



Thinschmidt / Gruhne / Hoesl

Forschungsbericht

zur beruflichen und
gesundheitlichen Situation von
Kita-Personal in Sachsen.

Ein Vergleich des
Landkreises Torgau-Oschatz
mit der Stadt Zwickau.



**TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN**

Institut und Poliklinik für
Arbeits- und Sozialmedizin



**Landkreis
Torgau-
Oschatz**



Gefördert durch das

**Sächsische
Staatsministerium für
Soziales**

im Rahmen der sächsischen
Gesundheitsziele



GESUNDE.SACHSEN

Impressum

Autorinnen:

Dipl.-Psych. Marleen Thinschmidt

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
der Technischen Universität Dresden
Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin
01307 Dresden, Fetscherstraße 74
Tel.: 0 351 - 458 29 84
Fax: 0 351 - 458 43 13
E-Mail: Marleen.Thinschmidt@mailbox.tu-dresden.de

Dipl.-Ing. (FH) Brit Grühne

Landkreis Torgau-Oschatz
Gesundheitsamt
04860 Torgau, Schlossstr. 27
Tel.: 0 34 21 – 75 89 2,
Fax: 0 34 21 – 75 89 05
E-Mail: Brit.Gruhne@LRA-TO.de

Dipl. Soz.-Päd. Simone Hoesl

Stadt Zwickau
Gesundheitsamt
08056 Zwickau, Werdauer Str. 62
Tel.: 0 375 – 83 53 30,
Fax: 0 375 – 83 53 53
E-Mail: Simone.Hoesl@zwickau.de

Unter freundlicher Mitarbeit von:

Steffen Krause, Ivonne Haut, Johannes Pietrzyk, Alexander Nowak, Stephanie Haase, Maike Lippmann
DS Christine Uischner, Ursula Richter,
Stefanie Kahle, Franziska Thyroff, Katharina Kscharmer

Mit freundlicher inhaltlicher Unterstützung:

AOK Sachsen
Barmer Ersatzkasse
Deutsche Angestellten Krankenkasse
IKK Sachsen
Unfallkasse Sachsen
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege
GlaxoSmithKline GmbH & Co.KG

Gefördert durch:

Sächsisches Staatsministerium für Soziales
Landratsamt Torgau-Oschatz

Gliederung

1	Einleitung	5
2	Ausgangssituation: Die Notwendigkeit betrieblicher Gesundheitsförderung bei Personal in Kindertageseinrichtungen	8
2.1	Pädagogisches Personal in Deutschland	8
2.2	Berufliche und gesundheitliche Situation von Kita-Personal in Deutschland ..	9
2.3	Aktueller Stand der Prävention und Gesundheitsförderung im Klein- und Mittelunternehmen Kindertageseinrichtung	10
2.4	Aktivitäten in Sachsen	12
3	Zielstellung des Gesundheitsberichts	14
4	Methodisches Vorgehen	16
4.1	Charakteristik der Stichproben	16
4.2	Methodisches Vorgehen.....	23
4.2.1	Mitarbeiterbefragung	23
4.2.2	Befragung Kita-Leitung (Interview).....	33
4.2.3	Betriebserlaubnisverfahren	34
4.2.4	Kindertagesstättenbedarfsplan des Jugendamts	34
4.2.5	Arbeitsunfähigkeits(AU)-Analysen gesetzlicher Krankenkassen	35
4.2.6	Arbeitsunfall- und Berufsunfähigkeitsgeschehen der Unfallversicherungsträger	35
4.3	Datenauswertung und statistische Verfahren	36
5	Charakterisierung der Vergleichsregionen	38
5.1	Geografische Lage	38
5.2	Demografische Situation	39
5.3	Sozioökonomische Situation	40
5.4	Charakteristik der Kita-Landschaft in den Vergleichsregionen	43
6	Ergebnisse	51
6.1	Aktuelle berufliche Situation	51
6.1.1	Berufsanamnese	51
6.1.2	Charakteristik der Tätigkeit.....	59
6.1.3	Arbeitszufriedenheit	68
6.1.4	Arbeits- und Gesundheitsschutz	71
6.2	Gesundheitliche Situation des Kita-Personals.....	78
6.2.1	Arbeitsunfähigkeitsgeschehen	78
6.2.2	Erkrankungen und Beschwerden	85
6.2.3	Gesundheitsrelevante Lebensweisen	93
6.2.4	Selbstbeurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit	95
6.2.5	Beanspruchungsfolgen	97
6.3	Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellungen.....	101
6.3.1	Rahmenbedingungen in den beiden Vergleichsregionen.....	101
6.3.2	Spektrum beruflicher Belastungen in den Vergleichsregionen	104
6.3.3	Gesundheitliche Situation in den Vergleichsregionen	107
6.3.4	Veränderungen der beruflichen und gesundheitlichen Situation des Kita-Personals in Torgau-Oschatz zwischen 2005 und 2007	110

7	Handlungsansätze zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen	115
7.1	Anforderungen an Prävention und Gesundheitsförderung	115
7.2	Ableitung des Handlungsbedarfs für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den Vergleichsregionen.....	117
7.3	Umsetzungsstrategien gesundheitsfördernder Maßnahmen für Beschäftigte in Kita.....	120
8	Literatur	125

1 Einleitung

Um qualitativ hochwertige Gesundheitsförderung in der Praxis zu ermöglichen, ist es notwendig, relevante Aspekte der Person und (beruflichen) Situation zu erheben und zu analysieren und daraus entsprechende Interventionen abzuleiten. Nach Brand & Evans (1998) hat sich als Basisinstrument der Gesundheitsförderung „Aktionskreis Gesundheit“ etabliert (Abb. 1.1).

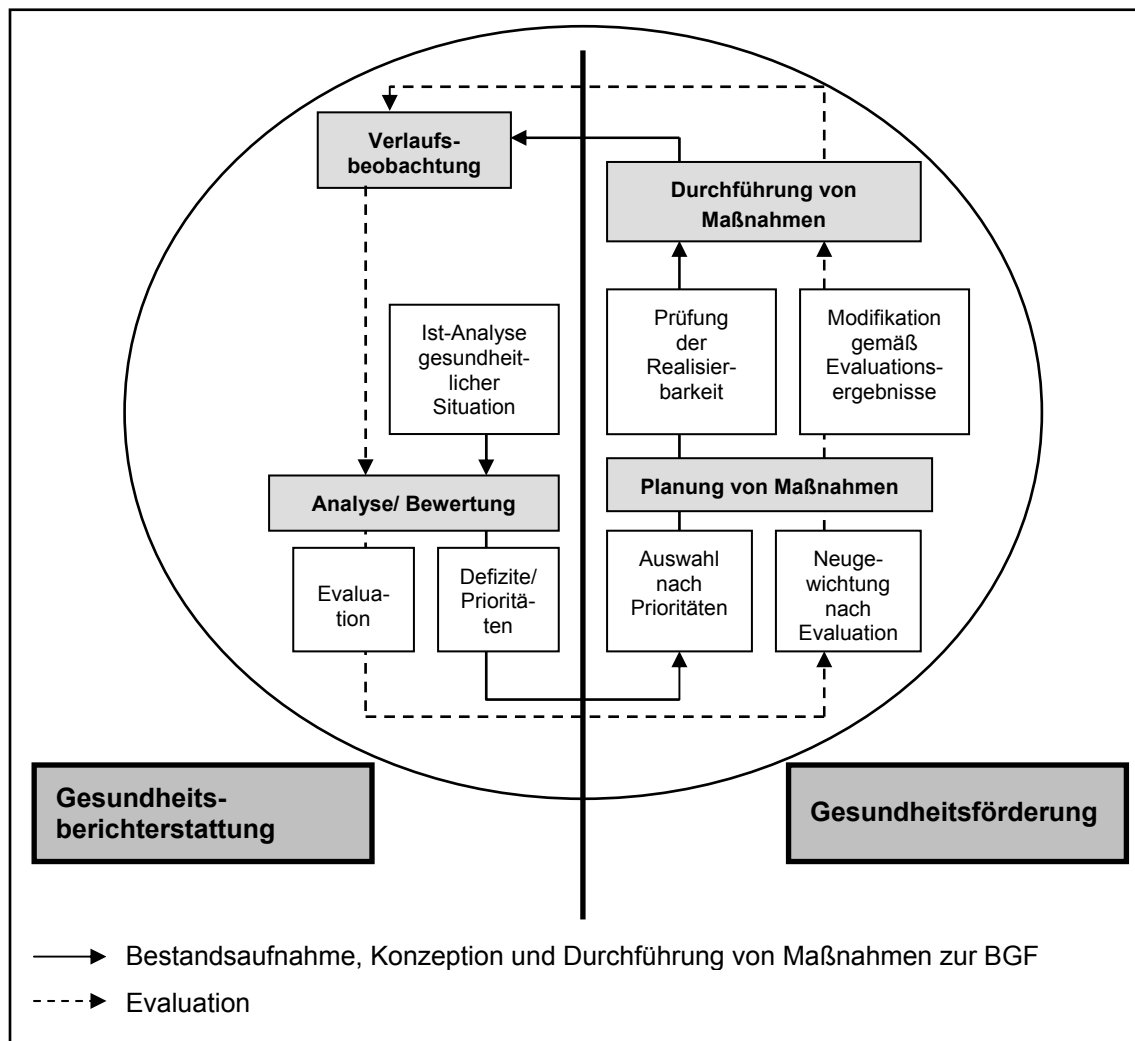


Abb. 1.1 „Aktionskreis Gesundheit“ (Brand & Evans, 1998)

Dazu werden datengeschützt aktuelle gesundheitsbezogene Probleme in Form eines *Gesundheitsberichts* erfasst. Um diese Angaben bewerten und daraus eine betriebliche Bedarfsanalyse für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ermitteln zu können, werden Arbeitsunfähigkeitsdaten von Krankenkassen aufgearbeitet und Ergebnisse von Arbeitsanalysen, Mitarbeitergespräche und ergonomische Untersuchungen herangezogen (Westermayer & Bähr, 1994). Im Anschluss an die Auswahl der dringendsten bzw. wichtigsten Probleme und der vorhandenen Defizite werden gesundheitsförderliche Maßnahmen geplant und durchgeführt (Bereich Gesundheitsförderung). Danach ist zu deren Bewertung (Evaluation) eine erneute Aufnahme dieser ursprünglichen Defizite oder Probleme, deren Analyse und Bewertung erforderlich,

um die Effektivität und Effizienz der durchgeführten Maßnahmen sicherzustellen (Bereich Gesundheitsberichterstattung).

Die **Gesundheitsberichterstattung** (GBE) allgemein *informiert* systematisch über die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung einer bestimmten Personengruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt (Hurrelmann & Murza, 1996, S. 8). Daraus wird gesundheitspolitischer Handlungsbedarf abgeleitet, der von praktischer Relevanz ist. Hier ist ein problemfokussiertes Vorgehen von Vorteil (Adler & Albota, 1996).

Im Rahmen einer kontinuierlichen Berichterstattung können Verläufe in der gesundheitlichen Entwicklung mit der Option auf Trendanalysen dargestellt werden, die eine frühzeitige Identifizierung von Risikogruppen ermöglichen (*Monitoring*). Des Weiteren plant, begleitet und *evaluiert* GBE die Umsetzung von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen der Gesundheitspolitik. Dazu werden Vorher-Nachher-Vergleiche herangezogen. In der Praxis muss hier jedoch beachtet werden, dass die Bereitstellung von Kontrollgruppen, die nicht an gesundheitsbezogenen Maßnahmen teilnehmen, zu organisatorischen und ethischen Schwierigkeiten führen kann (Adler & Albota, 1996).

Gesundheitsberichte wirken in diesem Zusammenhang auch auf die Zielgruppen, denn sie können die Adressaten für gesundheitsförderliches Handeln durch eine geeignete Themenwahl und Darstellungsform *sensibilisieren* und *motivieren* und damit direkt auf Verhalten einwirken. Renn & Thiele (1995) fordern für die Realisierung einer guten GBE, dass alle vorhandenen Informationen und Datenquellen sachgerecht genutzt werden müssen, „um lesbare, wissenschaftlich gestützte Interpretationen von wesentlichen gesundheitlichen Themen und Zusammenhängen zu erarbeiten und zielgruppenorientiert zu präsentieren“. Dadurch unterscheidet sich GBE von der Medizinalstatistik und der Epidemiologie, in der „nur“ das Sammeln und Dokumentieren von Fakten im Mittelpunkt stehe. Gesundheitsberichte haben damit nicht nur eine epidemiologische, sondern vor allem auch eine (wirtschafts-, gesundheits- und sozial-) politische Funktion. Diese Berichte dienen allen daran beteiligten Akteuren, wie z. B. Ministerien, Kommunalverwaltungen, Gesundheitsämtern sowie Verbänden und Selbstverwaltungseinrichtungen des Gesundheitswesens (Hurrelmann & Murza, 1996, S. 9). Blum (1992) betont, dass GBE bei sachgerechter Handhabung Basis für das gesundheitspolitische Handeln staatlicher Entscheidungsträger sein kann (die auf eine differenzierte Informationsbasis angewiesen sind). Auch eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheits- und Sozialwesen wird durch GBE unterstützt, die in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen und dem Zwang zur Prioritätensetzung immer mehr an Bedeutung gewinnt – damit übernimmt GBE *koordinative* Funktionen (Adler & Albota, 1996).

GBE findet neben der europäischen, nationalen und Länderebene auch auf *regional-kommunaler Ebene* statt, wird dort jedoch eher selten initiiert. Eine wichtige Rolle für die regionale GBE stellt der Öffentliche Gesundheitsdienst dar - dabei insbesondere die Gesundheitsämter, die „vor Ort“ den Gesundheits- und Krankheitsstatus der Menschen auf die Struktur des regionalen Systems beziehen können. Allerdings wurde die regionale GBE im Vergleich zu den anderen Ebenen erst seit Anfang der 90er Jahre durch Forschungsvorhaben unterstützt und bedarf daher weiterer wissenschaftlicher Förderung.

Dabei verfolgt eine regionale GBE nach Hurrelmann & Murza (1996, S. 21) folgende hier aufgeführten Ziele:

- die Verbesserung gesundheitlicher Versorgungsnetze,
- die Analyse von Versorgungslücken und Gestaltung neuer Versorgungsstrukturen,
- die stärkere Hinwendung zu sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und
- die Intensivierung der Gesundheitsförderung.

Der vorliegende Gesundheitsbericht verfolgt neben der regionalen auch eine branchenspezifische Ausrichtung, denn er vergleicht die berufliche und gesundheitliche Situation von Kita-Personal des Landkreises Torgau-Oschatz und der Stadt Zwickau.

2 Ausgangssituation: Die Notwendigkeit betrieblicher Gesundheitsförderung bei Personal in Kindertageseinrichtungen

2.1 Pädagogisches Personal in Deutschland

Seit PISA sind Kindertageseinrichtungen als erste sozialisierende Institution verstärkt ins öffentliche Bewusstsein getreten (Rudow, 2004a). Insgesamt ist im Feld der Kinderbetreuung in den letzten Jahren eine hohe Dynamik im Sinne eines allgemeinen Ausbaus der Betreuungskapazitäten festzustellen (DJI, 2005). Unter Federführung der Regierungskoalition aus CDU/CSU und SPD einigten sich Bund, Länder und Kommunen am 02.04.2007 darauf, die Kapazitäten der Kinderbetreuung stark auszubauen, insbesondere für Kinder unter drei Jahren. Hier sollen die Betreuungsangebote bis 2013 auf 750.000 Plätze in Kindertagespflege oder in Tageseinrichtungen erhöht und damit verdreifacht werden. Das zieht einen gesteigerten Bedarf an qualifiziertem Personal nach sich. Schon jetzt sind Erzieherinnen und Erzieher nach Lehrerinnen und Lehrern die zahlenmäßig größte Berufsgruppe im gesamten Bildungs-, Sozial- und Erziehungswesen. Generell ist in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Beschäftigtenzahlen im Bereich Kinderbetreuung zu verzeichnen, dabei insbesondere im Bundesgebiet West (Tab. 2.1). In Sachsen waren 2005 ca. 22.700 Erzieherinnen und Erzieher sozialversicherungspflichtig beschäftigt (Frauenanteil: 98,7 %; IAB, 2007).

Tab. 2.1 Beschäftigtenzahlen und Altersverteilung bei Kita-Personal seit 1999 in der BRD (IAB, 2007)

Beschäftigtenstruktur	1999	2001	2003	2005	2006
Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte [Anzahl]	338.863	347.183	362.399	374.512	379.195
- davon Bundesgebiet West	247.352	258.347	274.459	286.753	289.829
- davon Bundesgebiet Ost	91.511	88.836	87.940	87.759	89.366
Altersbereiche [%]					
- unter 25 Jahre	10,1	9,7	8,9	7,2	6,6
- 25 - 35 Jahre	30,7	27,9	26,3	25,8	25,5
- 35 – 50 Jahre	47,0	48,7	48,9	47,6	46,6
- 50 Jahre und älter	12,2	13,7	15,9	19,4	21,4

Die Betrachtung der Altersverteilung des pädagogischen Personals macht jedoch auch in dieser Berufsgruppe den demografischen Wandel deutlich – während der Anteil an Personal ab 50 Jahren kontinuierlich zunimmt und diese Fachkräfte ihrem Ruhestand entgegensehen, sinkt der Anteil der unter 35-Jährigen gleichzeitig ab (Tab. 2.1). Hier wird in der Zukunft mit einem Nachwuchsproblem zu rechnen sein.

Kindertageseinrichtungen (Kita) stellen die erste öffentliche Ebene des Bildungssystems dar und dürfen nicht nur als Betreuungseinrichtungen (miss)verstanden werden. Vor dem Hintergrund einer komplexeren gesellschaftlichen Wirklichkeit und damit einhergehenden unterschiedlichen Bedingungen, unter denen Kinder heute aufwachsen,

haben sich die Anforderungen an das Erzieherpersonal in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht (DJI, 2005, S. 183). So sollen sie präventiv mit Kindern und ihren Familien arbeiten, die sprachliche Entwicklung der Kinder effektiver unterstützen, die Kinder besser auf den Schuleintritt vorbereiten, zu den Eltern eine partnerschaftliche Beziehung aufbauen, mit anderen Personen bzw. Stellen kooperieren und parallel dazu ihre eigene Arbeit permanent selbst reflektieren, um nur einige Schwerpunkte der täglichen Arbeit zu nennen. Die Qualitätsdebatte wurde auf allen Ebenen geführt und es wurden zahlreiche Kriterien, Vorschläge für deren Evaluation sowie Manuale für Qualitätsentwicklung und -management veröffentlicht (DJI, 2005). Vor allem der Bildungsauftrag von Kindertageseinrichtungen erhielt besondere Aufmerksamkeit und in allen 16 Bundesländern wurden innerhalb kürzester Zeit „curriculare Vorgaben für den frühpädagogischen Bereich entwickelt“ (DJI, 2005, S. 9f).

Das Sächsische Kindertagesstättengesetz (2001) und der damit im Zusammenhang stehende Sächsische Bildungsplan, der seit 01.01.2007 verbindliche pädagogische Standards setzt, stellen hohe Ansprüche an die *Qualität* der Betreuung, Bildung und Erziehung der Kinder und fordert von Trägern und Personal die Güte ihrer Arbeit ständig zu hinterfragen. Derzeit werden Qualitätsstandards in sächsischen Kita eingeführt. Bis Ende des Jahres 2007 mussten die sächsischen Kita dem Landesjugendamt mitteilen, nach welchem Qualitätssicherungskonzept die Kita verfahren will.

2.2 Berufliche und gesundheitliche Situation von Kita-Personal in Deutschland

Im Sächsischen Bildungsplan (2007) spielt die somatische Bildung der betreuten Kinder und dabei die Sicherung von Gesundheit und Wohlbefinden eine grundlegende Rolle. Die Gesundheit der Kita-Beschäftigten stellt jedoch ebenfalls die wesentliche Voraussetzung für gute Arbeitsfähigkeit dar und muss daher nicht nur erhalten, sondern auch gefördert werden (Seibt et al., 2001, 2004a, 2005). Denn nur leistungsfähige, gesunde und zufriedene Erzieherinnen und Erzieher können eine gute Betreuungsarbeit für Kinder leisten. In der arbeitswissenschaftlichen Praxis erhielten die Arbeits- und Organisationsbedingungen in Kita sowie der Arbeitsschutz und die Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher jedoch erst in den letzten Jahren zunehmend Beachtung. Mitte der 1990er Jahre waren Forschungsaktivitäten zu Erzieherinnen und Erziehern mit der Untersuchung von Motiven zur Berufsbindung von Rieder-Aigner (1994) bzw. von Belastungserleben in Abhängigkeit vom Alter von Gebser (1996) zu verzeichnen. Jedoch erst mit der im Jahr 1999 initiierten „Kasseler Studie“ von Buch & Frieling (2001, 2002) wurde mit der Untersuchung von Belastungsfaktoren und des Gesundheitszustands von Kita-Personal die arbeitswissenschaftliche Bearbeitung dieser Thematik verstärkt. Inzwischen wurden auch von anderen Forschungsgruppen diesbezüglich Untersuchungen durchgeführt, bei denen aber hauptsächlich eine Darstellung berufsbedingter Belastungsfaktoren und gesundheitlicher Risiken erfolgte (z. B. Hoffmann-Steuernagel 2002; Schad, 2002; Wolters et al., 2002; Rudow 2004a, b). Im Gesamtvergleich des Öffentlichen Dienstes fallen Erzieherinnen und Erzieher durch überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Ausfallzeiten auf, die zu fast 40 % durch Muskel- und Skeletterkrankungen verursacht werden (Schad, 2002). Dies weist auf belastende Arbeitsbedingungen hin, die Handlungsbedarf entstehen lassen.

Die berufliche Tätigkeit von Erzieherinnen und Erzieher ist durch erhöhte psychoneurale und vielfältige sozial-kommunikative Anforderungen gekennzeichnet. Dabei treten

weniger einzelne, besonders starke Belastungen auf, sondern vielmehr dominiert das Zusammenspiel vieler gering ausgeprägter Belastungen, die sich in ihrer negativen Wirkung summieren (Schad, 2002). Neben den regulären Betreuungs- und Erziehungsaufgaben sind Erzieherinnen und Erzieher mit vielfachen zusätzlichen Anforderungen konfrontiert, die teilweise als inhaltliche Überforderung erlebt werden. Diese ergeben sich aus der veränderten Marktsituation (z. B. erhöhter Wettbewerb, Zertifizierungen für Qualitätssicherung, eigenständiges Management) sowie aus erhöhten pädagogischen Anforderungen, wie die Dokumentation der Entwicklung der betreuten Kinder und den dadurch entstehenden Fort- und Weiterbildungserfordernissen (z. B. durch Bildungscurricula der Länder). Des Weiteren wurden die hohe Sprechbelastung sowie das Fehlen von Räumen für Kleingruppenarbeit oder als Rückzugsmöglichkeiten für die Erzieherinnen und Erzieher bemängelt. Darüber hinaus zeigen arbeitswissenschaftliche Untersuchungen, dass die Lärmbelastung in Kita teilweise über den gesetzlichen Grenzwerten liegt (Buch & Frieling, 2002; Fischer, 2007), die Arbeitsumgebung häufig nicht gesundheitsförderlich gestaltet ist oder keine erwachsenengerechten Arbeitsmittel bzw. Möbel verfügbar sind (BBK-BV, 1996; Netz, 1998). Buch & Frieling (2002) zeigen auch, dass in Kasseler Kita nur 32 % aller sitzenden Tätigkeiten in „normaler Sitzhaltung“ ausgeführt werden. Außerdem fühlen sich Erzieherinnen und Erzieher durch zu hohe Gruppenstärken, ungünstige bzw. lange Arbeitszeiten, Schwierigkeiten im Umgang mit Eltern sowie Personalmangel stark beansprucht (BBK-BV, 1996). In Folge dessen kommt es zu negativen Beanspruchungsreaktionen in Form von physischen und psychischen Erschöpfungssymptomen wie Rücken- und Nackenschmerzen, Stimmproblemen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen und Nervosität sowie „Stress“ (erlebte Hilflosigkeit) oder Komponenten des Burnout-Syndroms und psychischer Sättigung (Bamberg, 1995; Rudow, 2004a, b; Seibt et al., 2005; Thinschmidt & Gruhne, 2006).

Neben den Belastungsfaktoren konnten in verschiedenen Studien jedoch auch zahlreiche Ressourcen - also Schutzfaktoren - im Erzieherinnen- und Erzieherberuf ermittelt werden (Rudow, 2004a, b). Diese reichen über soziale Aspekte wie direkte Arbeit mit Kindern, Kommunikation und Unterstützung durch Kollegen/Vorgesetzte (Frank & Botzet, 1998; Thinschmidt & Gruhne, 2006) bis hin zu organisationalen Ressourcen wie Partizipationsmöglichkeiten, zeitlichen und inhaltlichen Freiheitsgraden (Thinschmidt & Gruhne, 2006; Weinert, 1998) und einen hohen Grad an Verantwortung (Frank & Botzet, 1998). Als wichtige persönliche Ressourcen für lösungsorientiertes Handeln gelten berufliche Kompetenz und Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Weinert, 1998; Khan, 2000) sowie die Identifikation mit dem Beruf (van Dick & Wagner, 2001).

2.3 Aktueller Stand der Prävention und Gesundheitsförderung im Klein- und Mittelunternehmen Kindertageseinrichtung

Prävention und *Gesundheitsförderung* sind in Psychologie, Medizin und Soziologie häufig parallel gebrauchte Bezeichnungen für Interventionen, die der Verbesserung des Gesundheitszustandes von Personengruppen dienen. Dabei fokussiert die Prävention nach Caplan (1964) die Verhinderung (*primäre Prävention*), Behandlung (*sekundäre Prävention*) und Rehabilitation (*tertiäre Prävention*) von Erkrankungen bei Risikogruppen. Gesundheitsförderung hingegen basiert auf dem salutogenetischen Ansatz (Antonovsky, 1987) und bezieht prinzipiell alle Personen in Maßnahmen mit ein, also auch solche ohne Risikostatus. Dabei richten sich die entsprechenden Inter-

ventionen nicht nur auf die Reduktion von Risikofaktoren, sondern gegen Verhaltensweisen und Bedingungen, die eine Entstehung von Risiken begünstigen bei gleichzeitiger Förderung gesundheitlicher Ressourcen. Speziell in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) geht es darum, Bedingungen, Prozesse und Organisationsabläufe in Unternehmen so zu gestalten, dass die Tätigkeit zu Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten beiträgt und diese zu mehr Gesundheitsbewusstsein motiviert werden (Arbeitnehmerkammer Bremen, 2003). Effektive betriebliche Gesundheitskonzepte orientieren sich daher sowohl auf gesundheitliche und berufliche Risiken als auch auf Ressourcen und deren Nutzung. Das macht die Kombination von *verhältnis-* (bedingungsbezogen) und *verhaltenspräventiven* (personenbezogen) Maßnahmen notwendig, denn nur ein Zusammenwirken beider Ansätze ermöglicht es, Arbeits- und Gesundheitsschutz wirkungsvoll und nachhaltig zu etablieren (Göpfert et al., 2004). Die wichtigsten innerbetrieblichen Akteure in der BGF sind der Arbeitgeber und die Beschäftigten, unterstützt durch betriebsärztliche und sicherheitstechnische Expertise. Zu den wichtigsten überbetrieblichen Akteuren zählen neben den Krankenkassen (auf Grundlage von § 20 SGB V) auch die Unfallversicherungsträger (auf Grundlage von § 14 SGB VII) und die Arbeitsschutzbehörden.

Betriebliche Gesundheitsförderung hat derzeit eine ansehnliche Reife erlangt. Gleichwohl ist festzustellen, dass kleine Betriebe – und dazu gehören auch Kita – in Projekten zur BGF unterrepräsentiert sind. Man hat erkannt, dass gängige Projekte der BGF für Großunternehmen entwickelt wurden, die hinsichtlich der dazu notwendigen Organisationsstrukturen günstigere Voraussetzungen bieten als kleine Betriebe (ausgebauter Arbeits- und Gesundheitsschutz, Personal-, Organisations- und Gesundheitsmanagement; Gieseke, 2005). Diese Programme sind nicht ohne weiteres auf Klein- und Mittelunternehmen (KMU) übertragbar. Die Organisation in KMU ist wenig differenziert, es liegen relativ wenig Erfahrungen im Projektmanagement vor, der Arbeits- und Gesundheitsschutz ist wenig formalisiert und Spitzenbelastungszeiten oder Krankstände können den gesamten Betriebsablauf verändern (Steinfeld et al., 2004). Die Vielzahl kleiner und mittlerer Betriebe lässt zwangsläufig die Frage nach branchenbezogenen Verfahren aufkommen (Gieseke, 2005).

Um wettbewerbsfähig zu bleiben und eine gute Qualität der Arbeit zu sichern, muss ein Betrieb kundenorientiert arbeiten – für den Betrieb Kindertagesstätte bedeutet das „Kinderorientierung“. Eine erfolgreiche Umsetzung dieser bewährten betriebswirtschaftlichen Strategie besagt, dass vorab eine mitarbeiterorientierte Arbeitsweise zu verfolgen ist. Im KMU Kita wird jedoch der Mitarbeiter oft nicht als die entscheidende Größe für Wettbewerbsfähigkeit und Qualitätssicherung verstanden. Wenn Erzieherpersonal während der Ausübung ihrer Tätigkeit unzufrieden ist und negative Beanspruchungsfolgen wie Stress und Burnout aufweist, kann es schwer kinderorientiert arbeiten (Claes et al., 2003).

Für Erzieherinnen und Erzieher ist der *Arbeitsschutz* durch das Arbeitsschutzgesetz von 1996 und das Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 geregelt. Neben Unfallverhütung und Arbeitssicherheit umfasst moderner Arbeitsschutz heute auch medizinische und psychologische Gesundheitsvorsorge und -förderung. Entsprechend dem Arbeitsschutzgesetz ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz seiner Beschäftigten während der Arbeit zu sichern und zu verbessern, indem die aktuellen arbeitsbedingten Gefährdungen der Beschäftigten beurteilt, daraus angemessene Maßnahmen zu ihrer Vermeidung abgeleitet und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden müssen. Dies muss unter der Berücksichtigung aktueller arbeitswis-

senschaftlicher Erkenntnisse geschehen. Des Weiteren wird ein umfassender Arbeits- und Gesundheitsschutz im Sinne eines betrieblichen Gesundheitsmanagements gefordert. Dies scheiterte in Kita bislang oft an der Unkenntnis dieser gesetzlichen Pflicht und fehlenden Handlungsanleitungen. Die meisten Träger der Einrichtungen sind mit dieser wichtigen Aufgabe überfordert. Aus diesem Grund ist eine beratende und steuernde Unterstützung „von außen“ notwendig (Gieseke, 2005). Hinzu kommt, dass das notwendige Methodeninventar zur Erfassung psychischer Belastung im pädagogischen Bereich oder zur Beurteilung der Arbeits- und Organisationsbedingungen in Kita bisher weder ausreichend entwickelt noch validiert ist (Lehmann, 1999).

Folglich existieren auch kaum wirkungsvolle Präventionskonzepte für die Berufsgruppe der Erzieherinnen und Erzieher, obwohl für das Setting Kindertageseinrichtung eine große Anzahl von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung entwickelt wurden. Die Zielgruppe der Erzieherinnen und Erzieher ist kaum oder nur indirekt berücksichtigt, wie z. B. in Fort- und Weiterbildungen zu inhaltlich ausgewählten Themen (z. B. Ernährung, Bewegung, Unfallprävention, Göpfert et al., 2004). Es fehlt bei diesen Projekten oft eine ganzheitliche Sichtweise, obwohl man sich gerade in diesem Setting dieser Herausforderung stellen und mit entsprechenden Programmen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung Vorschulkinder, Erzieherpersonal und Eltern sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventiv erreichen sollte.

2.4 Aktivitäten in Sachsen

Zur Überwindung dieses Defizits zwischen Bedarf und konkreten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ist es notwendig, Flexibilität in der Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis zu erreichen. Zur Lösung dieser Aufgabenstellung erwiesen bzw. erweisen sich Netzwerke als besonders geeignet. Der Gesundheitsförderung in Kita auf der Basis enger Kooperation von Forschung und Praxis hatte sich das ab September 2003 am Institut und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der TU Dresden durch die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) geförderte Projekt *„Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertageseinrichtungen“* verschrieben (Seibt et al., 2005). Auf sächsischer Ebene wurde in diesem Rahmen das „Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen“ gegründet. Das genannte Projekt (Laufzeit: 09/2003 – 12/2004) strebte zum einen die modellhafte Einführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen in ausgewählten sächsischen Einrichtungen an, zum anderen sollte die strukturelle Verankerung dieses Ansatzes bei den Akteuren in der Praxis erreicht werden. Ein weiteres Ziel bestand darin, mit Hilfe von *verhaltens- und verhältnisorientierten* Verfahren Fehlbelastungen bei Beschäftigten in Kita durch die Verbesserung der Arbeits- und Organisationsbedingungen abzubauen und die Erzieherinnen und Erzieher für gesundheitsbewusstes Verhalten zu sensibilisieren. Sowohl für die Förderung persönlicher Ressourcen als auch für die Optimierung der Arbeitsumgebung wurde eine effektive Kombination von Diagnostik und Intervention als entscheidend angesehen. Mit umfangreichen Verfahren wurden im Verlauf des Projekts acht Kita (N = 82 Personen) aus dem Landkreis Torgau-Oschatz und dem Raum Dresden untersucht und erfolgreich Gesundheitszirkel in den Einrichtungen durchgeführt.

Eine Schlussfolgerung dieses Pilotprojektes war die Forderung nach weiteren wissenschaftlichen Studien zur Evaluierung der berufsbedingten und personenbezogenen Einflussfaktoren auf Gesundheit und Wohlbefinden von Erzieherinnen und Erziehern. Zur Erreichung dieses Zieles wurde eine fortlaufende Zusammenarbeit zwischen Wis-

senschaft und Praxis als dringend erforderlich angesehen. Diesen Ansatz verfolgt auch die sächsische Sozialpolitik mit ihrem **Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“**. Neben „Ernährung“, „Bewegung“, „Förderung der Lebenskompetenz“, „Mundgesundheit“, „Sprachförderung“, „Impfschutz“ und „Strukturentwicklung“ gehört auch die Verbesserung der *„Erzieherinnen- und Erziehergesundheit“* zu den Handlungsfeldern dieses wichtigen und umfangreichen Vorhabens (Sächsisches Staatsministerium für Soziales, 2007). Die dazu notwendige Vernetzung der in diesem Setting tätigen Institutionen wurde im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft realisiert.

Die Arbeitsgemeinschaft „Erzieherinnen- und Erziehergesundheit“ hat sich dabei folgende Ziele gesteckt:

1. **Erarbeitung eines Konzepts** zur Erstellung einer **regionalen Struktur** sowie von **Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung** im Erzieherinnen- und Erzieherberuf
2. **Implementierung einer gesundheitsförderlichen Struktur** in Sachsen
 - a. auf *regionaler Ebene für* in Kindertageseinrichtungen *tätige Erzieherinnen und Erzieher* (Zusammenfassung in Form einer Handreichung)
 - b. in der Professionalisierung der *Ausbildung von pädagogischen Fachkräften* mit Studienschwerpunkt „frühkindliche Bildung“ in Sachsen

Als empirische Basis dient dabei der Landkreis Torgau-Oschatz, in dem bereits erste Schritte unternommen wurden, eine solche Struktur zu schaffen. Dazu arbeiten seit 2003 das Gesundheitsamt des Landkreises mit der Technischen Universität Dresden (Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin) zusammen. Im Mittelpunkt des Vorhabens stehen die MitarbeiterInnen, insbesondere die Erzieherinnen und Erzieher in Kindertageseinrichtungen, deren gesundheitliche und arbeitssicherheitstechnische Situation und die Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung in diesem Setting. Zur Ermittlung der Ausgangssituation erfolgte im Sommer 2005 eine Mitarbeiterbefragung, an der alle MitarbeiterInnen der Kita des Landkreises teilnehmen konnten. Die Befragungsergebnisse wurden im Rahmen des „1. Berichts zur beruflichen und gesundheitlichen Situation von Kita-Personal im Landkreis Torgau-Oschatz“ aufgearbeitet und vorgestellt (Thinschmidt & Gruhne, 2006) und dienten als Grundlage für die Erarbeitung eines Konzepts zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Kita. Diese Interventionsmaßnahmen bieten neben verhältnispräventiven Maßnahmen insbesondere verhaltenspräventive Module zur Stärkung der Kompetenz der einzelnen Kita-Mitarbeiterin und des -Mitarbeiters an (vgl. Kap. 6). Des Weiteren wurde ein Vorschlag für die Entwicklung einer regionalen Struktur erarbeitet, die Wettbewerbsfähigkeit, Qualitätssicherung und Gesundheitsförderung im Setting Kita betont.

Aufgrund zeitlicher und finanzieller Hindernisse konnte mit einer systematischen Umsetzung dieses Konzepts erst im Herbst 2007 begonnen werden und eine Evaluierung steht noch aus.

3 Zielstellung des Gesundheitsberichts

Im Rahmen der Implementierung eines systematischen Gesundheitsmanagements für Kita-Personal im Landkreis Torgau-Oschatz wurde die Erstellung eines zweiten Gesundheitsberichts beschlossen. Kern dieses zweiten Berichts stellt wiederum eine Befragung der Kita-MitarbeiterInnen des Landkreises dar, die im Frühjahr/Sommer 2007 durchgeführt wurde.

Da sich die bisherigen Forschungsaktivitäten bis zum Beginn des Jahres 2007 nur auf den Landkreis Torgau-Oschatz beschränkten, eine Region mit ländlichem Charakter, sind daher sowohl die Befragungsergebnisse des ersten Gesundheitsberichts als auch die abgeleiteten Maßnahmen zur BGF von Thinschmidt & Gruhne (2006) auf diesen zu relativieren. Ziel sollte es jedoch sein, in einem überregionalen Ansatz eine Datengrundlage aus ländlichen und urbanen Gebieten zu sammeln, um eventuell auftretenden regionalen Besonderheiten in der Erstellung gesundheitsförderlicher Strukturen Rechnung tragen zu können.

In diesem Zusammenhang ergab sich im Rahmen des Gesundheitsziele-Prozesses und der finanziellen Förderung durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales die Möglichkeit, gemäß der Zielstellung der AG „Erzieherinnen- und Erziehergesundheit“ eine Vergleichsregion - die Stadt Zwickau - in die Untersuchung mit einzubeziehen.

In der **ersten Zielstellung** des Vorhabens soll die berufliche und gesundheitliche Situation von Kita-Personal des Landkreises Torgau-Oschatz mit der Situation von Kita-Personal der Stadt Zwickau verglichen werden (**regionaler Vergleich**), und zwar unter Verwendung der gleichen Erhebungsinstrumente, die auch im Landkreis Torgau-Oschatz zum Einsatz gekommen sind.

Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden:

1. Welche Rahmenbedingungen herrschen in den beiden Vergleichsregionen vor?
2. Existieren regionale Unterschiede in der Charakteristik des Belastungsspektrums in den Kita?
3. Unterscheidet sich die gesundheitliche Situation der Kita-Beschäftigten in den beiden Vergleichsregionen?
4. Besteht ein Bedarf an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung? Wenn ja, welche Maßnahmen werden von den Erzieherinnen und Erziehern gewünscht? Gibt es hier regionale Unterschiede?

Dieser Gesundheitsbericht steht jedoch auch unter einer **zweiten Zielstellung**, die den Vergleich der beruflichen und gesundheitlichen Situation des Kita-Personals im Landkreis Torgau-Oschatz zwischen 2005 und 2007 thematisiert (**zeitlicher Vergleich**). Dabei soll folgende Fragestellung beantwortet werden:

5. Haben sich die berufliche und gesundheitliche Situation des Kita-Personals im Landkreis Torgau-Oschatz von 2005 zu 2007 verändert?

Dieser Gesundheitsbericht soll mittelfristig dazu dienen, die Beschreibung der aktuellen Situation von Kita-Beschäftigten auf eine breitere und damit repräsentativere Basis zu stellen und diese in der Konzeption von praxisnahen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Kita-Beschäftigte im gesamten Freistaat Sachsen zu berücksichtigen.

Weiterhin soll langfristig die Entstehung einer neuartigen Vernetzung zwischen verschiedenen Akteuren im Setting Kita vorangetrieben werden. Dieser Gesundheitsbericht strebt eine modellhafte Einführung und somit eine Bewältigung dieser umfangreichen und komplexen Koordinierung verschiedener Aktivitäten. So kann auch überregional auf die Entwicklung der Gesamtorganisation - im Sinne der Gesamtheit aller Kita im Freistaat Sachsen - positiv Einfluss genommen werden.

4 Methodisches Vorgehen

Die Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Kindertageseinrichtungen wurden im Landkreis Torgau-Oschatz sowie in der Stadt Zwickau durchgeführt. Im Frühjahr/Sommer 2005 fand die erste Mitarbeiterbefragung in Torgau-Oschatz¹ statt, zwei Jahre später im Frühjahr/Sommer 2007 die zweite. Zum selben Befragungszeitpunkt wurde auch in der Stadt Zwickau erstmalig das Kita-Personal befragt. Die Erstellung des Gesundheitsberichts wurde in Kooperation zwischen dem Institut und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der TU Dresden und den regional ansässigen Gesundheitsämtern durchgeführt.

4.1 Charakteristik der Stichproben

Beteiligung

Die Resonanz in den beiden Vergleichsregionen zu einer Teilnahme an der Mitarbeiterbefragung ist sehr unterschiedlich ausgefallen. Im Landkreis Torgau-Oschatz war sowohl 2005 als auch 2007 eine große Bereitschaft der Kita-Beschäftigten festzustellen, was sich an den für humanwissenschaftliche Forschung unüblich hohen Teilnehmerquoten von jeweils drei Vierteln der Beschäftigten äußert (Tab. 4.1). In Zwickau fiel die Beteiligung an der Mitarbeiterbefragung 2007 mit ca. einem Drittel zwar deutlich geringer aus ($p = .000$), entspricht jedoch den Erwartungen in diesem Forschungsgebiet. Während im Landkreis Torgau-Oschatz von einer repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden kann, ist diese in Zwickau nicht anzunehmen. Das muss bei der Interpretation der Ergebnisse beachtet werden.

Die Gründe für die geringere Beteiligung der Zwickauer Kita-Beschäftigten an der Mitarbeiterbefragung sind zum einen in der auf verschiedenen Gründen beruhenden ablehnenden Haltung einiger Einrichtungsträger zu suchen. Die Akzeptanz und Unterstützung gesundheitsförderlicher Maßnahmen durch den Arbeitgeber, aber auch durch die Kita-Leitung, haben sich erfahrungsgemäß als wesentlicher Faktor für eine Beteiligung der Mitarbeiter herausgestellt. Ein zweiter Grund für die geringe Beteiligung könnte darin liegen, dass viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits in der Vergangenheit an verschiedensten Befragungen teilgenommen haben und ein gewisser Sättigungseffekt, ein nicht zu erkennender Nutzen und ein als zu groß empfundener Aufwand zu vermuten ist. Im Vergleich zum Landkreis Torgau-Oschatz, bei dem nach Teilnahme an der Mitarbeiterbefragung auch die Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der jeweiligen Einrichtung steht, fehlt in der Stadt Zwickau dieser externe Motivator, bei dessen Vorhandensein eine höhere Teilnehmerquote hätte vermutet werden können.

Im Landkreis Torgau-Oschatz nahmen 2005 insgesamt $N = 341$ Personen teil, im Jahr 2007 waren es $N = 395$ Personen (vgl. Tab. 4.1). In Zwickau beteiligten sich $N = 191$ Personen. Die eigentliche Zwickauer Stichprobe wurde um $N = 16$ Kolleginnen aus drei Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt im Zwickauer Umland aufgestockt auf $N = 207$. Diese Daten wurden im Rahmen der Diplomarbeit einer Kita-Leiterin, die die

¹ Im Folgenden werden in der Darstellung der Untersuchungsergebnisse in Torgau-Oschatz die Abkürzungen **TO 05** für das Jahr 2005 und **TO 07** für das Jahr 2007 bzw. in Zwickau die Abkürzung **Z 07** für das Jahr 2007 verwendet.

aktuelle Situation von pädagogischem Personal in AWO-Kita im zuständigen Regionalverband thematisierte, im selben Befragungszeitraum mit identischem Befragungsinstrument erhoben. Die *Geschlechtsverteilung* in allen Stichproben spiegelt die des Berufsbildes allgemein wieder. Daher wird in der gesamten Darstellung der Befragungsergebnisse die weibliche Form verwendet.

Tab. 4.1 Charakteristik der Stichproben in Torgau-Oschatz 2005 (TO 05) und 2007 (TO 07) bzw. Zwickau 2007 (Z 07)
(Mittelwerte; Standardabweichungen, absolute [Anzahl] und relative Häufigkeiten [%])

Strukturelle Merkmale	TO 05	TO 07	Z 07	Gruppen- unterschied p
Teilnehmer [Anzahl]	341	395	191 (+16)	
- Teilnehmerquote [%]	74,1	75,2	32,6	.000
Alter [Jahre]	45,2 ± 8,2	45,3 ± 8,8	43,8 ± 8,7	.138
Altersgruppen [%]				
- unter 40 Jahre (AG 1)	24,5	27,3	28,0	
- 40-49 Jahre (AG 2)	38,7	36,8	40,3	.805
- ab 50 Jahre (AG 3)	35,7	35,9	31,6	
Geschlecht [%]				
- weiblich	99,7	100	98,5	.120
- männlich	0,3	0,0	1,5	
Funktion [%]				
- Erzieherin	77,8	84,6	86,3	
- Leiterin	17,5	14,3	7,8	.005
- sonstiges Personal	4,7	1,1	5,9	
Teilnehmende Kita (zuordenbar)	69	77	22 (+3)	
- Teilnehmerquote [%]	79	89	47	.000
Teilnehmerinnen in Abhängigkeit vom Träger der Kita [%]				
- kommunal	75,0	75,5	35,5	
- frei	25,0	24,5	64,5	.000
Teilnehmerinnen in Abhängigkeit von der Größe der Kita [%]				
- klein (< 5 Mitarbeiter)	17,6	12,7	2,4	
- mittel (5-10 Mitarbeiter)	54,0	49,3	25,1	
- groß (11-20 Mitarbeiter)	22,0	28,9	39,1	.000
- sehr groß (> 20 Mitarbeiter)	4,1	8,1	32,9	

Diese drei Gruppen werden als Querschnittsdaten behandelt, obwohl dies methodisch nicht ganz unproblematisch ist, da immerhin n = 227 Kita-Mitarbeiterinnen des Landkreises Torgau-Oschatz an beiden Befragungen teilgenommen haben. Diese Daten sind unter strengen methodischen Aspekten abhängiger Natur und müssten als Längsschnitt betrachtet werden. Zum Zweck der Status-Darstellung zu zwei Zeitpunkten bzw. zum Vergleich mit der Stadt Zwickau ist die Behandlung der Datensätze im Sinne unabhängiger Stichproben jedoch zielführender. Bei der Interpretation der Daten muss dieser Umstand jedoch berücksichtigt werden.

Im Landkreis Torgau-Oschatz beteiligten sich Mitarbeiterinnen aus mehr als drei Vierteln der Einrichtungen an der Befragung, in Zwickau nahmen aus fast jeder zweiten Einrichtung Mitarbeiterinnen teil. Im Vergleich zur Charakteristik der Kita-Landschaften der beiden Regionen (vgl. Kap. 5.4) spiegeln die einzelnen Stichproben die regionalen Gegebenheiten wieder. Die Teilnehmerinnen aus Torgau-Oschatz sind häufiger in kommunal getragenen kleinen und mittelgroßen Kita tätig. Im Vergleich dazu arbeiten die Zwickauer Teilnehmerinnen vorrangig in größeren Einrichtungen in freier Trägerschaft. Aus dieser Besonderheit leitet sich auch der geringere Anteil an Leiterinnen in der Zwickauer Stichprobe ab, da hier eine Leiterin einem größeren Team von Mitarbeiterinnen gegenübersteht. Zum sonstigen Personal, das sich nur in geringem Umfang an den einzelnen Befragungen beteiligt hat, gehören insbesondere Reinigungs- und Küchenpersonal sowie Hausmeister.

In der Ergebnisdarstellung kommen neben Aussagen zu den einzelnen Stichproben TO 05, TO 07 und Z 07 auch Aussagen zu weiteren Kovariablen - Altersgruppe, Funktion in der Kita, Einrichtungsgröße - hinzu, die sich bereits in der Auswertung der ersten Mitarbeiterbefragung im Landkreis Torgau-Oschatz als praktisch relevant erwiesen (Tab. 4.2). Es ist darauf hinzuweisen, dass nicht von allen Befragungsteilnehmerinnen zu diesen drei Merkmalen Angaben gemacht wurden und so die Summe der einzelnen Untergruppen pro Kovariable nicht den jeweiligen vollständigen Stichprobenumfang ergibt.

Tab. 4.2 In der Auswertung berücksichtigte Kovariablen und Subgruppenbesetzung der einzelnen Stichproben
(Häufigkeiten [Anzahl])

Kovariable	TO 05	TO 07	Z 07
<i>Alter</i>			
AG 1: unter 40 Jahre	n = 85	n = 98	n = 55
AG 2: 40-49 Jahre	n = 129	n = 132	n = 79
AG 3: ab 50 Jahre	n = 119	n = 129	n = 62
<i>Funktion</i>			
Erzieherin	n = 263	n = 307	n = 177
Leiterin	n = 59	n = 52	n = 16
sonstiges Personal	n = 16	n = 4	n = 12
<i>Kita-Größe</i>			
klein: unter 5 Mitarbeiter	n = 60	n = 50	n = 5
mittel: 5-10 Mitarbeiter	n = 184	n = 195	n = 52
groß: ab 11 Mitarbeiter	n = 89	n = 146	n = 149

Sollten sich praktisch bedeutsame Gruppenunterschiede bei einzelnen Subgruppen ergeben, werden diese in der Ergebnisdarstellung mit berücksichtigt.

Am telefonischen Leiterinneninterview beteiligten sich alle Leiterinnen der teilnehmenden Einrichtungen (vgl. Tab. 4.1).

Soziodemografische Merkmale

Bei der Betrachtung der soziodemografischen Daten muss besonders auf den hohen Altersdurchschnitt der drei Stichproben hingewiesen werden (Tab. 4.1), der jedoch typisch für die Altersstruktur in diesem Beruf für das Bundesgebiet (BG) Ost ist. Die Gegenüberstellung mit der Altersverteilung von Kindergärtnerinnen und -gärtnern, Kinderpflegerinnen und -pflegern sowie Erzieherinnen und Erziehern in Deutschland, im BG West und BG Ost (IAB, 2007) für das Jahr 2006 verdeutlicht ebenfalls diese Einschätzung (Tab. 4.3). Während ca. ein Drittel der KollegInnen im Bundesdurchschnitt jünger als 35 Jahre ist, betrifft dies im BG Ost und auch in den beiden Vergleichsregionen nur etwa jede achte Kollegin. In der Altersstufe ab 50 Jahren ist das Verhältnis nahezu umgekehrt. Hier befinden sich in den Vergleichsregionen mehr als ein Drittel aller Kolleginnen, während sich im Bundesdurchschnitt nur knapp jede(r) fünfte Kollegin/e in diesem Altersbereich befindet. In Torgau-Oschatz hat sich im Vergleich zur Befragung 2005 nichts an dieser bedenklichen Altersverteilung verändert. In beiden Regionen treffen die Auswirkungen des demografischen Wandels und die damit verbundene Herausforderung, qualifizierten Nachwuchs nach dem Ausscheiden älterer Kolleginnen zu finden, mit voller Härte zu.

Tab. 4.3 Alterscharakteristik der Stichproben im Vergleich zur Berufsgruppe allgemein in Deutschland und den Bundesgebieten (BG) West und Ost (IAB, 2007)
(Häufigkeiten [%])

Alter	Deutschland (2006)	BG West 06 (2006)	BG Ost (2006)	TO 07	Z 07
Altersgruppen [%]					
- unter 25 Jahre	6,6	7,8	2,4	1,9	2,6
- 25-35 Jahre	25,5	29,9	11,3	10,6	12,2
- 35-50 Jahre	46,6	44,5	53,2	51,5	53,6
- 50 Jahre und älter	21,4	17,7	33,2	35,9	31,6

Die Kolleginnen aus Einrichtungen in freier Trägerschaft in Torgau-Oschatz sind mit 42 ± 8 Jahren (TO 05) bzw. 43 ± 8 Jahren (TO 07) signifikant jünger als die Kolleginnen kommunaler Kita mit 46 ± 8 Jahren (TO 05, $p = .000$) bzw. 46 ± 9 Jahren (TO 07, $p = .008$). Dieser Unterschied besteht in der Zwickauer Stichprobe nicht (kommunal: 45 ± 8 Jahre; frei: 44 ± 9 Jahre; $p = .418$). Hinsichtlich der Berufsgruppen und der Größe der Kita sind keine signifikanten Gruppenunterschiede feststellbar.

Bei der Betrachtung weiterer soziodemografischer Merkmale ist festzustellen, dass der überwiegende Teil der Befragten in einer festen Partnerschaft lebt (TO 05: 92 %; TO 07: 86 %; Z 07: 87 %, $p = .107$). Dabei ist der überwiegende Teil aller Befragungsteilnehmerinnen verheiratet (Tab. 4.4). Der signifikante Gruppenunterschied bezieht sich hier insbesondere auf die beiden Torgau-Oschatzer Stichproben – TO 07 weist im Vergleich zu TO 05 einen höheren Anteil an ledigen und geschiedenen Personen auf bei einem gleichzeitig geringen Anteil an verheirateten Personen.

Die meisten der befragten Personen haben eigene Kinder. In der Zwickauer Stichprobe fällt der Anteil zwar signifikant geringer aus, ist aber dennoch sehr hoch. Bei der Frage nach noch im Haushalt lebenden Kindern und dem damit verbundenen mehr

oder weniger großen Betreuungsaufwand fällt auf, dass dies bei TO 05 bei zwei von drei Befragten zutraf, hingegen bei TO 07 nur noch bei reichlich 40 %. Ein Grund für diesen signifikant geringeren Anteil ist die hohe Quote der Nicht-Beantwortung dieser Frage in der 2007er Befragung. In der Zwickauer Stichprobe leben in reichlich jedem zweiten Haushalt noch Kinder, signifikante Unterschiede bestehen jedoch nur zur Stichprobe TO 07 (TO 05: $p = .614$; TO 07: $p = .000$).

Tab. 4.4 Soziodemografische Merkmale der Stichproben
(Häufigkeiten [%])

soziodemografische Merkmale	TO 05	TO 07	Z 07	Gruppen- unterschied p
Familienstand [%]				
- ledig	10,1	14,3	14,8	.012
- verheiratet	81,8	69,3	75,4	
- geschieden	6,5	11,6	6,9	
- verwitwet	1,5	4,8	3,0	
Kinder [%]	95,0	95,0	88,9	.019
- im Haushalt lebend [%]	62,5	43,4	56,3	.000
arbeitslose Personen im Haushalt [%]	21,3	12,6	6,3	.001
Wohneigentum [%]	74,1	75,2	34,6	.000

Neben Kindern und dem Partner leben bei 10,5 % der TO 05 und bei 8,0 % der Z 07 ($p = .295$) weitere Personen im Haushalt (z. B. Eltern, Verwandte), die überwiegend durch die Kita-Mitarbeiterin betreut werden (nicht dargestellt). In TO 07 wurden diese Informationen nicht erhoben.

Auch nach der *Anzahl arbeitsloser Personen im Haushalt* wurde gefragt, um einen Eindruck darüber zu gewinnen, welche Bedeutung dem Einkommen der einzelnen Kita-Mitarbeiterin zukommt. Noch 2005 musste in Torgau-Oschatz in etwa jedem fünften Haushalt der befragten Personen mindestens eine arbeitslose Person registriert werden. In den beiden 2007er Stichproben fallen diese Anteile signifikant geringer aus; auch hier macht sich der allgemeine „wirtschaftliche Aufschwung“ und die Verringerung der Arbeitslosenquote generell bemerkbar (vgl. Kap. 5.3).

Aufgrund des ländlichen Charakters von Torgau-Oschatz überrascht es nicht, dass der überwiegende Teil der Befragten auch in ländlicher Gegend wohnt (TO 05: 70,1 %; TO 07: 63,1 %) und *Wohneigentum* besitzt (Tab. 4.4). Die Wohnsituation der Zwickauer Stichprobe unterscheidet sich signifikant davon; hier wohnen 70,5 % der Kolleginnen in städtischem Umfeld ($p = .000$) und nur knapp die Hälfte besitzt Wohneigentum.

Qualifikationsniveau der Beschäftigten

Der Berufsabschluss und auch zertifizierte Zusatzqualifikationen liefern Anhaltspunkte über die fachliche Qualität der Beschäftigten in Kita. Grundsätzlich ist laut DJI (2005, S. 185) davon auszugehen, dass ein höheres Ausbildungsniveau mit einer besseren Bewältigung schwieriger und komplexer werdender Alltagssituationen einhergeht. An-

gesichts des hohen Durchschnittsalters der Stichproben absolvierte der Großteil der Kolleginnen ihre *schulische und berufliche Ausbildung* noch in der DDR, die nach dem Abschluss der 10. Klasse einer polytechnischen Oberschule (entspricht Mittlerer Reife) den Besuch einer Fachschule vorsah. Dieser mittlere Schulabschluss wird vom überwiegenden Teil der Befragten angegeben (TO 05: 91,0 %; TO 07: 92,5 %; Z 07: 87,8 %). Die (Fach-)Hochschulreife trifft nur bei einem geringen Teil der Mitarbeiterinnen zu (TO 05: 6,9 %; TO 07: 6,7 %; Z 07: 9,8 %). Niedrigere Abschlüsse spielen beim pädagogischen Personal in beiden Vergleichsregionen keine Rolle.

Bei der Betrachtung der fachlichen Qualifikation ist besonders das berufliche Ausbildungsniveau als Garant für Fachlichkeit von Interesse und wird im Vergleich zu den vom DJI (2005, S. 186) erhobenen Daten in Tab. 4.5 dargestellt (der Übersichtlichkeit halber bleiben die Angaben für die westlichen Flächenländer sowie die Stadtstaaten in der Tabelle unberücksichtigt, werden jedoch im Fließtext erwähnt).

Erzieherinnen/Heilpädagoginnen – die klassische Berufsgruppe im System Kita - nehmen in den östlichen Flächenländern einen wesentlich höheren Stellenwert ein als im gesamtdeutschen Durchschnitt. Auch der überwiegende Anteil der Befragten in den beiden Vergleichsregionen gibt die Ausbildung bzw. Anpassungsqualifikation zur Erzieherin an. Damit liegen die Anteile sogar leicht über dem sächsischen Durchschnitt. In den westlichen Flächenländern (60,5 %) oder in den Stadtstaaten (63,1 %) ist der Anteil an Erzieherinnen/Heilpädagoginnen wesentlich geringer. Hier sind eher geringer qualifizierte *Kinderpflegerinnen/Assistentinnen* im Sozialwesen anzutreffen (westdeutsche Flächenländer: 16,8 %, Stadtstaaten: 5,8). Diese Berufsgruppe spielt in den östlichen Flächenländern und damit auch in den Vergleichsregionen so gut wie keine Rolle.

Tab. 4.5 Berufliche Ausbildung der Stichproben im Vergleich zu Deutschland, den östlichen Flächenländern (FL) und Sachsen (DJI, 2005, S. 187)
(Häufigkeiten [%])

Qualifikationsniveau der beruflichen Ausbildung [%]	BRD ¹	östliche FL ¹	Sachsen ¹	TO 05	TO 07	Z 07
- Dipl.-Sozialpädagogin u.a.	2,6	0,8	0,6	0,6	0,6	2,9
- Erzieherin, Heilpädagogin	64,9	82,8	81,7	91,1	94,8	87,9
- Kinderpflegerin, Assistentin im Sozialwesen	12,8	0,7	0,9	1,2	0,8	---
- sonstige Sozial- und Erziehungsberufe	1,4	1,8	2,3	2,4	2,5	3,9
- Gesundheitsberufe	0,9	0,6	0,7	0,3	0,6	---
- andere Abschlüsse	7,0	10,1	10,9	4,5	0,6	5,3
- Praktikantinnen	4,3	0,7	0,4	---	---	---
- ohne Ausbildung	6,2	2,4	2,5	---	---	---

Anmerkung: ¹ ... Angaben beziehen sich auf das Jahr 2002

Es fällt auf, dass der Anteil an *(Fach-)Hochschulabsolventen* im Fachbereich (Sozial-) Pädagogik charakteristischerweise in den östlichen Flächenländern geringer ist als im gesamtdeutschen Durchschnitt sowie in den westlichen Flächenländern (2,9 %) und den Stadtstaaten (3,9 %). Auch bei den Befragungsteilnehmerinnen in Torgau-Oschatz gibt zu beiden Befragungszeitpunkten nur ein entsprechend geringer Anteil

diesen Abschluss an, wohingegen dieser Anteil in der Zwickauer Stichprobe etwas höher ausfällt und dem gesamtdeutschen entspricht. Insgesamt ist die angestrebte Akademisierung der Berufsgruppe ausgeblieben und erwartungsgemäß eher bei Leitungspersonal anzutreffen (DJI, 2005). Langfristig wird es hier in Sachsen Veränderungen im Sinne einer Anhebung des Anteils an (Fach-)Hochschulabsolventen geben, denn die Sächsische Qualifikations- und Fortbildungsverordnung (SächsQualiVO, 2004) sieht einen (Fach-)Hochschulabschluss zur Diplom-Sozialpädagogin, -Sozialarbeiterin bzw. Heilpädagogin für Leitungspersonal in Einrichtungen mit mindestens 70 Betreuungsplätzen vor. Alle Personen, die nach Inkrafttreten dieser Verordnung die Leitung einer Kita übernehmen, müssen innerhalb der nächsten fünf Jahre nach Antreten dieser Position diesen Abschluss vorweisen. Für Personen, die bereits vor Inkrafttreten der Verordnung die Leitung einer Kita innehatten, besteht Bestandsschutz. In Einrichtungen, die weniger als 70 Betreuungsplätze umfassen, muss die Leitung innerhalb von fünf Jahren nach Inkrafttreten der SächsQualiVO eine Zusatzqualifikation als Leitung vorweisen.

Unter den *anderen Abschlüssen* wird ausschließlich das sonstige Personal aufgeführt, das nichts mit der direkten pädagogischen Arbeit zu tun hat.

Eine Erhöhung der Fachlichkeit kann durch *zertifizierte Zusatzqualifikationen (zZQ)* erreicht werden. Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich die Stichproben hinsichtlich des Anteils an Personen mit zZQ signifikant unterscheiden (Tab. 4.6). Der Anteil an Personen mit einer zZQ im Landkreis Torgau-Oschatz fällt im Jahr 2007 signifikant höher aus als noch zwei Jahre zuvor ($p = .000$). Im Vergleich von TO 07 und Z 07 geben höchst signifikant mehr Torgau-Oschatzer Mitarbeiterinnen eine zZQ an als die Zwickauer Mitarbeiterinnen ($p = .000$).

Tab. 4.6 Anteil an zertifizierten Zusatzqualifikationen sowie häufigste Kategorien in den Stichproben
(Häufigkeiten [%])

Zertifizierte Zusatzqualifikationen	TO 05	TO 07	Z 07
Zertifizierte Zusatzqualifikation [%]	19,4	32,7	17,9
- Heilpädagogische Zusatzqualifikation (HPZ), Heilpädagoge	16,7	30,4	10,2
- Leitungsqualifikation	1,5	10,4	2,9
- sozialpädagogischer Familienhelfer	1,2	1,3	0,5
- pädagogische Konzepte (z. B. Montessori-, Fröbel-Pädagogik)	0,6	0,8	3,4

Bei den zZQ rangiert die heilpädagogische Zusatzausbildung (HPZ) an erster Stelle gefolgt von der Leiterinnenqualifizierung. Die großen Veränderungen zwischen den beiden Befragungen in Torgau-Oschatz rühren bei dieser zZQ daher, dass sich ein Großteil der Leiterinnen zum Zeitpunkt der ersten Befragung in dieser Weiterbildung befand. In der 2007er Befragung ist der Anteil an Personen mit dieser Qualifikation entsprechend höher ausgefallen. Bei der Z 07 geben nur $n = 6$ Personen die Leiterinnenqualifizierung an. Hier ist zu hinterfragen, ob der Anteil tatsächlich so gering ist oder die Befragten vergessen haben, dieses Zertifikat anzugeben.

In Bezug auf die Kovariablen Alter, Funktion und Kita-Größe können folgende Aussagen getroffen werden:

- *Altersgruppen:* In Torgau-Oschatz fällt sowohl 2005 (AG1: 24,7 %; AG 2: 22,5 %; AG 3: 13,4 %; $p = .001$; $p = .087$) als auch 2007 (AG1: 38,8 %; AG 2: 43,2 %; AG 3: 22,5 %; $p = .001$) auf, dass insbesondere Kolleginnen der jüngeren und mittleren Altersgruppe im Vergleich zu den älteren diese zusätzlichen Qualifikationen häufiger aufweisen. In Zwickau trifft das nicht zu (AG1: 27,3 %; AG 2: 44,3 %; AG 3: 33,9 %; $p = .158$); hier geben die jüngeren Kolleginnen den geringsten Anteil an zZQ an.
- *Funktion:* Leiterinnen geben in allen drei Stichproben (TO 05: 32,2 %; TO 07: 56,9 %; Z 07: 62,5 %) signifikant häufiger Zusatzqualifizierungen an als Erzieherinnen (TO 05: 17,9 %; TO 07: 30,3 %; Z 07: 35,6 %).
- *Kita-Größe:* In Torgau-Oschatz gaben im Jahr 2005 Kolleginnen aus großen Einrichtungen (32 %) signifikant häufiger als die aus mittleren und kleinen Einrichtungen (16 % bzw. 15 %; $p = .000$) eine zZQ an. 2007 spielte die Einrichtungsgröße jedoch weder in Torgau-Oschatz (klein: 33,0 %; mittel: 33,3 %; groß: 33,6 %; $p = .890$) noch in Zwickau (klein: 60,0 %; mittel: 26,9 %; groß: 38,3 %; $p = .418$) eine Rolle.

4.2 Methodisches Vorgehen

Zur hinreichenden Beantwortung der in Kap. 3 benannten Fragestellungen im Rahmen eines regionalen Gesundheitsberichts wurden gemäß der Forderungen von Kuhn (2002) *Indikatoren* eingesetzt, die folgende Informationen erheben:

- (a) die objektiven Merkmale der Beschäftigung (Region, Einrichtung, direktes Arbeitsumfeld, spezifische Anforderungen des Arbeitsplatzes),
- (b) die Charakteristik des Arbeitnehmers (soziodemografische Angaben, Berufsanamnese, Gesundheits- und Krankheitszustand),
- (c) die Übereinstimmung zwischen Arbeitnehmerkompetenz und Arbeitsplatzanforderungen sowie
- (d) die subjektive Bewertung dieser Merkmale durch den einzelnen Arbeitnehmer.

Zur Beantwortung der Fragestellungen (vgl. Kap. 3) sowie zur Erfüllung der Forderung nach gültigen und zutreffenden Indikatoren wurden folgende Datenquellen genutzt:

1. schriftliche Befragung aller Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter (Fragebogen),
2. mündliche Befragung der Kita-Leitung (Interview),
3. Betriebserlaubnisverfahren,
4. Kita-Bedarfsplanung des Jugendamts,
5. Arbeitsunfähigkeits(AU)-Analysen der Krankenkassen und
6. Berufsunfall- und Berufsunfähigkeitsgeschehen der Unfallkassen.

4.2.1 Mitarbeiterbefragung

Kernstück der Analyse der gesundheitlichen Situation ist die schriftliche Befragung des Kita-Personals der beiden Vergleichsregionen. Der Fragebogen ist aufgrund der umfassenden Erhebung der aktuellen beruflichen und gesundheitlichen Lage des Kita-Personals sehr umfangreich und besteht aus folgenden inhaltlichen Bereichen:

- (a) Fragen zur Person,
- (b) Fragen zur schulischen und beruflichen Ausbildung,
- (c) Fragen zur derzeitigen beruflichen Situation (Rahmenbedingungen, Arbeitszeit, konkrete Tätigkeit, Arbeitsbedingungen),
- (d) Fragen zur Arbeitszufriedenheit,
- (e) Fragen zu Gesundheit und Wohlbefinden.

Die Fragebögen der ersten Befragung in Torgau-Oschatz 2005 und in Zwickau 2007 sind identisch (vgl. Anh. 1), bei der zweiten Befragung in Torgau-Oschatz 2007 wurden einige Veränderungen vorgenommen (vgl. Anh. 2), da es sich hier um die wiederholte Befragung eines Großteils der Mitarbeiter handelte und daher nicht mehr alle Informationen von vorrangigem Interesse waren. Im Folgenden wird auf die verwendeten Verfahren sowie die Unterschiede zwischen den Befragungszeitpunkten näher eingegangen.

Beim Landkreis Torgau-Oschatz muss voran gestellt werden, dass die Mitarbeiterbefragungen Bestandteil eines umfangreichen Vorhabens des ansässigen Gesundheits- und Jugendamtes ist, bei dem betriebliches Gesundheitsmanagement in Kita eingeführt werden soll. Die Mitarbeiterbefragungen dienen als Status- und Kontrollinstrument für die Vorbereitung, Durchführung und Evaluierung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung bei Kita-Personal. Die erste Befragung im Landkreis Torgau-Oschatz fand im Juni 2005, die zweite im Mai/Juni 2007 statt. In allen Kindertageseinrichtungen wurden durch Mitarbeiterinnen des Gesundheits- und Jugendamtes die Fragebögen verteilt. Die Fragebögen wurden vom Kita-Personal anonym unter Verwendung eines persönlichen Codes ausgefüllt. Dafür standen etwa drei bis vier Wochen Zeit zur Verfügung. Zu beiden Befragungszeitpunkten wurden die Bögen in einem Umschlag wieder persönlich von der Projektmitarbeiterin in den einzelnen Kita abgeholt, konnten jedoch auch postalisch an das Gesundheitsamt des Landkreises gesandt werden.

In der Stadt Zwickau fand die Mitarbeiterbefragung im Mai/Juni 2007 statt. Es erhielten nur die Einrichtungen Fragebögen, die sich nach einer Vorstellung des Vorhabens zu einer Teilnahme bereit erklärten. Die Fragebögen wurden ebenfalls anonym unter Verwendung eines persönlichen Codes ausgefüllt. Die Kita-Beschäftigten hatten etwa drei Wochen Zeit zum Ausfüllen der Bögen und konnten diese dann in einem Briefumschlag entweder mit einem Einrichtungsstempel versehen, so die Kita eine einrichtungsspezifische Rückmeldung der Ergebnisse wünscht, oder anonym dem Gesundheitsamt zukommen lassen bzw. die Fragebögen wurden persönlich durch Mitarbeiter des Gesundheitsamts wieder abgeholt.

4.2.1.1 Fragen zur Person

Zu Beginn der Befragung werden soziodemografische Angaben der TeilnehmerInnen erfasst (Teil A). Dazu gehören Geschlecht, Alter, Familienstand bzw. Partnerschaft, Anzahl der (im Haushalt lebenden) Kinder, Altersbereich der im Haushalt lebenden Kinder, Anzahl arbeitsloser Personen sowie Wohnregion und Wohneigentum. Im Rahmen der ersten Befragung in Torgau-Oschatz 2005 bzw. Zwickau 2007 wird nach weiteren im Haushalt befindlichen Personen sowie dem Betreuungsverhältnis zu diesen Personen gefragt, um Informationen zu einem zusätzlichen Betreuungsaufwand neben Kindern zu erhalten.

4.2.1.2 Fragen zur schulischen und beruflichen Ausbildung

In Teil B des Fragebogens sollen Angaben zum schulischen und beruflichen Werdegang gemacht werden wie zum Niveau des Schul- und Berufsabschlusses, zu zertifizierten Zusatzqualifikationen, dem(n) erlernten Beruf(en), der derzeitigen Tätigkeitsbezeichnung. Im Rahmen der ersten Befragung in Torgau-Oschatz 2005 bzw. Zwickau 2007 wird auch nach Unterbrechungen der Tätigkeit (z. B. durch Elternzeit, Arbeitslosigkeit, Krankheit) und deren Dauer gefragt.

4.2.1.3 Fragen zur derzeitigen beruflichen Situation

Da sich die aktuelle berufliche Situation maßgeblich auf das körperliche und seelische Wohlbefinden auswirkt, werden von den Kita-Beschäftigten folgende Angaben erhoben (Teil C, D und E):

- Charakteristik der Einrichtung (Größe, Lage, Trägerschaft),
- derzeitiges Arbeitsverhältnis (Art des Beschäftigungsverhältnisses),
- Dauer der Berufstätigkeit allgemein und speziell in der Einrichtung,
- derzeitiges Aufgabenspektrum (ausgeübte Funktionen, Anzahl und Altersbereiche der betreuten Kinder, Zusammenarbeit mit anderen Kollegen),
- Arbeitszeit (Wochenarbeitszeit).

Bei der ersten Befragung in Torgau-Oschatz 2005 bzw. Zwickau 2007 wird zusätzlich nach folgenden Aspekten gefragt:

- voraussichtliche Ausübung des Berufs in den nächsten zwei Jahren und Frage nach vorzeitigem Ruhestand,
- erwerbsbezogene und/oder ehrenamtliche Nebentätigkeit (Art und Umfang),
- Arbeitnehmervertretung in der Einrichtung,
- geschulte(r) Sicherheitsbeauftragte(r) in der Einrichtung sowie deren/dessen Aufgaben (drei Nennungen),
- die drei wichtigsten Veränderungen an der aktuellen Arbeitssituation.

In allen Befragungen wird die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen erfasst. Während das in den ersten Befragungen in Torgau-Oschatz 2005 bzw. Zwickau 2007 die aktuelle Teilnahme an einer Fort- und Weiterbildung mit Thema und Zeitumfang, die Anzahl der Teilnahmen an Maßnahmen in den letzten 12 Monaten sowie die Freistellung durch den Träger betrifft, ist diese Thematik in der zweiten Befragung in Torgau-Oschatz 2007 stärker ausgebaut. Auf Grundlage des Fort- und Weiterbildungsprogramms des zuständigen Jugendamtes wird dieser Aspekt auf konkrete Maßnahmen bezogen. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Teilnahme am Curriculum zum Sächsischen Bildungsplan. Weiterhin werden das Angebot und die Teilnahme an Teamweiterbildungen und an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung erhoben.

Verhältnis zwischen Aufwand - Nutzen - Anerkennung in der Arbeitstätigkeit

Das *Modell beruflicher Gratifikationskrisen* (Siegrist, 1996) erfasst die Interaktion zwischen Arbeitsumwelt (z. B. Arbeitsplatz, Arbeitsklima, Arbeitsmarktsituation) und Person (z. B. Selbstwirksamkeitserwartung, Bewältigungsmuster). Diese Merkmale werden unter dem Fokus beruflicher Anerkennung betrachtet, um Aussagen über das Erleben von Fairness und Gerechtigkeit treffen zu können (Siegrist, 2003). Zur Identifikation von arbeitsbedingtem, chronischen Stress in der Arbeit und dessen Wirkung auf

die Gesundheit kommt der Kurzfragebogen Effort-Reward-Imbalance (ERI) von Siegrist (1996) zur Anwendung, wobei der Quotient aus Verausgabung und erfahrener Anerkennung (Belohnung) das Gesundheitsrisiko vorhersagen soll.

Der in der Untersuchung eingesetzte ERI-Fragebogen besteht aus 17 Items, die Aussagen über die typische Arbeitssituation in Hinblick auf Aufwand (Effort: sechs Items) und Nutzen (Reward: elf Items) leisten sollen. Die Beantwortung der Fragen erfolgt in zwei Stufen: Zuerst ist zu entscheiden, ob der Iteminhalt zutrifft oder nicht. Trifft er zu, soll anhand einer vierstufigen Skala beurteilt werden, wie belastend diese Situation in der Regel empfunden wird (gar nicht – mäßig – stark – sehr stark). Die durchschnittliche Ausprägung für Effort und Reward geht als Summenwert in folgende Zuordnungsvorschrift ein:

$$\text{Effort-Reward-Imbalance} = \text{Effort} / (\text{Reward} \times 0,5454)$$

Mit diesem Quotienten können Aussagen zum gesundheitlichen Risiko erfolgen, wobei gilt: Je größer das Ungleichgewicht, desto höher das gesundheitliche Risiko (Tab. 4.7). Der Korrekturfaktor von 0,5454 (für *Effort* mit 5-Item-Version 0,4545) gleicht dabei die unterschiedliche Itemanzahl der beiden Dimensionen aus.

