bewältigen zu können“ (Böllert & Peter 2014, 123f.). Diese Angebote sollten sich nach dem Prinzip der Dienstleistungs- und Lebensweltorientierung dadurch auszeichnen, dass sie familienorientiert, präventiv und freiwillig ausgerichtet sind (Böllert & Peter 2014). Es gilt also in der Praxis weitere Gehversuche zu unternehmen und sich der Herausforderung einer Evaluierung möglicher Effekte durch geeignete Verfahren für Familien anzunehmen.

6 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde ein Interventionsprogramm zur präventiven Förderung der Interaktion und Lebensqualität von Familien mit Kindern im Alter von 3-6 Jahren entwickelt, durchgeführt und evaluiert. Es sollte überprüft werden, ob die Teilnahme an einem und bewegungsorientiertes Angebot einen positiven Einfluss auf die Beziehung und Interaktionsfähigkeit, die Lebenszufriedenheit und Familienbeziehungen von Kindern und ihren Eltern hat im Vergleich zu Familien, die nicht an einer Förderung teilgenommen haben. Das entwickelte Konzept Bewegte Familienzeit umfasste 20 einstündige Bewegungseinheiten für eine Gruppe mit drei bis fünf Familien und wurde nach bewegungspädagogischen Grundsätzen aufgebaut und methodisch in halbstrukturierten Einheiten nach psychomotorischen Förderprinzipien gestaltet. Zur Überprüfung des Praxiskonzeptes und der Wirkung einer familienorientierten Bewegungsförderung wurde eine Longitudinalstudie mit drei Messzeitpunkten über einen Zeitraum von 12 Monaten angelegt. Insgesamt nahmen 42 Eltern-Kind-Dyaden an dem Programm Bewegte Familienzeit teil. Positive Veränderungen in den Bereichen Interaktionsstil, Näheverhalten, Lebenszufriedenheit, Selbstwert, Kohäsion und Hierarchiegefüge der Familien sollten multimodal erhoben und mit den evaluierten Daten einer ebenso großen Kontrollgruppe verglichen werden.

Methodisch wurden ein gestalterisches Verfahren (Familiensystemtest), fünf Eltern- und Kinderfragebögen sowie die Analyse einer videografierten Verhaltensbeobachtung zu in einem Prä- und Post-Test sowie einem Follow-Up nach sechs Monaten eingesetzt, ausgewertet und interpretiert. Die verwendeten Verfahren konnten keine signifikant positiven Veränderungen abbilden. Tendenziell entwickelten die Kinder sowie die Eltern der Interventionsgruppe einen positiveren Selbstwert und gleichzeitig eine tendenziell niedrige Kohäsion als Familien der

Kontrollgruppe. Die Ergebnisse lassen noch keine Rückschlüsse auf die Wirkung von Bewegte Familienzeit zu und zeigen damit eine Diskrepanz zu der internen Evidenz der geförderten Familien. Die Arbeit zeigt einen dringlichen Bedarf an der Weiterentwicklung familienorientierter, wissenschaftlicher Evaluationsstandards sowie der Verortung von präventiven Maßnahmen in Bildungseinrichtungen nach dem Setting-Ansatz auf.

Literaturverzeichnis

- Altgeld, T., Kolip, P. (2010). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In Hurrelmann, K., Grundmann, M. & Walper, S. (Hrsg.), *Lehrbuch für Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 45-58.) Huber: Bern.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Atzesberger, M. (1991). Ringen als Schulsport? *Bayrische Schule*, 2, 21-22.
- Bahr, S., Kallinich, K., Beudels, W., Fischer, K., Hölter, G., Jasmund, C., Krus, A., Kuhlenkamp, S. (2012). Bedeutungsfelder der Bewegung für Bildungs- und Entwicklungsprozesse im Kindesalter. *motorik*, 35, 98-109.
- Bender, S. (2007). *Systemische Tanztherapie*. München: Reinhardt.
- Bertram, H., Kohl, S. & Rösler, W. (2011). *Zur Lage der Kinder in Deutschland 2011/2012. Kindliches Wohlbefinden und gesellschaftliche Teilhabe*. Köln: Deutsches Komitee für UNICEF.
- Beudels, W. (1996). Die Wirksamkeit psychomotorischer Förderung - Ergebnisse einer vergleichenden empirischen Untersuchung. In Horstmann, T. & Leyendecker, C. (Hrsg.), *Frühförderung und Frühbehandlung - wissenschaftliche Grundlagen, praxisorientierte Ansätze und Perspektiven interdisziplinärer Zusammenarbeit* (S. 318-325). Heidelberg: Universitätsverlag
- Beudels, W., Kleinz, N. & Delker, K. (2002). *Ausser Rand und Band - WenigKosten vielSpasGeschichten mit Alltagsmaterialien*. Dortmund: Borgmann.
- Beudels, W., Hölter, G. & Schmitz-Post, W. (2007). Motorische und psychische Entwicklung von Kindern im Grundschulalter. Ausgewählte Ergebnisse zur Dortmunder Längsschnittstudie "Motorik und Aufmerksamkeit" im Grundschulalter (DOLMA). In Kolb, M. & Bähr, I. (Hrsg.), *Empirische Schulsportforschung* (S. 43-59). Baltmannsweiler: Schneider.
- Beudels, W. & Anders, W. (2008). *Wo rohe Kräfte sinnvoll walten. Handbuch zum Ringen, Rangeln und Raufen in Pädagogik und Therapie*. Dortmund: Borgmann.
- Beudels, W., Lensing-Conrady, R. & Beins, H. (2008). *...das ist für mich ein Kinderspiel. Handbuch zur psychomotorischen Praxis*. Dortmund: Borgmann.

