



Gesundheit am Arbeitsplatz Kita

Ressourcen stärken, Belastungen mindern

Prävention in NRW | 55

Susanne Viernickel, Anja Voss,
Elvira Mauz, Maria Schumann

Gesundheit am Arbeitsplatz Kita

Ressourcen stärken, Belastungen mindern

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
1 Der Erzieherinnen- und Erzieherberuf und seine Rahmenbedingungen	8
2 Forschungsdesign	9
2.1 Repräsentative schriftliche Befragung	9
2.2 Vertiefende Interviews	10
3 Die Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern in NRW	12
3.1 Subjektive Gesundheit	12
3.2 Prävalenz chronischer Erkrankungen	13
3.3 Prävalenz verschiedener Erkrankungen	14
3.4 Psychische Befindlichkeit, Psychosomatik	16
3.5 Dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen	17
3.6 Arbeitsunfälle	18
3.7 Arbeitsunfähigkeit	18
3.8 Zusammenfassung	19
4 Gesundheitliche Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz Kita	20
4.1 Technisch-physikalische Bedingungen	20
4.2 Organisatorische Faktoren	24
4.3 Anforderungen aus der Arbeitsaufgabe	32
4.4 Soziale Faktoren	37
4.5 Gesellschaftliche Faktoren	42
5 Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen und gesundheitlichen Belastungen sowie Ressourcen der pädagogischen Fach- und Leitungskräfte	46
6 Betriebliches Gesundheitsmanagement in Kindertageseinrichtungen	49
6.1 Interventionsebenen und Akteure	49
6.1.1 Erste Ebene: Politik und Gesellschaft	50
6.1.2 Zweite Ebene: Träger der Einrichtungen	51
6.1.3 Dritte Ebene: Kitaleitung in ihrer Funktion als Einrichtungsleitung	53
6.1.4 Vierte Ebene: Pädagogische Fachkraft und Leitungskraft als Personen	54
7 Zwölf konzeptionelle Eckpunkte für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement in Kindertageseinrichtungen	56
7.1 Personalschlüssel und Fachkraft-Kind-Relation	56
7.2 Gruppengröße und Gruppenorganisation	57
7.3 Qualifikation und Gratifikation	58
7.4 Räumliche und finanzielle Ausstattung	59
7.5 Zeit am Arbeitsplatz	61
7.6 Profilbildung und Entwicklung eines pädagogischen Wertekerns	64
7.7 Kommunikation, Teamklima, Handlungsspielraum am Arbeitsplatz	65
7.8 Lärminderung am Arbeitsplatz	67

7.9	Bewegungsfreundlicher und -förderlicher Arbeitsplatz	68
7.10	Ergonomische Kindertageseinrichtung	69
7.11	Infektionsschutzmaßnahmen in Kindertageseinrichtungen	71
7.12	Altersgerechtes Arbeiten am Arbeitsplatz	72
8	Systematische Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements	74
8.1	Erster Schritt: Bedarfsanalyse (assessment)	75
8.2	Zweiter Schritt: Zielformulierung (policy formulation)	75
8.3	Dritter Schritt: Umsetzung (assurance)	76
8.4	Vierter Schritt: Bewertung (evaluation)	76
9	Betriebliches Gesundheitsmanagement in Kindertageseinrichtungen: Was bringt es? Wem nutzt es?	77
Literatur		79
Impressum		84

Vorwort

In der Diskussion um Gesundheitsförderung blieben Kindertagesstätten lange Zeit außen vor, und wenn, dann rückte die Gesundheit der Kinder in den Mittelpunkt des Interesses. Konzepte betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. Betrieblichen Gesundheitsmanagements, die im Sinne einer „gesunden Organisation“ alle im Setting Beteiligten – und damit auch die Erzieherinnen und Erzieher – einbeziehen, gibt es bislang nur vereinzelt.

Dabei ist bekannt, dass die Arbeit in Kindertageseinrichtungen für pädagogische Fachkräfte im Gruppendienst und für Leitungskräfte in vielerlei Hinsicht belastend sein kann. Nach Daten verschiedener Krankenkassen sind die Arbeitsunfähigkeitstage pädagogischer Fach- und Leitungskräfte in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und liegen deutlich über dem Bundesdurchschnitt (Badura, Schellschmidt & Vetter, 2004; IKK-Bundesverband 2006; TK 2010). Auch im Gesamtvergleich des Öffentlichen Dienstes fallen Erzieherinnen und Erzieher durch überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Ausfallzeiten auf (Thinschmidt, Gruhne & Hoesl, 2008). Ursache dafür sind in erster Linie psychische Erkrankungen, Atemwegs- und Muskel-Skelett-Erkrankungen (IKK Bundesverband 2006).

Die Arbeitsbedingungen sind häufig wenig geeignet, um den Belastungen entgegenzuwirken: Pädagogische Fachkräfte beschreiben hier u. a. das Heben und Tragen von Kindern, das Sitzen auf zu kleinen Stühlen, Personalengpässe, einen ständigen Zeitdruck, den hohen Lärmpegel und manchmal auch das Gefühl, für neue und zunehmend komplexe Aufgaben nicht hinreichend qualifiziert zu sein. Ob und wie stark die Arbeitsbedingungen bzw. strukturellen Rahmenbedingungen in Kindertageseinrichtungen aber tatsächlich Auswirkungen auf die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Erzieherinnen und Erziehern haben, ist bisher noch nicht systematisch untersucht worden.

In den Jahren 2010 bis 2012 initiierte die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, finanziell gefördert von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, deshalb die Studie „Strukturqualität und ErzieherInnengesundheit in Kindertageseinrichtungen (STEGE)“. Sie nimmt auf der Basis empirischer Daten erstmalig Zusammenhänge zwischen den strukturellen Rahmenbedingungen, der Wahrnehmung von Belastungen und Ressourcen aus der Perspektive von pädagogischen Fachkräften und der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Fachkräfte in den Blick. Das Projekt fand auf der Folie der deutschen Arbeitsschutzstrategie statt und verfolgt letztlich das Ziel der Organisationsentwicklung: Kindertageseinrichtungen werden zum einen dem Auftrag von Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern gerecht, zum anderen werden die vorhandenen Ressourcen optimal genutzt, eine humane Arbeitsgestaltung angestrebt und die Personalpflege und -entwicklung forciert. Dazu wurden über 2.744 Fach- und Leitungskräfte aus 809 nordrhein-westfälischen Kindertageseinrichtungen mittels eines standardisierten Fragebogens befragt; mit 14 ausgewählten Fachkräften wurden zusätzlich vertiefende Interviews geführt¹.

¹ Die Forschungsleitung übernahmen Prof. Dr. Susanne Viernickel und Prof. Dr. Anja Voss von der Alice Salomon Hochschule in Berlin; Elvira Mauz, Frauke Gerstenberg und Maria Schumann wirkten als wissenschaftliche Mitarbeiterinnen mit.

Die Hauptergebnisse der Studie sind im ersten Teil dieser Broschüre zusammengefasst. Auf ihrer Grundlage können Entscheidungen über gesundheitserhaltende und -fördernde Maßnahmen im Setting Kindertageseinrichtung empirisch begründet getroffen werden. Im zweiten Teil werden Eckpunkte für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement aus den Untersuchungsergebnissen entwickelt. Die Eckpunkte orientieren sich am Setting-Ansatz, begreifen Kindertageseinrichtungen als relevante Lebensbereiche der darin arbeitenden Menschen und zielen darauf ab, durch Einfluss auf wesentliche Rahmenbedingungen die Möglichkeiten für gesundheitsförderliche Handlungen zu erhöhen (Bals u. a., 2008).

Für jeden der Eckpunkte werden Vorschläge für konkrete Maßnahmen auf verschiedenen Interventionsebenen beschrieben: „Politik und Gesellschaft“, „Kita-Träger“, „Kita-Leitung“ und „pädagogische Fachkraft“. Es ist unser Wunsch und Ziel, dass das Projekt und diese Broschüre Anlass zur Auseinandersetzung mit den Faktoren bieten, die Erzieher/innen belasten und denen, die sie stärken sowie zur gemeinsamen Suche nach Lösungen anregen und damit zur Erhaltung und Stärkung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Unterstützung allgemeiner Gesundheitsziele beitragen.

Ihr Team
von der Unfallkasse NRW

1 Der Erzieherinnen- und Erzieherberuf und seine Rahmenbedingungen

Der Beruf der Erzieherin bzw. des Erziehers ist heute facettenreicher denn je. Noch vor 15 Jahren waren in den westdeutschen Bundesländern Einrichtungen der Normalfall, in denen Kinder halbtags frühestens mit Vollendung des dritten Lebensjahres betreut und nur aufgenommen wurden, wenn sie tagsüber „trocken“ blieben. Heute ist der Besuch einer Kindertageseinrichtung zum Bestandteil der Normalbiografie eines Kindes geworden: Aktuell werden in Deutschland 93,6 Prozent aller Drei- bis Fünfjährigen in mehr als 52.000 Kindertageseinrichtungen betreut². Damit wächst die Verantwortung der pädagogischen Fachkräfte für das Wohlbefinden und die gesunde und positive Entwicklung dieser Kinder.

Bei der Aufgabe, allen Kindern und Familien eine hohe pädagogische Qualität anzubieten, sehen sich pädagogische Fachkräfte in Folge der Heterogenität der in den Einrichtungen betreuten Kinder hinsichtlich ihres Alters, ihrer Familienkulturen und Bildungsvoraussetzungen vor hohe Herausforderungen gestellt. Die umfangreichen und anspruchsvollen Anforderungen, die in den bundeslandspezifischen Bildungsprogrammen bzw. -plänen formuliert werden, unterstreichen die immensen Erwartungen an die Qualität und Bildungswirksamkeit der pädagogischen Arbeit in Kindertageseinrichtungen.

Wie mittlerweile zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen, hängen pädagogische Qualität und der Erfolg kindlicher Entwicklungsförderung auch von den strukturellen Rahmenbedingungen in den Kindertageseinrichtungen ab. Hierzu zählen rechtliche, organisatorische und soziale Aspekte ebenso wie finanzielle, personelle und materielle Ausstattungsmerkmale. Als Beispiele hierfür seien der Personalschlüssel, die Gruppengröße und Alterszusammensetzung der Gruppe, die Qualifikation und Berufserfahrung des pädagogischen Personals, das Ausmaß der Personalfluktuations, das Raumangebot der Einrichtung, die zur Verfügung stehenden Zeiten für die sogenannte „mittelbare pädagogische Arbeit“³ oder das Einkommen des pädagogischen Personals genannt. Bisher haben wir es in Deutschland nicht geschafft, selbst die grundsätzlich politisch regulierbaren Rahmenbedingungen bundesweit vergleichbar zu gestalten; so ist z. B. eine Krippenerzieherin in Brandenburg für doppelt so viele Kinder zuständig wie eine Fachkraft in Bremen (vgl. www.laendermonitor.de).

In dem Spannungsfeld zwischen Anforderungen und Rahmenbedingungen geben Erzieherinnen und Erzieher tagtäglich ihr Bestes, um Kinder in ihrer Entwicklung zu fördern, ihre Bildungsprozesse zu begleiten und die Familien bei ihrer Erziehungsaufgabe zu unterstützen.

² Lt. Statistischem Bundesamt, www.destatis.de

³ Die „mittelbare pädagogische Arbeit“ beschreibt die Arbeitszeit ohne Kontakt zu Kindern und beinhaltet z. B. Planung, Vor- und Nachbereitung der pädagogischen Arbeit, Beobachtungen und Dokumentationen und die Zusammenarbeit mit Eltern.

2 Forschungsdesign

Das Forschungsprojekt „STEGE – Strukturqualität und ErzieherInnengesundheit“ – untersuchte die Zusammenhänge zwischen den Arbeitsbedingungen in Kindertageseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen, den von Fach- und Leitungskräften erlebten Belastungen und Ressourcen sowie ihrer Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Der theoretische Rahmen der Untersuchung setzte sich aus Salutogenese- und Risikofaktorenkonzepten zusammen. Den methodischen Zugang zur Beantwortung der Forschungsfragen bildete die Verbindung einer standardisierten schriftlichen Befragung mit vertiefenden qualitativen Interviews.

Abb. 1: Fragestellungen der STEGE-Studie

- Wie lässt sich der gesundheitliche Zustand der pädagogischen Fachkräfte in Nordrhein-Westfalen beschreiben?
- Welche Belastungen und Ressourcen für das emotionale und körperliche Wohlbefinden und für die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten sind in den Kindertageseinrichtungen zu verzeichnen?
- Können Zusammenhänge zwischen den genannten Bereichen hergestellt werden?
- Wo liegen die Ressourcen auf institutioneller und individueller Ebene und wie können diese ausgebaut und für eine gesundheitsfördernde Kindertageseinrichtung nutzbar gemacht werden?

2.1 Repräsentative schriftliche Befragung

Die Haupterhebung bestand aus einer schriftlichen Befragung von pädagogischen Fach- und Leitungskräften in den Kindertageseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Als Grundgesamtheit der Studie galten alle bei den Landesjugendämtern Westfalen-Lippe und Rheinland registrierten 9.189 Kindertageseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Diese Einrichtungen erhielten per E-Mail die Einladung, sich an der Studie zu beteiligen. Insgesamt lagen Einrichtungsinformationen aus 944 Einrichtungen (10,4 Prozent) und vollständige Befragungsunterlagen (Leitung und mindestens zwei Fachkräfte) aus 809 Einrichtungen vor (8,9 Prozent). Aus diesen Einrichtungen beantworteten 1.958 pädagogische Fachkräfte ohne Leitungsfunktion (71,4 Prozent) und 786 Leitungskräfte (28,6 Prozent) die Fragebogen, insgesamt 97,2 Prozent Frauen und 2,8 Prozent Männer, 2.310 Fachkräfte ohne Migrationshintergrund (89 Prozent) und 286 mit Migrationshintergrund (11,1 Prozent)⁴. Die Alterszusammensetzung der Stichprobe entsprach der in der Grundgesamtheit.

⁴ Insgesamt 148 Fachkräfte haben hierzu keine Angaben gemacht.

Tab. 1: Zusammensetzung der Stichprobe nach Trägerschaft und Einrichtungsgröße

Trägerschaft	bis 50 Kinder	über 50 Kinder	gesamt ⁵
freier Träger: AWO	15	21	36
freier Träger: Caritas	55	86	141
freier Träger: Der Paritätische	48	16	65
freier Träger: Diakonie	35	49	85
freier Träger: DRK	7	9	16
freier Träger: Sonstige	21	9	31
öffentlicher Träger	108	221	330
gesamt	289	411	704

Die nachfolgend berichteten Ergebnisse sind repräsentativ für Einrichtungen in öffentlicher und freier Trägerschaft Nordrhein-Westfalen, das heißt, die angegebenen Verteilungen und Prozentwerte können – unter Inkaufnahme einer gewissen Fehlertoleranz und Irrtumswahrscheinlichkeit – auf alle nordrhein-westfälischen Einrichtungen übertragen werden. Bei den gefundenen statistisch abgesicherten Zusammenhängen kann man davon ausgehen, dass diese auch über Nordrhein-Westfalen hinaus Gültigkeit beanspruchen können und somit nicht nur regionale, sondern bundesweite Bedeutung für die Konzipierung und Implementation von Konzepten und Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung haben.

2.2 Vertiefende Interviews

Alle an der schriftlichen Befragung teilnehmenden Personen wurden gefragt, ob sie mit der Teilnahme an einem vertiefenden Interview einverstanden wären. Aus den insgesamt 136 zur Wiederbefragung bereiten Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde ein Sample von 14 pädagogischen Fachkräften zusammengestellt, mit denen zusätzlich qualitative Interviews geführt wurden. Die Teilstichprobe der qualitativen Interviews enthielt Interviews sowohl pädagogischer Fachkräfte, die unter guten strukturellen Rahmenbedingungen arbeiteten als auch von Fachkräften, die unter schlechten strukturellen Rahmenbedingungen arbeiteten, sowie von Fachkräften unterschiedlicher Altersgruppen und mit einem unterschiedlichen Ausmaß gesundheitlicher Belastungen. Den Interviewenden waren diese Merkmale der Fachkräfte vor und während der Durchführung der Interviews nicht bekannt.

⁵ Für vier Einrichtungen fehlen Angaben zur Anzahl der betreuten Kinder.

Eingangsfrage für die Interviews („erzählgenerierender Eingangsstimulus“):

„Da Sie schon vor einiger Zeit den Fragebogen für uns ausgefüllt haben, wissen Sie ja, dass es in unserer Studie um die Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern geht. Insbesondere interessiert uns der Zusammenhang zwischen den Rahmenbedingungen in der Kita und der Gesundheit der dort arbeitenden Erzieherinnen und Erzieher. In dem Gespräch mit Ihnen interessieren mich Ihre persönlichen Erfahrungen, Einschätzungen, Beurteilungen aus Ihrem Arbeitsalltag in der Kita. Erzählen Sie mir einfach mal von Ihrer eigenen Sichtweise auf das Thema Gesundheit bzw. Krankheit von Erzieherinnen und Erziehern im Berufsfeld Kita.“

Die Interviews sollten den Fachkräften die Möglichkeit geben, nach dem „Prinzip der Offenheit“ (Witzel, 1985, S. 228) ohne Antwortvorgaben relativ frei zu antworten und das zu äußern, was ihnen zum Thema relevant erschien. Das Erkenntnisinteresse lag im „Einfangen“ der individuellen Sichtweise der Befragten. Die Länge und die Schwerpunktsetzungen der Interviews waren deshalb nicht von vorneherein festgelegt, sondern hingen von der dialogischen Verlaufsform des einzelnen Interviews und dem Erzählfokus der interviewten Person ab. Die Interviews dienten in dieser Studie als Validierungs- und Vertiefungsinstrument des quantitativen Fragebogens. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach einem eingeführten sozialwissenschaftlichen Verfahren, der qualitativen Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring (Mayring, 2008).

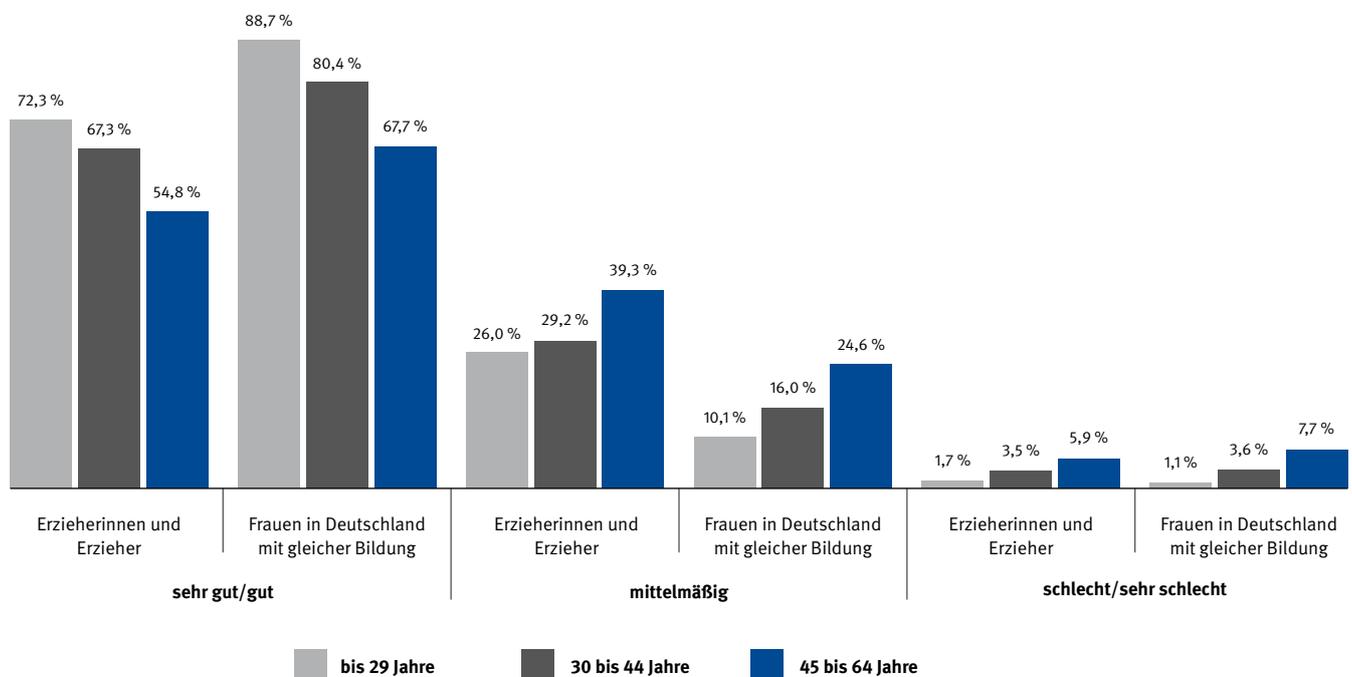
3 Die Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern in NRW

Für die Beschreibung der Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern in NRW wurde ein Modell zugrundegelegt, das nach Hurrelmann (2006, S. 125) von unterschiedlichen psychosozialen, physischen und biochemischen Stressoren ausgeht, die als Herausforderung der „körperlichen, psychischen und sozialen Bewältigungskapazitäten“ (ebd.) erlebt werden können. In Abhängigkeit von körperlich-konstitutionellen, personal-psychischen und sozialen Widerstandsressourcen (Faltenmaier, 2005), die ein Individuum mitbringt, treten krankmachende Belastungsfaktoren ggf. erst gar nicht auf oder können erfolgreich abgewehrt werden. Im Folgenden wird der Gesundheitszustand von pädagogischen Fach- und Leitungskräften in Nordrhein-Westfalen anhand von sieben Indikatoren aufgezeigt⁶.

3.1 Subjektive Gesundheit

Pädagogische Fach- und Leitungskräfte weisen einen schlechteren subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand auf als ihre Vergleichsgruppe in der deutschen Bevölkerung.⁷ Altersunabhängig ist der Anteil an pädagogischen Fachkräften, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen, mit ungefähr 14 Prozent⁸ geringer als in der Referenzgruppe in der deutschen Bevölkerung.⁹

Abb. 3: Subjektive Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern im Vergleich mit der Referenzgruppe in der deutschen Bevölkerung



6 Wenn im Folgenden von Unterschieden zwischen Gruppen (z. B. zwischen pädagogischen Fachkräften und Leitungskräften) berichtet wird, so sind diese statistisch abgesichert – in der Regel beträgt die Irrtumswahrscheinlichkeit ein Prozent oder weniger. Aus Lesbarkeitsgründen wurde auf die Nennung von statistischen Kennwerten verzichtet.

7 Zur Erfassung des subjektiven Gesundheitszustandes wurde ein Teil des Minimum European Health Modules (De Palma & Crialesi, 2003) eingesetzt.

8 Im Text wurden alle Prozentangaben gerundet.

9 Im Vergleich mit den Angaben von gleichaltrigen Frauen mit gleicher, d. h. mittlerer Bildung (GEDA 2009, Robert Koch-Institut, 2012b).

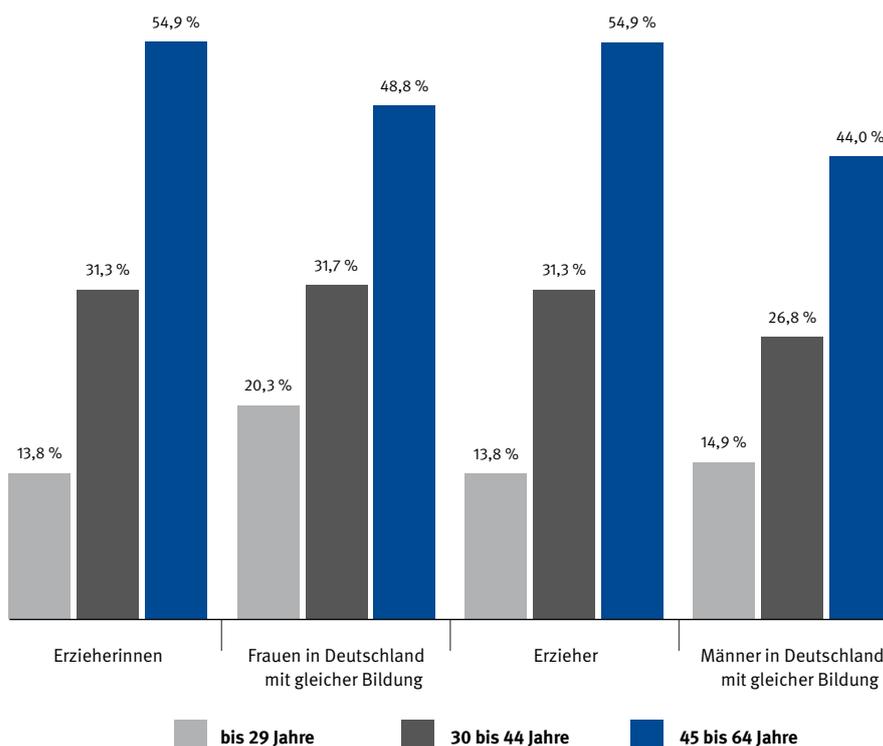
Leitungskräfte haben mit 60 Prozent seltener eine sehr gute oder gute subjektive Gesundheit als pädagogische Fachkräfte mit 64 Prozent. Vor allem Leitungskräfte, die nicht in der pädagogischen Gruppenarbeit tätig sind, berichten mit 58 Prozent seltener von einem guten oder sehr guten Gesundheitszustand. Der Anteil derjenigen mit guter oder sehr guter subjektiver Gesundheit nimmt mit zunehmendem Alter ab, was der Hintergrund für die Differenz zwischen Fach- und Leitungskräften sein könnte, da die Leitungskräfte in der Regel ein deutlich höheres Lebensalter haben.

3.2 Prävalenz chronischer Erkrankungen

Chronische Krankheiten sind „lang andauernde Krankheiten..., die nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde oder wiederkehrend erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems nach sich ziehen“ (Robert Koch-Institut, 2012b, S. 54).

Jüngere pädagogische Fach- und Leitungskräfte weisen im Vergleich mit der deutschen Bevölkerung eine niedrigere Prävalenz chronischer Erkrankungen auf, die sich in der mittleren Altersgruppe nivelliert und sich dann in der Altersgruppe ab 45 Jahren ins Gegenteil verwandelt: Hier weisen weibliche pädagogische Fachkräfte und Leitungskräfte zu einem höheren Anteil chronische Erkrankungen auf als ihre Referenzgruppe. Fast ein Drittel der pädagogischen Fachkräfte und 36 Prozent der Leitungskräfte leiden unter einer oder mehreren chronischen Erkrankungen. Damit weisen Leitungskräfte zu einem höheren Anteil als die Fachkräfte chronische Erkrankungen auf.

Abb. 4: Prävalenz chronischer Erkrankungen im Vergleich zur Referenzgruppe in der deutschen Bevölkerung

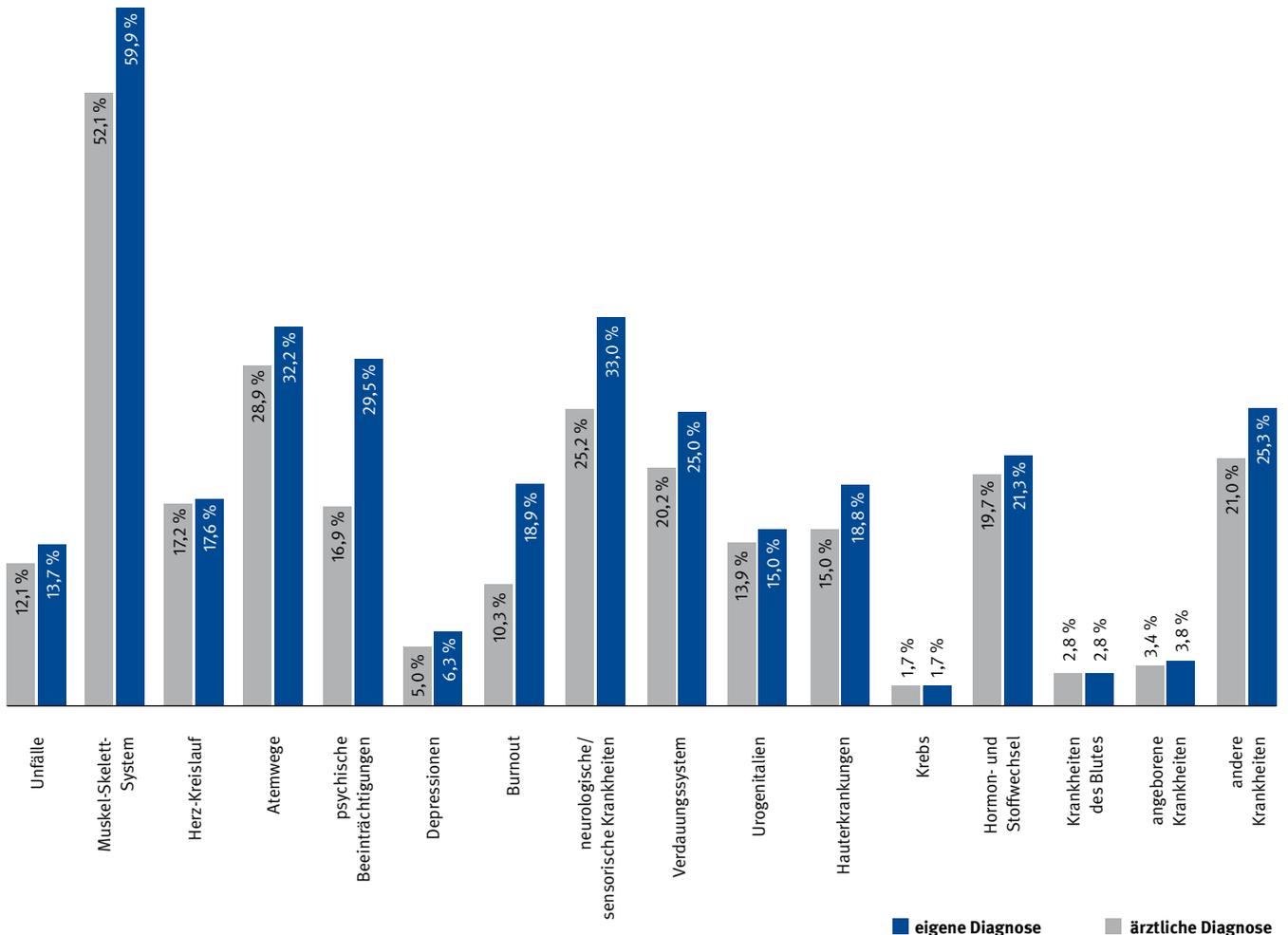


3.3 Prävalenz verschiedener Erkrankungen

Am häufigsten sind Erzieherinnen und Erzieher von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen (fast 60 Prozent der befragten pädagogischen Fach- und Leitungskräfte ohne ärztliche Diagnose und 52 Prozent mit ärztlicher Diagnose). Leitungskräfte sind mit 63 Prozent häufiger von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen als pädagogische Fachkräfte mit 58 Prozent. Mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowohl bei Fach- als auch bei Leitungskräften an. Am zweithäufigsten berichten Fach- und Leitungskräfte von Erkrankungen der Atemwege und von neurologischen und sensorischen Erkrankungen. Es lassen sich weder Unterschiede zwischen pädagogischen Fachkräften und Leitungskräften noch nach Alter der Befragten feststellen.

Bei einem Viertel der pädagogischen Fach- und Leitungskräfte sind Erkrankungen des Verdauungssystems ohne ärztliche Diagnose vorhanden, bei einem Fünftel mit ärztlicher Diagnose. Hier besteht ein Unterschied nach Alter: Die jüngeren Fachkräfte sind häufiger von Magen-Darm-Erkrankungen betroffen als ihre älteren Kolleginnen und Kollegen.