Tab. 4.7 Klassifikation der Effort-Reward-Imbalance nach Siegrist (1996)

Quotient	Klassifikation der Effort-Reward-Imbalance
≤ 1	kein bis geringes Risiko
> 1	hohes Risiko

Zusätzlich werden in der zweiten Befragung in Torgau-Oschatz 2007 drei Fragen gestellt, die die subjektive Wahrnehmung von (1) ungerechter Behandlung in der Arbeit, (2) Gefährdung des eigenen Arbeitsplatz sowie (3) persönlichen Chancen zum beruflichen Fortkommen in der Region im Vergleich zu Beschäftigten anderer Regionen thematisieren, um Hinweise auf die subjektiv empfundene Sicherheit und Gerechtigkeit zu erhalten. Diese drei Items werden auf einer vierstufigen Skala (stimme gar nicht zu – stimme eher nicht zu – stimme eher zu – stimme voll zu) beantwortet und gehen deskriptiv mit in die Auswertung ein.

Subjektive Tätigkeitsanalyse - Job Diagnostic Survey (JDS)

Der Job Diagnostic Survey (JDS: Hackman & Oldham, 1975) ist ein aufgaben- und tätigkeitsbezogenes Arbeitsanalyseverfahren. Er hat zum Ziel, psychologisch wesentliche Aufgaben- und Tätigkeitsmerkmale herauszustellen, um einen Rückschluss auf das Erleben der Arbeit und der daraus resultierenden Arbeitsmotivation zu erhalten, die als ursächlich für Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung gilt. Die fünf zu untersuchenden Aufgabenmerkmale sind:

- *Anforderungsvielfalt (Av)*: je größer die Anzahl verschiedener Aufgaben in einer Tätigkeit ist und je mehr Fähigkeiten und Kenntnisse der Tätigkeitsinhaber einsetzen kann, desto höher ist seine Motivation.

- *Aufgabengeschlossenheit* (Ag): je vollständiger ein Tätigkeitsinhaber seine Aufgabe von Anfang (Planung) bis Ende (Ergebniskontrolle) verfolgen kann, desto höher ist seine Motivation.
- *Aufgabenbedeutsamkeit* (Ab): je stärker die Aufgabe das Leben oder die Tätigkeit anderer Menschen beeinflusst, desto höher die Motivation des Tätigkeitsinhabers.
- *Autonomie* (Au): je mehr Spielräume und Entscheidungsfreiheiten der Tätigkeitsinhaber bei der Planung und Durchführung der Tätigkeit wahrnimmt, desto höher ist seine Motivation.
- *Rückmeldung* (Rm): je häufiger die Leistung durch Tätigkeitsverläufe oder -ergebnisse (*interne Rückmeldung*) sowie durch Vorgesetzte und Kollegen (*externe Rückmeldung*) rückgemeldet wird, desto höher ist die Motivation des Tätigkeitsinhabers.

Dabei bestimmen die ersten drei Merkmale die erlebte Bedeutsamkeit der Tätigkeit, die durch das Wertesystem der ausübenden Person bedingt wird. Die Autonomie beeinflusst die erlebte Verantwortlichkeit für die Tätigkeit. Die Rückmeldung regelt das Wissen um die Ergebnisse der Arbeit. In die Berechnung des Motivationspotenzials gehen die Durchschnittswerte von jeweils drei Items pro Aufgabenmerkmal ein (das Merkmal „Rückmeldung“ setzt sich dabei aus interner und externer Rückmeldung zusammen).

$$\text{Motivationspotenzial} = \left[\frac{Av + Ag + Ab}{3} \right] \times Au \times Rm$$

Dabei kann das Motivationspotenzial einen Wert zwischen 1 und 343 annehmen.

In der Befragung wurde die Kurzfassung der deutschen Übersetzung des JDS (Schmidt & Kleinbeck, 1999) eingesetzt, in der 18 Fragen bzw. Aussagen zur eigenen Tätigkeit auf einer siebenstufigen Skala (vollkommen unzutreffend – oft unzutreffend – etwas unzutreffend – teils-teils – etwas zutreffend – oft zutreffend – vollkommen zutreffend) von den Teilnehmenden in Bezug auf ihre Richtigkeit bewertet werden.

Belastungsfaktoren und Ressourcen in der Arbeit

In Teil F des Fragebogens wird nach dem Auftreten Kita-typischer Belastungsfaktoren gefragt. Dabei wird eine Auflistung von Belastungsfaktoren eingesetzt, die bereits unter Seibt et al. (2005) verwendet und um weitere in der Fachliteratur aufgeführte Belastungsfaktoren ergänzt wurde.

4.2.1.4 Fragen zur Arbeitszufriedenheit

Um spezifischere Aussagen zur Zufriedenheit zu einzelnen Sachverhalten der Arbeit in der Kita zu erhalten, wird der modifizierte Fragebogen zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit nach Rudow (1986) verwandt, der ursprünglich für die Erfassung der Arbeitszufriedenheit bei Lehrern konzipiert wurde.

Dieses Instrument umfasst 16 Items, die von den Probanden auf einer siebenstufigen Skala bewertet werden (sehr zufrieden – zufrieden – etwas zufrieden – weder noch – etwas unzufrieden – unzufrieden – sehr unzufrieden).

Neben der Anpassung der Formulierung der einzelnen Items an das Setting „Kita“ wurden die ursprünglich 16 Items um weitere vier für das Setting relevante Aspekte ergänzt bzw. einzelne Items differenziert. Die Teilnehmenden sollen ihre Zufriedenheit in folgenden Bereichen ausdrücken:

- Arbeit mit den betreuten Jungen und Mädchen (Lernmotivation, Sozialverhalten, kognitive Fähigkeiten, sprachliche Fähigkeiten, motorische Fähigkeiten),
- Arbeit mit den Eltern,
- Arbeitsbedingungen (technische, räumliche, ästhetische und materielle Ausstattung der Kita, reguläre und tatsächliche Arbeitszeit, Freizeitumfang, Kita-Leitung, Kollegenkreis),
- gesellschaftliche Bedingungen (Rahmenbedingungen für Kita in Sachsen, öffentliche Achtung des Berufs),
- eigene Fähigkeiten (pädagogisch, emotional),
- Wirkung der Arbeit (Erfolgserlebnisse, Wohlbefinden, Entwicklungsmöglichkeiten, selbstständiges Arbeiten).

Dabei wurden die Kriterien zur Bewertung der Arbeit mit den betreuten Mädchen und Jungen an die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen angepasst, in denen Entwicklungsauffälligkeiten bzw. –defizite bei den Einschülern des Landkreises festgestellt wurden. Im Zuge dieser Befragung sollte überprüft werden, ob diese Bereiche auch von den Erzieherinnen als defizitär erlebt werden und ob sie Entwicklungsunterschiede zwischen Jungen und Mädchen beobachten.

Um einen Hinweis auf Merkmale der Arbeit zu erhalten, die Arbeitszufriedenheit bzw. –unzufriedenheit des Kita-Personals vorrangig ausmachen, wurde in der ersten Befragung in Torgau-Oschatz 2005 bzw. in Zwickau 2007 in offener Form gefragt, was ihnen an ihrer Arbeit gefällt und was ihnen *nicht* gefällt bzw. sie belastet. Hier konnten die TeilnehmerInnen jeweils drei Antworten angeben.

4.2.1.5 Fragen zu Gesundheit und Wohlbefinden

Im Teil G des Fragebogens soll festgestellt werden, welche individuellen *Lifestyle-Faktoren* auf die *Gesundheit* und das *Wohlbefinden* der Kita-Beschäftigten einwirken. Dazu werden in der ersten Befragung in Torgau-Oschatz 2005 bzw. in Zwickau 2007 folgende Angaben erfragt:

- *Rauchen* (Dauer, Art, Menge pro Tag),
- *Alkoholkonsum* (Art, Häufigkeit, Menge),
- *Fitness* (Art und Häufigkeit des Sporttreibens in der Freizeit),
- *Durchführung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Einrichtung* (Art, Jahr, Teilnahme) und Wunsch nach einer solchen Maßnahme.

In allen Befragungen wird die *Einnahme von Medikamenten* (Art) sowie von *Schlaf- und Beruhigungsmitteln* erfragt, um Hinweise auf die Verbreitung von sog. Zivilisationskrankheiten wie z. B. Bluthochdruck oder Diabetes Mellitus zu erhalten.

Globalurteile zu Gesundheitszustand, Zufriedenheit und Wohlbefinden

Von den MitarbeiterInnen soll die Zufriedenheit mit der beruflichen Leistungsfähigkeit, beruflichen und außerberuflichen Belastung, der erlebten Anspruchsverwirklichung im Beruf, der Gesundheitszustand sowie die Arbeits- und Lebenszufriedenheit auf einer siebenstufigen Skala eingeschätzt werden.

Fragen zum Infektionsverhalten

Nach der Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (BioStoffV, 1999, 2007) zählt der Beruf der Erzieherinnen und Erzieher aufgrund seines Infektionsrisikos zur Risikogruppe 2. Sie bedarf laut § 10 BioStoffV Abs. 1 besonderen Hygienemaßnahmen zur Desinfektion, nach § 12 BioStoffV einer Unterrichtung der Beschäftigten sowie gemäß § 15 BioStoffV einer besonderen arbeitsmedizinischen Vorsorge und Betreuung. Dabei wird explizit die Impfung gegen Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln und Windpocken in der vorschulischen Betreuung von Kindern mit regelmäßigem und direktem Kontakt vorgesehen (Anhang IV BioStoffV).

In der ersten Befragung in Torgau-Oschatz 2005 bzw. in Zwickau 2007 werden die Kita-MitarbeiterInnen gefragt, wie hoch sie subjektiv das Infektionsrisiko in ihrer Arbeit einschätzen (hoch – mittel – gering). Weiterhin wird der Impfstatus folgender Infektionskrankheiten erhoben: Hepatitis A und B, Masern, Mumps, Röteln, Windpocken, Keuchhusten, Diphtherie, Tetanus, Kinderlähmung und Grippe. Dabei sollen die Kita-MitarbeiterInnen unter zu Hilfenahme ihres Impfausweises angeben, ob sie gegen diese Infektionskrankheiten geimpft sind und wenn ja, wann diese Impfung durchgeführt wurde.

Auch das Infektionsverhalten wird erhoben:

- Nutzung von Hilfsmitteln zum Schutz vor Infektionen,
- Verhalten bei Feststellung von Infektionssymptomen an sich selbst,
- Verhalten bei Feststellung von Infektionssymptomen bei einem betreuten Kind,
- Verhalten, wenn Kind nach einer Infektion in die Gruppen zurückkehrt.

Arbeitsfähigkeit

Der Fragebogen *Work Ability Index* (Tuomi et al., 1998) stellt ein Instrument für den arbeitsmedizinischen und betrieblichen Gesundheitsschutz dar und dient zur subjektiven Beurteilung der *Arbeitsfähigkeit*. In dieser Untersuchung wurde die übersetzte Version der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2001) eingesetzt. Der *Work Ability Index* wird auf der Grundlage folgender sieben Subskalen erfasst:

- aktuelle Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten, je erreichten (WAI 1),
- Bewältigung derzeitiger (physischer, psychischer) Arbeitsanforderungen (WAI 2)
- aktuelle, vom Arzt diagnostizierte Krankheiten (WAI 3): Bewegungsapparat, Herz-Kreislauf-System, Atemwege, Magen-Darm-Trakt, psychisches System, Nervensystem, Sinnesorgane sowie Unfallverletzungen
- geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch Krankheiten (WAI 4)
- Krankenstand in den letzten 12 Monaten (WAI 5)

- Vorhersage der eigenen Arbeitsfähigkeit in den nächsten zwei Jahren (WAI 6)
- psychische Einstellung und Befindlichkeit (WAI 7).

Angemerkt werden muss hier, dass in der zweiten Befragung in Torgau-Oschatz die weniger aufwändige Kurzversion der Subskala WAI3 (Nübling et al., 2005) zum Einsatz kommt, bei der die 51 Einzeldiagnosen durch 14 übergeordnete Diagnosegruppen ersetzt werden.

Der WAI-Gesamtwert (Summenscore) wird nach standardisierten Auswertungsvorschriften berechnet und kann Werte zwischen 7 und 49 Punkten annehmen. Entsprechend der erreichten Punktschritte kann die Arbeitsfähigkeit eingestuft und die Art arbeitsmedizinischer Maßnahmen abgeleitet werden (Tab. 4.8). Anhand des Summenscores wird eingeschätzt, wie gut ein Arbeitnehmer in der Lage ist, seine gegenwärtige Arbeit zu leisten.

Tab. 4.8 Klassifikation der Arbeitsfähigkeit nach Tuomi et al. (1998)

Arbeitsfähigkeit	Punktzahl	arbeitsmedizinische Maßnahmen
niedrig	7 - 27	Arbeitsfähigkeit wiederherstellen
mittelmäßig	28 - 36	Arbeitsfähigkeit verbessern
gut	37 - 43	Arbeitsfähigkeit unterstützen
hoch	44 - 49	Arbeitsfähigkeit erhalten

Hohe Arbeitsfähigkeit liegt nach Freude et al. (2000) demnach dann vor, wenn:

- die aktuelle Arbeitsfähigkeit als hoch eingeschätzt wird,
- die derzeitigen Arbeitsanforderungen sehr gut bewältigt werden,
- aktuell vom Arzt keine bzw. kaum Krankheiten diagnostiziert wurden,
- die Arbeitsleistung durch diese Krankheiten nicht eingeschränkt ist,
- keine bzw. wenige Krankentage im vergangenen Jahr vorlagen und
- die täglichen Arbeitsanforderungen mit Freude und hoher Aktivität bewältigt werden.

Befinden

Mit dem Beschwerdefragebogen (BFB: Höck & Hess, 1975, S. 7, 11) werden in allen Befragungen standardisiert psychische und körperliche Befindensstörungen erhoben, an denen aktuell gelitten wird und die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebensfreude beeinträchtigen. Frühere oder nur kurzzeitig auftretende Beschwerden sind dabei nicht relevant. Der BFB ist ein einfaches Neurose-Screeninginstrument mit 91 Items (68 im körperlichen und 23 im psychischen Bereich) zur Bestimmung neuroserelevanter Beschwerden.

Für die Auswertung spielt jedoch die Neurosenrelevanz keine Rolle. In die Auswertung gehen die *Anzahl körperlicher Beschwerden* (BFB-1), *psychischer Befindensstörungen* (BFB-2) sowie die *Gesamtzahl aller Beschwerden* (BFB-Gesamt) in einfacher Wertung ein.

Erholungsunfähigkeit

Mit dem *Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung* (FABA: Richter et al., 1996) soll die Unterdrückung von Ermüdungs- und Stresszuständen in eindeutig negativ erlebten Arbeitssituationen untersucht werden. Er misst Verhaltensauffälligkeiten, die unter Belastungssituationen ineffiziente Handlungsmuster (Bewältigungsstile) begünstigen, wie chronische Überforderung oder die Unfähigkeit, sich zu erholen. Ziel ist es, solche Handlungsmuster zu erfassen, die eine ineffiziente Anforderungsbewältigung kennzeichnen.

In allen Befragungen wird nur eine der vier Skalen des FABA - die Subskala *Erholungsunfähigkeit* (EU) - einbezogen, die sich als guter Prädiktor für erhöhte vegetative Aktivierung und gestörte Rehabilitationsverläufe bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen erwiesen hat. *Erholungsunfähigkeit* resultiert aus extremem Arbeitsengagement und beinhaltet akzeptierte hohe Arbeitsintensität, die auch in der Freizeit nicht reduziert werden kann.

Die Subskala *Erholungsunfähigkeit* setzt sich aus sechs Items zusammen, die Aussagen zu arbeitsrelevantem Verhalten beinhalten. Die Antworten zu den einzelnen Items sind als Grad der Ablehnung bzw. Zustimmung auf einer vierstufigen Skala (von 1 = trifft überhaupt nicht zu bis 4 = trifft sehr zu) anzugeben. Je höher der Summenwert für die EU ausfällt, desto stärker ist die *Erholungsunfähigkeit* ausgeprägt, wobei der Grad der Auffälligkeit folgendermaßen klassifiziert wird (Tab. 4.9):

Tab. 4.9 Klassifikation der Erholungsunfähigkeit nach Richter et al. (1996)

Altersgrenzen	Grad der Erholungsunfähigkeit [Punkte]		
	normal (< 75. Perzentil)	auffällig (75. - 90. Perzentil)	sehr auffällig (> 90. Perzentil)
Frauen < 30 Jahre	6 – 16	17 - 19	20 - 24
Frauen 30 - 50 Jahre	6 – 18	19 - 21	22 - 24
Frauen > 50 Jahre	6 – 20	21 - 22	23 - 24
gesamt (Frauen und Männer)	6 – 18	19 - 20	21 - 24

Burnout-Risiko

Auch im Erzieherinnen- und Erzieherberuf wird über die Burnout-Problematik diskutiert. Zur Einschätzung des *Burnout-Risikos* wird in allen Befragungen die deutsche Übersetzung des *Maslach Burnout Inventory - General Survey* (MBI-GS: Maslach & Jackson, 1984; Schaufeli et al., 1996) verwendet.

Der MBI-GS besteht aus 16 Items, die diese drei Burnout-Dimensionen erfassen:

- emotionale Erschöpfung,
- Zynismus und
- professionelle Effizienz.

Ein *Burnout-Syndrom* ist dann zu vermuten, wenn *emotionale Erschöpfung* und *Zynismus* hoch, aber *professionelle Effizienz* gering ausgeprägt ist.

Die Items werden auf einer siebenstufigen, entsprechend ihrer Auftretenshäufigkeit (0 = nie bis 6 = täglich; je nachdem, wie häufig das Symptom auftritt) beurteilt und über jede der drei Burnout-Dimensionen als Summenwert zusammengefasst. Daraus wird für die jeweilige Dimension der Mittelwert gebildet. Gemäß ihrer Ausprägung können nun diese *MBI-GS*-Punktwerte auf der Grundlage einer nordamerikanischen Stichprobe (N = 3.727) in Terzilen klassifiziert werden (Tab. 4.10).

Tab. 4.10 Klassifikation der Burnout-Dimensionen nach Maslach & Jackson (1984)

Burnout-Dimension	Grad der Burnout-Ausprägung [Punkte]		
	gering	durchschnittlich	hoch
emotionale Erschöpfung	≤ 2,00	2,01 - 3,19	≥ 3,20
Zynismus	≤ 1,00	1,01 - 2,19	≥ 2,20
professionelle Effizienz	≤ 4,00	4,01 - 4,99	≥ 5,00

Da es nicht möglich ist, das *Burnout-Risiko* anhand dieser drei Summen abzuschätzen (d. h. es gibt keine Aussage für das Gesamtsyndrom), entwickelten Kalimo et al. (2003) eine Zuordnungsvorschrift, in der sie nicht den Summenwert, sondern den Durchschnittswert pro Symptom einbringen, die Burnout-Symptome gewichten und so eine Abschätzung des *Burnout-Risikos* möglich wird:

$$\text{Burnout} = (0,4 \times \text{Erschöpfung} + 0,3 \times \text{Zynismus} + 0,3 \times \text{reduzierte Leistungsfähigkeit})$$

Anhand dieses Gesamtscores ist das *Burnout-Risiko* in drei Kategorien klassifizierbar (Tab. 4.11):

Tab. 4.11 Klassifikation des Burnout-Risikos nach Kalimo et al. (2003)

Punktzahl	Klassifikation	Symptommhäufigkeit
0 – 1,49	kein Burnout	ein paar mal im Jahr
1,5 – 3,49	einige Burnout-Symptome	ein paar mal im Monat
3,5 – 6,00	Burnout-Risiko	mehrmals pro Woche oder täglich

Selbstwirksamkeitserwartung

In der Literatur wird häufig beschrieben, dass bei starkem Stresserleben hoch ausgeprägte personalen Ressourcen, wie z. B. Kontrollüberzeugung, positiver Selbstwert oder positive *Selbstwirksamkeitserwartung*, die Entwicklung von negativen Beanspruchungsfolgen abpuffern können. Weiterhin kann eine positive Erwartungshaltung stressreduzierende und präventive Verhaltensweisen fördern und so einen aktiven Bewältigungsstil unterstützen (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 29).

In allen Befragungen steht die Erhebung der *Selbstwirksamkeitserwartung* des Kita-Personals im Vordergrund. Zu diesem Zwecke wird die Skala Lehrer-Selbstwirksamkeit (WirkLehr: Schwarzer & Schmitz, 1999), in der die Selbstwirksamkeit als berufsspezifische Persönlichkeitsvariable erfasst wird, in ihrer Formulierung an die Arbeit mit Kindergarten-Kindern angepasst. Dabei werden in der ersten Befragung

in Torgau-Oschatz 2005 bzw. Zwickau 2007 die „Kinder“ in „Mädchen“ und „Jungen“ unterschieden, um Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf die Selbstwirksamkeitserwartung bei der Betreuung von Jungen und Mädchen zu erhalten. Die Skala besteht aus zehn vierstufig-skalierten Items (stimmt nicht – stimmt kaum – stimmt eher – stimmt genau) und nimmt auf folgende vier Bereiche Bezug:

- allgemeine berufliche Leistung,
- berufsbezogene soziale Interaktionen (Kinder, Eltern, Kollegen),
- Umgang mit beruflichem Stress und Emotionen,
- spezifische Selbstwirksamkeit zu innovativem Handeln.

Die Selbstwirksamkeitserwartung wird aus der Summe aller zehn Items berechnet. Je höher die Summe, umso höher ist auch die Selbstwirksamkeit der befragten Person ausgeprägt. Der Summenwert wird aufgrund der Berücksichtigung der Genderperspektive in der ersten Befragung in Torgau-Oschatz 2005 und Zwickau 2007 getrennt für Jungen und Mädchen berechnet und dann zum Gesamtwert für Selbstwirksamkeit zusammengefasst. Die Autoren geben folgende Summenwerte als Vergleich an (Tab. 4.12):

Tab. 4.12 Summenwerte der Lehrer-Selbstwirksamkeit (WirkLehr: Schwarzer & Schmitz, 1999)

SP (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
SP ₁ (267)	28,53	4,60	10	39
SP ₂ (269)	29,07	3,85	17	38
SP ₃ (292)	28,73	3,85	14	39

In allen Befragungen wird ein elftes Item ergänzend eingesetzt, das nach einem proaktiven Umgang mit Widerständen skeptischer Kollegen fragt.

4.2.2 Befragung Kita-Leitung (Interview)

Im Rahmen eines telefonischen Interviews wurden sowohl in Torgau-Oschatz zu beiden Messzeitpunkten als auch in Zwickau alle Leiterinnen der Einrichtungen befragt, die im Vorfeld an der Mitarbeiterbefragung teilgenommen hatten. Sie wurden zusätzlich befragt, da sie eine sog. „Schlüsselfunktion“ in ihrer Einrichtung innehaben – sowohl in Hinblick auf die Erzieherinnen und Erzieher, als auch gegenüber den Eltern und dem Träger. Das Interview dauerte ca. 20 Minuten und wurde nach einem vorgegebenen Interviewleitfaden durchgeführt. Thematisiert wurden folgende Bereiche, die aufgrund ihrer Spezifik nicht in der Fragebogenerhebung bearbeitet werden konnten:

- Ausstattung der Kita (erwachsenengerecht und Lärm reduzierend),
- Betreuung Kinder ausländischer Herkunft,
- Vorhandensein einer Gefährdungsbeurteilung,
- arbeitsmedizinische Betreuung (Schwerpunkt Impfungen),
- Erfassung des Krankenstandes in der Einrichtung,
- Vorhandensein einer Sicherheitsfachkraft,
- Arbeitsunfälle im Jahr 2005,
- Fort- und Weiterbildungsangebote,

- Vorhandensein von Ersthelfern,
- Belehrung über Maßnahmen der Hygiene,
- Besonderheiten in der Einrichtung,
- Wünsche an das Projekt,
- Hygienegutachten Gesundheitsamt.

In der zweiten Befragung in Torgau-Oschatz 2007 wurde zusätzlich nach folgenden Aspekten gefragt:

- pädagogisches Konzept (Zeitpunkt der Erarbeitung und Mitwirkende, Berücksichtigung von Gesundheitsförderung für Kinder und Personal),
- Teilnahme an der Fortbildung „Sächsischer Bildungsraum“ und Einschätzung der Maßnahme.

4.2.3 Betriebserlaubnisverfahren

Gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) VIII von 2005 bedarf jeder Träger einer Einrichtung, in der Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages betreut werden, eine Erlaubnis für den Betrieb der Einrichtung. Als zuständige Behörde für die Erteilung dieser Erlaubnis ist im Freistaat Sachsen das Amt für Familie und Soziales als Zweigstelle des Landesjugendamtes benannt worden. Die Erlaubnis erfordert eine vorgehende örtliche Prüfung. Dazu erfolgt von der Genehmigungsbehörde ein schriftlicher Bescheid zum Erlaubnisverfahren. Diese Protokolle bilden eine Möglichkeit zur Erfassung objektiver Daten der Einrichtungen. Folgende Aussagen werden im Rahmen der Betriebserlaubnis protokolliert:

- Struktur der Einrichtung,
- personelle Ausstattung,
- Qualifikation des Personals,
- Aussagen zum pädagogischen Konzept,
- räumliche Bedingungen,
- Wirtschaftsbereich,
- Versicherungsträger,
- Gesundheit und Hygiene,
- Brandschutz/Sicherheit/Bau,
- Außengelände.

In den Gesundheitsbericht gehen Aussagen zur Struktur der Einrichtung sowie zu Versicherungsträgern ein.

4.2.4 Kindertagesstättenbedarfsplan des Jugendamts

Die gesetzliche Grundlage des Kindertagesstättenbedarfsplans, den das zuständige Jugendamt zu leisten hat, liegt in § 8 SächsKitaG. Der örtliche Träger hat nach § 3 SächsKitaG die Pflicht die erforderlichen Plätze in Kindertageseinrichtungen bedarfsgerecht zur Verfügung zu stellen und muss dabei auch Plätze für die Tagespflege mit aufnehmen (§ 3 Abs. 3 SächsKitaG). Auch die anerkannten Träger der freien Jugendhilfe werden frühzeitig mit in den Bedarfsplan einbezogen (§ 80 Abs. 2 SGB VIII).

Aus den Bedarfsplänen werden für Torgau-Oschatz 2007 bzw. Zwickau 2007 folgende Aussagen im Gesundheitsbericht verwandt:

- Platzkapazitäten für 2007/2008 je Vergleichsregion (gesamt, getrennt für kommunale und freie Träger, altersgruppenspezifisch, Integrationsplätze),

4.2.5 Arbeitsunfähigkeits(AU)-Analysen gesetzlicher Krankenkassen

Der § 20b SGB V legt fest, dass Krankenkassen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung systematisch Erkenntnisse über arbeitsbedingte Erkrankungen bei ihren Versicherten zusammentragen und den gesetzlichen Unfallversicherern zur Verfügung stellen müssen (Göbel et al., 2002, S. 7).

Das große Potenzial von Krankenkassendaten liegt darin, dass Morbiditätsindikatoren für einen großen Anteil der Erwerbsbevölkerung mit zahlreichen soziodemografischen, regionalen und tätigkeitsspezifischen Informationen beschrieben werden können (Zoi-ke, 2002, S. 28). Damit sind sehr detaillierte Erkenntnisse über Risikogruppen und somit mögliche Zielgruppen für präventive Maßnahmen zu erlangen.

Von den gesetzlichen Krankenkassen werden folgende Informationen erfragt:

- gemeldete Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Häufigkeit, AU-Dauer, Diagnosen) im Landkreis Torgau-Oschatz und der Stadt Zwickau sowie in ganz Sachsen im Bereich Kita bzw. bei pädagogischem Personal,
- gemeldete Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Häufigkeit, AU-Dauer, Diagnosen) im Landkreis Torgau-Oschatz, der Stadt Zwickau und in ganz Sachsen über alle der in den Krankenkassen versicherten Berufsgruppen.

Die Informationen werden für den Landkreis Torgau-Oschatz für die Jahre 2005 und 2006 und für die Stadt Zwickau für das Jahr 2006 erhoben.

4.2.6 Arbeitsunfall- und Berufsunfähigkeitsgeschehen der Unfallversicherungsträger

Die Unfallversicherungsträger stellen neben den Krankenversicherungen, Pflegeversicherungen, Rentenversicherungen und der Arbeitslosenversicherung eine wichtige Säule des sozialen Sicherungssystems der Bundesrepublik Deutschland dar. Unfälle, die im Zusammenhang mit dem Erwerbsleben, dem Schulbesuch oder sonstigen vom Gesetz genannten Schutzbereichen passieren, werden durch die gesetzlichen Unfallversicherer getragen. Die Unfallversicherung der öffentlichen Hand im Freistaat Sachsen obliegt der Unfallkasse Sachsen. Weitere Unfallversicherungsträger sind die gewerblichen und die landwirtschaftlichen Unfallversicherungsträger.

Gemäß ihrem erweiterten Präventionsauftrag sind gesetzliche Unfallversicherungen nach § 14 SGB VII verpflichtet, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, eine geeignete Datengrundlage aufzubauen und diesen Unternehmen zur Verfügung zu stellen. Somit kann die gesetzliche Unfallversicherung Aussagen treffen zu Arbeits- und Wegeunfällen, Berufskrankheiten, Rehabilitationen und Renten.

Im Bereich der Kindertageseinrichtungen werden die kommunalen Einrichtungen durch die Sächsische Unfallkasse und die Einrichtungen in freier Trägerschaft durch

die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW) betreut. Von den Unfallversicherungsträgern der Kindertageseinrichtungen wurden folgende objektive Informationen erfragt:

- gemeldete Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Landkreis Torgau-Oschatz, der Stadt Zwickau sowie in ganz Sachsen bei Kita-Beschäftigten.

Die Informationen werden für den Landkreis Torgau-Oschatz für die Jahre 2005 und 2006 und für die Stadt Zwickau für das Jahr 2006 erhoben.

4.3 Datenauswertung und statistische Verfahren

Die Datenanalyse und statistische Auswertung erfolgte computergestützt mit dem Programm SPSS für Windows (Version 12.0).

Bei sämtlichen Berechnungen gingen Altersgruppe, Funktion sowie die Einrichtungsgröße als Kovariaten ein. Als signifikant galt bei den durchgeführten statistischen Tests eine Irrtumswahrscheinlichkeit ab $\alpha = 5\%$ ($p < .05$). Beim statistischen Testen der vielfältigen Fragestellungen bzw. Hypothesen sind Fehler 1. Art (falsch-positives Ergebnis, obwohl kein Unterschied vorhanden ist) und 2. Art (falsch-negatives Ergebnis, obwohl ein Unterschied vorhanden ist) zu berücksichtigen.

Zur Deskription der Daten dienten Mittelwerte, Standardabweichungen und relative Häufigkeiten. Für die Prüfung auf Normalverteilung wurde der Kolmogorov-Smirnov-Test verwendet. Häufigkeitsverteilungen wurden mittels χ^2 -Test (zwei unabhängige Stichproben) untersucht. Bei kleiner Gruppenbesetzung ($n \leq 5$) wurde der exakte Fischer-Test angewendet.

Für Mittelwertvergleiche gelangten in Abhängigkeit von Skalenniveau, Verteilungsform und Varianzhomogenität parametrische oder nichtparametrische Tests zur Anwendung. Bei normalverteilten metrischen Daten mit homogenen Varianzen in den Teilgruppen wurde der t-Test nach Student für abhängige oder unabhängige Stichproben durchgeführt. Sollten nichtnormalverteilte metrische oder ordinalskalierte Daten miteinander verglichen werden, kam als nichtparametrischer Test der U-Test nach Mann und Whitney zum Einsatz. Die angewendeten Tests gelten als robust auch gegenüber ungleichen Stichprobengrößen.

Zur Prüfung von Zusammenhängen zwischen zwei Variablen wurde bei metrischen Daten der partielle Korrelationskoeffizient nach Pearson (r), bei ordinalskalierten Daten der Rangkorrelationskoeffizient (R) nach Spearman berechnet, wobei den Korrelationskoeffizienten folgende Interpretation zugrunde liegt (Brosius & Brosius, 1995):

- $0 < r \leq .20$ - sehr geringe Korrelation (Unabhängigkeit der Parameter),
- $.20 < r \leq .50$ - geringe Korrelation,
- $.50 < r \leq .70$ - mittlere Korrelation,
- $.70 < r \leq .90$ - hohe Korrelation und
- $.90 < r \leq 1.0$ - sehr hohe Korrelation .

Die Normalverteilung der Messgrößen als Voraussetzung des Korrelationskoeffizienten konnte manchmal nicht erfüllt werden. Da eine Normalverteilung aber nicht zu den wichtigsten Voraussetzungen des Korrelationskoeffizienten gehört, wurde zur Vergleichbarkeit der Methodik ein einheitliches Vorgehen gewählt.

5 Charakterisierung der Vergleichsregionen

5.1 Geografische Lage

Der *Landkreis Torgau-Oschatz* (Abb. 5.1) ist ein Flächenlandkreis von 1.168 qkm im Nordwesten Sachsens und mit 81 Einwohnern pro qkm im Jahr 2006 (Statistisches Landesamt Sachsen, 2007) einer der am dünnsten besiedelten Landkreise. Er liegt im großräumigen Städtedreieck Leipzig-Berlin-Dresden und grenzt an die Bundesländer Sachsen-Anhalt im Norden und Brandenburg im Osten.

Die Stadt Torgau ist Mittelzentrum und Kreisstadt des Landkreises Torgau-Oschatz. Im Umkreis von 30 km befindet sich keine weitere Stadt in analoger Größenordnung. Die zweitgrößte Stadt ist Oschatz. Dem Landkreis gehören weiterhin fünf kleine Städte und 14 Gemeinden an (Gesundheitsamt Torgau-Oschatz, 2005).

Die Verkehrsanbindung der Kreisstadt Torgau zu anderen Wirtschaftszentren ist als defizitär einzuschätzen. Die Bundesstraße 87 ist geprägt durch eine starke Belegung bei gleichzeitig unzureichendem Ausbaugrad. Der nächste Autobahnanschluss ist 45 km entfernt. Zu den Oberzentren Leipzig hat Torgau eine Entfernung von ca. 50 km, zu Dresden 90 km und zu Berlin 120 km. International bedeutsame ausgebaute Verbindungsstraßen gibt es nicht.

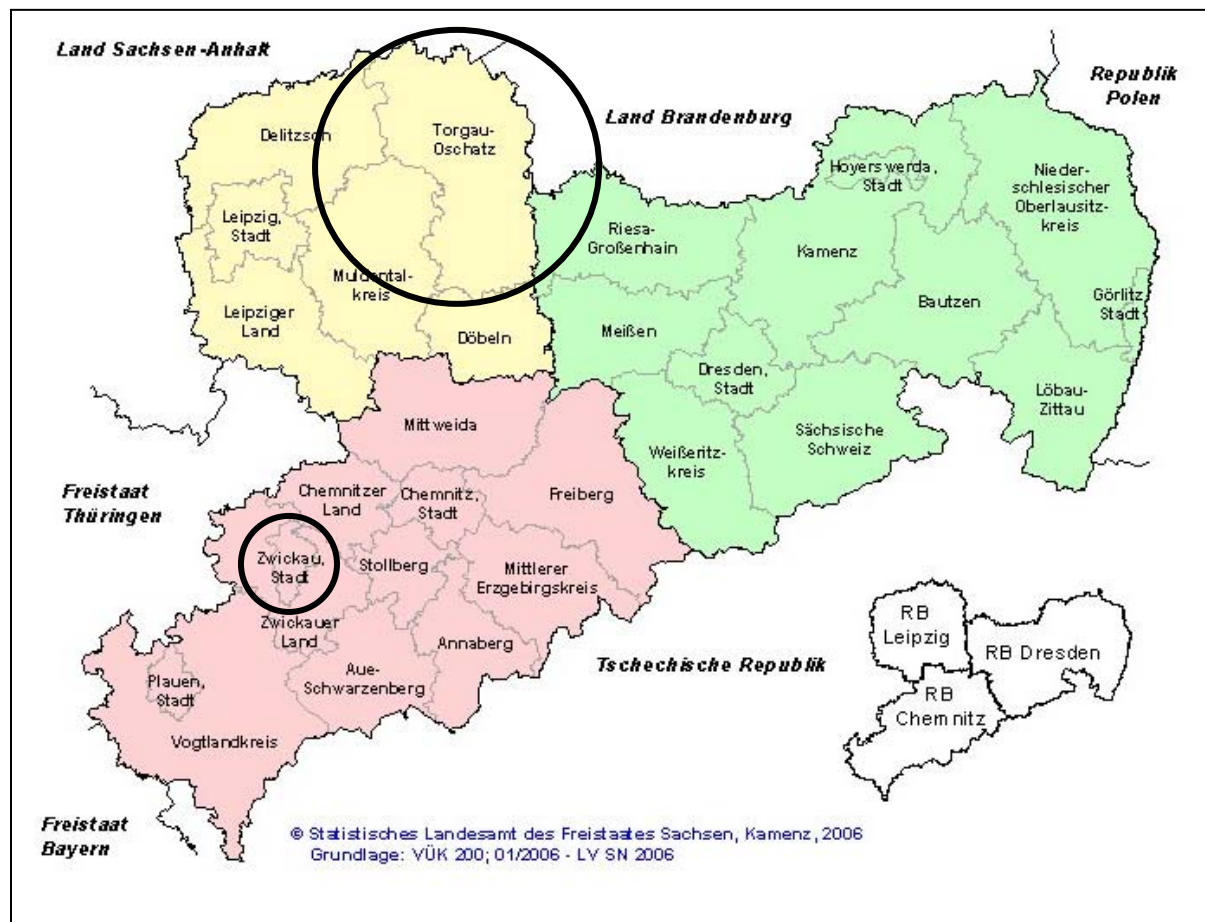


Abb. 5.1 Landkreise und kreisfreie Städte im Freistaat Sachsen 2007

Die *Stadt Zwickau* (102,5 qkm) hat den Status einer kreisfreien Stadt und liegt im Südwesten des Freistaates (Abb. 5.1). Mit durchschnittlich 944 Einwohnern pro qkm im Jahr 2006 ist Zwickau dicht besiedelt (Statistisches Landesamt Sachsen, 2007). Zwickau ist umgeben vom Landkreis Zwickauer Land, der im Westen an den Freistaat Thüringen grenzt.

Zwickau ist sehr verkehrsgünstig angebunden zwischen der nördlichen Autobahn A 4 (Dresden-Eisenach-Frankfurt/Main) und der südlichen A 72 (Chemnitz-Plauen-Hof). Die Bundesfernstraßen B 93 (Aue-Leipzig), B 173 (Dresden-Hof) und B 175 (Weida-Döbeln) kreuzen die Stadt. Im Bahnverkehr befindet sich Zwickau an der „Sachsen-Franken-Magistrale“ Chemnitz-Nürnberg sowie der Mitte-Deutschland-Linie Dresden-Eisenach.

5.2 Demografische Situation

Der Landkreis Torgau-Oschatz und die Stadt Zwickau weisen in ihrer demografischen Situation sowie Entwicklung seit der Wiedervereinigung viele Gemeinsamkeiten auf. Im Landkreis Torgau-Oschatz lebten zum 31.12.2006 knapp 95.000 Menschen. Mit knapp 97.000 Einwohnern liegt die Stadt Zwickau nach Dresden, Leipzig und Chemnitz im Freistaat Sachsen an vierter Stelle (Statistisches Landesamt Sachsen, 2007). Zudem ist Zwickau Oberzentrum mit einem Einzugsbereich von ca. 400.000 Menschen.