- Biedenkopf, K., Bertram, H., Käßmann, M., Kirchhof, P., Niljahr, E., Sinn, H. & Willens F. (2009). *Starke Familie. Bericht der Kommission Familie und demographischer Wandel*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Böllert, K. & Peter, C. (2014). Familien in der Kinder- und Jugendhilfe - eine Problemskizze. In Nave-Herz, R. (Hrsg.), *Familiensoziologie* (S. 121-138). Oldenburg: De Gruyter.
- Bonney, H. (2011). *Neurobiologie für den therapeutischen Alltag*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bouffard, M. & Reid, G. (2012). The goos, the bad, and the ugly of evidence-based practice. *Adapted Physical Activity*, 29, 1-24.
- Bowlby, J. (1982). *Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brehm, W. & Pahmeier, I. (1990). Aussteigen oder Dranbleiben? Bruchstellen einer Breitensportkarriere und Bedingungen eines Ausstiegs. In *Spektrum der Sportwissenschaft*, 2, 33-56.
- Brem-Gräser, L. (2011). *Familie in Tieren. Die Familiensituation im Spiegel der Kinderzeichnung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009). *Familienreport 2009*. Berlin: BMFSJ.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010). *Familienreport 2010*. Berlin: BMFSJ.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011). *Familienreport 2011*. Berlin: BMFSJ.
- Buber, M. (1979). *Ich und Du*. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Dadaczynski, K., Baumgarten, K. & Hartmann, T. (2016). Settingbasierte Gesundheitsförderung und Prävention. Kritische Würdigung und Herausforderungen an die Weiterentwicklung eines prominenten Ansatzes. In *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11, 214-221.
- Damasio, A. (1997). *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: List.
- Degener, A. (2011). Persönlichkeitsstörungen - Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Hölter, G. (Hrsg.), *Bewegungstherapie bei psychischen*

- Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung* (S. 287-328). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Duden online (n.d.). *Familie*. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Familie> [26.Mai 2017]
- Eggert, D. (2005). *Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung. Textband, Arbeitsbuch*. Dortmund: Borgmann.
- Eggert, D. (2009). Probleme in der Psychomotorik: Kann sie wirklich alle Kinder mit besonderem Förderbedarf wirkungsvoll fördern? In *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 11, 460-465.
- Engelhardt, A. & Halle, A. (2010). Bildung, Gesundheit und Bewegung gemeinsam fördern. Das Modellprojekt Kitas bewegen - für eine gute gesunde Kita. *motorik* 33, 172-175.
- Erhart, M., Hurrelmann, K. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Sozialisation und Gesundheit. In Hurrelmann, K., Grundmann, M., Walper, S. (Hrsg.), *Handbuch Sozialisationsforschung* (S. 424-442). Weinheim: Beltz.
- Erhardt, M., Ottova, V. & Ravens-Sieberer, U. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In Hurrelmann, K., Grundmann, M. & Walper, S. (Hrsg.), *Lehrbuch für Prävention und Gesundheitsförderung*. (S.58-69). Huber: Bern.
- Erikson, E. (1987). *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fahrenberg, J. Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). FLZ. Fragebogen zur Lebenszufriedenheit. Göttingen: Hogrefe.
- Fischer, K. (2008). Das psychomotorische Paradigma in der Frühförderung. In Amokrosa, H. & Leyendecker, C. (Hrsg.), *Gemeinsam handeln statt behandeln: Aufgaben und Perspektiven der Komplexleistung Frühförderung*. (S. 53-64). München: Reinhardt.
- Fischer, K. (2011). *Einführung in die Psychomotorik*. München: Reinhardt.
- Flammer, A. (1990). *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit: Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.
- Flosdorf, P. (2009). *Heilpädagogische Beziehungsgestaltung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.

- Fuhrer, U. (2008). Die Rolle enger Bindungen und Beziehungen. In Hurrelmann, K., Grundmann, M. & Walper, S. (Hrsg.), *Handbuch Sozialisationsforschung*. Weinheim: Beltz. 129-140.
- Gehring, T. (1998). *FAST. Familiensystemtest*. Göttingen: Hogrefe.
- Glatzer, W. (2002). Lebenszufriedenheit / Lebensqualität. In Greiffenhagen, M., Greiffenhagen, S. (Hrsg.), *Handwörterbuch zur politischen Kultur der Bundesrepublik Deutschland*. (S. 248-255). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Goth, K. & Schmeck, K. (2009). *JTCI. Das Junior Temperament und Charakter Inventar*. Göttingen: Hogrefe.
- Griebel, W. & Niesel, R. (2011). *Übergänge verstehen und begleiten. Transitionen in der Bildungslaufbahn von Kindern*. Berlin: Cornelsen.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2008). Elternbindung und Entwicklung des Kindes in Beziehungen. In Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A. (Hrsg.), *Entwicklungspsychiatrie* (S. 221-241). Stuttgart: Schattauer.
- Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa
- Hammer, Richard (2001). *Bewegung allein genügt nicht. Dortmund. Psychomotorik als grundlegendes Prinzip der Alltagsgestaltung*. Dortmund: modernes lernen.
- Hammer, R., Paulus, F. (2002). Psychomotorische Familientherapie. Systeme in Bewegung. In *motorik*, 25, 13–19.
- Hamsen, R. (2004). *Bewegungsorientierte Förderung von Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen. Eine Evaluationsstudie zum Heilpädagogischen Voltigieren*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Dortmund.
- Hölter, G. (1998). Entwicklungslinien der Psychomotorik im deutschsprachigen Raum. In *motorik*, 21, 43-49.
- Hölter, G. (2002). Beziehungsgestaltung in der Psychomotorik. In Mertens, K. (Hrsg.), *Psychomotorik. Grundlagen und Wege der Förderung* (S. 77-86). Dortmund: Borgmann.

