

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheit

Kooperation als Perspektive für Kindergesundheit?

Ergebnisse einer qualitativen Befragung zur Umsetzung des § 4, Hamburger
Kinderbetreuungsgesetz (KibeG)

Diplomarbeit

Mai 2007

Vorgelegt von:

Katharina Silies



Prüfende:

Prof. Christiane Deneke

Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Hamburg

Fakultät Life Sciences

Lohbrügger Kirchstraße 65

21033 Hamburg

Klaus-Peter Stender

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit
und Verbraucherschutz

Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz

Fachabteilung Gesundheitsberichterstattung
und Gesundheitsförderung

Billstraße 80

20539 Hamburg

Inhalt

1	Einleitung	7
2	Hintergrund	9
2.1	Gesundheitsvorsorge in Hamburger Kindertagesstätten	9
2.1.1	Hamburger Kinderbetreuungsgesetz.....	9
2.1.2	Hamburg schützt seine Kinder	10
2.1.3	Gesundheitsuntersuchungen nach dem Hamburgischen Schulgesetz	12
2.1.4	Rechtsverordnung zur Untersuchung in Kindertagesstätten	13
2.1.5	Umsetzung § 4, Abs. 2, KibeG	14
2.2	Kooperation	17
2.2.1	Kooperation in der Gesundheitsförderung.....	17
2.2.2	Kooperation als Forschungsgegenstand	24
2.3	Forschungsinteresse	28
3	Methoden	29
3.1	Auswahl der Erhebungs- und Auswertungsmethode.....	29
3.2	Kooperationsmodell	32
3.3	Auswertungsverfahren.....	38
3.3.1	Bestimmung des Ausgangsmaterials	39
3.3.2	Fragestellung der Analyse.....	40
3.3.3	Ablaufmodell der Analyse.....	40
4	Ergebnisse	43
4.1	Ergebnisse ‚Gesundheitsämter‘	43
4.1.1	Ziele und Motivation	43
4.1.2	Entstehungsprozess	46
4.1.3	Machbarkeit.....	50
4.1.4	Kitas/ Partner.....	55
4.1.5	Kooperation	58
4.1.6	Perspektive.....	61
4.2	Ergebnisse ‚Träger und Verbände von Kitas‘	63
4.2.1	Ziele und Motivation	63
4.2.2	Ablauf	66
4.2.3	Machbarkeit.....	68

4.2.4	Gesundheitsämter/ Partner	73
4.2.5	Kooperation	76
4.2.6	Perspektive.....	78
5	Diskussion.....	81
5.1	Vergleichende Ergebnisdiskussion.....	81
5.2	Zusammenfassung: Perspektive für Kooperation	89
5.3	Methodendiskussion	92
5.3.1	Gütekriterien der qualitativen Datenerhebung	92
5.3.2	Gütekriterien der qualitativen Datenanalyse.....	93
5.4	Fazit und Ausblick	96
6	Literatur	99
7	Anhang	103

Abkürzungen

AGFW	Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der freien Wohlfahrtspflege
BSF	Behörde für Soziales und Familie
BSG	Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
BUG	Behörde für Umwelt und Gesundheit
GA/ GÄ	Gesundheitsamt/ Gesundheitsämter
GF	Gesundheitsförderung
HR Ansatz	Human Relations Ansatz
HAG	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
KibeG	Hamburger Kinderbetreuungsgesetz
Kita	Kindertagesstätte
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
VIE-Theorie	Valenz-Instrumentalitäts-Erwartungstheorie

Abbildungen

Abbildung 1: Kooperationsmodell

S. 32

Hervorhebungen

Zitate wurden durch doppelte „Anführungszeichen“ kenntlich gemacht.

Hervorhebungen der Autorin wurden durch einfache ‚Anführungszeichen‘ kenntlich gemacht.

Gebrauch der männlichen/ weiblichen Schreibweise

Zur besseren Lesbarkeit wurde auf die doppelte Bezeichnung durch weibliche und männliche Form verzichtet und Wert auf geschlechtsneutrale Bezeichnungen gelegt, auch um die Anonymität über das Geschlecht der Befragten zu wahren. Die Verwendung einer geschlechtsspezifischen Form schließt immer auch das andere Geschlecht ein.

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit stellt die Ergebnisse einer qualitativen Befragung in Gesundheitsämtern und bei Trägern und Verbänden von Kinderbetreuungseinrichtungen in Hamburg dar. Thema der Befragung ist die Vorbereitung von Untersuchungen, die die Gesundheitsämter der Hamburger Bezirke bei dreijährigen Kindern in Kitas durchführen sollen und die im Hamburger Kinderbetreuungsgesetz, § 4 (in Kraft seit 1.1.06) geregelt sind.

Die Arbeit ist Teil einer Evaluation der Gesetzesumsetzung und dient im Sinne einer Prozessevaluation der Darstellung bisheriger Erfahrungen der Beteiligten und der Vorbereitung der Ergebnisevaluation, die für 2007/ 2008 geplant ist. Das Forschungsinteresse richtet sich besonders auf das Thema ‚Kooperation zwischen Gesundheitsämtern und Kitas bei der Umsetzung eines neuen Gesetzes‘, genauer um die Frage, was darunter zu verstehen ist und ob es sich hier überhaupt um Kooperation handelt (oder ob durch die gesetzliche Verpflichtung eher von einer „minderfreien Zusammenarbeit“¹ gesprochen werden sollte).

Im Kapitel ‚Hintergrund‘ geht es zunächst darum darzustellen, in welchem Zusammenhang die Untersuchungen dreijähriger Kinder in Hamburger Tagesstätten angesiedelt sind. Der öffentliche Gesundheitsdienst führt bereits zwei weitere Untersuchungen (Untersuchungen der Viereinhalbjährigen und Schuleingangsuntersuchung) bei Kindern durch. Zusammen mit der Betreuung, die direkt nach der Geburt eines Kindes mit Mütterberatungsstellen und Familienhebammen in Gesundheitsämtern angeboten wird, bieten die Gesundheitsämter in Hamburg also in den ersten sechs Lebensjahren eines Kindes regelmäßige gesundheitliche Maßnahmen an.

Im Zusammenhang mit den verschiedenen Fällen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung wurde nicht nur in Hamburg deutlich, dass es für das Wohl der Kinder unbedingt erforderlich ist, dass die verschiedenen Institutionen, die in Kontakt mit einem Kind und seinen Eltern kommen, miteinander kommunizieren und kooperieren. Die Stadt Hamburg hat dieses in einer Senatsdrucksache

¹ So die treffende Formulierung meiner Prüferin Christiane Deneke.

thematisiert und die Zusammenarbeit der Institutionen im Hamburger Kinderbetreuungsgesetz festgeschrieben.²

Für die Gesundheitsförderung allgemein ist Kooperation ebenfalls ein wichtiges Instrument, wie in diesem Kapitel weiter dargestellt wird. Es zeigt sich jedoch auch, dass die Handhabung dieses Begriffs und die Umsetzung von Kooperation nicht immer leicht sind.

Um das für die vorliegende Arbeit zugrunde gelegte Verständnis von Gesundheit darzulegen, wurde Kooperation als Forschungsgegenstand bearbeitet und ein Modell von Kooperation entwickelt, welches im Kapitel ‚Methoden‘ beschrieben ist. Die theoretisch abgeleiteten Aspekte von Kooperation wurden in fünf Themenbereichen zusammengefasst und als Grundlage für die Vorbereitung qualitativer Interviews und deren Auswertung genutzt.

Im Kapitel ‚Ergebnisse‘ zeigen sich die vielfältigen Erfahrungen, die die Befragten bereits im bisherigen Prozess gesammelt haben. Die Gegenüberstellung der Ergebnisse von ‚Gesundheitsämtern‘ und ‚Trägern und Verbänden von Kitas‘ zeigen Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Erfahrungen und Einschätzungen und geben Hinweise für die weitere Zusammenarbeit und Umsetzung. Unter Berücksichtigung der im Kooperationsmodell zusammengefassten Voraussetzungen für Kooperation kann im Kapitel ‚Diskussion‘ dargestellt werden, wo in Bezug auf die Zusammenarbeit noch Handlungsbedarf besteht aber auch, welche Voraussetzungen schon gegeben sind. Trotz kritischer Aspekte im bisherigen Kontakt zwischen den Institutionen wird deutlich: Gesundheitsämter und Kindertagesstätten sehen ihre Kooperation als notwendiges Mittel und gewinnbringenden Zweck für die Kindergesundheit in Hamburg.

Diese Diplomarbeit war nur möglich durch die Unterstützung aller Beteiligten, die mir in Gesprächen mit Offenheit begegneten, Teilnahme an Arbeitskreisen ermöglichten und mir so Einblick in ihre praktische Arbeit und ihre Erfahrungen und Einstellungen gaben. So wurde das Thema für mich lebendig, spannend und immer wieder motivierend. Danke!

² § 4, Abs. 3, KibeG

2 Hintergrund

2.1 Gesundheitsvorsorge in Hamburger Kindertagesstätten

2.1.1 Hamburger Kinderbetreuungsgesetz

Das Hamburger Kinderbetreuungsgesetz regelt die Betreuung von Kindern in den Tageseinrichtungen Hamburgs. Nach der Begründung zum Gesetzestext ist der zentrale Punkt des Gesetzes der Anspruch auf einen Kitaplatz für Kinder, deren Eltern berufstätig sind oder in einer Ausbildung stehen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Anerkennung der Kinderbetreuungseinrichtung als wichtige Säule in der Erziehung und Bildung der Kinder. Hierzu werden die Einrichtungen aufgefordert, Bildungsziele zu formulieren. Die Gesundheit und die Gesundheitsvorsorge finden sich zum einen in den Bildungsinhalten wieder, die den Kindern vermittelt werden sollen („dem Kind ein Grundwissen über seinen Körper zu vermitteln“, § 2, (2), Nr. 5, KibeG), zum anderen in der Regelung der Gesundheitsvorsorge. Diese ist im Hamburger Kinderbetreuungsgesetz vom 27. April 2004 in § 4 (in Kraft seit 01.01.2006) geregelt:

- (1) Bei Aufnahme in die Tageseinrichtung ist der Nachweis über eine altersentsprechend durchgeführte Gesundheitsvorsorge des Kindes durch Vorlage des Untersuchungsheftes für Kinder nach § 26 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S.2477, 2482), zuletzt geändert am 27. Dezember 2003 (BGBl. I S.3022, 3054), oder einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung zu erbringen. Die Erziehungsberechtigten haben dem Träger ferner nachzuweisen, dass das Kind seinem Alter und Gesundheitszustand entsprechend alle öffentlich empfohlenen Schutzimpfungen erhalten hat, oder zu erklären, dass sie ihre Zustimmung zu bestimmten Schutzimpfungen nicht erteilen.
- (2) Die zuständige Behörde führt in den Einrichtungen für alle Kinder zahnärztliche Reihenuntersuchungen und eine einmalige ärztliche Untersuchung auf Seh- und Hörstörungen sowie motorische und Sprachauffälligkeiten in der Regel im vierten Lebensjahr durch, soweit diese Gesundheitsvorsorge nicht im Einzelfall durch Maßnahmen nach

Absatz 1 entbehrlich ist. Das Nähere regelt der Senat durch Rechtsverordnung.

- (3) Die bezirklichen Jugendämter und die Träger der Kindertageseinrichtungen beraten und unterstützen die Erziehungsberechtigten der in Kindertageseinrichtungen aufgenommenen Kinder in Fragen der Gesundheitsvorsorge; sie arbeiten mit den für die Durchführung ärztlicher und zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen zuständigen Stellen zusammen.

Hierbei kommt der Kindertagesstätte also die Aufgabe zu, die altersgemäße Gesundheitsvorsorge der Kinder anhand des Impfausweises und des Untersuchungsheftes zu kontrollieren. Außerdem sollen in den Kindertagesstätten Untersuchungen des Entwicklungsstandes der Kinder gemacht werden. Die gesundheitliche Vorsorge unterstützt so den Bildungsauftrag, indem eine altersgemäße Entwicklung kontrolliert wird. Außerdem werden die Zusammenarbeit der Beteiligten und die Beratung der Erziehungsberechtigten zur gesundheitlichen Vorsorge festgeschrieben.

2.1.2 Hamburg schützt seine Kinder

Im März 2005 starb in Hamburg ein Kind unter dramatischen Umständen der Vernachlässigung und Misshandlung („Fall Jessica“). Dies veranlasste die Stadt, zu untersuchen, an welchen Stellen des sozialen Hilfesystems Schwachstellen sind, durch die solche Fälle unentdeckt bleiben und welche Maßnahmen getroffen werden können, um diese Lücken zu schließen.

In der Senatsdrucksache „Hamburg schützt seine Kinder“ (Neufassung vom 26.09.2005 der Senatsdrucksache Nr. 2005/ 1149 vom 23.09.2005) findet dies Ausdruck in einer Verortung der Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten der zuständigen Behörden und in der Beschreibung von Maßnahmen die zum Schutz der Kinder in Hamburg beitragen sollen. Der Senat formuliert das Ziel „alles Mögliche zu tun, um Gefährdungen und Verletzungen des Kindeswohls zu erkennen und die notwendigen Hilfen so früh und effizient wie möglich zur Verfügung zu stellen“. (Senatsdrucksache, S. 1)

Im Schwerpunkt geht es darum, die Zusammenarbeit zwischen Behörden, Institutionen und Einrichtungen, den Umgang und Fluss von Informationen, die Organisation und die Erreichbarkeit der Ämter zu verbessern.

Dabei ist die Gesundheitsvorsorge als ein Baustein zu sehen, den Schutz des Kindeswohls stärker als eine Querschnittsaufgabe zu verankern. Weitere Bausteine sind unter anderem:

Schulpflicht

Der Hamburger Senat hat im Hamburgischen Schulgesetz (HmbSG) den Schulzwang eingeführt (§ 41 a HmbSG).³ Dieser erlaubt es, nach schulpflichtigen Kindern zu suchen (auch Eintritt in die gemeldete Wohnung), wenn das Kind nicht zur Schule angemeldet wird, nicht in der Schule erscheint, oder nicht bei der Viereinhalbjährigenuntersuchung vorgestellt wurde. (Senatsdrucksache, S. 2)

Zentrales Schülerregister

Dieses Register soll zum Schuljahr 2006/ 2007 eingeführt werden. Alle schulpflichtigen Kinder und alle Schüler werden erfasst. Einsicht in das Register sollen auch andere Behörden (z.B. Gesundheitsämter) erhalten.

(Senatsdrucksache, S. 3)

Elternakte im Jugendamt

Hier geht es um Informationen über Risikofamilien. Bestimmte Vorfälle, wie Todesfälle und Misshandlungen von Kindern und Erkrankungen wie Drogensucht der Eltern, die zu einer Aufnahme in das behördliche Informationssystem („PROJUGA“) führen, sollen länger archiviert werden. Die Informationen aus allen Jugendämtern der Bezirke fließen in eine gemeinsame „Elternakte“ ein, die für die Mitarbeiter der Jugendämter zugänglich ist (Senatsdrucksache, S. 4f).

Weitere Maßnahmen im Bereich der Jugendämter dienen der Erreichbarkeit (telefonische Hotline), Organisationsverbesserung und erhöhter Verbindlichkeit beim Umgang mit Vernachlässigung (Senatsdrucksache, S. 5).

Kindertagesstätten werden in der Drucksache als weitere Möglichkeit genannt, bestehenden Kontakt zu Kindern und Eltern frühzeitig zu nutzen und auszubauen.

³ Vgl. Kap. 2.1.3

Es geht also insgesamt darum, sowohl die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Institutionen und den Informationsfluss zwischen ihnen zu verbessern, wie auch die Möglichkeiten zu erhöhen, Kinder, besonders aus Risikofamilien, zu sehen und ihr Wohlergehen zu beurteilen.

2.1.3 Gesundheitsuntersuchungen nach dem Hamburgischen Schulgesetz

Das Hamburgische Schulgesetz (HmbSG) sieht vor der Einschulung zwei Untersuchungen vor, die beide verpflichtend sind. Ziel der schulärztlichen und schulzahnärztlichen Untersuchungen insgesamt ist, „gesundheitlichen Gefährdungen vorzubeugen, bereits vorliegende Erkrankungen und Behinderungen zu erkennen, sowie bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen Hilfestellung zu geben“ (§ 34, (3), HmbSG).

Die Untersuchungen sind in § 42 (1) und (2), verbunden mit § 34 (4) und (5) geregelt. Danach beginnt die schulärztliche Betreuung mit der ersten schulärztlichen Untersuchung zu Beginn des Jahres vor der Einschulung des Kindes (Viereinhalbjährigen-Untersuchung). Dabei wird untersucht, ob die Kinder in ihrer Entwicklung für die Teilnahme am Schulunterricht bereit sind, oder ob Fördermaßnahmen notwendig sind. Die zweite Untersuchung ist die Schuleingangsuntersuchung, die zeitlich im Zusammenhang mit der Anmeldung in der Schule stattfindet. Hierbei wird der Vorsorgestatus des Kindes und der Impfstatus geprüft. Bei Nachweis eines altersgerechten Versorgungsstatus kann von der Untersuchung abgesehen werden.

Der Schulzwang nach § 41 a HmbSG gilt für beide Untersuchungen:

„Kinder, die trotz schriftlicher Aufforderung einer Vorstellung nach § 42 Absatz 1 oder der Anmeldung nach § 42 Absatz 2 fernbleiben, oder Kinder und Jugendliche, die einer Vorstellung nach § 42 Absatz 6 (Übergang schulpflichtiger Kinder oder Jugendlicher in eine andere Schule, Anm. der Autorin) fernbleiben oder der Schulpflicht nach §§ 37 bis 39 nicht nachkommen, können der Schule oder der mit der Untersuchung beauftragten Stelle zwangsweise zugeführt werden. § 23 Absätze 2 und 3 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes vom 13. März 1961 (HmbGVBl. S. 79, 136) zuletzt geändert am 9. September 2003 (HmbGVBl. S. 467), in der jeweils geltenden Fassung findet Anwendung.“

Mit dem § 4 zur Gesundheitsvorsorge, Hamburger Kinderbetreuungsgesetz (s.o.) besteht nun die Möglichkeit, die kindliche Entwicklung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst zu einem noch früheren Zeitpunkt in Kindertagesstätten zu untersuchen.

2.1.4 Rechtsverordnung zur Untersuchung in Kindertagesstätten

Am 10.11. 2006 wurde zum § 4, Hamburger Kinderbetreuungsgesetz, eine Rechtsverordnung erlassen, die die Rahmenbedingungen der ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen von Kindern in Tageseinrichtungen regelt (Verordnung über die ärztliche und zahnärztliche Untersuchung von Kindern in Tageseinrichtungen vom 31. Oktober 2006, HmbGVBl. Nr. 45, S.527):

- § 1 Zeitpunkt und Ziel der ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchung
- § 2 Organisation der Untersuchungen
- § 3 Umfang und Durchführung der ärztlichen und zahnärztlichen Untersuchungen
- § 4 Übermittlung von Untersuchungsergebnissen
- § 5 Dokumentation

Die Zielsetzung der ärztlichen Untersuchungen lautet demnach, die Entwicklung des Kindes zu prüfen und den Eltern bei Auffälligkeiten Maßnahmen zu empfehlen. Die Untersuchungen umfassen eine Prüfung des Seh- und Hörvermögens und der Sprache und Motorik. Auf Wunsch der Eltern können die Untersuchungen ausgeweitet werden (zum Beispiel kann eine körperliche Untersuchung gemacht werden). Außerdem werden das Untersuchungsheft und der Impfausweis kontrolliert.

Zur Durchführung der Untersuchungen sind insbesondere die Aufgaben der Kindertagesstätten wie Organisation, Bereitstellung geeigneter Räumlichkeiten und Beaufsichtigung der Kinder geregelt.

Untersuchungsergebnisse dürfen an die Kindertagesstätten nur weitergegeben werden, wenn dies für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes erforderlich ist und die Eltern zustimmen. Sie dürfen aber in anonymisierter Form zur

Qualitätssicherung, Evaluation und für die Gesundheitsberichterstattung verwendet werden.

2.1.5 Umsetzung § 4, Abs. 2, KibeG⁴

Gegenstand der vorliegenden Arbeit sind die ärztlichen Untersuchungen dreijähriger Kinder in Kindertagesstätten nach § 4 des Hamburger Kinderbetreuungsgesetzes⁵:

„Die zuständige Behörde führt in den Einrichtungen für alle Kinder zahnärztliche Reihenuntersuchungen und eine einmalige ärztliche Untersuchung auf Seh- und Hörstörungen sowie motorische und Sprachauffälligkeiten in der Regel im vierten Lebensjahr durch, soweit diese Gesundheitsvorsorge nicht im Einzelfall durch Maßnahmen nach Absatz 1 entbehrlich ist. Das Nähere regelt der Senat durch Rechtsverordnung.“ (§ 4, (2), KibeG)

Wie wurde jetzt konkret die Umsetzung dieses Paragrafen vorbereitet? Die „zuständige Behörde“ laut Gesetzestext ist die damalige Behörde für Soziales und Familie (BSF), die heute zusammen mit dem Amt für Gesundheits- und Verbraucherschutz der damaligen Behörde für Wissenschaft und Gesundheit die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) bildet.⁶ Die Gesundheitsämter der Bezirke wurden von der BSG mit den Untersuchungen beauftragt, nachdem sie Ende 2005 ein Konzept für die Durchführung eingereicht hatten. Dieses Konzept wurde auf der Grundlage des oben zitierten Gesetzestextes und der Begründung zum Gesetz erstellt. Dabei ging man von einer verpflichtenden Untersuchung für die dreijährigen Kinder in der Kita aus, die keine altersentsprechende Vorsorge (U7 beim Kinderarzt) hatten oder aber vom betreuenden Personal in der Kita für eine Untersuchung empfohlen wurden. Daraus ergaben sich, ausgehend von den Daten zur Inanspruchnahme der U7 und der Kitaquote der Dreijährigen in Hamburg, etwa 3000 zu untersuchende Kinder jährlich. Mit der geplanten Untersuchungsdauer von etwa fünfzig Minuten

⁴ Die Informationen dieses Kapitels stammen aus der Teilnahme der Autorin am Arbeitskreis ‚Evaluation‘ der bezirklichen Gesundheitsämter unter Leitung des federführenden Amtes Altona, einem Gespräch in der BSG, Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Teilnahme an der Mitarbeitereinführung in die Durchführungsleitlinien der Untersuchungen und Einsicht in die für die Untersuchungen vorbereiteten Dokumentationsmaterialien.

⁵ ‚Untersuchungen‘ hier und im Folgenden bezeichnet immer die ärztlichen Untersuchungen laut § 4, (2), KibeG, die zahnärztlichen Untersuchungen wurden in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt.

⁶ Hamburg Handbuch 2006/2007, S. 18.

war dies die Grundlage für eine Personal- und Sachkostenberechnung als Teil des eingereichten Konzepts.

Nach der Erteilung des Auftrags an die Gesundheitsämter durch die BSG entwickelte eine weitere Arbeitsgruppe unter Leitung des federführenden Amtes Altona im Laufe des Jahres 2006 Durchführungsleitlinien für Untersuchungsinhalte, Untersuchungsablauf, und Dokumentation der Untersuchungsergebnisse, ebenfalls auf der Grundlage des Gesetzestextes mit Begründung. Das Ergebnis dieser Arbeitsgruppe wurde den mit der Durchführung beauftragten Ärztinnen und Assistentinnen in einer Mitarbeiterführung am 13.12.06 vorgestellt. Parallel zur Entwicklung der Durchführungsleitlinien wurde die im Gesetzestext beschriebene Rechtsverordnung⁷ entwickelt und am 10.11.06 vom Senat verabschiedet. Wichtigste Änderungen der Rechtsverordnung gegenüber der bisherigen Interpretation des Gesetzestextes waren die Freiwilligkeit der Untersuchungen, das Angebot der Untersuchung allen Eltern und Kindern zu machen und die Möglichkeit, den Untersuchungskatalog um eine körperliche Untersuchung zu erweitern. Daraus ergab sich zusätzlicher Regelungsbedarf in den Durchführungsleitlinien, zum Beispiel in der Vorbereitung von Dokumenten und Verfahren zur Einverständniserklärung der Eltern. Außerdem erhöhte sich dadurch die Zahl der möglicherweise (abhängig von der Inanspruchnahme der Untersuchungen) zu untersuchenden Kinder von 3000 auf 12000 (Anzahl dreijähriger Kinder in Kindertagesstätten insgesamt). Die auf der Grundlage von 3000 zu untersuchenden Kindern berechneten Sach- und Personalkosten wurden nach den Veränderungen durch die Rechtsverordnung jedoch nicht erhöht.

Nach diesem Vorbereitungsprozess begannen die ärztlichen Untersuchungen in den Kindertagesstätten im Januar 2007. Begleitend zum Umsetzungsprozess der Untersuchungen wird eine Evaluation durchgeführt, die qualitative und quantitative Teile enthält. In einem studentischen Fachprojekt und in der vorliegenden Diplomarbeit wurden im Sinne einer Prozessevaluation qualitative Interviews geführt, mit dem Schwerpunkt bisherige Entwicklung (Gesetzgebung, Vorbereitung der Untersuchungen, beginnende Umsetzung, Kooperation). Dieser

⁷ Vgl. Kap. 2.1.4

Teil dient auch der Vorbereitung der (geplanten) Ergebnisevaluation:
Untersuchungsteams der Gesundheitsämter werden in Kindertagesstätten begleitet und die eingesetzten Personal- und Zeitressourcen sowie die durchgeführten Untersuchungen (Anzahl, Art, Ergebnis, erreichte Kinder/ Zielgruppe) quantitativ erhoben.

Im qualitativen Teil wurden vier Gruppen von Beteiligten mittels Leitfadeninterviews befragt, um die verschiedenen Ebenen und Bereiche zu erfassen:

Fachprojektgruppe:

Leitungen von Kindertagesstätten

Ärzte und Ärztinnen der Gesundheitsämter, zum Teil mit Assistenzen

Autorin:

Vertreter und Vertreterinnen von Trägern oder Verbänden der Kindertagesstätten (Ebene Fachbereichsleitung)

Leiter und Leiterinnen der Gesundheitsämter oder ihre Stellvertreter/-innen

Die weitere Darstellung der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf die Befragungen der Autorin.

2.2 Kooperation

Bei der Entwicklung des Forschungsinteresses war von Beginn an der Begriff der Kooperation leitend. Dabei stellten sich zwei Fragen: Warum erscheint Kooperation für Gesundheit und Gesundheitsförderung als notwendig? Und: was ist eigentlich Kooperation?

2.2.1 Kooperation in der Gesundheitsförderung

Entwicklung des Gesundheitsbegriffs und der Gesundheitsförderung als interdisziplinäre Aufgabe

Um die erste Frage zu beantworten, wird das Verständnis von Gesundheit in seiner Entwicklung betrachtet. Lange Zeit wurde die Gesundheit mit der Abwesenheit von Krankheit gleichgesetzt. Die ‚Herstellung‘ von Gesundheit war demnach die Domäne der Humanbiologie und der Medizin, die den Körper und seine Funktionen beziehungsweise Fehlfunktionen in den Mittelpunkt stellten (Pathogenese).

Bereits 1948 stellte die WHO in ihrer Verfassung einen Gesundheitsbegriff vor, der die Abwesenheit von Krankheit und die körperliche Dimension nicht mehr als alleiniges Merkmal von Gesundheit akzeptierte.

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

(...)

The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States.” (WHO, 1948)

Prägend für die Entwicklung dieses Gesundheitsverständnisses waren die schrecklichen Erlebnisse zweier Weltkriege, die zur Gründung der Vereinten Nationen und der Deklaration der Menschenrechte führten. In Artikel 25 ist das Recht auf Gesundheit beschrieben:

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung,

ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitmung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“ (Deklaration der Menschenrechte, Art. 25, Abs. 1, 1948)

Gesundheit wurde neben anderen als Gut betrachtet, welches eine Voraussetzung für das friedliche Zusammenleben der Menschen und der Völker darstellt. Gleichzeitig ist die Voraussetzung für Gesundheit, dass Menschen in Sicherheit und Frieden leben und ihre materiellen Grundbedürfnisse erfüllt sind. Im Rahmenkonzept Gesundheit für alle (WHO, 2005) wird noch einmal auf das Recht auf Gesundheit eingegangen. Es bedeutet nicht, dass der Einzelne ein Recht darauf hat, gesund zu sein, sondern, dass die Rahmenbedingungen („ein Bündel gesellschaftlicher Vereinbarungen, Normen und Gesetze“) geschaffen werden, in denen er die Möglichkeit hat, sein gesundheitliches Potential voll auszuschöpfen. (WHO, 2005, S.39)

Die Determinanten von Gesundheit wurden also nicht mehr allein auf der körperlichen Ebene gesehen, sondern auch im Umfeld des Menschen.

Mit der Entwicklung seines Modells der Salutogenese leitete Aaron Antonowsky einen Paradigmenwechsel in der Betrachtung von Gesundheit ein. Er stellte nicht mehr die Frage: was macht uns krank? sondern: was erhält uns gesund?

Gesundheit ist demnach das Ergebnis eines Gleichgewichts zwischen Anforderungen oder belastenden Faktoren und schützenden Ressourcen. Gesundheit ist außerdem nicht als absoluter Zustand zu betrachten, sondern ein Mensch bewegt sich auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit.

Weitere Modelle von Gesundheit differenzieren die äußeren Bezüge eines Menschen genauer. Hancock stellt in seinem „Mandala-Modell der Gesundheit“ (nach Waller, 2002, S.32) den Menschen im Zentrum seiner Umwelt dar, die durch vier Hauptkomponenten charakterisiert wird:

- Persönliches Verhalten
- Psycho-sozio-ökonomische Umwelt
- Physikalische Umwelt

- Humanbiologie

Ausgehend von diesen Komponenten können Handlungsfelder für Gesundheitsförderung wie der Lebensstil, die Umwelt oder die Arbeit abgeleitet werden. Dabei stehen die Komponenten in einem wechselseitigen und dynamischen Verhältnis innerhalb der Gemeinde und Kultur des Menschen.

Als interdisziplinäre Definition von Gesundheit schlagen Hurrelmann und Franzkowiak vor:

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen), als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (Hurrelmann, Franzkowiak in: BzgA, 2003, S.54)

Der Begriff der Gesundheit hat sich also zu einem komplexen Modell entwickelt, welches die Wechselwirkungen zwischen dem Menschen mit seinen inneren Attributen und seiner äußeren Umgebung als ausschlaggebend für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit beschreibt. Diese verschiedenen Determinanten sind nicht mehr durch die einzelne Disziplin der Humanmedizin erklärbar und beeinflussbar, sondern sie erfordern ein ganzheitliches Verständnis und ein Zusammenwirken verschiedenster Bereiche sowie die Kooperation der ihnen zugeordneten Institutionen und Berufsgruppen.