Der Ausländeranteil betrug zum 31.12.2006 im Landkreis Torgau-Oschatz 1,1 %, gemessen am Anteil der Gesamtbevölkerung, und ist damit nur halb so hoch wie der in der Stadt Zwickau mit 2,2 %, der etwa dem durchschnittlichen Anteil Sachsens mit 2,5 % entspricht (Statistisches Landesamt Sachsen, 2007).

Beide Regionen weisen seit der Wiedervereinigung 1990 einen anhaltenden Bevölkerungsrückgang auf (Tab. 5.1), der immer noch andauert und höher ausfällt als der durchschnittliche Bevölkerungsrückgang in Sachsen. Dabei nahm die Bevölkerung seit 1990 im Landkreis Torgau-Oschatz um 13,5 % und in der Stadt Zwickau sogar um 22,4 % ab (Vergleich Sachsen: 11,6 %). Ursachen sind hohe Wanderungsverluste und eine geringe Geburtenrate. Individuelle und ökonomische Gründe tragen zur räumlichen Bevölkerungsbewegung bei. Abwanderungen von Kreisbewohnern innerhalb Sachsens betreffen vorwiegend Familien mit Kindern. Junge Leute im arbeitsfähigen Alter wandern zum größten Teil in die Alten Bundesländer ab, ausgelöst durch wirtschaftliche Umstrukturierungsprozesse vor Ort und dem damit verbundenen Verlust an Arbeitsplätzen.

Nach Angaben des Statistischen Landesamtes Sachsen (2007) betrug Ende 2006 im Landkreis Torgau-Oschatz der Anteil an Kindern unter 15 Jahren, gemessen an der Gesamtbevölkerung, 10,5 % und in der Stadt Zwickau 9,5 % (Sachsen: 10,2 %). Personen mit 65 und mehr Jahren waren mit 21,8 % im Landkreis Torgau-Oschatz bzw. 24,5 % in der Stadt Zwickau mehr als doppelt so häufig vertreten (Sachsen: 23,1 %). Damit wird die starke Überalterung sowohl der sächsischen Bevölkerung insgesamt als auch der Bevölkerung in den beiden Untersuchungsregionen sichtbar, in der Stadt Zwickau etwas stärker ausgeprägt als im Landkreis Torgau-Oschatz.

Tab. 5.1 Soziodemografische Charakteristik der Untersuchungsregionen (Statistisches Landesamt Sachsen, 2007)
(absolute [Anzahl] und relative Häufigkeiten [%])

Soziodemografische Merkmale	Sachsen	Landkreis Torgau-Oschatz	Stadt Zwickau
<i>Bevölkerung und Bevölkerungsentwicklung</i>			
Bevölkerung (am 03.10.1990) [Anzahl]	4.807.535	109.417	124.788
Bevölkerung (am 31.12.2006) [Anzahl]	4.249.774	94.900	96.786
- davon weiblich [%]	51,2	50,6	52,1
Lebendgeborene 2006 [Anzahl]	32.556	671	699
Gestorbene 2006 [Anzahl]	48.228	1.084	1.160
Überschuss Lebendgeborene zu Gestorbenen 2006 je 1.000 EW [Anzahl]	-3,7	-4,3	-4,7
Überschuss Zu- bzw. Fortzüge 2006 je 1.000 EW [Anzahl]	-1,9	-9,6	-5,1
Gesamtveränderung 2006 je 1.000 EW [Anzahl]	-5,6	-13,8	-10,8
<i>Altersstruktur [%]</i>			
0 bis 10 Jahre	7,3	7,4	6,7
- unter 3 Jahre	2,3	2,2	2,2
- 3 bis unter 6 Jahre	2,2	2,3	2,0
- 6 bis unter 10 Jahre	2,8	2,9	2,5
10 bis unter 20 Jahre	8,5	9,5	8,2
20 bis unter 30 Jahre	12,9	12,4	12,7
30 bis unter 40 Jahre	12,1	11,6	11,0
40 bis unter 50 Jahre	15,8	17,5	15,5
50 bis unter 60 Jahre	14,2	14,6	14,9
60 bis unter 65 Jahre	5,6	5,1	6,6
65 Jahre und mehr	23,1	21,8	24,5

5.3 Sozioökonomische Situation

Die sozialen und wirtschaftlichen Lebensumstände wirken sich das ganze Leben hindurch stark auf die Gesundheit des Menschen aus: Je stärker die soziale Benachteiligung von Menschen ist, umso häufiger treten Krankheiten und gesundheitliche Störungen auf, deren weit reichende Folgen oft die Lebensqualität der gesamten Familie beeinträchtigen (Lampert et al., 2005). Dabei konnten enge Zusammenhänge zwischen der sozialökonomischen Situation (Stellung im Beruf, Einkommen, Bildungsgrad, Wohnverhältnisse, familiäre Verhältnisse) und dem Gesundheitsverhalten gefunden werden.

Wirtschaftliche Rahmenbedingungen, Einkommenssituation

Nach der Wende kam es zu einem Strukturwandel im Landkreis Torgau-Oschatz, der mit einer massiven Verlagerung der Beschäftigungsverteilung (Umstrukturierung von Großunternehmen zu Klein- und Mittelbetrieben) und mit einer betriebsstrukturellen

Veränderung einherging. Heute dominiert eher eine mittelständige Betriebsstruktur, in welcher der tertiäre Sektor, insbesondere Handel, aber auch Handwerksbetriebe einen größeren Anteil einnehmen (Gesundheitsamt Torgau-Oschatz, 2005).

Die Stadt Zwickau war und ist ein traditioneller Automobil-Standort, in dem vor der Wende das Werk Sachsenring (Trabant) und nach der Wende die Volkswagen Sachsen GmbH und ihre Zulieferer tätig sind. Auch in Zwickau gab es nach der Wende einen tief greifenden strukturellen Wandel. Derzeit ist Zwickau mittelständisch geprägt. Neben der Zulieferindustrie für den Fahrzeugbau, Betriebe der Arzneimittelherstellung, der Chemie-, Bau- und Elektroindustrie sowie des Maschinenbaus ist Zwickau auch Hochschulstandort.

Aufgrund der Flächenunterschiede bei vergleichbarer Einwohnerzahl gestaltet sich die Versorgung (z. B. Fachärzte, Frühförderungsmaßnahmen, schulische und berufliche Ausbildung) der Bevölkerung im Landkreis Torgau-Oschatz schwieriger.

Beim durchschnittlichen monatlichen Haushaltsnettoeinkommen für 2006 schneidet die Landkreisbevölkerung in Torgau-Oschatz im Vergleich zur Bevölkerung der Stadt Zwickau und auch zur Gesamtbevölkerung Sachsens etwas besser ab (Tab. 5.2). Damit hatten Einwohner des Landkreises Torgau-Oschatz 2006 monatlich etwa 100 Euro mehr und die Zwickauer Einwohner etwa 10 Euro weniger Haushaltsnettoeinkommen zur Verfügung als der sächsische Durchschnitt (Statistisches Landesamt Sachsen, 2007). Der Grund für das höhere Haushaltsnettoeinkommen der Einwohner von Torgau-Oschatz verwundert angesichts der schwachen wirtschaftlichen und Infrastruktur, ist jedoch durch den hohen Anteil an Berufspendlern zu erklären.

Tab. 5.2 Mikrozensus 2006 (Statistisches Landesamt Sachsen, 2007)
(Mittelwerte, Häufigkeiten [%])

Haushaltsstatus	Sachsen	Landkreis Torgau-Oschatz	Stadt Zwickau
Haushalte insgesamt 2006 [%]	2.207.200	47.000	50.500
- davon Ein-Personen-Haushalt	41,3	35,1	39,4
- davon Zwei-Personen-Haushalt	36,2	37,4	36,6
- davon mind. Drei-Personen-Haushalt	22,6	27,4	24,0
Haushalte mit monatlichem Nettoeinkommen insgesamt 2006 [%]			
- unter 500 €	3,9	k. A.	k. A.
- 500 bis unter 900 €	16,4	k. A.	15,9
- 900 bis unter 1.500 €	31,2	32,8	33,1
- 1.500 bis unter 2.000 €	19,9	19,4	16,9
- 2.000 bis unter 2.600 €	13,6	17,5	k. A.
- 2.600 € und mehr	14,9	15,6	17,7
Durchschnittliches monatliches Haushaltsnettoeinkommen 2006 [€]	1.466	1.569	1.454

Anmerkung: k. A. ... keine Angaben

Durch das Fehlen der vollständigen Verteilung der Haushalte nach dem monatlichen Nettoeinkommen in den beiden Untersuchungsregionen ist eine endgültige Klärung dieser Einkommensunterschiede nicht möglich, es kann jedoch vermutet werden, dass

in der Stadt Zwickau als Hochschul- und Ausbildungsstandort zahlreiche Studenten und Berufschüler mit einem geringen monatlichen Haushaltsnettoeinkommen zu Buche schlagen.

Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit

In Bezug auf die Art des Lebensunterhaltes (Tab. 5.3) unterscheiden sich beide Vergleichsregionen nicht wesentlich voneinander und auch im Vergleich zum sächsischen Durchschnitt sind keine Besonderheiten vorzufinden. Ein Hauptteil der Bevölkerung beider Regionen bestreitet ihren Lebensunterhalt durch Erwerbsarbeit bzw. durch den Bezug einer Rente/Pension. Etwa jede zehnte Person bezieht ihren Lebensunterhalt über Arbeitslosengeld (ALG) I oder II (Grundsicherung für Arbeitssuchende).

Tab. 5.3 Einkommenssituation und Arbeitslosigkeit 2006 (Bundesagentur für Arbeit, 2007; IAB, 2007, Statistisches Landesamt Sachsen 2007)
(Häufigkeiten [%])

Einkommen und Arbeitslosigkeit	Sachsen	Landkreis Torgau-Oschatz	Stadt Zwickau
Bevölkerung nach überwiegendem Lebensunterhalt 2006 [%]			
- davon durch Erwerbsarbeit	40,5	41,0	42,4
- davon durch ALG I und II	10,2	11,0	11,7
- davon durch Rente, Pension	29,1	30,8	26,8
- davon durch Unterhalt durch Familienangehörige	17,1	14,2	15,6
- durch sonstiges	3,1	3,0	3,5
Arbeitslosenquote im April 2007 [%]	15,7	17,4	17,4
- ALG I	5,5	6,8	6,0
- ALG II	10,2	10,6	11,4

Im April 2007 lagen die durchschnittliche Arbeitslosenquote im Landkreis Torgau-Oschatz wie auch in der Stadt Zwickau bei 17,4 % (Bundesagentur für Arbeit, 2007, Tab. 5.3). Damit lag die durchschnittliche Arbeitslosenquote in beiden Regionen etwas über der Sachsens (15,7 %) und Ostdeutschlands (15,9 %) und deutlich über dem bundesdeutschen Durchschnitt (9,5 %). Doch auch in den beiden Regionen ist derzeit der „wirtschaftliche Aufschwung“ zu spüren, so lagen die Arbeitslosenquote im April 2006 sowohl im Landkreis Torgau-Oschatz als auch in der Stadt Zwickau bei 20,2 % (Sachsen: 18,5 %, Ostdeutschland: 18,5 %; Deutschland: 11,5 %, Bundesagentur für Arbeit, 2007).

Seit der Hartz IV-Reform zum 01.01.2005 und den damit großen einhergehenden Veränderungen der Leistungsgewährung hat sich die Zahl der Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt drastisch verringert. Diese steht nur denjenigen Personen zu, die aufgrund anderer rechtlicher Vorschriften sonst keine Leistungen erhalten - also weder Arbeitslosengeld II (als erwerbsfähige Personen im Alter von 15 bis 65 Jahren) noch Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (als 65-Jährige oder Ältere bzw. als dauerhaft voll Erwerbsgeminderte). Bezogen im Jahr 2004 im Landkreis Torgau-Oschatz noch 3.238 und in der Stadt Zwickau noch 3.582 Personen Hilfe zum Lebensunterhalt, so betraf das im Jahr 2005 nur noch 150 bzw. 114, im Jahr 2006 138

bzw. 170 Personen in den Vergleichsregionen (Statistisches Landesamt Sachsen, 2007).

5.4 Charakteristik der Kita-Landschaft in den Vergleichsregionen

Betreuungsquoten und -zeiten

Kinderbetreuungsmöglichkeiten sind wesentliche Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf vieler Mütter und Väter, ohne die nicht selten andere (Transfer-)Leistungen in Anspruch genommen werden müssten, insbesondere bei Alleinerziehenden (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2007). Doch neben den familien- und sozialpolitischen Auswirkungen hat Kinderbetreuung auch positive arbeitsmarktpolitische (Ausnutzung des guten Qualifikationspotenzials von Frauen), bevölkerungspolitische (Entgegenwirkung des demografischen Wandels) sowie bildungspolitische Folgen (Bedeutung der Elementarpädagogik als Konsequenz von PI-SA).

Die *Betreuungsquoten* von 0-6-jährigen Kindern in Tageseinrichtungen bzw. Tagespflege variieren deutschlandweit von Bundesland zu Bundesland sehr stark (Tab. 5.4), auch innerhalb eines Bundeslandes gibt es teilweise große regionale Unterschiede.

Tab. 5.4 Betreuungsquoten in Kindertageseinrichtungen bzw. Tagespflege in Deutschland und den einzelnen Bundesländern (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2007)
(Häufigkeiten [%])

Bundesland	Betreuungsquoten [%] zum 15.03.2006 für Kinder ...	
	... unter 3 Jahre	... 3-6 Jahre
Baden-Württemberg	8,7	93,2
Bayern	8,2	84,9
Berlin	37,8	88,3
Brandenburg	40,4	91,5
Bremen	9,2	84,4
Hamburg	21,0	78,7
Hessen	9,0	88,5
Mecklenburg-Vorpommern	43,1	91,7
Niedersachsen	5,1	79,3
Nordrhein-Westfalen	6,5	83,7
Rheinland-Pfalz	9,4	93,6
Saarland	10,2	93,8
Sachsen	33,5	92,7
Sachsen-Anhalt	50,2	91,3
Schleswig-Holstein	7,5	81,0
Thüringen	37,9	94,9
Deutschland	13,6	86,9

So wiesen die östlichen Flächenländer (ohne Berlin) am 15.03.2006 mit einer Betreuungsquote von 92 % einen höheren Anteil an in Kindertageseinrichtungen betreuten 3–6-jährigen Kindern auf als die westlichen Flächenländer mit 86 % (Statistische Äm-

ter des Bundes und der Länder, 2007, S. 7). Im Altersbereich der unter 3-Jährigen wird der Unterschied noch größer; einer Besuchsquote von 7 % in den westlichen Flächenländern steht eine Besuchsquote von 37 % in den östlichen Flächenländern gegenüber.

Innerhalb der östlichen Flächenländer wies Sachsen zu diesem Stichtag bei den unter 3-Jährigen die niedrigste Betreuungsquote auf im Vergleich zum „Spitzenreiter“ Sachsen-Anhalt (Tab. 5.4). Im Altersbereich zwischen 3-6 Jahren lag Sachsen nach Thüringen auf dem zweiten Platz (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2007, S. 7).

Die beiden Vergleichsregionen liegen in der Betreuung der unter 3-Jährigen über dem sächsischen Durchschnitt. So weist Torgau-Oschatz mit 42 % die dritt- und Zwickau mit 36 % die sechstgrößte Betreuungsquote für diesen Altersbereich auf (Tab. 5.5). Insgesamt kann in Sachsen nicht von einer flächendeckend gleichmäßig guten Versorgung von Kindern im Krippenalter gesprochen werden, denn die Platzangebote reichen von 18 % im Kreis Annaberg bis 52 % in der kreisfreien Stadt Hoyerswerda.

Die Betreuungsquoten der 3-6-jährigen Kinder entsprechen in beiden Vergleichsregionen (Torgau-Oschatz: 92 %; Zwickau: 93 %) dem sächsischen Durchschnitt von 93 % (Tab. 5.5). Bei der Betreuung von Hortkindern (Schuleintritt bis Vollendung der vierten Klasse) liegt Torgau-Oschatz mit 71 % etwas über und Zwickau mit 61 % etwas unter dem sächsischen Durchschnitt von 67 %.

Laut Aussage des DJI (2005, S. 75) waren im Jahr 2002 etwa 98 % der angebotenen Plätze für unter 3- bzw. 3-6-Jährige in den östlichen Flächenländern *Ganztagsplätze* mit Mittagessen, während der Anteil in den Stadtstaaten bei 91 % bzw. 76 % und in den westlichen Flächenländern bei 72 % bzw. im Kindergartenbereich bei nur 27 % (!) lag. Die Betreuungsangebote in den Kita beider Vergleichsregionen sind ganztätig und damit bedarfsgerecht orientiert. Die Öffnungszeiten der Kita in beiden Vergleichsregionen bewegen sich fast ausnahmslos zwischen zehn und elf Stunden (Gesundheitsamt Torgau-Oschatz, 2007; Gesundheitsamt Zwickau, 2007). Die meisten Kita öffnen zwischen 6.00-6.30 Uhr und schließen zwischen 16.30-17.30 Uhr und ermöglichen so den meisten Eltern eine günstige Alltagsorganisation der Kinderbetreuung.

Tab. 5.5 Altersabhängige Versorgungsquoten von Kindern in sächsischen Kita (Stand: 15.03.2006, SMS, 2007)

Administrative Ebene	unter 1 Jahr		1 – 3 Jahre		unter 3 Jahre		3 – 6 Jahre		6 – 11 Jahre	
	Σ	Versorgungs- quote ¹⁾	Σ	Versorgungs- quote ¹⁾	Σ	Versorgungs- quote ¹⁾	Σ	Versorgungs- quote ¹⁾	Σ	Versorgungs- quote ¹⁾
Chemnitz, Stadt	74	4,2	1.806	51,7	1.880	35,6	4.927	95,3	5.696	80,7
Plauen, Stadt	13	2,6	412	41,3	425	28,6	1.454	95,4	1.543	68,9
Zwickau, Stadt	28	3,9	741	52,0	769	36,0	1.802	92,8	1.723	61,2
Annaberg	10	1,5	361	26,9	371	18,4	1.737	89,6	1.536	52,1
Chemnitzer Land	14	1,5	797	39,7	811	27,7	2.664	90,2	2.828	63,7
Freiberg	27	2,6	860	40,8	887	28,3	3.095	94,0	3.337	67,4
Vogtlandkreis	21	1,6	1.096	42,6	1.117	28,9	3.638	90,6	3.422	56,0
Mittlerer Erzgebirgskreis	17	2,5	469	34,5	486	23,8	1.771	88,1	1.784	56,0
Mittweida	12	1,4	794	41,4	806	28,9	2.649	91,6	2.457	56,6
Stollberg	7	1,1	425	32,6	432	22,0	1.678	88,0	1.722	60,3
Aue-Schwarzenberg	12	1,3	707	37,9	719	25,5	2.550	91,3	2.221	51,8
Zwickauer Land	23	2,6	791	42,7	814	29,7	2.422	84,7	2.409	56,2
Regierungsbezirk Chemnitz	258	2,4	9.259	41,6	9.517	28,7	30.387	91,3	30.678	61,9
Dresden, Stadt	168	3,6	3.954	44,3	4.122	30,3	11.409	95,2	11.741	74,5
Görlitz, Stadt	16	3,5	364	41,3	380	28,4	1.179	95,1	1.307	71,0
Hoyerswerda, Stadt	14	6,7	342	72,0	356	52,0	816	104,1	882	76,6
Bautzen	32	2,7	1.013	43,2	1.045	29,7	3.238	90,0	3.222	62,9
Meißen	28	2,4	1.115	45,3	1.143	31,4	3.405	91,7	3.597	67,7
Niederschlesischer Oberlausitzkreis	16	2,4	664	48,1	680	33,4	1.932	91,5	1.912	56,6
Riesa-Großenhain	21	2,6	812	48,4	833	33,6	2.392	95,9	2.309	66,5
Löbau-Zittau	25	2,7	915	45,8	940	32,0	2.840	92,8	3.163	64,5
Sächsische Schweiz	27	2,7	988	44,5	1.015	31,6	2.899	92,7	3.009	63,8
Weißeritzkreis	11	1,2	707	35,9	718	24,6	2.753	89,6	3.126	71,5
Kamenz	30	2,6	1.067	46,2	1.097	31,9	3.281	93,2	3.368	62,0
Regierungsbezirk Dresden	388	2,9	11.941	44,8	12.329	31,0	36.144	93,4	37.636	67,8
Leipzig, Stadt	144	3,4	3.762	46,0	3.906	31,4	10.432	94,0	11.932	80,8
Delitzsch	28	3,3	1.009	55,7	1.037	39,0	2.638	92,4	2.761	66,9
Döbeln	28	5,6	544	56,0	572	38,8	1.373	91,8	1.562	68,1
Leipziger Land	23	2,1	1.039	50,0	1.062	33,6	3.055	92,7	3.256	65,5
Muldentalkreis	59	5,8	1.226	63,3	1.285	43,6	2.832	92,9	3.295	71,9
Torgau-Oschatz	33	4,7	891	59,4	924	41,9	2.023	92,3	2.303	71,2
Regierungsbezirk Leipzig	315	3,7	8.471	51,4	8.786	35,3	22.353	93,2	25.109	73,9
Sachsen	961	3,0	29.671	45,4	30.632	31,3	88.884	92,6	93.423	67,2

1) Anzahl der betreuten Kinder je 100 Kinder der gleiche Altersgruppe

In Bezug auf das Angebot an *Integrationsplätzen* schätzt das DJI (2005, S. 177), dass durchschnittlich ca. vier Prozent der Kinder eines Jahrgangs einen Integrationsbedarf aufweisen (unberücksichtigt: Kinder mit Migrationshintergrund und in Heimen lebende Kinder). Dieser Wert müsste zugrunde gelegt werden, wenn alle Kinder mit Integrationsbedarf eine Kindertageseinrichtung besuchen wollen würden. Für das Jahr 2002 weist das DJI (2005, S. 179) für Sachsen eine Platz-Kind-Relation je 10.000 Kinder (PKR/10.000 Kinder) von 162,3 aus (Deutschland: 47,8; östliche Flächenländer: 119,1). Damit stellt Sachsen deutschlandweit die Spitzenposition dar, auch wenn das Angebot an Integrationsplätzen etwas unter dem Schätzwert des DJI liegt. Vor dem Hintergrund von regionalen Schwankungen der Zahl von Kindern mit Integrationsbedarf und Inanspruchnahme der Betreuung in einer Kindertageseinrichtung kann jedoch von einer bedarfsgerechten Versorgung ausgegangen werden. In den beiden Vergleichsregionen liegt das Angebot im Jahr 2007 sogar noch wesentlich höher als der sächsische Durchschnitt 2002. So kommen in Torgau-Oschatz auf 6.125 Kita-Plätze 231 Integrationsplätze (PKR/10.000 Kinder: 377,1), wovon 166 Plätze in Anspruch genommen werden, und in Zwickau auf 4.565 Kita-Plätze 175 Integrationsplätze (PKR/10.000 Kinder: 383,4), so dass für beide Regionen zumindest rein rechnerisch nahezu von einer Bedarfsgerechtigkeit gesprochen werden kann.

Leistungen der Jugendhilfe

Tab. 5.6 informiert über die jährlichen Ausgaben im Rahmen der Jugendhilfe in den beiden Vergleichsregionen für das Jahr 2005 (Zahlen für 2006 lagen zum Zeitpunkt der Berichterstattung noch nicht vor). Dabei entsprechen sich die Gesamtausgaben der beiden Regionen für die Kindertageseinrichtungen in öffentlicher und freier Trägerschaft.

Tab. 5.6 Ausgaben für Kinderbetreuung (Statistisches Landesamt Sachsen^{1, 2}, 2007; Landkreis Torgau-Oschatz³, 2007; Stadt Zwickau⁴, 2006)
(Summe, Mittelwerte)

Ausgaben Kindertageseinrichtungen	Sachsen	Landkreis Torgau-Oschatz	Stadt Zwickau
<i>Ausgaben der Jugendhilfe 2005 [in 1.000 EUR]¹</i>	1.003.856 ¹	22.653 ¹	30.815 ¹
- davon für Kita in öffentlicher Trägerschaft ¹	317.732 ¹	12.220 ¹	7.774 ¹
- davon für Kita in freier Trägerschaft ¹	294.607 ¹	3.239 ¹	7.316 ¹
<i>Durchschnittliche Elternbeiträge [EUR] für 2006</i>			
- Krippe (0–unter 3 Jahre), 9 h/Tag	155,67 ²	144,99 ³	179,11 ⁴
- Kindergarten (3 Jahre - Schuleintritt), 9 h/Tag	88,74 ²	86,85 ³	100,90 ⁴
- Hort (Vorschulklasse bis Vollendung 4. Klasse), 5 h/Tag	43,27 ²	41,08 ³	49,19 ⁴
- Frühhort (Vorschulklasse bis Vollendung 4. Klasse), 6 h/Tag	51,92 ²	49,29 ³	59,03 ⁴

Quellen: ¹ ... Statistisches Landesamt Sachsen (2007)

² ... Sächsisches Staatsministerium für Soziales (2007)

³ ... Landkreis Torgau-Oschatz (2007)

⁴ ... Stadt Zwickau (2007)

In Bezug auf die *Kosten der Kinderbetreuung* regelt § 15 SächsKitaG die ungekürzten Elternbeiträge für die Betreuung eines Kindes in Abhängigkeit vom Alter. Berechnungsgrundlage dafür bilden die durchschnittlichen Betriebskosten pro Platz für die einzelnen Altersstufen, die üblicherweise pro Jahr aktualisiert werden und die ebenso für die Kindertagespflege gelten:

- Krippe für Betreuungszeit bis zu täglich neun Stunden: 20,5857 %
- Kindergarten für Betreuungszeit bis zu täglich neun Stunden: 25,126 %
- Vorschulklasse und Hort für Betreuungszeit von täglich fünf bzw. sechs (bei Frühhort) Stunden: 25,126 %
- In Ausnahmefällen ab dem 34. Lebensmonat bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres für Betreuungszeit bis zu täglich neun Stunden bei Betreuung im Kindergarten gemäß § 1 Abs. 3 S. 2 SächsKitaG: 25,126 %

Besuchen mehrere Kinder einer Familie eine Kindertageseinrichtung, so reduziert sich der Elternbeitrag beim zweiten Kind auf 60 % und beim dritten Kind auf 20 % des ursprünglichen Betrags. Für jedes weitere Kind wird kein Elternbeitrag mehr fällig. Für Alleinerziehende verringert sich der jeweilige Elternbeitrag pro Kind um 10 %. Zusätzlich zum Elternbeitrag sind von den Eltern die Verpflegungskosten ungekürzt zu tragen, die sich in jeder Kindertageseinrichtung in Abhängigkeit von der Art der Versorgung anders gestalten können.

In der Beitrags- und Benutzungssatzung für die Kita sowie für die Kindertagespflege der Stadt Zwickau (2006) sind die Kosten für die Kinderbetreuung in Abhängigkeit vom Alter der Kinder aufgeschlüsselt (Grundlage: §§ 12-14 SächsKitaG), die sich aus den Kosten des Vorjahres ergeben (Tab. 5.6). In Torgau-Oschatz gibt es keine Satzung, sondern die Elternbeiträge werden von jedem Träger ausgegeben, betragen jedoch max. 23 % der Betriebskosten pro Platz. Das bedeutet, die Elternbeiträge schwanken zwischen 132,70 EUR bis 160,00 EUR für einen Krippen-, 82,92 EUR bis 94,00 EUR für einen Kindergarten- und 44,70 EUR bis 54,20 EUR für einen Hortplatz (sechs Stunden). In der Darstellung der Elternbeiträge wird deutlich, dass Eltern in Zwickau mehr für die Betreuung ihrer Kinder aufbringen müssen als im Durchschnitt in Torgau-Oschatz. Die Elternbeiträge in Zwickau liegen zwischen 16 % (Hort) und 35 % (Krippe) über dem Durchschnitt des Landkreises Torgau-Oschatz.

Zum 01.09.2007 wurde im Zwickauer Stadtrat beschlossen, dass das letzte Vorschuljahr in der Kita für alle Kinder kostenfrei ist, d. h. die Elternbeiträge entfallen. In Torgau-Oschatz ist dies nicht der Fall.

Das jeweils zuständige Jugend- bzw. Sozialamt kann auf Antrag der Eltern den Elternbeitrag teilweise oder vollständig übernehmen, so dessen Aufbringung dem Erziehungsberechtigten gemäß § 90 Abs. 3 und 4 SGB VIII nicht zuzumuten ist. Bis zum 31.12.2005 gingen beim Jugendamt des Landkreises Torgau-Oschatz insgesamt 2.557 Anträge auf *Übernahme der Elternbeiträge* in Kindereinrichtungen sowie Tagespflege und auf Geschwisterermäßigung ein (Jugendamt Torgau-Oschatz, 2006). 2.090 Anträge wurden bewilligt. Nicht in jedem Fall wurden die Elternbeiträge in voller Höhe übernommen (nur bei 77 % der Anträge). Im Jahr 2006 sind 3.010 Anträge auf Übernahme der Elternbeiträge für Kita sowie für Tagespflege und auf Geschwisterermäßigung im Jugendamt Torgau-Oschatz eingegangen. 2.388 konnten davon genehmigt werden, davon 1.909 in voller Höhe. In der Stadt Zwickau wurden im Jahr 2006 durchschnittlich 1.308 Anträge zur Übernahme von Elternbeiträgen bewilligt, im Jahr 2007 belief sich die durchschnittliche Zahl bewilligter Anträge auf 1.252. Leider kön-

nen keine Angaben zur Gesamtzahl aller eingegangenen Anträge gemacht werden, da nicht genehmigte Anträge nicht registriert werden.

In Deutschland sind *Hilfen zur Erziehung* staatliche bzw. kommunale Leistungen der Jugendhilfe, die sich an Familien mit Kindern richten (§ 27 KJHG, SGB VIII, Tab. 5.7). Sozialpädagogische Familienhilfe beispielsweise soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe geben. In beiden Vergleichsregionen konnte beobachtet werden, dass Gebiete, in denen viele sozial benachteiligte Personen leben, besonders diese Leistungen in Anspruch genommen werden.

Tab. 5.7 Empfänger von ausgewählten erzieherischen Hilfen in Sachsen und den Vergleichsregionen 2005 (Statistisches Landesamt Sachsen, 2006)
(Häufigkeiten [Anzahl])

Empfänger ausgewählter erzieherischer Hilfen [Anzahl]	Sachsen	Landkreis Torgau-Oschatz	Stadt Zwickau
Institutionelle Beratung	13.197	310	453
- darunter Erziehungs- und Familienberatung	11.254	294	403
Betreuung einzelner junger Menschen	1.068	11	100
Sozialpädagogische Familienhilfe	1.397	26	61
- darunter Familien mit mind. 3 Kindern	542	13	23
Hilfe zur Erziehung junger Menschen außerhalb des Elternhauses	5.291	135	246
- in einer Pflegefamilie	1.706	36	42
- in einem Heim	2.071	60	142
Inobhutnahme (auf eigenen Wunsch oder aufgrund Gefährdung)	1.996	30	67

Da eine ähnliche Anzahl und Altersstruktur der Kinder und Jugendlichen in beiden Vergleichsregionen besteht (vgl. Tab. 5.1), fällt auf, dass in Zwickau im Jahr 2005 in wesentlich höherem Maße die aufgeführten erzieherischen Hilfen in Anspruch genommen wurden. Im Vergleich zu den anderen Kreisen und kreisfreien Städten Sachsens nimmt Zwickau nach den drei anderen großen Städten Leipzig, Dresden und Chemnitz, in denen absolut eine höhere Zahl an Kindern und Jugendlichen vorhanden sind, einen Spitzenplatz bei der Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung ein.

Trägerschaft und Kapazitäten

Im Landkreis Torgau-Oschatz sind mit 87 Einrichtungen fast doppelt so viele Kita zu finden wie in der Stadt Zwickau mit 47 Einrichtungen (Tab. 5.8) bei vergleichbarer Zahl des pädagogischen Personals, jedoch einer wesentlich größeren Anzahl an Betreuungsplätzen.

Das Verhältnis von kommunalen (öffentlichen) zu freien Trägern in beiden Regionen ist sehr gegensätzlich. Während mehr als drei Viertel der Kita im Landkreis Torgau-Oschatz 2007 in kommunaler Trägerschaft (Städte und Gemeinden) sind, wird in der Stadt Zwickau nur ein reichliches Drittel der Kita durch die Kommune (Stadt Zwickau)

getragen. Dieses Verhältnis macht den Trend in den östlichen Flächenländern deutlich, insbesondere in den größeren Städten, denn die öffentlichen Träger ziehen sich verstärkt aus der Trägerschaft der Kita zurück (DJI, 2005). Wurden im Jahr 1998 noch 72 % der Kita in den östlichen Flächenländern durch einen öffentlichen Träger finanziert, so sank dieser Anteil bis 2002 auf 59 % ab und hält weiter an. In Gesamtdeutschland waren im Jahr 2002 44 % der Kita in öffentlicher und 56 % in freier Trägerschaft (DJI, 2005, S. 67f). Für Torgau-Oschatz trifft dieser Trend nicht zu, im Vergleich zum Jahr 2005 sind zwei Kita von der freien wieder in die kommunale Trägerschaft gewechselt.

Tab. 5.8 Charakteristik der Kita in den Vergleichsregionen 2007 (Jugendamt Torgau-Oschatz, 2006; Jugend- und Sozialamt Zwickau, 2006)
(absolute [Anzahl] und relative Häufigkeiten [%])

Kita-Charakteristik	Kita Landkreis Torgau-Oschatz [Anzahl]			Kita Stadt Zwickau [Anzahl]		
	Kita	Plätze	päd. MA	Kita	Plätze	päd. MA
Gesamt [Anzahl]	87	6.125	516	47	4.533	496
Kita-Träger [Anzahl]						
- davon kommunaler (öffentlicher) Träger	69 (79 %)	4.654	381 (73 %)	18 (38 %)	1.694	167 (34 %)
- davon freie Träger	21 (23 %)	1.471	138 (27 %)	29 (62 %)	2.851	329 (66 %)
<i>Sozialverbände der freien Wohlfahrt</i>						
- Arbeiterwohlfahrt e. V.	1	69	7	4	499	67
- Deutsches Rotes Kreuz	1	---	4	2	388	45
- Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.	---	---	---	1	106	13
- Arbeiter-Samariter-Bund e. V.	5	365	30	3	239	21
- Caritas bzw. Christliches Sozialwerk gGmbH	---	---	---	1	100	20
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche	1	69	4	---	---	---
<i>Kirchengemeinden</i>	3	202	15	2	310	39
<i>Vereine, gemeinnützige GmbH, Gruppen</i>	9	766	80	15	1.156	176
<i>Betriebskindergärten</i>	---	---	---	1	53	10
<i>Größe der Kita</i>						
- unter 5 Mitarbeiter	37 (44 %)	2.009	117 (23 %)	1 (2 %)	27	4 (1 %)
- 5-10 Mitarbeiter	36 (43 %)	2.565	234 (46 %)	21 (46 %)	1.425	145 (29 %)
- 11-20 Mitarbeiter	10 (12 %)	1.321	137 (27 %)	18 (39 %)	1.754	209 (42 %)
- über 20 Mitarbeiter	1 (1 %)	230	22 (4 %)	6 (13 %)	1.306	138 (28 %)

Anmerkung: päd. MA ... pädagogische Mitarbeiter

Im Landkreis Torgau-Oschatz werden von den kleinen öffentlichen Gemeinden häufig eigene Kita betrieben. Daher sind hier eher kleine bis mittelgroße Kita (bis zehn Mitarbeiter) anzutreffen, während in Zwickau als kreisfreie Stadt die organisatorischen Ein-

heiten größer und somit eher mittlere bis große Einrichtungen zu finden sind (mindestens fünf Mitarbeiter).

Laut Aussage des Bedarfsplans der Kindertageseinrichtungen Zwickau 2006/2007 (Jugend- und Sozialamt der Stadt Zwickau, 2006) stehen im Planjahr 2006/2007 insgesamt 770 Krippen-, 2.241 Kindergarten- und 1.522 Hortplätze zur Verfügung. Die Bedarfsplanung des Jugendamtes des Landkreises Torgau-Oschatz (2006) geht von insgesamt 1.047 Krippen-, 2.781 Kindergarten- und 2.297 Hortplätzen aus.

6 Ergebnisse

6.1 Aktuelle berufliche Situation

In diesem Teil der Ergebnisdarstellung soll der Fokus auf die aktuelle berufliche Situation der Kita-Beschäftigten gerichtet werden, um festzustellen, in welchen Bereichen Risikofaktoren zu verzeichnen sind, die sich belastend auf die Mitarbeiterinnen auswirken, oder aber auch sehr gute Arbeitsbedingungen, die es zu erhalten gilt.

6.1.1 Berufsanamnese

Rahmenbedingungen der Tätigkeit

Die Art der Anstellung unterscheidet sich in den beiden Vergleichsregionen nicht ($p = .282$). Eine unbefristete *Festanstellung* ist die typische Beschäftigungsform des Kita-Personals (TO 05: 89,4 %; TO 07: 87,1 %; Z 07: 94,7 %). Befristete Beschäftigungsverhältnisse sind in den beiden Regionen weniger häufig vorzufinden (TO 05: 9,1 %; TO 07: 8,4 %; Z 07: 4,8 %), betreffen jedoch ausschließlich die Gruppe der Erzieherinnen.

Die Kita-Beschäftigten weisen sehr lange *Erwerbsbiografien* in ihrem Beruf auf - in den Torgau-Oschatzer Stichproben durchschnittlich jeweils 26 ± 9 bzw. 10 Jahre, in Zwickau 25 ± 10 Jahre. Auch die durchschnittliche Zugehörigkeit zur aktuellen Einrichtung ist in beiden Regionen recht lang (TO 05: 14 ± 11 Jahre; TO 07: 12 ± 10 Jahre; Z 07: 12 ± 9 Jahre; $p = .057$). Tatsächlich geben einige der untersuchten Personen an, bereits 30 Jahre und mehr in ein und derselben Einrichtung tätig zu sein. Einrichtungs- oder gar Berufswechsel scheinen daher bei den Torgau-Oschatzer und Zwickauer Befragten eher weniger eine Rolle zu spielen. Gründe dafür können zum einen in einer hohen Berufsbindung, zum anderen aber auch im Mangel beruflicher Alternativen gesehen werden. Diese Ergebnisse unterstützen die Aussagen der Befragten, ob sie in den kommenden zwei Jahren ihren Beruf noch ausüben wollen (nur in den jeweils ersten Befragungen in der Region TO 05 bzw. Z 07). In TO 05 bejahten das 90 %, in Z 07 sogar 94 % der Befragungsteilnehmerinnen. Gründe gegen eine Fortführung der Erzieherinnentätigkeit finden sich insbesondere in der älteren Altersgruppe, hier gehen etwa 7 % (TO 05) bzw. 8 % (Z 07) der Befragten in Altersteilzeit oder den regulären Ruhestand. Einen Antrag auf vorzeitigen Ruhestand möchten 4 % der Kolleginnen in TO 05 bzw. 7 % der Kolleginnen in Z 07 stellen. Signifikante Gruppenunterschiede sind nicht zu verzeichnen.