Abb. 5: 12-Monats-Prävalenzen der häufigsten Erkrankungen von pädagogischen Fach- und Leitungskräften (mit und ohne ärztliche Diagnose)

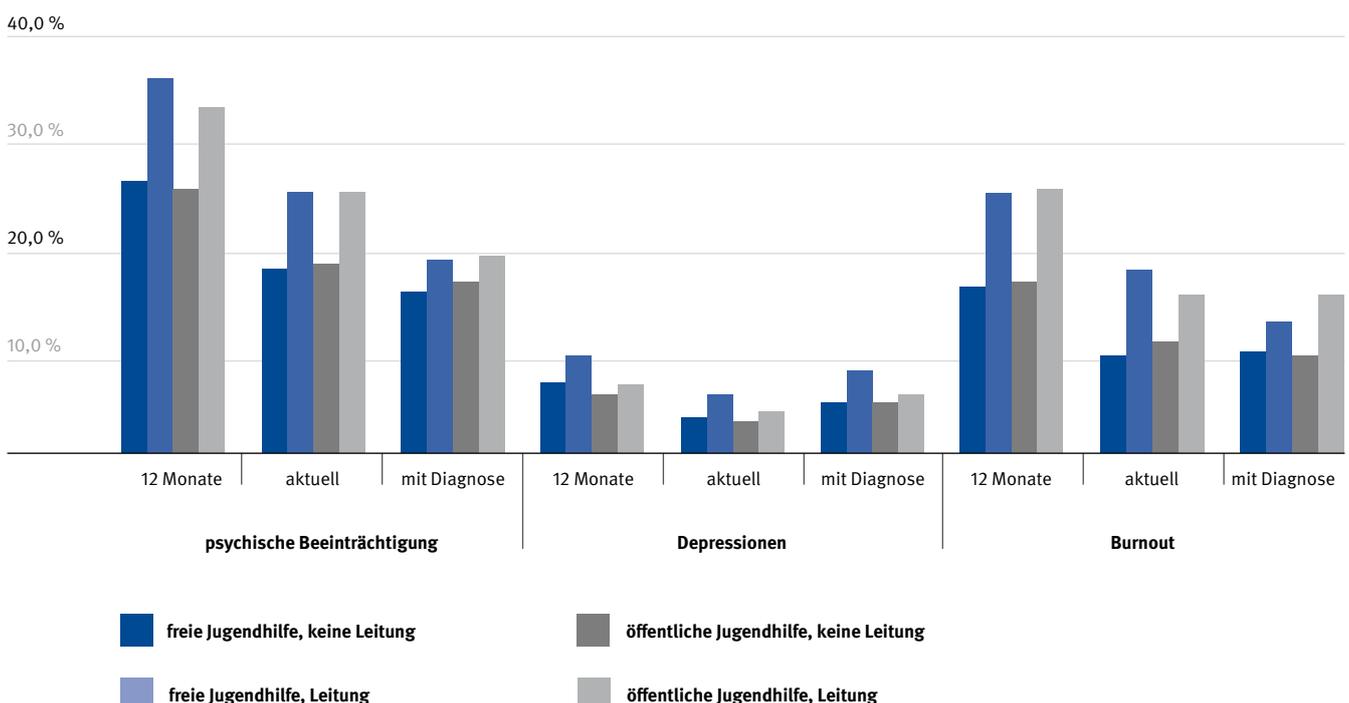


Eine häufige psychische Störung ist das Psychovegetative Erschöpfungssyndrom/Burnout: 26 Prozent der Leitungskräfte fühlten sich in den letzten 12 Monaten ausgebrannt und erschöpft (14 Prozent mit ärztlicher Diagnose). Seltener, aber immer noch häufig (17 Prozent ohne ärztliche, neun Prozent mit ärztlicher Diagnose) berichten auch die pädagogischen Fachkräfte von Burnout. Kein Unterschied zwischen Fach- und Leitungskräften findet sich bei undiagnostizierten Depressionen (acht Prozent der Leitungskräfte und sechs Prozent der Fachkräfte). Bei ärztlich diagnostizierten Depressionen sind wieder die Leitungskräfte mit sieben Prozent häufiger betroffen als die Fachkräfte mit fünf Prozent.

Es findet sich ein Altersgradient: Mit zunehmendem Alter sind sowohl Fach- als auch Leitungskräfte häufiger von psychischen Beeinträchtigungen und deren abgefragten Unterformen Depression und Psychovegetativem Erschöpfungssyndrom/Burnout betroffen.

Die weiteren Krankheitsbilder, z. B. Hormon- und Stoffwechselerkrankungen, Haut- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, liegen insgesamt seltener vor und mit jeweils leicht höheren Prävalenzraten bei den Leitungskräften. Immerhin 14 Prozent der Fach- und Leitungskräfte ohne ärztliche und 12 Prozent mit ärztlicher Diagnose waren in den letzten 12 Monaten aufgrund von Unfällen erkrankt.

Abb. 6: Psychische Beeinträchtigungen von Fach- und Leitungskräften in Einrichtungen öffentlicher und freier Trägerschaft

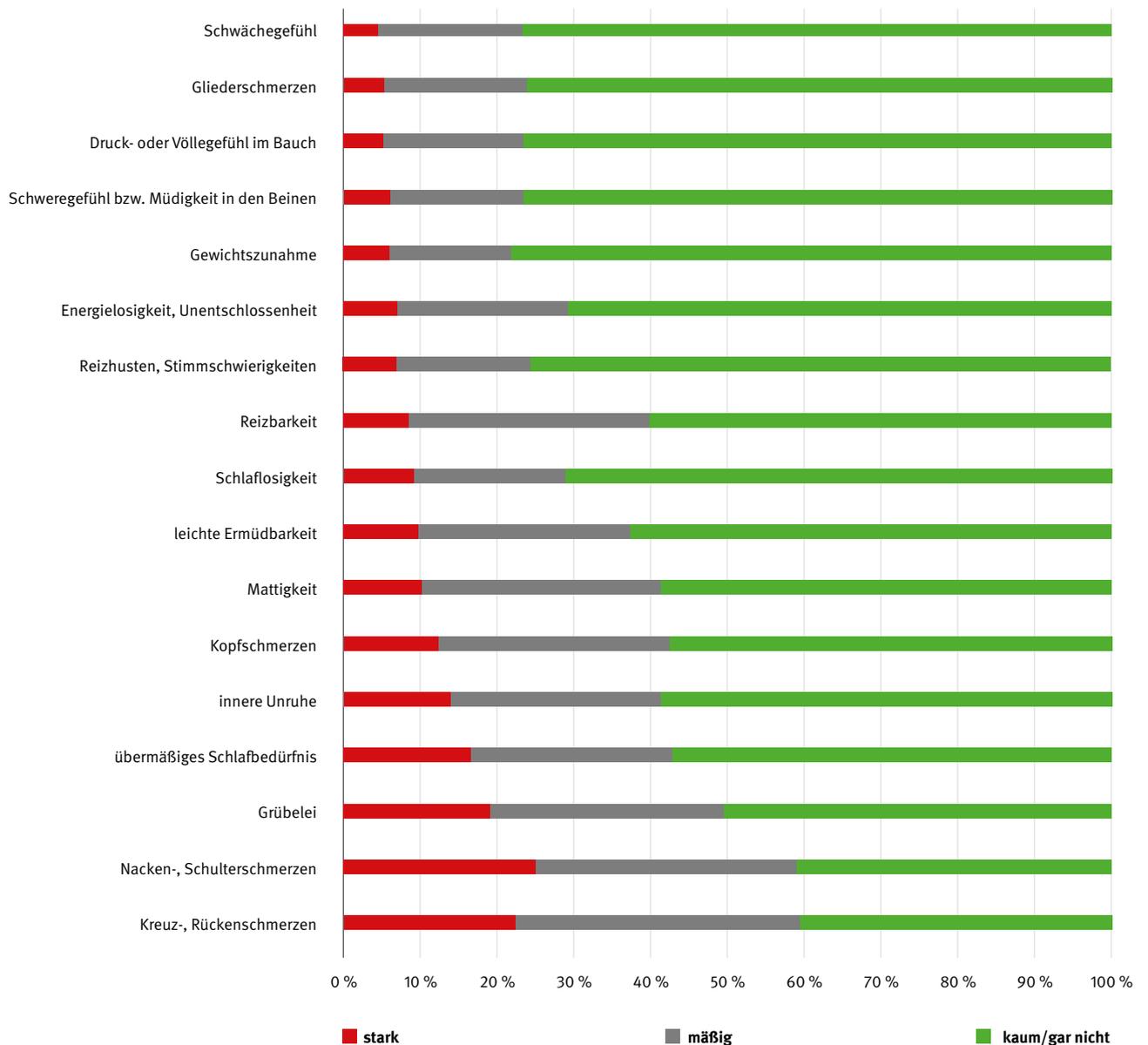


3.4 Psychische Befindlichkeit, Psychosomatik

Neben der allgemeinen subjektiven Gesundheit sowie vorhandenen Erkrankungen und Gesundheitsstörungen nach subjektiver oder ärztlicher Diagnose wurden Beschwerden und Schmerzen erfragt, die sich auf ein individuelles subjektives Empfinden stützen, ohne dass eine konkrete Erkrankung vorliegen musste (siehe Abb. 6).

Pädagogische Fach- und Leitungskräfte weisen keinen Unterschied hinsichtlich ihrer

Abb. 7: Die häufigsten Beschwerden von pädagogischen Fach- und Leitungskräften



psychischen Beeinträchtigung aufgrund diverser Beschwerden im Vergleich zu Referenzwerten aus der deutschen Bevölkerung (Daten des Bundesgesundheits surveys 1998, eigene Berechnungen) auf. Während 62 Prozent der weiblichen Fach- und Leitungskräfte eine normale Befindlichkeit zeigen, weisen 21 Prozent eine auffällige Befindlichkeit auf und rund 17 Prozent liegen im Grenzbereich.¹⁰

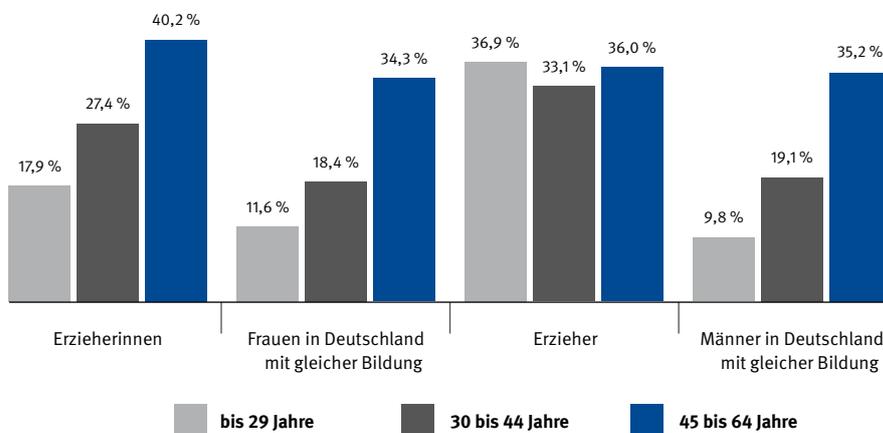
Die häufigsten Beschwerden von Fach- und Leitungskräften sind Kreuz- und Rückenschmerzen (22 Prozent stark und 37 Prozent mäßig), Nacken- und Schulterschmerzen (25 Prozent stark und 34 Prozent mäßig), Grübeleien (19 Prozent stark und 31 Prozent mäßig), innere Unruhe (14 Prozent stark und 28 Prozent mäßig) sowie ein übermäßiges Schlafbedürfnis (17 Prozent stark und 26 Prozent mäßig). Dieser Befund entspricht anderen Erhebungen zur Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern.¹¹

Zehn Prozent der Leitungskräfte sowie acht Prozent der pädagogischen Fachkräfte haben innerhalb der letzten vier Wochen vor der Befragung Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen, was als Indiz für Schlafstörungen und psychosomatische Probleme gewertet werden kann.

3.5 Dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen

Pädagogische Fach- und Leitungskräfte in NRW weisen häufiger dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen im Vergleich mit der Referenzgruppe der Frauen gleichen Alters mit mittlerer Bildung in der deutschen Bevölkerung (Robert Koch-Institut, 2012b) auf (siehe Abb. 8). In der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren sind 18 Prozent der Erzieherinnen gesundheitlich eingeschränkt im Vergleich zu 12 Prozent der gleichaltrigen Frauen in Deutschland, in der Altersgruppe von 30 bis 44 Jahren 27 Prozent der Erzieherinnen im Vergleich zu 18 Prozent der gleichaltrigen Frauen und in der Altersgruppe der 45 bis 64-Jährigen 40 Prozent der Fach- und Leitungskräfte im Vergleich zu

Abb. 8: Anteil von Fach- und Leitungskräften mit dauerhafter gesundheitlicher Einschränkung im Vergleich mit der Referenzgruppe der deutschen Bevölkerung



¹⁰ nach der Beschwerdeliste nach Zerßen (1976)

¹¹ Zum Beispiel sind im BGW-DAK-Stress-Monitoring als die fünf häufigsten Beschwerden von insgesamt 622 pädagogischen Fachkräften ebenfalls Kreuz- oder Rückenschmerzen, Nacken- oder Schulterschmerzen, Grübeleien, innere Unruhe und Müdigkeit (Berger u. a., 2001) benannt worden.

¹² Die männlichen Fachkräfte sind aufgrund der geringen Fallzahl nicht zu bewerten.

34 Prozent der gleichaltrigen Frauen in Deutschland.¹²

71 Prozent der pädagogischen Fachkräfte sind gesundheitlich nicht eingeschränkt, 27 Prozent eingeschränkt (aber nicht erheblich) und zwei Prozent erheblich eingeschränkt. Leitungskräfte sind häufiger gesundheitlich eingeschränkt: drei Prozent sind erheblich eingeschränkt, 32 Prozent eingeschränkt (aber nicht erheblich) und 65 Prozent nicht eingeschränkt.

3.6 Arbeitsunfälle

Arbeitsunfälle auf Einrichtungsebene liegen in 69 Prozent der öffentlichen Einrichtungen und in 77 Prozent der freien Einrichtungen in NRW im Befragungszeitraum nicht vor. Als häufigste Unfallursache wird Stolpern genannt, gefolgt von Wegeunfällen und durch Kinder verursachte Verletzungen. Durchschnittlich hatten elf Prozent der Fach- und Leitungskräfte einen Arbeitsunfall in den letzten 12 Monaten.

3.7 Arbeitsunfähigkeit

Der Krankenstand einer Einrichtung definiert den Anteil der im Auswertungszeitraum angefallenen Arbeitsunfähigkeits-Tage (AU-Tage) im Kalenderjahr (Badura u. a., 2012). Er wird errechnet, indem die Gesamtanzahl der AU-Tage (Fehltage aus gesundheitlichen Gründen aller pädagogischen Fachkräfte aus 2010) durch die Summe der Soll-Arbeits-tage¹³ der Beschäftigten im Jahr 2010 dividiert wird. 2010 konnten die pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen der freien Jugendhilfe an durchschnittlich vier Prozent aller Arbeitstage, in den Einrichtungen der öffentlichen Jugendhilfe an durchschnittlich sechs Prozent aus gesundheitlichen Gründen nicht arbeiten.¹⁴

Der höhere Krankenstand der öffentlichen Jugendhilfe im Vergleich zur freien Jugendhilfe erweist sich auch in der Betrachtung verschiedener Indikatoren der Arbeitsunfähigkeit auf der Ebene von Fach- und Leitungskräften. So war in Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft eine höhere Anzahl von Fach- und Leitungskräften in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig erkrankt. Die Krankenquote der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (definiert als Anteil von AU-Tagen bezogen auf das Arbeitsjahr mit 254 Arbeitstagen) liegt im Bereich von Null bis 100 Prozent. Im Durchschnitt sind die Fach- und Leitungskräfte an fünf Prozent ihrer Soll-Arbeitstage arbeitsunfähig erkrankt.

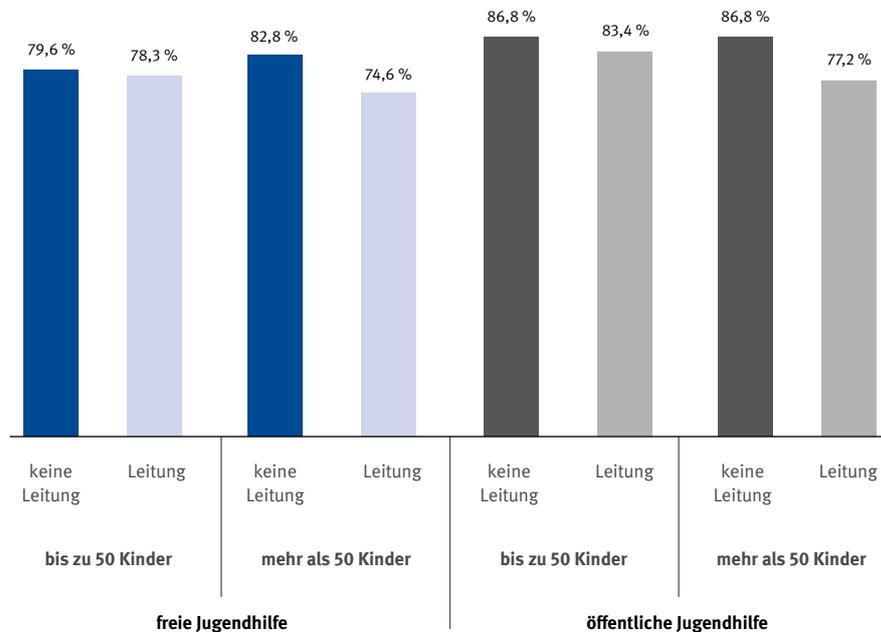
Die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeiten variiert ebenfalls zwischen Einrichtungen öffentlicher und freier Trägerschaft: Beschäftigte in öffentlichen Einrichtungen waren in den letzten 12 Monaten mit durchschnittlich 2,2 Mal häufiger arbeitsunfähig erkrankt als ihre Kolleginnen der freien Jugendhilfe mit durchschnittlich 1,9 Mal. Pädagogische Fachkräfte sind mit durchschnittlich 2,1-maliger Arbeitsunfähigkeit häufiger arbeitsunfähig erkrankt als Leitungskräfte mit 1,8 Arbeitsunfähigkeitszeiten pro Arbeitsjahr.

¹³ Es werden als Referenzgröße die Soll-Arbeitstage veranschlagt, da im Fragebogen explizit nach der Anzahl von Ausfalltagen oder Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Arbeitstagen gefragt wurde und damit die Wochenendtage nicht mit eingerechnet sind.

¹⁴ Im Fehlzeiten-Report 2012 liegt die Krankenquote in der Branche Erziehung und Unterricht für Gesamtdeutschland bei 5,3 Prozent und für NRW bei 5,7 Prozent.

Die durchschnittliche Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen liegt im Bereich von null bis 254 Arbeitstagen (also das gesamte Arbeitsjahr) und im Durchschnitt bei elf Tagen in der freien Jugendhilfe und bei 13 Tagen in der öffentlichen Jugendhilfe. Als häufigste AU-verursachende Erkrankungen werden von den Fachkräften vor allem Krankheiten des Atmungssystems mit 38 Prozent, bestimmte infektiöse und parasitäre Erkrankungen mit 20 Prozent, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit 12 Prozent sowie Krankheiten des Nervensystems mit sechs Prozent genannt.

Abb. 9: Prävalenz von Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten bei Fach- und Leitungskräften



3.8 Zusammenfassung

Die Zahlen belegen den belasteten Gesundheitszustand von pädagogischen Fach- und Leitungskräften. Diese weisen im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen mit gleicher Bildung in der deutschen Bevölkerung (Robert Koch-Institut, 2012a, 2012b) eine deutlich schlechtere subjektive Gesundheit auf und sind häufiger dauerhaft in ihrem Alltag aufgrund gesundheitlicher Probleme eingeschränkt. Als häufigste Erkrankungen zeichnen sich Muskel-Skelett-Erkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, neurologische Erkrankungen sowie psychische Beeinträchtigungen ab. Bei jeder zehnten der pädagogischen Fach- und Leitungskräfte in NRW wurde ein psychovegetatives Erschöpfungssyndrom, also ein Burnout, ärztlich diagnostiziert. Die häufigsten Beschwerden von Fach- und Leitungskräften sind Kreuz- und Rückenschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen, Grübeleien, innere Unruhe sowie leichte Ermüdbarkeit, Mattigkeit und ein übermäßiges Schlafbedürfnis.¹⁵

¹⁵ Die berichtete Arbeitsunfähigkeit ist mit den aktuellen Krankenkassenanalysen über diesen Berufsstand vergleichbar (Badura u. a., 2012; BKK, 2008; Techniker Krankenkasse, 2012).

4 Gesundheitliche Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz Kindertageseinrichtung

Woher kann es kommen, dass viele pädagogische Fach- und Leitungskräfte so belastet sind? Welche konkreten Belastungen lassen sich am Arbeitsplatz Kindertageseinrichtung identifizieren? Und was erhält pädagogische Fachkräfte und Leitungskräfte gesund, welche Kraftquellen finden sie in ihrer Arbeit? In dem folgenden Kapitel werden zusammenfassend die Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit von pädagogischen Fach- und Leitungskräften in Nordrhein-Westfalen am Arbeitsplatz Kindertageseinrichtung beschrieben und in die Forschungsergebnisse anderer Studien eingebunden.

Die auf der Basis der repräsentativen Befragung und der vertiefenden Interviews identifizierten Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz Kindertageseinrichtung werden in Anlehnung an die DIN EN ISO 10075-1 (vgl. hierzu Thinschmidt, 2010a) in fünf Bereiche eingeteilt:

- (1) technisch-physikalische Bedingungen
- (2) organisatorische Faktoren
- (3) Anforderungen aus der Arbeitsaufgabe
- (4) soziale Faktoren
- (5) gesellschaftliche Faktoren

Die Fach- und Leitungskräfte wurden sowohl dazu befragt, ob bestimmte Bedingungen an ihrem Arbeitsplatz gegeben sind oder nicht (z. B. „Wir haben einen Pausen-/Rückzugsraum zur Verfügung“)¹⁶, als auch dazu, ob sie einen Zustand als Ressource oder als Belastung erleben.

Bei der Darstellung der Belastungen und Ressourcen wird auf die folgenden farblichen Markierungen zurückgegriffen:

- Sowohl Belastung als auch Ressource als auch neutral
- Ressource
- Belastung

4.1 Technisch-physikalische Bedingungen

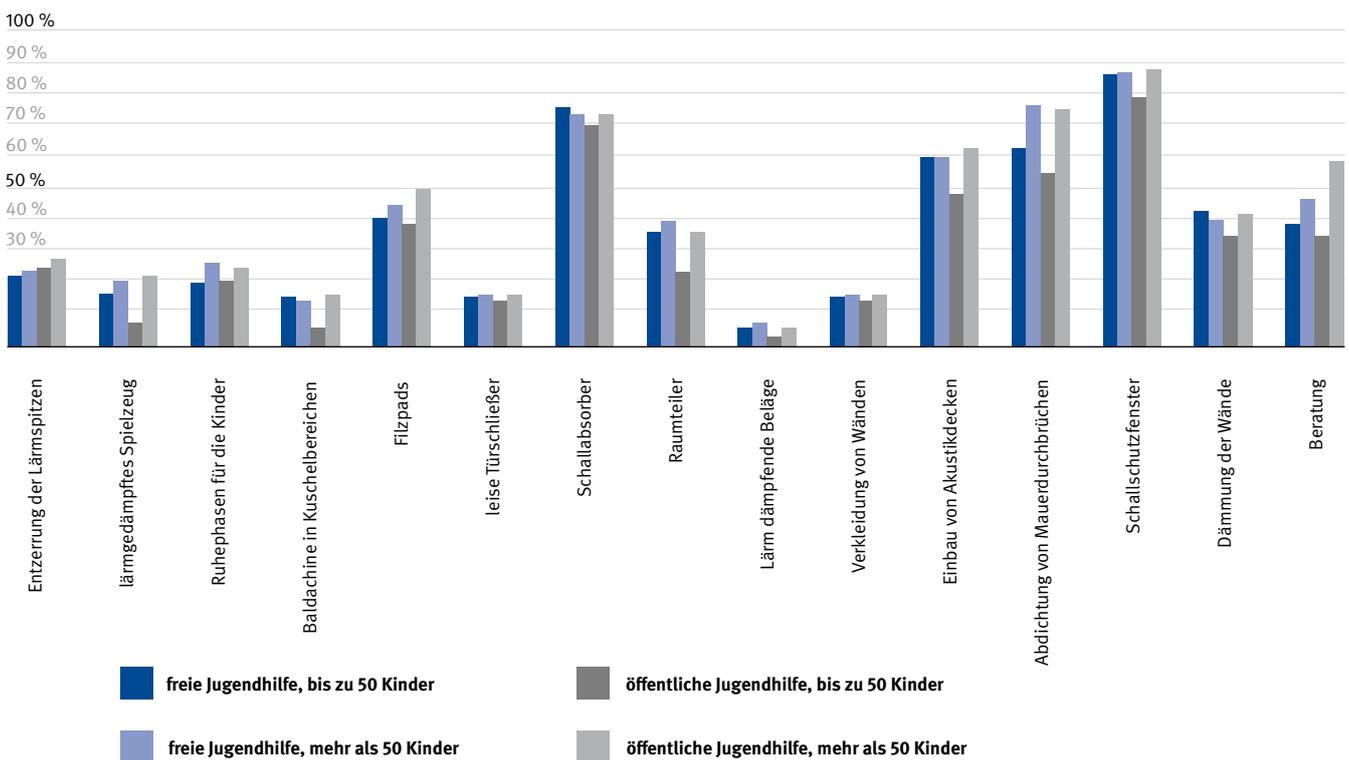
Lärm wird in der vorliegenden Untersuchung wie in anderen Studien auch (Buch & Frieling, 2001; Khan, 2007; Rudow, 2004b; Thinschmidt, 2010a) als häufige und starke Belastung in der pädagogischen Arbeit erlebt: 94 Prozent der pädagogischen Fachkräfte und 88 Prozent der Leitungskräfte berichten von einem lauten Arbeitsplatz. Ein Großteil (insgesamt 84 Prozent der pädagogischen Fachkräfte und 80 Prozent der Leitungskräfte) ist durch die hohe Lautstärke am Arbeitsplatz belastet. In den Interviews deutet sich an, dass Erzieherinnen in einem höheren Alter die Lärmbelastung besonders stark erleben. Hier wird das laute Reden oder zeitweilige Schreien der Kinder als größte Belastung¹⁶ beschrieben, die mit Kopfschmerzen oder Tinnitus einhergeht. Dies bestätigen die statistischen Analysen: Es findet sich eine stärkere Lärmbelastung bei pädagogischen Fachkräften in der halboffenen Gruppenarbeit sowie bei älteren Fachkräften.

Lärmschutzmaßnahmen stellen angesichts dieser enormen Belastung eine wichtige Arbeitsschutzmaßnahme dar (siehe Abb. 10). Nach den Unfallverhütungsvorschriften (UVV) sind diese ab Werten von 80 Dezibel (dB/A) erforderlich. Akustische Messungen in Kitas zeigen in der Regel einen Lärmpegel mit einem Mittelungswert von 80-85 Dezi-

¹⁶ Die Originalzitate aus den geführten Interviews finden sich im Projektabschlussbericht (Viernickel, Voss, Mauz & Schumann, 2013).

bel, Spitzenwerte liegen zum Teil deutlich darüber (Buch & Frieling 2002). Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen: Im Bereich des Lärmschutzes gibt es noch viel zu tun. Nicht einmal die Hälfte der Einrichtungen verfügt über spezielle lärmgedämpfte Akustikdecken, noch seltener sind Wände, Fenster und Türen schalldämpfend konzipiert. Die Einrichtungen behelfen sich mit lärmgedämpften Belägen wie Teppichen oder Korkböden sowie Filz pads an Tischen und Stühlen oder sie hängen ihre Ruhe- und Kuschelbereiche mit Baldachinen ab. Eine **Beratung zum Lärmschutz**, bspw. durch die Unfallkasse oder die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), haben nur rund ein Viertel der Einrichtungen in Anspruch genommen.

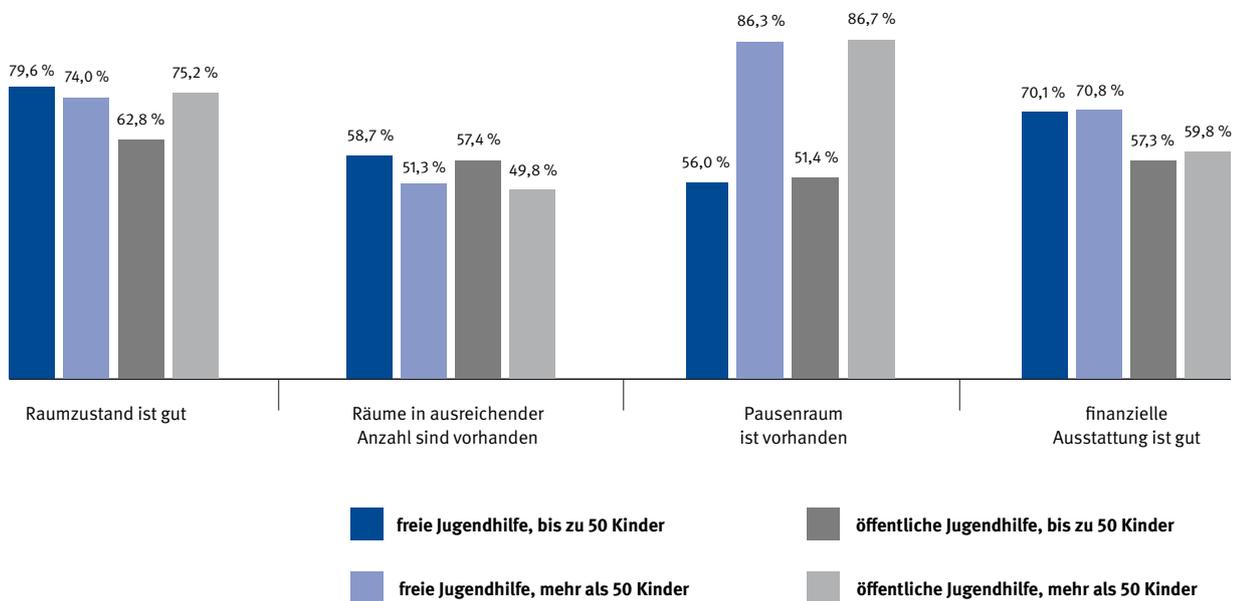
Abb. 10: Lärmschutzmaßnahmen in den Einrichtungen



Weitere physische Belastungen sind bedingt durch die Räumlichkeiten bzw. die räumliche Ausstattung, die in den Kindertagesstätten anzutreffen sind. Eine **gute finanzielle und räumliche Ausstattung** stellt sowohl für die Fach- als auch die Leitungskräfte eine große Ressource in ihrer Arbeit dar, während eine **schlechte finanzielle und räumliche Ausstattung** eine Belastung ist (siehe Abb. 11). Die räumliche, insbesondere die Ausstattung mit Möbeln, wird in den Interviews zum Teil äußerst schlecht bewertet – so fehlen Tische für das Personal, erwachsenengerechte, große Stühle oder auch ausreichend Arbeitsmaterialien. Als Ursachen dafür werden die geringe finanzielle Ausstattung oder auch Fehlinvestitionen von Seiten der Träger genannt. Es gibt jedoch auch Fachkräfte, die anmerken, dass sie mit einigen Sachmitteln sehr zufrieden seien.

In NRW sind insgesamt 21 Prozent der Fachkräfte und 24 Prozent der Leitungskräfte durch einen schlechten Raumzustand, 43 Prozent der Fachkräfte und 41 Prozent der Leitungskräfte durch eine zu geringe Zahl an Räumen für die pädagogische Arbeit und rund 30 Prozent der Fach- und Leitungskräfte durch eine schlechte finanzielle Ausstattung ihrer Einrichtung belastet.

Abb. 11: Subjektive Beurteilung der räumlichen und finanziellen Situation durch die Fach- und Leitungskräfte



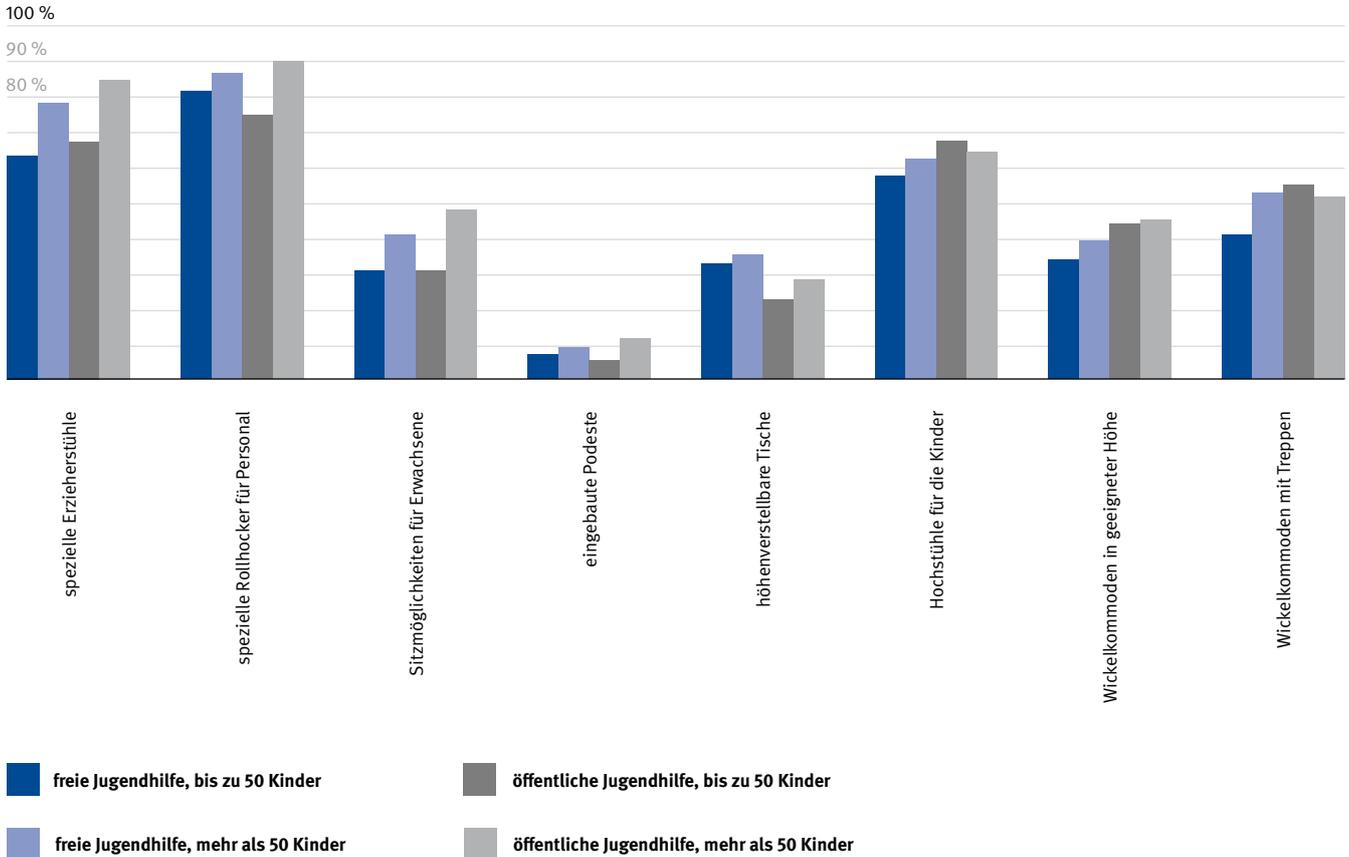
Weiterhin scheinen **Rückzugsmöglichkeiten** für die Interviewpartnerinnen und -partner in ihrem pädagogischen Alltag zu **fehlen**. Ebenso besteht der Wunsch nach einem Ort, an dem persönliche Dinge verstaut werden können.