- Hölter, G., Flosdorf, P. (2006). Beziehung als dialogischer Prozess. In Fischer, K., Knab, E. & Behrens, M. (Hrsg.), *Bewegung in Bildung und Gesundheit* (S. 148-160). Schorndorf: Hofmann.
- Hölter, G. (2012). Leitlinien und Evidenzbasierung in der Bewegungstherapie. In Deimel, H. (Hrsg.), *Facetten der Bewegung- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung* (S. 100-114). Sankt Augustin: Academia
- Hoffmann, S. (2014). Über die Bedeutung des Wohlbefindens in derer Zusammenarbeit mit Familien. In Tschöpe-Scheffler, S. (Hrsg). *Gute Zusammenarbeit mit Eltern in Kitas, Familienzentren und Jugendhilfe. Qualitätsfragen, pädagogische Haltung und Umsetzung* (S. 51-50). Opladen: Budrich.
- Hünnekens, H., Kiphard, E. (1985). *Bewegung heilt: Psychomotorische Übungsbehandlung bei entwicklungsrückständigen Kindern*. Gütersloh: Flöttmann.
- Hurrelmann, K. Klotz, T. & Haisch, J. (2010). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.), *Lehrbuch für Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 13-23). Huber: Bern.
- Irmiler, M., Peters, L. & Gebhard, B. (2014). Psychomotorische Entwicklungsförderung und Familienbegleitung für Kinder mit chronischen und progredienten Erkrankungen. *motorik*, 37, 191-193.
- Käppler, C. & Stasch, M. (2008). Familiendiagnostische Beobachtungsmethoden - die Analyse der familiären Interaktion. In Cierpka, M. (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 393-410). Heidelberg: Springer
- Keßel, Peter (2014). Prinzipien psychomotorischer Entwicklungsförderung - Überlegungen für die fachschulische Erzieherausbildung. *motorik*, 36, 23-27.
- Kiegelmann, M. (2010). Sprachentwicklungspsychologische Voraussetzungen von Kindern und Jugendlichen und deren Konsequenzen für die Kompetenzen von Befragenden. In Walther, E., Preckel, F. & Mecklenbräuker, S. (Hrsg.), *Befragung von Kindern und Jugendlichen. Grundlagen, Methoden und Anwendungsfelder* (33-44). Göttingen: Hogrefe.
- Klaes, R. & Walthes, R. (1996). Bewegungorientierte Frühförderung mit Familien. Das Tübinger Konzept. In Janssen, E., Lüpke, H. (Hrsg.), *Von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um Gesundheit. Entwicklungsförderung im Dialog*. (S. 113-130). Frankfurt: Paritätisches Bildungswerk.

- Kleinz, N. (2010). Verständnis und Förderung der kindlichen Spieltätigkeit. In Beudels, W., Kleinz, N. & Schönrade, S. (Hrsg.), *Bildungsbuch Kindergarten. Erziehen, Bilden und Fördern im Elementarbereich.*(S. 127-136). Dortmund: Borgmann.
- Klinge, A. (2009). Die Scham ist nie vorbei! Beschämung im Schulsport - eine sportpädagogische Herausforderung. *sportunterricht*, 58, 296-301.
- Kötter, S. & Nordmann, E. (2003). Familiendiagnostische Beobachtungsmethoden. Die Analyse der familiären Interaktion. In Cierpka, M. (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (S. 437-468). Heidelberg: Springer.
- Kopic, A. (2013). Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen in der bewegten Eltern-Kind-Interaktion. In Krus, A., Jessel, H. (Hrsg.), *Psychomotorik im Bildungskontext* (S. 123-133). Lemgo: Aktionskreis Psychomotorik.
- Korunka, C. (1992). Der Mensch ist gut, er hat nur viel zu schaffen. Werte und Menschenbild in der Personenzentrierten Psychotherapie. In Fernziel, P., Schmid, P. & Winkler, M. (Hrsg.), *Handbuch der personenzentrierten Psychotherapie.* (S. 72-82). Köln: EHP.
- Köckenberger, H. (2008). *Vielfalt als Methode. Methodische und praktische Hilfen für lebendige Bewegungsstunden, Psychomotorik und Therapie.* Dortmund: Borgmann.
- Kreppner, K. (1993). Eltern-Kind-Beziehungen: Kindes- und Jugendalter. In Auhaagen, A. & Salisch von, M. (Hrsg.), *Zwischenmenschliche Beziehungen* (S. 81-104). Göttingen: Hogrefe.
- Kreppner, K. & Ullrich, M. (1996). *Familien-Codier-System.* Berlin: Max-Planck-Institut.
- Kreppner, K. (1999). Beziehung und Entwicklung in der Familie: Kontinuität und Diskontinuität bei der Konstruktion von Erfahrungswelten. In Grundmann, M. (Hrsg.), *Konstruktivistische Sozialisationsforschung: Lebensweltliche Erfahrungskontexte, individuelle Handlungskompetenzen und die Konstruktion sozialer Strukturen* (S. 180-207). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Krus, A. (2008). Mut zur Entwicklung - Bewegen und Handeln als Motor der kindlichen Entwicklung. In Leyendecker, C. (Hrsg.), *Gemeinsam handeln statt behandeln: Aufgaben und Perspektiven der Komplexleistung Frühförderung* (S. 65-70). München: Reinhardt.