Neben dem Qualifikationsniveau ist der *Beschäftigungsumfang* des Personals ein weiteres wichtiges Merkmal der Personalsituation einer Kita (DJI, 2005, S. 199ff). In den östlichen Bundesländern wird bei einer Arbeitszeit von 40 Wochenstunden, in den westlichen Bundesländern bei 38,5 Wochenstunden von Vollbeschäftigung gesprochen. Charakteristisch für das Berufsfeld Kita ist die Teilzeitbeschäftigung, die laut Aussage des DJI (2005) in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen hat. Vor allem in den östlichen Bundesländern sind hohe Quoten an Teilzeitarbeit zu verzeichnen, da mit der Umwandlung von Voll- in Teilzeitstellen ein gewisser Teil des Beschäftigtenrückgangs, verursacht durch den massiven Abbau an Betreuungsplätzen, aufgefangen werden konnte.

Die geringen Vollbeschäftigungsquoten für die östlichen Flächenländer lassen sich auch in den beiden Untersuchungsregionen feststellen (Tab. 6.1). Für den Landkreis Torgau-Oschatz sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Befragungszeitpunkten festzustellen. Im Vergleich der beiden Untersuchungsregionen fällt jedoch auf, dass Leiterinnen in Zwickauer Kita signifikant häufiger vollzeitbeschäftigt sind als ihre Kolleginnen in Torgau-Oschatz ($p = .000$) - zwei von drei Leiterinnen haben hier einen 40-Stunden-Vertrag, während das in Torgau-Oschatz nur eine von drei Leiterinnen betrifft. Das DJI (2005) stellt insbesondere den extrem niedrigen Anteil an Vollzeitstellen im Hortbereich der östlichen Flächenländer heraus und vermutet Gründe zum einen in der Teilung von Vollzeitstellen zur „Rettung“ von Arbeitsplätzen, zum anderen die Umstellung des Hortbetriebes auf den Nachmittag.

Tab. 6.1 Anteile an Vollbeschäftigung in Abhängigkeit vom Alter der betreuten Kinder in den Stichproben im Vergleich zu Deutschland (DJI, 2005, S. 199f) (Häufigkeiten [%])

Vollbeschäftigung [%]	BRD	westliche FL ¹	Stadtstaaten ¹	östliche FL ¹	TO 05	TO 07	Z 07
Insgesamt	45,4	49,5	48,7	20,3	16,6	18,7	15,5
- Erzieherpersonal	k. A.	51,3	48,2	18,7	13,4	14,4	10,2
Anteil in Abhängigkeit vom Altersbereiche der betreuten Kinder:							
- Krippenalter	34,6	56,8	55,3	18,1	18,8	17,3	4,3
- Kindergarten	46,7	49,6	42,0	19,9	12,4	15,2	11,9
- Hort	40,3	58,9	44,4	8,2	9,3	8,9	12,2
- altersgemischt	46,2	62,0	50,9	21,9	25,0	13,8	13,2
- Leitung	k. A.	74,8 ²	73,3 ²	41,3 ²	29,3 ³	39,3 ³	61,1 ³

Erläuterung: FL ... Flächenländer k. A. ... keine Angaben

Anmerkung: ¹ ... Angaben beziehen sich auf das Jahr 2002

² ... Leitung freigestellt

³ ... keine Information über Freistellung der Leitung

Der hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigung bietet den Vorteil, dass die Arbeitsplätze des Personals in Torgau-Oschatz und Zwickau relativ sicher sind, da Schwankungen in der Kinderzahl durch eine Anpassung der Arbeitszeit ausgeglichen werden. Teilzeitbeschäftigung bringt jedoch auch Probleme mit sich (Schilling, 2005, S. 45). Zum einen verliert das Arbeitsfeld Kita weiter an Attraktivität, wenn nur wenigen die Chance auf eine Vollbeschäftigung geboten wird, da dies zum Teil mit erheblich niedrigeren Einkommen verbunden ist. Zum anderen sind auch organisationale Schwierigkeiten in der Kita selbst mit hohen Teilzeitquoten verbunden, die sich in einer komplizierten Dienstplangestaltung, ungenügenden Verfügungszeiten für die Vor- und Nachbereitung der pädagogischen Arbeit, Austausch im Kollegenkreis, zu wenig Zeit für Team- und Elternarbeit, aber auch für berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung oder Kooperationen mit anderen Akteuren im Feld Kita äußern können (DJI, 2002, S. 196).

Auch wenn sich die beiden Regionen hinsichtlich der Vollbeschäftigungsquote nicht voneinander unterscheiden, gibt es jedoch große Differenzen in den durchschnittlichen Arbeitszeiten (Abb. 6.1). Die Torgau-Oschatzer Stichprobe weist zu beiden Befragungszeitpunkten signifikant höhere durchschnittliche Arbeitszeiten auf als die Zwickauer Stichprobe. Bei näherer Betrachtung der verschiedenen Funktionen fällt auf, dass die geringere Arbeitszeit ausschließlich auf die Zwickauer Erzieherinnen zutrifft, die 2007 durchschnittlich vier Stunden weniger pro Woche arbeiten als ihre Kollegin-

nen in Torgau-Oschatz. Bei den Leiterinnen ist dieser Unterschied nicht vorhanden, im Gegenteil weisen die Zwickauer Leiterinnen eine leicht höhere Arbeitszeit auf als die Leiterinnen in Torgau-Oschatz, jedoch nicht auf statistisch signifikantem Niveau ($p = .822$).

Auch der Vergleich der Ergebnisse in Torgau-Oschatz zeigen eine leichte Erhöhung der durchschnittlichen Arbeitszeit um eine Stunde, der tendenziell signifikant wird ($p = .085$). Diese leichte Anhebung der Arbeitszeit betrifft sowohl Erzieherinnen als auch Leiterinnen.

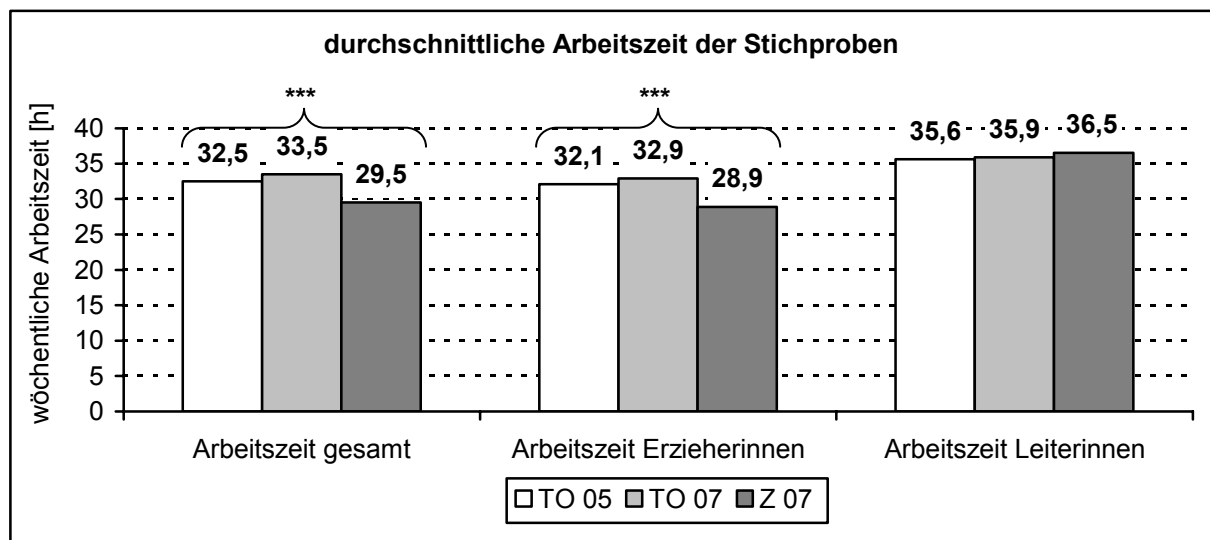


Abb. 6.1 Arbeitszeit in den Stichproben in Abhängigkeit von der Funktion
(Mittelwerte; Signifikanz p : *** ... $p \leq .001$)

Es fällt weiterhin auf, dass Leiterinnen generell höchstsignifikant längere Arbeitszeiten haben als Erzieherinnen ($p = .000$).

In Anbetracht der langen Öffnungszeiten der Kita in beiden Regionen ist es nicht verwunderlich, dass die meisten Erzieherinnen in Schichten (Früh- und Spätdienst) arbeiten. Dabei werden vor allem die frühen Morgen- und späten Nachmittagsstunden, zu denen nicht die volle Anzahl der Kinder in der Einrichtung ist, mit weniger Personal abgedeckt.

Ausgeübte Funktionen

Die Kolleginnen sollten angeben, welche Funktion sie in ihrer Einrichtung ausüben (Tab. 6.2). Dabei kann es durchaus vorkommen, dass eine Person mehrere Funktionen inne hat (z. B. Gruppenleiterin, stellvertretende Leiterin und Integrationskraft).

Aufgrund der strukturellen Besonderheiten in den beiden Regionen und ihrer Kita-Landschaft (vgl. Kap. 5.4) ist der höhere Anteil an Leiterinnen im Landkreis Torgau-Oschatz bzw. der höhere Anteil an Erzieherinnen in der Stadt Zwickau erklärbar. Mit dieser Eigenheit der vielen kleinen Kita mit weniger als fünf Mitarbeitern im Landkreis Torgau-Oschatz geht auch der signifikant höhere Anteil an Springern, die keine feste Gruppe haben, neben einer Stammgruppe regelmäßig in anderen Gruppen aushelfen oder sogar zwischen mehreren Einrichtungen pendeln, einher. Der Anteil an Integrati-

onskräften liegt in beiden Regionen knapp unter 20 %, signifikante Gruppenunterschiede existieren nicht. Hinsichtlich der sonstigen Funktionen weist TO 07 einen signifikant geringeren Anteil auf als die beiden anderen Stichproben. Ein Grund dafür liegt in der geringen Beteiligung des sonstigen, vorrangig technischen Personals an der Befragung.

Tab. 6.2 Ausgeübte Funktionen in den Stichproben
(Häufigkeiten [%])

Ausgeübte Funktion [%]	TO 05	TO 07	Z 07	Gruppen- unterschied p
Leitung	17,0	14,2	8,7	.024
stellvertretende Leitung	11,4	9,4	7,7	.370
Gruppenerzieherin	76,0	76,2	84,1	.002
Springer	18,2	13,2	6,8	.001
Integrationskraft	16,1	16,5	17,4	.908
sonstige Funktion	7,0	1,0	11,1	.000

Speziell für die Betreuung von Kindergruppen wurden Bedingungen der *Arbeitsorganisation* wie Altersbereich und Anzahl betreuter Kinder, Anzahl zu betreuender Gruppen, Zusammenarbeit mit Kollegen als berufliche Faktoren berücksichtigt. Das Verhältnis von pädagogischer Fachkraft und der Anzahl der betreuten Kinder ist vom Altersbereich der Kinder abhängig und wird durch den sog. Personalschlüssel gesetzlich geregelt. In § 12 SächsKitaG ist folgender Personalschlüssel verbindlich:

- Kinderkrippe (Kinder von null bis drei Jahre): eine pädagogische Fachkraft für sechs Kinder,
- Kindergarten (Kinder von drei Jahre bis Schuleintritt): eine pädagogische Fachkraft für 13 Kinder,
- Hort (Kinder ab Schuleintritt): 0,9 pädagogische Fachkraft für 20 Kinder.

Diesem Personalschlüssel liegt eine Ganztags-Betreuung im Kinderkrippen- und Kindergartenbereich von täglich neun Stunden und im Hortbereich von täglich sechs Stunden zugrunde. Dabei muss beachtet werden, dass der Schlüssel für die personelle Ausstattung der Kita auf dem Papier maßgeblich ist, nicht jedoch für die tatsächliche Gruppengröße. Durch die üblichen Teilzeitverträge der meisten Erzieherinnen und die damit verbundene Schichtarbeit, durch die unterschiedlich lange Betreuungszeit der Kinder, aber auch durch die Abkehr von kleinen Einzelgruppen hin zu einer offenen Arbeit sind die Gruppen meist größer, als der Personalschlüssel suggeriert.

Anhand dieser Zuordnung ist der Einsatzbereich und die durchschnittliche Gruppengröße der Gruppenerzieherinnen folgendermaßen zu beschreiben (Abb. 6.2). Die Altersbereiche der betreuten Kinder werden gemäß der Einteilung des Personalschlüssels gewählt. Als „altershomogen“ werden Gruppen betrachtet, in denen Kinder einer Altersstufe (z. B. Krippenkinder zwischen null und drei Jahre) betreut werden. Als „altersgemischt“ werden Gruppen bezeichnet, in denen Kinder im Krippen- und Kindergartenalter, Kindergarten- und Hortalter oder über alle drei Altersbereiche hinweg betreut werden. Bei der Betrachtung der Gruppenstruktur fällt auf, dass in den befragten Zwickauer Einrichtungen fast jede zweite Gruppe zu den altersgemischten zählt. Die klassische Trennung der Altersbereiche in Krippen-, Kindergarten- und Hortgruppen, wie es eher in Torgau-Oschatz der Fall ist, wird hier zugunsten eines altersgruppen-

übergreifenden Konzepts verändert. Doch auch in den befragten Einrichtungen in Torgau-Oschatz fällt im Vergleich von 2005 zu 2007 auf, dass sich der Anteil altersgemischter Gruppen fast verdoppelt hat, während der Anteil reiner Kindergartengruppen deutlich geringer ausfällt.

Die durchschnittliche Gruppengröße unterscheidet sich im Krippen- und Kindergartenbereich zwischen den beiden Vergleichsregionen (Abb. 6.2). In den Zwickauer Gruppen werden signifikant mehr Krippen- ($p = .000$) bzw. Kindergartenkinder ($p = .010$) betreut als in Torgau-Oschatz. In diesem Zusammenhang kann festgestellt werden, dass die Befragten in allen drei Stichprobenangaben, hauptsächlich in Einzelgruppen zu arbeiten (TO 05: 72,2 %; TO 07: 63,7 %; Z 07: 70,5 %), allerdings geben die Befragten in Torgau-Oschatz zu beiden Befragungszeitpunkten häufiger an, in Doppelgruppen (TO 05: 11,9 %; TO 07: 16,9 %; Z 07: 10,2 %) oder sogar „offen“, d. h. ohne feste Gruppen zu arbeiten (TO 05: 15,9 %; TO 07: 18,9 %; Z 07: 11,8 %; $p = .000$).

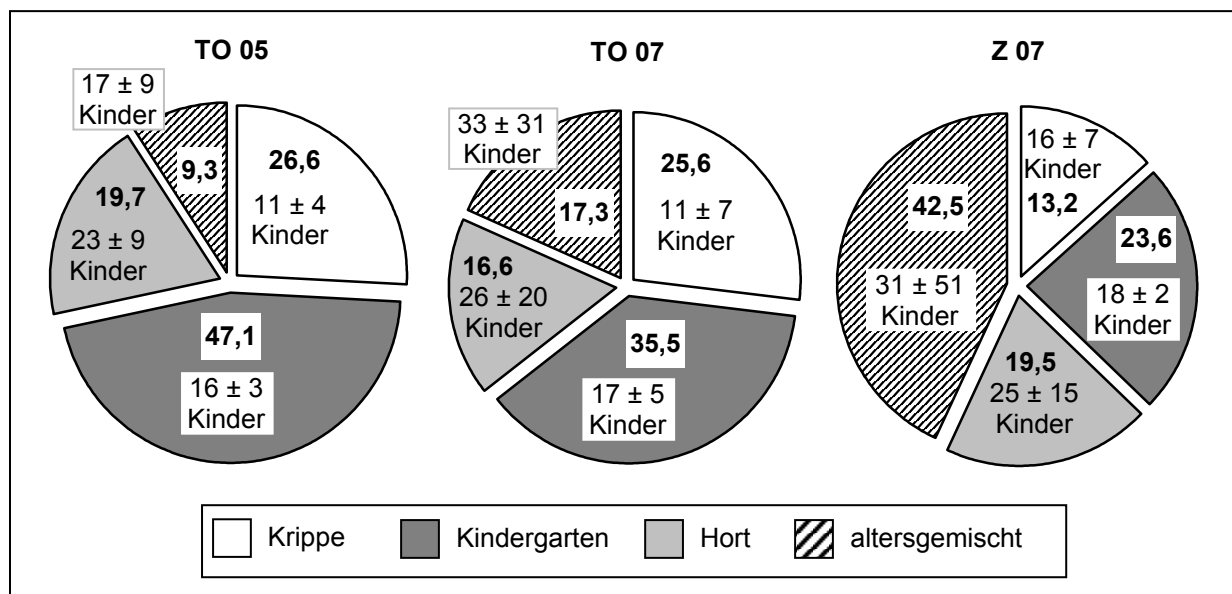


Abb. 6.2 Prozentuale Verteilung der Einsatzbereiche in Abhängigkeit vom Altersbereich der zu betreuenden Kinder und durchschnittliche Gruppengröße in den Stichproben
(Häufigkeiten [%]; Mittelwerte und Standardabweichung)

Bei der Betrachtung der Altersgruppen fällt auf, dass die jüngeren Kolleginnen in allen drei Stichproben häufiger Kinder im Krippenalter betreuen (TO 05: 38 %; TO 07: 34 %; Z 07: 48 %) und auch häufiger als Springerinnen eingesetzt sind (TO 05: 40 %; TO 07: 35 %; Z 07: 43 %) als Kolleginnen der beiden älteren Altersgruppen.

Im Ergebnis des Leiterinneninterviews wurde festgestellt, dass in Torgau-Oschatz 2005 in zehn der 77 teilnehmenden Kita insgesamt 70 Kinder, 2007 in 23 der 66 teilnehmenden Kita insgesamt 83 Kinder mit Migrationshintergrund betreut wurden. In Zwickau ist der Anteil wesentlich höher: Hier werden in 16 der 22 teilnehmenden Einrichtungen insgesamt 155 Kinder mit Migrationshintergrund betreut. Angesichts der geringen Beteiligung der Zwickauer Einrichtungen wird die tatsächliche Anzahl an Kindern mit Migrationshintergrund weitaus höher liegen.

Die Arbeit in den Einrichtungen ist teilweise durch Teamarbeit gekennzeichnet: etwas mehr als die Hälfte der Kolleginnen arbeiteten direkt mit anderen Kita-Mitarbeiterinnen

zusammen. Diese Teamarbeit ist jedoch in Zwickau signifikant stärker ausgeprägt als in Torgau-Oschatz (TO 05: 51,6 %; TO 07: 56,2 %; Z 07: 69,6 %; $p = .000$), was angesichts der hohen Gruppenstärken nicht verwunderlich ist. Das zeigte sich in den einzelnen Einrichtungen z. B. durch gemeinsame Aktivitäten der Gruppen bis hin zur räumlichen Zusammenlegung von Gruppen oder der besonderen Förderung einzelner Kinder durch mehrere Erzieherinnen (vor allem in Integrationseinrichtungen).

Fort- und Weiterbildung

Laut § 21 SächsKitaG ist die Fortbildung der Beschäftigten von Kindertageseinrichtungen Aufgabe des Landesjugendamtes und der örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe (örtlich zuständiges Jugendamt). Neben dem zuständigen Jugendamt bietet jeder Träger seinen Mitarbeiterinnen selbst oder durch andere, teilweise überregionale Veranstalter verschiedene Fortbildungen an. Deren Themen orientieren sich an den gesetzlichen Anforderungen, an den situationsabhängigen Notwendigkeiten, den Fortbildungswünschen des Leitungs- sowie des pädagogischen Fachpersonals der ansässigen Kindertageseinrichtungen sowie an den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln. Themenauswahl und Anzahl der Fortbildungen sind nicht gesetzlich verankert. Der überwiegende Teil des Kita-Personals nimmt nach Aussage der Leiterinnen (Interview) auch an diesen Angeboten teil.

Als wesentlicher Einflussfaktor in Sachsen ist die verbindliche Einführung des Sächsischen Bildungsplans (vgl. Kap. 2) mit Beginn des Jahres 2007 zu nennen, der mit einheitlichen und teilweise zusätzlichen pädagogischen Standards und in diesem Zusammenhang mit einem hohen Fort- und Weiterbildungsaufkommen für die Erzieherinnen und Erzieher einher geht. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass sich ein großer Anteil der Kita-Beschäftigten zum Zeitpunkt der Befragung im Jahr 2007 in einer Fort- und Weiterbildung (FuW) befand (Tab. 6.3).

In TO 07 waren es mit 69 % der Befragten signifikant mehr als in Z 07 mit 53 % ($p = .000$). Im Vergleich dazu nahmen im Jahr 2005 nur 16 % der Torgau-Oschatzer Teilnehmerinnen zum Zeitpunkt der Befragung an einer FuW teil ($p = .000$).

Das Curriculum zum Sächsischen Bildungsplan ist - wie nicht anders zu erwarten - die dominante FuW des Kita-Personals im Jahr 2007, fast jede zweite Kollegin nahm zum Zeitpunkt der Befragung an dieser FuW teil (vgl. Tab. 6.3). Im Jahr 2005 fand diese Maßnahme unter der Bezeichnung „Curriculum zum Sächsischen Bildungsplan“ noch nicht statt. Jedoch hatte das Jugendamt des Landkreises Torgau-Oschatz den Fortbildungsbedarf vor dem Inkrafttreten des Sächsischen Bildungsplanes am 01.01.2007 bereits erkannt und in Zusammenarbeit mit dem Landesjugendamt die Maßnahme „Bildungsraum Kindertagesstätte“ erarbeitet. Der Ansatz dieser Weiterbildung entspricht im Wesentlichen dem Curriculum zum Sächsischen Bildungsplan, mit Ausnahme des Fehlens der abschließenden Hausarbeit. Vorteilhaft ist jedoch, dass dieses Angebot als Teamweiterbildung angedacht und auf Wunsch durchgeführt wurde.

Doch auch FuW zu anderen pädagogischen Themenstellungen werden von den Kita-Mitarbeiterinnen parallel zum Sächsischen Bildungsplan sehr stark in Anspruch genommen. Die Zwickauer Kolleginnen nahmen zum Befragungszeitpunkt signifikant seltener an solchen FuW teil.

Tab. 6.3 Fort- und Weiterbildungs(FuW)-Geschehen in den Stichproben
(Mittelwerte und Standardabweichung, Häufigkeiten [%])

Aktuelle Teilnahme an FuW	TO 05	TO 07	Z 07	Gruppen- unterschied p
derzeit FuW [%]	16,4	68,9	53,1	.000
Thema der FuW [%]				
- Curriculum zum Sächsischen Bildungsplan	6,5	56,7	46,9	.000
- anderes pädagogisches Thema	0,3	59,2	2,9	.000
- FHS- oder HS-Studium	---	0,3	1,0	.144
- heilpädagogische Ausbildung	3,2	3,3	---	.031
- strukturelles Thema (z. B. Leitungs- qualifikation, Qualitätsmanagement)	5,3	6,8	4,4	.420
- sonstiges Thema (z. B. Computerkurs, Englisch)	---	1,0	1,0	.180
FuW in den letzten 12 Monaten [Anzahl]	3,7 ± 2,1	5,0 ± 3,0	3,3 ± 2,5	.000
dafür Freistellung vom Arbeitgeber [%]				
- ja	79,8	74,2	73,9	.000
- teilweise	1,2	10,6	---	

In TO 07 wurden in den 12 Monaten vor der Befragung auch die meisten, in Z 07 die wenigsten FuW pro Mitarbeiterin absolviert. Im Zwei-Jahres-Vergleich in Torgau-Oschatz kann man von einem signifikanten Anstieg des allgemeinen FuW-Aufkommens von 2005 zu 2007 sprechen. Hinsichtlich der betrachteten Kovariablen ergaben die Altersgruppe sowie die Funktionen folgende signifikante Gruppenunterschiede:

- *Altersgruppen:* In TO 05 (AG 1: 3,1 ± 2,1; AG 2: 3,8 ± 2,2; AG 3: 4,0 ± 2,0; p = .019) und in Z 07 (AG 1: 2,6 ± 2,4; AG 2: 3,8 ± 2,4; AG 3: 3,2 ± 2,7; p = .035) nehmen die Kolleginnen der jüngeren Altersgruppe signifikant weniger an FuW teil. In TO 07 existiert dieser Altersunterschied hinsichtlich der Teilnahme an FuW nicht (AG 1: 4,7 ± 2,9; AG 2: 5,3 ± 3,0; AG 3: 5,0 ± 3,2; p = .398).
- *Funktionen:* Leiterinnen (TO 05: 4,6 ± 2,2; TO 07: 6,9 ± 3,0; Z 07: 4,4 ± 2,7) geben in allen drei Stichproben die Teilnahme an signifikant mehr FuW an als Erzieherinnen (TO 05: 3,5 ± 2,0; TO 07: 4,8 ± 2,9; Z 07: 3,2 ± 2,4; p = .000).

Im Leiterinneninterview geben alle befragten Leiterinnen an, dass alle ihrer Mitarbeiterinnen an Fort- und Weiterbildungen (FuW) teilnehmen. Das Fortbildungsangebot des Jugendamtes des Landkreises Torgau-Oschatz wurde 2005 von 99 %, 2007 von 90 % der Erzieherinnen und Erziehern des Landkreises genutzt. In Zwickau nahmen alle befragten Einrichtungen Angebote des Jugendamtes Zwickau wahr. Überregionale Angebote wurden 2005 nur in 46 % der befragten Einrichtungen in Torgau-Oschatz vom Erzieherpersonal genutzt, 2007 waren es schon 59 %. Bis auf eine Kita nehmen alle der befragten Zwickauer Einrichtungen an überregionalen Angeboten teil (95 %). Aufgrund zeitlicher und finanzieller Gründe nehmen meist ausgewählte Kolleginnen an den Maßnahmen teil (Ausnahme: Sächsischer Bildungsplan). In allen Einrichtungen wird das erworbene Wissen von diesen Kolleginnen in Form von Dienstberatungen o. ä. an das Team weiter vermittelt.

In allen drei Stichproben werden etwa drei Viertel der Kita-Beschäftigten vom Arbeitgeber für die Teilnahme an einer FuW freigestellt, speziell in TO 07 wird etwa jede zehnte Kollegin nur teilweise freigestellt. Dabei finanzieren laut Angaben der Leiterinnen in Torgau-Oschatz zwei Drittel, in Zwickau drei Viertel der Träger die Weiterbildungen vollständig, der Rest teilweise.

Da das Jugendamt des Landkreises Torgau-Oschatz ein großes Interesse an der Inanspruchnahme seines FuW-Angebotes hat, wurde in der Befragung 2007 dieser Teil des Fragebogens modifiziert und an das aktuelle FuW-Programm des Landkreises angepasst (Tab. 6.4).

Tab. 6.4 Inanspruchnahme des Fort- und Weiterbildungs(FuW)-Angebots im Landkreis Torgau-Oschatz 2007
(Mittelwerte und Standardabweichung, Häufigkeiten [%])

Teilnahme am FuW-Angebot	Teilnahme in TO 07 [%]		
	ja	... davon aktuell	... davon in den letzten 12 Monaten
- Bildungsraum Kindertagesstätte (entspricht dem Curriculum zum Sächsischen Bildungsplan)	65,8	46,8	21,0
- Bildungsprogramm Kindertageseinrichtung	56,0	35,7	20,3
- Neue Rolle der Erzieherin	47,4	21,3	26,1
- Entwicklungspsychologie	39,5	6,1	33,4
- Kennen lernen einer anderen Kita	36,0	2,8	33,2
- Entwicklungsstörungen	26,3	2,5	23,8
- Kindheit und Bildung im gesellschaftlichen Kontext	20,8	3,5	17,2
- Entspannung	17,8	1,3	16,5
- Musik	17,8	0,3	17,5
- Hören-Lauschen-Lernen	16,4	2,0	14,4
- Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung - eine neue Herausforderung?	16,2	2,5	13,7
- Gesprächsführung	15,0	2,8	12,2
- Unfallverhütung und Sicherheitserziehung - eine Aufgabe der Leitung	14,0	1,8	12,2
- Bewegung	13,9	2,0	11,9
- Projektarbeit im Hort	8,4	0,3	8,1
- Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde ...	6,6	0,8	5,8
- Auf dem Weg der Sehnsucht - eine Sternstunde	2,3	0,3	2,0

In der 2005er Befragung der Leiterinnen in Torgau-Oschatz wurde von fast allen der befragten Leiterinnen (97 %) *Weiterbildung in Teams* als wichtig dargestellt, um innovative Prozesse innerhalb der Einrichtung in Gang setzen zu können, da neue Entwicklungen vom gesamten Team getragen werden müssen. 2005 wurden bereits in 38 Einrichtungen (55 %) Teamweiterbildungen organisiert und durchgeführt, zentrale An-

gebote werden seit dem Jahr 2005 vom Jugendamt realisiert. In diesem Zusammenhang wurden fünf Stützpunkte gebildet, in denen insgesamt 15 Einrichtungsteams organisiert sind. Für alle übrigen Kita werden die gleichen Weiterbildungsthemen zeitnah in Einzelmaßnahmen angeboten.

In der Mitarbeiterbefragung 2007 gaben 29,6 % der Kita-Mitarbeiterinnen an, dass in ihrer Einrichtung bzw. ihrem Stützpunkt solch eine Team-Weiterbildung angeboten wurde, die dann auch fast alle (28,6 %) von ihnen besucht haben. Dabei wurden vorrangig die Themen „Sächsischer Bildungsplan“ (6,3 %), Maßnahmen zur Bewegungsförderung und Entspannung (4,3 %), Beobachtung und Dokumentation (3,3 %) sowie „Bildungsraum Kindertagesstätte“ und entwicklungspsychologische Themen (je 1,8 %) von den Mitarbeiterinnen besucht.

6.1.2 Charakteristik der Tätigkeit

Tätigkeitsmerkmale

Die Gestaltung der Arbeitstätigkeit einer Kita-Mitarbeiterin nimmt einen wichtigen Platz bei der Entwicklung ihrer Motivation und Arbeitszufriedenheit ein und ist mitbestimmend für die Gesundheit der Stelleninhaberin. Mit Hilfe des JDS (Hackman & Oldham, 1975) wurden fünf wesentliche Tätigkeitsmerkmale untersucht. In Abb. 6.3 sind die Ergebnisse aus TO 05 und Z 07 dargestellt und werden mit denen von Kita-Personal aus Baden-Württemberg verglichen (Rudow, 2004).

Die Tätigkeit wurde hinsichtlich der Kriterien Aufgabenvielfalt (Av), Aufgabenbedeutsamkeit (Ab), Aufgabengeschlossenheit (Ag), Autonomie (Au) und die Rückmeldung (Rm) über die Güte der geleisteten Arbeit aus der Aufgabe an sich (iRm) sowie durch andere Personen (eRm) bewertet. Es zeigt sich, dass die Mitarbeiterinnen beider Vergleichsregionen ihre Tätigkeit als sehr vielfältige und ganzheitliche Aufgaben beschreiben, die verschiedene Fähigkeiten und Fertigkeiten umfasst und die von der selbständigen Planung und Durchführung von Aktivitäten bis hin zur Kontrolle der Ergebnisse reicht. Dabei können die Mitarbeiterinnen sehr eigenständig agieren. Die Tätigkeit wird weiterhin als bedeutsam angesehen – hier insbesondere für die Kinder und ihre Eltern. Allein in Bezug auf die Bewertung der Rückmeldung – aus der Tätigkeit heraus sowie durch andere Personen – liegen die Ergebnisse immer noch im guten Bereich, jedoch erkennbar hinter denen der anderen Bewertungskriterien zurück. Hier ist Entwicklungspotenzial zu vermuten. Signifikante Unterschiede zwischen den beiden Stichproben sind bei den Kriterien Aufgabenvielfalt (Av), Aufgabenbedeutsamkeit (Ab) sowie Rückmeldungen (Rm) zu verzeichnen. Hier scheidet die Zwickauer Stichprobe besser ab als die Torgau-Oschatzer Kolleginnen. Im Vergleich zu den von Rudow (2004) untersuchten baden-württembergischen Erzieherinnen und Erziehern schneiden die beiden sächsischen Stichproben durchweg besser ab.

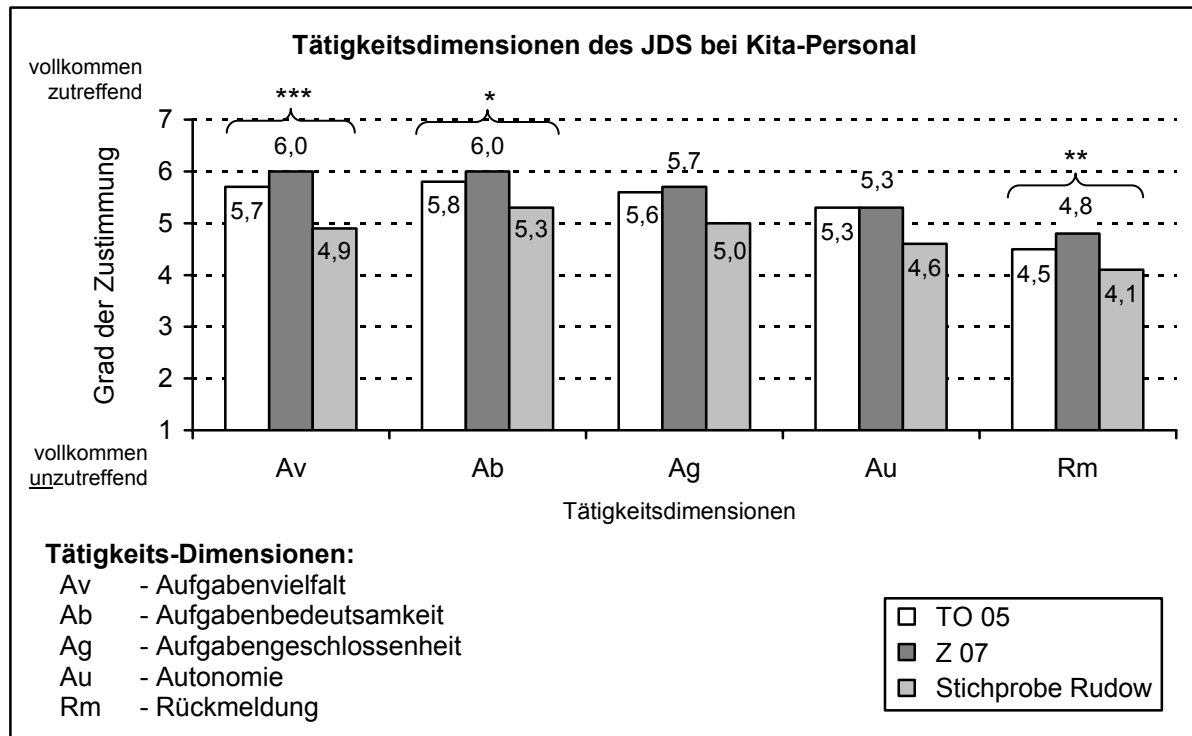


Abb. 6.3 Tätigkeitsdimensionen des JDS (Hackman & Oldham, 1975) bei Kita-Personal in Torgau-Oschatz 2005 und Zwickau 2007 im Vergleich zu Kita-Personal in Baden-Württemberg (Rudow, 2004)

(Mittelwerte; Signifikanz p: * ... $p \leq .05$; ** ... $p \leq .01$; *** ... $p \leq .001$)

Nun ist jedoch von generellem Interesse, ob die Tätigkeitsmerkmale in den einzelnen Funktionen - unabhängig von der Herkunft der Stichprobe - ähnlich ausgeprägt sind, oder ob sich funktionsabhängige Unterschiede abzeichnen (Abb. 6.4).

Hier zeigt sich, dass Erzieherinnen und Leiterinnen der beiden Untersuchungsregionen in allen Tätigkeitsdimensionen ähnliche Ergebnisse aufweisen. Der Vergleich des sonstigen Personals mit den Erzieherinnen und Leiterinnen fällt in den Dimensionen Aufgabenvielfalt ($p = .000$) und Autonomie ($p = .015$) signifikant schlechter aus, denn die Bewertungen liegen im eher durchschnittlichen Bereich. Dieses Ergebnis überrascht nicht, da der überwiegende Anteil des sonstigen Personals als technische Kraft in den Einrichtungen arbeitet und diese Tätigkeiten weit weniger komplex gestaltet sind als die Betreuung von Kindern bzw. die Leitung einer Einrichtung.