„Erzieherinnen und Erzieher sind auf Grund des gehäuften Auftretens von Infektionskrankheiten in Kindertagesstätten einem **erhöhten Infektionsrisiko** ausgesetzt (z. B. grippale Infekte, Magen-Darm-Erkrankungen wie Noro- oder Rotaviren, sog. Kinderkrankheiten), die insbesondere bei schwangeren Mitarbeiterinnen ein gesundheitliches Risiko für die Mutter und das Ungeborene darstellen können“ (Thinschmidt, 2010a, S. 19). Die pädagogischen Fachkräfte beschreiben in den Interviews, dass die Eltern ihre Kinder mit Erkältungen, Magen-Darm-Beschwerden oder anderen Befindlichkeitsstörungen in die Kindertageseinrichtung brächten und die Konsequenzen sich unmittelbar bemerkbar machten: Das Ansteckungsrisiko für andere Kinder, aber auch für die pädagogischen Fachkräfte selbst, steige und führe zu vermehrten Fehlzeiten und Ausfällen.

Als physische Anforderung nennt ein Großteil der Befragten in den Interviews verschiedene Bedingungen, die mit der **schlechten Ergonomie am Arbeitsplatz** in Verbindung stehen. Dabei wird von einer ungünstigen Arbeits- oder auch Sitzhöhe gesprochen, womit unter anderem das Arbeiten auf dem Teppich bzw. Boden sowie das Sitzen auf Kinderstühlen gemeint ist. Weiterhin sehen die Erzieherinnen den ständigen Wechsel von Bücken und Heben, aber auch das längere Tragen eines Kindes als starke Belastung an, besonders in der integrativen Arbeit und in der Arbeit mit unter dreijährigen Kindern. Die verschiedenen physischen Beanspruchungen des Körpers führen nach Aussagen der Befragten verstärkt zu Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen sowie Knieproblemen.

Die **Ausstattung mit rückenfreundlichem Mobiliar** ist deshalb eine besonders wichtige Maßnahme zur Gesunderhaltung des pädagogischen Personals. Jedoch gibt es hier noch an vielen Stellen Nachbesserungsbedarf.

Abb. 12: Ausstattung mit rückschonendem Mobiliar in den Kindertageseinrichtungen in NRW



Zwar befinden sich in den meisten Einrichtungen (rund 84 Prozent) **Wickelkommoden in geeigneter Höhe**, jedoch sind erst in 72 Prozent der Einrichtungen **Wickelkommoden mit Treppen für die Kinder** vorhanden. Nicht einmal zwei Drittel der Einrichtungen (rund 61 Prozent) stellen **erwachsenengerechte Sitzmöglichkeiten in den Gruppenräumen** und weniger als die Hälfte **spezielle Rollhocker für das Personal** oder **spezielle Stühle für Erzieherinnen** bereit (siehe Abb. 12).

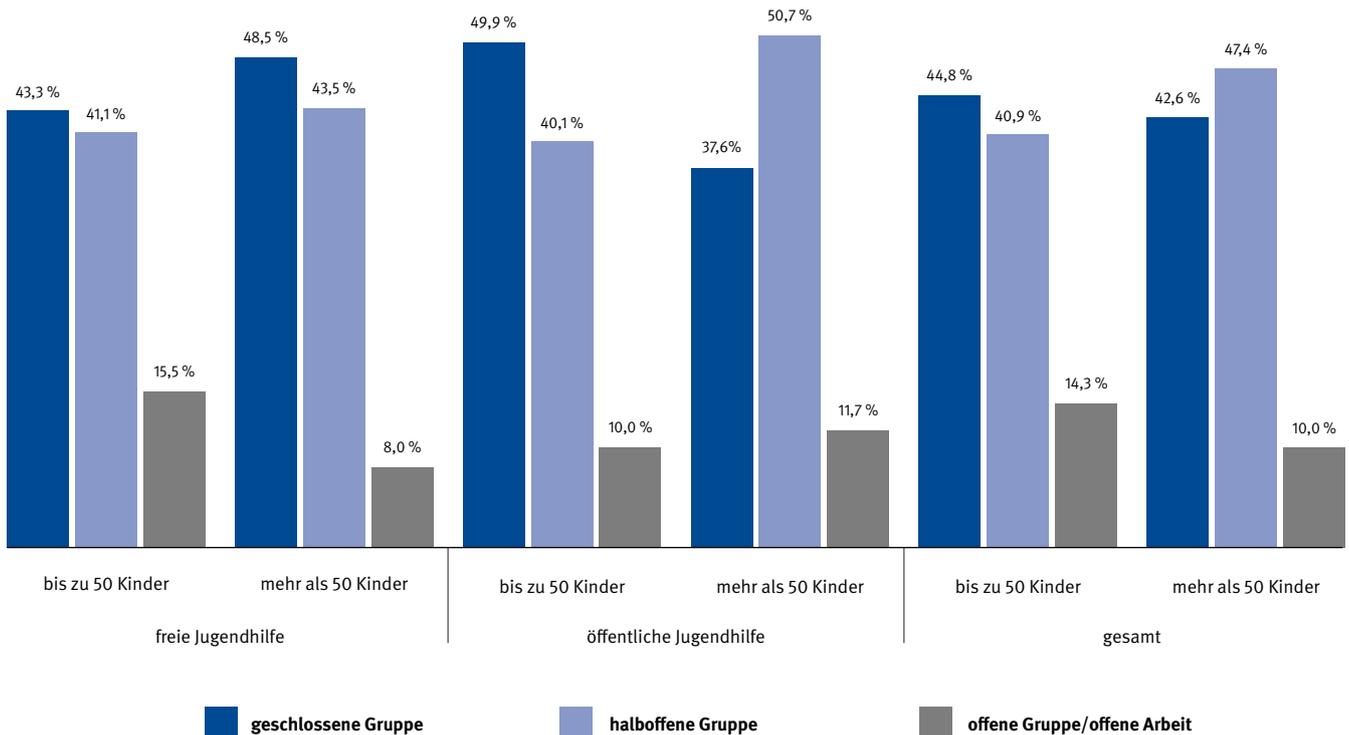
4.2 Organisatorische Faktoren

Diese Kategorie umfasst Belastungsfaktoren und Ressourcen, die „mit der Ausrichtung der pädagogischen Arbeit, den dazu notwendigen Strukturen und der grundsätzlichen Organisation des Tagesablaufs zusammenhängen“ (Thinschmidt, 2010a, S. 19). Hierzu wurden auch Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gezählt.

Ein **pädagogisches Konzept** oder eine entsprechende **pädagogische Profilierung** wird als Ressource erlebt: 45 Prozent der pädagogischen Fachkräfte berichten, dass ihre Einrichtungen ein pädagogisches Profil haben – und fast alle (89 Prozent) erleben dies als Ressource. Fehlt ein pädagogisches Profil, sehen insbesondere Leitungskräfte darin eine Belastung. Ähnlich gestaltet sich die Bewertung der Arbeit nach einem ausgewiesenen pädagogischen Konzept, das seltener vorhanden ist als eine pädagogische Profilierung. Wenn die pädagogischen Fachkräfte nach einem spezifischen pädagogischen Konzept (z. B. Montessori, Waldpädagogik) arbeiten (28 Prozent), dann bewerten sie dies als Ressource in ihrem Arbeitsalltag, ein nicht vorhandenes pädagogisches Konzept hingegen als neutral. Bei den 52 Prozent der Leitungskräfte, die mit einem pädagogischen Konzept in ihren Einrichtungen arbeiten, wird dies von 56 Prozent als Ressource und von 19 Prozent als neutral, von 25 Prozent aber auch als Belastung bewertet.

Die Mehrzahl der pädagogischen Fachkräfte in Nordrhein-Westfalen arbeitet in halboffener oder offener Arbeit (siehe Abb. 13). Es zeigt sich, dass die **Arbeit in offenen Gruppen** sowie die **Tätigkeit als Erst- oder Zweitkraft** mit einer höheren Belastung einhergehen. Die **Gruppengröße** wird in einigen Einrichtungen als zu groß bzw. als kontinuierlich ansteigend beschrieben. Dies gilt insbesondere, wenn auf Grund von Krankheit oder anderen Einflüssen von außen eine Kollegin oder ein Kollege aus der Gruppe fehlt und die pädagogische Fachkraft allein mit einer Gruppe zurückbleibt. In Nordrhein-Westfalen unterscheiden sich die Gruppengrößen stark nach der Art der pädagogischen Gruppenarbeit. In geschlossenen Gruppen werden durchschnittlich 20 Kinder (sieben bis 29 Kinder) betreut. In der halboffenen Arbeit liegt der Durchschnitt bei 22 Kindern, in der offenen Arbeit bei 33 Kindern. Die Extremwerte liegen jedoch deutlich höher: In halboffenen Gruppen werden bis zu 90, in der offenen Arbeit sogar bis zu 107 Kinder betreut. Die Verfügbarkeit einer **gruppenübergreifenden Kraft** wird als Entlastung wahrgenommen.

Abb. 13: Gruppenorganisationsformen in Kindertageseinrichtungen in NRW



Als besonders häufige und starke Belastung beschreiben die Fach- und Leitungskräfte zu wenig zur Verfügung stehende Zeit für verschiedene Arbeitsaufgaben, für die Kinder oder für kleine Pausen im Arbeitsalltag, hohen Zeitdruck sowie häufige Überstunden. Dieser Befund steht im Widerspruch zu älteren Studien, in denen Arbeitsintensität, Zeitdruck und Überforderung von den pädagogischen Fachkräften nicht als überdurchschnittlich hoch angegeben werden und sich „hinsichtlich der quantitativen Arbeitsbelastung etwas weniger als der Durchschnitt aller Berufsgruppen im BGW-DAK Stress-Monitoring belastet“ fühlte (Berger u. a., 2001, S. 21).

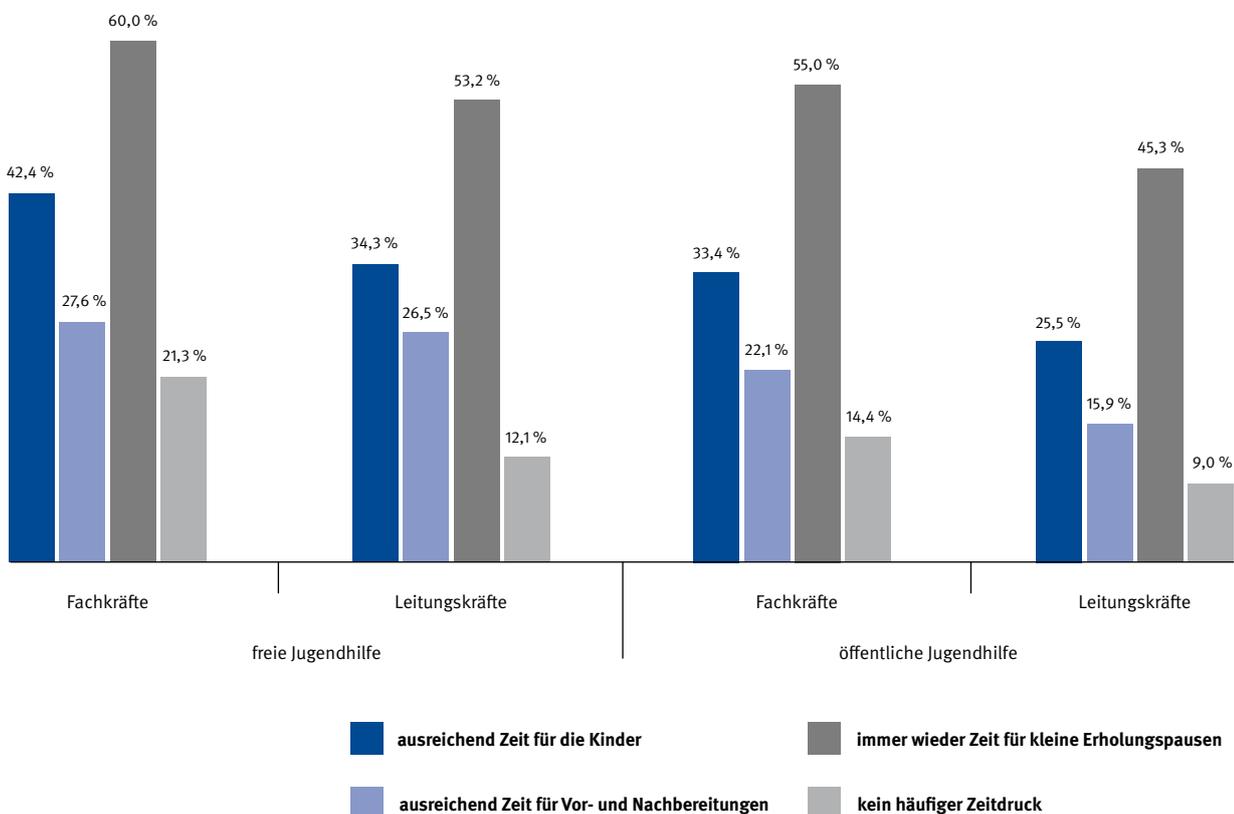
Heute scheint durch die zunehmende Aufgabenvielfalt grundsätzlich zu wenig Zeit zur Erledigung der Arbeitsaufgaben zur Verfügung zu stehen. **Häufiger Zeitdruck**, dem vier von fünf Fach- und Leitungskräften ausgesetzt sind, belastet die meisten von ihnen stark. 60 Prozent der pädagogischen Fachkräfte und 68 Prozent der Leitungskräfte in NRW leiden darunter, dass **im Arbeitsalltag keine ausreichende Zeit für Kinder** vorhanden ist. Die Arbeit im Schichtdienst als weiterer zeitlicher Aspekt, von dem ungefähr 25 Prozent der Fach- und Leitungskräfte betroffen sind, wird dagegen überwiegend neutral und nicht unbedingt als Belastung wahrgenommen (siehe Abb. 14).

In den vertiefenden Interviews wird eindrücklich beschrieben, wie ein möglicher Umgang mit dem Zeitdruck in der alltäglichen Arbeitspraxis zur psychischen Belastung

werden kann: Um der Gefahr des Zeitdrucks zu begegnen, versuchen die Erzieherinnen und Erzieher, ihren Tag möglichst straff zu organisieren und Verantwortungen klar abzustecken. Leider komme es häufig vor, dass diese Pläne nicht eingehalten werden könnten, da Dienstbesprechungen oder die Fertigstellung eines Gutachtens Vorrang hätten, was negativen Stress erzeuge und die pädagogischen Fachkräfte an ihre Leistungsgrenzen bringe. Eine (zu) straffe Tagesorganisation kann wiederum als starke psychische Belastung wahrgenommen werden, da dies mit einem geringeren Handlungsspielraum einhergeht.

Auch die Vorbereitungszeit bzw. die Zeit für sogenannte mittelbare pädagogische Arbeit (Beobachtung, Bildungsdokumentation, Entwicklungsgespräche etc.) wird häufig als unzureichend wahrgenommen, was zum einen zu Überstunden in der Einrichtung führt, zum anderen dazu, dass die Vorbereitung von Projekten, das Schreiben von Elternbriefen, die Erledigung von Dokumentationen o. ä. zuhause nach Feierabend erfolgen. Problematisch scheint, dass dies von Seiten der Führung akzeptiert und zum Teil sogar noch gefördert wird.

Abb. 14: Bewertung zeitlicher Ressourcen im Arbeitsalltag durch Fach- und Leitungskräfte



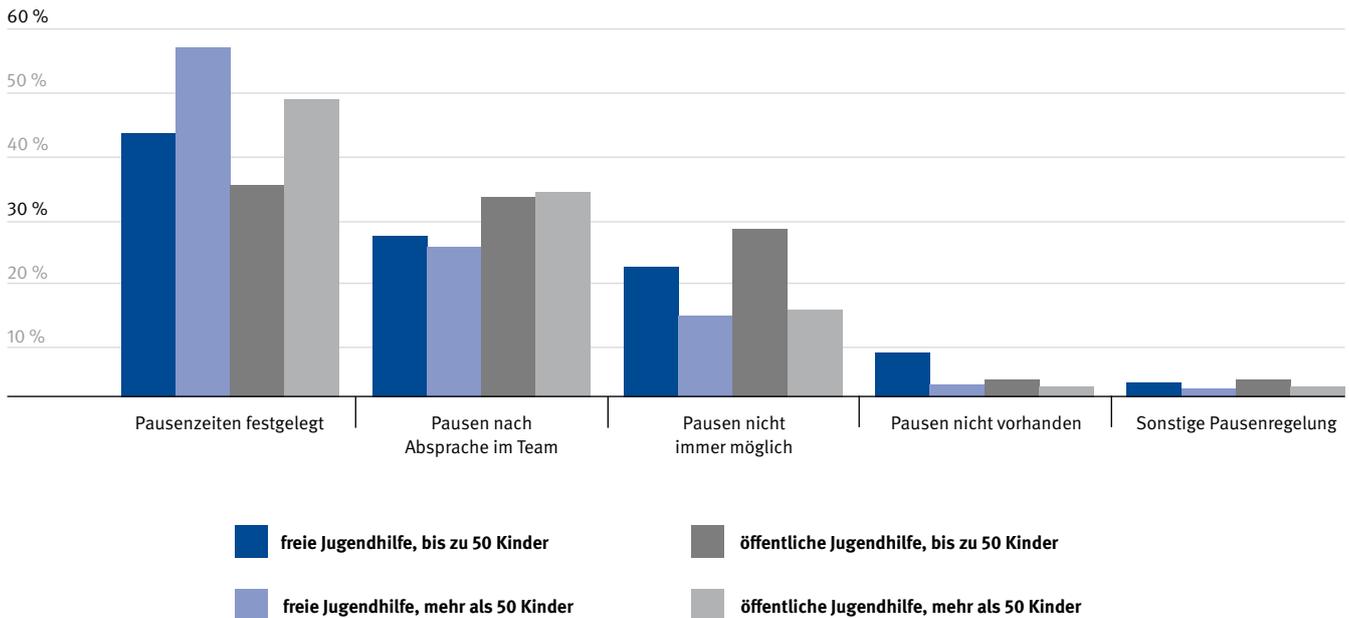
Der Vergleich der Höhe der **vertraglich festgeschriebenen Wochenarbeitszeit für die mittelbare Arbeit** zeigt eine große Spannweite zwischen den Fach- und Leitungskräften. 45 Prozent aller pädagogischen Fachkräfte und 63 Prozent aller Leitungskräfte haben keine vertraglich festgelegte Zeit für mittelbare Arbeit. Wenn ein Anteil für die mittelbare pädagogische Arbeit vertraglich festgelegt ist, variiert dieser zwischen 0,6 Prozent und 50 Prozent. Durchschnittlich liegen die Anteile für Erstkräfte in der pädagogischen Gruppenarbeit bei acht Prozent, für Zweitkräfte bei neun Prozent und für gruppenübergreifend tätige Fachkräfte bei zehn Prozent. Damit liegen die Einrichtungen unter den in empirischen Studien festgestellten prozentualen Anteilen, die für mittelbare Arbeit zur Verfügung stehen sollten (Viernickel, 2010, S. 9).

Mangelnde Zeit für mittelbare Arbeit belastet dementsprechend einen Großteil, nämlich 72 Prozent aller pädagogischen Fachkräfte und 75 Prozent der Leitungskräfte. Ausreichende Zeit für die Kinder oder für die mittelbare Arbeit wird entsprechend als Ressource und Kraftquelle bewertet. Jedoch verfügen nur 38 Prozent der Fachkräfte und 31 Prozent der Leitungskräfte über ausreichend Zeit für die Kinder und lediglich ein Viertel der Fachkräfte sowie etwas mehr als ein Fünftel der Leitungskräfte über ausreichend Zeit für Vorbereitungen, Beobachten, Dokumentation etc..

In diesem Zusammenhang stehen auch mehr oder wenig häufig zu leistende **Überstunden**. Sie gehören in den Einrichtungen Nordrhein-Westfalens für 34 Prozent der Fachkräfte zu ihrer Arbeit. Leitungskräfte sind mit 66 Prozent praktisch doppelt so häufig betroffen, was möglicherweise mit einer **zu geringen Freistellung für ihre Leitungstätigkeit** im Zusammenhang stehen könnte. Fach- und Leitungskräfte erleben ihre regelmäßigen Überstunden in der Regel als Belastung.

Zudem fehlt den Fach- und Leitungskräften teilweise die Zeit für kleinere Erholungs-pausen (siehe Abb. 15). 42 Prozent der Fach- und 50 Prozent der Leitungskräfte geben an, dass sie **keine Zeit für Pausen** hätten. Hier offenbaren sich starke Gegensätze in den untersuchten Einrichtungen. Große Einrichtungen haben mit 57 Prozent eher verbindlich festgelegte Pausenzeiten für die pädagogischen Fachkräfte als kleine Einrichtungen mit 43 Prozent. In kleinen Einrichtungen (bis zu 50 Kinder) sind Pausen sowohl in der öffentlichen als auch freien Jugendhilfe häufig nicht immer möglich oder auch gar nicht eingeplant. Es wird auch von dem Phänomen berichtet, dass die Fachkräfte zwar offiziell Pause haben, sich im Pausenraum aber das Telefon oder weitere Kolleginnen und Kollegen befinden bzw. ein Zutritt für Kinder während der Pausenzeit möglich ist, so dass die Fachkräfte ihre Pause kaum nutzen können, um sich körperlich und geistig zu erholen. Es gibt jedoch auch Kindertagesstätten, die einen Pausenraum für die Fachkräfte bereitstellen, in dem die Pause auch als eine solche genutzt werden kann, ohne dass die oben beschriebenen Widrigkeiten eintreten. Hier sei es möglich abzuschalten, so die Befragten. Können Pausen nicht oder nicht regelmäßig genommen werden, fühlt sich der Großteil der Befragten hiervon gering bis stark belastet (83 Prozent der Fach- und 87 Prozent der Leitungskräfte).

Abb. 15: Pausenregelungen in den Kindertageseinrichtungen in NRW



Eine Grundlage für viele Aspekte der pädagogischen Arbeit – vor allem für die als sehr bedeutsam empfundene zur Verfügung stehende Zeit im Arbeitsalltag – ist der Personalschlüssel in der Einrichtung, der das rechnerische Verhältnis zwischen bezahlter Arbeitskraft der pädagogischen Fachkräfte im Verhältnis zu den gebuchten Betreuungsstunden der Kinder erfasst (Viernickel, 2010)¹⁷. Ein **guter Personalschlüssel** wird als eine Ressource, ein **schlechter Personalschlüssel** als eine Belastung in der pädagogischen Arbeit erlebt.

Der rein rechnerische Personalschlüssel wird zwar von rund einem Drittel der Fach- und Leitungskräfte in den Einrichtungen als schlecht und belastend erlebt, von der Mehrzahl jedoch als gut oder zufriedenstellend beschrieben. Bestätigt wird dies durch die Erhebungen des „Ländermonitors Frühkindliche Bildungssystem“ der Bertelsmann Stiftung (Medianwerte; Stand 01.03.2012, vgl. Bock-Famulla & Lange, 2013).

¹⁷ Der rechnerische Personalschlüssel in Kindertageseinrichtungen in NRW – die Bertelsmann-Stiftung spricht vom Personalressourceneinsatzschlüssel – ergibt sich aus dem Verhältnis des vereinbarten Betreuungsumfangs der Kinder (Ganztagsinanspruchnahmerate) zu den summierten Personalstunden einer jeden Einrichtung (Vollzeitbeschäftigungsäquivalent).

Demnach erreicht der rechnerische Personalschlüssel folgende Relationen:

- im Gruppentyp 1 (nur Kinder unter drei Jahren): 1 zu 3,4
- im Gruppentyp 2 (Kinder ab zwei Jahren): 1 zu 7,6
- im Gruppentyp 3 (altersgemischt, Null- bis Sechsjährige): 1 zu 4,8
- im Gruppentyp 4 (Kinder ab drei Jahren): 1 zu 8,8.

Auch in den Interviews ist seltener von einem schlechten Personalschlüssel die Rede. Vielmehr belasten die durch Krankheit, Urlaub, Fort- und Weiterbildung sowie Schwangerschaft entstehenden Engpässe.

In dieser und einer Vielzahl anderer Beschreibungen der Interviewpartnerinnen und -partner wird deutlich, dass sich der Personalschlüssel stark von der sog. **Fachkraft-Kind-Relation** unterscheidet, also dem realen Verhältnis von anwesenden pädagogischen Fachkräften und Kindern. Während der Personalschlüssel sowohl Zeiten mitzählt, in denen eine Erzieherin aufgrund von Krankheit oder Urlaub gar nicht in der Einrichtung ist, als auch Zeiten, die sie für sogenannte mittelbare pädagogische Arbeitsaufgaben, z. B. Entwicklungsgespräche oder Entwicklungsdokumentationen, aufwendet, beschreibt die Fachkraft-Kind-Relation, wie viele Kinder von einer pädagogischen Fachkraft in der direkten pädagogischen Arbeit betreut werden. Wissenschaftliche Empfehlungen für die Fachkraft-Kind-Relation liegen bei 1 zu 2 bis 1 zu 4 für Kinder in den ersten drei Lebensjahren und bei 1 zu 7,5 bis 1 zu 10 für Kinder im Kindergartenalter (Viernickel & Schwarz, 2009a; Tietze & Förster, 2005).

Die Fachkraft-Kind-Relation wurde in dieser Studie über ein „Blitzlicht“ erfragt, eine Momentaufnahme eines beliebigen Arbeitstages in den Gruppen der teilnehmenden Fachkräfte aus der Sicht der befragten Fachkraft. Die Fachkräfte wurden gebeten, für jeweils drei Uhrzeiten eines Arbeitstages (8 Uhr, 11 Uhr und 15 Uhr) die anwesenden Kinder zu zählen und deren Alter zu ermitteln sowie die anwesenden pädagogischen Fachkräfte und sonstigen Kräfte zu zählen und diese Werte in eine Tabelle einzutragen. Die Fachkraft-Kind-Relation wurde berechnet aus der Anzahl der anwesenden Kinder geteilt durch die Anzahl der anwesenden Fachkräfte.

Die folgende Tabelle zeigt, dass nicht für alle Kinder und zu jeder Uhrzeit eine günstige Fachkraft-Kind-Relation gegeben ist. So liegt der wissenschaftlich empfohlene Personalschlüssel für eine Gruppe mit Kindern von drei Jahren bis zum Schuleintritt (Gruppentyp 4) bei 7,5 Kindern auf eine pädagogische Fachkraft und eine sich daraus ergebende rechnerisch empfohlene Fachkraft-Kind-Relation von 1 zu 10 (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2012). Diese Relation wird jedoch am Nachmittag um 15 Uhr in rund 25 Prozent der Einrichtungen nicht erreicht. In der bildungsrelevanten Kernzeit um 11 Uhr übersteigt die Fachkraft-Kind-Relation sogar in über 40 Prozent der Fälle diese Empfehlung. Im Krippenbereich erreichen um 8 Uhr 29 Prozent der Gruppen, um 11 und um 15 Uhr sogar über 40 Prozent der Gruppen nicht die wissenschaftlich empfohlene Relation.

Tab. 2: Anteil an Fachkräften mit einer bestimmten Fachkraft-Kind-Relation zu verschiedenen Uhrzeiten im Gruppentyp 1 (n = 98), Gruppentyp 2 (n = 947), Gruppentyp 4 (n = 848)

Fachkraft-Kind-Relation GT 1 (Krippengruppe)	8 Uhr	11 Uhr	15 Uhr
eine Fachkraft auf bis zu 3 Kinder	52,6 Prozent	33,6 Prozent	41,2 Prozent
eine Fachkraft auf mehr als 3 bis zu 4 Kinder	18,7 Prozent	22,4 Prozent	17,7 Prozent
eine Fachkraft auf mehr als 4 bis zu 5 Kinder	9,1 Prozent	19,7 Prozent	18,9 Prozent
eine Fachkraft auf mehr als 5 bis zu 6 Kinder	9,2 Prozent	15,6 Prozent	1,7 Prozent
eine Fachkraft auf mehr als 6 Kinder	10,4 Prozent	8,7 Prozent	20,4 Prozent
Fachkraft-Kind-Relation GT 2 (Kindergarten, für 2-Jährige geöffnet)	8 Uhr	11 Uhr	15 Uhr
eine Fachkraft auf bis zu 7 Kinder	75,7 Prozent	46,1 Prozent	58,5 Prozent
eine Fachkraft auf mehr als 7 bis zu 9 Kinder	10,4 Prozent	21,2 Prozent	20,0 Prozent
eine Fachkraft auf mehr als 9 bis zu 11 Kinder	7,8 Prozent	20,6 Prozent	8,9 Prozent
eine Fachkraft auf mehr als 11 bis zu 13 Kinder	2,4 Prozent	4,6 Prozent	5,6 Prozent
eine Fachkraft auf mehr als 13 Kinder	3,7 Prozent	7,5 Prozent	7,0 Prozent
Fachkraft-Kind-Relation GT 4 (Kindergarten)	8 Uhr	11 Uhr	15 Uhr
eine Fachkraft auf bis zu 7,5 Kinder	71,8 Prozent	31,3 Prozent	54,6 Prozent
eine Fachkraft auf mehr als 7,5 bis zu 10 Kinder	20,1 Prozent	28,3 Prozent	21,4 Prozent
eine Fachkraft auf mehr als 10 bis zu 12,5 Kinder	4,1 Prozent	27,4 Prozent	9,2 Prozent
eine Fachkraft auf mehr als 12,5 bis zu 15 Kinder	2,5 Prozent	4,3 Prozent	8,3 Prozent
eine Fachkraft auf mehr als 15 Kinder	1,6 Prozent	8,7 Prozent	6,5 Prozent

Häufig wird als Belastung für die Beschäftigten gewertet, dass ein Großteil der pädagogischen Fachkräfte nicht in Vollzeit, sondern nur Teilzeit beschäftigt ist (Fuchs-Rechlin, 2007). Von den Befragten dieser Studie sind insgesamt 67 Prozent in Vollzeit und 33 Prozent in Teilzeit beschäftigt. Damit liegt hier der Anteil der Vollzeitbeschäftigten etwas höher als in anderen Studien (Fuchs-Rechlin, 2007). In den Analysen zur Arbeitsfähigkeit zeigte sich, dass die **Zufriedenheit mit der Arbeitszeit** protektiv wirkt, während

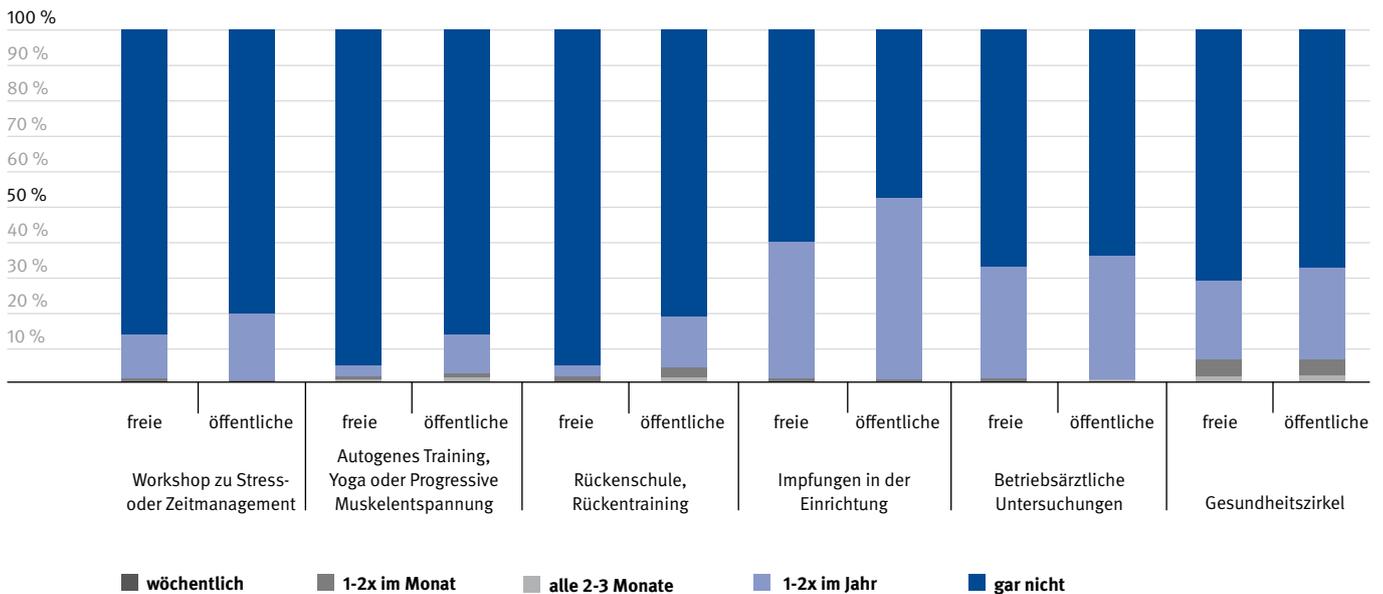
sich der Wunsch nach weniger oder kürzerer Arbeitszeit als Belastung und Risikofaktor für eine schlechte Arbeitsfähigkeit zeigt. Immerhin 33 Prozent der Führungskräfte und 19 Prozent der pädagogischen Fachkräfte würden gerne weniger arbeiten, mehr möchten nur vier Prozent der Fach- und 1 Prozent der Führungskräfte gerne arbeiten. Sowohl bei Fach- als auch bei Führungskräften steigt der Anteil derjenigen, die gerne weniger arbeiten wollen, ab einer Teilzeittätigkeit von mehr als 20 Wochenstunden an: Von den in Vollzeit tätigen Fachkräften würden gerne 21 Prozent und von den in Vollzeit tätigen Führungskräften sogar 35 Prozent gerne weniger arbeiten.