Mit der Ottawa Charta wurde dieses Verständnis von Gesundheit bekräftigt und auch die Förderung der Gesundheit in diesem Sinne beschrieben:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont, wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer

Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassenden Wohlbefinden.“ (WHO 1986)

Die Ottawa Charta beschreibt drei Strategien und fünf Handlungsfelder für die Praxis der Gesundheitsförderung. Besonders die Strategie ‚Vermitteln und Vernetzen‘ verdeutlicht die Bedeutung von Kooperation für die Gesundheitsförderung:

„Der Gesundheitssektor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen, als einzelne, als Familien und als Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft.“ (WHO, 1986)

Mit dem Handlungsfeld ‚Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen‘ rückt die Ottawa Charta das engere Lebensumfeld als Ausdruck der äußeren Anforderungen und Ressourcen eines Menschen in den Mittelpunkt. Dort wo Menschen in Gemeinschaft leben und arbeiten, entsteht Gesundheit und kann Gesundheit gefördert werden. Nachbarschaften, Stadtteile und Gemeinden sind Räume in denen die Probleme und Bedürfnisse der Menschen gezielt angegangen werden können. Durch die Stärkung von Mitbestimmung und Teilhabe und die Unterstützung von Initiativen können sie die Verantwortung für ihre Gesundheit gemeinsam wahrnehmen. Besonderen Ausdruck findet diese Haltung im Setting-Ansatz. Ein Setting kann jeder Lebensbereich sein, in dem Menschen einen großen Teil ihrer Zeit verbringen, zum Beispiel die Schule oder der Arbeitsplatz. Gesundheit in diesem Lebensbereich zu fördern beinhaltet auch, die verschiedenen Gruppierungen, die für diesen Bereich relevant sind, zu berücksichtigen und in ein gemeinsames Konzept oder Vorgehen einzubinden. Der Setting-Ansatz ist ein Modell für Vernetzung und Kooperation in der

Gesundheitsförderung, bei dem die Beteiligung (Partizipation) der Betroffenen eine zentrale Rolle spielt. (Schwartz et al. 2000, S.147)

Aber auch für die gesundheitliche Versorgung ist Kooperation unverzichtbar. Aufgrund der fortschreitenden medizinischen Entwicklung und Spezialisierung stimmen die individuellen Bedürfnisse eines Menschen nicht mehr mit dem Leistungskatalog einer einzelnen Institution oder Organisation überein. Zur adäquaten Versorgung ist eine Abstimmung und Vernetzung der Strukturen und Aufgabengebiete notwendig, um Versorgungslücken zu vermeiden („Kooperationsimperativ“, Schwartz et al. 2000, S. 569).

Kooperationsformen in der Gesundheitsförderung

Trojan benennt die Entwicklung von horizontalen und vertikalen Kooperationsstrukturen als notwendige Konsequenz aus der Strategie ‚Vermitteln und Vernetzen‘. (Trojan in: BzgA 2003, S.240). Unter horizontaler Kooperation versteht er die Verknüpfung unterschiedlicher (politischer) Sektoren und Lebensbereiche, zum Beispiel in Stadtteilkonferenzen oder Aktionsbündnissen. Mit vertikaler Kooperation sind die verschiedenen politischen Ebenen (International, national, bis hin zur lokalen Ebene) gemeint.

Er sieht an vielen Stellen Konflikte und Konkurrenz zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitsbereich, wo kooperative Strukturen das Potential für Gesundheitsförderung erhöhen könnten. Wichtig sind hier so genannte Brückeninstanzen und intermediäre Kooperationsstrukturen, z.B. Netzwerke und Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit oder Gesundheitskonferenzen.

Ein Beispiel für ein solches Netzwerk ist das deutsche Gesunde Städte-Netzwerk, ein freiwilliger Zusammenschluss aus Städten, Gemeinden und Kreisen in Deutschland. Die Mitglieder im Netzwerk setzen sich für die Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta ein. Kooperation ist für Gesunde Städte in ihren Kommunen zum Beispiel in Form von Gesundheitskonferenzen und Aktionsbündnissen für Gesundheit Ziel, aber auch der Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Mitgliedern aus ganz Deutschland sollen im Netzwerk Gelegenheit finden. Ein wesentlicher Gedanke des Gesunde Städte-Netzwerks ist die Bürgerbeteiligung, die durch die paritätische Besetzung der Gremien durch kommunale Vertreter und Vertreter

von Selbsthilfe/ Initiativen verankert ist. In jährlichen Mitgliederversammlungen und Symposien ist Gelegenheit zum Austausch zwischen den Mitgliedern – dabei ist auch ein hierarchie- und bereichsübergreifendes Gespräch zwischen Kreisdirektor und Mitglied einer Schlaganfallselbsthilfegruppe möglich.

In der Praxis zeigen sich aber auch die Grenzen solcher Kooperationsformen. Die Kehrseite der Freiwilligkeit ist zuweilen eine mangelnde Verbindlichkeit, gerade was die Umsetzung der Ziele in den Kommunen angeht. Auch die Kommunikation zwischen Menschen aus den oben genannten unterschiedlichen Bezügen ist nicht ohne Schwierigkeiten. Das Netzwerk ist seit seiner Gründung auf heute über sechzig Mitgliedskommunen gewachsen mit etwa 18 Mio. Einwohnern. Ein gemeinsames programmatisches Arbeiten kann über die Vollversammlungen nur schwer realisiert werden und erfordert zunehmend Organisation und Vorbereitung in Gremien. Dies zeigt sich auch in der Bildung kleinerer regionaler Netzwerke und Arbeitsgruppen. Gleichzeitig wird die Zusammenarbeit des Netzwerks mit bundesweiten Institutionen wie der BZgA vorbereitet.⁸

Die Kritik Kaba-Schönsteins an der Entwicklung der Gesundheitsförderung ab Mitte der 1980er Jahre spricht die mangelnde Verbindlichkeit auch aufgrund fehlender Finanzierung im Rahmen von Setting-Projekten und Netzwerken an: „Es besteht weiterhin ein starkes Missverhältnis zwischen (unverbindlichen) Diskussionsrunden und –foren, deren Stellungnahmen und Entschlüsse etc., in denen der Ausbau der Gesundheitsförderung (und Prävention) befürwortet wird, und der tatsächlich vorhandenen Infrastruktur und Finanzierung. (...) Die vorhandenen Netzwerke und Arbeitsgemeinschaften haben keinen politischen Auftrag und verfügen nicht über die nötigen Ressourcen.“ (Kaba-Schönstein in: BZgA, 2003, S. 103f. Ergänzungen in Klammern im Original)

Erwartungen und Erfahrungen

Was versprechen sich Akteure und Institutionen von Kooperation? Koordination, Vernetzung, Kooperation und Kommunikation werden häufig in einem Atemzug

⁸ Die Informationen und Einschätzungen zum Gesunde Städte-Netzwerk stammen aus den Erfahrungen im Praxissemester der Autorin im Gesunde Städte-Sekretariat, Münster, sowie aus der Teilnahme an Symposien und Arbeitsgruppen des Netzwerks. Weitere Informationen im Internet unter www.gesunde-staedte-netzwerk.de.

genannt und sollen hohe Erwartungen erfüllen. Flexibilität, Unabhängigkeit, Interdisziplinarität, Abbau von Hierarchien, Synergieeffekte, Qualitätsverbesserung – die Liste ist lang (Trojan in: BZgA, 2003, S. 241). Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die Beispiele gelungener Kooperation nicht so dicht gesät sind, wie ihre Vorteile vermuten lassen würden. Die Voraussetzungen für gelingende Kooperation als Ergebnis seiner Praxiserfahrung beschreibt z.B. Stender (Stender in: Alisch, 2001, S.120f):

1. Teilnehmerinnen und Teilnehmer wollen etwas bewirken.
2. Arbeitsgegenstand und Arbeitsziele müssen für den eigenen Arbeitsbereich und/ oder für eigene Grundhaltungen als sinnvoll bewertet werden.
3. Sympathie für andere Gruppenmitglieder und Freude an der gemeinsamen Arbeit.
4. Fairness, wenn es gilt, die gemeinsamen Erträge darzustellen und zu verantworten.
5. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können tatsächlich etwas bewirken.
6. Die Mitwirkung an der Arbeitsgruppe wird seitens der vorgesetzten Leitungspersonen mindestens begrüßt und erkennbar unterstützt.

Neben diesen Voraussetzungen beschreibt er auch den „Kooperationsakrobaten“, eine Person, die Erfahrungen mit Kooperation hat, Kooperation umsetzen will und dazu auch in der Lage ist. Solche Menschen sind aus seiner Erfahrung wichtig für eine gelingende Kooperation und sollten gezielt für Kooperationssituationen und Vernetzungsarbeit eingesetzt werden. Außerdem nennt er noch einige eher ‚technische‘ Bedingungen, die sich auf Strukturen, Ressourcen und Organisation des Arbeitsprozesses beziehen.

An dieser Aufstellung ist bereits erkennbar, dass man es bei der Kooperation nicht nur mit Bedingungen zu tun hat, die man ‚zur Verfügung‘ stellen oder ‚anordnen‘ kann, sondern es kommen einige ‚weiche Faktoren‘ hinzu, die allenfalls gefördert werden können. Dies spiegelt sich auch in Praxisleitfäden zur Kooperation wider, die sich zu einem wesentlichen Teil mit kommunikationspsychologischen Aspekten der Kooperation befassen, wie der

Kommunikationskultur, internen Gruppenbeziehungen und Konflikten (z.B. Böhm et al, 1999). Wie stellt sich nun die Kooperation mit ihren Bedingungsfaktoren und Schwierigkeiten in der Forschung dar?

2.2.2 Kooperation als Forschungsgegenstand

„Mit einer Hand lässt sich kein Knoten knüpfen.“

Aus der Mongolei.

„Kooperation ist eine mit vielen positiven Erwartungen überladene Problemlösungsstrategie, auf die in Politik, Wirtschaft und in der psychosozialen Arbeit gerne zurückgegriffen wird, wenn komplexe Aufgaben bearbeitet werden müssen.“

V. Santen et al., 2003, S.9

Forschung über Kooperation findet sich in sehr verschiedenen Bereichen. Sie befasst sich zum Beispiel mit der Frage, in welchen Situationen Menschen kooperieren, oder ob kooperatives Verhalten eine angeborene oder eine erlernte Eigenschaft ist. Verschiedene Definitionen von Kooperation zeigen unterschiedliche Schwerpunkte aber auch Gemeinsamkeiten.

“Cooperation: acting together, in a coordinated way at work, leisure or in social relationships, in the pursuit of shared goals, the enjoyment of the joint activity, or simply furthering the relationship.” (Argyle, 1991, S. 4)

Zentraler Punkt von Kooperation ist ein abgestimmtes Zusammenarbeiten mehrerer Beteiligter. Grundsätzlich kann dies in verschiedenen Bezügen stattfinden und verschiedene Ziele haben. Die Entstehung und das Vorkommen kooperativer Verhaltensweisen werden nicht nur beim Menschen, sondern auch bei Tieren beobachtet. Körpermerkmale wie die Geschlechtsorgane oder die Anlagen für Mimik und Sprachlaute werden als Beweis für die Bedeutung der Kooperation in der Evolution verstanden und als Beleg für angeborene Kooperation (Argyle, 1991, S.3). Aufbauend auf diesem Fundament ist die Kommunikation eine wesentliche Voraussetzung für Kooperation.

Unterschiedliche Kooperationsformen, z.B. gemeinsames Spielen, gegenseitige Hilfe bei der Versorgung der Nachkommen, gemeinsame Nahrungsbeschaffung, werden erlernt und entwickeln sich. Der evolutionäre Vorteil von Kooperation ist,

dass der Nutzen für das Individuum in einer kooperativen Gruppe durch Arbeitsteilung und Spezialisierung ein höherer ist, als es alleine erzielen kann.

In der Untersuchung von (menschlicher) Kooperation in Arbeitszusammenhängen kann ebenfalls ein weiter Bogen gespannt werden, vom gemeinschaftlichen Jagen in der frühen Menschheitsgeschichte bis zum Taylorismus als Zergliederung einer Aufgabe in kleinste Abläufe, die in der Fließbandfertigung (Fordismus) arbeitsteilig umgesetzt wird. Zentral ist hier ebenfalls, dass durch mehrere eine Aufgabe bewältigt werden soll, die für den Einzelnen nicht zu schaffen ist.

Kooperative Handlungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie *„den gemeinsamen Nutzen der an der Zusammenarbeit beteiligten Personen erhöhen und eine Maximierung der Summe materieller und/ oder immaterieller Belohnungsgrößen der im Kooperationsforum vorhandenen Personen intendieren.“* (Müller und Nachreiner, 1981, nach: V. Santen et al. 2003, S. 27f)

Jedoch haben Studien zur Arbeitsleistung und zur Arbeitszufriedenheit gezeigt, dass die Leistung des Einzelnen sinkt, wenn die Aufgabe insgesamt so groß ist, dass er seinen Arbeitsanteil nicht mehr mit ihr in Verbindung setzen kann. Im Human Relations Ansatz wurde die Bedeutung sozialer Beziehungen der Arbeitenden untereinander und das Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe mit gemeinsamem Arbeitsziel für die Arbeitszufriedenheit und das Arbeitsergebnis erkannt.

Bei Untersuchungen, wie durch die Verbesserung der Arbeitsbedingungen die Leistung gesteigert werden kann, beobachteten Arbeitswissenschaftler, dass während des Experiments die Arbeitsleistungen in beiden Gruppen (Fall- und Kontrollgruppe) anstiegen. Diese später als ‚Hawthorne-Effekt‘ beobachtete Wirkung wurde auf die veränderte Wahrnehmung der Arbeit zurückgeführt: das Interesse der Forscher und der Vorgesetzten, die Einteilung in Gruppen und das damit verbundene Zugehörigkeitsgefühl zu einer Gruppe der Arbeitenden steigern die Arbeitsmotivation und die Arbeitsleistung. (Staehele, 1999)

Eine andere Untersuchung (Trist et al., 1963) beschäftigte sich mit Arbeitsabläufen im englischen Kohleabbau. Dabei wurde die Zuordnung von drei Schritten des Abbauprozesses zu drei Tagesschichten aufgehoben zugunsten

der Bildung von teilautonomen Gruppen. Diese führten alle drei Abbauschritte in ihrer Schicht durch und organisierten diese eigenverantwortlich. Die neue Arbeitsorganisation steigerte die Produktivität von 78% auf 95% (einer theoretischen Idealproduktion von 100%, Staehle, 1999, S.289). Dabei konnten die Ergebnisse auf eine verminderte Fehlerrate (dadurch geringere Nacharbeitungszeit durch die nachfolgende Schicht), eine höhere Arbeitszufriedenheit durch soziale Bestätigung in der Gruppe und durch Partizipation an Entscheidungen zurückgeführt werden.

Die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, ein gemeinsames Ziel und die gemeinsame Gestaltung der Umsetzung hat also für die Arbeitsmotivation eine erhebliche Bedeutung.

„Unter Kooperation soll hier eine problembezogene, zeitlich und sachlich abgegrenzte Form der gleichberechtigten arbeitsteilig organisierten Zusammenarbeit zu festgelegten Bedingungen an einem von allen Beteiligten in einem Aushandlungsprozess abgestimmten Ziel mit definierten Zielkriterien verstanden werden.“ (V. Kardoff, 1998, nach: V. Santen et al. 2003, S.27)

Kooperation beinhaltet nach diesen verschiedenen Definitionen also immer mehr als einen Beteiligten, eine abgestimmte Zusammenarbeit, ein Ziel und einen Kontext, in dem sie stattfindet. Außerdem wird deutlich, dass auch die Kooperation an sich, das gemeinsame Arbeiten und die Beziehungen der Kooperationspartner untereinander Ziel und Motivation für Kooperation sein können.

In den Prozesstheorien zur Arbeitsmotivation befassen sich Locke und Vroom mit der Bedeutung von Zielen (Staehle, 1999, S.233ff). Die grundlegende Annahme ist, dass Ziele Leistungen hervorrufen. Dazu müssen sie nach Locke bestimmte Kriterien erfüllen: Zielklarheit, Zielakzeptanz, Zielschwierigkeit und Feedback über die Zielerreichung. Die Zielakzeptanz wird gefördert durch Partizipation bei der Zielformulierung. Die Zielschwierigkeit soll herausfordernd sein, also kein banales Ziel, aber als machbar eingeschätzt werden.

Vroom befasst sich mit Erwartungen über Ziele und ihre Folgen (Valenz-Instrumentalitäts-Erwartungstheorie). Grundsätzlich sollte die Einstellung zu einem angestrebten Ziel für einen Menschen positiv sein (Valenz). Weiterhin ist

seine Einschätzung bedeutsam, ob die auszuführende Arbeit das geeignete Mittel ist, um ein anvisiertes Arbeitsergebnis zu erreichen (Instrumentalität). Zuletzt muss seine Erwartung, sowohl das Arbeitsergebnis, wie auch mit diesem das übergeordnete Ziel zu erreichen, positiv sein. Bezogen auf die ärztlichen Untersuchungen in Kindertagesstätten könnten sich zu einem übergeordneten Ziel ‚Förderung der Kindergesundheit‘ zum Beispiel folgende Fragen ergeben: Werden mit den angestrebten Untersuchungen Entwicklungsstörungen entdeckt? Wird durch das Untersuchungsergebnis eine Verbesserung der Kindergesundheit erreicht? Kann Kooperation einen Einfluss auf die Durchführung der Untersuchung und somit auf das Arbeitsergebnis haben?

Auch Erfahrungen haben einen Einfluss auf kooperatives Verhalten. Forschungen zur Spieltheorie (Axelrod, 1988) haben gezeigt, dass selbst in Zwangssituationen (‚Gefangenendilemma‘) kooperatives Verhalten gezeigt wird und sich als Strategie bei einer Wiederholung der Situation gegenüber anderen durchsetzt. Dabei spielten die Annahmen über das Verhalten und die Ziele des Gegenübers sowie die bisherigen Erfahrungen mit der Strategie ‚Kooperation‘ oder ‚Blockade‘ eine Rolle für das Verhalten. Eine erfolgreiche kooperative Strategie zeigt verschiedene Merkmale: Wird eigenes kooperatives Verhalten mit Kooperation des Gegenübers beantwortet, so wird in der nächsten Entscheidungssituation wieder auf Kooperation gesetzt. Unkooperatives Verhalten des Gegenübers wird ebenfalls mit Blockade beantwortet (Sanktionierung), diese wird jedoch bei erneutem kooperativen Verhalten des Partners wieder aufgegeben (Versöhnlichkeit). Außerdem ist die Dauer der Situation wichtig für das Funktionieren dieser Strategie. Die Annahme, dass man sich länger mit einem Gegenüber auseinandersetzen muss führt dazu, dass die Reaktionen des Gegenübers und Konsequenzen des eigenen Verhaltens stärker berücksichtigt werden müssen und kurzfristiger eigener Nutzen zugunsten einer längeren kooperativen Zusammenarbeit aufgegeben wird.

Die Forschungen zur Spieltheorie sind auf die Praxis der Kooperation nur eingeschränkt zu übertragen, da sie auf sehr klar strukturierten und kontrollierten Bedingungen aufbauen. Sie zeigen aber, dass Kooperation auch unter widrigen Bedingungen eine effektive und erfolgreiche Strategie sein kann (V. Santen et al., 2003, S. 51ff).

2.3 Forschungsinteresse

Ausgehend von der Bedeutung von Kooperation in der Gesundheitsförderung und den verschiedenen Aspekten, die Kooperation auszeichnen, lauten die Fragestellungen in Bezug auf die Umsetzung des § 4, Kinderbetreuungsgesetz:

Wie stellt sich die Situation aus Sicht der Beteiligten dar?

Sehen sie Probleme und haben sie Pläne oder Strategien, um zu einer verbesserten Umsetzung zu gelangen?

Verstehen sie die Umsetzung der Untersuchungen als Kooperationssituation?

Welche Voraussetzungen für Kooperation sind objektiv gegeben, wo besteht Handlungsbedarf?

Die theoretischen Vorüberlegungen zum Thema Kooperation wurden in ein Modell überführt, welches das zugrunde gelegte Verständnis (der Autorin) von Kooperation durch die Komplexe Erfahrungen, Perspektive, Ziele/ Motive, Freiwilligkeit/ Zwang und Strukturelle Bedingungen abbilden soll (zur Erläuterung des Modells siehe Kap. 3.2).

Das Modell wurde zur Entwicklung der Leitfragen für die Interviews und zur Interpretation der Ergebnisse im Sinne der Forschungsfrage verwendet.

3 Methoden

3.1 Auswahl der Erhebungs- und Auswertungsmethode

Die vorliegende Arbeit ist Teil einer begleitenden Evaluation der Untersuchungen nach § 4, KibeG. Beim Forschungsgegenstand handelt es sich im Rahmen der Gesetzesumsetzung um die Implementation einer neuen Maßnahme zur Gesundheitsförderung bei Kindern. Die durchführenden Gesundheitsämter entwickeln ein neues Untersuchungsdesign im Sinne einer Screeninguntersuchung für dreijährige Kinder (bezogen auf die fachlichen Untersuchungsinhalte) im Setting Kinderbetreuungseinrichtung. Damit geht ebenfalls die Entwicklung neuer organisatorischer Abläufe und die neu zu gestaltende Zusammenarbeit zweier Institutionen (,Gesundheitsamt' und ,Kindertagesstätte', in unterschiedlichen Trägerschaften) einher, die bisher in geringem Umfang und anderen Bezügen Kontakt hatten.⁹

Um die Maßnahme zu evaluieren wird zunächst eine erkundende Erhebungsmethode gewählt, die den Veränderungsprozessen zu Beginn eines solchen neuen Vorgehens Rechnung trägt. Außerdem folgt dieser Ansatz der Annahme, dass in der beschriebenen Situation nicht nur die reinen Daten zum Objektbereich ,Untersuchungen nach § 4, KibeG in Kinderbetreuungseinrichtungen', der Abgleich von Input und Output, Kosten und erzielter Nutzen für den Erfolg der Maßnahme von Bedeutung sind, sondern auch ,weiche Faktoren': Einstellungen und Erwartungen der beteiligten Akteure, besonders unter dem Aspekt von Kooperation, der in der Gesundheitsförderung zum einen als notwendig erachtet wird, zum anderen mit hohen Erwartungen an seine unterstützende Wirkung verbunden wird.¹⁰

Ziel der Erhebung zum Zeitpunkt zwischen Vorbereitungsphase und beginnender Umsetzung ist also:

⁹ Vgl. Kap. 2.1.5

¹⁰ Vgl. Kap. 2.2.1

- Die Einstellungen und Erwartungen der Akteure (zu den geplanten Untersuchungen) abzubilden, wie sie von der bisherigen Entwicklung geprägt sind,
- Ihre Vorstellungen über Kooperation in Bezug auf die neue Aufgabe, sowie Handlungsstrategien für die weitere Umsetzung zu finden
- Ausgehend von diesem Spektrum Hinweise für relevante Parameter der summativen Evaluation im weiteren Verlauf zu erhalten

Für dieses Ziel empfiehlt sich ein qualitatives Vorgehen:

Nach Bortz eignen sich erkundende Studien in der Evaluation, wenn ein Explorationsbedarf bei einem noch wenig oder nicht erforschem Gebiet besteht (welches durch die oben beschriebene Neuartigkeit der Situation hier gegeben ist), besonders, wenn „man sich im Detail für Veränderungsprozesse interessiert und nicht nur für den „Output““ (Bortz et al., 2006, S.109, Hervorhebungen im Original).

Aus den verschiedenen Möglichkeiten qualitativer Erhebungsmethoden wurde das leitfadengestützte Interview ausgewählt. Es bietet die Möglichkeit, sich mit vorbereiteten Fragen auf einen Themenkomplex zu konzentrieren und zwischen den einzelnen Interviews eine Vergleichbarkeit herzustellen. Es lässt aber auch den notwendigen Spielraum, um auf die Gesprächssituation einzugehen, z.B. durch Änderung der Fragereihenfolge, oder aber um neue, in der Vorbereitung nicht berücksichtigte Aspekte mit einzubeziehen (Bortz et al., 2006, S. 314).

Für die Interviews wurden in diesem Fall Fragen anhand eines theoriegeleitet entwickelten Kooperationsmodells¹¹ formuliert. Ein Beispiel für die notwendige Flexibilität (Einbeziehen zuvor nicht berücksichtigter Aspekte) war die Frage nach der Sichtweise des Gegenübers, die im ersten Interview aus der Gesprächssituation heraus gestellt wurde und dann in die folgenden Interviews regelhaft übernommen wurde. In der Auswertung haben sich die Antworten auf diese Frage als wichtiger Aspekt dargestellt.¹²

¹¹ Vgl. Kap. 3.2

¹² Vgl. Kap. 4.1.4, Kap. 4.2.4, Kap. 5.1 und 5.2

Das Verfahren für die Auswertung orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Eine qualitative Auswertungsmethode ist geeignet, um die Sichtweise der Akteure herauszuarbeiten. Dabei geht es nicht um die im Alltag natürliche, subjektive Interpretation der Handlungen und Äußerungen unseres Gegenübers, sondern um eine Interpretation, die „intersubjektiv nachvollziehbar und inhaltlich möglichst erschöpfend ist“ (Bortz et al., 2006). Für das hier angestrebte Forschungsziel war eine konkrete (und facettenreiche) Einschätzung der Vorbereitung und Durchführung der Untersuchungen nach § 4 durch die Beteiligten von Interesse, um praxisrelevante Hinweise für Probleme, Chancen und Handlungsstrategien zu erforschen. Dafür wurde eine zusammenfassende Inhaltsanalyse auf einem geringen Abstraktionsniveau durchgeführt, um eine große Bandbreite der Äußerungen zu erhalten.¹³ Außerdem sollte die Konzeption der Befragten von ‚Kooperation‘ und ihre Einstellung zu den Untersuchungen in diesem Zusammenhang beschrieben werden. Zu diesem Zweck wurden die Ergebnisse verglichen und unter Anwendung des Kooperationsmodells diskutiert.

¹³ Vgl. Kap. 3.3.3, Ablaufmodell der Analyse

3.2 Kooperationsmodell

Zur Entwicklung der Leitfragen für die Interviews in Gesundheitsämtern und Trägerverbänden wurden die verschiedenen, im Kapitel ‚Hintergrund‘ ausgeführten Aspekte der Kooperation und die Kontextbedingungen der Aufgabe ‚Untersuchungen in Kindertagesstätten‘ in ein Modell überführt.

Dabei wurden die Fragen zu Erwartungen und Einschätzungen der Interviewpartner durch fünf Themenbereiche zu den Untersuchungen abgebildet und durch Fragen zu ihrem expliziten Verständnis von Kooperation ergänzt. Mit dem Kooperationsmodell sollen die Ergebnisse zu den einzelnen Themenbereichen im Hinblick auf Voraussetzungen und Handlungsbedarf für eine gelingende Kooperation zwischen Gesundheitsämtern und Kindertagesstätten geprüft werden.

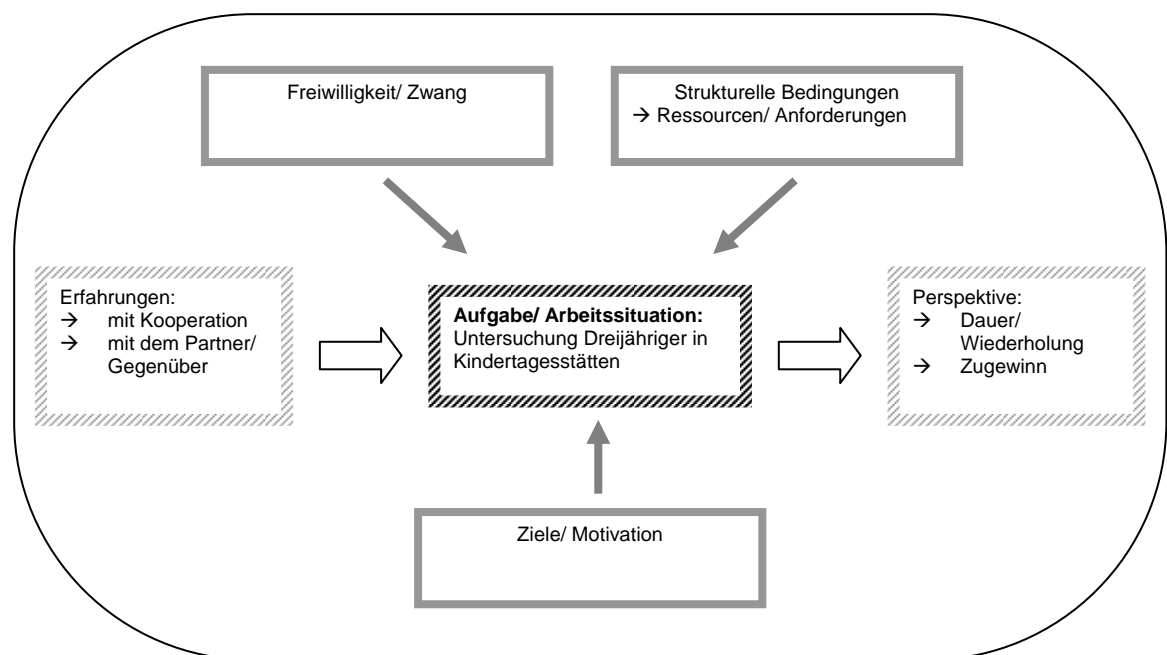


Abbildung 1: Kooperationsmodell

Grafik: K. Silies

Erfahrungen

Erfahrungen beeinflussen die Erwartungen und das Verhalten in neuen Situationen. Erfahrungen mit einem Gegenüber vermitteln eine Vorstellung über seine Ziele und Vorgehensweisen. Bisherige, positive Erfahrungen erleichtern die Zusammenarbeit und fördern das Vertrauen darauf, dass sich eigenes

kooperatives Verhalten ‚lohnen‘ wird. Eigene positive Erfahrungen mit Kooperation fördern die Motivation zu kooperativem Verhalten, da dies als Mittel zur Erreichung der eigenen Ziele kennen gelernt wurde.¹⁴ Außerdem vermitteln Erfahrungen Handlungsstrategien, wie Kooperation gefördert und umgesetzt werden kann.¹⁵

Mit den Fragestellungen im Leitfaden soll herausgefunden werden, welche Erfahrungen die Befragten bisher mit dem jeweiligen Gegenüber gemacht haben und was allgemein ihre Erfahrungen mit Kooperation sind:¹⁶

Gesundheitsämter:

Hat Ihr Gesundheitsamt bisher mit Kindertagesstätten zu tun gehabt?

Wie haben Sie die bisherige Zusammenarbeit wahrgenommen?

Was sind aus Ihrer Sicht Voraussetzungen (*und Hindernisse*) für eine gelingende Kooperation?

Was bedeutet Kooperation in diesem Zusammenhang (*im Zusammenhang mit den geplanten Untersuchungen*) für die Beteiligten?

Träger und Verbände von Kindertageseinrichtungen:

Haben Sie als Träger/ Verband oder Ihre Einrichtungen bereits mit Gesundheitsämtern zusammengearbeitet? (*In welcher Form?*)

Wie haben sie die bisherigen Kontakte erlebt?

Was sind aus Ihrer Sicht Voraussetzungen (*und Hindernisse*) für eine gelingende Kooperation?

Was bedeutet Kooperation in diesem Zusammenhang (*im Zusammenhang mit den geplanten Untersuchungen*) für die Beteiligten?