- Kuhl, J., Schwer, C. & Stolzbacher, C. (2014). Professionelle pädagogische Haltung: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen. In Schwer, C. & Stolzbacher, C. (Hrsg.), *Professionelle pädagogische Haltung. Historische, theoretische und empirische Zugänge zu einem viel strapazierten Begriff* (S. 79-106). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Kuhlenkamp, S. (2003). *Schulintegrierte Psychomotorische Entwicklungsförderung in einem Stadtteil mit besonderem Erneuerungsbedarf. Studie zur Förderung motorischer und kommunikativer Kompetenzen benachteiligter Grundschulkinder*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Dortmund.
- Kuhlenkamp, S. (2010). Übergänge meistern. In Beudels, W., Kleinz, N. & Schönrade, S. (Hrsg.), *Bildungsbuch Kindergarten. Erziehen, Bilden und Fördern im Elementarbereich* (S. 213-224). Dortmund: Borgmann.
- Kurth, B., Schaffrath Rosario (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). *Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50, 736–743.
- Kurth, E. (2000). Vergleichende Untersuchung zur Möglichkeit diagnostischer Aussagen über das Erleben von Kindern bei der "Zeichnung der Familie in Tieren". *Sonderpädagogik*, 20, 74-86.
- Lange, A. (2014). Die funktionale Differenzierung zwischen Familie und Erwerbssystem. In Nave-Herz, R. (Hrsg.), *Familiensoziologie* (S. 57-92). Oldenburg: De Gruyter.
- Langer-Bär, H. (2006). Familien in Bewegung. Ein Projektbericht über die Verbindung von Systemischer Beratung und Mototherapie. *Praxis der Psychomotorik*, 31, 109-117.
- Lengning, A. (2008). *Abgleich der Erhebungsinstrumente der im Rahmen des Aktionsprogramms Frühe Hilfen vom BMFSFJ geförderten Modellprojekte. Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts München*. Köln: NZFH.
- Lengning, A. & Zimmermann, P. (2009). *Evaluation von Interventions- und Präventionsmaßnahmen im Bereich Früher Hilfen. Internationaler Forschungsstand, Evaluationsstandards und Empfehlungen für die Umsetzung in Deutschland. Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts München*. Köln: NZFH.

- Lengning, A. (2010). Goldstandards für einen wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit und Effektivität als Voraussetzung einer Dissemination einer Intervention im Bereich Früher Hilfen: Randomisierte kontrollierte Studien. *Bundesgesundheitsblatt, Frühe Hilfen zum gesunden Aufwachsen von Kindern - Interdisziplinäre und intersektorale Zusammenarbeit Teil 1*, 1056-1060.
- Lengning, A., Lüpschen, N. (2012). *Bindung*. München: Reinhardt.
- Lepping, A. (2010). Konzepte und Strategien der Prävention. In Hurrelmann, K., Grundmann, M., Walper, S. (Hrsg.), *Lehrbuch für Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 35-44). Huber: Bern.
- Lenz, A. (2011). Die Empowermentperspektive in der psychosozialen Praxis. In Lenz, A. (Hrsg.), *Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis*. (S. 13-40). Tübingen: dgvt.
- Licher-Rüschen, U. (2006). *Konzeption und Erprobung einer psychomotorischen Familientherapie. Ein neues Setting in der systemischen Therapie von Familien mit Kindern im Alter zwischen vier und acht Jahren durch die Berücksichtigung von verbaler und nonverbaler Kommunikation in der Bewegungsförderung*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Osnabrück.
- Marks, S. (2013) Scham im Kontext Schule. *Soziale Passagen*, 1, 37-49.
- Martzy, F. (2006). Evaluation in der Psychomotorik. In K. Fischer, E. Knab & M. Behrens (Hrsg.), *Bewegung in Bildung und Gesundheit* (S. 176-182). Lemgo: akL.
- Menke, Ricarda (2009). *Was wirkt in der Psychomotorik? Analyse von Wirkfaktoren auf der Basis von Experteneinschätzungen und einer Fragebogenerhebung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Dortmund.
- Miller, Y. (2001). *Erziehungsverhalten und Kompetenzüberzeugungen von Eltern und der Zusammenhang zu kindlichen Verhaltensstörungen*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Braunschweig.
- Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (2016). *Neue Wege - Familienzentren in Nordrhein-Westfalen. Eine Handreichung für die Praxis*. Düsseldorf: MFHJKS.