Die Zahlen deuten darauf hin, dass eine Vollzeittätigkeit nicht grundsätzlich von den Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen gewünscht und angestrebt wird, sondern viele eine Teilzeittätigkeit bevorzugen.

Unter die organisationalen Belastungsfaktoren fallen auch zeitlich befristete Arbeitsverträge, insbesondere dann, wenn Verträge kurzfristig oder teilweise erst nach Ablauf des Erstvertrages verlängert werden (Thinschmidt, 2010a). So berichten die Erzieherinnen in den vertiefenden Interviews, dass stets die Gefahr bestehe, dass man selbst – oder Kolleginnen und Kollegen – in andere Kitas des Trägers versetzt werde, man wisse jedoch nie, wen es betreffe und wann der Zeitpunkt dazu kommen werde. Rund 95 Prozent der Führungskräfte, aber nur 75 Prozent der Fachkräfte verfügen über einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Eine fehlende Arbeitsplatzsicherheit wird dagegen durchgängig als Belastung wahrgenommen und „... als Machtlosigkeit erlebt, da sie eine weitreichende Bedrohung des beruflichen und außerberuflichen Lebens bedeutet. Dies gilt besonders für befristet Beschäftigte sowie Eltern, die finanziell für eine Familie Sorge tragen. Das Erleben von Unsicherheit hat negative Auswirkungen und kann, wenn es lange anhält, zu schweren psychischen Erkrankungen führen“ (Fuchs & Tischler 2009; zit. nach Krause-Girth 2011, S. 11).

Die Führungskräfte wurden gefragt, welche speziellen Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention in der Einrichtung selbst für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung stehen (siehe Abb. 16). Alle abgefragten Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung werden häufiger bzw. regelmäßiger in den Einrichtungen der öffentlichen Jugendhilfe als in Einrichtungen in freier Trägerschaft angeboten.

Abb. 16: Spezielle Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention in den Einrichtungen



Es zeigt sich, dass konkrete Interventionen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement sehr selten sind: Workshops zu Zeitmanagement werden in 20 Prozent der Einrichtungen mit öffentlicher und 13 Prozent der Einrichtungen in freier Trägerschaft angeboten; Rückenschule oder Rückentraining in 19 Prozent der öffentlichen und vier Prozent der freien Einrichtungen und Workshops/Kurse zu Entspannungstechniken wie bspw. Yoga, Autogenes Training oder Progressive Muskelentspannung in 17 Prozent der Einrichtungen in öffentlicher und fünf Prozent der Einrichtungen in freier Trägerschaft.

Betriebsärztliche Untersuchungen für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bieten rund ein Drittel der Einrichtungen an; Impfungen finden in 40 Prozent der freien und 52 Prozent der öffentlichen Einrichtungen statt. Die Methode der Gesundheitszirkel wenden 29 Prozent der freien und 33 Prozent der öffentlichen Einrichtungen an. In kleinen Einrichtungen finden die Maßnahmen häufiger außerhalb der Arbeitszeit statt als in großen Einrichtungen; dies gilt sowohl für Einrichtungen der freien wie auch der öffentliche Jugendhilfe.

4.3 Anforderungen aus der Arbeitsaufgabe

Erzieherinnen und Erzieher scheinen ihren Beruf insbesondere auf Grund des **Abwechslungsreichtums**, der **Flexibilität und Kreativität**, aber auch auf Grund des **Erlernens** und **Ausprobierens von etwas Neuem** besonders zu schätzen und sehen diese Aspekte ihrer Arbeit als eindeutige Ressourcen an. Diese Sichtweise wird sowohl in den Interviews als auch der schriftlichen Befragung betont und findet sich auch in der

Theorie wieder (Berger u. a., 2001; Fuchs-Rechlin, 2007; Thinschmidt u. a., 2008). Bis auf wenige Ausnahmen (rund 5 Prozent der Befragten) bestätigen Fach- und Leitungskräfte, dass sie bei ihrer Arbeit Neues dazulernen und ihr Wissen einsetzen können. Sie bewerten ihre Arbeit als abwechslungsreich und stimulierend für ihren Erfindungsreichtum und ihre Kreativität. All dies sind wertvolle Kraftquellen. Auch im „DGB-Index Guter Arbeit“ werden diese Aspekte als Kennzeichen guter Arbeit und als wichtige Ressourcen des Berufsfeldes beschrieben.

Die Tätigkeit als Erzieherin oder Erzieher ist durch viele Anforderungen gekennzeichnet. Zum einen ist die unmittelbare Arbeit mit den Kindern und deren Belangen, Bedürfnissen und Besonderheiten zu nennen. Hinzu kommen die Anforderungen aus den Bildungsplänen wie das Beobachten und Dokumentieren, die Sprach- und Bewegungsförderung, die Zusammenarbeit im Team, mit der Einrichtungsleitung, den Eltern u. v. m. (Fuchs-Rechlin, 2007; Poschadel u. a., 2006; Viernickel, 2010; Viernickel & Schwarz, 2009a). Auch die Einrichtungsleitung hat ein sehr komplexes Aufgabenprofil: Alltagsorganisation, Arbeitgeberfunktion, Öffentlichkeitsarbeit, Konzeptarbeit, Elternkontakte und pädagogische Gruppenarbeit (Rudow, 2004; nach Rudow, 2004b; Thinschmidt, 2010a). Die **Gleichzeitigkeit dieser Anforderungen** beschreiben durchgängig alle befragten Fach- und Leitungskräfte. In Abhängigkeit von auch anderen Faktoren wird dies von zwei Dritteln der Fachkräfte und von drei Vierteln der Leitungskräfte als Überforderung und damit als Belastung erlebt, so auch die Aussagen in den Interviews. Die verschiedenen Anforderungen gehen mit **häufigen Arbeitsunterbrechungen** einher, die für 62,2 Prozent der Fachkräfte und für 83,5 Prozent der Leitungskräfte einen belastenden Stressfaktor darstellen (Berger u. a., 2001; Rudow, 2004b).

Die steigenden Anforderungen an die Erzieherinnen und Erzieher sowie die daraus resultierenden Belastungen drücken sich auch darin aus, dass insgesamt 65 Prozent der Fach- und 83 Prozent der Leitungskräfte sagen, ihr **Arbeitspensum** sei in den letzten Jahren **stetig gestiegen** und durch solche Aufgaben ergänzt worden, die nicht in das Tätigkeitsprofil einer Erzieherin bzw. eines Erziehers gehören. Dazu zählen beispielsweise das Staubwischen oder das Abräumen des Geschirrs vom Tisch oder das Ein- und Ausräumen der Spülmaschine. Neben weiteren Aufgaben wird auch die steigende Anzahl an Projekten als belastend empfunden, zum Beispiel im Bereich der Sprachförderung, Themengruppen (z. B. „Wald“), Termine mit dem Vorlesepaten oder der Motopädin, Turngruppen, Gottesdienste oder Initiativen wie „Das Haus der kleinen Forscher“. Als weitere Belastung wird die Notwendigkeit der **Dauerpräsenz** genannt. Permanent und unabhängig von Stimmungen und Bedürfnissen werden volle Aufmerksamkeit und Konzentration abgefordert. Dies schließt ein, dass die erforderliche **Emotionsarbeit mit der Unterdrückung eigener Stimmungen** und Launen gegenüber den Kindern und Eltern und die daraus resultierenden Spannungen von den betroffenen Personen häufig als stark belastend erlebt werden (siehe Thinschmidt, 2010a; Rudow, 2004b u. a.).

Wichtige Aufgabenbereiche der pädagogischen Arbeit sind die regelmäßigen Beobachtungen der Kinder als Grundlage für individuelle Bildungsdokumentationen sowie **Entwicklungsgespräche mit den Eltern**. Entwicklungsgespräche mit den Eltern der Kinder und das Erstellen von **Bildungsdokumentationen** finden in annähernd allen Einrichtungen regelmäßig statt. Diese Aufgaben werden von manchen Fach- und Leitungskräften als Ressource, von anderen als Belastung wahrgenommen. Insgesamt erleben aber ungefähr zwei Drittel der Fach- und Leitungskräfte die Entwicklungsgespräche als

Ressource ihrer täglichen Arbeit. Bildungsdokumentationen werden in der repräsentativen Befragung von etwas mehr als der Hälfte der Fach- und Leitungskräfte als eine Ressource und von einem Drittel als belastend bewertet.

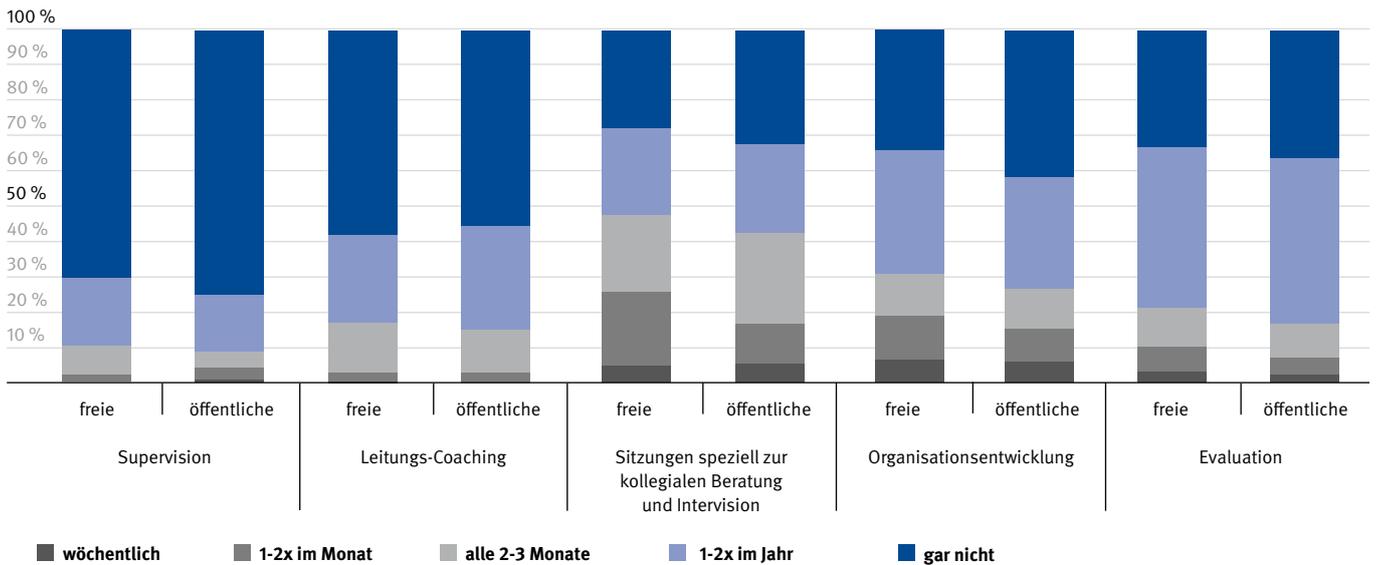
Regelmäßige Teamsitzungen finden in fast allen Einrichtungen statt. Sie werden von rund 80 Prozent der Fach- und Leitungskräfte als Ressource eingestuft. Fehlen solche Kommunikationsstrukturen, so kommt es nach Aussagen der Befragten häufig zu Fehlgesprächen und Missverständnissen, Unruhe oder Unmut. Bemängelt wird im Zusammenhang mit **fehlenden Kommunikationsstrukturen** auch ein fehlendes Organ, beispielsweise ein Mitarbeiterinnenbeirat, der die Kommunikation mit dem Träger oder Personalverantwortlichen vereinfacht. So wird berichtet, dass der Träger häufig ein falsches Bild vom Arbeitsalltag und Arbeitspensum der Erzieherinnen habe, Verantwortlichkeiten unterschätze oder sehr hohe Anforderungen stelle. Eine Kommunikation zwischen Träger und Erzieherinnen mit dem Ziel der Transparenz würde nahezu nicht stattfinden.

Thinschmidt (2010a) weist mit Blick auf die hohe Belastung von pädagogischen Fachkräften durch die Arbeit mit verhaltensauffälligen und aggressiven Kindern auf die große Bedeutung von Betreuung und Unterstützung der Kita-Teams durch Supervisionen und Fallbesprechungen hin, zumal Verhaltensstörungen bei Kindern zunehmen (Kliche 2010, Rudow 2010 nach Budde, 2011). Auch die Studie von Krause-Girth (2011) bestätigt die Notwendigkeit von Weiterbildung sowie Fallsupervision: „Zur Sicherstellung professioneller Qualität aller Beteiligten im Umgang mit auffälligen Kindern ist regelmäßige Fortbildung, ein verändertes Gender-Bewusstsein und vor allem Fallsupervision eine entscheidende effiziente Ressource“ (ebd., S. 5).

Auf die Ressource der **regelmäßig stattfindenden Supervision** können jedoch nur wenige Befragte zurückgreifen. In 30 Prozent der freien Einrichtungen und 25 Prozent der öffentlichen Einrichtungen findet zumindest ein- bis zweimal pro Jahr Supervision statt; anders formuliert erfahren 70 Prozent resp. 75 Prozent niemals Supervision. Wenn Supervision stattfindet, wird diese als Ressource bewertet, keine Supervision stufen die Befragten als neutral ein.

Die Häufigkeit von Supervision, Coachings, kollegialer Intervention, Organisationsentwicklung und Evaluation in den Einrichtungen dokumentiert die nebenstehende Graphik:

Abb. 17: Häufigkeit von Supervision, Leitungscoaching, kollegialer Intervention, Organisationsentwicklung, Evaluation



Qualifikation und Weiterbildung stehen in einem positiven Zusammenhang mit der Bewältigung der steigenden Anforderungen in der frühkindlichen Bildung in Kindertageseinrichtungen (Thinschmidt, 2010a). Mehr als 80 Prozent der Fach- und Leitungskräfte erfahren sich für die Anforderungen ihrer Arbeit als gut ausgebildet; für 76 Prozent bzw. 68 Prozent stellt dies eine Ressource dar. Es zeigt sich, dass sich Leitungskräfte häufiger für weniger gut ausgebildet halten als die pädagogischen Fachkräfte und dies auch seltener als eine Ressource für ihre Arbeit einschätzen. Immerhin 17 Prozent der Leitungskräfte sind dadurch belastet, sich als nicht gut ausgebildet für die Arbeitsanforderungen zu erleben.

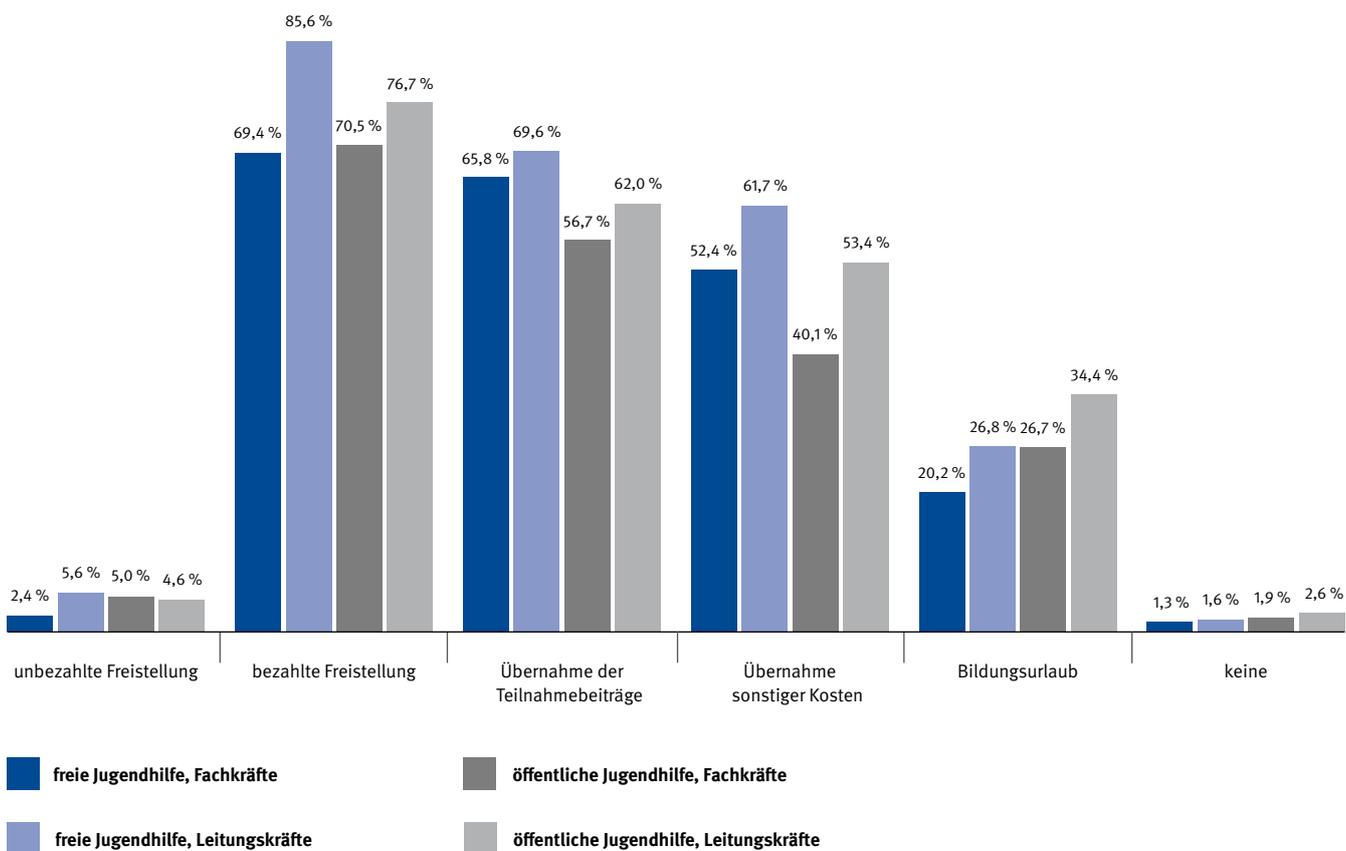
Mit einem Hochschulabschluss erleben sich die Fach- und Leitungskräfte häufiger als gut ausgebildet für ihre pädagogische Arbeit, allerdings steht dieser auch im Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko, eine sogenannte Gratifikationskrise zu erleben (siehe Abb. 22), bei der das Verhältnis zwischen Einsatz und empfundener „Belohnung“ nicht im Gleichgewicht ist. Der Besuch einer berufsbegleitenden Weiterbildung in den letzten 12 Monaten wird als Belastung erfahren und steht im Zusammenhang mit einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Diese Befunde stehen in Einklang mit anderen Studienergebnissen. So schätzen sich mehr als 90 Prozent der Erzieherinnen und Erzieher in einer Studie von Schneewind, Böhmer et al. (2012) als eher oder als sehr kompetent für ihre Arbeit ein, dabei schätzen sich Hochschulabsolventen als kompetenter ein als Fachschulabsolventen, Berufsanfängerinnen und -anfänger sowie langjährig Berufserfahrene.

Die **Unterstützung von Weiterbildung** durch die Einrichtung stellt allgemein für die Fachkräfte eine Ressource dar. Mehr als 90 Prozent der Fach- und Leitungskräfte geben an, dass sie bei der beruflichen Weiterbildung durch die Einrichtung bzw. den Träger unterstützt werden, was von den meisten als Ressource und bei fehlender Unterstützung als Belastung bewertet wird.

Das Angebot an **Fort- und Weiterbildungen** wird grundsätzlich als sehr vielfältig eingeschätzt und auch die freie Wahlmöglichkeit nach persönlichen Interessen als angenehm empfunden, die Honorierung in Form einer höheren Bezahlung bzw. möglicher Aufstiegschancen auf Grund einer erlangten höheren Qualifikation bleibe jedoch aus, so die Befragten. Die Motivation zur Teilnahme an weiteren Qualifikationen liegt nach Aussage der Befragten primär im persönlichen Engagement und weniger im Streben nach einer höheren beruflichen Stellung.

Weiterhin wird deutlich, dass die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsangeboten von der Freistellung und von der Bezahlung der Arbeit abhängig zu sein scheint. Erzieherinnen, die eine Abendschule o. ä. besuchen oder die eine Fortbildung selbst finanzieren müssen, überlegen länger, ob sie dieses auf sich nehmen möchten.

Abb. 18: Unterstützungsmaßnahmen beruflicher Weiterbildung durch die Einrichtungen (Mehrfachantworten möglich)



Die Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft (GEW) empfiehlt, 80 Stunden im Jahr für alle pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für berufliche Weiterbildung einzuplanen (GEW NRW, 2011). Dies entspricht zehn Weiterbildungstagen pro Vollzeitkraft im Jahr. Diese Empfehlung wird in kaum einer der Einrichtungen umgesetzt. Die Weiterbildungstage mit Freistellung pro pädagogischer Fachkraft/Jahr liegen bei den Einrichtungen in freier Trägerschaft im Durchschnitt bei 2,8 Tagen und bei Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft bei 2,6 Tagen.

Auch die physikalischen Anforderungen der Arbeit, wie das Heben und Tragen von Kindern, das Knien und Beugen, Hocken auf dem Boden und auf Kinderstühlen, gehören zu den Belastungen der Arbeit von Erzieherinnen in Kindertageseinrichtungen. Dies gilt nach Thinschmidt (2010a) besonders für Fachkräfte, die mit behinderten Kindern und mit Kleinkindern arbeiten. 73 Prozent der Fachkräfte und 59 Prozent der Leitungskräfte beschreiben ihre Arbeit als anstrengend. **Körperlich anstrengende Arbeit** steht im Zusammenhang mit einer schlechteren Arbeitsfähigkeit: 45 Prozent der Fachkräfte und 38 Prozent der Leitungskräfte sind aufgrund körperlich anstrengender Arbeit belastet. Allerdings bewerten insgesamt ein Fünftel der Fachkräfte die anstrengende körperliche Arbeit für sich auch als Ressource. Dies kann möglicherweise in den Kontext von viel **Bewegung am Arbeitsplatz Kita** gestellt werden, die sich als Ressource für die Gesundheit und das Wohlbefinden zeigt. 90 Prozent der pädagogischen Fachkräfte geben an, sich während der Arbeit viel zu bewegen, der Großteil (75 Prozent) bewertet dies als Ressource. Bei den Leitungskräften ist der Anteil derjenigen mit viel Bewegung mit 71 Prozent geringer. 58 Prozent der Leitungskräfte sehen häufige Bewegung als eine Ressource ihrer Arbeit, 19 Prozent der Leitungskräfte fühlt sich dadurch belastet, dass sie sich nicht viel bewegen.

4.4 Soziale Faktoren

Thinschmidt, Gruhne & Hoesl (2008) konstatieren für den Beruf der Erzieherin bzw. des Erziehers neben Belastungsfaktoren auch zahlreiche Ressourcen bzw. Schutzfaktoren wie z. B. die sozialen Aspekte der direkten Arbeit mit den Kindern, die Kommunikation und Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte und Ressourcen aus dem Bereich der Organisation sowie Partizipationsmöglichkeiten, zeitliche und inhaltliche Freiheiten und einen hohen Grad an Verantwortung (vgl. auch Fuchs & Trischler 2009). Eine hohe Identifikation mit der Arbeit und deren Bewertung als abwechslungsreich, ganzheitlich und bedeutsam sowie sehr hohe soziale Ressourcen im Team, mit den Kindern und teilweise den Eltern werden als wesentlicher Hintergrund für die hohe Berufszufriedenheit von Erzieherinnen trotz allgemein schlecht empfundener Rahmenbedingungen gewertet (u. a. Rudow, 2005; Thinschmidt, 2010a). Die hohe Bedeutung sozialer Aspekte als kraftgebende und stärkende Elemente der pädagogischen Arbeit in Kindertageseinrichtungen wird in der vorliegenden Studie bestätigt.

Die Erzieherinnen beschreiben, dass die **unmittelbare Arbeit mit den Kindern** das ausschlaggebende Motiv für ihre Berufswahl sei. Dieser Aspekt wird auch als eine wesentliche und zentrale Ressource der Arbeit beschrieben. Dazu zählt zum einen die **emotionale Nähe** zwischen Erzieherin und Kind, die den Befragten viel Kraft gebe. Die Interviewpartnerinnen sehen es als starke Bereicherung ihres Berufs, dass sie über Jahre hinweg eine Beziehung zu den Kindern aufbauen können und sie in ihrer Entwicklung begleiten. Die Anerkennung, Wertschätzung und **Bestätigung**, die die Kinder

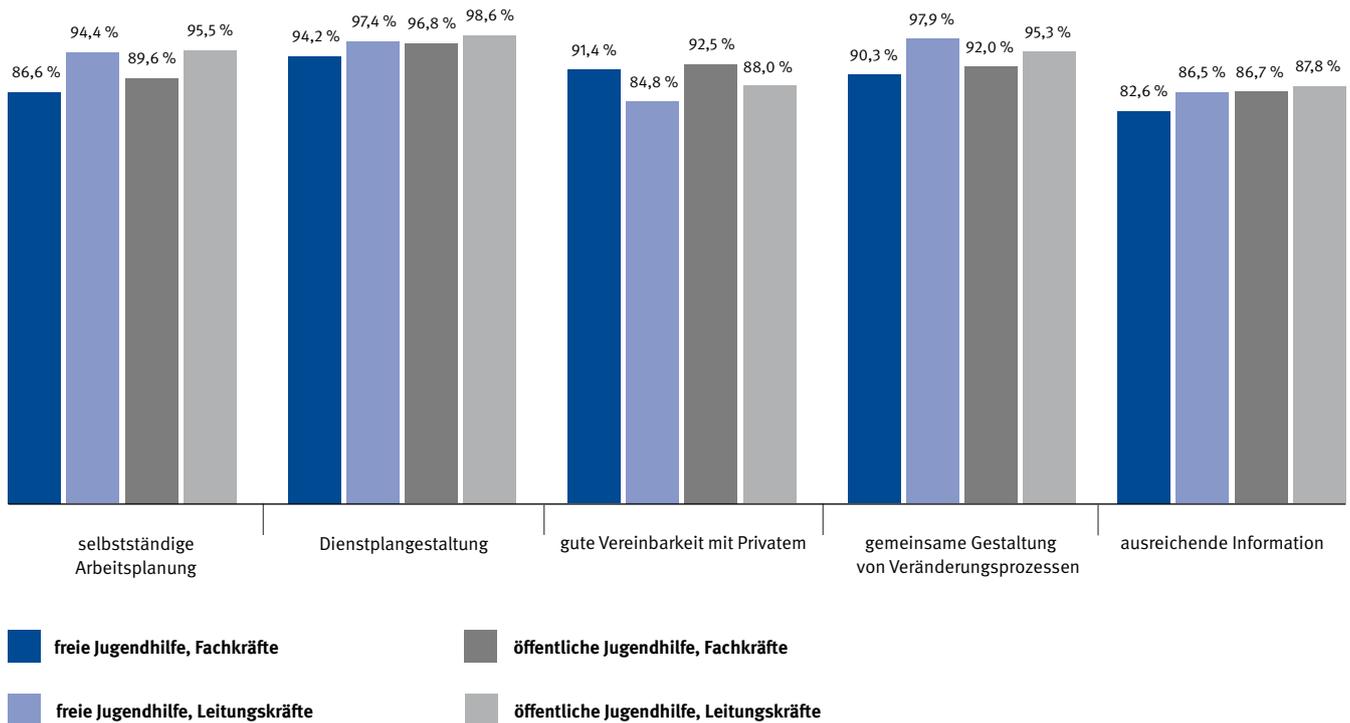
den Erzieherinnen entgegenbringen, wird als eine starke Ressource beschrieben. 97 Prozent der Fachkräfte berichten von emotionaler Nähe zu den Kindern als einer Ressource ihrer Arbeit, die von den Leitungskräften seltener – mit 89 Prozent – berichtet wird. Hier deutet sich an, dass für die Leitungskräfte mit kompletter Freistellung von der pädagogischen Arbeit auch eine Ressource abnimmt oder verloren geht.

Neben dieser sozialen Komponente scheinen außerdem die Freude, Leichtigkeit und der Spaß der Kinder z. B. an der Bewegung, in der Natur oder daran, etwas Neues zu lernen als auflockernd und erfüllend empfunden zu werden. **Humor und häufiges Lachen** bei der Arbeit werden auch in der schriftlichen Befragung als Ressource gewertet, die für die meisten pädagogischen Fach- und Leitungskräfte vorhanden ist.

Die Freude am Umgang mit Kindern wird auch in anderen Studien (bspw. Hepting & Hüfner, 2004) als wichtigste Motivation für die Berufsausübung von pädagogischen Fachkräften angesehen. In der Literatur wird aber ebenfalls beschrieben, dass der Bereich der emotionalen Nähe zu den Kindern und das bedingungslose Einlassen auf deren Situation, Gefühle und Hintergründe auch problematisch und belastend für die pädagogischen Fachkräfte sein können (Thinschmidt, 2010a).

Der **Gestaltungs- und Handlungsspielraum** und die **Transparenz am Arbeitsplatz** gelten als wichtige Ressource zur Stressverminderung. Auch in dieser Untersuchung wurden ein hoher **Gestaltungs- und Handlungsspielraum** bzw. das **selbstbestimmte Arbeiten** als große Ressourcen wahrgenommen. 88 Prozent der Fach- und 95 Prozent der Leitungskräfte geben an, dass sie ihre Arbeit selbständig planen könnten und bewerten dies größtenteils als Ressource (siehe Abb. 19). Diejenigen Fach- und Leitungskräfte, die ihre Arbeit nicht selbständig planen können, erleben das als belastend. Dabei geht es zum einen darum, den Tagesablauf nach eigenem Ermessen innerhalb der bestehenden festen Strukturen organisieren zu können und somit das Gefühl zu haben, sich frei nach der eigenen Planung im Beruf bewegen zu können. Weiterhin wird es im Falle eines hohen Gestaltungs- und Handlungsspielraums geschätzt, die Projekte, Aktionen o. ä. nach persönlichen Interessen, Schwerpunkten und Fähigkeiten anlegen und durchführen zu können. Zum anderen spüren Fachkräfte durch das selbstbestimmte Arbeiten eine **starke Eigenverantwortung** und **hohe Entscheidungskompetenz** und erfahren das Vertrauen ihrer Leitungskraft: Auf diesem Wege wird die Qualität ihrer Arbeit honoriert und geschätzt.

Abb. 19: Gestaltungsmöglichkeiten und Informationsfluss



In diesen Kontext gehört auch ein hoher **Einfluss auf die Dienstplangestaltung**, der von mehr als 85 Prozent der Fach- und Leitungskräfte als starke Ressource gewertet wird. Der überwiegende Teil der Befragten erlebt die **Arbeit als gut mit dem Privat- und Familienleben vereinbar**. Für sieben Prozent der Fach- und 13 Prozent der Leitungskräfte ist eine gute Vereinbarkeit jedoch nicht gegeben, was als belastend erlebt wird. Eine **gemeinsame Gestaltung von Veränderungsprozessen** ist ebenfalls für fast alle Fach- und Leitungskräfte möglich und wird größtenteils als Ressource erlebt. Über Gegebenheiten und Vorgänge in der Einrichtung werden 85 Prozent der Fach- und 87 Prozent der Leitungskräfte ausreichend informiert, was ebenfalls von den meisten als Ressource gewertet wird; ein mangelnder Informationsfluss wird zumeist als belastend erlebt.