Perspektive

Die Einschätzung der Perspektive ist im Hinblick darauf bedeutsam, ob die Befragten davon ausgehen, sich auf längere Zeit mit dem Gegenüber auseinander setzen zu müssen, unter der Annahme, dass dies zu einer erhöhten

¹⁴ Vgl. Kap. 2.2.2, Forschungen zur Spieltheorie nach Axelrod

¹⁵ Vgl. Kap. 2.2.1, Voraussetzungen für Kooperation nach Stender

¹⁶ Ergänzungen zu den Fragen in Klammern (*kursiv*) sind mögliche Nachfragen/ Zusatzfragen

Kooperationsbereitschaft führen wird.¹⁷ Dies steht auch im Zusammenhang mit der Frage, ob die Aufgabe als freiwillig oder als Zwang empfunden wird (s. u.). Außerdem sollen hierunter die Erwartungen über einen möglichen Zugewinn erfasst werden, der durch den neuen Kontakt zwischen den Institutionen Gesundheitsamt und Kinderbetreuungseinrichtung entstehen kann.¹⁸

Fragestellungen im Leitfaden:

Gesundheitsämter:

Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung des Vorhabens ein?

Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Aufgabe? (*Welche? Wie können sie bewältigt werden?*)

Bietet die neue Aufgabe Chancen? (*Welche? Wie können diese Chancen genutzt oder ausgebaut werden?*)

Träger und Verbände von Kindertageseinrichtungen:

Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung dieses Vorhabens ein?

Wie werden Sie als Träger/ Verband weiter mit dieser Situation umgehen? (*Wird es Handlungsanweisungen für Kitaleitungen geben? Stehen sie in Kontakt mit den Gesundheitsämtern?*)

Sehen Sie Probleme, die die ärztliche Untersuchung in den Kitas mit sich bringen könnte? (*Welche? Wie können die Probleme bewältigt werden?*)

Bietet die neue Aufgabe Chancen? (*Welche? Wie können diese Chancen genutzt oder ausgebaut werden?*)

Ziele/ Motivation

Unter dieses Themenfeld fällt die Einschätzung der angestrebten Zielsetzung durch die Befragten und welche Bedeutung diese für sie oder ihre Institution hat. Die Fragestellung ist, ob sich die Ziele der Beteiligten überschneiden und so eine Voraussetzung für Kooperation im Sinne einer gemeinsamen Zielsetzung

¹⁷ Vgl. Kap. 2.2.2, Merkmale kooperativer Strategien nach Axelrod

¹⁸ Vgl. Kap. 2.2.2, Gesteigerter Nutzen durch Zusammenarbeit nach Müller und Nachreiner.

gegeben ist.¹⁹ Außerdem soll herausgefunden werden, inwieweit sie sich an der Zielformulierung beteiligt fühlen und die Zielsetzung akzeptieren und ob sie erwarten, dass sie mit den angestrebten Mitteln erreicht werden kann. Auch die Einschätzung über die Ziele des Gegenübers und die Vereinbarkeit mit den eigenen Zielen ist Teil dieses Aspekts.²⁰

Fragestellungen im Leitfaden:

Gesundheitsämter:

Können Sie kurz die bisherige Entwicklung beschreiben?

Welche Zielsetzung verfolgt das Gesetz?

Wie bewerten Sie die Zielsetzung?

Kann diese Zielsetzung Ihrer Meinung nach umgesetzt werden? (*Gibt es andere Möglichkeiten, die Zielsetzung zu verwirklichen?*)

In welchem Verhältnis steht die neue Aufgabe zu den anderen Aufgaben des Gesundheitsamtes?

Wie sehen die Kitas das ihrer Meinung nach?²¹

Träger und Verbände von Kindertageseinrichtungen:

Können Sie mir zu Beginn beschreiben, wie die Zuständigkeiten für dieses Thema bei Ihnen geregelt sind? (Einstiegsfrage)

Haben Sie bisher von den Vorbereitungen zur Umsetzung des Gesetzes etwas mitbekommen? (*Informationen oder Kontaktaufnahme durch Behörden oder Ämter?*)

Welche Zielsetzung verfolgt das Gesetz Ihrer Meinung nach?

Wie bewerten Sie diese?

Kann diese Zielsetzung Ihrer Meinung nach umgesetzt werden? (*Gibt es andere Möglichkeiten, die Zielsetzung zu verwirklichen?*)

¹⁹ Vgl. Kap. 2.2.2, Arbeitszufriedenheit durch gemeinsame Ziele im HR Ansatz, Gemeinsam abgestimmtes Ziel mit definierten Zielkriterien nach v. Kardoff

²⁰ Vgl. Kap. 2.2.1, Voraussetzungen für Kooperation nach Stender, Kap. 2.2.2, Kriterien anspornender Ziele nach Locke, VIE-Theorie nach Vroom.

²¹ Diese Frage war im Leitfaden zunächst nicht vorgesehen, wurde aber in allen Interviews gestellt, meist im Kontext von Problemen und Chancen der Aufgabe

Ist Gesundheitsvorsorge ein Thema in Ihren Kitas?

Wie bewerten Sie die ärztliche Untersuchung in diesem Zusammenhang?

Was glauben Sie, wie die Gesundheitsämter das sehen? (*Was erwarten sie von Ihnen und Ihren Kitas? Welches Interesse haben sie an den Untersuchungen Ihrer Meinung nach?*)

Freiwilligkeit/ Zwang

Es wurde keine explizite Frage nach der Freiwilligkeit gestellt, da diese aufgrund der gesetzlichen Regelung prinzipiell zu verneinen ist, sich dieses jedoch in der subjektiven Wahrnehmung anders darstellen kann. Der Aspekt, 'Freiwilligkeit/ Zwang' zielt darauf ab, ob ein solcher überhaupt wahrgenommen wird, ob er als Zwang in der anstehenden Aufgabe und als solcher bei der Frage nach Kooperation als Hindernis verstanden wird.²²

Fragestellungen im Leitfaden:

Gesundheitsämter:

Können Sie kurz die bisherige Entwicklung beschreiben? (*Von der Entstehung des Gesetzestextes bis zu den jetzt anlaufenden Untersuchungen?*) (Einstiegsfrage)

Würden Sie die neue Aufgabe als Kooperationssituation zwischen Kitas und Ämtern verstehen?

Träger und Verbände von Kindertageseinrichtungen:

Haben Sie bisher von den Vorbereitungen zur Umsetzung des Gesetzes etwas mitbekommen? (*Informationen oder Kontaktaufnahme durch Behörden oder Ämter?*)

Würden Sie die neue Aufgabe als Kooperationssituation zwischen Kitas und Gesundheitsämtern verstehen?

Strukturelle Bedingungen

²² Vgl. Kap. 2.2.1, Erfahrungen im Gesunde Städte-Netzwerk, Kritik an Unverbindlichkeit von kooperativen Arbeitsformen in der GF nach Kaba-Schönstein.

Hierunter sind die allgemeinen Voraussetzungen für die Bewältigung der Aufgabe zu verstehen, die sich aus dem Verhältnis der Anforderungen zu den vorhandenen Ressourcen ergeben.²³

Die Fragestellungen im Leitfaden zielen darauf ab, ob die Aufgabe als machbar bewertet wird, beziehungsweise ob die Kriterien für ein anspornendes Ziel, Herausforderung und Erreichbarkeit, gegeben sind.²⁴ Außerdem sind Pläne oder Strategien für die weitere Umsetzung von praktischem Interesse. Die Einschätzung der Befragten hierzu konnte in verschiedenen Fragen geäußert werden.

Gesundheitsämter:

Kann diese Zielsetzung Ihrer Meinung nach umgesetzt werden? (*Gibt es andere Möglichkeiten, die Zielsetzung zu verwirklichen?*)

Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Aufgabe? (*Welche? Wie können sie bewältigt werden?*)

Bietet die neue Aufgabe Chancen? (*Welche? Wie können diese Chancen genutzt oder ausgebaut werden?*)

Was muss jetzt von den Kitas und den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamts getan werden, um die Untersuchung der Dreijährigen in der Kita umzusetzen?

Träger und Verbände von Kindertageseinrichtungen:

Kann diese Zielsetzung durch die geplanten Untersuchungen umgesetzt werden?

Sehen Sie Probleme, die die amtsärztliche Untersuchung in den Kitas mit sich bringen könnte? (*Welche? Z.B. für Ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen? Z.B. bei der Durchführung und Organisation? Wie können die Probleme bewältigt werden?*)

Bietet die neue Aufgabe Chancen? (*Welche? Wie können diese Chancen genutzt oder ausgebaut werden?*)

Wie werden Sie als Träger mit dieser Situation (*der Untersuchung in den Kitas*) umgehen?

²³ Vgl. Kap. 2.2.1, Voraussetzungen für Kooperation nach Stender

²⁴ Vgl. Kap. 2.2.2, Zielschwierigkeit nach Locke.

3.3 Auswertungsverfahren

Zur Auswertung der Interviews wurde ein Verfahren in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring unter Verwendung des Programms winMAX²⁵ gewählt.

Es wurden die drei Schritte

- Bestimmung des Ausgangsmaterials
- Darstellung der Fragestellung der Analyse
- Beschreibung des Ablaufmodells der Analyse

durchgeführt. Laut Mayring ist eine Inhaltsanalyse nicht als Standardinstrument anzuwenden, sondern „sie muss an den konkreten Gegenstand, das Material angepasst sein und auf die spezifische Fragestellung hin konstruiert werden.“ (Mayring 2003, S.43). Um die Objektivität und Überprüfbarkeit zu erhalten ist ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen zu verfolgen. Jeder der Auswertungsschritte dient dazu, das Vorgehen zu präzisieren und nachvollziehbar zu machen.

Zunächst wird das verwendete Material beschrieben. Es wird festgelegt, welche Materialien in die Analyse mit einbezogen wurden, wie das Material entstanden ist und welche formalen Charakteristika es hat (Mayring, 2003, S. 47). Dann wird festgelegt, in welche Richtung die Analyse durchgeführt werden soll und die Fragestellung anhand der theoretischen Überlegungen im Vorfeld konkretisiert (Mayring, 2003, S. 52f). Schließlich werden die einzelnen Schritte der durchgeführten Analyse festgelegt und beschrieben.

Für die Auswertung wurde das Analysesystem winMAX verwendet. Es bietet unter anderem die Möglichkeit, Textstellen (Analyseeinheiten) in einzelnen Interviews mit Codes zu benennen und dann alle Fundstellen eines Codes miteinander zu vergleichen. Die entwickelten Codes können in Gruppen, auch hierarchisch, zusammengefasst werden (Oberbegriffen oder Kategorien zugeordnet werden) und bilden dann ein Zuordnungsschema (Codebaum). Die einzelnen Codes werden in einem Codierschema beschrieben und mit

²⁵ winMAX für Windows 95/98/NT, Textanalysesystem für die Sozialwissenschaften

Ankerbeispielen verdeutlicht. Damit wird gewährleistet, dass eine Analyse durch eine zweite Person möglichst hohe Übereinstimmung mit der ersten Analyse erreicht. Codebaum und Codierschema sind im Anhang aufgeführt.

3.3.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials

Der Analyse liegen zehn leitfadengestützte Interviews zugrunde, die von der Autorin geführt wurden. Fünf Interviews wurden mit Leitern oder stellvertretenden Leitern von bezirklichen Gesundheitsämtern in Hamburg geführt, fünf Interviews wurden mit Fachreferenten oder Fachbereichsleitern von Verbänden und Trägern von Kindertageseinrichtungen in Hamburg geführt. In der Auswertung wurden die vollständigen Interviewtexte berücksichtigt. Außerdem wurden im Anschluss an die Interviews Ambienteprotokolle erstellt, die bei Bedarf zur Kontextanalyse hinzugezogen wurden.

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte nach der Erreichbarkeit im Feld (Zugang und Gesprächsbereitschaft). In den Gesundheitsämtern wurden Vertreter aus vier verschiedenen Hamburger Bezirken befragt, aus einem Bezirk wurden zwei Vertreter befragt. Bei den Anbietern von Kindertageseinrichtungen wurden insgesamt drei Vertreter der Trägerebene (davon zwei zu einem Dachverband zugehörig) und drei Vertreter auf Verbandsebene befragt (in einem Interview waren zwei Gesprächspartner anwesend). Unter den befragten Institutionen befanden sich die beiden größten Anbieter von Kindertageseinrichtungen in Hamburg.

Bei den Interviews handelte es sich um leitfadengestützte Interviews, die Reihenfolge der Fragen wurde an der Gesprächssituation orientiert, die Fragen wurden eng an den vorbereiteten Formulierungen orientiert. Die Interviews wurden von der Autorin in Büro- oder Gesprächsräumen der Interviewpartner durchgeführt, im Zeitraum zwischen dem 20.11.06 und dem 12.01.07. Die Dauer der Aufzeichnungen lag zwischen 20 und 45 Minuten.

Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert, anschließend in das Auswertungsprogramm eingelesen.

Die Ambienteprotokolle wurden nach folgendem Schema erstellt:

1. Ort des Interviews

2. Störungen
3. Atmosphäre/ Stimmung
4. Eigene Empfindungen
5. Äußerungen des Interviewten nach Ende der Aufzeichnung

Die Ambientprotokolle wurden ebenfalls in das Auswertungsprogramm übernommen.

3.3.2 Fragestellung der Analyse

Anhand des inhaltsanalytischen Kommunikationsmodells (Mayring, 2003, S.51) soll das Material analysiert werden im Hinblick auf die Darstellung des Gegenstands oder Objektbereichs (Gesetzestext, Umsetzung, Beteiligte) durch die Befragten. Schwerpunkt der Untersuchung des kognitiven Hintergrunds sind Erwartungen, Interessen, Einstellungen zum Gegenstand und der Bedeutungshorizont im Hinblick auf Kooperation. Aspekte des Handlungshintergrunds sind Intentionen und Pläne. Vor dem theoretischen Hintergrund und dem Forschungsinteresse ist die Fragestellung der Analyse:

Was sind die Erfahrungen der Befragten im bisherigen Entwicklungsprozess der Untersuchungen nach § 4, KibeG?

Welche Einstellungen haben sie entwickelt und wie beeinflussen diese ihr weiteres Vorgehen?

Wie stellen sich Aspekte von Kooperation in Erfahrungen, Einstellungen und Plänen dar?

3.3.3 Ablaufmodell der Analyse

Definition der Analyseeinheiten (Mayring, 2003, S. 53)

Kodiereinheit: Satz oder Nebensatz

Kontexteinheit: Transkript eines Interviews (das dazugehörige Ambientprotokoll *kann* hinzugezogen werden)

Auswertungseinheit: Die Transkripte werden in Textgruppen ausgewertet: ‚Gesundheitsämter‘ und ‚Träger und Verbände Kitas‘, jeweils fünf Interviews.

Zusammenfassende Analyse

Im ersten Durchgang werden Codes anhand des Materials entwickelt (nach Stichworten, nach Fragen oder nach Zusammenhängen, die der Interviewte herstellt) und zur Bezeichnung von Textstellen angewendet. Dabei wird zunächst die Textgruppe ‚Gesundheitsämter‘ bearbeitet. Die Codes werden in einem vorläufigen Codebaum angeordnet. Die Zuordnung der Codes erfolgt nach unterschiedlichen Kriterien:

- Nähe oder Zusammenhang der Codes im Text
- Zuordnung zu einer Frage
- Zuordnung zum Thema/ Stichwort einer Frage
- Zuordnung nach dem theoretischen Modell von Kooperation

Die gebildeten Codes werden gegeneinander abgeglichen, bei Überschneidungen zusammengefasst oder neu zusammengestellt und durch die Formulierung von Definitionen und Ankerbeispielen beschrieben (Codierleitfaden).²⁶ Durch die Gruppierung mehrerer Codes werden Kategorien gebildet.²⁷

Das Material wird anhand des überarbeiteten Codierschemas erneut codiert bzw. überprüft. Die Textstellen zu den einzelnen Codes werden zusammengestellt und paraphrasiert.

Im zweiten Schritt wird die Textgruppe ‚Träger und Verbände KITAS‘ mit dem entwickelten Codierschema analysiert. Relevante Textstellen, die nicht durch die bisher gebildeten Codes erfasst werden, werden neu codiert. Es wird analog zur Textgruppe ‚Gesundheitsämter‘ ein zweiter Codebaum mit Codierschema für die Textgruppe ‚Träger und Verbände KITAS‘ entwickelt und am Material rücküberprüft. Durch die Bildung analoger Kategorien wird eine vergleichende Gegenüberstellung der Textgruppen ermöglicht. In der Benennung der Kategorien Entstehungsprozess (Gesundheitsämter) und Ablauf (KITAS) wurde bewusst eine unterschiedliche Namensgebung gewählt, da sich die Kategorien in der Struktur unterscheiden.

²⁶ Vgl. Anhang Codierleitfaden

²⁷ Vgl. Codebaum ‚Gesundheitsämter‘ im Anhang

Zur Ergebnisdarstellung werden die Kategorien durch die ihnen zugeordneten Codes zusammengefasst beschrieben und mit Textstellen veranschaulicht. Dabei wurde ein niedriges Abstraktionsniveau beibehalten, um die für die Praxis relevante Bandbreite der Aussagen zu erhalten. Die Ergebnisse werden in den Textgruppen ‚Gesundheitsämter‘ (n=5) und ‚Träger und Verbände von Kitas‘ (n=5) analog zur Auswertung getrennt beschrieben. Die Angaben zu den Zitaten in Klammern geben die Textstellen in den Interviews an und werden aus Gründen der Anonymisierung nicht weiter erläutert. In den Textstellen wurden zur besseren Lesbarkeit Verdoppelungen, Pausen, abgebrochene Wörter und ähnliche Charakteristika des gesprochenen Wortes aus dem Transkript genommen. Die Nennung der Häufigkeiten bezieht sich auf die Anzahl der Befragten, die hierzu Angaben machten. Mehrfachnennungen in einem Interview wurden einfach gezählt, wenn keine Angaben zu Häufigkeiten gemacht werden, handelt es sich um Nennungen eines Befragten.

In der Auswertung des Interviews mit zwei Gesprächspartnern²⁸ wurde nicht zwischen den Personen differenziert, da sie sich in ihrer Darstellung ergänzten und explizit darauf verwiesen, dass sie gemeinsam die Position ihrer Institution vertreten. Nennungen aus diesem Interview wurden daher als Nennungen eines Befragten gewertet.

Im Auswertungsprozess wurden für die Textgruppen sechs Kategorien entwickelt, die im Folgenden dargestellt werden. Die Codes aus denen die Kategorien zusammengestellt wurden sind im Codierleitfaden²⁹ beschrieben.

Strukturierende Analyse

Die Ergebnisse der beiden Textgruppen werden in den Kategorien gegenübergestellt und verglichen. Anhand des Kooperationsmodells werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Hinblick auf die Hauptfragestellung interpretiert (Mayring, 2003, S. 54).

²⁸ Vgl. Kap. 3.3.1, Bestimmung des Ausgangsmaterials.

²⁹ Vgl. Anhang Codierleitfaden.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse ‚Gesundheitsämter‘

4.1.1 Ziele und Motivation

Die Kategorie ‚Ziele und Motivation‘ beschreibt die Zielsetzung, die die Befragten dem Gesetz zuordnen und wie sie diese einschätzen oder bewerten. Außerdem werden die Chancen, die sie sich von der neuen Aufgabe versprechen oder vorstellen können erfasst und wie sie die Untersuchungen in ihr Selbstverständnis des ÖGD insgesamt einordnen. Codes: Zielsetzung, Bewertung der Zielsetzung, Chancen, Warum untersucht ÖGD, Verortung neue Aufgabe im Gesundheitsamt.

Eine eher übergeordnete Zielsetzung ‚Kindergesundheit fördern‘ wird von den Befragten befürwortet (n=4). Darunter fallen Entwicklungsrückstände, die gefördert werden sollen (auch im Hinblick auf das schlechte Abschneiden der Kinder in der ersten Pisa-Studie), ein verbesserter Zugang zum Gesundheitswesen, besonders für sozial Benachteiligte und auch das Thema allgemein mehr in die Aufmerksamkeit zu rücken und dafür zu sensibilisieren.

Die Zielsetzung ‚Kindeswohlvernachlässigung vermeiden‘ wird mehrfach genannt (n=4), aber überwiegend kritisiert (n=3), besonders im Hinblick darauf, ob sie sich auf diese Weise überhaupt umsetzen lässt.

„(...) das Gesetz verfolgt ja erst mal, dass man von den Kindern, (...) die man untersucht, möglichst viele im Rahmen einer Screeninguntersuchung, mehr kann das nicht sein, das müssen wir uns auch glaube ich immer wieder deutlich machen, besonders auffällige Kinder zu entdecken und möglichst früh dann auch Förderbedarf einzusetzen und man muss eben auch, aus meiner persönlichen Sicht, drauf aufpassen, dass man es nicht überfrachtet, denn die Zielsetzung, wenn es sie denn geben würde, oder die Hoffnung ist ja manchmal noch was anderes, was sich damit verbindet, dass man zum Beispiel also Kindesmisshandlung oder auch sexuellen Missbrauch damit erkennen würde, da wäre ich zurückhaltend, ob das mit der jetzt vorliegenden Form

*möglich ist, ob das überhaupt möglich ist. Ist glaube ich eh ´ne schwierige Frage.“
(KSA05, 105/117)*

Aus fachlicher Sicht wird besonders das Alter der Kinder und das Setting als geeignet eingeschätzt, kritisiert wird hingegen die fachliche Ausführung des Gesetzes und dass das bereits bestehende Angebot durch die neuen Untersuchungen keine Verbesserung erfährt.

Chancen werden für alle Beteiligten gesehen. Eltern haben die Möglichkeit eine fachlich qualifizierte und neutrale Beratung zu erhalten (zum Beispiel im Hinblick auf Impfempfehlungen), und die Gelegenheit, bei verpasster U7 ein weiteres, niedrighschwelliges Angebot wahrzunehmen (n=3). Für Kinder steigen die Chancen, dass ihr Bedarf wahrgenommen wird (n=2) und auch ein weiterer Filter für Kindesvernachlässigung hinzukommt. Kitas können durch die Untersuchungen medizinische Hilfestellung erhalten, sowohl bei Problemen einzelner Kinder, als auch durch Vorträge, Schulungen, Beratung (n=3). Sie können ihr pädagogisches Angebot verbessern und Projekte zur Förderung der Kindergesundheit gezielt auswählen (n=3).

„Ja, also für die Eltern ist das eben der Gewinn, dass sie diese Untersuchung/ also in diesem Fall kommt der Knochen zum Hund, also die Untersuchungen finden in der Kita statt, einfacher kann man es eigentlich gar nicht haben, sie haben die Möglichkeit, Fragen zu stellen, sie haben die Möglichkeit, auch den Impfausweis noch mal richtig durchkontrollieren zu lassen, was man häufig so versäumt (...)“ (KSA01, 916/922)

Wie passen die Ziele des Gesetzes zum Selbstverständnis des ÖGD? Inhaltlich fügt sich die neue Aufgabe nach Aussage der Befragten sehr gut in das bestehende Angebot des ÖGD ein. Mit der Mütterberatung und Familienhebammen und den schulärztlichen Untersuchungen können Kinder so über einen längeren Zeitraum betreut werden. Die Förderung der Kindergesundheit insgesamt ist ein Schwerpunkt des ÖGD und die Beratungen für Eltern und Kitas sind eine Hauptaufgabe. Gerade der ÖGD als staatliches

Organ ist geeignet, das Thema Kindergesundheit durch seine Präsenz in Kitas öffentlich zu stärken.

Die Befragten verstehen den öffentlichen Gesundheitsdienst als wesentliches Element für Kindergesundheit neben den niedergelassenen Ärzten, als „Hausarzt der Gemeinde“ (KSA05, 500). Diese Rolle (die durchaus auch Konkurrenzaspekte beinhaltet) wird durch die neue Aufgabe und die damit verbundene Möglichkeit zu Öffentlichkeitsarbeit und auch Werbung für den ÖGD gestärkt. Im Gegensatz zu den Niedergelassenen hat der ÖGD die Möglichkeit, die erhobenen Daten auch für die Gesundheitsberichterstattung zu nutzen und kann hier noch zu einem früheren Zeitpunkt die Gesundheit der Kinder insgesamt beschreiben (n=4). Die Erwartung, die Untersuchungsergebnisse eines Kindes (als Individualdaten) im Gesundheits- oder Jugendamt oder auch für die Schuleingangsuntersuchung nutzen zu können wird aber auch kritisch betrachtet. Dennoch können sich Synergieeffekte und Schnittstellen mit den anderen Untersuchungen des ÖGD ergeben (n=2), zum Beispiel auch eine verbesserte Wahrnehmung der Schuleingangsuntersuchung.

In der fachlichen Qualifikation sehen die Befragten ebenfalls Vorteile gegenüber den Niedergelassenen. Der ÖGD hat durch feste Organisationsstrukturen die Möglichkeit mit „kalibrierten Untersuchungen“ Qualitätssicherung für die Untersuchungen durchzuführen.

„Ein Vorteil, dass es die Gesundheitsämter machen, ist natürlich, dass die in der Qualitätssicherung und im einheitlichen Vorgehen schon mehr Strukturen haben. Das kennen sie ja aus anderen Zusammenarbeiten, zum Beispiel die Untersuchung der Schulanfänger (...) diesen Prozess, den haben wir ja/ in dem sind wir noch, aber wir sind ziemlich weit fortgeschritten, so genannte kalibrierte Untersuchungen anzubieten, das heißt, die Untersucher treffen sich regelmäßig, entwickeln gemeinsame Standards, und gehen dann nach diesen Standards auch vor und evaluieren sie vielleicht gemeinsam. Das ist ja vom öffentlichen Gesundheitsdienst leichter anzubieten und zu bewerkstelligen, als wenn man das niedergelassenen Ärzten anbietet. Weil eben schon diese Kooperationsstrukturen und auch das Qualitätsmanagement eigentlich irgendwo vorher bestimmt ist.“ (KSA04, 89/102)

Die einzelnen Untersuchungsbausteine wurden aus Sicht der Befragten fachlich sehr gut vorbereitet und auch Spezialgeräte (z.B. für den Hörtest) angeschafft, die ein einzelner Arzt nicht vorhalten kann. Vorteile der Beratung durch den ÖGD im Vergleich zum Niedergelassenen sind Zeit, Niedrigschwelligkeit und Neutralität.

Aus organisatorischer Sicht wurde eine Durchführung der Untersuchung durch die Niedergelassenen als schwierig und auch deren Interesse als gering eingeschätzt (n=2). Einen Vorteil hätte jedoch diese Alternative darin gehabt, dass man durch ein ähnliches Aufgabengebiet (ÖGD macht Schulärztliche Untersuchungen, Niedergelassene machen Kitauntersuchungen) die beiden Systeme hätte vergleichen können.

Aufgrund der bisher zugestandenen Ressourcen³⁰ sehen die Befragten jedoch das Problem, dass andere Aufgaben (zum Beispiel des schulärztlichen Dienstes) dadurch beschnitten werden könnten und legen Wert darauf, dass die Kitauntersuchungen in der Durchführung zeitlich genau von diesen anderen Aufgaben getrennt werden (n=2).

4.1.2 Entstehungsprozess

Die Kategorie ‚Entstehungsprozess‘ beschreibt die Entwicklung des Gesetzes und der Rechtsverordnung bis zur Auftragserteilung an die Gesundheitsämter aus Sicht der Befragten. In welchen Kontext ordnen sie die Gesetzesentstehung ein, wie sehen sie die Ausführungsbestimmungen in der Rechtsverordnung, worauf führen sie die Entscheidung für die Gesundheitsämter als Durchführende der Untersuchungen zurück, wie bewerten sie den Ablauf insgesamt. Codes: Ablauf, Gesetz, Gesetz ist Gesetz, Rechtsverordnung, Auftragserteilung, Mitbewerber, Beteiligung am Ablauf, Bewertung Ablauf.

Die Entstehung des Gesetzes wird zeitlich unterschiedlich eingeordnet und zum Teil (n=2) in direktem Zusammenhang mit dem „Fall Jessica“ in Verbindung gebracht, der sich etwa ein Jahr nach der Verabschiedung des Gesetzes in Hamburg ereignet hat.

³⁰ Die ursprüngliche Ressourcenberechnung auf der Basis von 3000 zu untersuchenden Kindern wurde nach der Ausweitung durch die Rechtsverordnung auf mögliche 12000 Kinder nicht angepasst. Vgl. Kap. 2.1.5, Umsetzung § 4, Abs. 2, KibeG

„Das ist ja als/ das Gesetz ist ja im Prinzip entstanden nachdem diese Jessica-Geschichte (...) passiert ist, ich weiß nicht, ob Sie davon gelesen haben? (...) Daraufhin wurden ja etliche Maßnahmen in Hamburg umgesetzt, und in dem Zuge ist auch dieses Gesetz mit auf den Weg gebracht worden mit den Untersuchungen der Kinder.“ (KSA03, 317/325)

Auf der Basis des Gesetzestextes und der Begründung zum Gesetzestext wurde von den Gesundheitsämtern der Bezirke ein Konzept für die Durchführung der Untersuchungen entwickelt (n=3). Eine erste Arbeitsgruppe unter Beteiligung von sechs Bezirken erarbeitete ein Konzept, mit dem sich die Gesundheitsämter um die Durchführung der Untersuchungen bei der Behörde bewarben, eine zweite Arbeitsgruppe (vier Bezirke) beschäftigte sich mit den Details der Untersuchungen. An den Überlegungen zur Umsetzung waren auch die damaligen Behörden BUG und BSF beteiligt.³¹

Während der weiteren Ausarbeitung des Untersuchungskonzepts wurde an der Rechtsverordnung mit den näheren Durchführungsbestimmungen gearbeitet, diese wurde nach mehrfachen Änderungen Ende 2006 verabschiedet. Die Änderungen der Rechtsverordnung machten ebenfalls mehrfache Änderungen in der von der zweiten Arbeitsgruppe geplanten Umsetzung notwendig (n=4).

Bei der Planung der Umsetzung war der Gesetzestext und die Begründung zum Gesetzestext Grundlage, die jedoch nur grobe Vorgaben enthalten. Parameter der Untersuchung laut Gesetzestext sind Sehen, Hören, Sprechen und Motorik, eine Untersuchung auf Verwahrlosung oder Missbrauch ist im Gesetzestext nicht vorgesehen. Der Gesetzestext erlaubt keine verpflichtende Untersuchung, die Begründung zum Gesetzestext weicht hier ab. Nach dem Gesetzestext ist die Untersuchung für Kinder, die keine altersentsprechende Vorsorgeuntersuchung hatten, gedacht (n=4), danach wurde auch der Richtwert von etwa 3000 zu untersuchenden Kindern pro Jahr entwickelt. Die Rechtsverordnung erweitert den

³¹ Zur Änderung der Behördenstruktur vgl. Kapitel 2.1.5, Umsetzung § 4, Abs. 2, KibeG

Untersuchungsumfang sowohl in Bezug auf die Menge der zu untersuchenden Kinder³², als auch in Bezug auf den Untersuchungskatalog (n=3).

„das heißt es wurde das Konzept geschrieben, ohne das die Rechtsverordnung da war (...) dann wurde eingereicht, wie viel Ressourcen wir brauchen, an Personal und Sachkosten, danach erst wurde die Rechtsverordnung geschrieben, in der Behördenabstimmung wurde von den Bezirken schon gleich angemerkt, dass das so nicht auszuführen ist mit dem Personal, was wir ursprünglich berechnet haben, weil in der Rechtsverordnung wiederum weitere Aufgaben auf uns zukommen, die im Gesetzestext so nicht drin stehen, aber letztendlich wurde die Rechtsverordnung jetzt so doch genehmigt.“ (KSA01, 104/121)

Trotz der Diskrepanz zwischen der Planung nach dem Gesetzestext und den Durchführungsbestimmungen der später verabschiedeten Rechtsverordnung ist das Gesetz nun verpflichtende Grundlage, die die Beteiligten zur gemeinsamen Umsetzung zwingt (n=2).