- Nave-Herz, R. (2014). Der Wandel der Familie zum spezialisierten gesellschaftlichen System um Zuge der allgemeinen gesellschaftlichen Differenzierung unserer Gesellschaft. In Nave-Herz (Hrsg.), *Familiensoziologie* (S. 1-26). Oldenburg: De Gruyter.
- Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD (2011). *Doing Better for Families*. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.oecd.org/social/soc/doingbetterforfamilies.htm> [26.Mai 2017].
- Olbrich, I. (1995). Familieneinbindende psychomotorische Kommunikationsförderung. In Kiphard, E. & Olbrich, I. (Hrsg.), *Psychomotorik und Familien. Psychomotorische Förderpraxis im Umfeld von Therapie und Pädagogik* (S. 15-27). Dortmund: Borgmann.
- Pahmeier, I. (2008). Partizipation, Bindung und Dropout im Freizeit-, Breiten- und Gesundheitssport. In Beckmann, J. (Hrsg.), *Anwendungen der Sportpsychologie* (S. 425-498). Göttingen: Hogrefe.
- Passolt, Michael (2006). Psychomotorik fängt bei mir an, oder: „Warum es in der psychomotorischen Arbeit nicht viel Sinn macht, den Kindern zu zeigen, was man alles so gut kann!“. *Praxis der Psychomotorik*, 31, 212-224.
- Petermann, F. (1997). Familie in Tieren. Die Familiensituation im Spiegel der Kinderzeichnung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 18, 90-92.
- Plamper, E. & Stock, S. (2010). Kosten und Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung. In Hurrelmann, K., Grundmann, M. & Walper, S. (Hrsg.), *Lehrbuch für Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 402-414). Huber: Bern.
- Ravens-Sieberer, U. & Bullinger, M. (1998). Assessing health related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content-analytical results. *Quality of Life Research*, 7, 399-407.
- Ravens-Sieberer, U., Hölling, H., Bettge, S. & Wietzker, A. (2002). Erfassung von psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Gesundheitswesen*, 64, 30-35.
- Reichenbach, C. (2010). *Psychomotorik*. München: Reinhardt.
- Reif, M. (1979). *Zur Entwicklung von Empathie im Rahmen der familialen Interaktion*. Stuttgart: Hochschulverlag.

- Reppenhorst, S., Schäfer, C. (2012). Bewegte Familienzeit: Das Praxis- und Forschungsprojekt „Bewegung im Fluss“ zur präventiven Förderung von Familien. *motorik*, 35, 2-14.
- Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsförderung (2009). *Zur Einkommenssituation der privaten Haushalte in Deutschland*. Essen: RWI.
- Richter, J. (2004). Psychomotorische Familienberatung, Überlegungen zu einer Eltern-, Erziehungs- und Familienberatung nach psychomotorischen Gesichtspunkten. *Praxis der Psychomotorik*, 29, 24-30.
- Richter, J. & Heitkötter, T. (2006). Theorie einer psychomotorischen Beratung mit der Familie, Entwicklungslinien und Perspektiven einer familienpsychomotorischen Methode. *Praxis der Psychomotorik*, 31, 4–13.
- Richter (2012). *Spielend gelöst: Systemisch-psychomotorische Familienberatung: Theorie und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Richter, J. & Siegmund, A. (2011). Systemischer-psychomotorische und systemisch-gesprächsorientierte Beratung bei Familien mit psychisch gestörten Kindern. Eine vergleichende Pilotstudie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 789-804.
- Rogers, C. (1991). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG.
- Schäfer, C. (2016). Bewegte Familienzeit - Psychomotorik mit Familien in Kita und Schule. In Krus, A., Jessel, H. (Hrsg.), *Sich bewegen kann doch jeder! 40 Jahre Aktionskreis Psychomotorik e.V.* (S. 67-71). Lemgo: Aktionskreis Psychomotorik.
- Schleiffer, R. (2001). *Der heimliche Wunsch nach Nähe. Bindungstheorie und Heimerziehung*. Münster: Votum.
- Schlicht, W. (1994). *Sport und Primärprävention*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, J. (2007). Flow-Erleben und Achtsamkeit. Neue Paradigmen psychomotorischer Gesundheitsförderung. *motorik* 30, 130-134.
- Schnabel, P. (2001). *Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa.