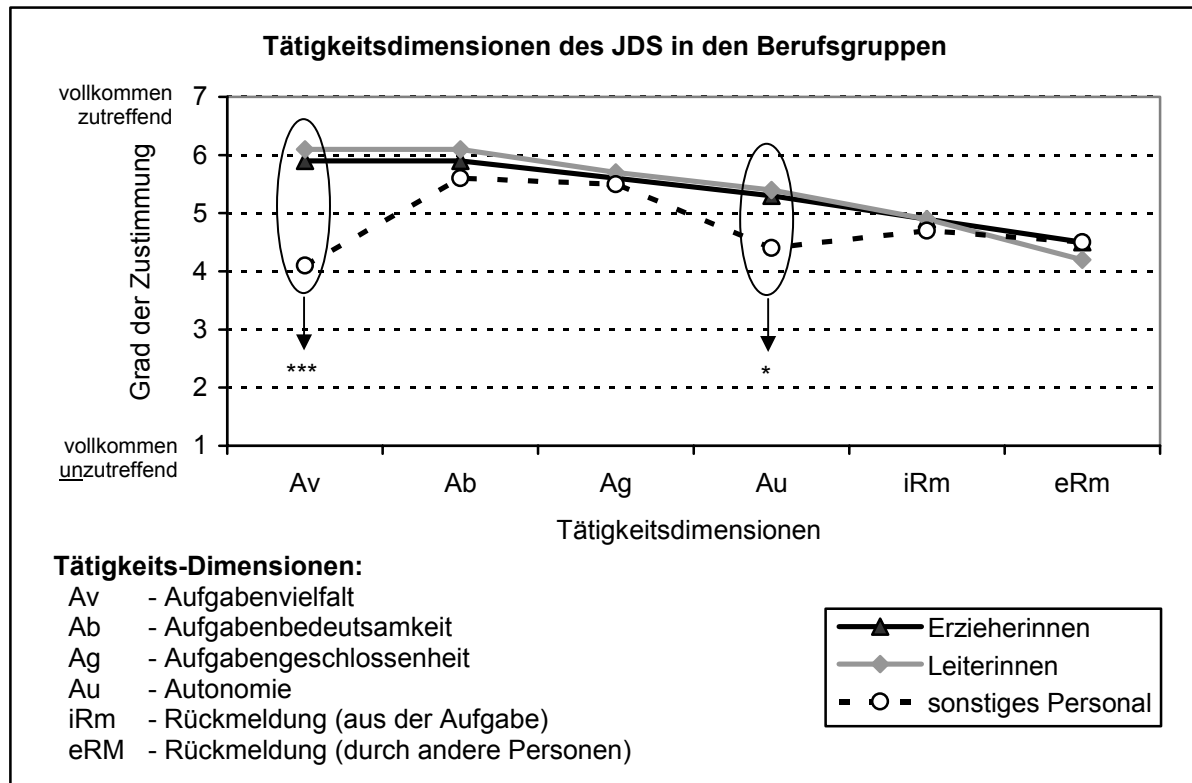


Abb. 6.4 Tätigkeitsdimensionen des JDS (Hackman & Oldham, 1975) bei Kita-Personal in Abhängigkeit der Funktion
 (Mittelwerte; Signifikanz p: * ... $p \leq .05$; *** ... $p \leq .001$)

Nach dem Job Characteristics Model (Hackman & Oldham, 1975) wirken sich hohe Ausprägungen in den fünf Kerndimensionen der Tätigkeit positiv auf die Motivation, die Arbeitsleistung, die Arbeitszufriedenheit sowie mindernd auf Fehlzeiten und Fluktuation aus. Das durchschnittliche Motivationspotenzial der Tätigkeit beträgt bei TO 05 145 ± 66 Punkte und ist damit signifikant niedriger als das von Z 07 mit 158 ± 62 Punkten ($p = .022$). In beiden Stichproben bewegt sich das Motivationspotenzial im mittleren Bereich.

Hinsichtlich der Altersgruppen bzw. der Einrichtungsgrößen sind in beiden Stichproben TO 05 und Z 07 keine Gruppenunterschiede nachzuweisen.

Erlebtes Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen in der Arbeit

Im Zentrum des *Modells beruflicher Gratifikationskrisen* (Siegrist, 1996) steht die Frage nach dem Gleichgewicht zwischen vertraglich geforderter beruflicher Verausgabung (*effort*) und erfahrenen oder zu erwartenden Belohnungen (*Gratifikationen - rewards*). Diese Gratifikation umfasst die drei gesellschaftlich angesehenen Systeme *Bezahlung*, *berufliches Ansehen (Anerkennung)* und *berufliche Sicherheit (Arbeitsplatzsicherheit)*, einschließlich *Aufstiegschancen*. Der Eindruck, dass man sich mehr für eine Arbeit einsetzt (*Aufwand*), als man dafür zurückbekommt (*Nutzen*), kann zu Belastungsreaktionen wie Stress oder zu zentralnervösen Aktivierungen führen, die als gesundheitsgefährdend angesehen werden. Chronifiziert sich dieser Zustand, kann es zu negativen arbeitsbedingten Belastungsreaktionen kommen (Tsutsumi et al., 2001).

In der Betrachtung des *Aufwand-Nutzen-Verhältnisses* anhand des *Effort-Reward-Imbalance-Fragebogens* (Siegrist, 1996; Siegrist & Peter, 1999) ist festzustellen, dass die von den Kita-Mitarbeiterinnen aufgewandten Anstrengungen in allen drei Stichproben im mittleren Bereich liegen (Tab. 6.5). Der erhaltene *Nutzen* wird von den Kolleginnen sogar als sehr positiv eingeschätzt. Die Stichprobe TO 07 weist hier die günstigsten Ergebnisse auf. Im regionalen Vergleich mit Zwickau ist festzustellen, dass die Kita-Beschäftigten einen signifikant geringeren Aufwand ($p = .002$) bei vergleichbarem Nutzen ($p = .274$) angeben und sich somit das Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen bei TO 07 günstiger gestaltet als bei Z 07 ($p = .005$). Der zeitliche Vergleich der beiden Torgau-Oschatzer Stichproben zeigt, dass die Mitarbeiter 2007 den Aufwand in ihrer Arbeit als vergleichbar mit dem 2005 empfinden ($p = .264$), jedoch sind die 2007er Ergebnisse bezüglich des erfahrenen Nutzens signifikant höher als 2005 ($p = .015$). Gründe für diese Verbesserung sind insbesondere in der Erhöhung der erfahrenen beruflichen Anerkennung zu finden. Diese Unterschiede finden sich auch im Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen wieder, dass bei TO 07 signifikant günstiger ausgeprägt ist als bei TO 05 ($p = .015$).

Tab. 6.5 Subskalen der Effort-Reward-Imbalance (ERI: Siegrist, 1996) für die Stichproben
(Mittelwerte und Standardabweichungen)

Subskala ERI [Punkte]	TO 05	TO 07	Z 07	Gruppenunterschied p
Aufwand	15,4 ± 4,1	14,9 ± 4,5	16,1 ± 4,3	.009
Nutzen	48,7 ± 6,7	50,2 ± 5,2	49,6 ± 5,7	.051
- Bezahlung	17,7 ± 2,9	17,9 ± 2,6	17,7 ± 2,4	.293
- berufliche Anerkennung	22,2 ± 3,7	23,1 ± 2,9	22,8 ± 3,3	.002
- Arbeitsplatzsicherheit	8,9 ± 2,0	9,2 ± 2,9	9,1 ± 1,9	.077
Effort-Reward-Ratio	0,61 ± 0,27	0,55 ± 0,21	0,61 ± 0,22	.010

Im Folgenden soll der Bereich der aufgewendeten beruflichen Anstrengungen im Einzelnen betrachtet werden, da hier alle drei Kovariablen – Altersgruppe, Beruf und Kita-Größe – signifikante Gruppenunterschiede anzeigen.

- *Altersgruppen:* In allen drei Stichproben ist ein signifikanter Anstieg des empfundenen Aufwands mit dem Alter festzustellen ($p = .000$). In Torgau-Oschatz 2005 beträgt der Mittelwertsunterschied zwischen der jüngeren und der älteren Altersgruppe etwa eineinhalb Punkte (AG 1: 14,6 ± 4,5 Punkte; AG 2: 15,2 ± 4,8 Punkte; AG 3: 16,1 ± 4,7 Punkte; $p = .076$), der 2007 auf knapp zwei Punkte ansteigt (AG1: 13,7 ± 4,2 Punkte; AG 2: 15,4 ± 4,8 Punkte; AG 3: 15,6 ± 4,4 Punkte; $p = .008$). In Zwickau trifft das nicht ganz zu, hier weist die mittlere Altersgruppe die höchsten empfundenen Anstrengungen auf (AG1: 13,9 ± 4,0 Punkte; AG 2: 17,0 ± 4,0 Punkte; AG 3: 16,7 ± 4,4 Punkte; $p = .000$);
- *Funktionen:* Leiterinnen geben in allen drei Stichproben (TO 05: 19,1 ± 4,5 Punkte; TO 07: 18,4 ± 4,1 Punkte; Z 07: 18,3 ± 2,7 Punkte) einen höchstsignifikant höher empfundenen Aufwand an als Erzieherinnen (TO 05: 14,7 ± 4,3 Punkte; TO 07: 14,3 ± 4,4 Punkte; Z 07: 16,0 ± 4,3 Punkte). Das sonstige Personal weist bei TO 05 (11,4 ± 3,8 Punkte) und Z 07 (13,8 ± 5,0 Punkte) die niedrigsten empfundenen Anstrengungen auf; bei TO 07 (16,7 ± 4,9 Punkte) liegt der Aufwand zwischen den Ergebnissen der Er-

zieherinnen und Leiterinnen, ist jedoch auf den sehr geringen Stichprobenumfang zu relativieren.

- *Kita-Größe*: In allen drei Stichproben sinkt mit der Einrichtungsgröße der empfundene Aufwand signifikant ($p = .000$). Dabei vergrößert sich die Differenz zwischen kleinen und großen Kita von TO 05 (klein: $16,2 \pm 5,2$ Punkte; mittel: $15,6 \pm 4,7$ Punkte; groß: $14,6 \pm 4,2$ Punkte; $p = .083$) zu TO 07 noch weiter (klein: $17,2 \pm 4,9$ Punkte; mittel: $15,0 \pm 4,7$ Punkte; groß: $14,2 \pm 3,9$ Punkte; $p = .001$). In Zwickau ist die Differenz am größten (klein: $20,3 \pm 3,4$ Punkte; mittel: $16,7 \pm 4,1$ Punkte; groß: $15,8 \pm 4,4$ Punkte; $p = .062$), hier muss jedoch der geringe Stichprobenumfang bei den kleinen Kita berücksichtigt werden.

Nun sollen Hinweise darauf erhalten werden, worin sich die beruflichen Anforderungen bezüglich der verschiedenen Merkmalsausprägungen konkret unterscheiden. Besonders deutlich werden die Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen Funktionen in der Kita (Abb. 6.5). Leiterinnen geben im Vergleich zu Erzieherinnen und dem sonstigen Personal in allen drei Stichproben eine höhere Belastung an. Sie stehen stärker unter Zeitdruck (ERI 1, $p = .000$) und werden in ihrer Arbeit durch andere (z. B. Kollegen, Vorgesetzte, andere Personen) unterbrochen bzw. gestört (ERI 2; $p = .000$). Im Gegensatz zu den beiden anderen Gruppen müssen Leiterinnen häufiger Überstunden machen (ERI 4; $p = .000$) und fühlen sich durch die Zunahme der Arbeit in den letzten Jahren stärker belastet als Erzieherinnen (ERI 6; $p = .000$). Beide Gruppen - Erzieherinnen und Leiterinnen - empfinden eine hohe Verantwortung in ihrer Tätigkeit, die sich bereits mäßig belastend auswirkt. Das sonstige Personal bewertet die verschiedenen Aspekte, die den subjektiven Aufwand der Tätigkeit ausmachen, insgesamt am günstigsten, nur im Bereich der körperlichen Anforderungen sind keine Gruppenunterschiede vorhanden.

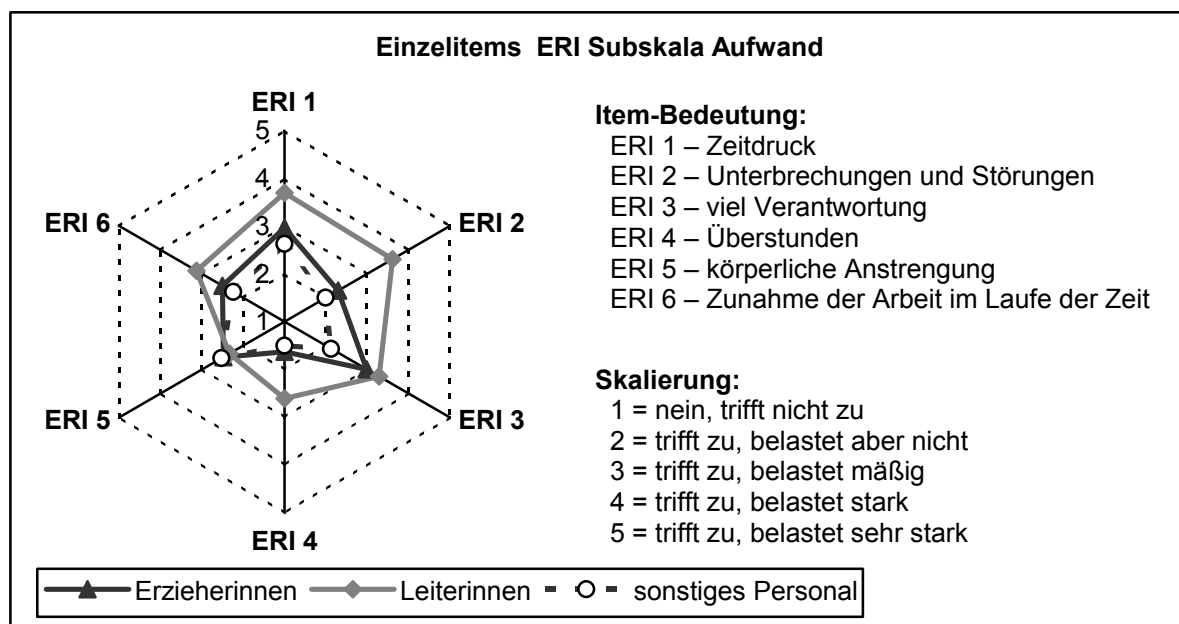


Abb. 6.5 Items der Subskala Aufwand (ERI: Siegrist, 1996) für die Funktionen (Mediane)

In den Altersgruppen sind diese Unterschiede ebenfalls vorhanden, jedoch nicht ganz so deutlich wie in den einzelnen Funktionsgruppen. Mit dem Alter steigt die subjektive Belastung durch Zeitdruck (ERI 1; $p = .000$), Unterbrechungen und Störungen (ERI 2;

$p = .006$); die wahrgenommene Verantwortung ($p = .000$) und körperliche Anstrengungen (ERI 5; $p = .000$). Die älteren Kolleginnen berichten in allen drei Stichproben von einer stärkeren Belastung durch die Zunahme der Arbeit im Laufe der Zeit (ERI 6; $p = .000$).

Auch die Größe der Einrichtung hat einen Einfluss auf das Belastungserleben, dabei insbesondere in Bezug auf den Zeitdruck (ERI 1; $p = .003$) und Überstunden (ERI 4; $p = .007$), aber teilweise auch bei Unterbrechungen und Störungen (ERI 2; $p = .078$) sowie dem Empfinden von hoher Verantwortung (ERI 4; $p = .066$), die in kleineren Einrichtungen stärker zu Buche schlagen als in größeren.

Betrachtet man die *ERI-Klassifikation*, nach der ein Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorliegen soll, gibt es hinsichtlich des Effort-Reward-Quotienten in TO 05 bei 7,0 % und in Z 07 bei 5,4 % Auffälligkeiten. Signifikant geringer ist das Risiko in TO 07 ($p = .004$), bei der nur für 1,6 % der Fälle ein auffälliger Quotient angezeigt wird. Die drei Kovariablen haben hier keine statistisch bedeutsamen Einflüsse.

Belastungsfaktoren und Ressourcen

Zentral für die Untersuchung war die Feststellung von Belastungsfaktoren und Ressourcen in der Kita. Dazu wurden die Kita-Beschäftigten in TO 05 und Z 07 gefragt, welche drei Dinge ihnen an ihrer Arbeit gefallen, welche ihnen nicht gefallen und was sie an ihrer gegenwärtigen Situation verändern würden (Tab. 6.6).

Viele der Nennungen stimmen in den beiden Regionen überein, es sind jedoch auch Unterschiede feststellbar, die auf die Rahmenbedingungen der Kinderbetreuung zurückzuführen sind. In den Antworten auf die Frage, was den Kita-Mitarbeiterinnen *an ihrer Arbeit gefällt*, ist ein direkter Rückschluss auf Ressourcen herstellbar. Das, was den Kolleginnen beider Regionen am meisten gefällt, ist (erfreulicherweise) die Arbeit mit den Kindern, die Möglichkeit, auf jedes einzelne individuell einwirken zu können und in der Arbeit mit den Kindern täglich eine neue Herausforderung zu sehen. Die Einschätzung ihrer Tätigkeit als abwechslungsreiche und vielseitige Tätigkeit, die sehr viel Kreativität erfordert, wird an zweiter Stelle von den Mitarbeiterinnen beider Regionen benannt. Es folgt für die TO 05 an dritter Stelle, für Z 07 an vierter Stelle die angenehme Arbeit im Kollegenkreis, in dem ein gutes Klima herrscht und Probleme offen bewältigt werden. Die Zwickauer Kolleginnen würdigen auf dem dritten, die Torgau-Oschatzer Kolleginnen auf dem vierten Platz den großen Handlungsspielraum in ihrer Tätigkeit, der es ihnen ermöglicht, freie Entscheidungen zu treffen, eigene Ideen selbstständig einzubringen und sich somit ausprobieren zu können. An fünfter Stelle wird von den Teilnehmerinnen von TO 05 benannt, dass der Beruf die große Chance bietet, die Entwicklung der Kinder (von klein auf) miterleben und an Erfolgserlebnissen teilhaben zu können. Die Zwickauer Mitarbeiterinnen schätzen an fünfter Stelle die gute Zusammenarbeit mit den Eltern, ihre Dankbarkeit und Anerkennung.

Tab. 6.6 Belastungen und Ressourcen von Kita-Beschäftigten in Torgau-Oschatz 2005 und Zwickau 2007 (fünf häufigste Nennungen)
(Häufigkeiten [%])

Belastungen und Ressourcen	TO 05		Z 07	
Was gefällt mir an meiner Arbeit? [%]				
1. Rang	Arbeit mit den Kindern	20,0	Arbeit mit den Kindern	20,4
2. Rang	abwechslungsreiche und vielseitige Tätigkeit	14,5	abwechslungsreiche und vielseitige Tätigkeit	16,0
3. Rang	gutes Verhältnis im Kollegenkreis	9,2	große Handlungsspielräume, Selbstverwirklichung	10,5
4. Rang	große Handlungsspielräume, Selbstverwirklichung	8,5	gutes Verhältnis im Kollegenkreis	8,8
5. Rang	Entwicklung der Kinder miterleben	8,1	gute Zusammenarbeit mit den Eltern	8,0
Was gefällt mir <u>nicht</u> an meiner Arbeit? [%]				
1. Rang	Zeitdruck durch zu viele parallele Tätigkeiten	9,7	Zeitdruck durch zu viele parallele Tätigkeiten	9,9
2. Rang	Konflikte mit Eltern	8,4	zu viel Bürokratie	8,9
3. Rang	zu hohe Gruppenstärken	7,8	zu geringe Arbeitszeit	7,6
4. Rang	Lärmbelastung	6,7	hohe psychische Belastung, Stress, Hektik	6,6
5. Rang	keine Vor- und Nachbereitungszeiten für die pädagogische Arbeit	6,7	Konflikte mit Eltern	6,6
Was würde ich an meiner Arbeit verändern? [%]				
1. Rang	Verbesserung des Betreuungsverhältnisses	21,2	Erhöhung der Arbeitszeit	30,3
2. Rang	Erhöhung der Arbeitszeit	16,7	Verbesserung des Betreuungsverhältnisses	19,7
3. Rang	Verbesserung der materiellen Ausstattung	10,3	Verbesserung der materiellen Ausstattung	15,3
4. Rang	räumliche Veränderungen	10,1	räumliche Veränderungen	12,0
5. Rang	Verbesserung von Arbeitsklima und Zusammenarbeit	7,9	altershomogene Gruppen	4,3

Es gab jedoch auch Sachverhalte, die den Kita-Mitarbeiterinnen an ihrer Arbeit nicht gefallen (Tab. 6.6) und somit Hinweise auf Belastungsfaktoren geben. Hier wird von den meisten Kolleginnen in Torgau-Oschatz und Zwickau bemängelt, dass zu wenig Zeit zur Verfügung stehe, mit den Kindern zu arbeiten. Es müssten zu viele Tätigkeiten und Nebensächlichkeiten erledigt werden, die im Endeffekt die direkte Zeit am Kind verringere. Bereits bei den zweithäufigsten Nennungen gehen die Meinungen des Personals in den beiden Regionen auseinander. Während die Torgau-Oschatzer Mitarbeiterinnen hier Probleme in der Elternarbeit benennen, insbesondere Auseinandersetzungen mit Eltern, fehlende Zusammenarbeit und Desinteresse, bemängelt das Zwickauer Personal an zweiter Stelle den hohen bürokratischen Aufwand, der aktuell mit der Erziehertätigkeit verbunden ist. Die Kolleginnen von TO 05 kritisieren an dritter

Stelle die hohen Gruppenstärken. Mit dem bereits benannten Zeitdruck geht die von den Zwickauer Mitarbeiterinnen auf dem dritten Platz bemängelte zu geringe Arbeitszeit einher, was angesichts der geringen wöchentlichen Arbeitszeit des Erzieherpersonals nicht verwundert (vgl. Kap. 6.1.1). Auf dem vierten Rang findet sich bei den Ergebnissen aus TO 05 die hohe Lärmbelastung während der Arbeit wieder; in Z 07 wird die hohe psychische Belastung und der daraus resultierende Stress und die Hektik benannt. An fünfter Stelle kritisieren die Kollegen aus Torgau-Oschatz, dass in die offizielle Arbeitszeit die Vor- und Nachbereitungszeiten für die pädagogische Arbeit, die existenziell für die Qualität der Betreuung ist, nicht mit einbezogen ist. Die Zwickauer Mitarbeiter nennen an fünfter Stelle die Konflikte mit den Eltern.

Der häufigste *Veränderungswunsch* der Kolleginnen in beiden Regionen (Tab. 6.6) betrifft zum einen die Verbesserung des Betreuungsschlüssels (kleinere Gruppen bei mehr Personal), um die direkte Arbeit zu erleichtern, aber auch Ausfälle durch Krankheit oder Urlaub besser abdecken zu können. Danach wird die Erhöhung der Arbeitszeit unter Einbeziehung der sehr umfangreichen Vor- und Nachbereitungszeiten sowie zur Erhöhung der direkten Zeit für die Arbeit am Kind im Rahmen der Umsetzung des Sächsischen Bildungsplans an zweiter Position benannt. An dritter Stelle steht in beiden Regionen der Wunsch nach einer besseren materiellen Ausstattung der Einrichtung. Das betrifft sowohl direkt die Einrichtung, Arbeitsmaterialien und Spielzeug für die Kinder, als auch indirekt finanzielle Mittel, um solche Dinge anschaffen zu können. Die an vierter Stelle von Mitarbeiterinnen beider Regionen genannten räumlichen Veränderungen betreffen vor allem räumliche Veränderungen, um mehr Platz für die Kinder zu haben (z. B. Einrichtung, Nutzung, Raumauslastung) und auch die Schaffung zusätzlicher Räume. Hier wurde beispielsweise angeregt, einen Pausenraum für das Personal zu integrieren. Als fünften Punkt wünschen sich die Beschäftigten in Torgau-Oschatz eine bessere Zusammenarbeit unter Kollegen. Sie wünschten sich mehr Zeit für fachlichen Austausch untereinander, die Schaffung themenspezifischer Arbeitsgruppen und genauere Absprachen, um Informationsverluste zu verringern. Die Zwickauer Kolleginnen, von denen knapp die Hälfte in altersgemischten Gruppen arbeitet (vgl. Kap. 6.1.1), wünschen sich an fünfter Stelle die Rückkehr zu altershomogenen Gruppen.

Des Weiteren wurde nach dem Auftreten konkreter, für die Arbeit in Kita typischer *Belastungsfaktoren* gefragt (Abb. 6.6). Keine Störfaktoren in der Arbeit geben nur wenige der Untersuchungsteilnehmerinnen an (TO 05: 7,3 %; TO 07: 5,3 %; Z 07: 4,8 %; $p = .236$). Die durchschnittliche Anzahl angegebener Belastungsfaktoren unterscheidet sich zwischen den Stichproben nicht; sie liegt einheitlich bei 4 ± 3 Belastungsfaktoren.

Am stärksten fühlen sich die Kita-Mitarbeiterinnen subjektiv durch zu geringe *Vor- und Nachbereitungszeiten* und *Lärm* belastet (Abb. 6.6), die Nennungen liegen in allen drei Stichproben über 50 %. Alle anderen Belastungsfaktoren wirken sich in geringerem Maße aus. In den Ergebnissen spiegeln sich die Aussagen auf die Frage wider, was den Kita-Mitarbeiterinnen nicht an ihrer Arbeit gefällt.

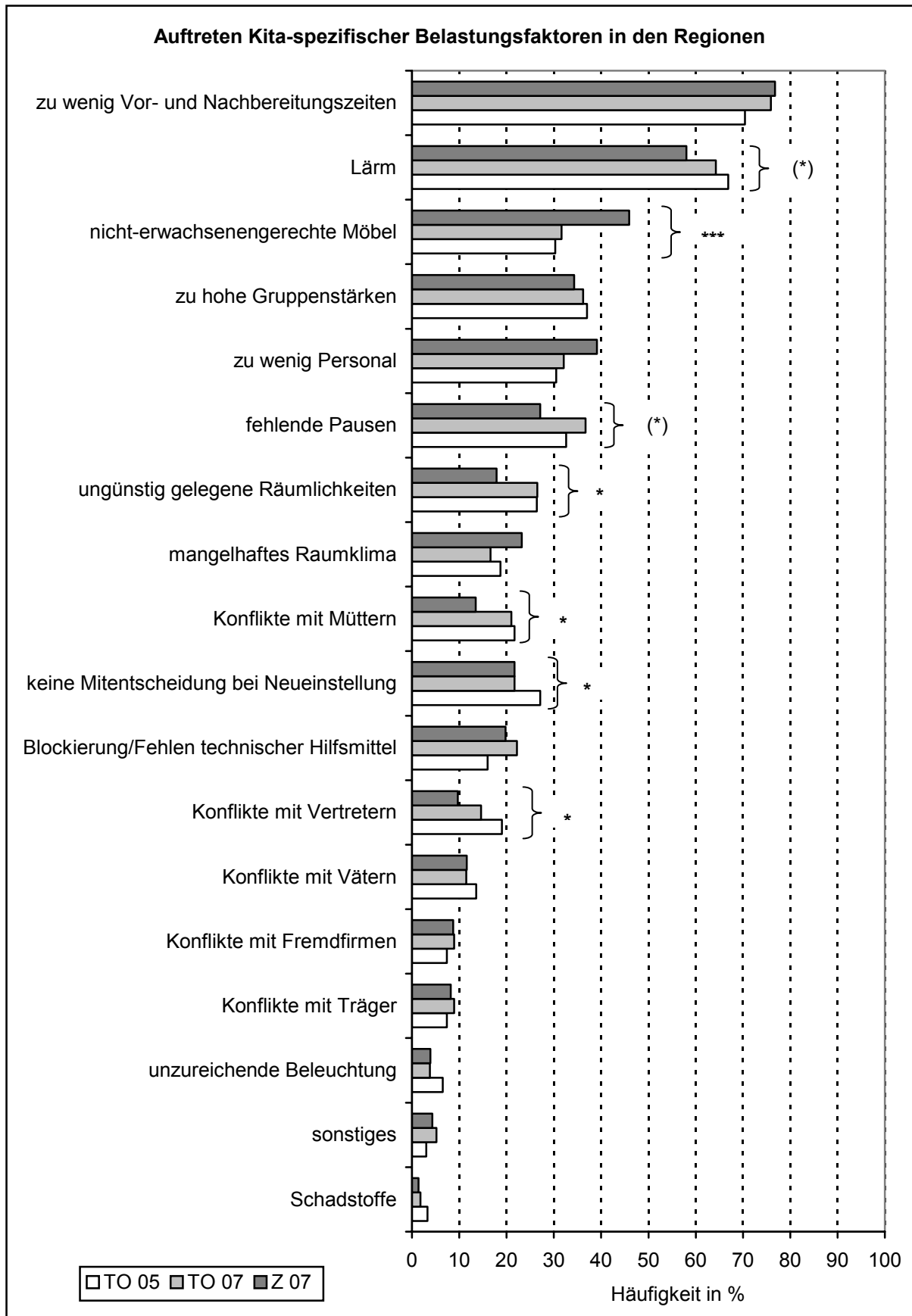


Abb. 6.6 Rangreihe der angegebenen Belastungsfaktoren von Kita-Mitarbeiterinnen in den Vergleichsregionen
(Häufigkeiten [%]; Signifikanz p: (*) ... $p \leq .10$; * ... $p \leq .05$; ** ... $p \leq .01$; *** ... $p \leq .001$)

Signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsregionen lassen sich hinsichtlich des Belastungsanteils bei bestimmten Faktoren zeigen. Ein höherer Anteil des Zwickauer Personals fühlt sich durch nicht erwachsenengerechtes Mobiliar belastet, die Kolleginnen weisen höhere Belastungsanteile durch ungünstig gelegene Räumlichkeiten, Konflikte mit Müttern, fehlende Mitentscheidung bei Neueinstellungen, Konflikte mit Vertretern und tendenziell auch durch Lärm und wenige Erholungspausen auf.

Die Betrachtung der Kovariablen Alter und Kita-Größe erbrachte keine systematischen Gruppenunterschiede, wohl aber für die verschiedenen Funktionen in der Kita. Zwischen Erzieherinnen und Leiterinnen scheint es generell einen Unterschied im Erleben der meisten Belastungsfaktoren in Hinblick auf eine stärkere Belastung von Leitungspersonal zu geben. Diese resultieren insbesondere aus der Komplexität der Leitungsfunktion sowie dem damit verbundenen Kontakt mit verschiedenen anderen Personengruppen. Signifikante Gruppenunterschiede in allen drei Stichproben ergeben sich zum einen in der Bemängelung zu geringer Pausenzeiten durch die Leiterinnen (TO 05: 49,2 %; TO 07: 59,6 %; Z 07: 56,3 %) im Vergleich zu den Erzieherinnen (TO 05: 30,0 %; TO 07: 32,2 %; Z 07: 24,9 %; $p = .000$) und auch den Personalmangel empfinden mehr Leiterinnen störend (TO 05: 52,5 %; TO 07: 42,3 %; Z 07: 75,0 %) als Erzieherinnen (TO 05: 27,4 %; TO 07: 31,3 %; Z 07: 36,7 %; $p = .000$). Des Weiteren werden Konflikte mit Vertretern häufiger durch Leiterinnen angegeben (TO 05: 61,0 %; TO 07: 51,9 %; Z 07: 62,5 %) als von Erzieherinnen (TO 05: 10,3 %; TO 07: 8,1 %; Z 07: 5,1 %; $p = .000$).

Für den Landkreis Torgau-Oschatz fallen in beiden Befragungen die höheren Anteile an Leiterinnen im Vergleich zu Erzieherinnen auf, die Konflikte mit dem Träger angeben (TO 05: 20,3 % vs. 4,2 %; $p = .000$; TO 07: 19,2 % vs. 6,8 %; $p = .003$). Das trifft auch für Konflikte mit Fremdfirmen zu (TO 05: 20,3 % vs. 4,9 %; $p = .000$; TO 07: 17,3 % vs. 7,2 %; $p = .014$).

6.1.3 Arbeitszufriedenheit

Unter Arbeitszufriedenheit versteht Kirchler (2005) „die generelle Einstellung zur Arbeit und vor allem die allgemeine Bewertung der Arbeit“ (S. 243). Allgemein wird angenommen, dass Arbeitszufriedenheit mit hoher Motivation und Leistung bei gleichzeitig geringen Fehlzeiten und niedriger Kündigungshäufigkeit einhergeht und zu einer hohen Bindung an das Unternehmen führt. Zufriedenheit in der Arbeit ist dabei ein komplexes Gebilde aus Zufriedenheiten mit einzelnen Aspekten der Arbeit, das bei jeder Person anders ist. Sie wird sowohl durch externe, nicht in der Person liegende Merkmale der Arbeit bestimmt (wie z. B. Arbeitsbedingungen, Bezahlung, Arbeitsplatzsicherheit, Arbeitsklima), als auch durch in der Tätigkeit und der Person selbst liegende Merkmale (z. B. Anerkennung, Verantwortung, Weiterentwicklungsmöglichkeiten).

Insgesamt konnte bei der Betrachtung der Arbeitszufriedenheit festgestellt werden, dass das Kita-Personal in allen drei Stichproben ein sehr positives Urteil über die einzelnen Aspekte ihrer Tätigkeit in den Einrichtungen fällt. Zur Differenzierung dieser Aussage sollen im Folgenden verschiedene externe und interne Aspekte der Arbeit betrachtet werden.

Zentral für die Tätigkeit in der Kita ist die *Arbeit mit den zu betreuenden Jungen und Mädchen*. Dabei wurde auf eine globale Aussage über die Zufriedenheit in der Arbeit mit den Kindern verzichtet, sondern in Anlehnung an die Ergebnisse der Einschu-

lungsuntersuchungen der Kinder- und Jugendärzte beider Regionen verschiedene Entwicklungsbereiche getrennt für Mädchen und Jungen erfasst (Gesundheitsamt Torgau-Oschatz , 2006; Gesundheitsamt Zwickau, 2007). Auf die Darstellung der Ergebnisse der Kindergartenuntersuchungen, die ca. zwei Jahre vor der Einschulung eines Kindes auf freiwilliger Basis erfolgen kann, wird aufgrund der geringen Untersuchungsquoten im Schuljahr 2006/2007 verzichtet.

Bei den Schuleingangsuntersuchungen, die Pflichtuntersuchung nach dem Schulgesetz des Freistaat Sachsen sind, wurden in den vergangenen Jahren insbesondere die in Tab. 6.7 aufgeführten Befunde festgestellt. Es ist zu beobachten, dass der Anteil von Kindern mit diesen Befunden in den Schuljahren relativ konstant bleibt, im Bereich der Sprachauffälligkeiten sowie der Sehleistungsminierungen jedoch auf recht hohem Niveau, da hiervon jeder vierte bis fünfte untersuchte Einschüler in Sachsen betroffen ist. Tab. 6.7 weist aber aufgrund von „Ausreißern“, d. h. überdurchschnittlich hohen Befundhäufigkeiten im Vergleich zum sächsischen Durchschnitt, auf regionale Besonderheiten in der Befundstellung hin: So weist die Stadt Zwickau einen wesentlich höheren Anteil an sehschwachen Kindern auf, während in den Schuljahren 2003/04 und 2004/05 im Landkreis Torgau-Oschatz bei nahezu einem Viertel der untersuchten Kinder Haltungsschwächen diagnostiziert wurden, in den beiden Folgeschuljahren sinkt der Anteil jedoch rapide ab und befindet sich jetzt auf dem Zwickauer Niveau. Hier spielen Besonderheiten in der subjektiven Befunderhebung, insbesondere die Prioritätensetzung durch die zuständigen Kinder- und Jugendärzte, eine maßgebliche Rolle.

In der Gesundheitsberichterstattung zur Kinder- und Jugendgesundheit der beiden Regionen fällt generell auf, dass Sprachstörungen, motorische Probleme und psychosoziale Auffälligkeiten insbesondere bei Jungen gefunden wurden, während Haltungsschwächen und ein für die Körpergröße zu hohes Gewicht vor allem die Mädchen betraf. Seh- und Hörstörungen treten bei Jungen und Mädchen gleichermaßen auf (Tab. 6.7).

In Bezug auf die Zufriedenheit der Kita-Mitarbeiter mit der Lernmotivation, dem Sozialverhalten sowie den kognitiven, sprachlichen und motorischen Fähigkeiten lassen sich diese Problembereiche in den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragungen jedoch nicht feststellen, denn in allen drei Stichproben geben die Kita-Mitarbeiterinnen an, mit den jeweiligen Fähigkeiten ihrer betreuten Jungen und Mädchen in allen fünf Bereichen „zufrieden“ zu sein. Dieses Ergebnis verwirrt angesichts der Befunde der Schuleingangsuntersuchungen - es muss hinterfragt werden, ob die Kita-Mitarbeiterinnen die Defizite, die in der jugendärztlichen Untersuchung aufgezeigt werden (Tab. 6.7), nicht als solche wahrnehmen. Die Maßstäbe des pädagogischen Personals hinsichtlich der Bewertung des Entwicklungsstandes der Kinder müssen im Vergleich zu den Kinder- und Jugendärzten unbedingt festgestellt und auf ein einheitlich hohes Qualitätsniveau gebracht werden, um frühzeitig auf Entwicklungsdefizite bei Kindern hinweisen zu können, insbesondere vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Entwicklung von Mädchen und Jungen.

Tab. 6.7 Befundhäufigkeiten laut Einschulungsuntersuchungen für die Schuljahre 2003/2004 bis 2006/2007 in den Regionen und in Sachsen (Sächsisches Staatsministerium für Soziales, 2007; Gesundheitsamt Torgau-Oschatz, 2007; Gesundheitsamt Zwickau, 2004, 2007)
(Häufigkeiten [%])

Befunde [%]	Schuljahr 2003/2004			Schuljahr 2004/2005			Schuljahr 2005/2006			Schuljahr 2006/2007		
	Sa	TO	Z	Sa	TO	Z	Sa	TO	Z	Sa	TO	Z
Übergewicht inkl. Adipositas	5,1	6,5	6,7	8,1	15,0	9,3	9,4	13,1	7,0	8,5	12,8	9,6
Haltungsschwächen	6,5	26,0	7,2	6,9	22,5	4,1	6,5	4,7	3,1	6,5	5,0	2,4
motorisch-koordinativer Entwicklungsrückstand	10,5	13,9	8,1	---	---	---	---	---	---	---	---	---
- Störung der Grobmotorik	---	---	---	8,3	12,9	11,1	9,7	9,9	9,1	9,7	8,1	8,6
- Störung der Feinmotorik	---	---	---	15,2	20,6	12,8	17,5	13,5	11,8	17,5	15,9	12,4
Sprachstörungen	22,0	20,6	17,9	20,3	21,3	21,6	22,3	21,6	20,6	22,9	18,4	18,6
Herabsetzung des Hörvermögens	5,4	5,0	5,5	7,3	7,1	6,7	8,1	6,7	4,8	8,4	5,5	4,1
Herabsetzung der Sehschärfe	18,0	15,7	24,7	19,8	14,6	26,4	19,4	12,7	22,1	19,3	12,1	25,0
psychovegetative Auffälligkeiten	10,6	10,5	7,2	---	---	---	---	---	---	---	---	---
emotional-psycho-soziale Verhaltens-auffälligkeiten	---	---	---	12,1	10,0	11,5	11,9	6,7	11,1	12,5	8,7	8,3

Anmerkung: Sa ... Land Sachsen TO ... Landkreis Torgau-Oschatz Z ... Stadt Zwickau

In der *Arbeit mit den Eltern* – hierbei getrennt nach Müttern und Vätern – treffen alle drei Stichproben ebenfalls ein positives Urteil, indem sie diese als „zufrieden stellend“ bewerten. Dieses Ergebnis erstaunt angesichts der Angabe von Belastungsfaktoren (vgl. Tab. 6.6), bei denen die Mitarbeiterinnen beider Vergleichsregionen „Konflikte mit Eltern“ an zweiter (TO 05) bzw. fünfter Stelle (Z 07) benennen.