„Das kann nur gemeinsam funktionieren. Wir haben ´n Auftrag, ´n Gesetzesauftrag, den wir zu erfüllen haben, wie auch immer wir den erfüllen können, das ist ´ne andere Sache, aber wir müssen den erfüllen und die Kindergärten haben auch die Verpflichtung, das zuzulassen und mit zu organisieren.“ (KSA03, 748/752)

Wie kam es dazu, dass die Gesundheitsämter den Auftrag zur Durchführung der Untersuchungen erhielten? Die zuständige Behörde, damals BSF, hat die Gesundheitsämter aufgefordert, ein Konzept für die Durchführung der Untersuchungen zu entwickeln (n=3), die Bewerbung der Gesundheitsämter erfolgte auf einen Mehrheitsbeschluss der Amtsleiterrunde. Das Konzept wurde unter Beteiligung der Behörden BSF und BUG entwickelt (n=2). Neben den Gesundheitsämtern hätte die Möglichkeit bestanden, dass niedergelassene

³² Die Untersuchung steht nach der Rechtsverordnung als freiwilliges Angebot allen Eltern bzw. ihren Kindern zur Verfügung und erstreckt sich damit auf ca. 12000 Dreijährige in Hamburger Kinderbetreuungseinrichtungen (vgl. Kap. 2.1.5, Umsetzung § 4, Abs. 2, KibeG)

Kinderärzte die Untersuchungen durchführen (n=4). Die Befragten schreiben die Entscheidung der Behörde einer ablehnenden Haltung der Kinderärzte zu (n=3), führen sie aber auch auf das preislich günstigere Angebot der Gesundheitsämter zurück (n=2). Die Konkurrenz zu den niedergelassenen Ärzten wird als eine Ursache für ein neu kalkuliertes, günstigeres Angebot der Gesundheitsämter gesehen. Die Durchführung der Untersuchungen durch Niedergelassene wird zum einen als nicht organisierbar, zum anderen aber auch als Möglichkeit gesehen, einen Vergleich zwischen den Kitauntersuchungen und den Schulärztlichen Untersuchungen anzustellen.

„und es sind dann Berechnungen geführt worden, was so eine Untersuchung kosten muss, was für ein Zeitaufwand das da ist und mit diesen Berechnungen haben sich die Gesundheitsämter auch bei der für die Durchführung des Gesetzes zuständigen Stelle beworben, dass die Gesundheitsämter die Untersuchungen durchführen würden und irgendwann ist ihnen dann gnädig gesagt worden, gut, ihr könnt's machen, aber einfach weil auch gar kein ernsthafter Konkurrent da war.“ (KSA03, 78/85)

Der Gesetzestext hätte unter Beteiligung des öffentlichen Gesundheitsdienstes anders und besser formuliert werden können (n=2). Bei der weiteren Entwicklung der Rechtsverordnung wurde Kritik der Gesundheitsämter an der Zielsetzung ‚Kindesmissbrauch entdecken‘ von der Behörde nicht berücksichtigt. Am gesamten Vorbereitungsprozess waren Behörden und bezirkliche Gesundheitsämter beteiligt, nicht aber Vertreter von Kinderbetreuungseinrichtungen.

„Also, das ist das, was ich vorhin schon sagte, theoretisch vielleicht ein guter Ansatz, praktisch hätte man, um diese Ziele zu erreichen den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit beteiligen müssen oder überhaupt den Gesundheitsdienst, an der Formulierung des Gesetzestextes um das erreichen zu können“ (KSA01, 295/299)

Problematisch bewertet wird vor allem die Vorbereitungsphase, in der schon Planungen gemacht werden mussten, obwohl genauere

Ausführungsbestimmungen in Form der Rechtsverordnung noch nicht vorlagen (n=3). Dies bedeutete einen zusätzlichen Arbeitsaufwand durch Änderungen des Prozedere und Nachteile durch die Ausweitung der Aufgaben in der Rechtsverordnung (n=2). Ebenfalls kritisch gesehen wird eine zu geringe Nutzung des fachlichen Potentials der Gesundheitsämter (n=2). Ein schlechtes Informationsmanagement innerhalb der Behörde, zwischen Behörde und Bezirken und zwischen Behörde und Trägern/ Verbänden von Kinderbetreuungseinrichtungen führte zu Unsicherheiten, Abstimmungsproblemen und insgesamt einem schlechten Start (n=4). Einige Vorgaben aus der Behörde waren unverständlich oder hinderlich und führten zu Problemen bei der Personalbesetzung. Das Vorgehen wirkte schlecht durchdacht, dennoch wurde Druck ausgeübt, trotz der vielen Unklarheiten mit der Umsetzung zu beginnen (n=2), was dann wiederum zu Kritik führte, da das Verfahren für die Untersuchungen noch nicht abschließend geregelt war. Das Engagement Altonas als federführendes Amt für die Umsetzung wurde gelobt.

„das Ganze ist, also ich würde sagen, die ganze Entwicklung, das hat jetzt nichts mit dem Inhalt der Aufgabe zu tun, das ist ja ´ne sinnvolle Geschichte, aber, die Art, wie das abgelaufen ist, wär ´ne Satire wert, kann ich nur sagen. Ja, dann gab's ´ne Rechtsverordnung, in der Rechtsverordnung der Fachbehörde standen dann wieder Sachen drin, die wir vorher überhaupt nicht so gesehen hatten, so dass wir unsere Formulare wieder umändern mussten, ging dann um Daten der Kinder, die vorher übermittelt werden sollten, Rechtsverordnung sagt, das darf nicht sein, wir dürfen nur die Anzahl der Kinder erfahren (...) und/ na ja, ist echt ´ne Satire. (KSA03, 146/162)

4.1.3 Machbarkeit

Die Kategorie Machbarkeit beschreibt die Vorbereitung und die Umsetzung der Untersuchungen. Welche Anforderungen und Probleme sehen die Befragten, welche Ressourcen stehen ihnen zur Verfügung und wie wollen sie mögliche Probleme bewältigen. Wie schätzen sie anhand dieser Bedingungen die Machbarkeit des Vorhabens ein? Codes: Umsetzung der Zielsetzung, Alternativen zur Umsetzung der Zielsetzung, Weiteres Vorgehen, Probleme,

Umgang mit Problemen, Beteiligte Vorbereitung, Ressourcenermittlung, Untersuchung.

Die Untersuchungen der Dreijährigen in den Kitas wurden von den Gesundheitsämtern in mehreren Arbeitsgruppen vorbereitet. Zum einen gab es eine Arbeitsgruppe an der sich sechs Bezirke beteiligten, die das Konzept für die ‚Bewerbung‘ der Gesundheitsämter bei der Behörde erstellte (n=2). Zum anderen wurden die fachlichen Standards und Untersuchungsleitlinien sowie die benötigten Formulare für die Durchführung durch Ärztinnen der Gesundheitsämter, unter Leitung des Gesundheitsamtes Altona vorbereitet (n=3). Auch Informationswege zu Eltern und Kitas, Dokumentation der Untersuchungsergebnisse, Einverständnis der Eltern und rechtliche Fragen wurden abgeklärt und in einem „kompletten Untersuchungspaket“ (KSA04, 216) zusammengestellt (n=2).

Durch die Rechtsverordnung mussten die Planungen vor allem im Hinblick auf die Menge der zu untersuchenden Kinder und im Hinblick auf den Untersuchungsumfang angepasst werden. Ursprünglich war geplant, nur Kinder ohne altersentsprechende Vorsorgeuntersuchung oder von Erzieherinnen empfohlene Kinder zu untersuchen (n=3), durch die Rechtsverordnung ist die Untersuchung allen Eltern und Kindern anzubieten (n=2). Außerdem wurde der Untersuchungsumfang erweitert: es kann zusätzlich zu Hören, Sehen, Sprache und Motorik in Absprache mit den Eltern auch eine körperliche Untersuchung durchgeführt werden.

Die Ressourcenberechnung erfolgte bereits auf der Grundlage des Gesetzestextes und ist durch die Erweiterung der Aufgaben nach der Rechtsverordnung nicht mehr angemessen (n=2), die Untersuchungen können mit den bewilligten Ressourcen nicht im vorgesehenen Umfang durchgeführt werden (n=3). Schon die Vorbereitung der Umsetzung nimmt sehr viel personelle Kapazität in Anspruch. Erschwerend kommt hinzu, dass bereits die ursprüngliche Ressourcenberechnung nach unten korrigiert werden musste, weil die Fachbehörde diese nicht akzeptiert hat (n=2).

„dann also dass nicht genügend Personal da ist, meines Erachtens, dass das nicht allen Kindern, insbesondere im zahnärztlichen Bereich fünfunddreißigtausend Kinder mit den ich glaub einskomm sieben Zahnärzten zu erreichen halte ich für unmöglich, und auch dieser offene Posten bei den ärztlichen Untersuchungen, dass eben, wenn die Eltern das fordern und wünschen eben auch ´ne Untersuchung gemacht werden soll, dass wir dann ´n Anstieg der Anforderungen für die ärztlichen Untersuchungen bekommen, der eben mit den momentanen Personalmöglichkeiten nicht einzuhalten ist, also wir haben mit dreitausend Kindern gerechnet, wenn jetzt also nur bei jedem zweiten Kind die Eltern mit dabei sind, bei der Untersuchung und dann noch ´ne Untersuchung fordern in der Kita, dann werden wir von dreitausend auf zehntausend hochgehen und das muss man gar nicht groß evaluieren, dass das nicht klappen wird. Ist schon vorhersehbar.“ (KSA02, 289/303)

Die Frage, ob die Zielsetzung (das, was die Befragten als Zielsetzung interpretieren) umzusetzen ist, wurde überwiegend kritisch beurteilt. Probleme sehen sie in unzureichenden Ressourcen (n=2), die vor allem durch die erhöhte Grundgesamtheit der Kinder fehlen. Aus den Erfahrungen mit den Schuleingangsuntersuchungen wird übertragen, dass erst noch unterstützende Strukturen geschaffen werden müssen. Aus verschiedenen Gründen befürchten sie, dass die Zielgruppe nicht erreicht werden kann (n=4): dadurch, dass es sich um eine freiwillige Untersuchung handelt, werden bestimmte Eltern die Untersuchung ablehnen (nämlich die, bei deren Kinder sie eine mangelnde Versorgung vermuten, n=2) und andere Eltern (nämlich eher zu besorgte) werden Untersuchungskapazitäten beanspruchen, die dann für die eigentliche Zielgruppe nicht mehr zur Verfügung stehen.

„Ja und wir sehen jetzt ´n bisschen bei der Ausführungsbestimmung die Gefahr, dass die Eltern, die das sowieso schick finden, ihre Kinder untersuchen zu lassen, dass deren Kinder mehr vorgestellt werden und die anderen, die nicht in der Lage sind, diese Einverständniserklärung beizubringen, oder nicht da dran interessiert sind, oder interessiert sind, sie nicht beizubringen, die wieder durchs Netz gehen, weil es ja so auf Freiwilligkeit beruht.“ (KSA04, 325/331)

Eine weitere Vermutung ist, dass Kinder, die vernachlässigt oder missbraucht werden, gar nicht eine Kita besuchen und so nicht erreicht werden können. Ebenso wird der Datenschutz und die fehlende Verpflichtung zu einer körperlichen Untersuchung als hinderlich eingeschätzt. Dementsprechend befürworten sie, die Untersuchungen verpflichtend zu machen (n=2) und den Untersuchungsumfang laut Rechtsverordnung um die körperliche Untersuchung zu erweitern (n=2). Auch die Nachhaltigkeit, also die Umsetzung der Untersuchungsergebnisse und Empfehlungen sehen sie kritisch, da diese ausschließlich von den Eltern abhängt und keine Möglichkeit der Nachprüfung gegeben ist (n=2).

„Ja, es werden ja, wenn Defizite festgestellt werden, bekommen die Eltern ´ne Information, dass sie was tun sollen, aber es ist nicht so die Möglichkeit, zu kontrollieren, ob sie auch was getan haben, ´ne?“ (KSA04, 395/398)

Alternativ ist eine Durchführung der Untersuchung durch niedergelassene Kinderärzte vorstellbar, da in diesem Fall auch eine bessere Nachhaltigkeit hergestellt werden könnte. Insgesamt sollten die Untersuchungen nicht als isolierte Maßnahme betrachtet werden, sondern in einem globaleren Zusammenhang der Aktivitäten Hamburgs für die Kindergesundheit gesehen werden.

Im weiteren Vorgehen müssen jetzt Erfahrungen mit den Untersuchungen gesammelt werden, um die Umsetzbarkeit einschätzen zu können (n=2). Die Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern müssen für die Untersuchungen geschult werden und dann Kontakt mit den Kitas aufnehmen (n=5). Bei der Frage nach dem weiteren Vorgehen von Kitas und Gesundheitsämtern wird auch deutlich, wie viele Aufgaben im Hinblick auf die Organisation von den Kitas erledigt werden müssen, auf deren Mitarbeit die Gesundheitsämter aufgrund der Vorgaben angewiesen sind. Dennoch werden auch Gestaltungsspielräume in der Art der Kontaktaufnahme gesehen, die die Durchführung interessant machen. Die neue Aufgabe muss jetzt in die Strukturen der Ämter integriert werden und bietet die

Chance, neue Arbeitszusammenhänge zu schaffen. Nicht zuletzt sollte über die beginnenden Aktivitäten auch berichtet werden.

Probleme in der Umsetzung werden wieder an erster Stelle in den mangelnden Personalressourcen gesehen (n=5). Dabei ist nicht nur der genehmigte Umfang zu niedrig, sondern auch die Personalbeschaffung gestaltete sich in einigen Bezirken schwierig (n=2). Durch die Personalknappheit entsteht für die durchführenden Ärzte und Assistentinnen eine sehr unbefriedigende Situation, da sie ihre Aufgabe von vorneherein nicht bewältigen können. Bereits vor der Einführung der Untersuchungen nach § 4 waren die Gesundheitsämter mit der Durchführung der Schulärztlichen Untersuchungen stark belastet, worunter auch andere präventive Aufgaben gelitten haben.

„Wir haben nachdem das neue Schulgesetz 2003 in Kraft getreten ist, und wir alle Kinder auch einmal untersuchen müssen, vor der Schule, haben wir im Grunde keine Freiräume mehr, andere präventive Arbeiten zu erledigen. Wir haben vorher, bevor das Schulgesetz in Kraft getreten ist, haben wir schon auch Kontakt von unseren Schulärzten zu Kindergärten gehabt, wo mal was stattfand, oder wo auch ´n Vortrag auf dem Elternabend gehalten wurde, aber das machen wir alles nicht mehr, unsere Schulärzte sind nur beschäftigt, die Untersuchung nach dem Hamburger Schulgesetz zu erledigen, und können alles andere, was es an präventiven Maßnahmen gibt, also Kontakte zu Schulen, Kindergärten, Projekte oder ähnliches nicht mehr durchführen. Wir schaffen nicht mal die Schuleingangsuntersuchung. Weil wir zu wenig Personal haben.“ (KSA03, 492/504)

Um hier weitere Einbußen zu vermeiden legen sie Wert darauf, dass die Arbeitszeit für die Kitauntersuchungen von anderen Aufgaben strikt getrennt gesehen wird (n=2). Auch in der Zusammenarbeit mit den Kitas sehen sie mögliche Probleme. Die Mitarbeiterinnen hier sind ebenfalls knapp mit Personal- und Zeitressourcen, so dass sie mit der Organisation der Untersuchungen (z.B. Informationsfluss, Sprachschwierigkeiten mit Eltern) überfordert sein könnten (n=2). Aus den ungenügenden Ressourcen folgen weitere Probleme, zum Beispiel, dass nicht alle Kitas erreicht werden können (n=2). Bei der Bevorzugung von Kitas in schlechten sozialen Lagen werden aber Kinder mit Bedarf in

besseren Stadtteilen systematisch nicht erreicht. Auch die Inanspruchnahme der Ressourcen durch bereits gut versorgte Kinder verschlechtert die Chancen für die anvisierten Kinder, eine Untersuchung zu erhalten. Eine gute Diagnostik in der Untersuchung wird erschwert durch den Untersuchungsumfang (ohne körperliche Untersuchung) und auch durch Abwesenheit der Eltern, da dann kein Anamnesegespräch geführt werden kann und wichtige Vorinformationen zum Kind nicht erhoben werden können. Auch zwischenmenschliche Anlaufschwierigkeiten zwischen den Berufsgruppen Medizin und Pädagogik können die Umsetzung erschweren (n=2).

„Wichtig ist glaube ich, jetzt wirklich auch noch mal, das sich Leute, jetzt der Kitabereich oder der ÖGD, also der öffentliche Gesundheitsdienstbereich, die Menschen, die da in den einzelnen Bereichen arbeiten, haben andere Mentalitäten, ne andere Ausbildung und da hoffe ich sehr, dass jetzt alle Seiten irgendwie das gemeinsame Ziel, nämlich die Gesundheit von Kindern zu verbessern, nicht aus den Augen verlieren und dann vielleicht auch manche Animositäten ´n bisschen zurückstellen.“ (KSA05, 425/432)

Wie wollen die Beteiligten die Probleme angehen? Neben der Ausstattung mit mehr Zeit und Personal wollen sie die Auswahl von Kitas flexibel gestalten, um hier auf den größten Bedarf eingehen zu können (n=2). Auch in der Termingestaltung wünschen sie sich mehr Gestaltungsspielräume, damit sie auf die Bedürfnisse der Kitas (zum Beispiel keine Untersuchungen in der Vorweihnachtszeit) eingehen können. Zeiten mit weniger Untersuchungen könnten dann sehr gut für notwendige Öffentlichkeitsarbeit und Informationsveranstaltungen genutzt werden (n=2). Auch für die Eltern sollten Ausweichtermine, möglicherweise auch in den Gesundheitsämtern angeboten werden, um ihre Anwesenheit bei Untersuchungen zu fördern.

4.1.4 Kitas/ Partner

Die Kategorie beschreibt die Haltung der Befragten gegenüber den zukünftigen Partnern bei den Untersuchungen, den Kindertageseinrichtungen. Was erwarten sie von ihnen an Unterstützung, welche Erfahrungen haben sie bisher mit Kindertagesstätten gemacht, auch im Rahmen der Vorbereitungen und wie

schätzen sie die Einstellung der Kitas zu den Untersuchungen ein. Codes: Aufgaben und Erwartungen an Kitas, Erfahrungen mit Kitas, Kontakte zu § 4 bisher, Sichtweise Kitas.

An erster Stelle erwarten die Befragten, dass die Kitas ihre Aufgaben laut Rechtsverordnung umsetzen, also Organisation und Koordination der Untersuchungstermine (n=2), Einsammeln von U-Heften, Impfausweisen, Einverständniserklärungen, Information der Eltern. Die Kitas sollen kooperativ, im Sinne von ‚nicht blockierend‘ sein und auch für die Untersuchungen werben. Bei den Eltern könnten sie die Inanspruchnahme steuern, indem sie Verständnis schaffen für die begrenzten Kapazitäten und Eltern schlecht versorgter Kinder gezielt und intensiver ansprechen. Sie sollen sich für die Ergebnisse der Untersuchungen interessieren und Vorbehalte gegenüber den Gesundheitsämtern zugunsten gegenseitigen Kennenlernens zurückstellen.

„Es ist die Planung, dass die Kitas selber steuern. Das steht jetzt nirgendwo so im Gesetz, aber diese Möglichkeit hätten natürlich die Erzieherinnen, indem sie bei den Eltern, wo sie der Meinung sind, da muss mal ´ne Untersuchung sein, öfter mal nachfragen, wo ist der Zettel, und vielleicht gar nicht allen so ´nen Zettel austeilen. (...) Also da muss die Kita steuern. Sonst kommen wir wieder an die falschen Kinder, ne? (KSA04, 345/354)

Erfahrungen mit Kindertagesstätten haben die Befragten bisher eher weniger. Die Gesundheitsämter nehmen Aufgaben im Rahmen des Infektionsschutzes (n=2), der Hygieneaufsicht und der Bauaufsicht in Kindertagesstätten wahr. Es gibt Kontakte zum Thema Impfberatung und zum Teil werden Kindertagesstätten über Aktivitäten des Gesundheitsamtes informiert (n=2). Prävention und Gesundheitsförderung wurde zum Teil wieder eingestellt, aufgrund Personalknappheit im Gesundheitsamt und Ausweitung anderer Aufgaben. Zu Vorsorgeuntersuchungen gab es in einem Bezirk das Projekt ‚Ich geh zur U und du?‘.

Die bisherigen Erfahrungen können aufgrund der wenigen Kontakte nicht so gut bewertet werden, aber die Zusammenarbeit kann durchaus gut sein, wenn

Anfangsschwierigkeiten überwunden werden und ein gemeinsames Ziel verfolgt wird (n=2). Erschwerend für die Kontaktpflege ist, dass man es mit vielen Einzeleinrichtungen zu tun hat.

„also man hat gesehen, dass Information und Zusammenarbeit mit den Kindertagesstätten eventuell ermöglicht, dass die Wahrnehmung der Schulanfängeruntersuchung besser ist. Weil da ja Verständnis geschaffen wird. Die Kindertageseinrichtungen sind eigentlich, haben wir erlebt, wenn wir mit irgendeinem Anliegen des Gesundheitsamtes kamen, das war bisher weitgehend der Infektionsschutz, dass erst mal Bedenken da waren, aber wenn man einmal zusammengearbeitet hatte, haben die Kitas gemerkt, dass ´ne Zusammenarbeit sie schneller voranbringt mit ihren eigenen Zielen, und wir kamen mit unseren Zielen auch schneller voran, das ist ja zum Beispiel das Fördern der Impfungen aber auch das Fördern der U-Untersuchungen, also dass insgesamt das Thema Gesundheit mehr thematisiert wird, wenn das Gesundheitsamt mit irgendeinem Bein in den Kitas ist.“
(KSA04, 436/456)

Zu den Untersuchungen nach § 4 gab es mit den Kindertageseinrichtungen bisher wenige Kontakte, in der Vorbereitungsphase wurden sie nicht aktiv beteiligt. Durch schlechte Informationsweiterleitung und einen schlechten Informationsstand der Träger und Kitaleitungen gab es Missverständnisse und Unmut (n=3), die zum Teil zu einer Blockadehaltung geführt haben. Jedoch gab es auch positive Reaktionen der Kitaleitungen, besonders bei persönlichen Kontakten mit den Kitaärztinnen. Terminabsprache in der Weihnachtszeit hat sich als schwierig erwiesen (n=2).

„muss man mal abwarten, der Einstieg war nicht so günstig, weil da wohl ja auch schon Ärzte mit weißen Kitteln auftauchten und untersuchen wollten und dann die Kitas völlig verschreckt waren und die Verantwortlichen dort und dann erst mal gesagt haben, jetzt machen wir erstmal gar nichts, solange das nicht geklärt ist, die rechtliche Grundlage, und jetzt hoffe ich, dass das nach der Krisensitzung am letzten Freitag kein Thema mehr ist“ (KSA02, 440/447)

Die Befragten sind der Ansicht, dass die Kindertageseinrichtungen die neue Aufgabe sehr unterschiedlich sehen. Grundsätzlich haben die Kitas eine positive Einstellung zu Gesundheitsthemen und ein Interesse an der guten Versorgung ihrer Kinder. Es wird davon ausgegangen, dass sie sich nach anfänglichen Schwierigkeiten auch für die Untersuchungen engagieren werden. Allerdings sind auch sie knapp mit Ressourcen und werden Bedenken gegenüber der zusätzlichen Arbeitsbelastung haben (n=4). Die Untersuchungen könnten als Störung im normalen Ablauf gesehen werden und als Abschieben von Arbeit auf die Kitas. Eine negative Einstellung könnte auch durch den bisher schlechten Informationsfluss entstehen (n=2) und zudem gibt es Äußerungen der Kitas, dass die Untersuchungen als unnötig empfunden werden, da die Kinder in ihren Einrichtungen bereits durch die Erzieherinnen in Bezug auf Auffälligkeiten gut beobachtet werden.

„(...) die das schon sehr skeptisch sehen, aufgrund ihrer persönlichen Belastung, die sie in den Kindertagesheimen haben. Weil das ist wieder ein Mehraufwand auch für die Tagesheime, (...) das ist ´n immenser Aufwand, und (...) es ist nicht so richtig einzusehen, dass das so laufen soll. Weil die Kinder, die in Kindergärten sind, die sind schon unter Aufsicht. Die werden beguckt. Da sieht man, ob ´n Kind motorisch nicht fit ist oder man merkt auch, dass es vielleicht nicht hören kann und man achtet auf die Vorsorgeuntersuchungen, dass also die Vorsorgehefte jetzt vorliegen (...).“ (KSA03, 618/630)

4.1.5 Kooperation

Die Kategorie beschreibt Erfahrungen und Einschätzungen der Befragten zum Stichwort Kooperation. Sehen sie die Umsetzung der Untersuchungen als Kooperationsaufgabe an und welche Hindernisse und Voraussetzungen müssen aus ihrer Sicht für Kooperation gegeben sein? Auch die Bedeutung, die sie Kooperation im Zusammenhang mit den Untersuchungen zumessen, wird hier beschrieben. Codes: § 4 Kooperation?, Bedeutung von Kooperation, Erfahrungen mit Kooperation, Voraussetzungen und Hindernisse.

Die Frage, ob es sich bei den anstehenden Untersuchungen um eine Kooperationssituation handelt, wird von allen Befragten bejaht. Den Begriff Kooperation füllen sie jedoch mit unterschiedlichen Inhalten: die Untersuchungen sind als Kooperation im Sinne einer allgemein geforderten Vernetzung von Jugendhilfe und Gesundheitseinrichtungen zu verstehen, sie werden Kooperationen innerhalb des Amtes ergeben. Auf der einen Seite wird Kooperation in einem sehr weiten Sinne beschrieben („Irgendwie ist ja alles Kooperation im Leben“, KSA05, 487), auf der anderen Seite wird unter Kooperation bereits die Aufgabe einer Blockadehaltung (in diesem Fall durch die Kitas) verstanden.

„Naja, die müssen schon kooperieren, sonst klappt das ja nicht. Das ist ´ne Aufgabe, die müssen einen ja reinlassen, und auch dafür werben und, ja, das ist ´ne Kooperationsaufgabe, ist auch ´ne Prüfung, ob die Kooperation klappt, muss man mal abwarten (...) also es ist am Anfang sicherlich besonders groß, aber auch auf Dauer wichtig, dass man gut kooperiert.“ (KSA02, 437/449)

Die Befragten haben die Erfahrung gemacht, dass Kooperation Zeit benötigt und am Anfang etwas erschwert sein kann (n=2), gerade, wenn verschiedene Institutionen oder Berufsgruppen aufeinander treffen. Jedoch hilft Zusammenarbeit beider Seiten, ihre Ziele besser und schneller zu erreichen und wirkt sich auch positiv auf andere Bereiche aus. Als hinderlich für Kooperation empfinden sie Konkurrenz, Zeitdruck (n=2), unterschwellige Konflikte und Bevormundung des Gegenübers (n=3).

„Also nicht hier mit dem Gesetz wedeln so und nun macht, und wir müssen und ihr müsst uns jetzt zwei Räume zur Verfügung stellen, ne? So in der Art, sondern schau’n wir mal gemeinsam, wie wir bei Ihnen ´ne Untersuchung hinkriegen. So. Im Sinne der Kinder.“ (KSA03, 698/701)

Voraussetzungen für Kooperation sind sowohl in Strukturen, wie auch bei der Einstellung und dem Verhalten von Personen anzusiedeln. Strukturelle

Bedingungen sind genügend Ressourcen (n=2), aber auch eine ‚Einstiegsprofite‘ oder ein Ansprechpartner, der mehrere einzelne Einrichtungen vertritt (n=2). Die Kooperationspartner sollten ein gemeinsames Ziel verfolgen und sich darauf verständigen. Wichtig ist, grundsätzlich zu einer Kooperation bereit zu sein, den Partner und seine Ziele und Werte zu akzeptieren und zu respektieren (n=4) und die Bereitschaft, sich kritisieren zu lassen.

„dass man sich offen zeigt, dass man auch mal bereit ist, sich selber in Frage zu stellen, dass man versucht, also die Organisation, das Gesundheitsamt sich auch als lernende Organisation versteht, also, dass wenn Sachen mal gegen die Wand fahren, um das mal platt zu sagen, dass man das kritisch hinterfragt, um so etwas dann auch zu verbessern. Und dass man bereit ist, auch die Werte, also sowohl die inhaltlichen Werte, wie auch politische Überzeugungen, berufliche Qualifikationen und Vorstellungen des Gegenübers zu akzeptieren. Darum geht's glaube ich auch. Und dann wenn das gelingt und man die Sachen offen anspricht, das sind glaube ich ganz gute Voraussetzungen auch für Kooperation. (KSA05, 510/520)

Außerdem sollte man auch Lust an einer neuen Aufgabe mitbringen.

Gegenseitige Information und Kontaktpflege (n=2), Kommunikation (n=2) und das Bewerben des eigenen Anliegens (sich als Anbieter, Dienstleister verstehen und nicht auf gesetzliche Vorgaben berufen, n=2) sind Teil des kooperativen Verhaltens. Außerdem gehören dazu auch soziale Kompetenzen wie Flexibilität, Teamfähigkeit, Offenheit (n=2), Freundlichkeit, Zuhören, Geduld und Rücksichtnahme.

Die Frage zur Bedeutung von Kooperation interpretieren die Befragten sehr unterschiedlich:

Kooperation wird als Grundvoraussetzung gesehen, ohne die die Untersuchungen nicht umzusetzen sind und als Verpflichtung, nämlich sich mit dem Partner oder Gegenüber zu arrangieren.

Kooperation bedeutet Gewinn für die Beteiligten, der in diesem Fall mit den Vorteilen und Chancen der Untersuchungen gleichgesetzt wird.

Kooperation bedeutet, eine bestimmte Haltung einzunehmen und sich kooperativ zu verhalten (n=2).

Kooperation bedeutet zunächst einen Mehraufwand, von dem man in der weiteren Zusammenarbeit dann aber profitieren kann.

Interviewerin: „Ja, und was bedeutet Kooperation jetzt in diesem Zusammenhang für die Beteiligten?“

Antwort: „Das ´n Teil der Zeit nicht für Untersuchung zur Verfügung steht, sondern für gegenseitiges Kennenlernen und Rahmenbedingungen einstellen, ne? Und aber natürlich auch Mitnahmeeffekte, dass, wenn dann zum Beispiel mal ein Durchfallgeschehen in einer Kita ist, dass man dann schon mehr Vorkenntnisse hat, dass man Ansprechpartner hat, dass das Vertrauen in die zu treffenden Maßnahmen besser ist, das man nicht alles anzweifelt, was der Partner sagt, sondern erstmal unterstellt, das macht er schon richtig, das mach ich jetzt mit.“ (KSA04, 819/833)

4.1.6 Perspektive

Die Kategorie beschreibt die Einschätzung der Befragten in Bezug auf die Entwicklung und die Dauer der Untersuchungen, sowie Hinweise auf ihr Interesse, was bei der Umsetzung beobachtet oder herausgefunden werden sollte. Codes: Evaluation, zukünftige Entwicklung.