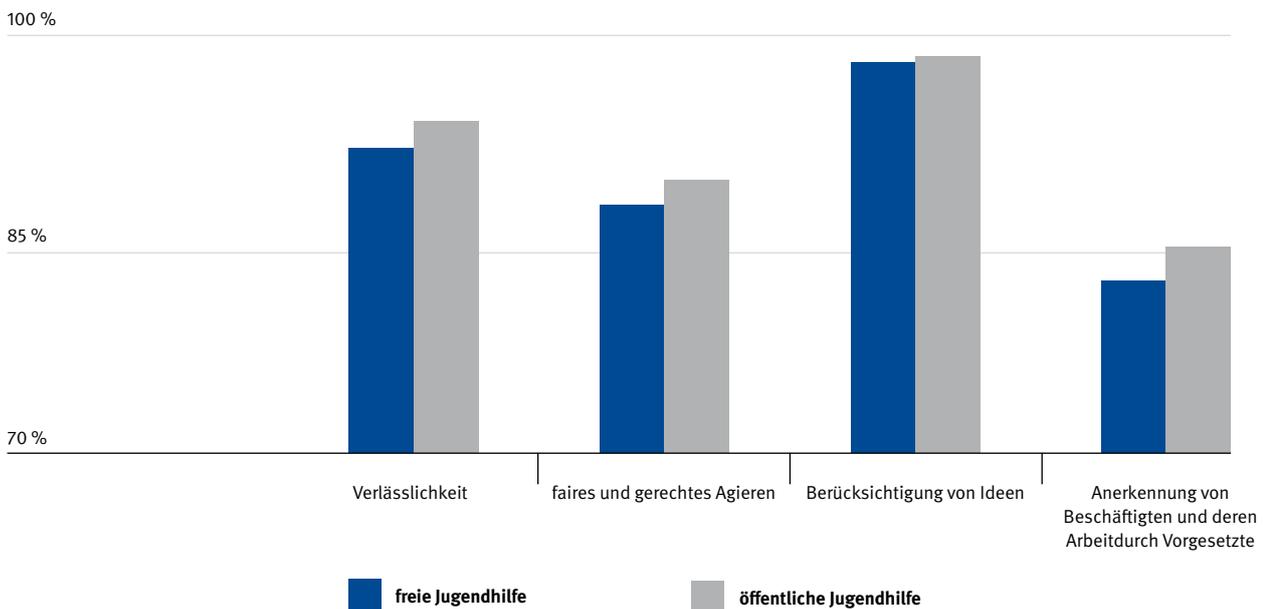
In den Interviews werden ein **gutes Zeitmanagement** und eine **gute Organisation und Planung** als hilfreich beschrieben. Dazu zählen Absprachen mit Kolleginnen und Kollegen und das Entwerfen von Plänen.

Eng mit einer gut funktionierenden Organisations- und Managementqualität verbunden ist eine **gute Führungsqualität** der Leitungskraft der Einrichtung. Eine gute Führungsqualität zeichnet sich nach Aussagen der interviewten Erzieherinnen durch regelmäßiges Feedback, Lob, Anerkennung und Wertschätzung den pädagogischen

Mitarbeiterinnen gegenüber aus. Ebenfalls als Ressource wird wahrgenommen, wenn die Führungskraft Ratschläge und Unterstützung anbietet, aufmerksam zuhört und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Vertrauen entgegenbringt und transparent arbeitet. Als weitere protektive Faktoren werden ein enger Kontakt der Leitung zu den Gruppen und der Austausch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über angemessene Anforderungsprofile genannt. Positiv gesehen wird das Verständnis der Leitung im Falle krankheitsbedingter Fehlzeiten.

Als **schlechte Führungsqualität** wird mangelnde Kommunikation und geringes Durchsetzungsvermögen der Leitung wahrgenommen; diese Umstände werden als Belastung erlebt. In den Interviews werden weiterhin mangelnde Akzeptanz von Krankheiten oder Kuren, unfaire Behandlung oder fehlende Anerkennung als Belastung genannt.

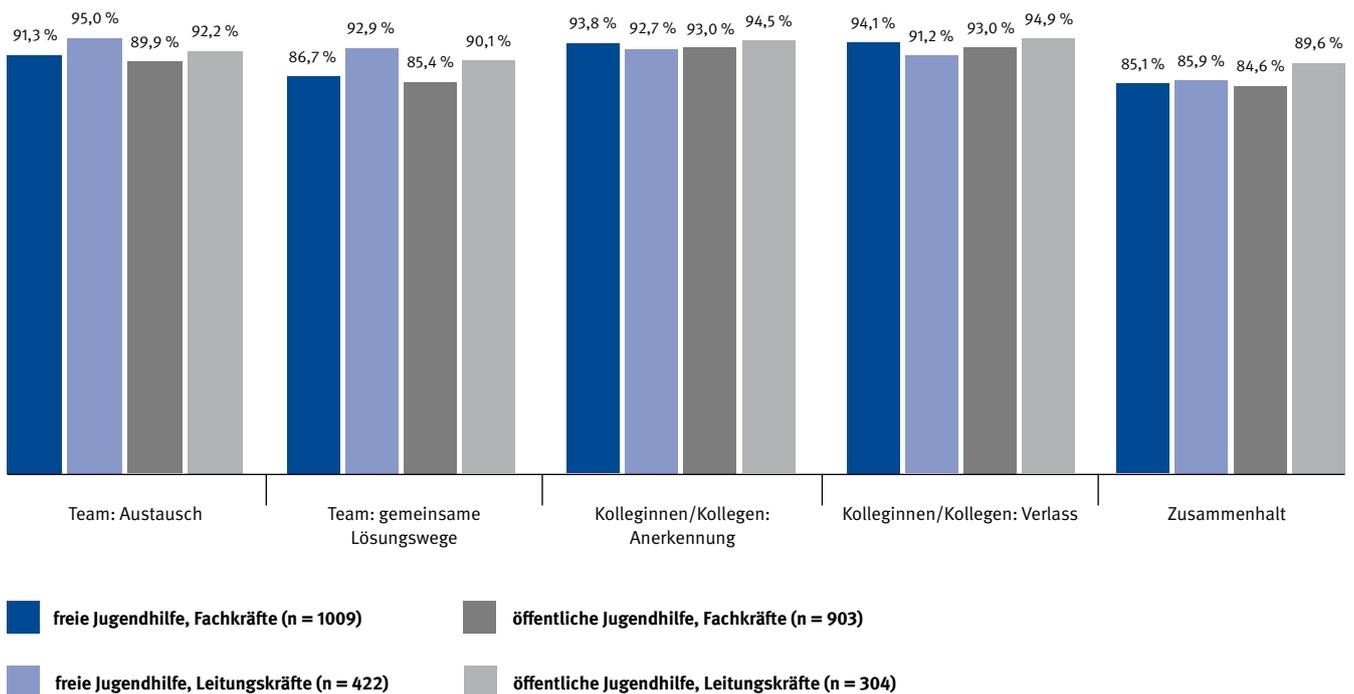
Abb. 20: Aspekte der Führungsqualität aus Sicht pädagogischer Fachkräfte



Die pädagogischen Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen in NRW können sich zu 92 Prozent auf ihre Leitungskräfte verlassen. 88 Prozent fühlen sich fair und gerecht behandelt, bei 97 Prozent berücksichtigt die Leitung die Ideen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und 79 Prozent fühlen sich durch ihre Leitung anerkannt. Dies alles wird von 80 Prozent der Befragten klar als soziale Ressourcen ihres Arbeitsalltags wahrgenommen. Für die Leitungskräfte selbst ist diese Bilanz etwas weniger gut: in dieser Gruppe können nur insgesamt 65 Prozent auf die Ressource „Anerkennung“ zurückgreifen. Entsprechend benennen auch 24 Prozent der Leitungskräfte die mangelnde Anerkennung durch Vorgesetzte als Belastung.

Außerdem sind eine **gute Zusammenarbeit im Team** und ein **gutes Teamklima** wesentliche Aspekte für das Wohlfühl am Arbeitsplatz und werden als unterstützend und bestärkend beschrieben. Dabei geht es um eine gemeinschaftliche Arbeitsteilung und die damit einhergehende Entlastung der Erzieherinnen, um eine Kommunikationskultur, die ermöglicht, über alles offen zu reden, die Kolleginnen und Kollegen in ihrer Arbeit zu loben, einander zuzuhören und sich regelmäßig auszutauschen. Eine gelingende Kommunikation scheint ein angenehmes Arbeiten möglich zu machen und zu einer positiven Gestaltung und Organisation des Berufsalltags beizutragen. Auch das Entstehen eines „familiären Miteinanders“ wird als wohltuend empfunden. Dieses entwickelt sich u. a. durch die teilweise jahrelange Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen.

Abb. 21: Aspekte der Teamqualität aus Sicht von pädagogischen Fach- und Leitungskräften



Den **Austausch im Team** und die **Suche nach gemeinsamen Lösungen** bewerten – bei insgesamt sehr hoher Bestätigung, dass dies am Arbeitsplatz gegeben sei – Leitungskräfte noch häufiger positiv als pädagogische Fachkräfte. Die **Anerkennung im Kollegenkreis** ist für über 93 Prozent der Leitungskräfte und Fachkräfte sowohl in der freien als auch in der öffentlichen Jugendhilfe vorhanden, annähernd genauso viele Fach- und Leitungskräfte sagen, dass auf **ihre Kolleginnen und Kollegen Verlass** sei. Der **Zusammenhalt in ihrer Einrichtung** wird von über 85 Prozent der Fach- und Leitungskräfte als gut bewertet. Ein **gutes Teamklima** stellt für die Mehrzahl der Fach- und Leitungskräfte eine wichtige Ressource dar.

Wenn das **Teamklima** jedoch **als schlecht** bewertet wird, erleben die Fach- und Leitungskräfte dieses als starke Belastung. Dadurch sinkt ihre Motivation und leistet einem möglichen Arbeitsplatzwechsel Vorschub. Als besondere Belastung werden hier Konflikte zwischen Teilzeitkräften und Vollzeitkräften sowie zwischen jüngeren und älteren Kolleginnen und Kollegen genannt, da jeweils durch die längere Anwesenheit bzw. die größere Berufserfahrung Hierarchien festgeschrieben würden.

Im Zusammenhang mit dem Teamklima wird auch die wachsende **Interdisziplinarität im Team** angesprochen. Der Austausch mit anderen Berufsgruppen wie Therapeuten und Therapeutinnen, Psychologen und Psychologinnen und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern erweitert auf der einen Seite das eigene Blickfeld, auch die eigene Befindlichkeit kann thematisiert werden. Auf der anderen Seite wird jedoch diese Interdisziplinarität auch als belastend empfunden, da es immer wieder zu Reibereien zwischen den Fachdisziplinen komme, so die Befragten. Zudem ergebe sich eine weitere organisatorische Herausforderung, da es gelte, die physio-, logo- und ergotherapeutischen Angebote bei der Planung zu berücksichtigen.

4.5 Gesellschaftliche Faktoren

Verantwortungsbereiche und Anforderungen an die Kindertageseinrichtungen scheinen ständig zu wachsen – die gesellschaftliche Anerkennung des Berufs folgt dieser Entwicklung jedoch (noch) nicht. „Die Kita soll neben der frühkindlichen Bildung, Erziehung und Betreuung der Mädchen und Jungen auch noch individuelle Förderung unter der Prämisse der sozialen Chancengleichheit verfolgen und zu den Eltern eine partnerschaftliche Beziehung aufbauen. Trotz dieser hohen Ansprüche wird vom pädagogischen Personal in Kindertagesstätten die allgemeine Wahrnehmung der Berufsgruppe in der Öffentlichkeit als bloßes „Beaufsichtigungspersonal“ und die damit einhergehende Geringschätzung der Profession beklagt. In diesem Zusammenhang bemängeln viele Erzieherinnen und Erzieher die Bezahlung pädagogischer Berufsgruppen in Kindertagesstätten, die von der Mehrzahl der Beschäftigten im Verhältnis zu Anforderungen und Verantwortung als zu gering angesehen wird“ (Thinschmidt, 2010a, S. 23).

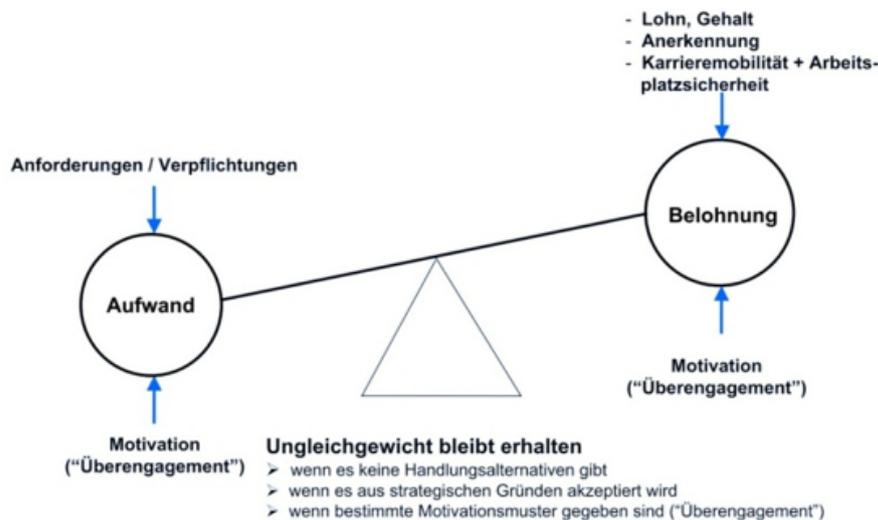
Der DGB-Index Gute Arbeit zeigt auf, dass sich die Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz und die Arbeits- und Einkommensbedingungen von pädagogischen Fachkräften am unteren Mittelmaß der Skala bewegen. „Insbesondere die vielfach fehlende Leistungs- und Bedürfnisgerechtigkeit des Einkommens und mangelnde berufliche Zukunftssicherheit belasten viele Erzieherinnen und Erzieher“ (Fuchs & Trischler, 2009, S. 3). Aufgrund niedriger Einkommen sowie ungewollter Teilzeittätigkeit arbeiten viele Erzieherinnen am Rande der Prekarität (Heß & Buchholz, 2009, S. 7).

Diese Punkte spiegeln sich in der vorliegenden Studie wieder: Insgesamt 64 Prozent der Fachkräfte und 83 Prozent der Leitungskräfte sind von einem Ungleichgewicht zwischen den beruflichen Anforderungen und deren Anerkennung, Entlohnung und Gratifikation – der sogenannten **Gratifikationskrise** (Siegrist, 1996, vgl. Peter, 2002) – betroffen.

Als berufliche Gratifikationskrise gilt, wenn die geforderte Verausgabung und die erfahrenen oder zu erwartenden Belohnungen wie Bezahlung, Wertschätzung, Aufstiegschancen etc. nicht im Gleichgewicht zueinander stehen. Eine solche Gratifikationskrise bedingt den sogenannten aktiven Distress, mit dem negative Emotionen und dauer-

hafte oder auch immer wiederkehrende zentralnervöse Aktivierungen einhergehen. Dies erhöht das Risiko für v. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depression oder Suchtneigung. Auch Schädigungen des Immunsystems, des Muskel-Skelett-Apparats oder des Magen-Darm-Trakts werden mit aktivem Distress in Verbindung gebracht (Peter, 2002). Verdeutlicht wird dieser Zusammenhang in der folgenden, vereinfachten Darstellung:

Abb. 22: Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Johannes Siegrist 1996)¹⁸



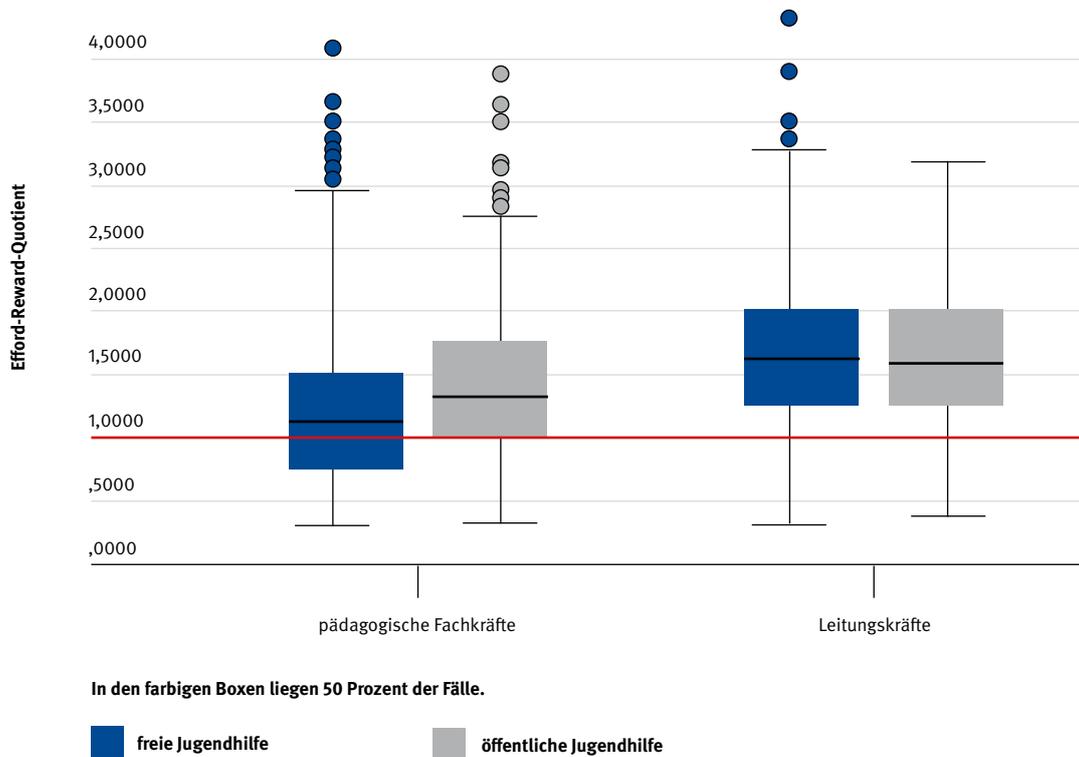
Es werden gesondert drei Bereiche erfasst: Anstrengung und Verausgabung (Anforderungen am Arbeitsplatz), Belohnung (Bezahlung, Wertschätzung durch Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzte) sowie Aufstiegsmöglichkeiten und Arbeitsplatzsicherheit. Aus den Antworten der Befragten in den Bereichen Anstrengung/Verausgabung und Belohnung wird der sogenannte Effort-Reward-Quotient berechnet, der als Indikator für eine berufliche Gratifikationskrise gilt, wenn er Werte größer als Eins annimmt. Bei Werten zwischen Null und Eins gilt das Verhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung als ausgeglichen.

78 Prozent der befragten Fach- und 83 Prozent der Führungskräfte stimmen der Aussage zu, dass die **Aufstiegschancen in ihrem Bereich schlecht** sind; belastet fühlen sich dadurch 42 Prozent der Fach- und 48 Prozent der Führungskräfte. 48 Prozent der Fach- und 59 Prozent der Führungskräfte stimmen der Aussage zu, dass sie eine **Verschlechterung ihrer Arbeitssituation** erwarten, was die meisten von ihnen z. T. stark belastet. 41 Prozent der Fachkräfte und 57 Prozent der Führungskräfte erleben die **erfahrene Anerkennung für ihre Leistungen und Anstrengungen als nicht angemessen**. Ein ähnlich hoher Prozentsatz bewertet die **Chancen für berufliches Fortkommen als unangemessen** niedrig. Ihr Gehalt bewerten nur 19 Prozent der Fach- und 13 Prozent der Führungskräfte als angemessen. Durch die **zu niedrige Bezahlung** sind insgesamt 71 Prozent der Fachkräfte und 74 Prozent der Führungskräfte belastet.

¹⁸ Abbildung verfügbar unter <http://www.burnout-stress-syndrom.de/html/erklarungsmodelle.html> (Zugriff am 30.10.2013).

Zusammengefasst: Lediglich 36 Prozent der pädagogischen Fachkräfte erleben die Anforderungen und Belohnungen ihrer beruflichen Tätigkeit im Gleichgewicht. Bei 64 Prozent liegt eine berufliche Gratifikationskrise in unterschiedlich starkem Ausmaß vor. Der Mittelwert über alle pädagogischen Fachkräfte liegt bei einem Effort-Reward-Quotienten von 1,32.

Abb. 23: Verteilung der Effort-Reward-Quotienten von Fach- und Leitungskräften



Bei den Leitungskräften findet sich ein noch stärker ausgeprägtes Ungleichgewicht: Insgesamt 83 Prozent der Leitungskräfte in Kindertagesstätten erleben eine berufliche Gratifikationskrise. Nur 17 Prozent der Leitungen erleben ihre Tätigkeit als ausgeglichen hinsichtlich dessen, was sie in diese hineingeben und was an sie zurückgegeben wird. Dabei weisen Leitungskräfte mit einem durchschnittlichen Effort-Reward-Quotienten von 1,75 auch einen höheren Wert auf als die stellvertretenden Leitungen mit einem durchschnittlichen Effort-Reward-Quotienten von 1,48. Die Werte für berufliche Gratifikationskrisen steigen mit zunehmendem Alter.

Kaltenbach (2008) bestätigt diese Problematik: Keine hinreichende Freistellung für Leitungsaufgaben, Teilzeitarbeitsverhältnisse sowie ein nicht adäquates berufliches Ausbildungsniveau hätten einen negativen Einfluss auf das gesundheitliche Wohlergehen, da sich darin auch die mangelnde Anerkennung des Berufs ausdrücke. Krause-Girth (2011) unterstreicht, dass die in der Regel hohe Arbeitszufriedenheit pädagogischer Fachkräfte mit einer „überwiegend kritischen Sicht auf die Rahmenbedingungen, wie die geringe gesellschaftliche Anerkennung, unangemessene Vergütung und vielfältige Belastungen“ (Krause-Girth, 2011, S. 3) einhergeht.

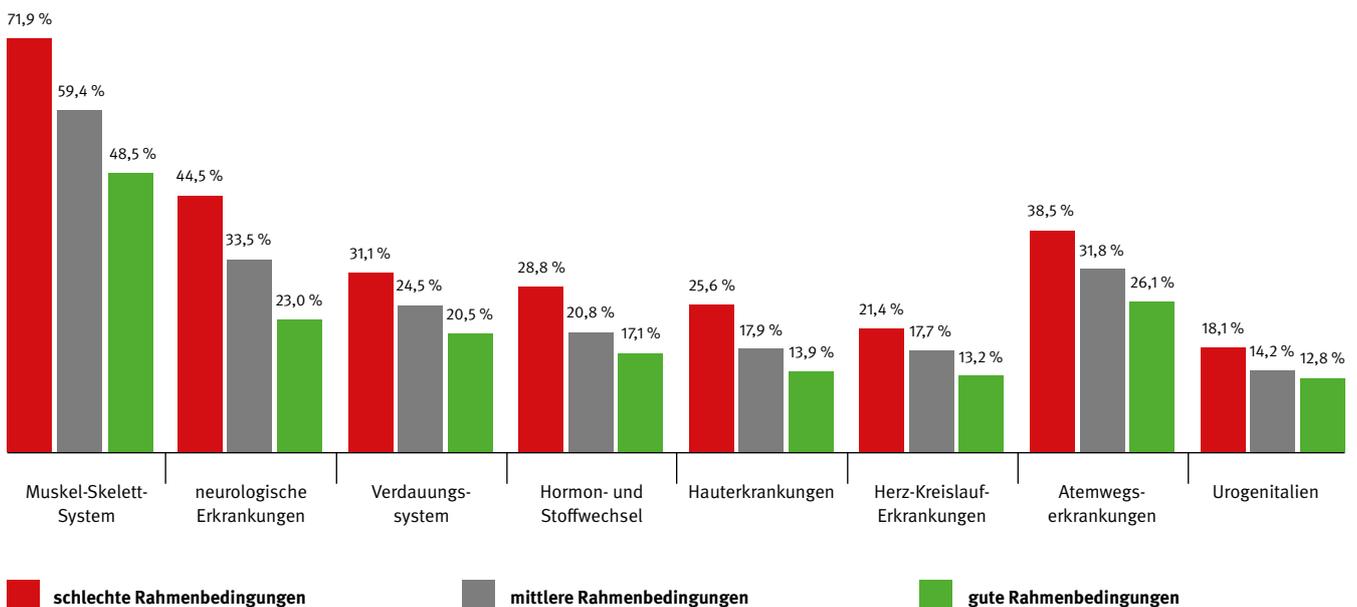
Der Bereich der **mangelnden beruflichen Anerkennung** hat sich als starker Risikofaktor für eine schlechtere Arbeitsfähigkeit und Gesundheit von pädagogischen Fach- und Leitungskräften gezeigt. Während die Anerkennung im unmittelbaren sozialen Kontext der Arbeit durch die Kinder, im Kollegenkreis und zumindest teilweise durch die Eltern meist stark ausgeprägt ist und eine Ressource darstellt, erfährt der Beruf eine sehr geringe gesellschaftliche Anerkennung. Dies zeige sich, so die Befragten in den vertiefenden Interviews, sowohl in der Sicht auf sie als „Betreuerinnen oder Spieltanten“ als auch in der zu niedrigen Bezahlung.

5 Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen und gesundheitlichen Belastungen

Stehen die strukturellen Rahmenbedingungen von Kindertageseinrichtungen tatsächlich in einem Zusammenhang mit dem Belastungserleben und der Gesundheit der dort tätigen Fachkräfte? Und wenn ja, welche Faktoren spielen dabei eine entscheidende Rolle?¹⁹

Die Studienergebnisse zeigen, dass Arbeitsbedingungen, Arbeitsfähigkeit und Gesundheit von pädagogischen Fach- und Leitungskräften in einem Wechselverhältnis stehen: Schlechte strukturelle Rahmenbedingungen wie zu wenig Zeit, räumliche, finanzielle und personelle Ausstattungsmängel, geringe Arbeitsplatzsicherheit, keine regelmäßigen Pausen, kein Überstundenausgleich und fehlende Einrichtungsbesprechungen werden als Belastungen erlebt und erhöhen das Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen (siehe Abb. 24).

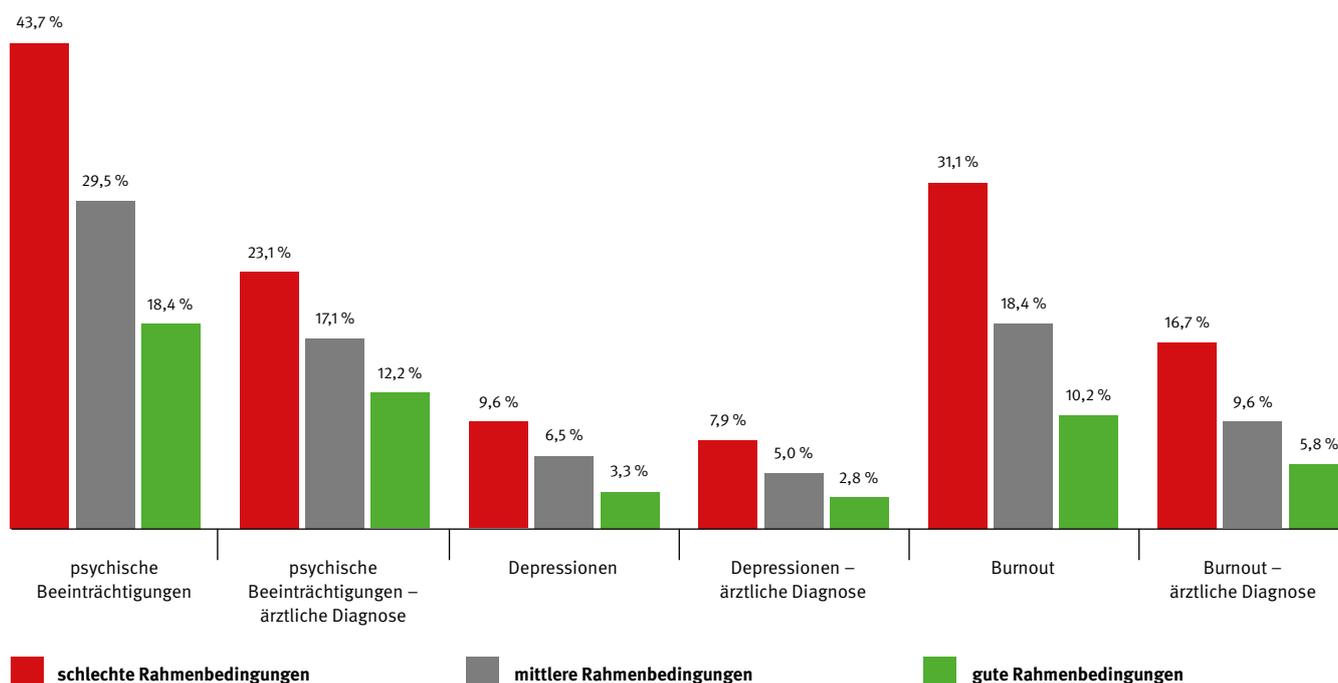
Abb. 24: 12-Monats-Prävalenzvergleich verschiedener körperlicher Erkrankungen von Beschäftigten mit schlechten, mittleren und guten strukturellen Rahmenbedingungen



Die Zusammenhänge zwischen strukturellen Rahmenbedingungen, der Gesundheit und dem Wohlbefinden von pädagogischen Fach- und Leitungskräften sind vielfältig: So bewerten Fach- und Leitungskräfte mit schlechten strukturellen Rahmenbedingungen ihre Gesundheit als schlechter, haben mehr körperliche Krankheiten und psychische Störungen, sowohl mit eigener als auch ärztlicher Diagnose und unabhängig von ihrem Alter. Ihr psychisches Befinden ist schlechter und sie weisen häufiger dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen auf (siehe Abb. 25). Zudem steigt mit schlechteren strukturellen Rahmenbedingungen das Ausmaß beruflicher Gratifikationskrisen.

¹⁹ Die Auswertung der Antworten auf diese Frage erfolgte auf der Grundlage eines Indexes mit 13 Merkmalen zur räumlich-materiellen und personellen Strukturqualität, z. B. Gruppengröße/Gruppenorganisation, Erzieher-Kind-Schlüssel sowie Qualifikation des Personals (0-5 Punkte = schlechte Rahmenbedingungen; 6-9 Punkte = mittlere Rahmenbedingungen; 10-13 Punkte = gute Rahmenbedingungen).

Abb. 25: 12-Monats-Prävalenzvergleich psychischer Beeinträchtigungen (mit und ohne ärztliche Diagnose) von Beschäftigten mit schlechten, mittleren und guten strukturellen Rahmenbedingungen



Das Risiko für eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit ist bei Fachkräften mit schlechten Rahmenbedingungen um das 2,0-fache und bei Führungskräften mit schlechten Rahmenbedingungen um das 2,5-fache im Vergleich zu Kolleginnen und Kollegen mit guten Rahmenbedingungen erhöht. Selbst mittlere Rahmenbedingungen schränken die Arbeitsfähigkeit der Fachkräfte ein: Sie erhöhen deren Risiko für eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit um ebenfalls fast das Doppelte (1,9-fach erhöhtes Risiko). Bei den Führungskräften ist kein Unterschied zwischen guten und mittleren Rahmenbedingungen erkennbar.

Außerdem steigt das Risiko von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der offenen Gruppenarbeit, für Erst- und Zweitkräfte, während einer berufsbegleitenden Weiterbildung und bei körperlich anstrengender Arbeit sowie aufgrund von Überstunden. Zusätzlich erhöhen persönliche Faktoren wie bestimmte Erlebens- und Verarbeitungsmuster, höheres Alter, Übergewicht/Adipositas, private Belastung und Rauchen die Risiken von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und damit einer schlechten Arbeitsfähigkeit.

Es finden sich aber auch Schutzfaktoren, die die Arbeitsfähigkeit nachweislich stärken: Diese liegen in einem guten Teamklima, häufiger Bewegung bei der Arbeit und einem adäquaten Verhältnis zwischen Anforderungen und Belohnungen. Ebenso stehen soziale Unterstützung und regelmäßiger Sport in einem protektiven Zusammenhang.

Bei den Führungskräften ist neben schlechten strukturellen Rahmenbedingungen eine höhere Wochenarbeitszeit als risikohöhernd für eine geringe oder mittlere Arbeitsfähigkeit anzusehen, während ein hohes Maß an Handlungsspielraum sowie ein adäquates Verhältnis zwischen Anforderungen und Gratifikationen in einem protektiven Zusammenhang stehen. An persönlichen Aspekten sind der Grad an privater Belastung sowie das Alter der Führungskraft relevant.

Die Ergebnisse zeigen, dass bestimmte Gruppen besonders belastet sind und Gefahr laufen, Einschränkungen ihrer Gesundheit und/oder Arbeitsfähigkeit zu erleben. Dazu gehören pädagogische Fach- und Führungskräfte, die

- a) unter schlechten strukturellen Rahmenbedingungen arbeiten
- b) besondere Funktionen ausüben, z. B. Führungskräfte, pädagogische Fachkräfte in der offenen Gruppenarbeit und pädagogische Fachkräfte mit Hochschulabschluss
- c) arbeitsbezogene Belastungsfaktoren aufweisen, indem sie z. B. Kinder mit Förderbedarf betreuen oder sich in einer Weiterbildung befinden
- d) persönliche Risikofaktoren mitbringen, wie z. B. ein höheres Alter, schwere private Belastungen oder bestimmte arbeitsbezogene Erlebens- und Verhaltensmuster.

6 Betriebliches Gesundheitsmanagement in Kindertageseinrichtungen

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) wird als Synthese aus betrieblicher Gesundheitsförderung und betrieblichem Arbeits- und Gesundheitsschutz verstanden (Slesina & Bohley, 2011). Ein wesentlicher Bestandteil ist die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen mit dem Ziel, die Gesundheitspotenziale der Beteiligten zu stärken und die Gesundheitsrisiken zu reduzieren. Dies soll durch eine Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie den Arbeits- und Gesundheitsschutz erreicht werden (Badura u. a., 2010).