Auch die Bewertung der *Arbeitsbedingungen* fiel durchweg positiv aus. „Zufrieden“ sind die Kita-Mitarbeiter aller drei Stichproben insgesamt mit der ästhetischen Ausstattung der Kita. Die räumlich-funktionelle und die materielle Ausstattung der Kita wurden in den beiden Torgau-Oschatzer Stichproben insgesamt mit „etwas zufrieden“ bewertet, während hier die Zwickauer Kollegen eine bessere Wertung abgeben („zufrieden“). Die technische Ausstattung der Kita wurde in den 2007er Befragungen in Torgau-Oschatz und Zwickau mit „etwas zufrieden stellend“ bewertet, während die Beschäftigten in Torgau-Oschatz 2005 noch „zufrieden“ damit waren. Der Umfang der regulären Arbeitszeit und der Freizeit sowie das Verhältnis zu Kita-Leitung und Kollegen werden von den Beschäftigten aller drei Stichproben mit „zufrieden“ bewertet. In der Bewertung der tatsächlichen Arbeitszeit (unter Berücksichtigung von Überstunden) geben die Zwickauer Mitarbeiterinnen eine etwas schlechtere Bewertung ab („etwas zufrieden“) als ihre Kolleginnen in Torgau-Oschatz zu beiden Befragungszeitpunkten („zufrieden“).

Dieses Ergebnis steht im Widerspruch mit den häufigen Nennungen von beruflichen Störfaktoren sowie negativen Aspekten der beruflichen Tätigkeit (vgl. Kap. 6.2.2).

In Bezug auf die *gesellschaftlichen Bedingungen* für die Arbeit in Kindertageseinrichtungen geben sich alle Befragten „etwas zufrieden“ mit den (sozialpolitischen) Rahmenbedingungen für Kita in Sachsen. Die öffentliche Achtung des Berufs wird von Mitarbeiterinnen der Torgau-Oschatzer Kita zu beiden Befragungszeitpunkten mit „etwas zufrieden“ nicht ganz so positiv bewertet wie von den Zwickauer Beschäftigten („zufrieden“).

Ihre eigenen pädagogischen *Fähigkeiten* schätzen alle Teilnehmenden insgesamt mit „zufrieden“ ein, die Fähigkeiten zur Bewältigung emotional negativer Situationen fallen in den beiden 2007er Befragungen günstiger aus („zufrieden“) als in der 2005er Befragung in Torgau-Oschatz („etwas zufrieden“). Die Mitglieder aller drei Stichproben äußern sich übereinstimmend positiv („zufrieden“) über die Wirkung der Arbeit auf ihre Person in Bezug auf Erfolgserlebnisse der Arbeit bzw. die Wirkung auf ihr Wohlbefinden und über die Entwicklungsmöglichkeiten und die Chancen zum selbstständigen Arbeiten.

6.1.4 Arbeits- und Gesundheitsschutz

Ausstattung der Kita

Die Ausstattung der Einrichtungen soll den sozialen, pädagogischen und gesundheitlichen Anforderungen an Kindertageseinrichtungen entsprechen. Diese Forderung der Ausstattungsvorschrift (1997) wurde aus der Sicht der zu betreuenden Kinder erlassen. Die Ausstattung der Kindereinrichtungen als Arbeitsstätte des Erzieherpersonals bezieht sich auf die Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV, 2004). Der Arbeitgeber hat dafür zu sorgen, dass Arbeitsstätten den Vorschriften dieser Verordnung entsprechend so eingerichtet und betrieben werden, dass von ihnen keine Gefährdungen für

die Sicherheit und die Gesundheit der Beschäftigten ausgehen. Das Einrichten umfasst insbesondere das Ausstatten mit Mobiliar, Arbeitsmitteln sowie Beleuchtungs-, Lüftungs-, Heizungs-, Feuerlösch- und Versorgungseinrichtungen.

Trotz dieser Forderungen waren 2005 nur in 18 % der befragten Kindertageseinrichtungen in Torgau-Oschatz *erwachsenengerechtes Mobiliar* vorhanden (10 Kita vollständig, 3 Kita teilweise). 2007 waren es im Landkreis bereits 43 % (24 Kita vollständig, 9 Kita teilweise), in der Zwickauer Stichprobe verfügen laut Aussage der Leiterinnen bereits 90 % der befragten Kita über erwachsenengerechtes Mobiliar (11 Kita vollständig, 8 Kita teilweise). Nach Meinung der interviewten Leiterinnen setzten sich 2005 erst 16 % der Kita-Träger in Torgau-Oschatz mit den Arbeitsbedingungen des pädagogischen Personals in der Kindertagesstätte auseinander, 2007 war der Anteil mit 23 % nur geringfügig höher. In Zwickau hingegen verneinen nur zwei der befragten Einrichtungen ein Interesse des Kita-Trägers an den Arbeitsbedingungen.

In Arbeitsstätten ist die *Lärmbelastung* generell so niedrig zu halten, wie es nach der Art des Betriebes möglich ist. Der Beurteilungspegel am Arbeitsplatz in Arbeitsräumen darf auch unter Berücksichtigung der von außen einwirkenden Geräusche höchstens 85 dB(A) betragen. Soweit dieser Beurteilungspegel nach der betrieblich möglichen Lärminderung zumutbarer Weise nicht einzuhalten ist, darf er um bis zu fünf dB(A) überschritten werden. Für deutsche Bildungseinrichtungen sind die DIN 18041 bzw. 18032 als bauakustische Richtlinien für kleine bis mittelgroße Räume und Sporthallen maßgeblich, die jedoch keine konkreten raumakustischen Maßnahmen vorgeben. § 15 ArbStättV (2004) ist für Betriebe mit vorwiegend geistigen Tätigkeiten ein Dauerschallpegel von max. 55 dB(A) vorgesehen. Rudow (2004) fordert diesen Grenzwert auch für die Arbeit von Erzieherinnen ein. Sust & Lazarus (1997) gehen sogar noch weiter und geben für den maximalen Grundschallpegel 30-45 dB(A) und maximal 0,4 s Nachhallzeit für Bildungseinrichtungen vor. Schönwälder et al. (2004) stellen jedoch fest, dass solche Geräuschpegel nur sehr selten erreicht werden und dann auch nur nach einer grundlegenden raumakustischen Sanierung. Einen grundlegenden Einfluss auf die Lärmentwicklung hat dabei die Anzahl der zu betreuenden Kinder, mit der nach Bartsch et al. (1982) der Durchschnittsschallpegel ansteigt.

2005 gaben 52 % der befragten Torgau-Oschatzer Leiterinnen im Interview an, dass die Lärmsituation von den Erzieherinnen der Einrichtung besonders in Spitzenzeiten als hoch bis sehr hoch bezeichnet wird. Die subjektive Belastung durch Lärm wird von einer Vielzahl der Kita-Beschäftigten in beiden Regionen angegeben (vgl. Kap. 6.2.2). Objektive Daten zur Beurteilung der Lärmsituation in den befragten Kita liegen für alle Stichproben leider nicht vor. Mit einer lärmreduzierenden Ausstattung der Einrichtungen haben sich laut Aussagen der Leiterinnen 2005 nur 16 % der Träger auseinandergesetzt, 2007 waren es 20 %. In Zwickau beläuft sich der Anteil auf 15 %.

Gefährdungsbeurteilungen

Der Arbeitgeber ist nach § 5 Abs. 1 ArbSchG verpflichtet, durch eine Beurteilung der Arbeit seiner Beschäftigten die damit verbundenen Gefährdungen zu ermitteln und festzulegen, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind. Die Beurteilung ist je nach Art der Tätigkeiten vorzunehmen. Bei gleichartigen Arbeitsbedingungen ist die Beurteilung eines Arbeitsplatzes oder einer Tätigkeit ausreichend. Der Arbeitgeber muss gemäß § 6 Abs. 1 ArbSchG über die erforderlichen Unterlagen verfügen, aus

denen das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung, die von ihm festgelegten Maßnahmen des Arbeitsschutzes und das Ergebnis der Überprüfung ersichtlich sind.

Nach Aussage der interviewten Leiterinnen lagen 2005 in lediglich sieben Kita in Torgau-Oschatz (8 %) Gefährdungsbeurteilungen für die unterschiedlichen Arbeitsplätze vor. Hier ist 2007 ein Anstieg zu beobachten, 40 % der befragten Leiterinnen (31 Kita) geben die Existenz einer Gefährdungsbeurteilung an. In den befragten Zwickauer Kita liegt in etwa jeder vierten Einrichtung eine Gefährdungsbeurteilung vor.

Realisierung des Arbeits- und Gesundheitsschutz vor Ort

Die Kita-Mitarbeiterinnen in Torgau-Oschatz wurden 2005 und die in Zwickau 2007 dazu befragt, ob ihre Einrichtung einen geschulten *Sicherheitsbeauftragten* habe. Dabei sieht der Gesetzgeber vor, dass in Betrieben mit mehr als 20 Beschäftigten eine Person als Sicherheitsbeauftragter zu bestellen ist („Allgemeine Vorschriften“ der BGV A1). Nach § 22 SGB VII zählen zu den Beschäftigten hier unter anderen auch Kinder während des Besuchs von Kindertageseinrichtungen. Somit muss jede dieser Einrichtungen, in der sich regelmäßig mehr als 20 Personen (Erzieherpersonal und Kinder) aufhalten, einen Sicherheitsbeauftragten benennen. Im Ergebnis der Befragungen bei TO 05 und Z 07 stellte sich jedoch heraus, dass die einzelnen Mitarbeiterinnen nur sehr unsichere Kenntnis darüber haben, ob ihre Einrichtung einen solchen Sicherheitsbeauftragten hat oder nicht, vor allem in Torgau-Oschatz. Hier gab ein reichliches Drittel an, ihre Einrichtung habe einen Sicherheitsbeauftragten, in Zwickau waren es etwa zwei Drittel ($p = .000$). Ein Drittel der Mitarbeiterinnen in Torgau-Oschatz und ein Viertel der Mitarbeiterinnen in Zwickau, insbesondere Erzieherinnen, können zu diesem Thema jedoch keine konkreten Angaben machen. Im Leiterinneninterview 2005 gaben 43 Leiterinnen in Torgau-Oschatzer Kita an, dass Sicherheitsbeauftragte in ihrer Einrichtung benannt sind (62 %). Von diesen benannten Sicherheitsfachkräften waren 35 % nicht nur dazu berufen worden, sondern erhielten durch die Unfallversicherungsträger eine Ausbildung. 2007 ist im Landkreis ein leichter Anstieg an benannten Sicherheitsbeauftragten festzustellen; 70 % der Leiterinnen (54 Kita) geben diesen für ihre Kita an, wovon etwa zwei Drittel entsprechend geschult sind. In den befragten Zwickauer Einrichtungen beträgt der Anteil an Kita mit Sicherheitsbeauftragten 86 % (14 Kita), davon sind etwa drei Viertel geschult.

Zusammengefasst ist der Sicherheitsbeauftragte für die Unterstützung des Arbeitgebers bei der Verhütung von Unfällen während der Arbeit und Berufskrankheiten verantwortlich. Dazu sollen sie betriebliche Abläufe beobachten, auf Gefahren hinweisen (z. B. technische und organisatorische Mängel, unvorsichtiges Verhalten) und das Vorhandensein sowie die ordnungsgemäße Benutzung von Schutzeinrichtungen und -ausrüstung überprüfen. In der Praxis ist jedoch häufig festzustellen, dass viele Beschäftigte nur vage Kenntnis über die Anforderungen und Aufgaben eines Sicherheitsbeauftragten haben. Auch beim Kita-Personal des Landkreises ist dies so. Nur knapp ein Viertel aller Befragungsteilnehmerinnen konnten Angaben zu den Aufgabenbereichen der Sicherheitsbeauftragten machen. Die meisten Antworten lagen dabei mehr oder weniger allgemein in den Bereichen:

- (1) Gewährleistung der Sicherheit der in der Einrichtung befindlichen Personen durch Erkennen von Gefahren (TO 05: 36,1 %; Z 07: 40,7 %),
- (2) der Kontrolle der Einrichtung und allem, was dazu gehört (TO 05: 21,3 %; Z 07: 29,3 %) sowie
- (3) der Kontrolle der Einhaltung aller gesetzlichen Vorschriften (TO 05: 20,7 %; Z 07: 10,6 %).

In allen Einrichtungen werden die Mitarbeiterinnen von den Leiterinnen offiziell zu Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutz (z. B. Infektionsschutz) belehrt. In einigen erfolgte eine zusätzliche Belehrung zum Hygienemanagement durch den Arbeitsschutzbeauftragten, einer Mitarbeiterin des Lebensmittelüberwachungs- und Veterinäramtes des Landratsamtes Torgau-Oschatz oder die Gemeinde- bzw. Stadtverwaltung als Träger der Einrichtung. Die Belehrungen finden mindestens ein Mal im Jahr statt, in etwa einem Drittel der Kita beider Regionen sogar häufiger.

Ersthelfer sind im Landkreis Torgau-Oschatz und auch in der Stadt Zwickau in allen Kita vorhanden. Allerdings weisen in Torgau-Oschatz zu beiden Befragungszeitpunkten nahezu alle Kolleginnen eine Ersthelferausbildung auf (98 %), in Zwickau beträgt der Anteil 2007 nur 38 %. Fast alle Erzieherinnen in Torgau-Oschatz weisen sowohl 2005 als auch 2007 eine Ausbildung nach, die regelmäßig aufgefrischt wird.

Arbeitsmedizinische Betreuung

Das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) wurde bereits 1973 verabschiedet und 1996 mit Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes geändert. Es regelt insbesondere die Pflichten der Arbeitgeber zur Bestellung von Betriebsärzten. Es bestimmt die grundsätzlichen Strukturen der Organisation eines wirksamen betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Durch das ASiG wird dem verantwortlichen Arbeitgeber eine fachliche qualifizierte Unterstützung zur Seite gestellt. Betriebsärzte stehen ihm als Berater zur Verfügung. Leitgedanke des Gesetzes ist die Prävention im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Die arbeitsmedizinische Betreuung bildet zusammen mit den Sicherheitsbeauftragten den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Betriebsärzte haben die Aufgabe, den Unternehmer beim Arbeitsschutz und der Unfallverhütung in allen relevanten Fragen des Gesundheitsschutzes zu beraten, geeignete Maßnahmen anzuregen und durchzuführen. Die Betriebsärzte untersuchen die Beschäftigten arbeitsmedizinisch und beraten sie.

Im Interview 2005 bestätigten 43 Leiterinnen aus Torgau-Oschatzer Einrichtungen, dass die Mitarbeiter in der durch sie geleiteten Kita arbeitsmedizinisch betreut werden (62 %). Bei etwa zwei Dritteln dieser Einrichtungen werden die Untersuchungen regelmäßig alle zwei Jahre durchgeführt. Der Rest der Leiterinnen gab an, dass nur bei der Einstellung die medizinische Untersuchung erfolgte (2%), bei 16 % wurde die Untersuchung erst einmal während der langjährigen Tätigkeit durchgeführt oder der Abstand zwischen den einzelnen Untersuchungen beträgt drei bis vier Jahre (14 %). Der Untersuchungsaufwand wurde mit einer allgemeinen Anamneseerhebung, einer allgemeinen körperlichen Untersuchung, einer Seh- und Hörtestung sowie einer Urinuntersuchung beschrieben.

Im Jahr 2007 hat sich der Anteil der Kita mit arbeitsmedizinischer Betreuung im Landkreis leicht auf 73 % erhöht. Der Anteil der Kita mit Untersuchungen im Zwei-Jahres-Abstand ist jedoch auf ein Drittel gesunken. 4 % der Kita haben den betreuenden Betriebsarzt erst ein Mal gesehen, ein Untersuchungsintervall länger als zwei Jahre liegt in 9 % der Einrichtungen vor, bei 9 % ist jedoch auch ein jährlicher Untersuchungsrythmus anzutreffen. Ein Großteil der Leiterinnen (45 %) beantwortete diese Frage jedoch nicht. Neben einer allgemeinen Untersuchung werden bei 44 % der Kita Impfungen thematisiert.

Bei den befragten Zwickauer Einrichtungen gaben 12 der 22 befragten Kita an arbeitsmedizinisch betreut zu werden, davon vier Kita im Zwei-Jahres- sowie zwei Kita im Drei- bis Vier-Jahres-Rhythmus. In weiteren vier Einrichtungen erscheint der Betriebsmediziner bei Bedarf. Eine Kita hat den Betriebsmediziner erst ein Mal gesehen. Der Rest gab keine Antwort auf diese Frage. In der Hälfte der Kita werden neben allgemeinen Untersuchungen auch Impfungen angesprochen.

Infektionsrisiko und -verhalten

In den Befragungen in Torgau-Oschatz 2005 und in Zwickau 2007 wurden die Bereiche Infektionsrisiko und -verhalten thematisiert. Grundlage dafür bildet die aktuelle Biostoffverordnung (BioStoffV, 1999, 2007). Diese sieht arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen für Personen vor, die durch den direkten Kontakt aufgrund der vorschulischen Betreuung von Kindern mit den Infektionskrankheiten Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln und Windpocken konfrontiert werden.

Auf die Frage, wie stark sie persönlich das *Infektionsrisiko* in ihrer Arbeit ansehen, schätzen in beiden Stichproben etwa die Hälfte des Kita-Personals das Infektionsrisiko als „mittelstark“ ein (TO 05: 52,5 %; Z 07: 51,7 %); als „gering“ sehen es in TO 05 26,1 % bzw. in Z 07 17,4 % an, als „hoch“ in TO 05 18,8 % und in Z 07 27,1 %. Ein Überblick zu den Impfraten von zehn erfragten Infektionskrankheiten ist Abb. 6.7 zu entnehmen.

In die Durchimpfungsrate gehen nur die Personen mit ein, die aufgrund der Vorlage ihres Impfpasses sicher wissen, dass sie gegen eine bestimmte Infektionskrankheit geimpft sind. Zu den Personen, bei denen kein Impfschutz angenommen werden kann, zählen neben denen, die eine Impfung verneinen auch die, deren Impfschutz aufgrund zu großer Zeitintervalle zur letzten Impfung nicht mehr angenommen werden kann, Personen, die nicht wissen, ob sie eine Impfung erhalten haben, und Personen, die keine Angaben gemacht haben. Die Ergebnisse spiegeln demnach die minimale Impfrate wider.

Insgesamt muss festgestellt werden, dass bei keiner Infektionskrankheit eine ausreichende Durchimpfungsrate vorliegt (Abb. 6.7). Nur bei Tetanus wird eine Quote von durchschnittlich über 50 % erreicht, der Rest liegt weit darunter. Im Vergleich dazu lässt etwa jede zweite Mitarbeiterin eine jährliche Gripeschutzimpfung durchführen. Bis auf Kinderlähmung, Grippe und Tetanus liegen die Durchimpfungsraten der Torgau-Oschatzer Kollegen 2005 signifikant unter denen der Zwickauer Kollegen 2007. Gerade die in der BioStoffV vorgeschriebenen Impfungen gegen Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln und Windpocken liegen insgesamt nur unzureichend vor. In nachfolgenden Untersuchungen muss jedoch mit erfragt werden, bei welchen Infekti-

onskrankheiten eine Immunität per Durchleben der Krankheit erworben wurde. Das spielt insbesondere bei Masern, Mumps, Röteln und Windpocken eine große Rolle. Wichtig dabei ist die arbeitsmedizinische Betreuung des Kita-Personals, denn hier kann in einer immunologischen Untersuchung des Blutes der Immunstatus einer Person sicher diagnostiziert und gegebenenfalls notwendige Impfungen eingeleitet werden. Jedoch geben nur etwa die Hälfte der befragten Leiterinnen an, dass Impfungen sowie deren Dokumentationsunterlagen Bestandteil der arbeitsmedizinischen Untersuchung beim Erzieherpersonal waren.

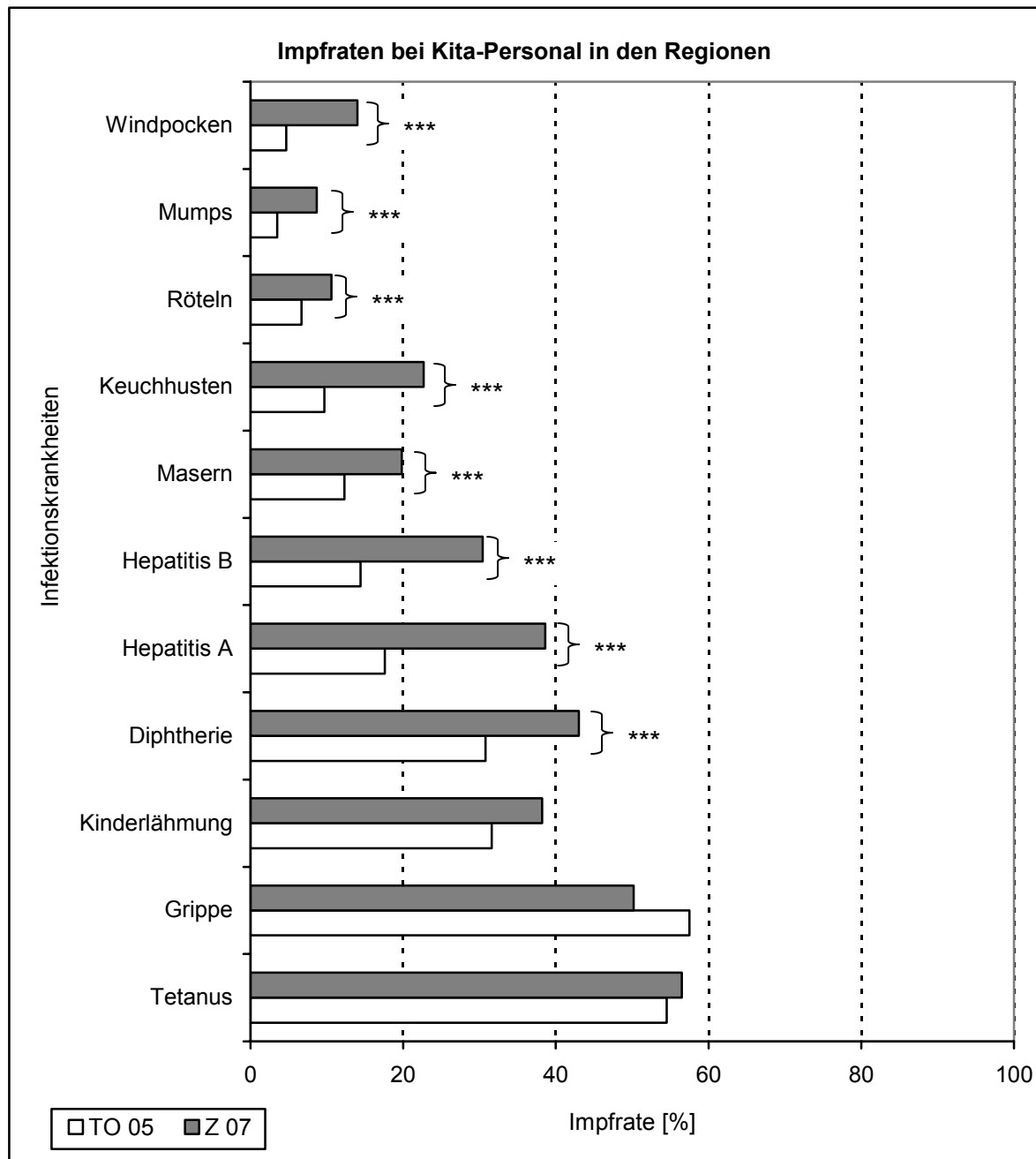


Abb. 6.7 Impfraten der Beschäftigten in Torgau-Oschatz 2005 und in Zwickau 2007 (Häufigkeiten [%]; Signifikanz p: * ... $p \leq .05$; ** ... $p \leq .01$; *** ... $p \leq .001$)

Bei der Betrachtung der Kovariablen fällt folgendes auf:

- *Altersgruppen:* Jüngeren Kolleginnen (AG1) in TO 05 2005 weisen bei fast allen erfragten Infektionskrankheiten höhere Durchimpfungsraten auf als ihre älteren Kolleginnen (AG 2 und AG 3) – außer bei der Gripeschutzimpfung. In Z 07 ist zu beobachten, dass die beiden jüngeren Altersgruppen (AG 1 und AG 2) insgesamt höhere Durchimpfungsraten aufweisen als die Kolleginnen der älteren Altersgruppe (AG 3).
- *Kita-Größe:* Die Impfraten in kleinen Einrichtungen in TO 05 sind häufig geringer als bei mittleren und großen. Signifikante Gruppenunterschiede treten hier bei Hepatitis B, Masern, Diphtherie, Tetanus und Kinderlähmung auf. In Zwickau ist das bei Hepatitis A und B zu beobachten.

In Bezug auf das *Infektionsschutzverhalten* gaben 74,2 % aus TO 05 und sogar 85,9 % aus Z 07 an, Hilfsmittel zum Schutz vor Infektionen zu nutzen ($p = .001$). Zu den Hilfsmitteln zählen dabei vor allem Desinfektionsmittel (TO 05: 70,3 %; Z 07: 83,6 %; $p = .000$) und Einweghandschuhe (TO 05: 33,2 %; Z 07: 54,6 %; $p = .000$). Kochfeste Kleidung und Mundschutz spielen in beiden Stichproben so gut wie keine Rolle. Dabei nutzen in beiden Stichproben die beiden jüngeren Altersgruppen (AG 1, AG 2) signifikant häufiger diese Hilfsmittel als die ältere Altersgruppe (AG 3).

Erkennen die Kolleginnen *Infektionssymptome an sich selbst*, würden der überwiegende Teil von ihnen - in beiden Stichproben etwa drei Viertel - zum Arzt gehen. Etwa zwei Drittel der Mitarbeiter in Torgau-Oschatz und Zwickau würde die Kita-Leitung verständigen – ignorieren würde es nur etwa jede zehnte Kollegin in der jeweiligen Region. Auch hier scheinen die jüngeren Kollegen in beiden Stichproben stärker sensibilisiert zu sein, denn im Altersgruppenvergleich gaben sie wesentlich häufiger als die beiden anderen Altersgruppen an, bei Infektionssymptomen zum Arzt zu gehen.

Stellen die Kita-Mitarbeiterinnen *Infektionssymptome am Kind* fest, würden neun von zehn Kolleginnen in beiden Regionen die Eltern informieren, etwa drei Viertel würden die Kita-Leitung verständigen und jede Dritte würde das Kind von anderen isolieren.

Kommt ein *Kind nach einer Infektion zurück in die Gruppe*, würden neun von zehn Kolleginnen beider Stichproben ein ärztliches Attest von den Eltern verlangen, doch etwa jede dritte würde auch der Aussage der Eltern vertrauen.

Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Kita-Mitarbeiterinnen wurden danach befragt, ob in ihrer Einrichtung bereits Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) durchgeführt wurden. In der 2007er Befragung in Torgau-Oschatz wurde konkreter danach gefragt, ob nach der ersten Befragung 2005 solche gesundheitsförderlichen Maßnahmen angeboten wurden.

In der erstmaligen Befragung gaben 22,4 % der Kolleginnen in Torgau-Oschatz (TO 05) und 20,3 % der Zwickauer Kolleginnen an, dass in ihrer Einrichtung bereits Maßnahmen zur BGF stattgefunden haben. Besonders in den großen Kita in TO 05 (Kita klein: 8,3 % vs. Kita mittel: 22,8 % vs. Kita groß: 30,3 %; $p = .007$) und Z 07 (Kita klein: 0,0 % vs. Kita mittel: 15,4 % vs. Kita groß: 22,8 %; $p = .028$) scheinen solche

Maßnahmen bereits durchgeführt worden zu sein. Diese Maßnahmen bewegen sich - wie in der BGF charakteristisch - insbesondere im verhaltenspräventiven Bereich und betreffen vor allem individuelle gesundheitsbezogene Maßnahmen. Dabei handelte es sich vor allem um die Durchführung von Rückenschulen (TO 05: 33,0 %; Z 07: 44,9 %), Stressbewältigung (TO 05: 10,7 %; Z 07: 22,4 %) und verschiedene Entspannungstechniken wie Yoga, Meditation oder progressive Muskelrelaxation (TO 05: 3,9 %; Z 07: 18,4 %). 8,5 % der Torgau-Oschatzer Mitarbeiterinnen gaben in der 2005er Befragung an, am von der TU Dresden initiierten Pilotprojekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Kita teilgenommen zu haben. Hier fanden 2003/2004 eine individuelle Gesundheitsdiagnostik und -beratung sowie einrichtungsbezogene Gesundheitszirkel statt (Seibt et al., 2005).

Die Kolleginnen in Torgau-Oschatz wurden 2007 dazu befragt, ob, und wenn ja an welchen Maßnahmen zur BGF sie seit der Befragung 2005 teilgenommen haben. 20,5 % der Kolleginnen bejahten diese Frage. Am häufigsten haben die Mitarbeiterinnen an Rückenkursen (4,1 %), Gesundheitszirkeln (4,1 %) sowie an Supervision (3,8 %) teilgenommen.

Die Kolleginnen wurden auch dazu befragt, welche *Maßnahmen zur BGF* sie sich für die Zukunft *wünschen* würden. Hier rangieren wiederum sowohl in TO 05 als auch in Z 07 die bereits bekannten Maßnahmen auf den ersten drei Plätzen: Rückenschulen (25,0 % vs. 25,6 %), Stressmanagement (18,2 % vs. 20,8 %) und Entspannung (3,5 % vs. 12,6 %). Teambezogene und verhältnisorientierte Maßnahmen wurden so gut wie gar nicht genannt und es muss davon ausgegangen werden, dass die Kita-Beschäftigten nicht ausreichend über die verschiedenen Möglichkeiten in der BGF und deren Chancen informiert sind.

6.2 Gesundheitliche Situation des Kita-Personals

Zentral für den Gesundheitsbericht ist auf der einen Seite die Frage, wie sich das Arbeitsunfähigkeits- bzw. Arbeitsunfallgeschehen in den Einrichtungen der beiden Landkreise gestaltet, und auf der anderen Seite, wie die Kita-Mitarbeiterinnen selbst ihre aktuelle gesundheitliche Lage beschreiben und bewerten. Diese Aussagen sind maßgeblich für die Einschätzung, ob der Beruf und insbesondere berufsspezifische Belastungsfaktoren einen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden der Kollegen haben.

6.2.1 Arbeitsunfähigkeitsgeschehen

Arbeitsunfähigkeits-(AU-)Analyse

Im Rahmen der Umsetzung von § 20a Abs. 1 SGB V (*betriebliche Gesundheitsförderung*) sollen Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben erbringen im Sinne der Erhebung der gesundheitlichen Situation einschließlich der damit verbundenen Risiken und Potenziale. Des Weiteren sollen die Kassen in Zusammenarbeit mit den Versicherten und den Verantwortlichen im Betrieb Vorschläge erarbeiten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation und zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und sie sollen deren Umsetzung im Betrieb unterstützen. Dabei ist eine Zusammenarbeit der Krankenkassen untereinander sowie der gesetzlichen Unfallversicherungsträger vorgesehen (Abs. 2).

Die Klärung der gesundheitlichen Situation im Betrieb Kindertageseinrichtung im Gesundheitsbericht beginnt mit der Aufarbeitung der objektiven *Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit*. Dazu sollen die objektiven AU-Daten ansässiger Krankenkassen, die Kita-Personal versichern, herangezogen werden und um subjektive Aussagen der Kita-Mitarbeiterinnen ergänzt werden. Sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind in Deutschland verpflichtet, im Falle einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit (AU) dem Arbeitgeber spätestens ab dem vierten Fehltag eine ärztliche AU-Bescheinigung vorzulegen. Diese wird auch der Kasse, in der der/die betreffende Arbeitnehmer/in krankenversichert ist, durch den behandelnden Arzt weitergemeldet. Die Krankenkassen können folgende Maßzahlen in ihr Meldegeschehen bzw. ihre Berichterstattung einbeziehen:

- *AU-Fälle* (je VJ): durchschnittliche Zahl von Krankmeldungen einer durchgängig versicherten Erwerbsperson innerhalb eines Jahres (Versicherungsjahr: VJ), zur besseren Veranschaulichung wird häufig die Relation 100 VJ verwendet,
- *AU-Tage* (je VJ): durchschnittliche Zahl von Fehltagen einer durchgängig versicherten Erwerbsperson innerhalb eines Jahres,
- *Krankenstand [%]*: Anteil der an einem Tag des Jahres (Bezug auf 365 Tage) durchschnittlich krankgemeldeten Erwerbspersonen bzw. Anteil erkrankungsbedingter Fehltag an allen Versicherungstagen (Anmerkung: zur Ermittlung des Krankenstandes werden kassenabhängig unterschiedliche Ermittlungsverfahren genutzt, was bei der Interpretation zu beachten ist),
- *AU-Tage je Fall*: durchschnittliche Dauer einer einzelnen Krankschreibung,
- *AU-Quote [%]*: Anteil der Erwerbspersonen, die in einem bestimmten Untersuchungszeitraum (in der Regel ein Jahr) mindestens einen Tag arbeitsunfähig waren,
- *AU-Diagnosen [%]*: Anteil der Diagnosegruppen klassifiziert nach ICD 10.

Die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen gestaltet sich jedoch in vielen Fällen sehr schwierig. In großen Unternehmen ist die Umsetzung der gesetzlichen Forderungen des § 20 SGB V leichter, da die dazugehörigen Betriebskrankenkassen ein großes Interesse an den Arbeitsunfähigkeitsdaten der von ihnen betreuten Unternehmen haben. In den Ersatzkassen, die eine Vielzahl verschiedener Personen- und Berufsgruppen krankenversichern, ist Erlangung und Auswertung branchenbezogener AU-Daten ungleich schwieriger. Dafür gibt es mehrere Gründe. Zum einen wird durch den Krankenversicherer häufig nicht die Berufsgruppe der zu versicherten Person registriert, was die „Herausfilterung“ einer speziellen Berufsgruppe, z. B. der Erzieherinnen, praktisch unmöglich macht. Ein Zugang zum Betrieb Kindertageseinrichtung ist über die sog. Betriebsnummern möglich, was jedoch nicht immer zielführend ist, da beispielsweise kommunale Arbeitgeber (Stadt- oder Gemeindeverwaltung) neben Erzieherinnen auch noch zahlreiche andere Berufsgruppen beschäftigen. Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass Krankenkassen darauf hinweisen, dass in eine AU-Analyse aufgrund des Datenschutzes nur Versichertengruppen von mindestens 50 Personen einbezogen werden können oder eine bestimmte Fall-Anzahl erreicht werden muss, um die Anonymität der Versicherten zu wahren. Da jedoch die Krankenkassenzugehörigkeit der Teilnehmerinnen im Rahmen der Mitarbeiterbefragungen nicht erfasst wird und nicht nachvollzogen werden kann, wer genau an der Befragung teilgenommen hat, ist ein Rückschluss auf den Krankenversicherer prinzipiell nicht möglich. Ein weiteres Problem besteht in der mangelnden Umsetzung von Abs. 2 § 20a SGB V – eine Kooperation der Kassen im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung findet in der Praxis bislang vollkommen unzureichend statt, vor allem nicht bei

arbeitgeberübergreifenden Ansätzen, wozu auch das Klein- und Mittelunternehmen Kindertageseinrichtung zählt. Daher ist es nicht verwunderlich, dass nur zu einem Bruchteil der Kita-Beschäftigten objektive AU-Daten zum Zeitpunkt der Berichterstellung vorliegen und in die Auswertung mit einbezogen werden können.

Im Jahr 2005 hat nur die AOK Aussagen zu den von ihnen versicherten Mitarbeiterinnen aus Kindertageseinrichtungen in Torgau-Oschatz gemacht. In die Auswertung gehen daher die AU-Daten von insgesamt 135 AOK-versicherten Mitarbeiterinnen ein, die etwa ein Drittel (31,5 %) aller in den Kita beschäftigten Personen des Landkreises ausmachen. Vergleichend dazu wurden auch Daten zum AOK-versicherten Kita-Personal Sachsens (Branche Nr. 8010) sowie zu allen in Betrieben erwerbstätigen AOK-Versicherten Sachsens zur Verfügung gestellt.

Im Jahr 2007 wurden in beiden Vergleichsregionen die großen gesetzlichen Krankensicherungen um Kooperation zu diesem Thema gebeten. Diesmal beteiligten sich erfreulicherweise mehr Krankenkassen, aber die Qualität der Zuarbeit fällt sehr unterschiedlich aus. Nicht jede Kasse lieferte vollständige Aussagen zu den oben aufgeführten Maßzahlen bzw. Indikatoren und damit lagen nur wenige Daten von allen möglichen Informationsquellen in den Regionen vor. Berufsgruppenbezogene Zuarbeiten wurden in Torgau-Oschatz von der AOK ($n = 131$) und der IKK (Versichertenzahl nicht bekannt) geleistet, in Zwickau ebenfalls von der AOK ($n = 69$) und Barmer Ersatzkasse ($n = 47$), die jedoch nicht verwendet werden konnten. Berufsgruppenspezifische deutschlandrepräsentative Angaben stehen von der Techniker Krankenkasse zur Verfügung.

Hinsichtlich der im Rahmen der Mitarbeiterbefragungen 2007 erhobenen *AU-Quoten* für die 12 Monate vor der Befragung kann festgestellt werden, dass signifikant mehr Mitarbeiterinnen in Torgau-Oschatz (58,0 %) arbeitsunfähig waren als in Zwickau (46,1 %; $p = .036$). Im zeitlichen Vergleich der Befragungen 2005 (51,3 %) und 2007 (58,0 %) in Torgau-Oschatz ist zwar ein leichter, jedoch statistisch nicht signifikanter Anstieg der AU-Quote vorhanden ($p = .218$). Die Betrachtung der Kovariablen Alter, Funktion und Kita-Größe ergab keine bedeutsamen Gruppenunterschiede. Im Vergleich mit den AU-Quoten der Krankenkassen (Tab. 6.8) sind die in den Mitarbeiterbefragungen erhobenen AU-Quoten etwas geringer. Bei der Interpretation der Daten muss noch einmal betont werden, dass die Ergebnisse auf die Befragungsteilnehmerinnen sowie der Güte der Wiedergabe der Arbeitsunfähigkeit relativiert werden muss (Erinnerungslücken, Nicht-Beantwortung der Frage). Bei der Interpretation der Daten muss weiterhin berücksichtigt werden, dass sich die AU-Quoten der Krankenkassen auf die Kalenderjahre 2004 bzw. 2006 beziehen, in den Befragungen jedoch nach der Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten gefragt wurde, d. h. die Jahre 2004/2005 bzw. 2006/2007 dabei berücksichtigt worden sind. Für die AOK-Versicherten wird deutlich, dass die AU-Quoten der Kita-MitarbeiterInnen in beiden Regionen etwas geringer ausfallen als im sächsischen Branchen-Durchschnitt, der jedoch deutlich über dem aller AOK-versicherten Erwerbstätigen liegt. Auch die AU-Quote des Kita-Personals in Torgau-Oschatz lag für 2006 leicht unter der aller sächsischen Kita-Beschäftigten.