Die Befragten hoffen mehrheitlich auf eine dauerhafte Durchführung der Untersuchungen (n=3), nur in einem Fall wird sicher von einer längeren Dauer ausgegangen. Eine insgesamt positive Einschätzung der Entwicklung wird zwar formuliert (n=2), aber überwiegend wird die derzeitige geplante Ausstattung und Form der Untersuchungen als unzureichend empfunden und Änderungen im Verlauf als notwendig erachtet (n=4).

„Also ich denke, dass es ´ne dauerhafte Einrichtung wird, es sind ja fast alle Bundesländer dabei, solche Untersuchungen einzuführen. (...) Ich glaub, dass das noch ausgeweitet wird. (...) Dass wirklich Personal vorhanden ist, um allen diese Angebot zu geben. Oder dass man Rahmenbedingungen schafft, die sind im Moment wohl juristisch

nicht vorhanden, dass man gezielter untersucht, also dass die untersucht werden, die es wirklich nötig haben, dass vielleicht irgendwann die Kitas entscheiden dürfen, wer untersucht wird.“ (KSA03, 715/732)

Erkenntnisse wünschen sich die Befragten vor allem zu Zeit- und Personalressourcen (n=4), wobei sie davon ausgehen, dass die bisher zugestandenen nicht ausreichend sind. Außerdem sind sie an den Ergebnissen der Untersuchungen interessiert (Möglichkeiten und Grenzen, n=2). Rahmenbedingungen und Probleme sollten beobachtet und ausgewertet werden, um gezielte Verbesserungen anzustreben (n=3). Die Evaluation wird auch als Möglichkeit gesehen, den Wert des Angebots herauszustellen und bekannt zu machen. Die Untersuchungen sollten nicht nur einzeln, sondern in einem größeren Kontext verfolgt werden, auch unter dem Aspekt der institutionsübergreifenden Zusammenarbeit.

„die nächste Möglichkeit ist, und das wäre meine Idealmöglichkeit, dass letztendlich, auch mit Hilfe der Evaluation gezeigt werden kann, dass wir eine wichtige Aufgabe da wahrnehmen, dass wir im Endeffekt nach der Evaluation entsprechend Personal kriegen, dass die Hansestadt sich sagt, das ist so eine tolle Sache, dafür stellen wir die Sachen zur Verfügung, weil das nicht nur unsere Zukunft, sondern unser Jetzt ist, was wir da investieren, in die Kinder“ (KSA01, 772/779)

4.2 Ergebnisse ‚Träger und Verbände von Kitas‘

4.2.1 Ziele und Motivation

Die Kategorie beinhaltet die Einschätzung der Befragten zur Zielsetzung des Gesetzes und der Untersuchungen und wie sie diese bewerten, auch im Hinblick auf einen Umsetzungszwang, der sich aus dem Gesetz ergibt. Wie gehen sie selber mit dem Thema Gesundheit und Gesundheitsvorsorge in den Kitas um und wie passen die geplanten Untersuchungen in diesen Kontext oder können sie in diesem Zusammenhang Chancen oder Vorteile bieten. Codes Zielsetzung, Bewertung der Zielsetzung, Gesetz ist Gesetz, Gesundheit in Kitas, Chancen.

Die Befragten sehen das Gesetz als Beitrag zur Prävention und Förderung der kindlichen Gesundheit an. Das Ziel Förderbedarf und Entwicklungsdefizite zu erkennen, um gezielte Förderung zu initiieren (n=4) und eine flächendeckende medizinische Versorgung und Vorsorge für Kinder sicherzustellen (n=3) wird im Grundsatz von allen Befragten befürwortet.

Weiterhin sehen sie das Ziel, Kindeswohlvernachlässigung aufzudecken oder zu vermeiden (n=3), betrachten dieses jedoch kritisch, auch unter dem Aspekt der Ausgestaltung der Durchführung.³³ Das Gesetz kann als ein Baustein neben weiteren Maßnahmen zur Stärkung des Kindeswohls dienen, dennoch wird auch kritisiert, dass dieser Aspekt derzeit als Begründung für viele Maßnahmen erhalten muss und im Grunde mehr der Profilierung der Politik dient. Sie sehen in anderen Alternativen, wie zum Beispiel der Verpflichtung zur Durchführung der U-Untersuchungen beim Kinderarzt bessere Instrumente.

„also ich denke, die Absicht ist, ´n genaueres Wissen und ´ne genauere Kontrolle über den Gesundheitszustand von Kindern zu erlangen, ich denke, es ist ganz stark im Zusammenhang mit den verschiedenen Fällen von Kindeswohlvernachlässigung zu sehen und dem Versuch der Stadt, sozusagen ein engmaschigeres Netz zu knüpfen, (...) und zu den Familien Kontakt zu bekommen, die die Vorsorgeuntersuchungen vielleicht nicht wahrnehmen, oder unzureichend wahrnehmen, und die vielleicht auch

³³ Vgl. Kap. 4.2.3, Machbarkeit

nicht ausreichend Sorge für die Gesundheit ihrer Kinder tragen. Das denke ich, ist mal so ganz allgemein der Hintergrund.“ (KSK05, 165/175)

„Es gibt unserer Erfahrung oder Einschätzung nach schon glaube ich ´ne ganz überwiegende Zustimmung zu diesem Grundgedanken. Dass Kinder unabhängig von Untersuchungen oder unabhängig von den Möglichkeiten, Fähigkeiten oder dem Engagement ihrer Eltern die Chance haben, bis zur Einschulung zweimal von einem Arzt gesehen zu werden. Das wird glaube ich grundsätzlich geteilt. Wir teilen eindeutig nicht, auch wir als Spitzenverband nicht die Wahrnehmung, dass damit Fälle der massiven Kindeswohlverletzung, wie wir sie grade diskutiert haben, dass wir die damit in den Griff bekämen. Dafür ist das Instrument ungeeignet.“ (KSK02, 204/213)

Generell beinhaltet das Gesetz auch den Aspekt der Kontrolle von Eltern (n=3), denen ihre Verantwortung gegenüber den Kindern deutlich gemacht und mit öffentlichem Interesse am Wohl der Kinder Nachdruck verliehen werden soll. Dieser Kontrollaspekt wird zwiespältig gesehen. Zum einen wird eine stärkere Kontrolle der Eltern begrüßt (n=2), jedoch wird kritisch gesehen, dass die Kita diese Kontrollfunktion ausüben soll, da dies mit ihrem Auftrag zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den Eltern nicht gut zu vereinbaren ist. Auch könnte es sein, dass der Kontrollcharakter gerade von den Eltern wahrgenommen wird, die Unterstützung nötig hätten, mit dem Ergebnis, dass diese sich aus dem Raum Kita stärker zurückziehen und ihre Kinder noch geringere Chancen haben, von den Untersuchungen oder dem Versorgungssystem zu profitieren.

„ich finde, dass das zwei Seiten hat. So. Ich sehe vieles positiv daran, also weil ich schon sehe, oder das auch viel erlebe, dass viele Kinder ja auch von ihren Eltern nicht so versorgt werden, wie es eigentlich erforderlich wäre, insofern finde ich das auch gut, wenn das quasi überwacht wird, ich sehe auf der anderen Seite aber auch, dass es nicht einfach ist, für die Kita, vertrauensvoll mit Eltern zusammen zu arbeiten, Erziehungspartnerschaften einzugehen, und gleichzeitig eben immer so ´ne Kontrollfunktion zu haben, so zeig mal, ja? Leg mir mal vor. Das ist wirklich im Umgang mit Eltern oft schwierig auch.“ (KSK04, 260/288)

Nach Einschätzung aller Befragten ist Gesundheit allgemein heute in allen Einrichtungen zur Kinderbetreuung Thema. Dabei bestehen Anforderungen aus unterschiedlichen Bereichen und es kommt auf eine ganzheitliche Sichtweise an, die Anforderungen müssen in einem Gesamtkonzept aufgehen (n=3). Im Bereich der Kindergesundheit werden verschiedene Schwerpunktthemen genannt: Ernährung und Bewegung (n=5), Körper- und Mundhygiene (n=2), Sprachförderung, Motorik, emotionale Entwicklung und allgemein die Entwicklung der Kinder, die beobachtet und dokumentiert wird und mit Eltern besprochen wird (n=2). Die Einbindung der Eltern wird generell als wichtig erachtet (n=4) und unter diesem Aspekt ebenfalls das Eingehen auf spezifische Bedürfnisse einer Kita oder eines Stadtteils. Auch allgemeine Gesundheitsthemen, wie Rauchverbote und Mitarbeitergesundheit gehören mit zum Spektrum von Gesundheit in Kindertagesstätten.

Umgesetzt werden diese Themen in Projekten (n=2), durch Mitgliedschaft in Netzwerken (n=2, Anmerkung der Autorin: alle Befragten sind Mitglieder im Netzwerk ‚Gesunde Kitas in Hamburg‘ bei der HAG) und durch die Aufnahme in Qualitätsrichtlinien.

„Ja, ich glaube, es gibt keine Einrichtung mehr, die diese Frage mit nein beantworten würde, die Bandbreite dessen, was man dann darunter versteht, die ist enorm. Und meiner Einschätzung nach erheblich abhängig davon, in welcher Region die Kita verortet ist. Also in den Regionen, die wir als sozial schwächer beschreiben, da ist das in erheblichem, auch erkennbarem Umfang Thema. In anderen Einrichtungen wird es immer mal wieder auch ´n Projekt geben, gesundes Essen, gesundes Frühstück, aber dort ist das in der Regel ´n nachrangiges Thema. Würd sagen, dass es kein mehr Thema ist, das gibt’s nicht mehr. Dafür passiert auch zuviel. Wir haben übergewichtige Kinder, wir haben motorisch gestörte Kinder, wir haben mangelernährte Kinder, da gibt es schon ´ne Menge Wahrnehmungen inzwischen.“ (KSK02, 395/406)

Die Untersuchungen nach § 4 können im gesamten Kontext Kita und Gesundheit eine unterstützende Wirkung als weiterer Baustein haben (n=3), zum Beispiel

durch eine weitere fachliche Einschätzung des Gesundheitszustandes der Kinder (n=2). Die Durchführung in den Kitas kann durch deren Kontakt zu den Eltern zu einem nachhaltigeren Umgang mit den Ergebnissen führen. Die Wahrnehmung oder Akzeptanz der Untersuchungen insgesamt wird dabei auch davon abhängen, wie sie qualitativ umgesetzt werden (n=4). Dann können sie auch positiv als ein Angebot der Kitas für die Eltern verstanden werden (n=2). Die Kita wird für die Durchführung der Untersuchungen als ein günstiger Ort angesehen (n=2), da so Berührungs- und Schwellenängste der Eltern mit Behörden vermindert werden können. Die Untersuchungen können in diesem Sinne die Chance bieten, das Bild des Gesundheitsamtes auch der Kitamitarbeiter positiv zu verändern (bisher eher Kontrollinstanz in Hygienefragen) und Kooperationen auszubauen und zu verbessern (n=2).

„also wenn das gut gestaltet ist, auch von der Seite des Gesundheitsamtes, dann glaube ich könnte das ´ne gute Ergänzung sein, also grundsätzlich finde ich, Kitas können da auch ´n guter Ort sein für so was. Und wenn sich darüber hinaus auch ´ne gute/ oder ´ne engere Kooperation noch mit dem Gesundheitsamt entwickelt, könnte ich mir vorstellen, dass das insgesamt positiv zu bewerten ist. (KSK05, 268/274)

Unstrittig ist für alle Befragten, dass die Untersuchungen jetzt umgesetzt werden. Sie sehen ihre Verpflichtung durch das Gesetz und werden dieser in jedem Fall nachkommen.

4.2.2 Ablauf³⁴

Die Kategorie beschreibt, wie die Befragten den bisherigen Vorbereitungsprozess wahrgenommen haben. Wurden sie einbezogen und in welcher Form, wie beschreiben sie ihre Aufgaben als Träger oder Verband bei der Einführung von Gesetzesänderungen, konnten sie ihre Aufgaben wahrnehmen und wie sieht ihre Bewertung des Ablaufs insgesamt aus. Codes: Zuständigkeit, Beteiligung, Bewertung Ablauf.

³⁴ Die Kategorie ‚Ablauf‘ in der Textgruppe Kitas wird im Kap. 5.1 mit der Kategorie ‚Entstehungsprozess‘ der Textgruppe Gesundheitsämter verglichen. Da sich die Kategorie in der Struktur (Zusammenstellung der Codes) naturgemäß (unterschiedliche Einbindung/ Zuständigkeiten im Verlauf) unterscheiden, wurde bewusst eine unterschiedliche Benennung gewählt.

Die Verbände und Träger sehen sich als Knotenpunkt zwischen Behörde und ihren Mitgliedseinrichtungen. Ihre Aufgaben sind Interessenvertretung und Vertragsverhandlungen für ihre Mitglieder (n=4), Information (n=4) und die Koordination und Planung einheitlicher Vorgehensweisen bei der Umsetzung von Neuerungen (n=2). Die Verbände sind in verschiedenen Gremien vertreten, zum Beispiel in der Vertragskommission, Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der freien Wohlfahrtspflege, Landesarbeitsgemeinschaft nach §78, Netzwerk ‚Gesunde Kitas in Hamburg‘ bei der HAG und auf Stadtteilebene auch in Gesundheitskonferenzen. Diese Gremien sehen sie als Kanäle für Information und Beteiligung durch die Behörde auf einer übergeordneten Ebene.

„Die Einrichtungen schließen sich ja nicht grundlos irgendwelchen übergeordneten Spitzenverbänden an. Die wollen genau solche Dinge sichergestellt wissen, dass im Vorfeld von so groß angelegten Maßnahmen Regularien entwickelt werden, die auch von Fachleuten als einigermaßen stimmig betrachtet werden, und dann in die Einrichtungen kommentiert weiter gegeben werden. Das ist alles nicht passiert, es haben auf einmal Ärztinnen und Ärzte der Bezirke vor der Tür gestanden und haben gesagt, da sind wir und nun wollen wir.“ (KSK02, 149/156)

Von den denkbaren Beteiligungsformen Information, Austausch und Mitspracherecht wurde zu Beginn durch die Behörde keine genutzt (n=5). Die Interviewten hätten zumindest die Informationsweitergabe über die beschriebenen Kanäle erwartet (n=5), auf die sie zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben angewiesen sind. Informationen darüber, dass nun die Durchführung der Untersuchungen in den Kitas beginnen soll, kam auf dem umgekehrten Weg aus den Einrichtungen in die Verbandsvertretungen (n=4). Die Befragten nutzten zunächst eigene Informationsquellen (n=3) wie Dokumente und persönliche Kontakte zu Gesundheitsämtern und forderten dann die Behörde zur Information auf. Daraufhin erfolgte ein (als kurzfristiges und spät empfundenes) Gespräch, die Information wurde dennoch bis zum Befragungszeitpunkt (Mitte Dezember bis Mitte Januar) als lückenhaft empfunden.

„wir haben von diesen Vorbereitungen der Verordnung, nichts mitbekommen, das ist sehr unglücklich gelaufen, wir sind darüber informiert worden aus der Praxis, die dann nachgefragt hat und gesagt hat, wie ist das, jetzt kommen hier also plötzlich grade Ärztinnen zu uns, einige unangemeldet, einige melden sich kurz vorher an und sagen wir brauchen jetzt erst mal alle Daten, und die Eltern wurden nicht informiert, also das hat uns aufmerksam gemacht darauf, dass es jetzt losgeht“ (KSK01, 129/137)

Insgesamt wurde der bisherige Ablauf kritisch bewertet (n=4). Die Hauptkritikpunkte waren die schlechte Information und die mangelnde Vorbereitung insgesamt. Es entstand der Eindruck eines unkoordinierten, unausgereiften und schlecht durchdachten Vorgehens seitens der Behörden und Ämter (n=3), welches bei den Einrichtungen und auch den sie vertretenden Verbänden zu Widerständen geführt hat, die aufgrund des Gegenstandes nicht bestanden hätten.

„Lange Rede, kurzer Sinn, was ich bemängeln an der Stelle und das sehe ich hier auch wieder, man hätte im Vorfeld das einfach finde ich noch ´n Stück besser organisieren können, dass es dann auch reibungsloser an die Praxis oder an die Leute, die es dann nachher auch umsetzen sollen auch gegangen ist. (...) es hat uns überrascht und nach dem, was wir dann Step by Step auch mitgekriegt haben, scheint es die bezirklichen Gesundheitsämter auch überrascht zu haben, es haben bestimmte Stellen davon gewusst, aber die durchführende Ebene ist da verhältnismäßig spät informiert worden.“ (KSK03, 292/318)

4.2.3 Machbarkeit

Die Kategorie beinhaltet die Einschätzung der Befragten, ob die von ihnen beschriebene Zielsetzung des Gesetzes mit den Untersuchungen umgesetzt werden kann, ihre Wahrnehmung, welche Aufgaben und Anforderungen insgesamt auf die KITAS zukommen und welche Probleme sie dabei sehen. Außerdem Ideen und Empfehlungen zum Umgang mit möglichen Problemen und Planungen, wie sie als Träger oder Verband weiter vorgehen wollen. Codes:

Zielsetzung umsetzbar?, Aufgaben/ Erwartungen an Kitas, Probleme Durchführung, Umgang mit Problemen, weiteres Vorgehen.

Die Befragten sind überwiegend der Meinung, dass die Zielsetzung, medizinisch unzureichend versorgte Kinder zu erreichen, aufgrund der Freiwilligkeit durch die Untersuchungen nicht erreicht werden kann (n=4). Ein weiteres Problem ist die mangelnde Nachhaltigkeit der Untersuchungen, da die Umsetzung der Empfehlungen von den Eltern abhängt und im Prinzip nicht geprüft werden kann (n=2).

„Naja, das ist ja so, wie du schon gesagt hast, dass eigentlich die Kinder, die eh schon in relativ guten Händen sind und in ärztlicher Obhut, dass die eher zu den Untersuchungen gehen. Und eher untersucht werden. Und dass die Wahrscheinlichkeit, dass da keine Auffälligkeiten sind, eher gut ist. Die anderen Kinder, die die es nötig haben, da ist es schwer die Frage, ob die zu den Untersuchungen kommen und da ist glaube ich noch mal die zweite Frage, wenn ich die Diskussion richtig verstehe, wichtig wäre ja für diese Kinder ´ne gewisse Kontinuität. (...) Die ja, die das Gesundheitsamt nicht gewährleistet. Das kommt, nimmt etwas wahr, teilt es den Eltern mit und die sind dann aufgefordert, weitere Schritte zu gehen. So verstehe ich das jedenfalls. Und da ist die Frage, ob es die Eltern tun. (KSK02, 237/252)

Eltern, die sich durch die Untersuchung kontrolliert fühlen (und das könnten gerade die sein, die unterstützt werden sollen) könnten sich noch stärker entziehen und damit einen gegenteiligen Effekt auslösen. Zur Aufdeckung von Kindesvernachlässigung sind die Untersuchungen nicht nur aufgrund der Gestaltung insgesamt nicht geeignet, sondern darüber hinaus sind diese Kinder nicht in der Kita zu finden und werden so von vorneherein nicht erreicht (n=3), während Kinder, die eine Kita besuchen, dort bereits unter guter Beobachtung stehen. Insgesamt ist das Ergebnis des Vorhabens davon abhängig, ob genügend Ressourcen vorhanden sind (auf beiden Seiten), wie die beteiligten Personen mit Informationen und Ergebnissen umgehen und in welcher Qualität die Untersuchungen ausgeführt werden.

„die Frage ist, ob man sozusagen die Menschen, die, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage sind, die Hilfesysteme, die es gibt, in Anspruch zu nehmen, ob man die durch eine stärkere Kontrolle erreicht. Oder ob es da eigentlich anderer Angebote bedarf. Ich glaube, es bedarf auf jeden Fall zusätzlich anderer Angebote, einige von den Kindern, denen eine starke Kindeswohlgefährdung droht, sind ja auch vielleicht gar nicht in der Kita, und ob man solche Familien sozusagen durch ein engmaschigeres Kontrollnetz erreicht, das ist die Frage. Oder ob die sich dann noch stärker zurückziehen und dann eben der Effekt, der beabsichtigt ist, gar nicht erzielt wird. Muss man gucken.“ (KSK05, 200/210)

Die Anforderungen, die bei der Umsetzung auf die Kitas zukommen, sind zum Teil noch nicht klar (n=2), aber es wird erwartet, dass die Kitas Räume, Personalressourcen und Organisationsressourcen zur Verfügung stellen (n=4). Besonders in der Vorbereitung sehen die Befragten, dass die Erwartung einer sehr guten Zusammenarbeit durch die Kitas besteht und ein reibungsloser Untersuchungsablauf gewährleistet wird.

„Naja, ich denke, dass die Gesundheitsämter oder die Ärztinnen auch erwarten, dass alles reibungslos läuft, dass sie kommen und alles schon da ist, und die Kinder immer nacheinander wunderbar kommen und dass es auch irgendwie selbstverständlich läuft und dass dieser Background sehr hervorragend von den Kitas irgendwie organisiert wird.“ (KSK01, 814/819)

Gleichzeitig müssen die Kinder, die nicht zur Untersuchung gehen, beaufsichtigt und ein normaler Kitaalltag aufrechterhalten werden. Im Vorfeld ist das Engagement der Kitas erforderlich, um die Einverständniserklärungen der Eltern einzusammeln und auch besonders bei den Eltern nachzuhaken, deren Kinder eher eine Untersuchung nötig haben. Wenn Eltern ihre Kinder nicht begleiten können, muss eine Erzieherin bei der Untersuchung des Kindes anwesend sein (n=3). Im Nachhinein sind die Kitas gefragt, um auf die Einhaltung der ärztlichen Empfehlungen zu drängen. Hier wird die Erwartung gesehen, dass die Kitas auch eine Kontrollfunktion übernehmen, die mit der Anforderung, ein partnerschaftliches Verhältnis aufzubauen schwer zu vereinbaren ist. Diese

Aufgaben kommen zu ohnehin gesteigerten Anforderungen an Kitas, die bereits bei reduzierten Personalressourcen umgesetzt werden müssen.

„So und wir erleben im Moment eine Phase, in der die Ansprüche an Kindertageseinrichtungen permanent steigen. Einführung der Hamburger Bildungsempfehlungen im Januar dieses Jahres. Einführung verpflichtender Viereinhalbjährigen-Berichte und verpflichtender Entwicklungsgespräche im Jahr 2004/2005. Das sind alles Bereiche, die, wenn man sie ernst nimmt, unglaublich Zeit in Anspruch nehmen. Und die Fachbehörde sagt immer nur es kommt immer nur ´ne Kleinigkeit dazu. Da hat sie formal recht, diesmal kommt nur pro Kind fünfzig Minuten dazu, und irgendwie Organisation von ´nem ganzen Haus, die dann vielleicht Räume tauschen müssen, etcetera, etcetera. Aber so wird das in der Einrichtung nicht wahrgenommen.“ (KSK02, 584/594)

Das größte Problem in der Umsetzung sehen alle Befragten in den zu geringen Ressourcen (n=5), also Mangel an Zeit und Personal, Mangel an geeigneten Räumen. Durch die Begleitung von Kindern, deren Eltern nicht an der Untersuchung teilnehmen können, entsteht eine 1:1 Betreuungssituation, die Probleme bei der Beaufsichtigung der anderen Kinder nach sich zieht. Die Untersuchungen stellen eine weitere Aufgabe an die ohnehin stark belasteten Kitas dar (n=2), bei der Ablauf, rechtliche Fragen und die Bewältigung insgesamt noch unklar sind (n=3). Hier besteht noch Bedarf Unklarheiten zu klären. Die Befragten sehen Probleme darin, die Anwesenheit der Eltern bei den Untersuchungen zu erreichen, gerade bei berufstätigen Eltern (n=2). Sie befürchten, dass Eltern die Untersuchungen als Kontrolle wahrnehmen (n=2) und diesen Kontrollaspekt mit der Kita in Verbindung bringen – dadurch kann das Vertrauensverhältnis zu den Eltern gestört werden (n=2). Die Akzeptanz der Untersuchungen durch die Eltern hängt nach ihrer Ansicht auch von der qualitativen Ausführung ab. Sie bemängeln außerdem, dass die Untersuchungen in der geplanten Form zunächst keinen Verfolg der Untersuchungsergebnisse und Fördermaßnahmen ermöglichen (n=2).

„Also, Probleme sind zum Teil Räume, die so nicht zur Verfügung gestellt werden können, wie das gewünscht ist, dass man sozusagen ein Vorbereitungs- und ein Diagnostikzimmer hat, das können wir nicht in allen Kitas bieten, der Zeitfaktor, es ist ja so angedacht, dass bis zu einer dreiviertel Stunde eine Untersuchung dauern soll (...) das ist neben der Raumfrage natürlich auch dann eine, erst mal im Grundsatz eine Einengung, für den Kitaablauf, seh ich aber nicht so als Problem an, wenn man das rechtzeitig weiß, dann kann man da denke ich auch das organisatorisch regeln. Weitere Probleme, das muss man gucken, inwieweit das bei schwierigen Eltern auch zu einem Vertrauensbruch vielleicht kommen kann, also da muss man glaube ich sehr sensibel arbeiten, insbesondere da, wo Eltern sagen, aus welchen Gründen auch immer, ich begleite mein Kind nicht zur Untersuchung, dann aber was festgestellt wird und dann über Erzieher oder über welche Kanäle das dann auch immer laufen soll, sozusagen die Ergebnisse bei den Eltern landen, könnte es hier und da zu Problemen kommen (...) Und dann wird es natürlich auch mit dran liegen, mit welcher Qualität dann Ärzte dieses über die Bühne bringen. (...) Und ob das von Eltern akzeptiert wird oder ob die sagen, also ob ich da nun war, oder in München fällt eine Schaufel um.“ (KSK03, 531/564)

Im Umgang mit diesen Problemen steht die ausreichende Ausstattung des Programms an erster Stelle (n=3). Die Befragten wollen auch deutlich machen, dass eine weitere Belastung nicht möglich ist und daher Untersuchungen für Kinder ohne Eltern (beziehungsweise die Begleitung dieser Kinder während der Untersuchung) verweigern (n=2). Damit soll auch ein Signal an die Behörde und die Politik gegeben werden.

„die Untersuchungen, das ist Gesetz, die werden natürlich durchgeführt in den Kitas. Und die Türen sind offen und die Leiterinnen müssen in den sauren Apfel beißen und noch mal mehr auch Organisationsarbeit übernehmen, das erwarten wir auch, wir empfehlen jetzt allerdings da, wo die eins zu eins Begleitung also eines Kindes während einer Untersuchung, solange das nicht geklärt ist, können wir das nicht vorhalten als eigene Leistung. (...) Das ist natürlich blockierend und es ist nicht wirklich förderlich, also förderlich für das Kind in dem Moment, aber es geht nicht, dass wir in Vorleistung gehen, dann heißt es wieder, es klappt doch.“ (KSK01, 883/896)

Sie befürworten dann eher Ausweichtermine im Gesundheitsamt anzubieten und generell die Nutzung der regelhaften medizinischen Versorgung durch die Eltern zu fördern. Die Ergänzung durch andere, offene Angebote wäre sinnvoll, um den Eindruck von Kontrolle zu schmälern. Wichtig ist ihnen auch, die Nachhaltigkeit der Untersuchung zu verbessern (n=2), zum Beispiel durch eine weitere Untersuchung oder durch Rückmeldung, wenn Empfehlungen umgesetzt wurden.

*„es handelt sich hier um ´ne einmalige Untersuchung. Also wenn man möchte, dass Kinder regelhaft die Chance haben, von einem Arzt gesehen zu werden, dann scheint mir das Instrument regelmäßiger U-Untersuchungen irgendwie ´n glücklicheres. Ob man das verpflichtend machen muss, so wie in Hamburg gewollt, oder ob es auch da intelligentere Lösungen gibt, das sei mal dahingestellt. Ich bin sehr skeptisch, was diese Reihenuntersuchungen, die sie jetzt anfangen, angeht. Ja, ich finde sie nicht grundsätzlich daneben, aber die Effekte, die man da sich erwartet, die seh ich nicht. (...) Ich glaube, man muss auch versuchen, ärztliche Versorgung, die es im Stadtteil gibt, den Eltern näher zu bringen. In irgendeiner Art und Weise, durch Aufklärung, meinerwegen durch Besuche der Ärzte in den Kitas (...) diese Verbindung zwischen, ne? Wie heißt es, eingesessenen Ärzten, ortsansässigen Ärzten und Kitas und Eltern, dieses Dreieck“
(KSK02, 332/348)*

Im weiteren Verlauf wollen die Befragten nun erst einmal Erfahrungen aus ihren Mitgliedseinrichtungen sammeln (n=2) und dann Gespräche mit der Behörde führen. Zum Teil werden Empfehlungen an die Einrichtungen gegeben (n=3), aber auch Entscheidungsspielräume gelassen. Die Kitaleitungen sind aufgefordert, in der Evaluation Probleme und Kritik in der Durchführung zu benennen, auch, um im positiven Sinne zu einer Verbesserung des Vorhabens beizutragen. Eine Möglichkeit ist auch, die Gesundheitsämter direkt anzusprechen.

4.2.4 Gesundheitsämter/ Partner

Die Kategorie beschreibt die Haltung der Befragten gegenüber den zukünftigen Partnern bei den Untersuchungen, den Gesundheitsämtern. Welche Erfahrungen haben sie bisher mit Gesundheitsämtern gemacht, allgemein und in den

Vorbereitungen zu den anstehenden Untersuchungen, wie schätzen sie die Einstellung und Motivation der Gesundheitsämter zur neuen Aufgabe ein. Codes: Erfahrungen mit GÄ, Kontakte zu § 4 bisher, Sichtweise/ Haltung GÄ.

Die bisherigen Erfahrungen der Befragten im Kontakt mit Gesundheitsämtern sind ganz unterschiedlicher Art. Zum Teil werden sie als Kontrollinstanz gesehen, im Zusammenhang mit Hygienevorschriften und Hygieneprüfungen, zum Teil wurden gerade im Bereich Infektionsschutz auch sehr gute Erfahrungen gemacht (n=2). Dabei unterscheiden sich auch die Kontakte zu verschiedenen Mitarbeitern oder Abteilungen innerhalb eines Gesundheitsamtes. Insgesamt sind die Kontakte aber nicht häufig. Die Erfahrung mit der Behörde wurde als diskontinuierlich wahrgenommen.

„wenn man sich sozusagen das, was von behördlicher Seite in dem Sektor gemacht wurde, in den letzten Jahren anguckt, dann hat es schon immer wieder Veränderungen gegeben, also dann hat es auch manchmal was von rein in die Kartoffeln und raus aus den Kartoffeln, wenn das so weitergeht, könnte es sein, dass man sich irgendwann was Neues einfallen lässt“ (KSK05, 378/383)

Die Kontakte zu den Untersuchungen liefen bisher vor allen Dingen über die Mitgliedseinrichtungen der Befragten (n=4), von wo auch die ersten Informationen kamen. Mit Amtsärzten und Vertretern der Behörde wurde dann im weiteren Verlauf ein Gespräch geführt. Das Vorgehen der Bezirke war nicht einheitlich (n=3), zum Teil wurde mit Untersuchungen begonnen, bevor das notwendige Material vorhanden und die Durchführung geklärt war (n=2). Es wurde auf eigene Initiative der Kontakt zum Gesundheitsamt gesucht (jedoch über persönliche Ansprechpartner).