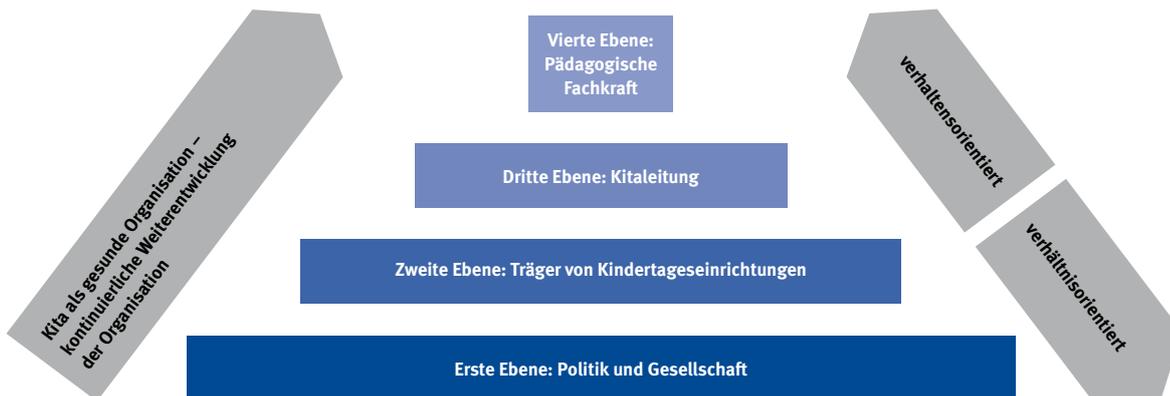
Betriebliches Gesundheitsmanagement beinhaltet ein kontinuierliches und systematisches Vorgehen und ist als ein dauerhafter Veränderungsprozess im Sinne einer „Lernenden Organisation“ zu verstehen. In diesem Organisationsentwicklungsprozess sind die gesamte Kindertageseinrichtung, das Einrichtungsumfeld, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie deren Arbeitssituation und Arbeitsbedingungen inkludiert. Da die Arbeitsbedingungen in einem Wechselverhältnis zu der Gesundheit von pädagogischen Fach- und Leitungskräften stehen, wird neben der Verhaltensprävention besonderer Wert auf Maßnahmen zur Verhältnisprävention gelegt. Dabei geht es um die Veränderung gesellschaftlicher Strukturen und die Gestaltung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen, sodass Gesundheitsgefahren minimiert werden.

6.1 Interventionsebenen und Akteure

Für die Entwicklung konkreter Eckpunkte eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Kindertageseinrichtungen werden die verschiedenen Interventionsebenen und Akteure des BGM sowie die Zielgruppen benannt und voneinander abgegrenzt: Zum einen sind Politik und Träger entscheidende Adressaten für die verantwortliche Umsetzung diverser Eckpunkte einer gesunden Kita. Sie sind verantwortlich für die Verfügbarkeit finanzieller Mittel und personeller Ressourcen. Da sich Gesundheit und Wohlbefinden der Fach- und Leitungskräfte aus einem Zusammenspiel struktureller, organisationaler und individueller Faktoren ergeben, ist die Kooperation und Mitarbeit der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit und ohne Leitungsverantwortung ebenfalls von hoher Relevanz (siehe Abb. 26).

Im Folgenden werden zunächst für die einzelnen Interventionsebenen Maßnahmen und Möglichkeiten für individuelle und organisatorische Veränderungen aufgezeigt, um die ermittelten Gesundheitsrisiken der pädagogischen Fach- und Leitungskräfte zu minimieren und ihre Gesundheitspotenziale zu optimieren. Anschließend werden 12 konzeptionelle Eckpunkte für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement im Setting „Kindertageseinrichtung“ beschrieben.

Abb. 26: Interventionsebenen für Betriebliches Gesundheitsmanagement in Kindertageseinrichtungen



6.1.1 Erste Ebene: Politik und Gesellschaft

Durch die gesellschaftlichen und politischen Veränderungen in der Kita-Landschaft von Nordrhein-Westfalen (z. B. durch das Kinderbildungsgesetz KiBiz, die Einführung der Bildungsvereinbarung oder den Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz für Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr) wurde einerseits die Professionalisierung elementarpädagogischer Arbeit forciert, andererseits haben sich die Arbeitsbedingungen geändert und das Anforderungsprofil der pädagogischen Fach- und Leitungskräfte ist umfangreicher und komplexer geworden. Ein notwendiger Schritt, um der veränderten Situation zu begegnen, liegt in der kompetenzorientierten Weiterbildung und im weiteren Ausbau der akademischen Ausbildung von pädagogischen Fach- und Leitungskräften, denn professionelles Wissen und die Arbeit auf der Basis eines pädagogischen Konzeptes wirken sich gesundheitsfördernd auf die pädagogischen Fachkräfte aus. Die Politik trägt Verantwortung für die fortschreitende Professionalisierung des Erzieherberufs und müsste neben dem weiteren Ausbau der Akademisierung auch die verbindliche Implementierung gesundheitswissenschaftlicher Inhalte in der Aus- und Weiterbildung vorantreiben. Auf einer bildungspolitischen Ebene herrscht seit PISA Einigkeit, dass finanzielle Ressourcen im Elementarbereich bereitgestellt werden müssen, z. B. durch zusätzliche Investitionsleistungen für die Träger der Kitas, durch die Bereitstellung von Forschungsmitteln und eine stärkere Förderung von Modellprojekten. Ein weiterer politischer Schritt liegt in der „Entfeminisierung“ des Erzieherberufes, z. B. durch die Förderung von Projekten, die den Beruf auch für Männer attraktiv(er) machen oder in denen die Leistung und Effizienz von pädagogischen Fach- und Leitungskräften evident wird.

Ebenso zeigt sich, dass den Fachkräften, die sich gut ausgebildet fühlen, die gesellschaftliche Anerkennung fehlt. Neben der fortschreitenden Akademisierung des Berufs muss sich die gesellschaftliche Aufwertung dringend in angemessener Entlohnung niederschlagen. Ein politisches Signal müsste auf jeden Fall in die Neuberechnung des Personalschlüssels gehen, der sich nicht nur an Gruppengrößen, Alter und Anzahl der zu betreuenden Kinder orientieren kann, sondern mittelbare Arbeiten sowie die durch Fehlzeiten des Personals zu kompensierende Mehrarbeit einbeziehen müsste. Auch

die Installierung von Springerkräften müsste unterstützt und ggf. mit Anreizsystemen (wie z. B. bei Lehrkräften im Schulsystem) versehen werden. Ein weiteres politisches Ziel liegt in der Gründung eines berufsständischen Länderverbandes als Plattform der Berufsgruppe.

Die aufgezeigten Zusammenhänge von Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand der pädagogischen Fach- und Leitungskräfte werfen ein neues Licht auf die Effektivität und Effizienz von Investitionen in den Bereich frühkindlicher Bildung, Erziehung und Betreuung: Neben pädagogischen und bildungspolitischen Argumentationen, die eine bessere Qualifikation und personelle Ausstattung von Kindertageseinrichtungen nahelegen, muss auch eine volks- und betriebswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Rechnung erfolgen, die die durch schlechte Rahmenbedingungen ausgelösten Krankheits- und Personalausfallkosten für Gesundheitssystem und Betriebe beziffert und in Relation zu ggf. erhöhten Investitionen stellt.

Das Untersuchungsfeld der Studie bewegt sich auf dem Grat zwischen Bildung und Gesundheit, so dass eine stärker interdisziplinär angelegte Sichtweise auf das Problemfeld dringend empfohlen wird. Gute Anknüpfungspunkte bietet hier das NRW-Landesprogramm „Bildung und Gesundheit“ (BuG), dessen explizites Ziel die Förderung der Gesundheitspotenziale aller Akteure in Kitas ist, das aber bislang primär die Kinder in den Mittelpunkt gesundheitsfördernder Aktivitäten setzt. Auf einer gesundheitspolitischen Ebene müsste zudem die Umsetzung eines Präventionsgesetzes vorangetrieben werden, das Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung stärkt.

6.1.2 Zweite Ebene: Träger der Einrichtungen

Kindertageseinrichtungen werden in Deutschland in öffentlicher und freier Trägerschaft betrieben. Die Trägerlandschaft ist vielfältig. Träger sind verantwortlich für die Betriebsführung der Einrichtung, die Bereitstellung von Personal und finanziellen Mitteln; ihnen obliegen die Setzung pädagogischer Schwerpunkte und die fachliche Aufsicht. Träger haben je nach Finanzierungsrichtlinien und Abrechnungsmodalitäten der Länder und Kommunen unterschiedlich ausgestattete Budgets und Entscheidungsspielräume. Dennoch stehen sie in der Verantwortung dafür, die Bedingungen, unter denen die pädagogische Arbeit in ihren Einrichtungen geleistet wird, so zu gestalten, dass sie eine gute Prozessqualität befördern und von Fachkräften nicht als belastend, sondern als unterstützend erlebt werden.

Als zentral für das Belastungserleben und den Gesundheitsstatus der Fachkräfte haben sich in dieser Studie die strukturellen Rahmenbedingungen herausgestellt. Träger sollten nicht nur dafür sorgen, dass der gesetzlich vorgegebene Erzieher-Kind-Schlüssel eingehalten wird. Sie sollten auch verbindliche Zeiten für die sogenannte mittelbare pädagogische Arbeit festlegen, die so ausgestaltet sind, dass die von den Fachkräften erwarteten Aufgaben (Dokumentationen, Entwicklungsgespräche, Teamsitzungen, Kooperationen mit Grundschulen u. v. m.) in dieser Zeit bewältigt werden können. Ebenso Stress reduzierend wirken klare Pausen- und Überstundenregelungen. Flexibel einsetzbare, gruppenübergreifende Fachkräfte (Springer) sind entlastend, wenn durch Urlaub, Krankheit oder Fortbildung das reguläre Personal nicht vollständig anwesend sein kann. Zur Gewährleistung der Arbeitsplatzsicherheit sollten Verträge möglichst unbefristet sein.

Bei Neubau- oder Umbau- bzw. Modernisierungsmaßnahmen sind unter der Perspektive eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ausreichend Gruppen- bzw. pädagogische Arbeitsräume, ein separater, nicht anderweitig genutzter Pausen- und Rückzugsraum für die Fachkräfte und bauliche Lärmschutzmaßnahmen von Bedeutung. Erwachsenengerechte Tische für Dokumentations- und Schreibaarbeiten, rückschonende Stühle für die pädagogischen Fachkräfte sowie Ausstattungsdetails, die schweres Heben verringern (Wickelbereiche mit Treppen für die Kinder, rollbare Tische und Raumteiler usw.), sind weitere trägerseitige Maßnahmen, die zu einer gesundheitsfördernden Arbeitsumgebung beitragen.

Ein besonderes Augenmerk sollten Träger auf spezifische Zielgruppen legen, v. a. auf ältere Beschäftigte und Leitungskräfte. Mit steigendem Alter sinkt die Arbeitsfähigkeit bei Fachkräften im Gruppendienst – eine extreme Risikogruppe stellen die älteren Fachkräfte ab 55 Jahren dar. Hier besteht eine große trägerseitige Herausforderung darin, flexible Arbeitszeitmodelle und Aufgabenzuschnitte zu finden. Auch Leitungskräfte sind vielfältig belastet. Hier sind Träger gefordert, Leitungskräfte in angemessenem Umfang für Leitungstätigkeiten von der pädagogischen Gruppenarbeit freizustellen und für entsprechenden personellen Ersatz zu sorgen, aber auch ggf. neue, kreative Wege zu erproben (beispielsweise den Einsatz von zwei Leitungskräften, die in Teilzeit arbeiten), um die Arbeitsfähigkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Führungspositionen langfristig zu erhalten und zu stärken.

Träger haben zum einen für eine Minimierung der Risiken zu sorgen und deshalb die regelmäßige Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen in den Einrichtungen zu gewährleisten. Sie können zum anderen durch das Angebot primärpräventiver verhaltensorientierter BGM-Maßnahmen (z. B. Stressmanagement, Rückenschulen) und durch die Installation von Gesundheitszirkeln zur Gesundheitsförderung ihrer Mitarbeiterinnen beitragen. Hier liegt ein wichtiges ausbaufähiges Interventionsgebiet.

Pädagogische Fach- und Leitungskräfte empfinden eine gute Teamatmosphäre und einen gegebenen Handlungs- und Entscheidungsspielraum als große Ressourcen im Arbeitsalltag. Träger können diese Ressourcen durch die Delegation von Kompetenzen und Verantwortung, z. B. für die Verwendung des einrichtungsbezogenen Sachmittelbudgets und die Auswahl neuer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, unterstützen, ohne finanzielle Investitionen tätigen zu müssen.

Ebenso entscheidend sind die Organisationsstrukturen, Führungsprinzipien und der Kommunikationsstil des Trägers selbst. Der Träger ist für das fachliche Rahmenkonzept und die Formulierung der wesentlichen trägerspezifischen Schwerpunkte verantwortlich, innerhalb derer den einzelnen Einrichtungen eine hohe Autonomie in der Ausgestaltung der eigenen Konzeption und Arbeitsorganisation zugestanden werden sollte. Notwendige Trägerentscheidungen sollten ebenso wie Erwartungen bzgl. ihrer operativen Umsetzung begründet und transparent kommuniziert werden. Der sich in den Daten deutlich spiegelnde Gratifikationskrise, die entsteht, weil hohe Einsatzbereitschaft aus der Perspektive der Betroffenen nicht angemessen wertgeschätzt und entlohnt wird, kann durch trägerseitige Aktivitäten und Maßnahmen zumindest teilweise begegnet werden. Hierzu gehört, dass Träger eine Kultur der Anerkennung pflegen, die sich in der Kommunikation und in besonderen Veranstaltungen (Feiern, Fachtagungen) ebenso wie in konkreten Gratifikationen, z. B. durch ein trägerinternes Aufstiegssystem, manifestiert.

Nicht zuletzt können Träger durch eine gezielte und nachhaltige Qualifikationsstrategie dazu beitragen, dass sich Fach- und Leitungskräfte ihren Aufgaben fachlich gewachsen fühlen und sich als kompetent und selbstwirksam erleben (vgl. Hoffmann-Stuernagel & Gigout, 2002). Dies ist vor allem für Leitungskräfte wichtig, die oftmals Aufgabengebiete im Bereich des Managements und der Mitarbeiterführung übernehmen, für die sie im Rahmen ihrer Erzieherinnenausbildung nicht qualifiziert wurden. Ergänzend zur Ermöglichung individueller Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sollten Träger auch die teamspezifischen Entwicklungsprozesse stärker als bisher durch Supervision, Fachberatung und/oder längere In-House-Weiterbildungen des gesamten Teams unterstützen.

6.1.3 Dritte Ebene: Kitaleitung in ihrer Funktion als Einrichtungsleitung

Einrichtungsleitungen agieren an der Schnittstelle von Trägervorgaben und konkretem Arbeitsalltag in den Einrichtungen. Sie übernehmen Verantwortung für das Management und die organisatorischen Abläufe ebenso wie für die pädagogische Profilbildung und konzeptionelle Weiterentwicklung ihrer Einrichtung sowie für Personalführung und Teamentwicklung. Ergänzt um konkrete Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung stehen alle diese Aufgaben auch in einem direkten oder indirekten Zusammenhang mit der Etablierung eines gesundheitsförderlichen Arbeitsumfelds. Eine Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen, denen ein starker Zusammenhang mit der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit des Personals nachgewiesen werden konnte, liegt zwar nicht direkt, jedoch durchaus mittelbar auch im Verantwortungsbereich von Einrichtungsleitungen. Hier konnten drei wichtige Ansatzpunkte identifiziert werden.

Der erste Ansatzpunkt liegt in der Klarheit und Transparenz der Arbeitsorganisation. Hier geht es darum, eine sinnvolle Arbeitsstruktur über eine schriftlich niedergelegte, partizipative Dienstplanung ebenso wie durch regelmäßige moderierte Teambesprechungen, klare Zuständigkeitsbereiche und Verantwortlichkeiten sowie transparente Informationswege zu etablieren. Der zweite Ansatzpunkt besteht darin, die vorhandenen Räumlichkeiten und ihre Nutzung einer kritischen Analyse zu unterziehen und ggf. Veränderungen zu erproben. In diesem Zusammenhang ist auch die Entwicklung hin zu teiloffener oder offener Arbeit mit Funktionsräumen zu bedenken. Priorität sollte die Schaffung eines angenehmen und störungsfreien Pausen- bzw. Rückzugsbereichs für die Beschäftigten haben.

Der dritte Ansatzpunkt liegt darin, dass Einrichtungsleitungen mit ihren Teams darauf hinarbeiten, ein von allen geteiltes und getragenes pädagogisches Profil, einen „pädagogischen Wertekern“ (vgl. Viernickel u. a., 2013), zu entwickeln, der die Vorgaben aus Bildungsplänen oder Qualitätshandbüchern berücksichtigt, ohne diese als einzige Richtschnur zu betrachten. Hiervon ausgehend können und müssen begründete Entscheidungen darüber getroffen werden, welche Anforderungen und Aufgaben unter den gegebenen Rahmenbedingungen verbindlich umgesetzt werden, aber auch darüber, welche in den Hintergrund treten müssen, weil sie im Kontext des eigenen Profils keine Priorität haben und/oder aus Zeit- und Personalmangel nicht realisierbar sind. Eine solche Herangehensweise, die Rahmenbedingungen, Anforderungen und konzeptionelle bzw. pädagogische Ziele in eine Balance zu bringen sucht, führt zu einer Rückeroberung von „Zeitsouveränität“ und damit zu einer Entlastung von allzu hohen fremden und eigenen Leistungsansprüchen.

Für pädagogische Fachkräfte wirken insbesondere die wahrgenommene Anerkennung ihrer Leistungen und ihres Engagements und das erlebte Teamklima als gesundheitsfördernde, die Arbeitsfähigkeit erhaltende Ressourcen. Hier liegen wichtige Gestaltungsaufgaben für die Einrichtungsleitungen. Ansatzpunkte sind u. a. die Klärung des eigenen Führungsstils und -verhaltens und die Etablierung einer Führungs- und Teamkultur, die von Anerkennung und Wertschätzung geprägt ist. Trotz verdichteter Arbeitsanforderungen sollten Leitungskräfte darauf hinarbeiten, allen Mitarbeiterinnen gemäß ihrer Kompetenzen möglichst hohe Autonomie und Handlungsspielräume zu gewähren und Entscheidungen ebenso wie Veränderungsprozesse partizipativ zu gestalten.

Parallel dazu sind gezielte Personalentwicklungsmaßnahmen ein notwendiges Element eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, da hierdurch die beruflichen Kompetenzen der Beschäftigten gestärkt und vorhandene Kompetenzen und Zusatzqualifikationen systematisch zur Weiterentwicklung der pädagogischen Arbeit nutzbar gemacht werden können. Dazu gehören u. a. regelmäßige Gespräche mit Zielvereinbarungen, die Sicherstellung einer systematischen Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, regelmäßige Rückmeldungen und Personalbeurteilungen, die auf festgelegten und transparenten Zielen der Qualitätsentwicklung beruhen, die übergreifende Erfassung von Fortbildungsbedarfen und das Bereitstellen geeigneter Angebote. Beratungsformate wie In-House-Fortbildungen, externe Supervision oder kollegiale Intervention sollten bei Bedarf temporär oder dauerhaft installiert werden.

Konkrete präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen, deren Initiierung und Umsetzung von Leitung und Team verantwortet werden, sind z. B. Projekttag für das Team zu gesundheitsbezogenen Themen, die Organisation von Sportzirkeln (Betriebs-sport), die Analyse und Reorganisation von Räumen und ihrer Nutzung u. a. m.. Welche Maßnahmen in einzelnen Einrichtungen zielführend und umsetzbar sind, kann dabei nicht allgemein, sondern nur individuell beantwortet werden.

6.1.4 Vierte Ebene: Pädagogische Fachkraft und Leitungskraft als Personen

Gesundheit und Wohlbefinden der pädagogischen Fach- und Leitungskräfte ergeben sich aus dem Zusammenspiel struktureller, organisationaler und persönlicher Faktoren. Neben den aufgeführten strukturell-organisationalen Interventionen sollen auf dieser Ebene persönliche Faktoren und das gesundheitsfördernde Verhalten der pädagogischen Fachkräfte fokussiert werden.

Pädagogische Fach- und Leitungskräfte tragen in Kindertageseinrichtungen die Verantwortung für Betreuungs-, Bildungs- und Erziehungsprozesse der Kinder ebenso wie für die fachliche Profilierung und Weiterentwicklung der Einrichtung. Ihnen obliegt die fachliche und organisatorische Planung und Gestaltung der Arbeit und sie arbeiten verantwortlich mit Träger, Eltern und Team zusammen. Wichtige Voraussetzung für eine gesundheitsfördernde Bewältigung dieser Arbeitsaufgaben ist eine qualifizierte Ausbildung: Fach- und Leitungskräfte, die sich als gut ausgebildet erleben, verfügen häufiger über eine gute oder hohe Arbeitsfähigkeit. Die Ausbildung sollte auch die Qualifizierung für neue Aufgaben im Bereich der mittelbaren pädagogischen Arbeit sowie für Aspekte des Zeitmanagements beinhalten.

Konkrete Maßnahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements sollten an zwei Punkten ansetzen: Erstens sollte das Gesundheitsverhalten der pädagogischen Fach-

kräfte nicht mehr auf die Vorbildfunktion für die Kinder reduziert werden, sondern die Beschäftigten sollten zu Expertinnen ihrer eigenen Gesundheit avancieren und diese aktiv und eigenverantwortlich in die Hand nehmen. Der zweite Anknüpfungspunkt beinhaltet die für den Beruf identifizierten Schutzfaktoren.

Ersteres setzt an der Frage an „Was kann ich selbst (am Arbeitsplatz und in der Freizeit) für meine Gesundheit tun?“. Im Mittelpunkt steht hier in Anlehnung an eine der WHO-Handlungsstrategien für Gesundheitsförderung ein auf Empowerment basierendes Verhalten, wonach Gesundheit u. a. dadurch entsteht, dass Menschen in der Lage sind, für sich selbst und andere zu sorgen. Für die pädagogischen Fachkräfte hieße dies, eine eigenverantwortliche und aktive Gestaltung ihrer Handlungsspielräume auf- und auszubauen. Diese kann ergonomisches Verhalten (z. B. dynamisches Sitzen, rückenfreundliches Heben und Tragen) gleichermaßen beinhalten wie ein Zeitmanagement z. B. zum Einhalten von Pausenzeiten oder die Entwicklung von Stressbewältigungsstrategien. Im Mittelpunkt steht immer das Eintreten für die eigenen Belange.

Der Einsatz für berufliche Interessen muss seitens der pädagogischen Fach- und Leitungskräfte auch sehr viel offensiver als bisher in politisch wirksame Vernetzungsaktivitäten münden. Diese stecken in NRW – im Vergleich zu anderen Bundesländern – noch in den Kinderschuhen. Mögliche Wege könnten z. B. die Bildung einer „Volksinitiative“ als Mittel der direktiven Demokratie sein, wodurch der Landtag im Rahmen einer verfassungsmäßigen Zuständigkeit verpflichtet würde, sich mit den Forderungen (z. B. nach einem besseren Personalschlüssel) auseinanderzusetzen. Eine weitere Möglichkeit liegt in der Gründung von Mitarbeiter-Vertretungs-Verbänden, wie es sie in anderen Bundesländern (z. B. Niedersachsen) gibt.

Der zweite Punkt setzt an den Schutzfaktoren der pädagogischen Fach- und Leitungskräfte an: Dazu gehören z. B. personale und körperliche Ressourcen. So konnten Bewegung am Arbeitsplatz sowie ein hohes Ausmaß an sportlicher Betätigung in der Freizeit, Nichtraucher und Normalgewicht als Ressourcen für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter identifiziert werden. Diese Faktoren gilt es zu unterstützen und auszubauen. Als weitere Schutzfaktoren wurden insbesondere Kommunikation, Teamklima und Handlungsspielraum am Arbeitsplatz ermittelt. Kommunikationsstrukturen wie z. B. regelmäßige Teamsitzungen, ein von Anerkennung und Vertrauen geprägtes Einrichtungsklima und ein konstruktiver Umgang mit Unterschiedlichkeiten sind Faktoren, die von den pädagogischen Fach- und Leitungskräften mitgestaltet werden können. Ein Betriebliches Gesundheitsmanagement müsste an den partizipatorischen Möglichkeiten der beteiligten pädagogischen Fach- und Leitungskräfte mit Blick auf mögliche Handlungsspielräume, Verantwortlichkeiten, aber auch auf Interessen und Fähigkeiten ansetzen.

7 Zwölf konzeptionelle Eckpunkte für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement in Kindertageseinrichtungen

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) in Kitas verfolgt das Ziel, die Strukturen und Prozesse der Organisation so zu steuern und zu entwickeln, dass die Arbeit und deren Bewältigung ressourcenerhaltend und gesundheitsförderlich gestaltet werden können. Im Folgenden werden 12 Eckpunkte für ein BGM in Kindertagesstätten vorgestellt, die aus den Untersuchungsergebnissen entwickelt wurden. Die Eckpunkte werden jeweils skizziert und anschließend in tabellarischer Kurzform mit konkreten Maßnahmen gefüllt, die an den Interventionsebenen Politik und Gesellschaft, Träger, Leitung und pädagogische Fachkraft ansetzen. Die Eckpunkte- und Maßnahmensammlung versteht sich als generelle Orientierung für Kindertageseinrichtungen auf dem Weg zur gesundheitsfördernden Organisation. Für die konkrete Umsetzung bedarf es einer individuellen Analyse der Bedingungen und Zielgruppen vor Ort (vgl. Kap. 8).

7.1 Personalschlüssel und Fachkraft-Kind-Relation

Trotz zahlreicher Umstrukturierungen in Kindertageseinrichtungen scheint nach wie vor keine angemessene Anpassung der strukturellen Rahmenbedingungen erfolgt zu sein. Als besonders bedeutsame Stellschrauben erweisen sich hierbei der Personalschlüssel und, davon abhängig, die Fachkraft-Kind-Relation. Sie beeinflussen nicht nur die Qualität der pädagogischen Prozesse in den Kindertageseinrichtungen, sondern stehen auch in substantiellem Zusammenhang mit dem Belastungserleben, der Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit der Fach- und Leitungskräfte. Selbst bei einem (rechnerisch) guten Personalschlüssel steht häufig nicht genug Zeit für die zu leistenden Aufgaben zur Verfügung, weil täglich Kolleginnen und Kollegen aufgrund von Urlaub, Krankheit sowie Fort- und Weiterbildungen fehlen und weil sehr viele Aufgaben im Bereich der mittelbaren pädagogischen Arbeit anfallen, die die Zeit für den direkten Kontakt mit den Kindern substantiell und regelmäßig verringern.

Ziel: Anpassung der Fachkraft-Kind-Relation in der pädagogischen Praxis an wissenschaftlich empfohlene Standards

Zielgruppen	pädagogische Fachkräfte
Interventionsebene Politik und Gesellschaft	gesetzliche Neuregelung des Personalschlüssels unter Berücksichtigung der Zeiten für mittelbare pädagogische Arbeit und Ausfallzeiten
Interventionsebene Träger	Monitoring von Personaleinsatz und Fachkraft-Kind-Relation Beschäftigung von Springerkräften Verankerung von mittelbaren pädagogischen Arbeitszeiten im Arbeitsvertrag
Interventionsebene Einrichtungsleitung als Funktion	Koordination der Springerkräfte Vernetzung mit anderen Einrichtungen vor Ort Abstimmung von Personaleinsatz und Dienstplänen mit Anwesenheitsmuster der Kinder gezielte Steuerung von Aufgaben, die mittelbare pädagogische Arbeitszeit erfordern
Interventionsebene Fachkräfte und Leitungskräfte als Personen	häufige und gezielte Ansprache von wenigen Kindern

Daher sind Interventionen bzw. Maßnahmen, die auf die Verbesserung des Personalschlüssels und auf eine Verbesserung und Stabilisierung der Fachkraft-Kind-Relation zielen, von großer Bedeutung. Der Personalschlüssel sollte an wissenschaftliche Standards angepasst werden. Zu berücksichtigen sind hierbei sowohl die Altersstruktur der Kindergruppe als auch der Einbezug von Zeitkontingenten für die mittelbare pädagogische Arbeit und für Ausfallzeiten durch Krankheit, Urlaub, Fortbildung u. a.. Die Personaleinsatzplanung sollte sich an dem Anwesenheitsmuster der Kinder orientieren. Nicht planbare personelle Engpässe sollten durch flexibel einsetzbare Vertretungs- oder Springerkräfte abgedeckt werden können.

7.2 Gruppengröße und Gruppenorganisation

Die Gruppengröße und – damit verbunden – die Gruppenorganisationsform kann ein belastender Faktor oder eine Ressource sein. Fachkräfte, die in offener Arbeit tätig sind, haben ein etwa doppelt so hohes Risiko, über keine gute Arbeitsfähigkeit zu verfügen, als Fachkräfte, die in geschlossener Gruppenarbeit oder in teiloffenen Organisationsformen arbeiten. Entscheidet sich ein Team oder ein Träger dafür, sich konzeptionell in Richtung „offene Arbeit“ weiterzuentwickeln, beinhaltet dies eine umfassende Restrukturierung der pädagogischen Arbeit, verbunden mit einer (erneuten) Klärung von pädagogischen Orientierungen und Zielen. Wird der Prozess der Öffnung forciert und/oder initiiert, ohne dass Teams und Fachkräfte auf ausreichende fachliche Begleitung und Beratung zurückgreifen können, erhöht dies das Risiko, dass pädagogische Fachkräfte überfordert sind und mit Verunsicherung, Widerstand und gesundheitlichen Problemen reagieren.

Die Arbeit in großen Gruppen bzw. offenen Gruppenformen erfordert generell einen weitaus höheren Koordinationsaufwand als die in kleineren bzw. festen Gruppen sowie eine höhere Kooperationsbereitschaft und einen funktionierenden Kommunikationsfluss. Entsprechende Teamentwicklungsprozesse müssen antizipiert, geleitet bzw. begleitet werden. Auch hier können externe Unterstützungsmaßnahmen wie z. B. Supervision entlastend wirken.

Ziel: Einrichtung und Monitoring fachlich begründeter Gruppengrößen und -organisationsformen

Zielgruppen	Träger, pädagogische Fach- und Leitungskräfte
Interventionsebene Politik und Gesellschaft	mehr Forschung zu den Effekten verschiedener Organisationsformen
Interventionsebene Träger	konzeptionelle Implementierung von Beratung, Supervision und/oder Fortbildung zur offenen Arbeit
Interventionsebene Einrichtungsleitung als Funktion	Überprüfung der aktuellen Organisations- und Gruppenstrukturen (Erfahrungsaustausch zu pädagogischen Chancen und Risiken für verschiedene Altersgruppen); ggf. Entscheidung zu Veränderungen Analyse und ggf. Installierung von Besprechungs- und Kooperationsstrukturen Initiierung und Steuerung von Teamentwicklungsprozessen
Interventionsebene Fachkräfte und Leitungskräfte als Personen	Abstimmung von Zuständigkeiten

7.3 Qualifikation und Gratifikation

Die Qualifikation von Fach- und Leitungskräften bzw. das Vorhandensein und die Nutzung von Qualifikationsangeboten erweisen sich als komplex verwoben mit dem Erleben von Ressourcen und Belastungen, dem gesundheitlichen Zustand der Fach- und Leitungskräfte und ihrer Arbeitsfähigkeit verwoben. Neun von zehn Fachkräften und acht von zehn Leitungskräften fühlen sich für ihre Arbeit gut ausgebildet, ein pädagogischer Hochschulabschluss befördert eine entsprechend positive Selbsteinschätzung der pädagogischen Fachkräfte. Die hohe Weiterbildungsbereitschaft, die bei Leitungskräften noch deutlicher ausgeprägt ist als bei Fachkräften, wird bereits von den meisten Trägern durch Freistellungen und/oder Kostenübernahmen unterstützt. Allerdings wird Bildungsurlaub erst von einem Teil der Fach- und Leitungskräfte in Anspruch genommen, obwohl ein rechtlicher Anspruch besteht.

Ausbildungsgänge sollten durchlässig gestaltet werden und Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in weitem Umfang und für jedes Qualifikations- und Anspruchsniveau bereitgestellt und unterstützt werden. Dennoch findet sich bei vielen Fach- und insbesondere bei Leitungskräften eine Gratifikationskrise: Die Anstrengungen, die sie unternehmen, um sich zu qualifizieren und um täglich gute Arbeit zu leisten, befinden sich in einem Ungleichgewicht mit den subjektiv empfundenen „Belohnungen“ wie Bezahlung, Wertschätzung oder Aufstiegschancen. So haben Fachkräfte mit pädagogischem Hochschulabschluss ebenso wie solche, die sich aktuell berufsbegleitend weiterbilden und solche, die keine Unterstützung der beruflichen Weiterbildung erleben, ein signifikant erhöhtes Risiko vermindelter Arbeitsfähigkeit als andere Fachkräfte. Gratifikationen in Form von allgemeinen wie trägerinternen Aufstiegsmöglichkeiten, besserer Bezahlung und stärkerer Wertschätzung des Geleisteten müssen ebenso wie effektive Unterstützungsmaßnahmen systematisch verstärkt werden, um die positiven Effekte von Qualifikations- und Kompetenzzuwächsen nicht zu konterkarieren.