- Schnabel, P. (2010). Prävention und Gesundheitsförderung in Familien und Schulen. In Hurrelmann, K., Grundmann, M. & Walper, S. (Hrsg.), *Lehrbuch für Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 312-323). Huber: Bern.
- Schneewind, K. (2008). Sozialisation in der Familie. In Hurrelmann, K., Grundmann, M. & Walper, S. (Hrsg.), *Handbuch Sozialisationsforschung* (S. 256-273). Weinheim: Beltz.
- Schneider, J. (2011). Eltern und Kinder bewegen sich aufeinander zu. Möglichkeiten psychomotorischer Angebote in der Eltern-Kind-Frühförderarbeit. *Frühförderung interdisziplinär*, 30, 37-47.
- Schneider, J. (2013a). Zusammenarbeit, die bewegt. Wie Erziehungs- und Bildungspartnerschaften bewegt gestaltet werden können. *motorik*, 36, 33-41.
- Schneider, J. (2013b). Eltern in Bewegung. Praktische Beispiele für eine bewegte Zusammenarbeit von Eltern und Fachkräften. *motorik*, 36, 145-152.
- Seewald, J. (2006). Gesundheitsförderung als neues Paradigma der Motologie? In Fischer, K., Knab, E. & Behrens, M. (Hrsg.), *Bewegung in Bildung und Gesundheit* (S. 282-290). Lemgo: AKL.
- Seewald, J. (2007). *Der Verstehende Ansatz in Psychomotorik und Motologie*. München: Reinhardt.
- Sherborne, V. (1998). *Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik*. München: Reinhardt
- Siebenkotten, H. (1998). Psychomotorik im Spannungsfeld zwischen Kindzentriertheit, Elternarbeit und Systemtheorie. *Praxis der Psychomotorik*, 23, 215-220.
- Stadt Dortmund (2010). *Jahresbericht Bevölkerung*. Dortmund: Stadt Dortmund.
- Statistisches Bundesamt (2010). *Alleinerziehende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2009*. Wiesbaden: Destatis.
- Statistisches Bundesamt (2011). *Wie leben Kinder in Deutschland?* Wiesbaden: Destatis.
- Statistisches Bundesamt (2012). *Kindertagesbetreuung in Deutschland 2012*. Wiesbaden: Destatis.

- Statistisches Bundesamt (2017). *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Private Konsumausgaben und Verfügbares Einkommen*. Wiesbaden: Destatis.
- Teschner, H., König, E. (2011). Betreuungsangebote. In Langesberg, H., Thüne-
mann, K. (Hrsg.), *Pädagogischer Leitfaden zum Umgang mit Suchtmittelkon-
sum in der Kinder- und Jugendhilfe. St. Vincenz Jugendhilfe-Zentrum* (S. 12-
35). Oldenburg: Win2win.
- Vetter, M., Kuhnen, U. & Lensing-Conrady, R. (2008). *Wie Psychomotorik hilft, Ri-
siken zu meistern*. Dortmund: Borgmann.
- Vetter, M. (2009). Welche Ziele verfolgt Psychomotorik im Gesellschafts- und Bil-
dungskontext? *motorik*, 32, 59-66.
- Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte, WIFF (2011). *Zusammen-
arbeit mit Eltern. Grundlagen für eine kompetenzorientierte Weiterbildung*.
München: DJI.
- Wenner, M. (2010). Der Unernst des Lebens. *Gehirn & Geist*, 5, 12-19.
- World Health Organization, WHO (n.d.): Constitution of the world health organiza-
tion. [Online]. Verfügbar unter:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [26.Mai
2017]
- Zimmer, R. (2004). Kindzentrierte psychomotorische Entwicklungsförderung. In
Köckenberger, H. & Hammer, R. (Hrsg.), *Psychomotorik. Ansätze und
Arbeitsfelder* (S. 55-67). Dortmund: Bergmann.
- Zimmer, R. (2008). *Handbuch der Psychomotorik. Theorie und Praxis der psycho-
motorischen Förderung von Kindern*. Freiburg: Herder.

Anhang

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht der Untersuchung von Interventions- und Kontrollgruppe	48
Tabelle 2 Alter der teilnehmenden Kinder zum ersten Messzeitpunkt in Jahren...	56
Tabelle 3 Geschlechtsverteilung der Kinder und Eltern.....	57
Tabelle 4 Angaben der Eltern zum Familienstand	58
Tabelle 5 Anzahl der Kinder in der Familie	58
Tabelle 6 Schulabschluss der Eltern	59
Tabelle 7 Berufstätigkeit der Eltern	60
Tabelle 8 Monatliches Haushaltseinkommen in Euro.....	60
Tabelle 9 Betreuungszeit der Kinder in einer Einrichtung pro Tag in Stunden	61
Tabelle 10 Schwierigkeiten der Kinder	61
Tabelle 11 Gründe der Drop-Out	62
Tabelle 12 Familien-Codier-System: Übersicht über Kategorien (nach Kreppner & Ullrich 1996)	71
Tabelle 13 Verhaltensbeobachtungen I und II: Situationsbezogene Beobachtungsmerkmale	73
Tabelle 14 Übersicht: Aufbau des Interventionskonzeptes in 20 Einheiten	82
Tabelle 15 Halbstrukturierter Stundenablauf der Interventionsstunden	83
Tabelle 16 Inhalte und Förderziele des Praxiskonzeptes Bewegte Familienzeit.....	86
Tabelle 17 Übersicht der berechneten Variablen nach Methoden.....	92
Tabelle 18 Unterschiede in zentraler Tendenz: t1 Interaktionsstil	95
Tabelle 19 Tendenzielle und signifikante Unterschiede in zentraler Tendenz: t2 Interaktionsstil	97