Die Befragten gehen davon aus, dass die Gesundheitsämter allgemein engagiert sind und ein Interesse an der guten gesundheitlichen Versorgung der Kinder haben (n=2), in Bezug auf die Untersuchungen können sie aber entweder keine Motivation oder Zielsetzung der Gesundheitsämter benennen (n=3) oder sie vermuten eine kritische Einstellung (n=3). Im bisherigen Kontakt haben sie Unzufriedenheit der Gesundheitsämter mit den Ressourcen wahrgenommen

(n=3) und mangelnde Akzeptanz, da sich die Gesundheitsämter nicht ausreichend beteiligt sehen (n=2). Daher haben sie Bedenken zum Engagement der Gesundheitsämter für die Untersuchungen. Außerdem sehen sie hohe Erwartungen der Gesundheitsämter an die Kitas, verbunden mit unrealistischen Vorstellungen über den Kitaalltag.

Interviewerin: „Und was glauben Sie, was deren Interesse ist? Jetzt mit diesen Untersuchungen? Oder deren Motivation?“

Antwort: „Naja, die Motivation ist eine politische. Das ist ´n Gesetz und das haben Politiker zusammen überlegt und das wird jetzt umgesetzt. (...) Also es ist klar, die Motivation kommt nicht wirklich von den Gesundheitsämtern. Und ich kann mir vorstellen, dass die Gesundheitsämter ´n großes Interesse daran haben, dass alle Kinder in Hamburg so gut wie möglich ärztlich und medizinisch versorgt sind. Ganz sicher. Also das Interesse haben sie, ob sie nun wirklich das Interesse haben, diese Untersuchungen, also, ob da so viel Herzblut drinsteckt, das weiß ich nicht. (...) Nun denke ich schon, dass die, die das durchführen, das eben auch so gut wie möglich machen. Das ist dann ihr Job.“ (KSK01, 821/844)

Interviewerin: Und was glauben Sie, wie die Gesundheitsämter jetzt darangehen, oder wie die das sehen?“

Antwort: Das kann ich, also das möchte ich auch nicht bewerten. (...) Zum Teil ist das Gefühl da gewesen, dass die Einsicht nicht so ganz da war, bei den Ärzten, oder bei den Gesundheitsabteilungen, weil das auch so ´n Stück glaube ich übergestülpt war und eben die Einbindung in den Entwicklungsprozess vorher nicht gegeben war.

Interviewerin: Also Einsicht in was meinen Sie jetzt?“

Antwort: In die Notwendigkeit, und in die Umsetzung überhaupt. (...) Das ist ja für die Kollegen auch/ oder für die Ärzte der bezirklichen Gesundheitsämter auch eine neue Aufgabenstellung und die ist ja wirklich auch zeitlich nicht sehr gering, das ist ja richtig ´n Volumen, was dazugekommen ist. Und wenn ich meinen Job ernst nehme, dann denke ich es geht ja nicht darum, so, wir machen jetzt mal ´ne Untersuchung und dann haben wir uns das Kind angeguckt und dann haken wir es ab, sondern es soll ja auch was dabei raus kommen und ich muss ja auch wissen, worauf soll ich denn gucken. (...) Und da war schon das Gefühl, dass da ja, dieses Überstülpen und wir sind nicht in die

Prozesse mit involviert und wir haben an der Entwicklung dessen, was da passieren soll keine Anteile gehabt, so, wir sind die umsetzende Stelle und dass da auch Widerstände da waren. Aber wie gesagt, in unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden.“ (KSK03, 566/602)

4.2.5 Kooperation

Die Kategorie beschreibt Erfahrungen und Einschätzungen der Befragten zum Stichwort Kooperation. Sehen sie die Umsetzung der Untersuchungen als Kooperationsaufgabe an und welche Hindernisse und Voraussetzungen müssen aus ihrer Sicht für Kooperation gegeben sein? Auch die Bedeutung, die sie Kooperation im Zusammenhang mit den Untersuchungen zumessen, wird hier beschrieben. Codes: § 4 Kooperation?, Bedeutung von Kooperation, Erfahrungen mit Kooperation, Voraussetzungen und Hindernisse.

Die Frage nach der Bedeutung von Kooperation wird unterschiedlich interpretiert: Kooperation bedeutet Mehraufwand aber auch Gewinn („Kompetenzzuwachs“, KSK01, 1030).

Kooperation bedeutet, ein gemeinsames Ziel zu haben und sich darüber zu verständigen.

Kooperation bedeutet persönliche Kontakte und Ansprechpartner zu haben.

Kooperation bedeutet, ein gutes Ergebnis zu erzielen.

Die meisten Befragten (n=4) fassen die anstehenden Untersuchungen als Kooperationssituation zwischen Kitas und Gesundheitsämtern auf (die sich nach Anlaufschwierigkeiten auch verbessert hat), auch die Kooperation zwischen Kitas und Eltern wird genannt.

Die Verneinung einer Kooperationssituation wird begründet mit mangelndem Verständnis für die Situation der Kitas und einer Anforderungshaltung (die sich auch in anderen Bereichen bereits gezeigt hat). Doch auch hier wird als ein Schritt in Richtung Kooperation gesehen, dass ein Austausch über die Erfahrungen mit den Untersuchungen fest mit der Behörde vereinbart wurde.

*„also wenn es sozusagen nicht nur als ein Abarbeiten von Untersuchungen gesehen wird, sondern auch vom Gesundheitsamt auch die nötigen Kapazitäten da sind, dass man auch gemeinsam was macht, dass man meinetwegen auch gemeinsam mit Eltern mal spricht oder überlegt, wo man Eltern hin verweisen kann für bestimmte Problematiken, oder wie man sie auch insgesamt dabei unterstützen kann, dann glaube ich könnte das ´ne gute Kooperation werden. Oder ´ne sinnvolle, sagen wir mal so.“
(KSK05, 329/336)*

Erfahrungen in anderen Bereichen haben den Befragten gezeigt, dass es zwischen verschiedenen Professionen in der Kooperation zu Problemen kommen kann, wenn keine Akzeptanz der Kompetenzen des Gegenübers besteht.

„Das erleben wir grade im Bereich Kita – Schule, da gibt es immer eine Seite, die fühlt sich ein bisschen weiter, ein bisschen größer, ein bisschen, was weiß ich, besser, und das darf, also das ist genau der/ ich hoffe einfach, dass es klappt. Das es einfach klar ist, wir haben alle unsere Professionen, und in unseren Professionen sind wir gut und darin sind wir erst mal zu respektieren, zu wertschätzen, und dann denke ich, wird das schon klappen.“ (KSK01, 979/985)

Für Kooperation wird Vorlaufzeit benötigt und ein regelmäßiger Kontakt kann eine gute Basis für das Entstehen von Kooperation sein. In bestimmten Zusammenhängen, zum Beispiel bei Lebensumständen mit komplexen Problemlagen wie in sozialen Brennpunkten, ist Kooperation sogar notwendig und bietet die Chance, neue Anlaufpunkte für Menschen zu schaffen und die Zugangswege zu erleichtern, indem Schwellenängste abgebaut werden.

Voraussetzung für Kooperation ist nach den Befragten vor allen Dingen ein gleichberechtigtes Zusammenarbeiten (n=3) und die Partizipation oder Einbindung (n=2) der Kooperationspartner. Es sollte ein gemeinsames Ziel geben und eine gemeinsame Verständigung über die Umsetzung, dafür wird Zeit in der Vorbereitung benötigt, auch um die gemeinsamen Schnittstellen und Möglichkeiten herauszufinden. Die Akzeptanz und Wertschätzung des Partners und seiner Kompetenzen ist notwendig (n=2), ebenso wie ein guter Kontakt und

eine gute Verständigung. Ein forderndes Verhalten oder eine Anspruchshaltung gegenüber dem anderen ist hinderlich (n=2), ebenso wie der Versuch, Zwang oder Druck auszuüben (n=3). Die Haltung für Kooperation sollte eher im Sinne eines Angebots sein, mit einer positiven Ansprache und Kommunikation. Strukturelle Bedingungen sind auch wichtig für Kooperation (n=2), müssen aber häufig als gegeben hingenommen werden.

„Kooperation setzt ja voraus, dass zwei Menschen nicht nur ´n gemeinsames Ziel haben, sondern sich auch über die Umsetzung, also die Wege, wie sie dieses Ziel erreichen wollen, verständigen. Und hat es in dieser Form nicht gegeben. (...) das ist eher so ´n Stück Obrigkeit oder anders gesagt, eine Fachbehörde nutzt sozusagen ihr Instrumentarium. Und das ist selten auf Kooperation ausgerichtet. Sondern eher im Rahmen von Verwaltungsvorschriften tickend.

(...)

„für ´s Gelingen, für ´ne gute Kooperation ´ne gute gemeinsame Zielvereinbarung, ´ne gute gemeinsame Idee und ne Umsetzung in Augenhöhe, wie man das auch heute so sagt. (...) Also es verhindert es immer alles, was von oben nach unten durchgereicht wird. Ohne dass die einzelnen Ebenen groß Einfluss drauf haben. (KSK02, 557/580)

4.2.6 Perspektive

Die Kategorie beschreibt die Einschätzung der Befragten in Bezug auf die Entwicklung und die Dauer der Untersuchungen, sowie Hinweise auf ihr Interesse, was bei der Umsetzung beobachtet oder herausgefunden werden sollte. Codes: Evaluation, zukünftige Entwicklung.

Die weitere Entwicklung schätzen die Befragten unterschiedlich ein. Zum Teil (n=2) gehen sie davon aus, dass die Untersuchungen zu einer dauerhaften Einrichtung werden. Sie sehen generell eine anwachsende Bedeutung des Themas (n=2), erwarten aber auch, dass es noch Anpassung oder Erweiterungen durch andere Maßnahmen oder Veränderung der Untersuchungsdurchführung geben wird (n=2). Die weitere Entwicklung hängt auch von den Ergebnissen ab und die Erwartungen darüber sind noch offen (n=2). Bei einer guten Kooperation

zwischen Gesundheitsämtern und Kitas können sich die Untersuchungen positiv entwickeln und auch in der pädagogischen Arbeit der Kitas verwendet werden. Sollten verpflichtende U-Untersuchungen eingeführt werden, gehen sie davon aus, dass die Untersuchungen eingestellt werden. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass sich die Entwicklung neu eingeführter Maßnahmen nur schwer abschätzen lässt.

„Ich gehe mal davon aus, dass es Korrekturen geben wird, (...) ich denke, dass das ´n fester Bestandteil auch werden wird. Inwieweit aus dem, ich will jetzt nicht so hoch greifen und Programme sagen, inwieweit dann daraus Anteile werden, die auch in Pädagogik integriert werden, da hätte ich Phantasien, inwieweit das dann in den Kitas umgesetzt wird, das könnte auch noch mal ´n Thema von Trägerseite dann sein, so, was ich vorhin sagte, ne, wenn das noch mal bestätigt wird, das stimmt, Bewegungsabläufe bei Kindern sind nicht mehr so koordiniert wie es früher mal war, oder bestimmte, ja, körperliche Sachen haben auch damit zu tun, dass man dann eben solche Geschichten auch in Tagesprogramme der Kitas übernimmt.“ (KSK03, 677/685)

Wichtig finden die Befragten, nun zu beobachten wie die Kinder und Eltern erreicht werden (n=2) und wie viele auffällige Kinder durch die Untersuchungen gefunden werden. Auch die Gründe der Eltern, die Untersuchung nicht wahrzunehmen sollten herausgefunden werden. Kritische Punkte im Prozess sollten aufgegriffen werden, um insgesamt zu einer Verbesserung der Abläufe zu kommen.

5 Diskussion

5.1 Vergleichende Ergebnisdiskussion

Ziele und Motivation

Die Äußerungen der Befragten zur Zielsetzung des Gesetzes und ihrer Bewertung zeigen Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Beide Gruppen sehen eine allgemeine Zielsetzung ‚Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder‘ gegeben, die sie befürworten. Ebenso nennen beide Seiten die Zielsetzungen ‚Entwicklungsdefizite entdecken und Förderung initiieren‘ sowie ‚medizinische Versorgungslage von Kindern prüfen und verbessern‘, die sie ebenfalls befürworten.³⁵ In der Wahrnehmung beider Gruppen wird mit dem Gesetz auch die Zielsetzung ‚Kindeswohlgefährdung vermeiden‘ verbunden. Diese Zielsetzung sehen sie kritisch, da sie ihrer Meinung nach mit dem Gesetz nicht erreicht werden kann. Sie empfinden hier auch eine Instrumentalisierung des Gesetzes durch die „Politik“, welche sie ebenfalls ablehnen (*„Also ich empfinde es als ein Stück Feigenblatt. Politisches Feigenblatt“*, KSK02, 373/374).

Eine Voraussetzung für Kooperation, die Verständigung auf eine gemeinsame Zielsetzung³⁶, die auch im Verständnis der Beteiligten³⁷ notwendig ist, kann zwischen den Gruppen geschaffen werden. Weitere Zielsetzungen der Gruppe ‚Gesundheitsämter‘ wie ‚soziale Chancengleichheit fördern‘ und ‚Öffentlichkeit oder Sensibilisierung für das Thema Kindergesundheit‘³⁸ stellen im Hinblick auf die gemeinsame Zielsetzung eine Erweiterung aber keinen Widerspruch dar. Aus Sicht der Gruppe ‚Träger und Verbände von Kitas‘ verfolgt das Gesetz auch das Ziel, Eltern verstärkt zu kontrollieren, wobei die Bewertung dieser Zielsetzung zwiespältig ist.³⁹ Hierüber sollte eine Verständigung erfolgen und auch geprüft werden, ob die Untersuchungen in der Ausführung (z.B. Informationsschreiben an die Eltern, Aushänge) eher Angebots- oder Kontrollcharakter ausstrahlen.

³⁵ Vgl. Kap. 4.1.1 und 4.2.1

³⁶ Vgl. Kap. 2.2.2, Kooperation nach v. Kardoff

³⁷ Vgl. Kap. 4.1.5 und 4.2.5

³⁸ Vgl. Kap. 4.1.1

³⁹ Vgl. Kap. 4.2.1

Aus Sicht der Gruppe ‚Gesundheitsämter‘ passen die befürworteten Ziele des Gesetzes sehr gut in das Aufgabengebiet und ihr Selbstverständnis als ÖGD.⁴⁰ Aus ihrer Perspektive sind die Untersuchungen für das Erreichen ihrer eigenen Ziele also hilfreich, womit ihre Motivation für die Untersuchungen unterstützt wird.⁴¹ Die Gruppe ‚Träger und Verbände von Kitas‘ beschreibt Gesundheit allgemein ebenfalls als Thema in ihren Einrichtungen, wobei die Anforderungen dort aus sehr verschiedenen Richtungen kommen. Sie können sich vorstellen, dass die Untersuchungen hier ein Baustein sein können, sehen aber auch den Bedarf einer Einbindung in ein Gesamtkonzept zum Thema Gesundheit, welches noch nicht bei allen Verbänden oder Trägern gegeben ist. Die oben beschriebene Zielsetzung ‚Kontrolle‘ könnte für die Gruppe ‚Träger und Verbände von Kitas‘ einen Widerspruch oder Konflikt zu ihrem eigenen Ziel ‚Partnerschaftlicher und vertrauensvoller Umgang mit Eltern‘ darstellen.⁴² Die Unterstützung der eigenen Ziele durch die Untersuchungen ist also zum Teil kritisch, könnte aber, auch in Abhängigkeit von der Qualität der Untersuchungen, einen höheren Stellenwert gewinnen. Hier ist wie oben beschrieben eine Verständigung über den Kontrollaspekt notwendig.

Zudem sehen die Befragten der Gruppe ‚Träger und Verbände von Kitas‘ Vorteile für die Untersuchungen, die durch die Durchführung in ihren Einrichtungen entstehen.⁴³ Damit wird ihre Bedeutsamkeit als Kooperationspartner für das Gesundheitsamt unterstützt.

Entstehungsprozess/ Ablauf

In der Entwicklung eines Konzepts für die Durchführung der Untersuchungen durch den ÖGD hatten alle Bezirke die Möglichkeit an einer Arbeitsgruppe teilzunehmen, ebenso in der Erarbeitung der konkreten Durchführung. Dennoch wurde die Beteiligung durch die Gruppe ‚Gesundheitsämter‘ kritisch bewertet, vor allem im Hinblick auf den Informationsfluss. Auch die spät verabschiedete Rechtsverordnung, die arbeitsintensive Änderungen der Durchführungsplanungen nach sich zog, wurde kritisch gesehen, was sich noch

⁴⁰ Vgl. Kap. 4.1.1

⁴¹ Vgl. Kap. 2.2.1, Voraussetzungen für Kooperation nach Stender, Kap. 2.2.2, Vroom

⁴² Vgl. Kap. 4.2.1

⁴³ Vgl. Kap. 4.2.1

durch den gleichzeitig empfundenen Druck mit den Untersuchungen zu beginnen verstärkte, der von Behörde und Bürgerschaft ausgeübt wurde.⁴⁴ Die Akzeptanz der Untersuchungen ist in der Gruppe ‚Gesundheitsämter‘ zu Beginn also zum Teil mäßig, was für die Motivation zur Umsetzung hinderlich sein könnte.

Die Beteiligung in der Vorbereitungsphase für die Untersuchungen wurde von der Gruppe ‚Träger und Verbände von Kitas‘ ebenfalls bemängelt. Aus Sicht der Verbände und Träger verlief der Informationsfluss auf dem umgekehrten Weg (aus den Einrichtungen zu den Verbänden und Trägern, anstatt auf der übergeordneten Ebene Behörde – Verbands- und Trägervertretung) oder nur auf ihre eigene Initiative. Dies verhinderte die Wahrnehmung ihrer Aufgaben gegenüber ihren Mitgliedseinrichtungen wie Information oder Empfehlungen für eine einheitliche Vorgehensweise.⁴⁵ Es entstand ein negativer Eindruck von Behörde und Ämtern, der Widerstände aufgebaut hat, die sie in der Sache als unnötig empfanden. Von den denkbaren Beteiligungsmöglichkeiten ‚einseitiger Informationsfluss‘, ‚gegenseitiger Austausch‘ und ‚Mitspracherecht‘ war zu Beginn gegenüber den Verbänden und Kitas keine gegeben, wodurch auch in dieser Gruppe die Akzeptanz für die Ausgangsbedingungen und die Untersuchungen insgesamt nicht gefördert wurde. Sie befürworteten jedoch, dass dann von der Behörde und den Amtsleitern der Gesundheitsämter ein Gespräch anberaumt wurde.⁴⁶ Ebenso wurde ein Austausch über Erfahrungen mit den Untersuchungen nach einem Erprobungszeitraum mit der Behörde vereinbart und als Schritt in Richtung Kooperation verstanden.⁴⁷

In beiden Gruppen wurde das Gesetz als verpflichtende Grundlage benannt nun auf jeden Fall mit den Untersuchungen zu beginnen.⁴⁸ Dies wurde jedoch nicht im Sinne eines Zwangs grundsätzlich als hinderlich in Bezug auf Kooperation beschrieben. Erst wenn das Gesetz von der Gruppe ‚Gesundheitsämter‘ benutzt wird, um die Kitas zur Mitarbeit zu zwingen, wird dies (von beiden Gruppen) als Bevormundung und als störende Haltung für Kooperation verstanden.⁴⁹ Diese Instrumentalisierung ist aber gar nicht notwendig, da die Akzeptanz für das

⁴⁴ Vgl. Kap. 4.1.2

⁴⁵ Vgl. Kap. 4.2.2

⁴⁶ Vgl. Kap. 4.2.2

⁴⁷ Vgl. Kap. 4.2.5

⁴⁸ Vgl. Kap. 4.2.1 und 4.1.2

⁴⁹ Vgl. Kap. 4.1.5 und 4.2.5

Gesetz als Grundlage in beiden Gruppen übereinstimmend besteht. Somit kann das Gesetz in diesem Zusammenhang sogar als förderlich für die Kooperation verstanden werden, da es eine Verbindlichkeit garantiert, die bei anderen Kooperationsformen in der Gesundheitsförderung zuweilen fehlt.⁵⁰

Machbarkeit

Die Frage, ob die Untersuchungen jetzt umsetzbar sind und ob vor allen Dingen auch die (befürwortete) Zielsetzung erreicht werden kann, wird von beiden Gruppen kritisch bewertet. Dabei sehen sie vor allen Dingen die geringen Ressourcen, besonders Personalressourcen als Problem an. Aber auch die Freiwilligkeit der Untersuchung und eine mangelnde Nachhaltigkeit, also Verfolgen von Untersuchungsergebnissen und Empfehlungen bzw. deren Umsetzung sehen sie als Hindernisse, wirklich die Kinder zu erreichen, die einen Bedarf haben und für sie etwas zu verbessern.⁵¹ Die Anforderung, wirklich alle Untersuchungen durchzuführen, die von Eltern gewünscht werden oder von Erzieherinnen empfohlen werden, betrachten sie als nicht lösbar – durch die nicht zu erreichende Zielsetzung ist so die Motivation für die Untersuchungen an sich und für eine Kooperation gefährdet.⁵²

Trotz der Probleme, die von beiden Gruppen gesehen werden, gibt es auch Ideen oder Pläne für den Umgang mit ihnen, z.B. zeitliche Flexibilität, um besser auf die Bedürfnisse der Kitas und auch der Eltern einzugehen, gezielte Auswahl der Kitas (soziale Lage), um eher auf die anvisierten Kinder zu treffen oder auch die Untersuchungen verpflichtend zu machen. An erster Stelle steht aus Sicht beider Gruppen eine bessere personelle Ausstattung.⁵³ Sowohl für die Gruppe ‚Träger und Verbände von Kitas‘ als auch für die Gruppe ‚Gesundheitsämter‘ ist es wichtig, dass die neue Aufgabe nicht zu Lasten ihrer regulären Aufgaben geht. Deshalb legen die Befragten der Gesundheitsämter Wert darauf, dass die zeitlichen Kontingente für die Untersuchungen von den anderen Aufgaben der durchführenden Mitarbeiter getrennt werden, um nicht zu einer Verschiebung zu

⁵⁰ Vgl. Kap. 2.2.1, Kaba-Schönstein

⁵¹ Vgl. Kap. 4.1.3 und 4.2.3

⁵² Vgl. Kap. 3.2

⁵³ Vgl. Kap. 4.1.3 und 4.2.3

kommen.⁵⁴ Einige Befragte der Gruppe ‚Träger und Verbände von Kitas‘ wollen, um die Betreuung oder Beaufsichtigung der gerade nicht in der Untersuchung befindlichen Kinder nicht zu gefährden, die Begleitung von Kindern, deren Eltern nicht an den Untersuchungen teilnehmen, von der Bewilligung zusätzlichen Personals oder Honorarkräften abhängig machen. Ihnen ist außerdem wichtig, dass die Qualität der Untersuchungen nicht dadurch leidet, dass die Teams der Gesundheitsämter versuchen, möglichst viele Kinder zu ‚schaffen‘.⁵⁵ Dies sehen sie auch als hinderlich für die Akzeptanz der Untersuchungen durch die Eltern an. Im weiteren Verlauf wollen beide Gruppen aber Erfahrungen sammeln, um Probleme gezielt angehen und verbessern zu können. In diesem Zusammenhang ist die geplante Evaluation als Feedback über das, was erreicht wurde, aber auch über die Grenzen der Untersuchung in der jetzigen Form für beide Gruppen wichtig, und zwar zum einen bezogen auf die oben geschilderten Zweifel an der Machbarkeit, zum anderen auch für die Zielsetzung allgemein. Da sich diese auf einer sehr globalen Ebene bewegt (Kindergesundheit fördern, Entwicklungsdefizite verbessern), ist es für die Durchführenden ohne Evaluation schwierig zu beurteilen, ob und in welchem Umfang die Ziele umgesetzt werden konnten, was sich wiederum demotivierend auswirkt und das Engagement für die Zusammenarbeit mindert.⁵⁶

Partner

Die Erfahrungen mit dem jeweiligen Gegenüber werden von beiden Gruppen als eher gering beschrieben und sehr unterschiedlich bewertet. Die meisten Kontakte bestanden in den Bereichen Infektionsschutz und Hygiene und wurden zum Teil als Kontrolle, aber auch als hilfreich empfunden.⁵⁷ Die Kontakte im Rahmen der Untersuchungen nach § 4 wurden von beiden Gruppen eher kritisch bewertet, vor allem in Bezug auf Informationsfluss und –qualität. Bei der Einschätzung der Einstellung des Gegenübers wurde auf Seite der Gruppe ‚Gesundheitsämter‘ deutlich, dass sie befürchten, dass die neuen Aufgaben von den Kitas zunächst kritisch gesehen werden, vor allen Dingen aufgrund des zusätzlichen Arbeitsaufwands, und dass es hier zu Blockaden kommen könnte. Sie erwarten

⁵⁴ Vgl. Kap. 4.1.3

⁵⁵ Vgl. Kap. 4.2.3

⁵⁶ Vgl. Kap. 2.2.2, Zielkriterien nach Locke

⁵⁷ Vgl. Kap. 4.1.4 und 4.2.4

aber hier eine Besserung im Verlauf.⁵⁸ Bei der Gruppe ‚Träger und Verbände von Kitas‘ fällt auf, dass sie entweder keine Vermutung über die Einstellung oder Motivation der Gesundheitsämter äußern möchten, oder aber eine kritische Haltung und mangelnde Akzeptanz auf der Seite der Gesundheitsämter wahrgenommen haben.⁵⁹ Dies lässt sie im Unklaren über das Engagement der Gesundheitsämter bei den Untersuchungen, auch wenn sie ihnen im Allgemeinen ein großes Interesse am Thema Kindergesundheit zubilligen. Hier besteht klar Bedarf am gegenseitigen Austausch über Selbstverständnis und Motivation. Gerade die Gruppe der Gesundheitsämter ordnet die Untersuchungen deutlich in ihrem Aufgabengebiet ein⁶⁰ und sollte dies auch bei den Kitas bewerben, um die eigene Motivation deutlich zu machen und das Vertrauen der Kitas in das Engagement der Untersuchungsteams zu stärken. Aber auch die Gruppe ‚Träger und Verbände von Kitas‘ sieht nicht nur ihre Aufgaben, sondern versteht sich (bzw. ihre Einrichtungen) auch als geeignetes Setting⁶¹ für die Untersuchungen nach § 4. Ein Austausch beider Gruppen über ihr Selbstverständnis kann hier die Bedeutung des jeweiligen Partners für die Kooperation verdeutlichen. Insgesamt ist die Zusammenarbeit von Gesundheitsämtern und Kitas im Rahmen der Untersuchungen jetzt eine Gelegenheit, die ‚andere Seite‘ besser kennen zu lernen und neue Erfahrungen zu sammeln.

Kooperation

Die Erfahrungen der beiden befragten Gruppen mit Kooperationssituationen sind sehr ähnlich. Sie sind der Ansicht, dass Kooperation grundsätzlich Gewinn bedeuten kann, aber besonders zu Beginn auch Zeit benötigt, um sich auf gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen zu verständigen, Schnittstellen und Möglichkeiten auszuloten und notwendige Strukturen (z.B. Ansprechpartner) aufzubauen. Auch Voraussetzungen und Hindernisse, die genannt werden, zeigen ein sehr ähnliches Verständnis von Kooperation, zum Beispiel ein gemeinsames Ziel und eine Verständigung über die Umsetzung, Akzeptanz und Wertschätzung des Partners, gerade auch bei unterschiedlichen Berufsgruppen und eine offene und anbietende Haltung anstelle von Zwang oder Bevormundung

⁵⁸ Vgl. Kap. 4.1.4

⁵⁹ Vgl. Kap. 4.2.4

⁶⁰ Vgl. Kap. 4.1.1

⁶¹ Vgl. Kap. 4.2.1

durch einen Partner. Beide Gruppen schätzen die Umsetzung der Untersuchungen in den Kitas als Kooperationssituation ein.⁶² Insgesamt sind somit also gute Bedingungen für Kooperation als Mittel in der Umsetzung gegeben. Bei der Einschätzung des Gegenübers bestehen allerdings noch Unklarheiten und zum Teil Vorbehalte.⁶³ Ein Austausch über die jeweils gegebenen Motivationen (s.o.) kann hier aber zu der als förderlich erachteten Wertschätzung des Partners führen.

Perspektive

In der weiteren Entwicklung gehen beide Gruppen zunächst von einer dauerhaften Einrichtung der Untersuchungen aus, sehen diese aber auch abhängig von den Ergebnissen und erwarten noch Änderungen, zum Beispiel in der Ausstattung mit Personalressourcen. Insgesamt beobachten sie eine anwachsende Bedeutung des Themas Kindergesundheit und versprechen sich auch, dass durch eine gute Kooperation auch gute Ergebnisse erzielt werden können. Einen künftigen Zugewinn für ihre jeweiligen Institutionen halten sie für möglich und sind daran interessiert, Erfahrungen zu sammeln um Probleme gezielt angehen zu können, aber auch die Möglichkeiten und Grenzen des Instruments abschätzen zu können.⁶⁴ Durch diese Erwartungen wird die Bereitschaft sich auf eine Kooperation einzulassen und auch die benannte Mehrarbeit zu Beginn zu investieren gefördert.⁶⁵ Auch die Evaluation spielt in diesem Zusammenhang als Feedback eine Rolle für das Interesse der Beteiligten, gezielte Verbesserungen umsetzen zu können.⁶⁶

Abschließend noch einmal die Vorschläge der Befragten für eine verbesserte Umsetzung im Überblick:

Träger und Verbände von Kitas:

- Ausweitung der Personalressourcen/ Honorarmittel für zusätzliche Betreuungskräfte
- Mehr Flexibilität, z.B. durch Ausweichtermine in den Gesundheitsämtern

⁶² Vgl. Kap. 4.1.5 und 4.2.5

⁶³ Vgl. Kap. 4.1.4 und 4.2.4, sowie den vorherigen Abschnitt ‚Partner‘

⁶⁴ Vgl. Kap. 4.1.6 und 4.2.6

⁶⁵ Vgl. Kap. 2.2.2, Vroom

⁶⁶ Vgl. Kap. 4.1.6 und 4.2.6

- Verbesserte Nachhaltigkeit im Umgang mit Untersuchungsergebnissen:
Nachweise über die Umsetzung ärztlicher Empfehlungen durch die Eltern oder weitere Untersuchung im Verlauf
- Vernetzung mit dem Umfeld zur verbesserten Nutzung der Regelversorgung im Stadtteil
- Verknüpfung mit anderen, niedrighschwelligem Angeboten (z.B. Mütterberatung), um Kontrollcharakter der Untersuchungen zu schmälern

Gesundheitsämter:

- Bessere Ressourcenausstattung
- Probleme nach Erfahrungswerten gezielt angehen
- Zeitliche Flexibilität, um auf Bedürfnisse von Kitas und Eltern einzugehen (z.B. auch Ausweichtermine in Gesundheitsämtern), um so die Inanspruchnahme und auch die Anwesenheit der Eltern bei den Untersuchungen zu fördern
- Öffentlichkeitsarbeit und Information für Eltern und Kitas
- Mitarbeiterschulungen in den Gesundheitsämtern
- Prioritäten setzen bei der Auswahl von Kitas, Unterstützung durch die Kitas (z.B. gezielte Ansprache bestimmter Eltern) um die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu verbessern
- Untersuchungen im Zusammenhang mit anderen Angeboten und Maßnahmen sehen, um eine gute Abstimmung zu erzielen

5.2 Zusammenfassung: Perspektive für Kooperation

Wie stellt sich nun die Perspektive für Kooperation im Sinne des Forschungsinteresses dar?