Ziel: angemessene Gratifikation für hoch qualifiziertes und sich weiterbildendes Personal

Zielgruppen	Leitungskräfte pädagogische Fachkräfte
Interventionsebene Politik und Gesellschaft	Schaffung landesrechtlicher Regelungen zu Fortbildungspflichten und -rechten Zugänge zu qualitativ hochwertigen Ausbildungsgängen und Weiterbildungsangeboten (Durchlässigkeit zwischen Qualifikationsstufen erhöhen, Informationsportale o. ä. einrichten) gesetzliche Verankerung adäquater Gehaltseinstufung für pädagogische Fachkräfte mit Langzeitweiterbildungen und Hochschulabschluss Zertifizierung von Weiterbildungsangeboten, damit diese aufstiegs- und gehaltswirksam werden können Aufnahme von Weiterbildungskosten (Freistellungen, Kostenübernahmen, Ersatzpersonal) in Höhe von mindestens 5 Tagen/Jahr/Fachkraft in die Berechnung der Grundfinanzierung von Kindertageseinrichtungen
Interventionsebene Träger	Besetzung von Leitungspositionen nur mit qualifiziertem Personal Informationen über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten offensive Information über den gesetzlichen Anspruch auf Bildungsurlaub (Arbeitnehmerweiterbildungsgesetz/AWbG). Unterstützung von Fort- und Weiterbildung auf verschiedenen Ebenen: Angebot entsprechender Maßnahmen bezahlte Freistellung von der Arbeit und Übernahme der Kosten für Leitungsf Fortbildung und/oder Leitungsscoaching Verankerung interner Aufstiegsmöglichkeiten und finanzielle Gratifikation für absolvierte Weiterbildungen (z. B. Punktesystem) Einbeziehung von Fort-/Weiterbildung in die Personalressourcenplanung (fehlendes Personal wird kompensiert)
Interventionsebene Einrichtungsleitung als Funktion	Orientierung übergreifender Fort- und Weiterbildungsplanung an Kompetenzprofilen und Weiterbildungsbedarfen der Kollegen und Kolleginnen unter Bezugnahme auf die spezifischen fachlichen Anforderungen Erhebung individueller Qualifikationswünsche und -bedarfe in regelmäßigen Personalentwicklungsgesprächen flexible Dienstplangestaltung für Kolleginnen und Kollegen, die sich berufsbegleitend weiterbilden Installation von Strukturen, damit erworbenes Wissen und Kompetenzen der Fachkräfte für das gesamte Team und die pädagogische Arbeit nutzbar gemacht werden können
Interventionsebene Fachkräfte und Leitungskräfte als Personen	Wertschätzung der Zusatzqualifikation von Kolleginnen und Kollegen und direkter Einsatz bzw. Nutzung der neu erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten

7.4 Räumliche und finanzielle Ausstattung

Bezüglich der räumlichen sowie finanziellen Ausstattung besteht in einigen Kindertageseinrichtungen deutlicher Handlungsbedarf. Die Zusammenhänge zwischen schlechten Rahmenbedingungen und der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Fach- und Leitungskräften sind demnach auch auf räumliche und finanzielle Ausstattungsgegebenheiten zurückzuführen. Nur etwas über die Hälfte der Befragten beurteilt die

Anzahl und Größe ihrer Räume als gut, ein Viertel der Fach- und Leitungskräfte berichtet über bestehenden Modernisierungs- und Renovierungsbedarf sowie eine unflexible Raumnutzung. Gerade in kleineren Einrichtungen mangelt es an einem Pausen- bzw. Rückzugsraum für die Fachkräfte. Da die zusätzliche Schaffung von Räumen häufig aus Platz- und Kostengründen gar nicht möglich ist, sollte der Fokus im Kontext von BGM-Maßnahmen eindeutig auf der optimalen Nutzung der Räumlichkeiten und deren eventueller Sanierung liegen.

Die finanzielle Ausstattung sowie zur Verfügung stehende finanzielle Ressourcen werden von Fachkräften der freien Jugendhilfe mit etwa 70 Prozent häufiger als gut beurteilt als von solchen in Einrichtungen der öffentlichen Jugendhilfe (rund 60 Prozent). Dies dürfte sich u. a. in Entscheidungen über Möblierung, Ausstattung und Materialanschaffungen, mit Kosten verbundene Aktivitäten, die Umsetzung von Lärm- und Arbeitsschutzmaßnahmen, aber auch in der Gewährung oder Ablehnung finanzieller Unterstützung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen oder Supervision manifestieren. Transparenz über das zur Verfügung stehende Budget sowie eine möglichst freie Verwaltung und eine flexible Einsetzbarkeit der Mittel erhöhen die Handlungsspielräume der einzelnen Einrichtungen und Teams und können zu einer effektiveren und effizienteren Mittelverwendung beitragen.

Ziel: Auf- und Ausbau einer guten räumlichen und finanziellen Ausstattung der Einrichtung

Zielgruppen	Träger Leitung
Interventionsebene Politik und Gesellschaft	präzise Definition von Vorgaben für Innen- und Außenflächen Verbesserung der gesetzlichen Regelungen für Raumvorgaben Anpassung der Finanzierung von Kita-Plätzen gemäß der verbesserten Vorgaben
Interventionsebene Träger	Planung/Einrichtung eines Pausen- und Rückzugsraums für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Monitoring des Raumangebots und des Erhaltungszustands in den Einrichtungen (systematische Möglichkeit der Mängelanzeige) Investitionen in Räume und Ausstattung in angemessenem Umfang Angebot gezielter Beratung zu Raumnutzungskonzepten Bereitstellung aktuell erforderlicher Arbeitsmittel (z. B. Computer, Videokamera) Delegation der Budgetverantwortung für Ausstattung und Material auf die Einrichtungen Entwicklung von Sponsoring- und Fundraising-Konzepten
Interventionsebene Einrichtungsleitung als Funktion	Optimierung der Raumnutzung, Erschließung ungenutzter Raumressourcen (Flure, Nischen) für die pädagogische Arbeit Realisierung teiloffener Arbeit und der Einrichtung von Funktionsräumen Entwicklung eines „flexiblen Raumkonzeptes“ (z. B. mit transportablen Möbeln) sowie Einrichtung einer Ruhe-Ecke, Spielecke etc. Schaffung eines angenehmen Pausen- und Rückzugsraums mit klaren Nutzungsregeln (bequeme Bestuhlung, kein Zutritt für Kinder, kein Computer/Telefon) Einführung transparenter Entscheidungswege und ggf. gemeinschaftlicher Entscheidungen mit Blick auf die Mittelverwendung für Ausstattung und Materialanschaffungen Etablierung einer Kultur der gemeinschaftlichen Nutzung und des Austauschs von materiellen Ressourcen Erschließung von Sponsoring-/Fundraisingmöglichkeiten
Interventionsebene Fachkräfte und Leitungskräfte als Personen	sorgfältiger und erhaltender Umgang mit materiellen Ressourcen Reduktion/Vermeidung von Anschaffungskosten durch den Einbezug von Alltagsmaterialien in die pädagogische Arbeit

7.5 Zeit am Arbeitsplatz

Die „Arbeit am Kind“ ist sowohl ausschlaggebendes Motiv für die Berufswahl „Erzieher“ bzw. „Erzieherin“ als auch eine wesentliche und zentrale Ressource für die Arbeit. Die Bestätigung durch die Kinder ist meistens ein starker Schutzfaktor, was zum einen durch die enge und über Jahre wachsende Bindung zwischen Erzieherin oder Erzieher und Kind, aber auch durch die körperliche, emotionale und kognitive Entwicklungsbegleitung der Kinder begründet wird. Die Realität im pädagogischen Arbeitsalltag stellt sich jedoch häufig anders dar: Es mangelt an Zeit für die Kinder, an Zeit für mittelbare Arbeit und an Erholungspausen. Stattdessen gibt es zu wenig Zeit für die Anforderungen, die aus den Arbeitsaufgaben resultieren und es wird häufig unter hohem Zeitdruck gearbeitet. Ungefähr die Hälfte der befragten pädagogischen Fachkräfte und etwas mehr als 60 Prozent der Leitungskräfte haben keine vertraglich festgelegte

Zeit für mittelbare Arbeit. Der Zeitmangel wird außerdem durch die unzureichende Fachkraft-Kind-Relation verstärkt, da die durch durch Krankheit, Urlaub sowie Fort- und Weiterbildung bedingten Ausfallzeiten der Kolleginnen und Kollegen kompensiert werden müssen.

BGM-Maßnahmen müssen zum einen an den strukturellen Bedingungen ansetzen. Neben dem Einsatz flexibler Vertretungs- oder Springerkräfte können z. B. vorgeschriebene Pausen- und Überstundenregelungen sowie Zeiten für Leitungstätigkeiten und mittelbare pädagogische Arbeit vertraglich festgelegt werden. Zum anderen sollten Fachkräfte und Teams darin unterstützt werden, die verfügbare Zeit für die Gestaltung einer gemäß ihrem jeweiligen Profil „besten Fachpraxis“ einzusetzen. Hierzu müssen externe Ansprüche und Anforderungen auf der Basis eines Abgleichs mit den Schwerpunkten des eigenen pädagogischen Profils priorisiert werden. Weitere für die Gesundheitsförderung des pädagogischen Personals wichtige Faktoren liegen in der Qualifizierung der Fach- und Leitungskräfte für neue Aufgaben im Bereich der mittelbaren pädagogischen Arbeit (z. B. Beobachtungsverfahren, Gesprächsführung mit Eltern) sowie in Fortbildungen zum Zeitmanagement.

Ziel: Auf- und Ausbau von Zeitpuffern im Arbeitsalltag sowie Reduktion von Zeitdruck und Überstunden

Zielgruppen	Leitungspersonen und pädagogische Fachkräfte in allen Gruppenfunktionen
Interventionsebene Politik und Gesellschaft	<p>Zusammenspiel von Anforderungen der Bildungsprogramme/-pläne und gesetzlichen Rahmenbedingungen (v. a. Erzieher-Kind-Schlüssel)</p> <p>ausreichende Mittel für eine Anpassung des Erzieherin- bzw. Erzieher-Kind-Schlüssels und mittelbar der Fachkraft-Kind-Relation</p> <p>Ausweisung von Anteilen mittelbarer pädagogischer Arbeitszeit in den gesetzlichen Regelungen</p> <p>Arbeitsschutzmaßnahmen: vorgeschriebene Pausenregelung in Kitas</p> <p>adäquate Entlohnung der Fachkräfte, damit finanziell die Möglichkeit zu einer Stellenreduktion gegeben ist</p>
Interventionsebene Träger	<p>Formulierung von Eckpunkten eines trägerspezifischen pädagogischen Profils, aus dem sich Schwerpunktbereiche der Alltagsgestaltung und des Aufgabenzuschnitts der Fachkräfte ableiten lassen</p> <p>Gestaltung von Personaleinsatz, so dass die Aufgaben geleistet werden können und die angestrebte pädagogische Qualität erreicht werden kann</p> <p>Einstellung von Springerkräften, Entwicklung eines handhabbaren Vertretungskonzepts</p> <p>Arbeitsvertrag: ausreichende Freistellung für die Leitung und ausreichendes Kontingent für mittelbare Arbeit</p> <p>vertraglich festgelegte Überstundenregelungen</p> <p>regelmäßige Abstimmung mit dem Personal über ihre Wochenarbeitszeit unter Bezugnahme auf Wünsche und Erfordernisse der Beschäftigten (z. B. zeitliche Reduzierung bei hoher privater Belastung oder in zunehmendem Alter – der hohe Regenerationsbedarf in diesem Beruf sollte einbezogen werden)</p> <p>Fortbildungen zum Zeitmanagement</p>
Interventionsebene Einrichtungsleitung als Funktion	<p>Kalkulation von Zeitpuffern bei Organisation von Dienstplänen und Arbeitsaufgaben</p> <p>Integration fester Pausenzeiten (z. B. durch getrenntes Essen von Kindern und Erzieherinnen)</p> <p>Schulung der Erzieherinnen zu Zeitmanagement und Entspannungstechniken</p> <p>Festlegung von Wochenplänen auch für die mittelbare Arbeit, in denen die Fachkräfte von der Gruppenarbeit freigestellt und von Springerkräften/Praktikanten im Anerkennungsjahr ersetzt werden</p> <p>regelmäßige, gemeinsame Analyse des Arbeitsalltags in Abgleich mit den Zielsetzungen der Träger- und Einrichtungskonzeption</p> <p>Schwerpunktsetzung (Auswahl und Anzahl der Projekte, besondere Angebote, Beobachtung und Dokumentation)</p>
Interventionsebene Fachkräfte und Leitungskräfte als Personen	<p>Einhaltung von Pausenzeiten</p> <p>Nutzung von Alltagspausen, Integration kleiner Entspannungseinheiten in die eigene Pausengestaltung sowie in die Arbeit mit den Kindern</p> <p>Erwerb von Zeitmanagement-Techniken</p> <p>Reduktion eigener Ansprüche und von Perfektionsstreben</p> <p>Empowerment: Einsatz für eigene Belange, Abgrenzung gegenüber Anforderungen von Kindern, Eltern oder dem Träger</p>

7.6 Profilbildung und Entwicklung eines pädagogischen Wertekerns

Ein wesentlicher, bisher nicht in den Fokus von Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gerückter Einflussfaktor auf die Gesundheit und das Wohlbefinden des Personals scheint – so legen es die Ergebnisse dieser Studie nahe – die konzeptionelle Fundierung und pädagogische Profilbildung der Einrichtung zu sein. In den Einrichtungen wurden in den letzten Jahren starke Veränderungen durchlebt, die Funktionen von Kindertageseinrichtungen und die Aufgaben der pädagogischen Fachkräfte bzw. ihr Berufsprofil haben sich deutlich gewandelt. Angesichts der mit diesen Veränderungen einhergehenden Umorientierungs- und z. T. Qualifizierungsnotwendigkeiten erleben Fach- und Leitungskräfte eine klare konzeptionelle Ausrichtung als Ressource; fehlt diese, wird dies v. a. von Leitungskräften als belastend erlebt. Hier deutet sich an, dass die Arbeit an einem pädagogischen Profil und die Entwicklung eines pädagogischen Wertekerns eine Grundlage bilden können, an der sich die tägliche pädagogische Arbeit orientiert und Sinnhaftigkeit gewinnt. Diese bietet den Fachkräften einen Handlungs- und Orientierungsrahmen sowie Zielvorstellungen – damit auch Abgrenzungsoptionen gegenüber ausufernden Ansprüchen und Forderungen (z. B. von Seiten der Eltern oder in den Bildungsprogrammen). Gleichzeitig bewahrt die Orientierung an einem klaren Profil und an pädagogischen Grundüberzeugungen Fach- und Leitungskräfte davor, die starken Ressourcen ihrer Arbeit – wie Abwechslungsreichtum, Flexibilität und Kreativität, das Erlernen und Erproben von etwas Neuem – durch die unreflektierte Übernahme externer Ansprüche und durch ein „Abarbeiten“ dieser Anforderungen aufzugeben oder einzuschränken.

Die große Mehrzahl der Fachkräfte gibt an, bestimmte Schwerpunkte in der pädagogischen Arbeit zu setzen und sich ein- bis zweimal jährlich mit pädagogischer Konzeptarbeit zu befassen. Diese Ressourcen sollten genutzt und ausgebaut werden. Zu beachten ist allerdings, dass Leitungskräfte ein (eventuell vom Träger vorgegebenes) pädagogisches Konzept auch als Belastung erleben können, wenn z. B. dessen Einführung und Umsetzung nicht prozesshaft entwickelt wurden und durch Fachberatung oder Supervision begleitet werden.

Die Daten zeigen deutlich auf, dass die verstärkte Bildungs- und Familienorientierung und die damit verbundenen neuen und anspruchsvoller gewordenen Arbeitsaufgaben (Entwicklungsgespräche, Entwicklungsbeobachtungen, Bildungsdokumentationen) Herausforderungen sind, die von einem Teil der Fach- und Leitungskräfte als Zugewinn im Sinne einer Professionalisierung und als Ressource erfahren, von anderen jedoch als zusätzliche Arbeit, Überforderung und Belastung erlebt werden. Als Warnsignal zu werten ist, dass in Nordrhein-Westfalen knapp die Hälfte der betroffenen Leitungskräfte die Entwicklung ihrer Einrichtung zu einem Familienzentrum als Belastung ansieht. Die Befunde verweisen auf die Notwendigkeit passgenauer Unterstützungs- und Qualifikationsangebote und angemessener zeitlicher und personeller Ressourcen, und darauf, dass die neuen Anforderungen in einen fachlich-konzeptionellen Kontext gestellt werden müssen, damit sie als sinnvoll und bereichernd erlebt werden können.

Ziel: Konsequente Orientierung der pädagogischen Arbeit am Profil und „Wertekern“ des Trägers und der Einrichtung

Zielgruppen	Einrichtungsleitungen, Fachkräfte
Interventionsebene Politik und Gesellschaft	–
Interventionsebene Träger	Formulierung von Eckpunkten eines trägerspezifischen pädagogischen Profils Planung und Bereitstellung flankierender Maßnahmen (Beratung, Supervision, Prozessbegleitung, Fort- und Weiterbildung) bei Umstrukturierungen und konzeptionellen Weiterentwicklungen Balance von Trägervorgaben und individuellen/einrichtungsspezifischen Schwerpunktsetzungen
Interventionsebene Einrichtung/leitung als Funktion	Nutzung der Teamsitzungen für konzeptionelle Entwicklung und die Bearbeitung fachlicher Fragestellungen Forcierung einer kontinuierlichen Auseinandersetzung mit pädagogischen Orientierungen und einer vom gesamten Team getragenen Entwicklung eines pädagogischen Wertekerns Adaption neuer Anforderungen und ressourcenorientierte Passung mit dem Einrichtungsprofil Berücksichtigung der Stärken der Mitarbeiter/-innen für Profilentwicklung Thematisierung der Identifikation mit Einrichtungsprofil und pädagogischem Wertekern in regelmäßigen Personalentwicklungsgesprächen
Interventionsebene Fachkräfte und Leitungskräfte als Personen	selbstreflexive Auseinandersetzung mit eigenen pädagogischen Orientierungen, Werten und Zielen Artikulation von Fortbildungswünschen und -bedarfen

7.7 Kommunikation, Teamklima, Handlungsspielraum am Arbeitsplatz

Die Kommunikation und die Atmosphäre im Team sowie der Handlungsspielraum stellen bedeutende Ressourcen am Arbeitsplatz Kita dar. Vorhandene Kommunikationsstrukturen, wie z. B. ein regelmäßiger Austausch in Teamsitzungen o. ä. werden von Erzieherinnen als sehr bedeutsam für die Planung und Organisation von Arbeitsabläufen und für eine funktionierende Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen benannt. Ein Einrichtungsklima, das von Vertrauen, Kooperation und einem konstruktiven Umgang mit Unterschiedlichkeiten geprägt ist, steigert die Motivation und Freude an der Arbeit. Umgekehrt werden mangelnde Kollegialität, Konflikte in der Zusammenarbeit und Kommunikation als belastend erlebt.

Weiterhin werden intransparente Auflagen und Anforderungen von Leitungs- oder Trägerseite als Belastung empfunden und erhöhen den Arbeitsdruck. Als ursächlich wird mangelnde Partizipation der betroffenen Erzieherinnen und Erzieher genannt. Den Entscheidungsträgern werden mangelnde Nähe zum Arbeitsplatz Kita und damit unzureichende Kenntnisse der Arbeitsabläufe unterstellt – so beispielsweise hinsichtlich der Einführung der Bildungsdokumentation. Hier geht ein hohes Anforderungspensum mit einem niedrigen Handlungsspielraum einher, was zu Unzufriedenheit am Arbeitsplatz und psychischer Belastung beitragen kann.

Ein BGM müsste an den partizipatorischen Möglichkeiten von pädagogischen Fach- und Leitungskräften ansetzen und nach Handlungsspielräumen, Verantwortlichkeiten,

Interessen und Fähigkeiten fragen. Sowohl Träger als auch Einrichtungen müssten ein Verständnis von sich als „lernende Organisation“ entwickeln, die die Gesundheitsförderung aller Beteiligten als wesentlichen Bestandteil der Organisationsentwicklung festschreibt.

Ziel: Festigung und Ausbau der sozialen Ressourcen am Arbeitsplatz Kindertageseinrichtung

Zielgruppen	pädagogische Fach- und Leitungskräfte
besondere Zielgruppen	Träger Leitungskräfte
Interventionsebene Politik und Gesellschaft	Förderung mitarbeiterorientierter Arbeitsbedingungen
Interventionsebene Träger	Organisationsentwicklung in Richtung einer selbstbestimmten Organisation großer Entscheidungsspielraum in den Einrichtungsteams Überprüfung und Verbesserung von Informationsfluss und Transparenz Installierung von Rückmeldemöglichkeit für Leitungs- und Fachkräfte Wertschätzung und Anerkennung von Engagement und Erfolgen gezielte Weiterbildungsangebote für Leitungskräfte zu den Bereichen Kommunikation, Konfliktmanagement, Teamentwicklung Teamkompatibilität bei Einstellung neuer Fachkräfte Supervision
Interventionsebene Einrichtungsleitung als Funktion	Klärung des eigenen Führungsstils und -verhaltens Aushandlung gemeinsamer, transparenter Überzeugungen, Werte und Ziele Etablierung einer Anerkennungskultur klare und verbindliche Gestaltung der Kommunikationswege Partizipation aller Akteure bei Entscheidungen und bei der Gestaltung von Veränderungsprozessen hohe Autonomie und Handlungsspielräume der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Wahrung der konzeptionellen Ausrichtung und der übergreifenden pädagogischen Orientierungen und Ziele regelmäßige Teamsitzungen, die neben organisatorischen Absprachen auch fachliche Diskussionen beinhalten Installation externer Supervision Einführung kollegialer Intervention Aufbau einer Feedbackkultur Handlungskonzept bei Teamkonflikten und Mobbingfällen Begleitung von Berufsanfängerinnen/-anfängern und neuen Teamkolleginnen/-kollegen Arbeitsorganisation mit Möglichkeiten für soziale Interaktion und kollegiale Zusammenarbeit, z. B. räumliche und zeitliche Gelegenheiten für Austausch und Kommunikation Förderung gemeinsamer Aktivitäten außerhalb der Arbeitszeit
Interventionsebene Fachkräfte und Leitungskräfte als Personen	aktive Beteiligung an Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen Reflexion der persönlichen Rolle im Team

7.8 Lärminderung am Arbeitsplatz

Lärm stellt in der vorliegenden Studie, wie in einer Vielzahl anderer Studien (Buch & Frieling, 2001; Khan, 2007; Rudow, 2004b; Thinschmidt, 2010a), für neun von zehn Fach- und Leitungskräften eine starke Belastung an ihrem Arbeitsplatz dar. In den vertiefenden Interviews fällt auf, dass die physische Belastung, verursacht durch eine erhöhte Lautstärke bzw. durch einen sehr hohen Geräuschpegel, fast nie konkret benannt bzw. als immanenter Bestandteil des Berufs akzeptiert wird. Zudem zeigt sich, dass die Empfindlichkeit gegenüber Lärm altersabhängig ist: So fühlen sich ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stärker durch Lärm belastet als jüngere. Außerdem beklagen pädagogische Fachkräfte in der halboffenen Gruppenarbeit eine stärkere Lärmbelastung als solche, die in offenen oder geschlossenen Gruppen arbeiten.

Eine „Lärmdiagnostik“ sowie die (bauliche und pädagogische) Reduktion von Lärm sollten gleichermaßen Bestandteile gesundheitsfördernder Kitas sein wie verhaltensbezogene Maßnahmen der pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. Lärmpausen).²⁰

Ziel: Lärmreduktion und möglichst geringe Lärmbelastung

Zielgruppen	pädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
besondere Zielgruppen	pädagogische Fachkräfte in der halboffenen Gruppenarbeit ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
Interventionsebene Politik und Gesellschaft	gesetzliche Arbeitsschutzbestimmungen und Finanzierung der entsprechenden Ausstattung in den Kindertageseinrichtungen
Interventionsebene Träger	Lärmdiagnostik am Arbeitsplatz (Schallmessungen etc.) Beratung durch die Unfallkasse oder die Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW) Ausbau von Lärmschutzmaßnahmen
Interventionsebene Einrichtungsleitung als Funktion	Beratung durch die Unfallkasse oder die BGW kleinere bauliche Lärmschutzmaßnahmen (Einbau von Schallabsorbern, abgehängte Decken, Filzgleiter, lärmgedämpftes Spielzeug etc.) Einführung organisatorischer Lärmschutzmaßnahmen
Interventionsebene Fachkräfte und Leitungskräfte als Personen	pädagogische Interventionen

²⁰ Weiterführende Hinweise zur Identifizierung von Lärmquellen im Setting Kindertageseinrichtung bietet die Broschüre „Lärmprävention in Kindertagesstätten“ der Unfallkasse NRW und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Pielsticker & Peters, 2007).

7.9 Bewegungsfreundlicher und -förderlicher Arbeitsplatz

Viel Bewegung am Arbeitsplatz sowie ein hohes Ausmaß sportlicher Betätigung in der Freizeit sind starke Ressourcen für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Fach- und Leitungskräfte und stehen in direktem Zusammenhang zu deren Arbeitsfähigkeit. Gleichzeitig wird die Arbeit in den Kitas als körperlich anstrengend bewertet, fast die Hälfte der Fachkräfte und ein gutes Drittel der Leitungskräfte sind aufgrund körperlich anstrengender Arbeit belastet, was mit einer geringeren Arbeitsfähigkeit und mit Rücken- und Nackenschmerzen einhergeht. Vor diesem Hintergrund sollten Bewegungsmöglichkeiten in der Kita ausgebaut, die Beschäftigten für das Thema sensibilisiert und motiviert werden und das Gesundheitsverhalten aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Setting Kita unterstützt werden. Bewegungsbezogene Interventionen müssten sowohl auf der Verhältnis- als auch der Verhaltensebene ansetzen. Auf der Verhältnisebene müssten sowohl die Arbeitsbedingungen aus ergonomischen Gesichtspunkten, aber auch auf vielfältige Bewegungsmöglichkeiten hin analysiert werden. Daran anschließend können spezifische Bewegungskonzepte und -programme, die sich an den aktuellen Bedarfen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientieren, implementiert werden. Eine nachhaltige Bewegungsförderung findet nur auf der Basis langfristig angelegter Konzepte und Angebote statt, deren Finanzierung z. B. durch Kooperationen mit Fitness-Studios oder Sportvereinen laufen kann und die durch Anreizsysteme des Trägers unterstützt werden können.

Des Weiteren muss auch die Verhaltensebene der Fach- und Leitungskräfte angesprochen werden. Hier müssen unter Umständen zunächst emotionale und kognitive Barrieren durchbrochen werden, so dass sich eine Zusammenarbeit z. B. mit einer Psychologin oder einem Psychologen anbietet. Als probate Mittel gelten niedrigschwellige Bewegungsangebote, die in den Räumlichkeiten der Einrichtungen durchgeführt werden, mit geringem organisatorischen Aufwand für die pädagogischen Fach- und Leitungskräfte verbunden sind, keine großen Vorkenntnisse voraussetzen und sich an den Arbeitsbedingungen und -zeiten der Zielgruppe orientieren.

Ziel: Bewegungsfreundlicher und -förderlicher Arbeitsplatz Kindertageseinrichtung

Zielgruppen	Leitungspersonen alle pädagogischen Fachkräfte (als präventive Maßnahme)
besondere Zielgruppen	Leitungskräfte mit Freistellung von der Gruppenarbeit und wenig Bewegung ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer pädagogische Fachkräfte in der U3-Betreuung
Interventionsebene Politik und Gesellschaft	Bereitstellung von finanziellen Mitteln Verankerung von Bewegung als integraler Bestandteil der Ausbildung pädagogischer Fachkräfte
Interventionsebene Träger	Installierung eines einrichtungsübergreifenden Bewegungskonzeptes, das für die einzelnen Einrichtungen nur noch spezifiziert werden muss Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz Finanzierung von Bewegungsangeboten, die insbesondere das Muskel-Skelettsystem (Rücken, Schulter, Nacken) stärken (z. B. arbeitsplatzbezogene Rückenschule, Entspannungskurse) Organisation von Bewegungsangeboten und Schulungen Zuschüsse für Mitgliedschaften in Fitness-Studios Kooperation mit Krankenkassen für Bewegungsangebote in den Einrichtungen
Interventionsebene Einrichtungsleitung als Funktion	Kooperation mit lokalen Sportvereinen, Physiotherapeuten und Fitnessstudios Organisation von Bewegungs- und Entspannungsangeboten durch externe Expertinnen oder Experten Koordination der Maßnahmen Berücksichtigung von Vertretungskräften in der Dienstplangestaltung für die Zeit der Bewegungseinheiten
Interventionsebene Fachkräfte und Leitungskräfte als Personen	Schulung und Weiterbildung zum Thema Bewegung Schulung „Bewegung gemeinsam mit den Kindern“ Installieren von „Bewegungspausen“ für die Leitungskräfte, z. B. als Software, die alle zwei Stunden zu kurzen Bewegungseinheiten motiviert Implementierung gemeinsamer Bewegungsaktivitäten mit Kindern und ggf. Eltern (z. B. gemeinsamer Lauftreff) Änderung auf der Verhaltensebene: Treppen gehen statt Fahrstuhl fahren, Spaziergänge in den Pausen machen, in der Freizeit Sport machen...

7.10 Ergonomische Kindertageseinrichtung

Rücken- und Nackenschmerzen sowie andere Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates gehören zu den häufigsten Beschwerden von Fach- und Leitungskräften und stehen mit 12 Prozent an dritter Stelle der AU-verursachenden Erkrankungen. Diese Studienergebnisse entsprechen anderen Erhebungen zur Gesundheit von pädagogischen Fachkräften (Thinschmidt, 2010b; Krause-Girth, 2011). Die Bundesagentur für Arbeit stuft die Tätigkeit von Erzieherinnen als leichte bis mittelschwere, die Behindertenpädagogik dieselbe teilweise sogar als schwere körperliche Arbeit ein. Insgesamt ist die Datenlage zum Bedingungsverhältnis zwischen Muskel-Skelett-Erkrankungen und (ggf. un)ergonomischen Arbeitsbedingungen in Kitas jedoch relativ dünn, ebenso wie die Evaluation „ergonomischer“ Produkte (z. B. Wickeltische, Erzieherstühle).

Die von den pädagogischen Fachkräften genannten physischen Anforderungen resultieren zu großen Teilen aus den ungünstigen ergonomischen Arbeitsbedingungen, wozu z. B. fehlende erwachsenengerechte Arbeitsmittel bzw. Möbel zählen: So sind beispielsweise in 40 Prozent der befragten Einrichtungen keine erwachsenengerechten Sitzmöglichkeiten für das Personal in den Gruppenräumen vorhanden. Zu den ergonomischen Arbeitsbedingungen zählen außerdem ungünstige Körperhaltungen während der Arbeit, wie z. B. häufiges Heben und Tragen von Kindern oder Mobiliar oder das Arbeiten auf dem Fußboden (insbesondere in der Arbeit mit Kindern unter drei Jahren). Der Wechsel der Arbeitspositionen kann zwar einerseits bewegungsförderlich sein, andererseits finden zahlreiche für den Kita-Alltag typische Bewegungsabläufe in einer Arbeitsumgebung statt, die auf Größe und Alltagsverhalten von Kindern ausgerichtet ist und den ergonomischen Arbeitsbedingungen der Beschäftigten nicht gerecht wird (vgl. auch Thinschmidt, 2010a, S. 21-22).

Da mit zunehmendem Alter sowohl Fach- als auch Leitungskräfte häufiger von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen sind, sollte diese Altersgruppe in Maßnahmen und Programmen besondere Berücksichtigung finden. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass es unter ergonomischen Gesichtspunkten – außer einer Leitungsposition – keine alternativen Einsatzmöglichkeiten gibt.

Konkrete Maßnahmen sollten auf der Verhältnisebene ansetzen und mögliche Veränderungen des Arbeitsplatzes in den Mittelpunkt rücken, wozu neben ergonomischen Aspekten auch die Möglichkeit zur Analyse der Tätigkeits- und Bewegungsmuster der pädagogischen Fach- und Leitungskräfte zählen. Zusätzlich bietet sich die Implementierung niedrigschwelliger Bewegungsangebote zur Förderung des bewegungsbezogenen Gesundheitsverhaltens in den Kita-Alltag an.