Tabelle 20 Tendenzielle und signifikante Unterschiede in zentraler Tendenz: t3 Interaktionsstil	98
Tabelle 21 Varianzanalyse mit Messwiederholung: IG t1-t3 Interaktionsstil	98
Tabelle 22 Unterschiede in zentraler Tendenz: t1 Näheverhalten	99
Tabelle 23 Unterschiede in zentraler Tendenz: t2 Näheverhalten	100
Tabelle 24 Unterschiede in zentraler Tendenz: t3 Näheverhalten	101
Tabelle 25 Varianzanalyse mit Messwiederholung: IG t1-t3 Näheverhalten.....	101
Tabelle 26 Unterschiede in zentraler Tendenz: t1 Lebenszufriedenheit	102
Tabelle 27 Unterschiede in zentraler Tendenz: t2 Lebenszufriedenheit	103
Tabelle 28 Unterschiede in zentraler Tendenz: t3 Lebenszufriedenheit	104
Tabelle 29 Unterschiede in zentraler Tendenz: t1 Selbstwert.....	104
Tabelle 30 Unterschiede in zentraler Tendenz: t3 Selbstwert.....	105
Tabelle 31 Varianzanalyse mit Messwiederholung: IG t1-t3 Selbstwert Erwachsene	106
Tabelle 32 Unterschiede in zentraler Tendenz: t1 Familienzusammenhalt.....	107
Tabelle 33 Unterschiede in zentraler Tendenz: t3 Familienzusammenhalt.....	108

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Familienformen in Deutschland 2009 (Statistisches Bundesamt 2010, 7)	12
Abbildung 2 Minderjährige Kinder 2010 nach Alter und Familienform (Statistisches Bundesamt 2011, 11)	13
Abbildung 3 Berufliche Bildung von Müttern 2007 (BMFSFJ 2009, 89)	15
Abbildung 4 Inanspruchnahme von Erzieherischen Hilfen in Deutschland 2008 (Statistisches Bundesamt 2010, 32)	16
Abbildung 5 Übersicht zu Beobachtungsverfahren im Kontext familiendiagnostischer Vorgehensweisen (Käppler & Stasch 2008, 395)	64
Abbildung 6 Aufbau zur Verhaltensbeobachtung I: Dracheneiersuche	67
Abbildung 7 Korb mit zwei leuchtenden Kunststoff-Eiern	67
Abbildung 8 Materialien zur Verhaltensbeobachtung II: Führen und Folgen	69
Abbildung 9 Verlauf im Mittel Kind /Erwachsene: IG t1-t3 Interaktionsstil	99
Abbildung 10 Unterschiede in zentraler Tendenz (mit SD): KG/IG t1-t3 Selbstwert	106

Untersuchungsmaterialien

Tabelle A Kodierungsbogen Verhaltensbeobachtung I – Dracheneiersuche

Kategorie	Variabel	Beobachtetes Verhalten
1. Beginner „b“	0 Erwachsener	Übernimmt erste Initiative
	1 Kind	
	2 keiner	Versuchsleitung strukturiert Beginn
2. Interaktionsstil <i>Quantitative Auswertung</i>	integrativ „integ“	Zustimmender Gesichtsausdruck; offene Körperhaltung; aufgreifen und weiterentwickeln von Ideen des anderen, Zustimmung/Weiterentwicklung; Fähigkeiten des Partners einbeziehen; verbale Antwort (im Unterschied zu passivem Zustimmung); Vorschläge werden formuliert: „Sollen wir ...?“ „Wir können doch...“
	kompetitiv „komp“	„Sein Ding machen“, Ich-Bezogen; abgewandte Körperhaltung; Äußerungen des anderen ablehnen/ignorieren: „Du möchtest ..., aber wir machen das so!“; Kein/wenig Blickkontakt bzw. Reaktion, auch nicht auf Ansprache; Über Kasten klettern, ohne auf anderen zu warten
	distanziert „dist“	Langsame Reaktionen; keine Ideen einbringen; keine Reaktionen auf das Handeln des anderen
	anleitend/führend „anlei“	vorgehen, bestimmen, dirigieren; ungleiches Beziehungsgefälle; Handlung beginnen und warten, dass Partner dieses aufgreift bzw. fortsetzt; Antworten hervorlocken, hinführen; „Was können wir mit ... machen?“ „Wie kommen wir da jetzt rüber?“
	submissiv/akzeptierend „subm“	Bestätigend, ohne weitere Ausführungen; Mitläufer; Handlungen ausführen ohne Kommentar; Vorschläge des anderen umsetzen, ohne Kommentar oder Abwandlung; Nachahmung

3. Anspannung „an“ <i>Globaleinschätzung</i>	0 sehr gering	vertraut; wohlfühlen; „sich gehen lassen“
	1 gering	zurückhaltend; zeitweiliger Blick zur Kamera
	2 groß	angespannt; nervös; häufiger Blick zur Kamera
	3 sehr groß	hektisch; unsicher; Abwendung des Kopfes, Sprechen Richtung VL
4. Näheverhalten „nvh“ <i>Globaleinschätzung</i>	0 sehr gering	nicht aktiver Blickkontakt; ignorieren; Rückzug; abweisen;
	1 gering	selten aktiver Blickkontakt; passiv; neutral
	2 groß	gezielter Blickkontakt; Nähe; Berührung; Austausch
	3 sehr groß	dauernd Blickkontakt; Spaß an Beziehung; hohe emotionale Beteiligung
5. Abschluss Phasen „abschl“	0 gemeinsam	beide Personen schließen gemeinsam eine Phase ab
	1 versetzt	eine Person läuft vor und schließt die Phase ohne Partner ab
6. Abschluss Eierfinden	<i>„find“</i>	0 Kind findet Eier allein
		1 Erw findet Eier allein
		2 Erw lenkt Kind
	<i>„soz_k“</i>	0 Kind sozial bezogen auf Erw
		1 Kind sozial bezogen auf VL
	<i>„soz_erw“</i>	0 Erw sozial bezogen auf Kind
		1 Erw sozial bezogen auf VL