Die Frage, ob die Situation grundsätzlich als Kooperationssituation zu verstehen ist, wird von beiden Gruppen bejaht. Sie haben allgemein mit Kooperation ähnliche Erfahrungen gemacht und ihre Vorstellungen darüber, was Kooperation ausmacht, sind vereinbar. Sie sehen Kooperation mit dem Gegenüber als Möglichkeit, den eigenen Zugewinn zu vergrößern (und auch den Gewinn durch das Vorhaben insgesamt).

Um die vorhandenen Voraussetzungen für Kooperation einzuschätzen, beziehungsweise möglichen Handlungsbedarf zu beschreiben wird das Kooperationsmodell herangezogen.

Im Bereich von Zielen und Motivation wurden verschiedene Aspekte als förderlich für Kooperation beschrieben. In der vergleichenden Darstellung wurde deutlich, dass die Einigung der beiden Gruppen auf eine gemeinsame Zielsetzung möglich ist. Jedoch bewegt sich diese eher auf einer globalen Ebene (z.B. ‚Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder‘)⁶⁷ und entspricht damit nicht der Forderung nach Zielklarheit als Kriterium motivierender Ziele nach Locke. Die Erreichung dieser Zielsetzung kann aus Sicht eines durchführenden Teams (Ärztin und Assistentin des Gesundheitsamtes und Kindertagesstätte) nicht überprüft werden und damit fehlt ihnen das Feedback über ihr Arbeitsergebnis als weiteres Kriterium eines motivierenden Ziels. Hier wird die Evaluation eine wichtige Rolle übernehmen, indem einmal die Arbeitserfolge für Hamburg insgesamt dargestellt werden, wie auch die Möglichkeiten und Grenzen der Untersuchungen erfasst werden können und somit die Formulierung einer präzisen, überprüfbaren Zielsetzung möglich wird.

Eine weitere Voraussetzung für Kooperation stellt die Förderung eigener Ziele durch die Zusammenarbeit dar. Diese ist in besonderem Maße für die Gesundheitsämter gegeben. Für die Gruppe ‚Träger und Verbände von Kindertagesstätten‘ ist diese Frage nicht eindeutig zu beantworten. Sie können

⁶⁷ Vgl. Kap 5.1, Ziele und Motivation

sich eine Förderung ihrer eigenen Ziele vorstellen, haben aber auch Bedenken, dass die Untersuchungen ihr Ziel des partnerschaftlichen Umgangs mit Eltern behindern könnten. Für sie ist diese Voraussetzung also noch nicht erfüllt.

In diesem Zusammenhang ist auch die Verständlichkeit der eigenen Ziele aus Sicht des Kooperationspartners noch nicht ausreichend vorhanden. Besonders aus Sicht der Gruppe ‚Träger und Verbände von Kitas‘ ist die Motivation der Gesundheitsämter noch nicht deutlich geworden, was ihr Vertrauen auf das Engagement der Gesundheitsämter schmälert. Dadurch wird auch eine von den Befragten selbst genannte Bedingung für Kooperation, nämlich ‚Akzeptanz und Wertschätzung des Kooperationspartners‘ zu wenig erfüllt.

In der Akzeptanz der Zielsetzung, die besonders durch eine Beteiligung an der Entwicklung der Ziele entsteht, besteht bei beiden Gruppen Handlungsbedarf. Sie fühlen sich hieran nicht beteiligt und können sich die Ziele noch nicht vollständig zu eigen machen, auch wenn sie der übergeordneten Zielsetzung zustimmen können. In der Zusammenarbeit von Untersuchungsteams und Kitas in den einzelnen Bezirken könnte hier die Akzeptanz verbessert werden. Mit Hilfe der Evaluation und den Erfahrungen, die jetzt bei der Durchführung gesammelt werden, können sie gemeinsam genauere Ziele für ihren Arbeitsbereich formulieren und so zu einer besseren Akzeptanz der Ziele kommen.

In der Perspektive gehen die Befragten eher von einer längeren Dauer des Vorhabens aus, so dass sich der nötige Mehraufwand für Kooperation lohnen kann, beziehungsweise der Schaden durch unkooperatives Verhalten ein größerer ist, als bei einem einmaligen Aufeinandertreffen. Außerdem können sie sich die Untersuchungen als Basis für eine weitere Zusammenarbeit vorstellen, so dass hier die Notwendigkeit für kooperatives Verhalten erkannt wird. Darüber hinaus sehen sie möglichen Zugewinn durch die Untersuchungen, wenn auch dafür bestimmte Voraussetzungen noch geschaffen werden müssen.⁶⁸

Die Machbarkeit als Ergebnis der strukturellen Bedingungen wird von beiden Gruppen als kritisch bis unmöglich eingeschätzt, zumindest in dem Umfang, der nach der aktuellen Rechtsverordnung vorgegeben ist. Hier wird ebenfalls die

⁶⁸ Vgl. Kap. 5.1, Perspektive: Vorschläge für eine verbesserte Umsetzung

weitere Evaluation der Untersuchungen aufzeigen, was im derzeitigen Rahmen möglich sein wird.

Die Frage, ob bei einer gesetzlich geregelten Aufgabe überhaupt von einer Kooperationsituation ausgegangen werden kann, oder ob dieser Zwang der Freiwilligkeit als Basis für Kooperationen widerspricht, wurde von beiden Gruppen eher pragmatisch gesehen. Sie empfinden die gesetzliche Regelung als verpflichtende Grundlage, die aber akzeptiert wird und nicht grundsätzlich eine Behinderung für Kooperation darstellt, solange sie nicht von einer Seite instrumentalisiert wird, um sich durchzusetzen.

Bisher beschreiben beide Gruppen die Erfahrungen mit dem Gegenüber eher als gering und von unterschiedlicher Qualität. Sie sehen jedoch auch die Möglichkeit, hier mit der neuen Aufgabe eine bessere Basis zu schaffen. Generell kann das regelmäßige Zusammentreffen der beiden Bereiche als förderlich für Kooperation verstanden werden, da durch den vermehrten Kontakt neue Arbeitsbeziehungen entstehen, die Kooperation leichter machen, als bei voneinander unabhängig arbeitenden Institutionen.

Trotz deutlicher Kritikpunkte am bisherigen Verlauf sind also wichtige Voraussetzungen für eine zukünftige, gute Kooperation zwischen den Institutionen Gesundheitsamt/ öffentlicher Gesundheitsdienst und Kinderbetreuungseinrichtungen vorhanden. Weitere Bedingungen können noch verbessert werden, vor allem durch Verständigung über Ziele, Vorgehen, Befürchtungen und Einstellungen zwischen den Beteiligten, wie auch durch ihre Vorschläge zu einer verbesserten Umsetzung.⁶⁹ Notwendig ist dabei, einen Teil der Zeit für den Aufbau neuer kooperativer Strukturen zu verwenden und mit dem Partner Erfahrungen zu sammeln. Die Evaluation kann die Möglichkeiten und Grenzen der Untersuchung aufzeigen. Dadurch können die Ziele präzisiert und die benötigten Ressourcen angepasst werden um so im Sinne einer anfordernden aber lösbaren Aufgabe die Motivation beider Seiten weiter zu unterstützen und die Qualität des neuen Angebots für die Kindergesundheit in Hamburg zu verbessern.

⁶⁹ Vgl. vorheriges Kap. 5.1

5.3 Methodendiskussion

5.3.1 Gütekriterien der qualitativen Datenerhebung

Bortz überträgt die Gütekriterien quantitativer Datenerhebung, Objektivität, Reliabilität und Validität in abgewandelter Form auch auf die qualitative Forschung.

Unter Objektivität ist in diesem Fall der interpersonale Konsens gemeint, das heißt, bei einer Wiederholung der Untersuchung durch einen anderen Forscher müssen vergleichbare Resultate erzielt werden können. Hierfür ist eine genaue Beschreibung des Vorgehens notwendig, um die nötige Transparenz herzustellen und ein gewisses Maß an Standardisierung, um Nachvollziehbarkeit, zum Beispiel in der Interviewführung, zu gewährleisten (Bortz et al. 2006, S. 326).

In der vorliegenden Arbeit wurde hierfür eine ausführliche Beschreibung der Methoden zur Datenerhebung durchgeführt. Die Entwicklung der Fragen für die Leitfäden wurde anhand der theoretischen Vorüberlegungen nachvollziehbar dargestellt,⁷⁰ so dass Klarheit über die Zielrichtung der Fragestellungen hergestellt wird und Abweichungen im Interviewverlauf (zur Anpassung an die Gesprächssituation) möglich sind, ohne die Ergebnisse zu verfälschen.⁷¹

Zur Reliabilität merkt Bortz an, dass diese anzustreben ist, aber Methoden der Zuverlässigkeitsprüfung (der quantitativen Forschung) nicht anwendbar sind.

Wichtiger ist demnach für die qualitative Forschung das Gütekriterium Validität. Bei der Datenerhebung stellen sich dabei folgende Fragen (Bortz et al. 2006, S. 327):

- „Sind Interviewäußerungen authentisch und ehrlich, oder hat die Befragungsperson ihre Äußerungen verfälscht, bzw. war der Interviewer nicht in der Lage, relevante Äußerungen zu erarbeiten?“
- Bilden Beobachtungsprotokolle das Geschehen valide ab, oder sind sie durch Voreingenommenheit und Unaufmerksamkeiten des Protokollanten verzerrt und verfälscht?“

⁷⁰ Vgl. Kap. 3.2, Kooperationsmodell

⁷¹ Zur Übersicht über die Leitfragen siehe Anhang

Zur Authentizität der Interviewäußerungen verweist Bortz auf das Auftreten von Widersprüchlichkeiten innerhalb eines Interviews. Im für die vorliegende Arbeit erhobenen Material waren keine relevanten Widersprüchlichkeiten vorhanden. Auch die Äußerungen der Interviewpartner nach den Gesprächen, die im Ambienteprotokoll erfasst wurden, zeigten keine Widersprüche auf, sondern wenn der Interviewte inhaltlich Bezug nahm, eine Bekräftigung der dargestellten Position.

Zur genauen Abbildung der Gesprächssituation wurden die Gespräche von der Autorin aufgezeichnet und wörtlich transkribiert. Dabei wurden Pausen, Abbrüche, Wiederholungen und gleichzeitiges Sprechen erfasst. Auf die Erfassung von Tonhöhen und –längen sowie auf Wortverschmelzungen und Betonungen wurde verzichtet, da diese Genauigkeit durch die Fragestellung nicht erforderlich erschien. Zusätzlich wurden nach jedem Interview Ambienteprotokolle erstellt, die vor allem im Hinblick auf die oben erwähnten Äußerungen nach der Aufzeichnung von Bedeutung waren.⁷²

Als wichtigstes Kriterium der Validität nennt Bortz die interpersonale Konsensbildung, also die Einigung mehrerer Personen auf die Glaubwürdigkeit und den Bedeutungsgehalt des Materials (Bortz et al. 2006, S. 328). Hier besteht die größte Einschränkung in der Validität der vorliegenden Arbeit, da das Material nicht systematisch mit einer zweiten Person oder einem Supervisor abgeglichen wurde. In eingeschränktem Umfang ist dieses Kriterium durch Einsicht der Erstprüferin in das Material gegeben, welche auch zur Rückmeldung über das Interviewerverhalten diente.

5.3.2 Gütekriterien der qualitativen Datenanalyse

Die wichtigste Voraussetzung für Validität der qualitativen Analyse ist das regelgeleitete, systematische Vorgehen. Ausgangspunkt ist hier nach Mayring die Beschreibung des Ablaufmodells der Analyse. Die Auswertung wird in einzelne, genau beschriebene Analyseschritte zergliedert und so nachvollziehbar gemacht. Durch diese Beschreibung wird auch die Anpassung der Analyse an die Fragestellung und das zu untersuchende Material ermöglicht, ohne dass durch

⁷² Zur Struktur der Ambienteprotokolle vgl. Kap. 3.3.1

Abweichung von standardisierten Methoden Einbußen der Validität entstehen (Mayring, 2003, S. 42f).

In der vorliegenden Arbeit wurde das analytische Vorgehen im Sinne eines Ablaufmodells nach Mayring genau beschrieben.⁷³ Außerdem wurde das Kategoriensystem in Form der hierarchisch angeordneten Codes, sowie die Beschreibung der Codes in Form des Codierleitfadens dargelegt.⁷⁴ Somit sind die Voraussetzungen für die Prüfung der Ergebnisse nach dem angewendeten Vorgehen vorhanden. Jedoch fand auch hier keine Zweitprüfung der Interpretation mit einem Vergleich der vorliegenden Ergebnisse statt, so dass die Forderung Mayrings nach Intercoderreliabilität nicht erfüllt wird (Mayring, 2003, S.110).

Die Generalisierbarkeit der vorgenommenen Interpretationen als zweites Gütekriterium der qualitativen Analyse nach Bortz ist häufig erschwert. In der quantitativen Forschung kann sie durch die Auswahl von Zufallsstichproben und Wahrscheinlichkeitsberechnungen erreicht werden. Durch den Anspruch explorativ auszuwerten, erhöht sich der Analyseaufwand eines qualitativen Vorgehens und die Fallzahl ist viel kleiner. Auch der Forschungsbereich kann die Fallzahl beschränken, so dass eine zufällige Auswahl nur begrenzt möglich ist (Bortz et al. 2006, S. 335).

Bei der vorliegenden Arbeit ist die Anzahl von zehn Interviews insgesamt gering, aber den Anforderungen einer dreimonatigen Bearbeitungszeit angemessen. Durch die Auswertung in zwei Textgruppen wurden die untereinander verglichenen Fälle jedoch nochmals halbiert, so dass hier eine deutliche Einschränkung für die Generalisierbarkeit besteht. Jedoch ist mit sieben Bezirken die Grundgesamtheit für die Gruppe der Gesundheitsämter ohnehin beschränkt.

Bei der Auswahl der Stichprobe bzw. der Gesprächspartner war zudem die Gesprächsbereitschaft und Erreichbarkeit möglicher Interviewpartner begrenzend. Jedoch konnte eine gewisse Breite in Bezug auf die Bezirke einerseits und die Anbieter von Kinderbetreuungsangeboten (nach Größe, Konfession, Trägerschaft bzw. verbandlicher Zugehörigkeit) erzielt werden, um so

⁷³ Vgl. Kap. 3.3.3

⁷⁴ siehe Anhang: Codebaum ‚Gesundheitsämter‘ und ‚Träger und Verbände von Kitas‘ und Codierleitfaden.

die Wahrscheinlichkeit, dass eine möglichst große Bandbreite erreicht wird, zu erhöhen.⁷⁵

Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse über den Forschungsgegenstand ‚Untersuchungen nach § 4, KibeG in Hamburger Kindertagesstätten‘ hinaus wurde nicht angestrebt und ist nicht gegeben.

Hinweise für einen Konsens zwischen Forscherin und Beforschten (als Beleg für die Gültigkeit der Interpretationen) gaben Rücksprachen und Diskussionen über Ergebnisse in Veranstaltungen beider Gruppen (Gesundheitsämter und Verbände und Träger von Kindertageseinrichtungen).⁷⁶ Es wurde deutlich, dass sich zum einen die dort geäußerten Einstellungen gut in der vorliegenden Arbeit spiegeln, wie auch die vorgenommenen Interpretationen mit Bezug auf Kooperation auf die Zustimmung der Beteiligten stießen.

⁷⁵ Vgl. Kap.3.3.1

⁷⁶ Teilnahme der Autorin am Arbeitskreis Gesunde Kita in der HAG sowie Ergebnispräsentation und Diskussion im Gesundheitsamt Altona.

5.4 Fazit und Ausblick

Trotz der oben geschilderten Grenzen des vorliegenden Ansatzes haben sich besonders in der Diskussion mit den Befragten bzw. Beteiligten auch seine Stärken gezeigt.

Durch die Anwendung des Kooperationsmodells auf die Praxissituation ‚Vorbereitung und Umsetzung einer neuen gesetzlichen Regelung‘ konnte der häufig doch eher schwammige Begriff der Kooperation präzisiert werden und der Handlungsbedarf zur Verbesserung der Kooperation gezielt für diese Situation herausgearbeitet werden.

Der Blick von ‚außen‘ auf die Entwicklungsprozesse und Vorbereitungen zur Umsetzung der Untersuchungen wurde begrüßt und akzeptiert. Auch die Reflektion des Prozesses an sich, angestoßen durch die Interviews, wurde von den Befragten als hilfreich empfunden. Besonders die vergleichende Darstellung der Ergebnisse in den befragten Gruppen ‚Gesundheitsämter‘ und ‚Träger und Verbände von Kitas‘ ermöglichte einen Perspektivenwechsel, der neue Impulse und Hinweise für die weitere Umsetzung aus Sicht der Akteure gab. Es wurde deutlich, dass eine Evaluation großen Nutzen in der praktischen Umsetzung von Neuerungen haben kann, weil ein differenzierter Überblick über Probleme und Chancen gesammelt werden kann. Auch die Bedeutung der noch folgenden summativen Evaluation⁷⁷ nicht nur als ‚Controlling von Input und Output‘, sondern als wichtiges Feedback für die Durchführenden wurde ersichtlich.

Als weitere Forschungsfrage könnte in der dieser Evaluation der Aspekt Kooperation nochmals aufgegriffen werden. Durch enger gestaltete Fragen (mit dem Ziel einer quantitativen Auswertung) könnte die Bewertung der Zusammenarbeit, einzelne positive oder negative Erfahrungen und Problemlösungsstrategien der Durchführenden erfasst werden. Auch der Kontaktverlauf zwischen Kitas und Gesundheitsamt im Bezirk, feste Ansprechpartner oder Strukturen und die Verabredung einer gemeinsamen Zielsetzung könnten zu einer weiteren Einschätzung der Kooperation beitragen. Ein möglicher Zugewinn durch Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt und

⁷⁷ Vgl. Kap. 2.1.5

Kitas eines Bezirks über die KibeG-Untersuchungen hinaus wäre als Beleg für die Bedeutung von Kooperation von Interesse. Außerdem könnten die Reaktionen und die Mitarbeit der Eltern als weitere Kooperationspartner bei den Untersuchungen in die Evaluation mit einbezogen werden.

Durch die Integration der oben genannten Aspekte in die weitere wissenschaftliche Begleitung könnte nach einer Zeit der praktischen Durchführung nochmals ein differenziertes Feedback für die Beteiligten erarbeitet werden. So kann die bestehende Kooperation zwischen den beteiligten Partnern durch qualitative Evaluation weiter verbessert werden.

6 Literatur

Gesundheitsförderung

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Fachverlag Peter Sabo, Schwabenheim an der Selz 4. erw. und überarb. Auflage 2003

Kickbusch, Ilona: Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg 2006

Schwartz, Friedrich Wilhelm; Badura, Bernhard; Leidl, Reiner; Raspe, Heiner; Siegrist, Johannes (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban und Fischer, München, Jena 2000

Stender, Klaus-Peter: Organisation Verwaltung: Gewinn durch kooperatives und integrierendes Handeln. In: Alisch, Monika (Hrsg.): Sozial, Gesund, Nachhaltig. Vom Leitbild zu verträglichen Entscheidungen in der Stadt des 21. Jahrhunderts. Opladen, 2001

Vereinte Nationen: Deklaration der Menschenrechte, Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948. Übersetzung durch den Deutschen Übersetzungsdienst, Vereinte Nationen, New York

www.unric.org, am 28.06.2006

Waller, Heiko: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 3. überarb. und erw. Aufl. 2002

Weltgesundheitsorganisation: Das Rahmenkonzept Gesundheit für alle für die Europäische Region der WHO, Aktualisierung 2005. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr.7, Kopenhagen 2005

World Health Organization: Constitution of the World Health Organization, 1948
<http://www.who.int/gb/bd/PDF/BDenglish/Constitution.pdf>, am 06.02.07

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa: Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, 1986.

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German, am 06.02.07

Kooperation

Argyle, Michael: Cooperation, the basis of sociability. Routledge, Chapman and Hall Inc., London, New York 1991

Axelrod, Robert: Die Evolution der Kooperation. Oldenbourg, München, Studienausgabe 1988

Böhm, Birgit; Janssen, Michael; Legewie, Heiner: Zusammenarbeit professionell gestalten: Praxisleitfaden für Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und Umweltschutz. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau 1999

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW (Hrsg.): Soziale Frühwarnsysteme – Frühe Hilfen für Familien. Arbeitshilfe zum Aufbau und zur Weiterentwicklung lokaler und sozialer Frühwarnsysteme.

V. Santen, Eric; Seckinger, Mike: Kooperation: Mythos und Praxis einer Realität. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München 2003

Staehe, Wolfgang H.: Management: eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. Verlag Franz Vahlen, München, 8. überarb. Auflage 1999

Methoden

Boehm, Andreas; Mengel, A.; Muhr, T. (Hrsg.): Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge. Universitätsverlag Konstanz GmbH, Konstanz 1994

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer Medizinverlag, Heidelberg 4. überarb. Aufl. 2006

Flick, Uwe; v. Kardorff, Ernst; Keupp, Heiner; v. Rosenstiel, Lutz; Wolff, Stephan (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. Beltz, Psychologie VerlagsUnion, Weinheim 2. Aufl. 1995

Mayring, Phillip: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 8. Auflage 2003

Gesetzestexte und Verordnungen

Hamburger Kinderbetreuungsgesetz (KibeG) a) vom 27. April 2004.
HmbGVBl. 2004, S. 211, zuletzt geändert durch Gesetz vom 03.11.2004,
HmbGVBl. 2004, S. 395

Hamburger Kinderbetreuungsgesetz (KibeG) b) vom 27. April 2004.
Gesetzestext mit Begründung. [http://kita-reform.de/Downloads/KIBeG Gesetz zur Neuregelung der Hamburger Kinderbetreuung.pdf](http://kita-reform.de/Downloads/KIBeG_Gesetz_zur_Neuregelung_der_Hamburger_Kinderbetreuung.pdf) am 12.02.07

Hamburgisches Schulgesetz (HmbSG) vom 16. April 1997 (HmbGVBl. S. 97),
zuletzt geändert am 17. Mai 2006 (HmbGVBl. S. 243), 6. Juli 2006 (HmbGVBl. S. 376, 378) und 2. Januar 2007 (HmbGVBl. S. 6)

Senatsdrucksache „Hamburg schützt seine Kinder“, Neufassung vom
26.09.2005 der Senatsdrucksache Nr. 2005/1149 vom 23.09.2005 (nicht
öffentliches Dokument)

**Verordnung über die ärztliche und zahnärztliche Untersuchung von Kindern
in Tageseinrichtungen** vom 31. Oktober 2006, HmbGVBl. Nr. 45, S. 527

Sonstige

**Finanzbehörde – Amt für Organisation und Zentrale Dienste; Pressestelle
des Senats (Hrsg.):** Hamburg Handbuch 2006/2007. Dumrath & Fassnacht,
Hamburg.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

7 Anhang

- Anhang A: Codebaum ‚Gesundheitsämter‘
- Anhang B: Codebaum ‚Träger und Verbände Kitas‘
- Anhang C: Codierleitfaden
- Anhang D: Fragebogen Träger/ Verbände von Kindertagesstätten
- Anhang E: Fragebogen Gesundheitsämter

Anhang A: Codebaum ‚Gesundheitsämter‘

Kategorie	Codes
Ziele und Motivation	Zielsetzung
	Bewertung der Zielsetzung
	Chancen
	Warum untersucht ÖGD
	Verortung neue Aufgabe im GA
Entstehungsprozess	Ablauf
	Gesetz
	Gesetz ist Gesetz
	Rechtsverordnung
	Auftragserteilung
	Mitbewerber
	Beteiligung am Ablauf
	Bewertung Ablauf
Machbarkeit	Umsetzung der Zielsetzung
	Alternativen zur Umsetzung der Zielsetzung
	Weiteres Vorgehen
	Probleme
	Umgang mit Problemen
	Beteiligte Vorbereitung
	Ressourcenermittlung
	Untersuchung
Kitas/ Partner	Aufgaben und Erwartungen an Kitas
	Erfahrungen mit Kitas
	Kontakte zu § 4 bisher
	Sichtweise Kitas
Verständnis von Kooperation	§ 4 Kooperation?
	Bedeutung von Kooperation
	Erfahrungen mit Kooperation
	Voraussetzungen und Hindernisse
Perspektive	Evaluation
	Zukünftige Entwicklung

Anhang B: Codebaum ‚Träger und Verbände Kitas‘

Kategorie	Codes
Ablauf	Zuständigkeit
	Beteiligung
	Bewertung Ablauf
Ziele und Motivation	Zielsetzung
	Bewertung der Zielsetzung
	Gesetz ist Gesetz
	Gesundheit in Kitas
	Chancen
Machbarkeit	Zielsetzung umsetzbar?
	Aufgaben/ Erwartungen an Kitas
	Probleme Durchführung
	Umgang mit Problemen
	Weiteres Vorgehen
GÄ/ Partner	Erfahrungen mit GÄ
	Kontakte zu § 4 bisher
	Sichtweise/ Haltung GÄ
Kooperation	§ 4 Kooperation
	Bedeutung von Kooperation
	Erfahrungen mit Kooperation
	Voraussetzungen und Hindernisse
Perspektive	Evaluation
	Zukünftige Entwicklung

Anhang C: Codierleitfaden

1 Textgruppe Gesundheitsämter

1.1 Ziele und Motivation

Zielsetzung

Alle direkten Äußerungen auf die Frage nach der Zielsetzung werden mit diesem Code kodiert, außerdem Segmente, die der Interviewte in Beziehung zur Zielsetzung setzt, z.B. durch Äußerungen wie „Intention“, oder andere Synonyme für Zielsetzung, Absicht. Dafür wird eine engere Kontextanalyse im Sinne von Mayring herangezogen.

Ankerbeispiel:

- „Vielleicht am Ende so meine mm, Einschätzung, noch mal so mm, dieses Anliegens, eben Kindern frühzeitig ´n Zugang zum Gesundheitswesen zu ermöglichen (...)“ (KSA02, 476/478)

Bewertung der Zielsetzung

Alle direkten Äußerungen auf die Frage nach der Bewertung der Zielsetzung werden hier codiert, außerdem Äußerungen an anderer Stelle, die eine Bewertung der Zielsetzung erkennen lassen. Die Bewertung der Zielsetzung ist sinngemäß von der Bewertung zu trennen, ob die Zielsetzung in der geplanten Form *umsetzbar* ist (→ Code „Umsetzung“). „Bewertung der Zielsetzung“ beschreibt die grundsätzliche Haltung gegenüber dem, was als Zielsetzung interpretiert wird.

Ankerbeispiel:

- „(...)theoretisch vielleicht ein guter Ansatz (...)“ (KSA01, 301/030)
- „Ja ich denke das Ganze ist nicht durchdacht. Sehr im Übereifer entstanden“ (KSA03, 334/335)

Chancen

Äußerungen zur Frage nach Chancen der Untersuchungen und über möglichen Zugewinn an anderer Stelle. Textstellen sind häufig auch unter „Warum untersucht ÖGD“ codiert. Die Abgrenzung ist jedoch der Blickwinkel: hier geht es um möglichen Zugewinn durch die Untersuchungen insgesamt, ein Teil davon ist auch Zugewinn für den ÖGD und Grund für die Ansiedelung der Untersuchungen hier.

Ankerbeispiel:

- „Sie bietet auch die Chance, in der Kita die Augen zu öffnen für bestimmte, ich sag mal, Maßnahmen ist ´n falsches Wort, für Programme, die man machen könnte und die allen Kindern dienlich sind“ (KSA01, 381/384)

Warum untersucht ÖGD

Wie ist es dazu gekommen, dass der ÖGD die Untersuchungen durchführt?

Aussagen, die erkennen lassen, welche Gründe aus Sicht des Interviewten dafür sprechen, dass die Untersuchungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden sollen (und zum Beispiel nicht von niedergelassenen Ärzten), aber auch, welche Gründe aus seiner Sicht dagegen sprechen.

Beschreibung des Interviewten, wie die Untersuchungen in sein Selbstverständnis des ÖGD passen.

Ankerbeispiel:

- „also ich glaub das ist ´n ganz wesentlicher Punkt, dass äm, einfach jetzt wir von der öffentlichen Gesundheit ja mitbekommen, was an/ an/ an gesundheitlicher Lage, an Krankheiten auch auftaucht bei Kindergartenkindern“ (KSA02, 376/380)

Verortung neue Aufgabe im GA

Antwort auf die Frage: In welchem Verhältnis steht die neue Aufgabe zu den anderen Aufgaben im Gesundheitsamt.

Ankerbeispiel:

- „Also es passt sich gut ein in das schon bestehende Angebot, was wir jetzt eben zwischen Mütterberatung und Schuleingangsuntersuchung noch dazwischen anbieten“ (KSA02, 205/207)
- „Also im Moment ist es so, dass es derartig meine Kapazitäten bindet“ (KSA01, 372/373)

1.2 Entstehungsprozess

Ablauf

Äußerungen zum Ablauf (Reihenfolge, Daten) von Gesetzesentstehung, Rechtsverordnung und Konzeptentwicklung/ Überarbeitung ohne eine Bewertung der Ereignisse.

Ankerbeispiel:

- „das die Rechtsverordnung jetzt erst zum 31.10. verabschiedet worden ist, das heißt, sie ist auch im Laufe des ganzen Jahres 2006 erst erarbeitet worden“ (KSA01, 85/87)

Gesetz

Äußerungen zum Inhalt des Gesetzestextes

Ankerbeispiel:

„im KibeG steht drin, dass die zuständige Behörde diese Untersuchungen durchführt“
(KSA01, 39/41)

Gesetz ist Gesetz

Die Äußerung, dass das Gesetz jetzt da ist und alle zur Umsetzung verpflichtet.

Ankerbeispiel:

- „Wir haben ´n Auftrag, ´n Gesetzesauftrag, den wir zu erfüllen haben“ (KSA03, 748/749)

Rechtsverordnung

Äußerungen zum Inhalt und zur Verabschiedung der Rechtsverordnung.

Ankerbeispiel:

- „weil in der Rechtsverordnung wiederum weitere Aufgaben auf uns zukommen, die im Gesetzestext so nicht drin stehen“ (KSA01, 118/119)

Auftragserteilung

Aussagen darüber, wie der ÖGD zum durchführenden Organ für die Untersuchung wurde.