Ziel: Ergonomische Ausgestaltung der Kindertageseinrichtung

Zielgruppen	Leitungspersonen alle pädagogischen Fachkräfte in allen Gruppenfunktionen (als präventive Maßnahme)
besondere Zielgruppen	Leitungskräfte mit Freistellung von der Gruppenarbeit, die viel sitzen ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer pädagogische Fachkräfte, die mit Kindern unter drei Jahren arbeiten
Interventionsebene Politik und Gesellschaft	gesetzliche Arbeitsschutzbestimmungen: In jedem Gruppenraum müssen erwachsenengerechte Sitzmöglichkeiten vorhanden sein Umsetzung von wissenschaftlich entwickelten Lösungsansätzen (z. B. Interventionsstudie ErgoKiTa, die physische Belastungssituationen in Kitas erfasst und Präventionsmaßnahmen entwickelt) Verankerung von Bewegung als integraler Bestandteil der Ausbildung pädagogischer Fachkräfte
Interventionsebene Träger	Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz Finanzierung und Organisation von Bewegungsangeboten, die insbesondere das Muskel-Skelettsystem stärken (z. B. arbeitsplatzbezogene Rückenschule, Entspannungskurse) Zuschüsse für Mitgliedschaften in Fitness-Studios Kooperation mit Krankenkassen für Bewegungsangebote in den Einrichtungen Ausstattung der Einrichtungen mit rückenfreundlichem Mobiliar
Interventionsebene Einrichtungsebene als Funktion	Kooperation mit lokalen Sportvereinen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten und Fitnessstudios Organisation und Durchführung von arbeitsplatzbezogenen Rückenschulen mit den Fach- und Leitungskräften Berücksichtigung von Vertretungskräften in der Dienstplangestaltung für die Zeit der Rückenschulen Änderungen in der Arbeitsorganisation, so dass die Zeit für Bewegungsübungen und Entspannung vorhanden ist (Pausenzeiten) Investition in rückengerechtes Mobiliar
Interventionsebene Fachkräfte und Leitungskräfte als Personen	Schulung und Weiterbildung zum Thema Bewegung Installierung von „Bewegungspausen“ für die Leitungskräfte Änderung auf der Verhaltensebene: Treppen gehen statt Fahrstuhl fahren, Spaziergänge in den Pausen machen, in der Freizeit Sport treiben... Installierung rückenstärkender Bewegungsangebote und Entspannungsübungen (auch gemeinsam mit den Kindern) in den pädagogischen Alltag

7.11 Infektionsschutzmaßnahmen in Kindertageseinrichtungen

In Kindertageseinrichtungen besteht eine erhöhte Infektionsgefahr aufgrund des gehäufteten Auftretens von Infektionskrankheiten bei Kindern, des engen Körperkontaktes mit den Kindern sowie den anfallenden Tätigkeiten, bei denen die Erzieherinnen in Kontakt mit Körperflüssigkeiten kommen (Körperpflege, Füttern etc.). Kinderkrankheiten verlaufen in der Regel bei Erwachsenen deutlich schlimmer als bei Kindern. Besonders gefährdet sind Personen ohne Immunität (bereits durchlebte Erkrankung oder Impfung) oder schwangere Fachkräfte, für die eine Vielzahl von Krankheiten eine erhöhte Gefährdung bedeutet.

Ein Betriebliches Gesundheitsmanagement sollte deshalb den Infektionsschutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch medizinische Präventionsmaßnahmen (z. B. Impfungen) und verhaltensbezogene Sicherheitsmaßnahmen (z. B. Hygienevorschriften) auf ein Minimum reduzieren. Weitere Maßnahmen sollten sich an die Zielgruppe der Eltern richten, die ihre Kinder zum Teil mit Infektionskrankheiten wie Erkältungen oder Magen-Darm-Infekten o. ä. in die Kindertageseinrichtung bringen. Die Konsequenzen liegen sowohl in einem Ansteckungsrisiko für andere Kinder, aber auch für die Erzieherinnen und führen zu vermehrten Fehlzeiten und Ausfällen.

Ziel: Reduktion von Infektionskrankheiten bei pädagogischen Fach- und Leitungskräften

Zielgruppen	alle pädagogischen Fach- und Leitungskräfte Eltern
Interventionsebene Politik und Gesellschaft	Verbesserung der häuslichen Betreuungsmöglichkeiten für erkrankte Kinder (erkranktes Kind genauso behandeln wie erkrankte Erwachsene: 80-prozentige Lohnfortzahlung durch die Krankenkassen unabhängig von Erkrankungsdauer und -häufigkeit)
Interventionsebene Träger	Überwachung der Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung Betriebsanweisung (arbeitsbereichs- und stoffbezogen) Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen der Beschäftigten Treffen von Regelungen für erkrankte Kinder, Arbeitsanweisungen
Interventionsebene Einrichtungsleitung als Funktion	Gefährdungsbeurteilung Erstellung von Hygieneplänen Unterweisung der Beschäftigten Ermittlung und Durchsetzung von Präventionsmaßnahmen im Rahmen des Hygieneplans (z. B. Tragen von Schutzhandschuhen)
Interventionsebene Fachkräfte und Leitungskräfte als Personen	Einhalten von Hygienemaßnahmen kein Präsentismus Aufklärung der Eltern über Ansteckungsgefahren von Infektionserkrankungen und Risiken für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

7.12 Alternsgerechtes Arbeiten am Arbeitsplatz

Pädagogische Fach- und Leitungskräfte bleiben heutzutage z. T. aus wirtschaftlichen Gründen und anders als frühere Generationen häufig bis zum Rentenalter in ihrem Beruf tätig. Nicht zuletzt auch durch den Fachkräftemangel in den Kitas steigt das Durchschnittsalter der pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stetig an: 2011 waren bundesweit 42,4 Prozent zwischen 40 und 55 Jahre alt und etwas mehr als jede zehnte Fachkraft (11,7 Prozent) 55 Jahre und älter (Forschungsverbund DJI & TU Dortmund, 2012). Mit zunehmendem Alter scheint ihre Arbeit für Erzieherinnen eine erhebliche Belastung darzustellen, zudem tragen ältere pädagogische Fach- und Leitungskräfte ein höheres gesundheitliches Risiko. So erweisen sich im Alter besonders die technisch-physischen Faktoren der Kita-Arbeit als eine Belastung: Unergonomische Alltagsbewegungen wie das lange Sitzen auf dem Boden und das Heben und Tragen

stellen mit zunehmendem Alter eine noch größere Herausforderung als in den jungen Jahren dar und führen vermehrt zu Rücken-, Gelenk- und Knieproblemen. Bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen zeigt sich in der Fragebogenerhebung ein Altersgradient, wonach mit zunehmendem Alter sowohl Fach- als auch Leitungskräfte häufiger von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen sind.

Ein Betriebliches Gesundheitsmanagement müsste dem demographischen Wandel Rechnung tragen und sich der Gesunderhaltung älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschreiben. Gleichzeitig sollte eine alters- und altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung nicht nur die Älteren, sondern alle Beteiligten in den Blick nehmen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen müssten weit über den Arbeitsschutz hinausgehen und sowohl frühzeitig (präventiv) angeboten als auch langfristig angelegt werden. Für pädagogische Fachkräfte in Kitas bieten sich allerdings nur geringe Spielräume für andere Beschäftigungen an. Neben flexiblen Arbeitszeitmodellen müssten sowohl alternative Einsatzfelder entwickelt werden als auch Belastungsfaktoren, insbesondere physische Belastungen, minimiert werden. Potenziale der älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen in der Einrichtung bekannt und die pädagogischen Fach- und Leitungskräfte entsprechend einsetzbar sein. Konkrete Maßnahmen sollten einrichtungsspezifisch und partizipativ entwickelt werden.

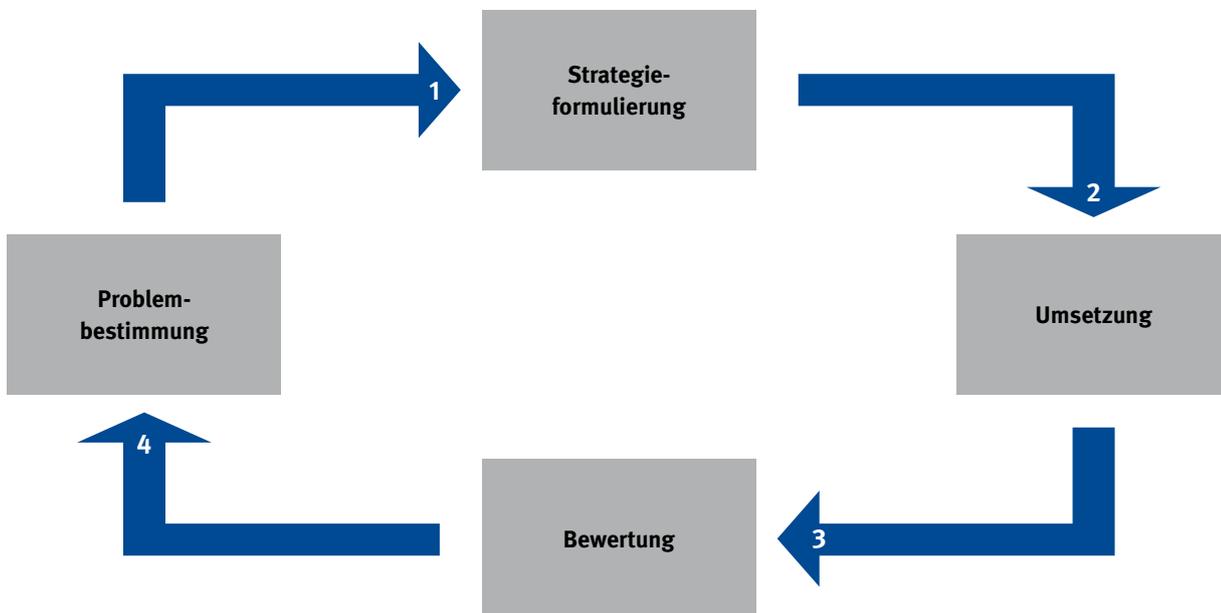
Ziel: Erhalt der Arbeitsfähigkeit älterer pädagogischer Fachkräfte und Nutzung ihrer Erfahrungspotenziale

Zielgruppen	alle pädagogischen Fach- und Leitungskräfte
besondere Zielgruppen	ältere pädagogische Fach- und Leitungskräfte
Interventionsebene Politik und Gesellschaft	flexible Arbeitszeitmodelle
Interventionsebene Träger	Transparenz: Beschäftigungsfähigkeit als gemeinsames Thema von Träger, Leitung und pädagogischen Fachkräften partizipative Organisationsentwicklung hoher Entscheidungsspielraum in die Einrichtungs-teams Berücksichtigung der Altersstruktur der Einrichtung bei der Einstellung neuer Fachkräfte Installierung präventiver Maßnahmen zur langfristigen physischen Gesundheitsförderung
Interventionsebene Einrichtungsleitung als Funktion	kein unreflektiertes Hetzen von Projekt zu Projekt selbst gewählte Evaluationsziele Förderung des Teamklimas als unterstützende Komponente für ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßige Durchführung von Teamsitzungen Installierung externer Supervision und kollegialer Intervention (d. h. die organisierte Fallbesprechung unter den Kolleg/innen) Entwicklung von Einsatzfeldern für ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
Interventionsebene Fachkräfte und Leitungskräfte als Personen	Bildung altersgemischter Teams Bewegung und ergonomische Arbeitsplatzgestaltung

8 Systematische Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Die Maßnahmen, die mittels eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements in einem Unternehmen bzw. einer Einrichtung eingeführt werden, variieren stark in ihrem Anspruch, dem Fokus, der Themenbreite und der Komplexität. Eines haben sie jedoch gemein: Sie sollten nach Rosenbrock (1996) systematisch in Anlehnung an den sogenannten Public-Health-Action-Cycle eingeführt werden (siehe Abb. 27).

Abb. 27: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus (Rosenbrock, 1995, S. 140)



Dieser ist ein Regelkreis, bei dem vier Schritte Berücksichtigung finden sollten. Zunächst sollte jede Maßnahme, jede Aktion und jedes Projekt mit einer Problemdefinition bzw. -abschätzung und Prioritätensetzung beginnen (assessment). Basierend auf diesem ersten Schritt werden anschließend eine Strategie und erreichbare Ziele zwischen den Akteuren ausgehandelt und formuliert (policy formulation). Darauf folgt im dritten Schritt des Prozesses die Organisation der Umsetzung, die Umsetzung selbst und ihre Steuerung (assurance). Schließlich gilt es zu bestimmen, welche Wirkungen die Maßnahme hat oder haben soll und wie man diese messen kann. Mittels der Ergebnisse dieser Evaluation kann geprüft werden, ob die Maßnahme positive Veränderungen hervorgebracht hat, ob sie weiterlaufen soll, ob sie verändert oder abgebrochen werden muss (evaluation) (Rosenbrock, 1996). Die Einhaltung dieser Systematik ist nach Rosenbrock (1996) zwar noch keine Garantie für den Erfolg einer Maßnahme im Betrieb – wird aber als notwendige Bedingung verstanden. Viel bedeutender ist, was auf den vier Stufen des Regelkreises erfolgt, wie letztendlich Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden. Wesentliche Garantien für eine erfolgreiche Umsetzung sind Motivation und Bereitschaft der Beteiligten, das Instrument den gegebenen Bedingungen anzupassen sowie die Ressourcen, die in den Einrichtungen dafür zur Verfügung gestellt werden.

8.1 Erster Schritt: Bedarfsanalyse (assessment)

Im ersten Schritt muss zunächst festgestellt werden, wo die Bedarfe und die Bedürfnisse der Erzieher/innen liegen, sodass diese bei der Konzeption des BGM berücksichtigt werden können. Wie sieht das bei uns aus? Wo liegen unsere Schwerpunkte? Was wird bei uns als Ressource und was wird als Belastung empfunden? Dafür gibt es bereits ausgearbeitete Materialien von verschiedenen Institutionen.

Material für die Bedarfsanalyse

- Gefährdungsbeurteilung für Kindertageseinrichtungen – Handlungshilfe, Hrsg. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Bestellnummer S 50

8.2 Zweiter Schritt: Zielformulierung (policy formulation)

Konnten die Ressourcen und Belastungen der Kita identifiziert werden, so geht es im zweiten Schritt um die strategische Planung des BGM: Es sollten klare, umsetzbare und inhaltlich überprüfbare (Teil-)Ziele aufgestellt werden sowie eine operative Planung erfolgen: beispielsweise die Verteilung von Verantwortlichkeiten für einzelne Maßnahmen und die dispositive Planung, wozu die Zeit- und Budgetplanung gehören (Slesina & Bohley, 2011). So könnte z. B. zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Zielen differenziert werden, die es innerhalb definierter Zeitrahmen unter festgelegten Verantwortlichkeiten zu erreichen gilt. Hier bietet es sich an, auf das Instrument der Gesundheitszirkel zurückzugreifen, welches sich bereits als sehr wirksam bei der policy formulation erwiesen hat. Gesundheitszirkel sind Arbeitsgruppen, in denen sich für einen begrenzten Zeitraum Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter und/oder Führungskräfte und/oder betriebliche Gesundheitsexpertinnen und Gesundheitsexperten treffen, um gemeinsam über Arbeitsbelastungen und daraus resultierende gesundheitliche Beschwerden zu sprechen und Verbesserungsvorschläge zu entwickeln (Schröer & Reinhold, 2012). Sie sind eine Form der betrieblichen Kleingruppenarbeit, in der gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht „top-down“ bearbeitet werden, sondern durch die Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter selbst, angeleitet von einer Moderatorin bzw. einem Moderator. Im Voraus sollte festgelegt werden, wer an dem Gesundheitszirkel teilnimmt, wie oft er stattfinden wird, welche Themen angesprochen bzw. bearbeitet werden sollen und wie mit möglichen Lösungsvorschlägen umgegangen wird (Vogt, 2010, S. 247-252). In die Intervention sollte nach Khan (2005) „... der Träger von Beginn an einbezogen werden, da die Teilnahme am Gesundheitszirkel während der Arbeitszeit stattfindet und eventuell umfassendere Veränderungen mit den Entscheidungsträgern abgestimmt werden müssen.“ Am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Technischen Universität Dresden wurde innerhalb einer Studie begonnen, das Verfahren der Gesundheitszirkel an die Besonderheiten der Kindertagesstätte anzupassen. Dafür wurde ein Manual für die Durchführung von Gesundheitszirkeln entwickelt und ein spezifiziertes Seminar für die Qualifizierung der Moderatorinnen bzw. Moderatoren konzipiert (Seibt u. a., 2005).

8.3 Dritter Schritt: Umsetzung (assurance)

In der dritten Phase werden die aufgestellten Ziele umgesetzt, indem die dafür geplanten Aktivitäten (z. B. die Einführung einer bewegten Pause zur Bewegungsförderung am Arbeitsplatz) durchgeführt werden. Währenddessen sollten personelle Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für das BGM geklärt sein und möglichst nicht mehr verändert werden. Elementar für eine erfolgreiche Durchführung des BGM sind eine inhaltlich überprüfbare Zielsetzung und die Wahrnehmung des BGM als dauerhafte Führungsaufgabe. Unterstützend wirken regelmäßige Fort- und Weiterbildung von Führungskräften und Erzieherinnen und als Grundvoraussetzung gilt die Bereitstellung ausreichender Ressourcen (finanziell, personell, zeitlich, räumlich etc.) (Badura u. a., 2010).

8.4 Vierter Schritt: Bewertung (evaluation)

Der Zweck der letzten Phase, der Evaluation, ist die Beurteilung des Erfolges der Maßnahmen, wodurch das Vorgehen des BGM und dessen Zielerreichung begleitend (formativ) oder nach Abschluss (summativ) der Maßnahmen überprüft wird (Ulich & Wülser, 2010).

9 Betriebliches Gesundheitsmanagement in Kindertageseinrichtungen: Was bringt es? Wem nutzt es?

Nur gesunde und leistungsfähige pädagogische Fachkräfte können eine sichere und qualitativ hochwertige Betreuungs-, Bildungs- und Erziehungsarbeit leisten. Evidenzbasierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mit der Zielperspektive der „Gesunden Organisation“ sind daher von besonderer Bedeutung. Die Studie STEGE ging den Ursachen von berufsbedingten Erkrankungen am Arbeitsplatz Kindertageseinrichtung nach und liefert repräsentative Daten und wertvolle empirische Grundlagen für die Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Konzeptes zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) in Kindertageseinrichtungen. Sie unterstützt dadurch die Unfallkasse NRW bei der Verhütung von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und bietet sowohl Ansatzpunkte für gesundheitsgerechtes Arbeiten der pädagogischen Fach- und Leitungskräfte als auch für eine langfristige und nachhaltige Verankerung gesundheitsrelevanter Interventionen durch Träger und Verantwortliche der Politik. Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sind auf allen Systemebenen und für alle Akteurinnen und Akteure gewinnbringend. Aus dieser Perspektive sollten sie nicht als zusätzlicher Kostenfaktor, sondern als sinnvolle und unverzichtbare Investitionen verstanden und ihre Umsetzung mit hoher Priorität vorangebracht werden.

Auf der gesellschaftlichen bzw. politischen Ebene sind über Investitionen in die Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen (Personalschlüssel, mittelbare pädagogische Arbeitszeit, räumliche Ausstattung), die Aufwertung des Erzieherinnenberufes (bessere Entlohnung, Imagekampagnen) und durch die Unterstützung Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Anreizsysteme für BGM, Kassenzuschüsse oder kostenfreie Angebote für gesundheitserhaltende Kursangebote) eine bessere Gesundheit und Arbeitsfähigkeit des pädagogischen Personals und damit eine Verringerung von Frühberentungen, langen Krankheitszeiten und akuten wie chronischen Krankheiten erreichbar. Dies hat positive volkswirtschaftliche Effekte und entlastet das Gesundheitssystem. Mittelbar trägt die Erhaltung und Verbesserung gesundheitlicher Ressourcen von pädagogischen Fachkräften auch zur Verbesserung der pädagogischen Qualität von Kindertageseinrichtungen bei.

Für Träger von Kindertageseinrichtungen hat ein proaktives Betriebliches Gesundheitsmanagement positive Auswirkungen sowohl in betriebswirtschaftlicher als auch in fachlich-pädagogischer Perspektive. Dabei sollten Träger nicht nur strukturelle, arbeitsorganisatorische, ausstattungsbezogene und verhaltensorientierte Einzelmaßnahmen ergreifen, sondern auch und vor allem die konzeptionelle Fundierung und pädagogische Profilbildung ihrer Einrichtungen unterstützen. Eine verbesserte Gesundheit und Arbeitsfähigkeit ihres Personals verringert zum einen Personalausfälle und die damit verbundenen Kosten. Zum anderen lässt sich durch Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und durch Prozesse der pädagogischen Profilierung und Professionalisierung die Mitarbeiterzufriedenheit positiv beeinflussen, was sich mittel- und langfristig in geringeren Fluktuationsraten und einer verbesserten Arbeitsmotivation und -fähigkeit niederschlägt. Eine niedrigere Krankheitsrate, verbesserte Gesundheit und Arbeitsfähigkeit gehen mit einer Stabilisierung der Fachkraft-Kind-Relation einher. All diese Faktoren wirken sich wiederum positiv auf die professionelle Gestaltung der pädagogischen Prozesse und die Beziehungen zu Eltern und externen Kooperationspartnern aus und erhöhen so die Qualität des Angebots und die Reputation des Trägers und seiner Einrichtungen insgesamt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Fachkraft- und Leitungsebene können durch ein gezieltes Betriebliches Gesundheitsmanagement ihre gesundheitlichen Ressourcen und ihre Arbeitsfähigkeit erhalten und stärken. Aus Anpassungen im strukturellen und organisatorischen Bereich, dem Ausbau ihrer Mitgestaltungs- und Entscheidungsspielräume und der vom pädagogischen Konzept bzw. Profil ausgehenden Professionalisierung ihrer Arbeit resultieren ein gestiegenes Kompetenz- und Selbstwirksamkeitserleben, ein geringeres Stressempfinden, eine verminderte Krankheitsanfälligkeit und letztlich eine erhöhte Arbeitsmotivation und verbesserte Arbeitsfähigkeit.

Literatur

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (2012). Fehlzeiten-Report 2012: Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg Imprint: Springer.

Badura, B., Hehlmann, T. & Walter, U. (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation (2). Berlin [u. a.]: Springer.

Badura, B., Schellschmidt H. & Vetter C., (Hrsg.). (2004). Fehlzeiten-Report 2003: Wettbewerbsfaktor WorkLife-Balance. Betriebliche Strategien zur Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Privatleben. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin: Springer.

Bals, T., Hanses, A. & Melzer, W. (2008). Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings: Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten. Weinheim und München: Juventa.

Berger, J., Niemann, D., Nolting, H.-D., Schiffhorst, G., Genz, H. O. & Kordt, M. (2001). Stress bei Erzieher/innen: Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen. Hamburg: BGW & DAK.

Bertelsmann-Stiftung (2012). Länderreport Frühkindliche Bildungssysteme 2011 – Profile der Bundesländer – Nordrhein-Westfalen. Verfügbar unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-0A60BFA3-5E72FFD7/bst/xcms_bst_dms_35057_35058_2.pdf.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege/Deutsche Angestellten Krankenkasse (Hrsg.) (2001). Stress bei Erzieher/innen. Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen.

BKK (2008). BKK Gesundheitsreport 2008: Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen. Essen.

Bock-Famulla, K. & Lange, J. (2013). Länderreport Frühkindliche Bildungssysteme 2013. Transparenz schaffen – Governance stärken. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Buch, M. & Frieling, E. (2001). Belastungs- und Beanspruchungsoptimierung in Kindertagesstätten. Bericht des Instituts für Arbeitswissenschaft der Universität Kassel.

Buch, M. & Frieling, E. (2002). Ableitung und Evaluation von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen bei Erzieherinnen in Kindertagesstätten. In: Badura, B., Litsch, M. & Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2001 (S. 103-118). Berlin: Springer.

Budde, S. (2011). Die gesundheitliche Situation von Erzieher/innen – Zahlen, Daten, Fakten: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen.

De Palma, E. & Cialesi, R. (2003). Comparative Analysis of Minimum European Health Module and Questions Used in Europe. Rom: Italian National Institute of Statistics.

Faltermaier, T., (2005). Gesundheitspsychologie. Grundriss der Psychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Fuchs-Rechlin, K., (2007). Wie gehts im Job? KiTa-Studie der GEW. Frankfurt am Main: Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut/Universität Dortmund.

Fuchs, T. & Trischler, F., (2009). Arbeitsqualität aus Sicht von Erzieherinnen und Erziehern. Ergebnisse aus der Erhebung zum DGB-Index Gute Arbeit. Stadtbergen: INIFES – Internationales Institut für Empirische Sozialforschung.

GEW Nordrhein-Westfalen (2011). Stellungnahme der GEW NRW zum Referentenentwurf für ein 1. KiBiz-Änderungsgesetz. Verfügbar unter: http://www.gew-koeln.de/02/web03/bildungsbereiche/kita/gew_nrw_stellungnahme_kibiz.pdf.

Hepting, S. & Hüfner, G., (2004). Mitarbeiterinnen in Kindertagesstätten. Berufszufriedenheit und Änderungswünsche. Bayerischer Lehrer- und Lehrerinnenverband e. V.

Heß, K. & Buchholz, U. R., (2009). Alternsgerechtes Arbeiten in Kindertagesstätten. Handlungshilfe für Träger, LeiterInnen, MitarbeiterInnen und Interessenvertretungen. Dortmund.

Hurrelmann, K., (2006). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa.

IKK-Bundesverband (2006). IKKimpuls-Berufsreport Erzieherinnen und Erzieher. Bergisch Gladbach: IKK Bundesverband.

Kaltenbach, K., (2008). Kita im Wandel. Neue Anforderungen an Führungskräfte von Tageseinrichtungen für Kinder. Eine empirische Analyse. Masterthesis. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

Khan, A., (2005). Betriebliche Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten – Überprüfung der Eignung von Gesundheitszirkeln in einem Pilotprojekt. Technische Universität Dresden.

Khan, A., (2007). Berufliche Belastungsfaktoren in Kitas – Aktueller Erkenntnisstand zur Gesundheit der Erzieherinnen. Verfügbar unter: <http://www.rpi-loccum.de/download/khan.pdf> 14.10.2010.

Krause-Girth, C., (2011). Geschlechtsspezifische Prävention psychosozialer Probleme in städtischen Kindertagesstätten und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung und Gesundheit des pädagogischen Personals 2008-2010. Darmstadt: Hochschule.

Nagel-Prinz, S. & Paulus, P., (2012). Wie geht es Kita-Leitungen? Gesundheitliche Belastungen von Führungskräften in Kindertageseinrichtungen. Prävention und Gesundheitsförderung, 1-8.

Peter, R., (2002). Berufliche Gratifikationskrisen und Gesundheit. *Psychotherapeut*, 47(6), S. 386-398.

Pielsticker, G., Peters, T. (2007). *Lärmprävention in Kindertagesstätten*. Hrsg: Unfallkasse NRW und BGW. Köln: Druckhaus Süd.

Poschadel, B., Wegner, R., Rudow, B. & Baur, X., (2006). Burnout im Erzieherberuf. In: Wrbitzky, R. & Bader, M. (Hrsg.). 46. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. vom 22.-25. März 2006 in Hannover. Dokumentation (S. 150-154). Lübeck: DGAUM.

Robert Koch-Institut (2012a). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Berlin: Robert Koch-Institut.

Robert Koch-Institut (2012b). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Berlin: Robert Koch-Institut.

Rosenbrock, R., (1995). Public Health als Soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen*, 57(3), S.140-144.

Rosenbrock, R., (1996). Arbeit und Gesundheit: Elemente und Perspektiven betrieblicher Gesundheitsförderung: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).

Rudow, B., (2004a). Arbeitsbedingungen für Erzieher/innen: Hohe psychische Belastungen. *Bildung und Wissenschaft*, Juni 2004, S. 6-13.

Rudow, B., (2004b). Belastungen und der Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Erzieherinnen. Forschungsbericht im Auftrag der GEW Baden-Württemberg. Mannheim/Mühlhausen: Institut für Gesundheit und Organisation.

Rudow, B., (2005). Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Erzieherinnen in Sachsen-Anhalt. Forschungsbericht im Auftrag der Unfallkasse Sachsen-Anhalt. Merseburg & Viernheim.

Rudow, B., (2007). Arbeitsschutz, Belastungen und Belastungsbewältigung bei Erzieherinnen (ABBE-Projekt). Forschungsbericht im Auftrag des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen, der Max-Traeger-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung. Merseburg & Viernheim.

Schneewind, J., Böhmer, N., Granzow, M. & Lattner, K., (2012). Abschlussbericht des Forschungsprojektes „Studie zur Kompetenz und Zufriedenheit von Erzieherinnen in Niedersachsen“. Projekt der Forschungsstelle: Professionalisierung frühpädagogischer Fachkräfte an der Hochschule Osnabrück (Projektlaufzeit: 09/2010-10/2012). Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Wissenschaft und Kultur im Rahmen des Niedersächsischen Instituts für frühkindliche Bildung und Entwicklung (nifbe). Osnabrück.

Seibt, R., Khan, A., Thinschmidt, M., Dutschke, D. & Weidhaas, J., (2005). Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten. Einfluss gesundheitsförderlicher Maßnahmen auf die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten in Kindertagesstätten und Beiträge zur Netzbildung. Bremerhafen: Wirtschaftsverlag NW.

Slesina, W. & Bohley, S., (2011). Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Schott, T. & Hornberg, C. (Hrsg.). Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland. Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft (S. 619-633): VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Statistisches Bundesamt (2013). Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege. www.destatis.de. Zugriff am 01.03.2013.

Techniker Krankenkasse (2010). TK-Gesundheitsreport 2010. In: TK (Hrsg.). Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (Bd. 24). Hamburg: Techniker Krankenkasse.

Techniker Krankenkasse (2012). Gesundheitsreport 2012. Mobilität, Flexibilität, Gesundheit. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

Tietze, W. & Förster, C., (2005). Allgemeines pädagogisches Gütesiegel für Kindertageseinrichtungen. In A. Diller, H.-R. Leu & Th. Rauschenbach (Hrsg.), Der Streit ums Gütesiegel. Qualitätskonzepte für Kindertageseinrichtungen (S. 31-66). München: Verlag Deutsches Jugendinstitut.

Thinschmidt, M., (2010a). Belastungen am Arbeitsplatz Kindertagesstätte – Übersicht zu zentralen Ergebnissen aus vorliegenden Studien. In: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (Hrsg.). Ratgeber Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst (S. 17-26). Frankfurt am Main.

Thinschmidt, M., (2010b). Stand, Ergebnisse, Probleme und Perspektiven der Belastungs- und Gesundheitsforschung bei Erzieherinnen und Erziehern. Fachtagung „Gesunde Erzieherinnen und Erzieher. Starke Kinder. Oder: Wie Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kita gelingen kann.“ Potsdam: Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie. Brandenburg.

Thinschmidt, M., Grühne, B. & Hoesl, S., (2008). Forschungsbericht zur beruflichen und gesundheitlichen Situation von Kita-Personal in Sachsen. Ein Vergleich des Landkreises Torgau-Oschatz mit der Stadt Zwickau. Dresden: Technische Universität.

Ulich, E. & Wülser, M., (2010). Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Arbeitspsychologische Perspektiven: Gabler Verlag.

Viernickel, S., (2010). Anforderungen an die pädagogische Arbeit von Erzieherinnen in Tageseinrichtungen für Kinder. In: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (Hrsg.), Ratgeber Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst (S. 7-17). Frankfurt am Main.

Viernickel, S., Nentwig-Gesemann, I., Nicolai, K., Schwarz, S. & Zenker, L. (2013). Schlüssel zu guter Bildung, Erziehung und Betreuung. Bildungsaufgaben, Zeitkontingente und Rahmenbedingungen in Kindertageseinrichtungen. Berlin: Paritätischer Wohlfahrtsverband.

Viernickel, S. & Schwarz, S. (2009a). Schlüssel zu guter Bildung, Erziehung und Betreuung. Wissenschaftliche Parameter zur Bestimmung der pädagogischen Fachkraft-Kind-Relation. Expertise im Auftrag von: Der Paritätische Gesamtverband, Diakonisches Werk der EKD e. V., Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft. Berlin.

Viernickel, S., Voss, A., Mauz, E. & Schumann, M., (2013). STEGE – Strukturqualität und Erzieher_innengesundheit in Kindertageseinrichtungen. Unv. Abschlussbericht.

Vogt, U., (2010). Gesundheitszirkel, Workshops und Arbeitssituationsanalysen. In: Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation (S. 247-252). Berlin: Springer Verlag.

Witzel, A., (1985). Das Problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.). Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendung (S. 227-256). Weinheim: Beltz.

Zerssen, D. v., (1976). Die Beschwerden-Liste – Manual. Weinheim: Beltz Test GmbH.

Impressum

Herausgeber

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen
Sankt-Franziskus-Straße 146
40470 Düsseldorf
Telefon 0211 9024-0
E-Mail info@unfallkasse-nrw.de
Internet www.unfallkasse-nrw.de

Autorinnen

Prof. Dr. Susanne Viernickel, Alice Salomon Hochschule Berlin
Prof. Dr. Anja Voss, Alice Salomon Hochschule Berlin
Elvira Mauz, Robert Koch-Institut, Berlin
Maria Schumann, insa Gesundheitsmanagement GbR

Redaktion

Gabriele Pielsticker
Karin Winkes-Glüssenkamp

Gestaltung

Gathmann Michaelis und Freunde, Essen

Druck

Düssel-Druck, Düsseldorf

Bildnachweis

Präventionskampagne Dein Rücken

1. Auflage Februar 2014

5.000 Exemplare

Bestellnummer

PIN 55

Wir bedanken uns bei allen Kindertageseinrichtungen und pädagogischen Fach- und Leitungskräften in NRW, die durch ihre aktive Teilnahme die erfolgreiche Durchführung der Studie erst ermöglicht haben. Ihre Unterstützung hat dazu beigetragen, dass nun empirisch abgesicherte Daten und Ergebnisse vorliegen, aus denen alle Akteure bedarfsgerechte und qualifizierte Präventionsmaßnahmen ableiten und umsetzen können. Die Ergebnisse tragen weiterhin dazu bei, die Sensibilität für die Belastungen des pädagogischen Personals zu erhöhen und die gesellschaftliche Bedeutung der Arbeit im frühkindlichen Bildungsbereich hervorzuheben.

Gabriele Pielsticker
Projektleiterin, Unfallkasse NRW

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

Sankt-Franziskus-Str. 146
40470 Düsseldorf
Telefon 0211 9024-0
Telefax 0211 9024-355