Tabelle B Kodierungskategorie „Bemerkungen“ Verhaltensbeobachtung I und II

Bemerkungen	0 Geräusche	Nebengeräusche sind zu hören (z.B. Klingel)
	1 Geschwister	Andere Kinder laufen durch das Bild, beeinflussen
	2 Ton/Bild	Ton oder/und Bild sind schlecht zu erkennen

Tabelle C Kodierungsbogen Verhaltensbeobachtung II – Führen und Folgen

Kategorie	Variabel	Beobachtetes Verhalten
1. Beginner „b“	0 Erwachsener	Übernimmt erste Initiative
	1 Kind	
	2 keiner	Versuchsleitung strukturiert Beginn
2. Interaktions- stil <i>Quantitative Auswertung</i>	integrativ „integ“	Ansprechen, Handlungen sprachlich begleiten; auf Handlungen / Äußerungen des anderen eingehen; Aufpassen, dass nichts passiert Beantwortet Fragen; z. B. „Bin gleich fertig“
	kompetitiv „komp“	Baut Straße ohne Kommentar; weist anderen zurück; Straße muss so und nicht anders gelaufen werden; „Macht sein Ding“; reagiert nicht auf Ansprache/Fragen; auch: „Sei ruhig“ „Bleib sitzen“
	distanziert „dist“	Wenig Mühe geben, schnelles Arbeiten; Partner schnell über die Straße ziehen
	anleitend/ führend „anlei“	Partner über die Straße „führen“; Antworten fordern: sich Straße erklären lassen; Partner zurecht weisen (besonders Phase 1)

	submissiv/ akzeptierend „ <i>subm</i> “	Verhalten des Partners hinnehmen; „Egal“-Haltung; alles unkommentiert lassen; sich aus der Situation zurücknehmen, aber aufmerksam sein
3. Anspannung „ <i>an</i> “ <i>Globaleinschätzung</i>	0 sehr gering	vertraut; wohlfühlen; „sich gehen lassen“
	1 gering	zurückhaltend; zeitweiliger Blick zur Kamera
	2 groß	angespannt; nervös; häufiger Blick zur Kamera
	3 sehr groß	hektisch; unsicher; Abwendung des Kopfes, Sprechen Richtung VL
4. Näheverhalten „ <i>nvh</i> “ <i>Globaleinschätzung</i>	0 sehr gering	nicht aktiver Blickkontakt; ignorieren; Rückzug; abweisen;
	1 gering	selten aktiver Blickkontakt; passiv; neutral
	2 groß	gezielter Blickkontakt; Nähe; Berührung; Austausch
	3 sehr groß	dauernd Blickkontakt; Spaß an Beziehung; hohe emotionale Beteiligung
7. Führen	„ <i>wp</i> “	0 gibt Warteplatz
		1 beginnt direkt
	„ <i>hand</i> “	0 führt 1 Hand
		1 führt 2 Hände
		2 führt keine Hand
	„ <i>ende</i> “	0 beendet durch Signal
		1 beendet unspezifisch
	„ <i>fue</i> “	0 führt
		1 begleitet

8. Folgen	„blind“	0 verweigert Blindheit
		1 lässt Blindheit zu
	„wart“	0 wartet ruhig
		1 wartet unruhig
	„zwblind“	0 unterbricht Blindheit
		1 sorgt für Blindheit
	„gehen“	0 hängt an Hand
		1 geht eigenständig
	„folgen“	0 folgt flüssig
		1 folgt verzögert

Dokumentationsmaterialien



Abbildung 11 Fotodokumentation der Praxisphase „Bewegte Familienzeit“

Liebe Familie Mersmann

am Montag, den 18. Juli treffen wir uns ein letztes Mal zusammen mit den anderen Familien im FluVium. Dann ist schon ein halbes Jahr vergangen und unsere Gruppe verabschiedet sich. Wir möchten dann gerne noch mal eure Lieblingsspiele spielen.

Welches Liebl _____ ich?

Schilckrötenwaschanlage

Bitte gebt uns diesen Zettel ausgefüllt zurück. Wir freuen uns schon darauf.
Das FluVium-Team



Abbildung B Dokumentation der Praxismethode „Lieblingsspiele sammeln“



Abbildung C Dokumentation der Praxismethode „Meine Familie und ich“



Abbildung D Dokumentation der Praxismethode „Ich als Tier“

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel „Bewegte Familienzeit - Empirische Studie zur Förderung der Interaktion und Lebenszufriedenheit von Familien durch ein präventives Bewegungsangebot“ selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe erbracht habe. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Dortmund, den 26.05.2017

Caterina Schäfer