Ankerbeispiel:

- „an uns wurde herangetreten, dass wir uns äh, dafür bewerben sollten“ (KSA01, 47/48)
- „mit diesen Berechnungen hat sich dann/ haben sich die Gesundheitsämter auch bei der für die Durchführung des Gesetzes zuständigen Stelle beworben, dass die Gesundheitsämter die Untersuchungen durchführen würden und irgendwann ist ihnen dann gnädig gesagt worden, gut, ihr könnt's machen, aber einfach weil auch gar kein (lacht) ernsthafter Konkurrent da war“ (KSA04, 80/85)

Mitbewerber

Äußerungen über Alternativen zur Durchführung der Untersuchungen durch die Gesundheitsämter und die Bewertung möglicher Alternativen.

Ankerbeispiel:

- „es waren mit im Spiel zum Beispiel die niedergelassenen Ärzte“ (KSA01, 68/69)
- „die Kinderärzte Hamburgs haben abgelehnt, das zu machen, bei den zahnärztlichen Untersuchungen hat die LAJH auch abgelehnt“ (KSA03, 100/102)

Beteiligung am Ablauf

Äußerungen über Beteiligung an verschiedenen Stadien des Vorbereitungsprozesses.

Ankerbeispiel:

- „praktisch hätte man, um diese Ziele zu erreichen den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit beteiligen müssen“ (KSA01, 296/297)

Bewertung Ablauf

Äußerungen zum Ablauf (Entwicklung des Gesetzestextes und der Rechtsverordnung, Bewerbung der Gesundheitsämter, Vorbereitung der Untersuchungen), die eine Bewertung erkennen lassen.

Ankerbeispiel:

- „das Ganze ist, also ich würde sagen, die ganze Entwicklung, das hat jetzt nichts mit dem Inhalt der Aufgabe zu tun, das/ es ist ja ´ne sinnvolle Geschichte, aber, die Art, wie das abgelaufen ist, wär ´ne Satire wert.“ (KSA03, 146/149)

1.3 Machbarkeit

Umsetzung der Zielsetzung

Hiermit werden die direkten Äußerungen auf die Frage (kann die Zielsetzung mit den Untersuchungen umgesetzt werden) codiert. Außerdem Äußerungen des Interviewten, die eine Einschätzung der Machbarkeit betreffen.

Ankerbeispiel:

- „ob das mit der Summe, die wir da bereitgestellt bekommen haben, sechshunderttausend Euro schaffen, wage ich zu bezweifeln“ (KSA02, 134/136)
- „wenn es nachher nur ein Abreißen von Untersuchungen ist, und ein Datensammeln, äh, dann wär das Ziel verfehlt.“ (KSA01, 732/733)

Alternativen zur Umsetzung der Zielsetzung

Bei kritischer Bewertung die Antwort auf die Nachfrage anderer Möglichkeiten, die zuvor vermutete Zielsetzung umzusetzen. Weitere Möglichkeiten, die die Interviewten im Zusammenhang mit der Zielsetzung nennen.

Ankerbeispiel:

- „das ist eben eine Kette von Maßnahmen, ja, also beispielsweise das was früher soziale Stadtteilentwicklung ist, oder Gesundheitsförderung insgesamt, gehört mit dazu, dass wir, wenn's denn geht, einen möglichst starken und leistungsfähigen öffentlichen Gesundheitsdienst auch mit erhalten. Dass wir, wie der Senat das jetzt auch tut, Gebiete mit besonderem Förderungsbedarf fördern, das sind ja Maßnahmen, die alle Kindergesundheit fördern, äm, und das ist ein Teil dieser Perlenkette.“ (KSA05, 165/172)

Weiteres Vorgehen

Äußerungen der Interviewten, welche Schritte sie in der Umsetzung jetzt als notwendig erachten. Vor allem unter der Frage „Was muss jetzt von den Kitas und den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamts getan werden, um die Untersuchung der Dreijährigen in der Kita umzusetzen?“.

Ankerbeispiel:

- „Ja, das erste ist natürlich, äh, die Kitas müssen informiert werden, das ist Aufgabe der Fachbehörde, also über die Träger zu informieren, dass diese Untersuchungen losgehen“ (KSA01, 454/457)

Probleme

Antworten auf die Frage nach möglichen Problemen bei der Umsetzung und Äußerungen zu Problemen an anderer Stelle.

Ankerbeispiel:

- „Naja, also wir werden sehen müssen, ob wir mit den Mitteln, die man uns zur Verfügung gestellt hat die Ziele erreichen werden. Das wird man sehen. Ich bin da zurückhaltend, ob das gelingen wird, sehr zurückhaltend.“ (KSA05, 386/389)

Umgang mit Problemen

Äußerungen zur Frage, wie Probleme bewältigt werden können, eigene bereits angedachte Strategien.

Ankerbeispiel:

- „Es ist die Planung, äm, dass die Kitas selber steuern. Das steht jetzt nirgendwo so im Gesetz, aber diese Möglichkeit hätten natürlich die Erzieherinnen, indem sie bei den Eltern, wo sie der Meinung sind, da muss mal ´ne Untersuchung sein, äh, öfter mal nachfragen, wo ist der Zettel, und vielleicht gar nicht allen so ´nen Zettel austeilen.“ (KSA04, 345/349)

Beteiligte Vorbereitung

Beteiligte an der Vorbereitung der Untersuchungen (Konzept, Untersuchungsprogramm, Formulare, „Gesamtpaket“).

Ankerbeispiel:

- „Dann ging’s darum äh, dass in die äh, konzeptionell und äh, inhaltlich ´n bisschen zu erfassen, dann gab’s denn Arbeitsgruppen im zahnärztlichen Bereich und im ärztlichen Bereich“ (KSA03, 127/130)

Ressourcenermittlung

Äußerungen über die benötigten und zur Verfügung gestellten Ressourcen (Personal, Sachkosten, Arbeitsaufwand Vorbereitung) zur Vorbereitung und Umsetzung der Untersuchungen.

Ankerbeispiel:

- „die Voranweisung, die uns das Geld dann demnächst noch klarer und deutlicher sagt, leider nicht mit mehr Personal, wie wir es sagen wir mal von der Finanzbehörde versucht haben zu erstreiten“ (KSA02, 65/68)

Untersuchung

Äußerungen zur Vorbereitung der Untersuchungen und zu Untersuchungsinhalten.

Ankerbeispiel:

- „parallel dazu haben wir in einer Arbeitsgruppe erarbeitet, was wir eigentlich machen müssen, was wir für'n Aufwand betreiben müssen, was wir untersuchen müssen, bei dreijährigen Kindern, welche Kinder müssen wir überhaupt untersuchen“ (KSA01, 92/96)

1.4 Kitas/ Partner

Aufgaben und Erwartungen an Kitas

Äußerungen darüber, welche Aufgaben die Kita im Zusammenhang mit den Untersuchungen hat und Erwartungen, wie sie sich verhalten werden.

Ankerbeispiel:

- „und wenn die/ der Erstkontakt hergestellt ist, zur Kita, dann hat die Kita uns zu melden, wie viel Kinder * wie viel Dreijährige sie haben“ (KSA01, 478/479)
„und es ist ja maßgeblich ganz wichtig, dass die das auch, worum's da geht, für werben und letzten Endes sogar was davon haben.“ (KSA02, 345/347)

Erfahrungen mit Kitas

Äußerungen zu Erfahrungen und Kontakten des Interviewten allgemein mit Kitas und die Bewertung oder Einschätzung der Erfahrungen.

Ankerbeispiel:

- „Die Kindertageseinrichtungen sind eigentlich, äm, haben wir erlebt, wenn wir mit irgendeinem Anliegen des Gesundheitsamtes kamen, das war bisher weitgehend der Infektionsschutz, dass erst mal Bedenken da waren, aber wenn man einmal

zusammengearbeitet hatte, haben die Kitas gemerkt, dass eine Zusammenarbeit sie schneller voranbringt mit ihren eigenen Zielen“ (KSA04, 443/449)

Kontakte zu § 4 bisher

Erfahrungen und Kontakte im Rahmen der Untersuchungen/ Vorbereitung der Untersuchungen nach § 4 zwischen GÄ und Kitas.

Ankerbeispiel:

- „und, äh, wie es jetzt gewesen ist, dass wir schon in die Kitas gehen sollten, also wir jetzt, sprich die Untersuchungsteams, und die Kitas noch gar nicht/ die Information von der Fachbehörde dort überall angekommen war“ (KSA01, 862/865)

Sichtweise Kitas

Äußerungen über die vermutete Einstellung der Kitas zu den Untersuchungen.

Ankerbeispiel:

- „dass auch seitens der Kitaträger ganz große Bedenken sind, äh, wie man/ dass wir nicht genug Zeit mitbringen, zur Auswahl, schon allein für die Eltern, dass die überhaupt den Termin wahrnehmen können“ (KSA01, 338/341)

1.5 Verständnis von Kooperation

§ 4 Kooperation?

Antwort zur Frage: Handelt es sich bei der neuen Aufgabe um eine Kooperationssituation? Befürwortung/ Ablehnung und Erläuterungen oder Begründungen.

Ankerbeispiel:

- „Ja, das wäre eine Kooperationssache, also das kann man im Großen und Ganzen sagen“ (KSA01, 795/796)

Bedeutung von Kooperation

Äußerungen zur Frage „Was bedeutet Kooperation jetzt für die Beteiligten?“ (wenn Kooperation bejaht wurde).

Ankerbeispiel:

- „Kooperation bedeutet * aufeinander zugehen, sich zusammensetzen, zu gucken, wie man eben dies/ die gesetzliche Aufgabe versucht gut umzusetzen“ (KSA02, 466/468)

Erfahrungen mit Kooperation

Äußerungen zu eigenen Erfahrungen mit Kooperation, Zusammenarbeit oder Vernetzung, nicht explizit auf Frage nach Kooperation, auch an anderer Stelle.

Ankerbeispiel:

- „aber wenn man einmal zusammengearbeitet hatte, haben die Kitas gemerkt, das ´ne Zusammenarbeit sie schneller voranbringt mit ihren eigenen Zielen, und äh, wir kamen mit unseren Zielen auch schneller voran“ (KSA04, 446/449)
- „Gesunde Städte und Gesunde Städte Netzwerke, die müssen wachsen, die fallen nicht vom Himmel“ (KSA05, 358/359)

Voraussetzungen und Hindernisse

Äußerungen, was für Kooperation notwendig ist. Vorwiegend auf Nachfrage nach Voraussetzungen oder Hindernissen, aber auch an anderer Stelle (eigene Erfahrungen). Im Text getrennt codiert, jedoch aufgrund vieler Überschneidungen (aus Voraussetzungen ergeben sich Hindernisse, wenn sie nicht geschaffen sind und umgekehrt) zusammengefasst.

Ankerbeispiel:

- „Eigentlich ist die Voraussetzung wirklich, dass man die ausreichende Ressource hat und zwar auf beiden Seiten“ (KSA01, 832, 833)

1.6 Perspektive

Evaluation

Aussagen mit dem Stichwort Evaluation oder Auswertung oder Ähnliches, auch Hinweise auf ein Interesse, was bei der Umsetzung beobachtet oder herausgefunden werden sollte.

Ankerbeispiel:

- „ob das mit der Summe, die wir da bereitgestellt bekommen haben, sechshunderttausend Euro schaffen, wage ich zu bezweifeln, aber dafür findet ja eine Evaluation statt“ (KSA02, 134/137)

Zukünftige Entwicklung

Einschätzungen der Befragten zur weiteren Entwicklung im Hinblick auf Dauerhaftigkeit, Änderungen des Vorhabens.

Ankerbeispiel:

- „Also ich denke, dass es ´ne dauerhafte Einrichtung wird, es sind ja fast alle Bundesländer dabei, solche Untersuchungen einzuführen.“ (KSA04, 715/716)

2 Textgruppe Kitas

2.1 Ablauf

Zuständigkeit

Äußerungen zu Abläufen, Informationswegen, Zuständigkeiten (im Zusammenhang mit Gesetzesänderungen oder Gesundheitsfragen) in den befragten Verbänden oder Trägern auf die Einstiegsfrage.

Ankerbeispiel:

- „es läuft dann so, dass äh, der Spitzenverband uns informiert darüber, wie die jetzt gültigen Regelungen oder Vorgehensweisen sind. Und uns ´ne Empfehlung, äh, ausspricht, was zum Beispiel den Umgang äm, bei Untersuchungen betrifft, wo die Eltern nicht dabei sein können.“ (KSK05, 94/98)

Beteiligung

Äußerungen zur Beteiligung der Befragten oder der von ihnen vertretenen Institutionen im bisherigen Vorbereitungsprozess im Sinne von Information, Mitsprache, Eigeninitiative.

Ankerbeispiel:

- „wir haben von diesen Vorbereitungen der äh, Verordnung, nichts mitbekommen, das ist sehr unglücklich gelaufen, äh, wir sind darüber informiert worden aus der Praxis“ (KSK01, 130/133)

Bewertung Ablauf

Wertende Äußerungen über die Einschätzung des bisherigen Ablaufs durch die Befragten.

Ankerbeispiel:

- Also, wie so oft ist die Einführung einer an sich nicht äh, dummen Sache einigermaßen schief gegangen.“ (KSK02, 119/120)

2.2 Ziele und Motivation

Zielsetzung

Alle direkten Äußerungen auf die Frage nach der Zielsetzung werden mit diesem Code kodiert, außerdem Segmente, die der Interviewte in Beziehung zur Zielsetzung setzt, z.B. durch Äußerungen wie „Intention“, oder andere Synonyme für Zielsetzung, Absicht. Dafür wird eine engere Kontextanalyse im Sinne von Mayring herangezogen.

Ankerbeispiel:

- „also ich denke, die Absicht ist, äh, ´ne genauere, äm, ´n genaueres Wissen und ´ne genauere Kontrolle über den Gesundheitszustand von Kindern, äh, zu erlangen, ich denke, es ist ganz stark im Zusammenhang mit den verschiedenen Fällen von Kindeswohlvernachlässigung zu sehen“ (KSK05, 164/168)

Bewertung der Zielsetzung

Alle direkten Äußerungen auf die Frage nach der Bewertung der Zielsetzung werden hier codiert, außerdem Äußerungen an anderer Stelle, die eine Bewertung der Zielsetzung erkennen lassen. Die Bewertung der Zielsetzung ist sinngemäß von der Bewertung zu trennen, ob die Zielsetzung in der geplanten Form *umsetzbar* ist (→ Code „Umsetzung“). „Bewertung der Zielsetzung“ beschreibt die grundsätzliche Haltung gegenüber dem, was als Zielsetzung interpretiert wird.

Ankerbeispiel:

- „grundsätzlich finde ich das mm, gut, zu versuchen, ´n engmaschigeres Netz zu machen, ich finde es auch äh, gut, dass es in äh, in der Kita angesiedelt ist, weil es da erst mal, also weil man da auf/ auf viele Eltern trifft“ (KSK05, 179/182)

Gesetz ist Gesetz

Die Äußerung, dass das Gesetz jetzt da ist und alle zur Umsetzung verpflichtet.

Ankerbeispiel:

„Das ist ´n Gesetz, und das, mm, das haben Politiker zusammen überlegt und das wird jetzt umgesetzt.“ (KSK01, 825/826)

Gesundheit in Kitas

Äußerungen der Befragten über bereits bestehende Aktivitäten zu Thema Gesundheit und Gesundheitsvorsorge in den Kitas, Äußerungen über den Stellenwert von Gesundheit in Konzeptionen und Richtlinien.

Ankerbeispiel:

- „Was konkret Gesundheitssachen/ also, ich denke, da machen wir schon ´ne ganze Menge. Ne, da ist insbesondere im Krippenbereich auch äh, wir bieten in vielen, vielen Häusern, die mit Krippenkindern arbeiten, äh, mittlerweile Säuglingsmassage an, und äh, es gibt mm, mit Honorarkräften äh, Säuglingspflegekurse, also da passiert schon ´ne ganze Menge“ (KSK03, 677/682)

Chancen

Äußerungen darüber, welche positiven Wirkungen die Untersuchungen haben könnten, auch, wie sie zum Thema Gesundheit in den Kitas beitragen können.

Ankerbeispiel:

- „das ist ja ´ne Serviceleistung, kann man ja so sagen (...) das ist ja etwas, das ihnen angeboten wird, das ist ja auch was ganz Tolles, so, und äm, zu Gunst/ also zum Besten ihres Kindes (KSK01, 686/691)

2.3 Machbarkeit

Zielsetzung umsetzbar?

Äußerungen darüber, ob die von den Befragten interpretierte Zielsetzung mit den geplanten Untersuchungen umzusetzen ist.

Ankerbeispiel:

- „Unsere/ unsere Kritik an der ganzen Sache ist tatsächlich, dass diese Untersuchungen im Grunde, wenn das gut läuft, und gerade die Eltern und die Kinder auch erfasst, die eigentlich erfasst werden sollen, nämlich die, die wirklich äh, im Grunde jetzt nicht gut versorgt sind, dann müsste es eine Nachbegleitung geben“ (KSK01, 379/383)

Aufgaben/ Erwartungen an Kitas

Äußerungen darüber, welche Aufgaben die Befragten auf sich und ihre Kitas zukommen sehen, Erwartungen, die sie im Kontakt mit Behörde oder Gesundheitsämtern wahrgenommen haben.

Ankerbeispiel:

- „Naja, ich denke, dass die Gesundheitsämter oder die Ärztinnen auch erwarten, das alles reibungslos/ reibungslos läuft, dass sie kommen und alles schon da ist, und die Kinder immer rein/ also nacheinander wunderbar kommen und das es auch irgendwie selbstverständlich läuft und dass dieser Background sehr hervorragend von den Kitas irgendwie organisiert wird“ (KSK01, 814/819)

Probleme Durchführung

Welche Schwierigkeiten sehen die Befragten bei der Durchführung der Untersuchungen?

Ankerbeispiel:

„Also, Probleme sind zum Teil, mm, Räume, die so nicht zur Verfügung gestellt werden können, wie das gewünscht ist, dass man sozusagen ein Vorbereitungs- und ein Diagnostikzimmer hat, äh, das können wir nicht in allen Kitas bieten“ (KSK03, 531/534)

Umgang mit Problemen

Ideen und Empfehlungen zur Verbesserung von kritischen Punkten und Mängeln in der Durchführung.

Ankerbeispiel:

- „Und äh, wir sind aus dem Grunde der Meinung, von der AGFW und das haben wir ja auch in der Vertragskommission vermittelt, äm, wir fordern da Honorargelder für diese/ für diese Zeiten. Wenn die Erzieherinnen äh, die Kinder begleiten müssen.“ (KSK01, 660/663)

Weiteres Vorgehen

Planungen, Strategien oder Vorgehensweisen der Träger und Verbände für den weiteren Verlauf.

Ankerbeispiel:

- „Wir werden nicht, wie andere Verbände ´ne Empfehlung aussprechen, diese Untersuchung * wie auch immer nicht zu unterstützen. Werden das unseren Mitgliedsorganisationen überlassen, äh, aufgrund der Erfahrung, dass die schon die richtige Entscheidung jeweils treffen werden.“ (KSK02, 525/529)

2.4 GÄ/ Partner

Erfahrungen mit GÄ

Erfahrungen der Befragten oder der von ihnen vertretenen Einrichtungen mit Gesundheitsämtern in anderen Kontexten (als den Untersuchungen nach § 4).

Ankerbeispiel:

- „Das ist schon so, wie du gesagt hast, das ist eher so ´n Stück Obrigkeit oder anders gesagt, eine Fachbehörde nutzt sozusagen ihr Instrumentarium. Und äh, das ist selten auf Kooperation ausgerichtet. Sondern eher im/ im Rahmen von Verwaltungsvorschriften * tickend.“ (KSK02, 560/564)

Kontakte zu § 4 bisher

Äußerungen über Kontakte der Träger und Verbände mit Gesundheitsämtern oder Behörde zu den Untersuchungen nach § 4 oder auch Rückmeldungen aus den Mitgliedseinrichtungen zu solchen Kontakten.

Ankerbeispiel:

- „Wir sind äh, unangenehm überrascht worden dadurch, dass genau diese Menschen ohne jedwede Vorbereitung dann in die Kitas getobt sind.“ (KSK02, 108/109)

Sichtweise/ Haltung GÄ

Äußerungen der Befragten darüber, welche Ziele, Motivation und Einstellung zu den Untersuchungen sie bei den Gesundheitsämtern vermuten. Haltungen, die sie aus bisherigen Kontakten interpretieren.

Ankerbeispiel:

- „Zum Teil ist das Gefühl da gewesen, * äh, dass die Einsicht nicht so ganz da war, bei den Ärzten, oder bei den Gesundheitsabteilungen, äh, weil das auch so ´n Stück glaube ich übergestülpt war und eben die Einbindung in den Entwicklungsprozess vorher nicht gegeben war.“ (KSK03, 574/579)

2.5 Kooperation

§ 4 Kooperation?

Antworten auf die Frage, ob es sich bei den geplanten Untersuchungen um eine Kooperationssituation handelt. Spontane Nennung des Stichworts Kooperation im Zusammenhang mit den Untersuchungen.

Ankerbeispiel:

- „Würden Sie die neue Aufgabe als Kooperationssituation verstehen, zwischen Kitas und Gesundheitsämtern? (...) Eindeutig, ja.“ (KSK01, 965/968)

Bedeutung von Kooperation

Äußerungen zur Frage „Was bedeutet Kooperation jetzt für die Beteiligten?“ (wenn Kooperation bejaht wurde).

Ankerbeispiel:

„Was soll ich da jetzt antworten, weiß ich jetzt nicht so genau (lacht) Kooperation für die Beteiligten, was ist das. * Ja zum einen natürlich irgendwie mehr Arbeit, ist klar, einfach noch mal sich auf ´nen zusätzlichen Kooperationspartner einstellen (...) natürlich auch eine Erweiterung, also es könnte einfach Kompetenzzuwachs geben“ (KSK01, 1022/1030)

Erfahrungen mit Kooperation

Äußerungen zu eigenen Erfahrungen mit Kooperation, Zusammenarbeit oder Vernetzung, nicht explizit auf das Stichwort Kooperation durch Interviewer, auch an anderer Stelle.

Ankerbeispiel:

- „Das erleben wir grade im Bereich Kita – Schule, da gibt es immer eine Seite, die fühlt sich ein bisschen weiter, ein bisschen größer, ein bisschen, was weiß ich, besser, äh,

und das darf, also das ist genau also der/ ich hoffe einfach, dass es klappt“ (KSK01, 979/983)

Voraussetzungen und Hindernisse

Äußerungen, was für Kooperation notwendig ist. Vorwiegend auf Nachfrage nach Voraussetzungen oder Hindernissen, aber auch an anderer Stelle (eigene Erfahrungen). In einem Code zusammengefasst, da in der Textgruppe GÄ viele Überschneidungen (Voraussetzungen ist das Positiv für Hindernisse).

Ankerbeispiel:

- „Also wenn das Gesundheitsamt jetzt äm, jetzt meinetwegen meint, es müsste der Kita Vorschriften machen. Also für Kooperation muss es ja immer ´ne gewisse Offenheit geben. Und ´n gleichberechtigtes und partnerschaftliches Miteinander.“ (KSK05, 345/348)

2.6 Perspektive

Evaluation

Äußerungen der Interviewten mit dem Stichwort Evaluation und was sie in der Umsetzung der Untersuchungen beobachten wollen.

Ankerbeispiel:

- „Also für uns ist natürlich auch ganz spannend, zu gucken, wie Eltern dann darauf reagieren, also da sind jetzt/ die ersten Termine werden Ende Januar sein, äm, und da werde ich auch interessehalber auch noch mal nachhaken, so, wie viel Kinder sind denn da nun wirklich und wie viel sind nicht, und mit welcher Begründung haben Eltern auch gegebenenfalls auch äh, das abgelehnt, das wäre ja auch noch mal ganz interessant, so zu erfahren.“ (KSK03, 804/810)

Zukünftige Entwicklung

Einschätzung der zukünftigen Entwicklung im Hinblick auf Dauer, Erfolg, mögliche Veränderungen der Maßnahme.

Ankerbeispiel:

- „wenn wir die Menschen nicht erreichen, die wir eigentlich erreichen wollen, dann wird es sich/ wird es sehr zu überlegen sein, ob man nicht andere Wege findet. Und ich sehe ja parallel dazu auch diese Initiative, äm, die U-Untersuchungen in Hamburg verpflichtend zu machen und wenn das der Fall ist, dann gehe ich davon aus, dass es diese Pflicht gibt und dass es wahrscheinlich diese Untersuchungen in den Kitas auch nicht mehr geben wird“ (KSK01, 863/869)

Anhang D: Fragebogen Träger/ Verbände von Kindertagesstätten

Einleitung

Zunächst möchte ich mich bedanken, dass Sie sich Zeit nehmen für dieses Gespräch und mich nochmals kurz vorstellen: Mein Name ist Katharina Silies, ich bin Diplomandin an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg im Studiengang Gesundheitswissenschaften. Im Rahmen meiner Diplomarbeit führe ich Interviews mit Vertretern der Träger/ Verbände von Kindertagesstätten und mit Vertretern der Gesundheitsämter. Außerdem werden im Rahmen eines Fachprojekts Ärzte und Ärztinnen der Gesundheitsämter und Kitaleitungen interviewt. Die Interviews werden anonym und personenunabhängig ausgewertet, die Aufnahmen mit dem Originalton werden nach Anfertigung einer Abschrift gelöscht.

Ich möchte mich heute mit Ihnen über die Untersuchung Dreijähriger Kinder in den Kindertagesstätten unterhalten, die nach dem Kinderbetreuungsgesetz, § 4, von Ärzten und Ärztinnen des Gesundheitsamtes durchgeführt werden soll.

1. Können Sie mir zu Beginn beschreiben, wie die Zuständigkeiten für dieses Thema bei Ihnen geregelt sind?
2. Haben Sie bisher von den Vorbereitungen zur Umsetzung des Gesetzes etwas mitbekommen?
 - a. *Informationen oder Kontaktaufnahme durch Behörden oder Ämter?*
3. Welche Zielsetzung verfolgt das Gesetz Ihrer Meinung nach?
 - a. *Wie bewerten Sie diese?*
4. Kann diese Zielsetzung durch die geplanten Untersuchungen umgesetzt werden?
 - a. *Gibt es andere Möglichkeiten?*
5. Ist Gesundheitsvorsorge ein Thema in Ihren Kitas?
6. Wie bewerten Sie die ärztliche Untersuchung in den Kitas in diesem Zusammenhang?
7. Sehen Sie Probleme, die die ärztliche Untersuchung in den Kitas mit sich bringen könnte?
 - a. *Welche?*
 - b. *Z.B. für Ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen?*
 - c. *Z.B. bei der Durchführung und Organisation?*
 - d. *Wie können die Probleme bewältigt werden?*
8. Bietet die neue Aufgabe Chancen?
 - a. *Welche?*
 - b. *Wie können diese Chancen genutzt oder ausgebaut werden?*

9. Was glauben Sie, wie die Gesundheitsämter das sehen?
 - a. *Was erwarten sie von Ihnen und von Ihren Kitas?*
 - b. *Welches Interesse haben sie an den Untersuchungen Ihrer Meinung nach?*
10. Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung dieses Vorhabens ein?
 - a. *Zukünftig: in den nächsten Jahren*
11. Wie werden Sie als Verband/ Träger mit dieser Situation (*der Untersuchung in den Kitas*) umgehen?
 - a. *Wird es Handlungsanweisungen für Kitaleitungen geben?*
 - b. *Stehen Sie in Kontakt mit den Gesundheitsämtern?*
12. Haben Sie als Träger/ Verband oder Ihre Einrichtungen (bes. Kindertagesstätten) bereits mit Gesundheitsämtern zusammengearbeitet?
 - a. *In welcher Form?*
 - b. *Wie haben Sie die bisherige Zusammenarbeit wahrgenommen?*
13. Würden Sie die neue Aufgabe als Kooperationssituation zwischen Kitas und Gesundheitsamt verstehen?
14. Was sind aus Ihrer Sicht Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation?
 - a. *Was sind Hindernisse für Kooperation?*
15. Was bedeutet Kooperation in diesem Zusammenhang für die Beteiligten?
 - a. *für die Kitas?*
 - b. *für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamts?*
 - c. *für das Gesundheitsamt?*
 - d. *für die Träger von Kindertagesstätten?*

Ich bin nun am Ende des Interviews. Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Dann bedanke ich mich herzlich für das Gespräch!

Anhang E: Fragebogen Gesundheitsämter

Einleitung

Zunächst möchte ich mich bedanken, dass Sie sich Zeit nehmen für dieses Gespräch und mich nochmals kurz vorstellen: Mein Name ist Katharina Silies, ich bin Diplomandin an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg im Studiengang Gesundheitswissenschaften. Im Rahmen meiner Diplomarbeit führe ich Interviews mit Vertretern der Gesundheitsämter und Verbänden bzw. Trägern von Kindertagesstätten. Außerdem werden im Rahmen eines Fachprojekts Ärzte und Ärztinnen der Gesundheitsämter und Kitaleitungen interviewt. Die Interviews werden anonym und personenunabhängig ausgewertet, die Aufnahmen mit dem Originalton werden nach Anfertigung einer Abschrift gelöscht.

Ich möchte mich heute mit Ihnen über die Untersuchung Dreijähriger Kinder in den Kindertagesstätten unterhalten, die nach dem Kinderbetreuungsgesetz, § 4, von Ärzten und Ärztinnen der Gesundheitsämter durchgeführt werden soll.

1. Können Sie kurz die bisherige Entwicklung beschreiben?
2. Welche Zielsetzung verfolgt das Gesetz?
 - a. *Wie bewerten Sie diese?*
3. Kann diese Zielsetzung Ihrer Meinung nach umgesetzt werden?
 - a. *Gibt es andere Möglichkeiten, die Zielsetzung zu verwirklichen?*
4. In welchem Verhältnis steht die neue Aufgabe zu den anderen Aufgaben des Gesundheitsamtes?
 - a. *Zum Beispiel im Zusammenhang mit der schulärztlichen Untersuchung?*
5. Hat ihr Gesundheitsamt bisher bereits mit Kindertagesstätten zu tun gehabt?
 - a. *Wie haben Sie die bisherige Zusammenarbeit wahrgenommen?*
6. Was muss jetzt von den Kitas und den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamts getan werden, um die Untersuchung der Dreijährigen in der Kita umzusetzen?
7. Sehen Sie Probleme bei der Umsetzung der Aufgabe?
 - a. *Welche? Wie können sie bewältigt werden?*
8. Bietet die neue Aufgabe Chancen?
 - a. *Welche? Wie können diese Chancen genutzt oder ausgebaut werden?*
9. Was glauben Sie, wie die Kitas das sehen?
10. Wie schätzen Sie die zukünftige Entwicklung des Vorhabens ein?
 - a. *Zukünftig: in den nächsten Jahren*

11. Würden Sie die neue Aufgabe als Kooperationssituation zwischen Kitas und Ämtern verstehen?
12. Was sind aus Ihrer Sicht Voraussetzungen für eine gelingende Kooperation?
 - a. *Was sind Hindernisse für eine Kooperation?*
13. Was bedeutet Kooperation in diesem Zusammenhang (*im Zusammenhang mit den geplanten Untersuchungen*) für die Beteiligten?
 - a. *für die Kitas?*
 - b. *für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Gesundheitsamtes?*
 - c. *für das Gesundheitsamt?*
 - d. *für die Träger und Verbände von Kindertagesstätten?*

Ich bin nun am Ende des Interviews. Möchten Sie noch etwas hinzufügen?

Dann bedanke ich mich herzlich für das Gespräch!