Tab. 6.8 Arbeitsunfähigkeits(AU)-Quoten der befragten Kita-Mitarbeiterinnen für 2004 und 2006 sowie AU-Quoten AOK- bzw. IKK-versicherten Kita-MitarbeiterInnen in den Regionen im Vergleich zur AOK-versicherten Berufsgruppe bzw. allen AOK-versicherten Erwerbstätigen in Sachsen (Häufigkeiten [%])

AU-Quoten [%]	2005			2006			
	Sachsen	Kita Sachsen	Kita Torgau-Oschatz	Sachsen	Kita Sachsen	Kita Torgau-Oschatz	Kita Zwickau
AOK Sachsen (2007)	50,2	64,2	58,4	49,8	66,1	62,6	56,5
IKK Sachsen (2007)	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	61,3	58,7	k. A.

Anmerkung: k. A. ... keine Angaben

Diese Einschränkungen in der Ergebnisinterpretation treffen auch auf den *Krankenstand* zu (Abb. 6.8).

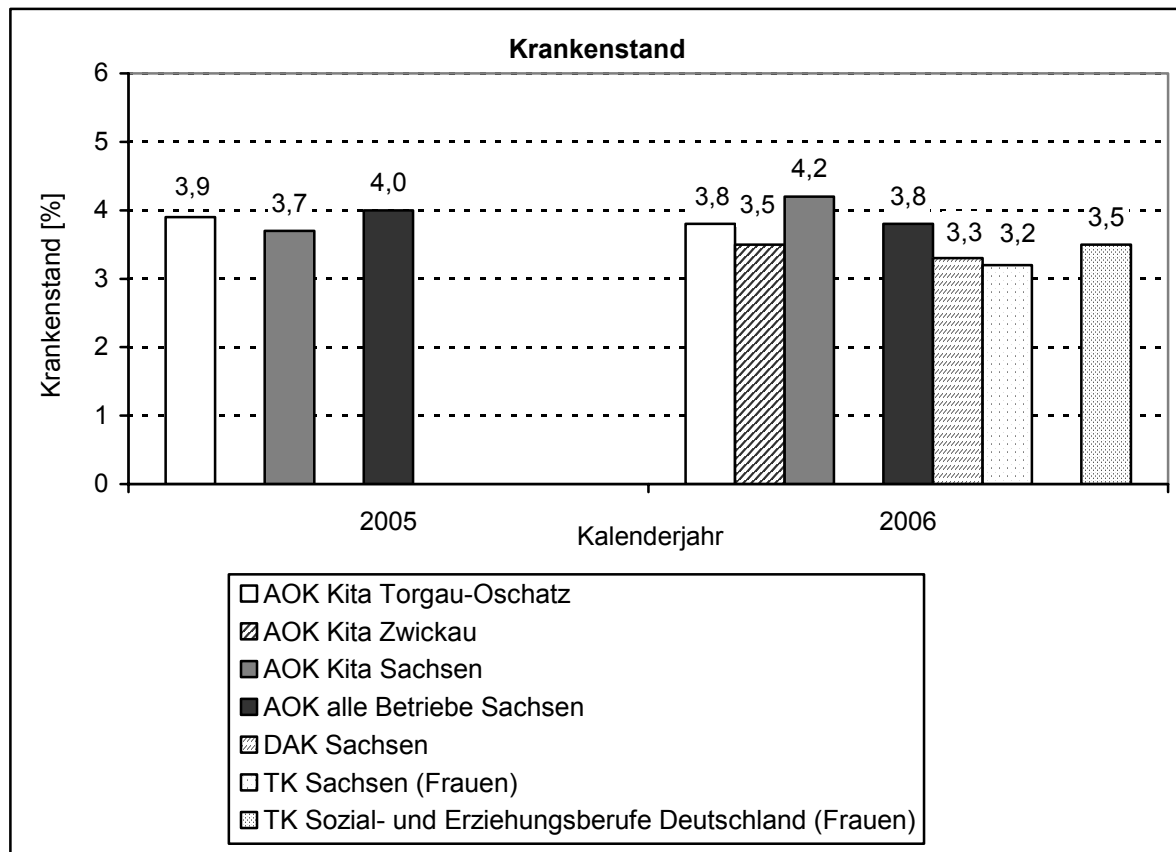


Abb. 6.8 Krankenstände für 2005 und 2006 (Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK), 2005, 2007; Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), 2007; Techniker Krankenkasse (TK), 2007)

Auch hier liegen die in den Mitarbeiterbefragungen erhobenen „subjektiven“ Krankenstände (TO 05: 2,2 %; TO 07: 2,3 %; Z 07: 1,7 %) deutlich unter den Referenzdaten für Berufsgruppe, Region und Bundesland. Verglichen mit den Krankenstandsdaten der AOK für 2005 liegt der Krankenstand der AOK-versicherten Kita-Beschäftigten

leicht über dem sächsischen Branchendurchschnitt, aber leicht unter dem Durchschnitt aller sächsischen Erwerbstätigen. Im Jahr 2006 liegt der Krankenstand der AOK-versicherten Kita-Beschäftigten in Torgau-Oschatz leicht über dem Zwickauer Krankenstand, beide jedoch recht deutlich unter dem sächsischen Branchendurchschnitt (Abb. 6.8). Im Vergleich der Altersgruppen konnte für beide Befragungen in Torgau-Oschatz ein signifikanter Anstieg des Krankenstandes in der älteren Gruppe (AG 3) gefunden werden. Die Funktion sowie die Kita-Größe haben keine bedeutsamen Auswirkungen auf den Krankenstand.

Im Kassenvergleich, der - wie bereits eingangs beschrieben - aufgrund unterschiedlicher methodischer Berechnungen des Krankenstandes nur unter Vorbehalt interpretiert werden darf, liegt der Krankenstand der AOK-versicherten Personen meist leicht über dem Krankenstand der DAK bzw. TK.

Hinsichtlich der *AU-Dauer* (Abb. 6.9) unterscheiden sich die Angaben des Torgau-Oschatzer Personals in den Mitarbeiterbefragungen zwischen 2005 ($8,3 \pm 19,5$ Tage) und 2007 ($8,5 \pm 16,1$ Tage; $p = .012$) nicht voneinander. Im regionalen Vergleich 2007 geben die Zwickauer Kolleginnen mit $6,1 \pm 19,5$ Tagen durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten eine signifikant geringere AU-Dauer an ($p = .003$).

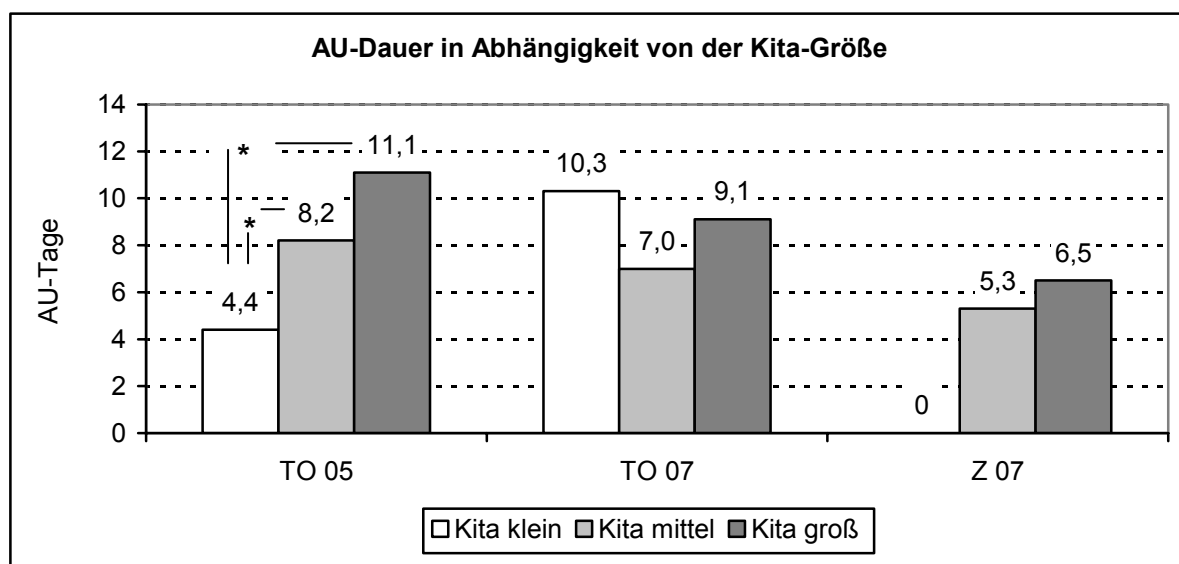


Abb. 6.9 AU-Dauer in Abhängigkeit von der Kita-Größe in den Stichproben
(Mittelwerte; Signifikanz p: * ... $p \leq .05$)

Während sich die verschiedenen Funktionen in der Kita in keiner der drei Stichproben unterscheiden, sind in Bezug auf die Altersgruppen und die verschiedenen Einrichtungsgrößen in Torgau-Oschatz Unterschiede zu verzeichnen. 2005 weist die mittlere Altersgruppe (AG 2) mit $5,9 \pm 11,7$ Tagen die geringste AU-Dauer auf. Es folgt die jüngere Gruppe (AG 1) mit $7,1 \pm 14,1$ Tagen. Die AG 3 war im Vergleich dazu signifikant länger arbeitsunfähig ($12,2 \pm 28,0$ Tage; $p = .039$). 2007 ist dieser Unterschied immer noch vorhanden, wenn auch nicht mehr so stark (AG 1: $9,1 \pm 21,5$ Tage; AG 2: $6,0 \pm 9,7$ Tage; AG 3: $10,5 \pm 14,4$ Tage; $p = .068$). Deutliche Unterschiede waren 2005 in Torgau-Oschatz zwischen kleinen, mittleren und großen Kita zu verzeichnen (Abb. 6.9).

Mit der Größe der Einrichtung nehmen auch die Häufigkeit und die Dauer von Krankenschreibungen zu. Als Grund wurde vermutet, dass in einer kleineren Einrichtung durch die geringere Anzahl an Mitarbeitern krankheitsbedingter Personalausfall schlechter zu kompensieren ist und sich die Kollegen somit nicht so häufig krank melden und auch nicht so lange zu Hause bleiben. Hier liegt jedoch die Gefahr, dass eine Erkrankung nicht oder nur unzureichend auskuriert wird. Diese Aussage trifft jedoch im Jahr 2007 weder für Torgau-Oschatz noch für Zwickau zu.

Bei den *AU-Diagnosen* geordnet nach Hauptdiagnosegruppen (ICD) rangieren in allen drei Stichproben wie auch in den Referenzwerten der Krankenkassen - charakteristisch für die Berufsgruppe - Atemwegserkrankungen wie grippale Infekte, Grippe, Bronchitis oder Angina an erster Stelle (Tab. 6.9).

Es folgen Diagnosen, die das Muskel- und Skelett-System und das Bindegewebe betreffen wie Knochenbrüche oder Rücken- und Gelenkbeschwerden, sowie Erkrankungen des Verdauungssystems. Hinsichtlich der Kovariablen sind keine Unterschiede in den AU-Diagnosen zu finden. Im Vergleich zu den Angaben der Krankenkassen fällt auf, dass Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie des Verdauungssystems in den Mitarbeiterbefragungen seltener genannt werden, als es das AU-Geschehen der Kassen wiedergibt. Gründe dafür können im nur teilweise übereinstimmenden zeitlichen Bezugsrahmen liegen.

Tab. 6.9 AU-Hauptdiagnosegruppen für die Stichproben im Vergleich zu AOK- (2006, 2007) bzw. IKK-versicherten Kita-Beschäftigten (2007) in den Regionen
(Häufigkeiten [%])

ICD 10- Diagnosegruppe [%]	AOK Kita TO 2005	TO 05	AOK Kita TO 2006	IKK Kita TO 2006	AOK Kita Z 2006	TO 07	Z 07
Krankheiten des Atmungssystems	22	23	20	31	10	23	20
Krankheiten des Muskel- und Ske- lettsystems und des Bindegewebes	25	9	8	20	k. A.	10	8
Krankheiten des Verdauungs- systems	23	8	18	20	k. A.	11	11
Symptome und abnorme Befunde	7	1	k. A.	k. A.	k. A.	---	1
Verletzungen, Vergiftungen	7	6	9	8	k. A.	6	2
Krankheiten des Kreislaufsystems	6	2	k. A.	k. A.	k. A.	4	2
psychische- und Verhaltensstörungen	k. A.	2	k. A.	7	k. A.	1	1
Neubildungen	k. A.	---	k. A.	5	k. A.	1	---
sonstiges	26	11	40	10	k. A.	6	9

Anmerkung: k. A. ... keine Angaben
grau unterlegte Felder markieren die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen

Arbeitsunfälle

Die Unfallkasse Sachsen ist gesetzlicher Unfallversicherungsträger aller kommunalen Kita, und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ist als Unfallversicherungsträger für die Kita in freier Trägerschaft verantwortlich. Tab. 6.10 gibt die Anzahl gemeldeter Unfälle in Sachsen und in den Vergleichsregionen für die Jahre 2005 (nur Torgau-Oschatz) sowie 2006 wieder.

Tab. 6.10 Gemeldete Arbeitsunfälle bei Kita-Personal im Landkreis Torgau-Oschatz (TO), der Stadt Zwickau (Z) sowie in Sachsen (Sa) (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW), 2007; Statistisches Landesamt Sachsen, 2007; Unfallkasse Sachsen (UKS), 2006, 2007) (absolute [Anzahl] und reltive Häufigkeiten [%])

Arbeitsunfall- und Berufskrankheitsgeschehen [Anzahl]	2005				2006					
	UKS		BGW		UKS			BGW		
	TO	Sa	TO	Sa	TO	Z	Sa	TO	Z	Sa
versicherte Arbeitnehmer	k. A.	k. A.	200	12.641	428	322	11.163	152	444	14.054
Arbeitsunfälle										
- Arbeitsunfall bei betrieblicher Tätigkeit (kein Straßenverkehrsunfall)	25	447	4	475	27	9	476	7	5	529
- Arbeitsunfall bei betrieblicher Tätigkeit (Straßenverkehrsunfall)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
- Arbeitsunfall auf Dienstwegen (kein Straßenverkehrsunfall)	---	3	---	7	---	---	11	---	---	6
- Arbeitsunfall auf Dienstwegen (Straßenverkehrsunfall)	---	---	---	4	---	---	3	---	1	3
- Wegeunfall (kein Straßenverkehrsunfall)	9	136	2	486	8	1	157	4	4	149
- Wegeunfall (Straßenverkehrsunfall)	1	32	---	63	---	---	46	---	1	47
Gesamtzahl Unfälle	35	621	6	672	35	10	558	11	11	734
Unfallquote [%]	k. A.	k. A.	3,0	5,3	8,2	3,1	5,0	7,2	2,5	5,2

Anmerkung: k. A. ... keine Angaben

In beiden Jahren wurden der UKS in Torgau-Oschatz jeweils 35 *Arbeitsunfälle* mit Kita-Beschäftigten in kommunalen Einrichtungen gemeldet, von der Stadt Zwickau zehn Unfälle, wovon der Großteil auf Arbeitsunfälle direkt auf die Arbeitstätigkeit entfällt. In Torgau-Oschatz erhöhte sich die absolute Anzahl von Arbeitsunfällen in freien Kita leicht von sechs im Jahr 2005 auf elf im Jahr 2006. In Zwickau wurden im Jahr 2006 ebenfalls elf Arbeitsunfälle bei Einrichtungen in freier Trägerschaft verzeichnet.

Ein Vergleich des Arbeitsunfall-Geschehens ist jedoch nur unter Betrachtung der *Unfall-Quote* sinnvoll, da immer der Bezug zur Anzahl versicherter Arbeitnehmer hergestellt sein muss. Die BGW stellte für beide Jahre sowohl die durchschnittliche Anzahl der versicherten Mitglieder in den Vergleichsregionen sowie auch in ganz Sachsen zur Verfügung (vgl. Tab. 6.10). Die UKS konnte diese Zuarbeit aufgrund ihrer technischen Möglichkeiten nicht leisten. Durch das Statistische Landesamt Sachsen (2007) wurde die Anzahl der Kita in kommunaler Trägerschaft und die darin beschäftigten Personen zum Stichtag vom 15.03.2006 zugearbeitet. Hier waren in Sachsen insgesamt 1.365 Kita mit 11.163 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über die Unfallkasse Sachsen versichert. Für das Jahr 2005 steht eine solche Auflistung nicht zur Verfügung, da erst seit dem Jahr 2006 eine jährliche Erhebung durch das Statistische Landesamt Sachsen erfolgt.

Die Unfallquote der Torgau-Oschatzer Kita liegt für die Einrichtungen in freier Trägerschaft im Jahr 2005 unter dem sächsischen Durchschnitt, im Jahr 2006 sind jedoch sowohl bei den kommunalen als auch bei den freien Kita höhere Quoten im Vergleich zum sächsischen Durchschnitt festzustellen. Die Unfallquoten der Zwickauer Einrichtungen liegen bei beiden Trägerformen unter dem sächsischen Durchschnitt.

In Bezug auf Anzeige einer *Berufskrankheit (BK)* berichtet die Unfallkasse Sachsen für das Jahr 2005 insgesamt von drei und für das Jahr 2006 von sechs Anzeigen sachsenweit. Die BGW gibt für das Jahr 2005 insgesamt zwölf und für das Jahr 2006 elf Anzeigen sachsenweit an. Dabei handelt es sich um folgende Krankheiten (Tab. 6.11):

Tab. 6.11 Anzahl und Art der angezeigten Berufskrankheiten bei Personal in Kindertageseinrichtungen in Sachsen für 2006 (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW), 2007; Unfallkasse Sachsen (UKS), 2007)
(Häufigkeit [Anzahl])

angezeigte Berufskrankheiten [Anzahl]	SUK	BGW
2101 Erkrankungen der Sehnenscheide	---	1
2103 Erkrankungen durch Erschütterungen bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen	---	1
2108 Bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule	1	2
3101 Infektionskrankheiten	1	3
3102 von Tier auf Mensch übertragbare Krankheiten	---	1
5101 schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen	4	2
9900-§9 Abs. 2 SGB VII-Fälle	---	1
Gesamt	6	11

Die BGW gibt weiter an, dass im Jahr 2005 vier Anzeigen (dreimal BK 3101, einmal BK 3102) und im Jahr 2006 eine Anzeige (BK 3102) anerkannt wurden.

Auf die Kindertageseinrichtungen in den beiden Vergleichsregionen entfallen keine dieser BK-Anzeigen.

6.2.2 Erkrankungen und Beschwerden

Der gesundheitliche Zustand gilt als Schlüsselkomponente für Leistungsvermögen und Wohlbefinden und stellt sowohl eine Voraussetzung als auch eine Folge für berufliche und persönliche Aktivitäten einer Person dar. Das Arbeitsunfähigkeits- sowie Arbeits-

unfallgeschehen bietet einen wichtigen Einstieg in die Beschreibung der gesundheitlichen Situation des Kita-Personals. Dennoch wird diese nur unzureichend abgebildet, da z. B. chronische Erkrankungen und gesundheitliche Beschwerden, die nicht zu Arbeitsunfähigkeit führen, in diesem Zusammenhang nicht betrachtet werden, jedoch maßgeblich die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie das Wohlbefinden der betreffenden Person beeinflussen können. Daher wird im Folgenden auf subjektive Informationen über bestehende akute und chronische Erkrankungen, körperliche und psycho-emotionale Beschwerden sowie bestehende Medikationen eingegangen.

Ärztlich diagnostizierte Erkrankungen

Akute und chronische Erkrankungen können teilweise die berufliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit erheblich einschränken. Daher wurden im Rahmen des Einsatzes des WAI-Fragebogens (WAI 3: Tuomi et al., 1998) die Anzahl parallel auftretender ärztlich diagnostizierte Erkrankungen erfasst. In den Befragungen TO 05 sowie Z 07 wurde die Original-Version (Langversion) der Subskala WAI 3 eingesetzt, um konkrete Diagnosen zu erfassen. In der Befragung TO 07 wurde aus Gründen der Ökonomie die Kurzversion dieser Skala (Nübling et al., 2005) verwandt, was in der Ergebnisinterpretation beachtet werden muss. In der Kurzversion werden nicht alle 51 Einzeldiagnosen, sondern 14 übergeordnete Diagnosegruppen abgefragt und so weniger genau der Anteil an konkreten Diagnosen erfasst.

Im Ergebnis lassen sich für etwa ein Drittel in jeder der drei Stichproben keine (TO 05: 32,9 %; TO 07: 39,2 %; Z 07: 36,4 %) und für ein weiteres Drittel eine bis zwei Diagnosen bzw. Diagnosegruppen (TO 05: 31,3 %; TO 07: 41 %; Z 07: 32,5 %) feststellen. Jedoch weisen 15,3 % in TO 05 und 13,4 % in Z 07 fünf und mehr Diagnosen bzw. 5,3 % in TO 07 Erkrankungen aus fünf verschiedenen Diagnosegruppen auf.

Auf eine Kita-Mitarbeiterin entfallen durchschnittlich in TO 05 und Z 07 2 ± 3 parallel auftretende Diagnosen, in TO 07 mit der Kurzversion 1 ± 2 Diagnosegruppen. Die Anzahl der Diagnosen steigt in der älteren Altersgruppe (AG 3) in den beiden Stichproben, die mit der Langversion des WAI 3 gemessen wurden (TO 05, Z 07) im Vergleich zu den beiden jüngeren Gruppen (AG 1, AG 2) sprunghaft an (Abb. 6.10). Die Ergebnisse der Kurzversion (TO 07) weisen eher gegenläufige Befunde auf.

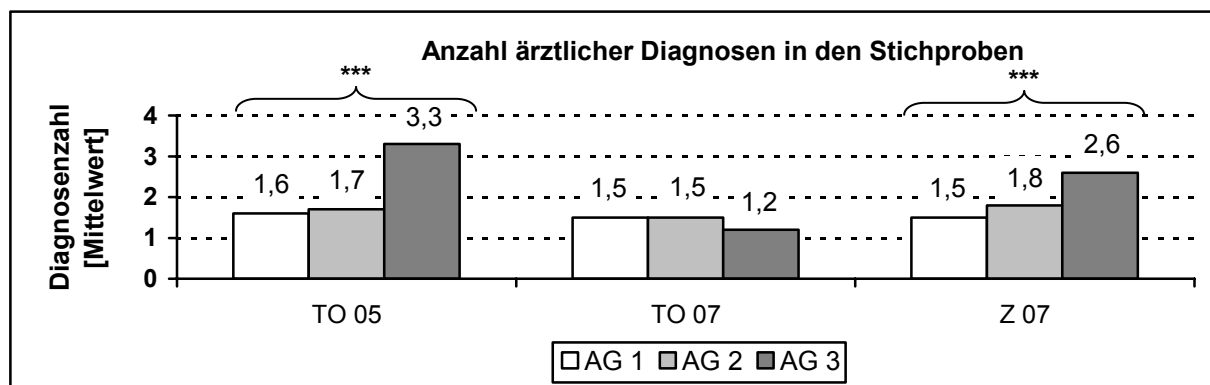


Abb. 6.10 Altersgruppenabhängige durchschnittliche Diagnosen(gruppen)zahl (WAI 3; Tuomi et al., 1998; Nübling et al., 2005) in den Stichproben (Mittelwerte; Signifikanz p: *** ... $p \leq .001$)

Bei den Krankheiten handelt es sich in erster Linie um Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Unfallverletzungen sowie um Hormon- und Stoffwechselerkrankungen (Abb. 6.11).

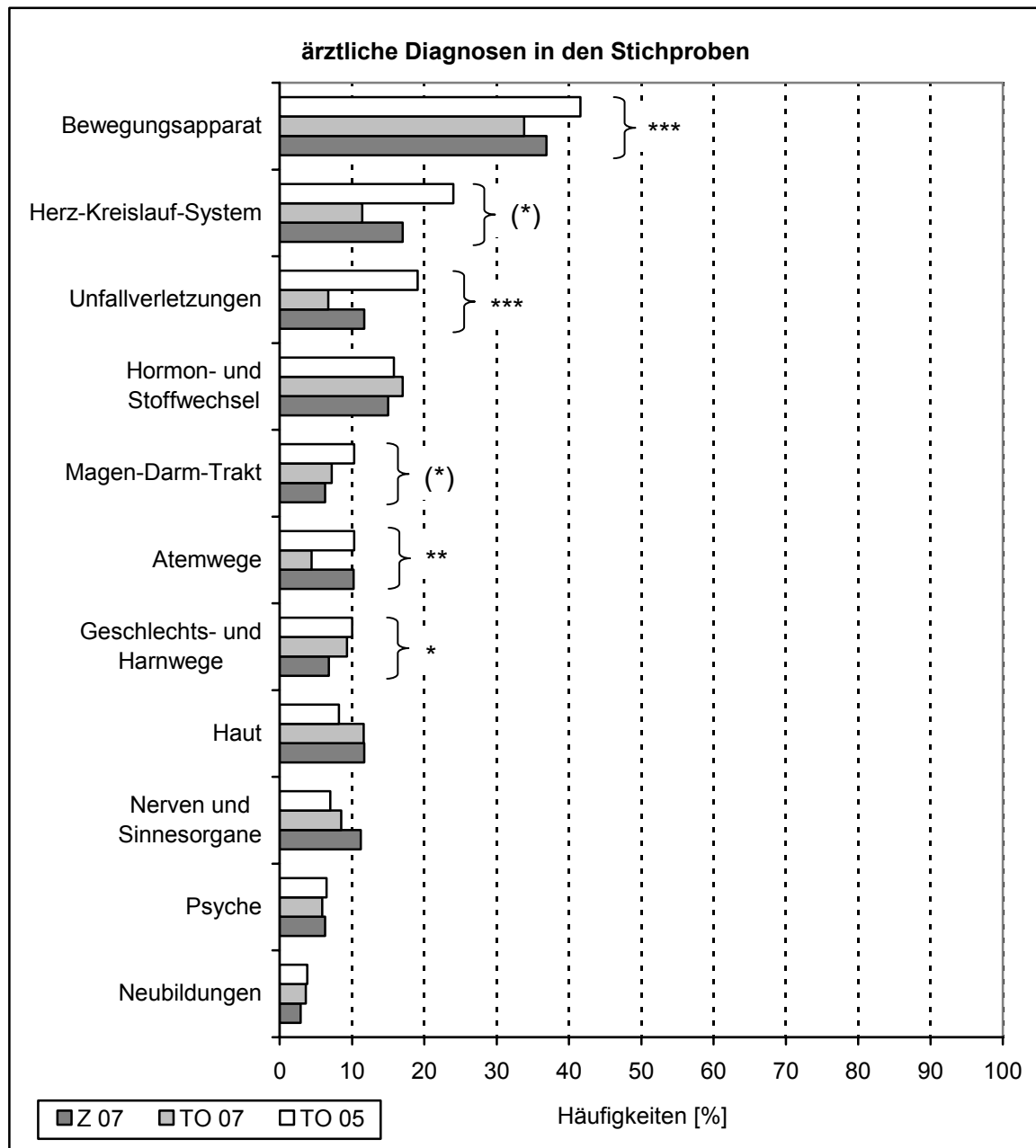


Abb. 6.11 Ärztlich diagnostizierte Befunde (WAI 3: Tuomi et al., 1998) für die Stichproben
(Häufigkeiten [%]; Signifikanz p: (*) ... $p \leq .1$; * ... $p \leq .05$; ** ... $p \leq .01$; *** ... $p \leq .001$)

Laut RKI (2006, S. 34f) sind *Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems* die häufigsten und kostenträglichsten Leiden in Deutschland; sie stehen an dritter Stelle bei den Behandlungskosten. Bei beiden Geschlechtern verursachen sie die meisten AU-Tage. Bei Männern sind sie häufigste, bei Frauen zweithäufigste Frühberentungsursache. Chronische Rückenschmerzen berichten 22 % der Frauen und 15 % der Männer, die maximale Prävalenz wird in der fünften und sechsten Lebensdekade erreicht. Damit rangieren Rückenschmerzen, die meist als „unspezifisch“ geschildert werden, noch

vor Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen. Zu den Risikofaktoren für Rückenschmerzen zählen neben dem Alter auch arbeitsbezogene Faktoren wie ein geringer Bildungsstand, eine hohe Arbeitsbelastung und Arbeitsunzufriedenheit, und medizinische Faktoren wie ein generell abträgliches Gesundheitsverhalten, insbesondere Rauchen und Übergewicht, und Depressionen.

Bei der Beantwortung des WAI 3-Langversion gaben insgesamt 32,8 % der Stichprobe TO 05 sowie 29,0 % der Stichprobe Z 07 Rückenschmerzen an, dabei steigt der Anteil der Betroffenen mit dem Alter. Die Prävalenz in beiden Stichproben liegt damit über dem gesamtdeutschen Durchschnitt.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden durch das RKI (2006, S. 23) als häufigste Todesursache in Deutschland und zu den Krankheiten mit den höchsten Behandlungskosten (v. a. koronare Herzkrankheiten, Schlaganfall) aufgeführt. Besondere Aufmerksamkeit soll der Diagnose „Hypertonie“ (Bluthochdruck) gegeben werden. Ein hoher Blutdruck begünstigt die Ausbildung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wobei das Risiko mit dem Blutdruck linear ansteigt. Laut RKI (2006) weisen etwa ein Drittel aller Erwachsenen in Deutschland hypertonen Blutdruck auf. Nach Bundesgesundheitsurvey von 1998 (Thamm, 1999) haben 42,1 % der Frauen und 50,3 % der Männer eine Hypertonie (d. h. systolischer Blutdruck ≥ 140 und/oder diastolischer Blutdruck ≥ 90 mm/Hg; Deutsche Hochdruckliga, 2003), davon bei 2/3 in eindeutiger Diagnose (d. h. systolischer Blutdruck ≥ 149 und/oder diastolischer Blutdruck ≥ 94 mm/Hg). Nur 26 % der Hypertoniker zwischen 35 und 64 Jahre werden medikamentös behandelt und nur bei einem Teil dieser Patienten hat die Medikation den gewünschten Effekt (Wolf-Maier et al., 2003). Die HYDRA-Studie 2001 (Steckelings et al., 2004) zeigte, dass weniger als 30 % der behandelten Patienten den Status „kontrolliert hyperten“ erreichen. Frauen werden öfter und erfolgreicher behandelt als Männer, obwohl sie seltener Hypertoniker sind.

Im Rahmen der Beantwortung des WAI 3-Langversion gaben 19,9 % der Stichprobe TO 05 sowie 14,1 % der Stichprobe Z 07 an, eine Hypertonie ärztlich diagnostiziert bekommen zu haben. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Prävalenz in den Regionen höher liegt, da Bluthochdruck häufig nicht oder zu spät erkannt wird. Die Personen in den beiden Stichproben, die eine Hypertonie angeben, nehmen alle blutdrucksenkenden Medikamente ein. Über die Erfassung dieses Anteils können auch Aussagen zur Verbreitung von Bluthochdruck in der Torgau-Oschatzer Befragung 2007 gewonnen werden. Hier gaben 19,2 % der Mitarbeiterinnen an, blutdrucksenkende Medikamente einzunehmen.

Hormon- und Stoffwechselerkrankungen, insbesondere Schilddrüsenerkrankungen und Diabetes Mellitus, sind an vierter Stelle der Rangreihe ärztlich diagnostizierter Krankheiten genannt. In der SHIP-Studie (Völzke et al., 2003) wurden in der für den Nordosten Deutschlands repräsentative Daten für die Entwicklung von *Schilddrüsenerkrankungen* bei Erwachsenen erhoben. Hier konnten Prävalenzen von 35,9 % für Struma, 20,2 % für Schilddrüsenknoten sowie 11,3 % für erniedrigte Serum-TSH-Werte nachgewiesen werden. Diese Veränderungen treffen insbesondere auf Personen ab dem 40. Lebensjahr zu. Als Risikofaktoren für Schilddrüsenerkrankungen werden vor allem Jodmangel und Tabakkonsum genannt, speziell für Frauen wird die Einnahme oraler Kontrazeptiva (Antibabypille) mit einem verminderten Risiko für Struma in Verbindung gebracht (Knudsen et al., 2002; Völzke & Thamm, 2007).

Eine so differenzierte Aussage kann aufgrund der Befragungsergebnisse nicht getroffen werden, jedoch gaben in der WAI 3-Langversion in der Stichprobe TO 05 13,2 % und in der Stichprobe Z 07 13,1 % der Befragten eine ärztlich diagnostizierte Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion an. Eine Medikation von Schilddrüsenerkrankungen (Einnahme von Schilddrüsenhormonen oder L-Thyroxin) wird in Torgau-Oschatz im Jahr 2005 von 11,2 % und im Jahr 2007 von 12,9 % der Mitarbeiterinnen berichtet, in Zwickau im Jahr 2007 von 8,2 %. Damit liegt der Anteil an Personen mit einer Schilddrüsenerkrankung unter den berichteten Prävalenzen für Deutschland.

In Bezug auf die Verbreitung von Diabetes Mellitus II stellt das RKI (2006, S. 20) für die Neuen Bundesländer Prävalenzen bei Frauen von 0,6 % für 18-39-Jährige, 2,5 % für 40-49-Jährige und 5,5 % für 50-59-Jährige auf, ab dem sechsten Lebensjahrzehnt steigt die Prävalenz sprunghaft auf 15 % an. In den Alten Bundesländern ist dieser charakteristische Altersverlauf ebenso vorhanden, die Prävalenzen sind jedoch ab dem 50. Lebensjahr deutlich geringer. Als Risikofaktoren gelten neben dem Alter vor allem Übergewicht und Bewegungsmangel sowie eine schwache soziale Schichtzugehörigkeit.

Laut den Befragungsergebnissen der WAI 3-Langversion geben in TO 05 0,6 % und in Z 07 1,0 % der Teilnehmerinnen einen diagnostizierten Diabetes Mellitus an, der auch medikamentös behandelt wird. In Anbetracht des Altersdurchschnitts der Stichproben liegen die Prävalenzen damit leicht unter denen für die Neuen Bundesländer (RKI, 2006).

Die Betrachtung der Kovariable Alter weist verschiedene Schwerpunkte hinsichtlich des Krankheitsspektrums der Altersgruppen in allen drei Stichproben auf. Der Diagnoseanteil bei Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (v. a. Bluthochdruck), Unfallverletzungen und Hormon- und Stoffwechselerkrankungen (v.a. Schilddrüsenüber- und -unterfunktion) steigt in allen drei Stichproben mit dem Alter an, während die jüngeren Kollegen (AG 1) eher von Atemwegserkrankungen (Schnupfen, Grippe, Bronchitis, Mandel- oder Nasennebenhöhlenentzündung) betroffen sind.

Die Kovariablen Funktion und Kita-Größe zeigen hinsichtlich des Krankheitsgeschehens keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Aktuelle Beschwerden

Im Gegensatz zu den vom Arzt diagnostizierten Erkrankungen (WAI 3) erfasst der BFB körperliche und psychoemotionale Beschwerden, unter denen die Kita-Mitarbeiterinnen leiden, und die sowohl Arbeits- und Leistungsfähigkeit, aber auch die außerberufliche Regeneration beeinflussen können. So klagt die Mehrzahl der Kita-Mitarbeiterinnen aller drei Stichproben aktuell über mindestens eine körperliche und/oder psychoemotionale *Beschwerde* (Tab. 6.12; BFB-Fragebogen: Höck & Hess, 1975). Insgesamt ist zu beobachten, dass die Zwickauer Kita-Mitarbeiterinnen durchschnittlich signifikant weniger Beschwerden angeben, insbesondere körperliche Beschwerden, als die Torgau-Oschatzer Kolleginnen, bei denen keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten auftreten.

Tab. 6.12 Aktuelle Beschwerden in den Stichproben (BFB-Fragebogen: Höck & Hess, 1975)
(Mittelwerte und Standardabweichungen)

BFB [Anzahl]	TO 05	TO 07	Z 07	Gruppen- unterschied p
BFB 1: körperliche Beschwerden	5,2 ± 5,0	5,7 ± 5,3	4,6 ± 4,6	.045
BFB 2: psychoemotionale Beschwerden	5,1 ± 4,2	5,4 ± 4,3	4,7 ± 4,0	.162
BFB gesamt	10,3 ± 8,5	11,0 ± 8,8	9,3 ± 7,9	.038

Die Gesamtzahl der Beschwerden nimmt in den beiden Stichproben in Torgau-Oschatz in der älteren Altersgruppe AG 3 (TO 05: 13,3 ± 9,3; TO 07: 13,4 ± 9,2) im Vergleich zur jüngeren Altersgruppe AG 1 (TO 05: 8,6 ± 7,0; TO 07: 9,7 ± 7,5) und mittleren Altersgruppe AG 2 (TO 05: 9,1 ± 8,0; TO 07: 10,3 ± 8,6) höchstsignifikant zu ($p = .000$). Die Zunahme an Beschwerden in der AG 3 betrifft sowohl körperliche als auch psychoemotionale Beschwerden. In der Zwickauer Stichprobe ist dieser Alterseffekt zwar auch vorhanden, jedoch nicht signifikant (AG 1: 8,9 ± 8,1; AG 2: 8,2 ± 7,4; AG 3: 10,6 ± 8,2; $p = .201$). Hinsichtlich der Kovariablen Funktion und Kita-Größe existieren keine statistischen Unterschiede hinsichtlich der Anzahl körperlicher und psychoemotionaler Beschwerden.

Abb. 6.12 zeigt die Beschwerden, die von mindestens jeder fünften Mitarbeiterin in einer der drei Stichproben genannt wird. Die meisten der genannten Beschwerden sind charakteristisch für körperliche und psychische Erschöpfung. Es sind jedoch auch Beschwerden aufgeführt, die auf eine depressive Symptomatik hinweisen. Letztendlich sind, bedingt durch den hohen Altersdurchschnitt der Stichprobe, auch Beschwerden zu finden, die mit der Menopause assoziiert sind.

Die Abb. 6.12 zeigt auch, dass hinsichtlich der klassischen und am häufigsten genannten Erschöpfungssymptome wie Nacken-, Rücken- und Kreuzschmerzen, Erschöpfung und Müdigkeit sowie Kopfschmerzen keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Stichproben zu finden sind – diese Symptome sind charakteristisch für die Kita-Beschäftigten insgesamt. Dennoch sind Gruppenunterschiede feststellbar: So weisen die beiden Torgau-Oschatzer Stichproben häufiger Gliederschmerzen und Angst vor Tod/Krankheiten auf als die Zwickauer Stichprobe. In dieser geben jedoch mehr Personen Nacken-, Rücken- und Kreuzschmerzen sowie Heuschnupfen an. Die Stichprobe aus Torgau-Oschatz weist in der 2007er Befragung den höchsten Anteil an Personen auf, die leichte Erregbarkeit angeben, während zur 2005er Befragung im Landkreis der höchste Anteil an Mitarbeiterinnen bestand, die unter geschwollenen Knöcheln leiden.

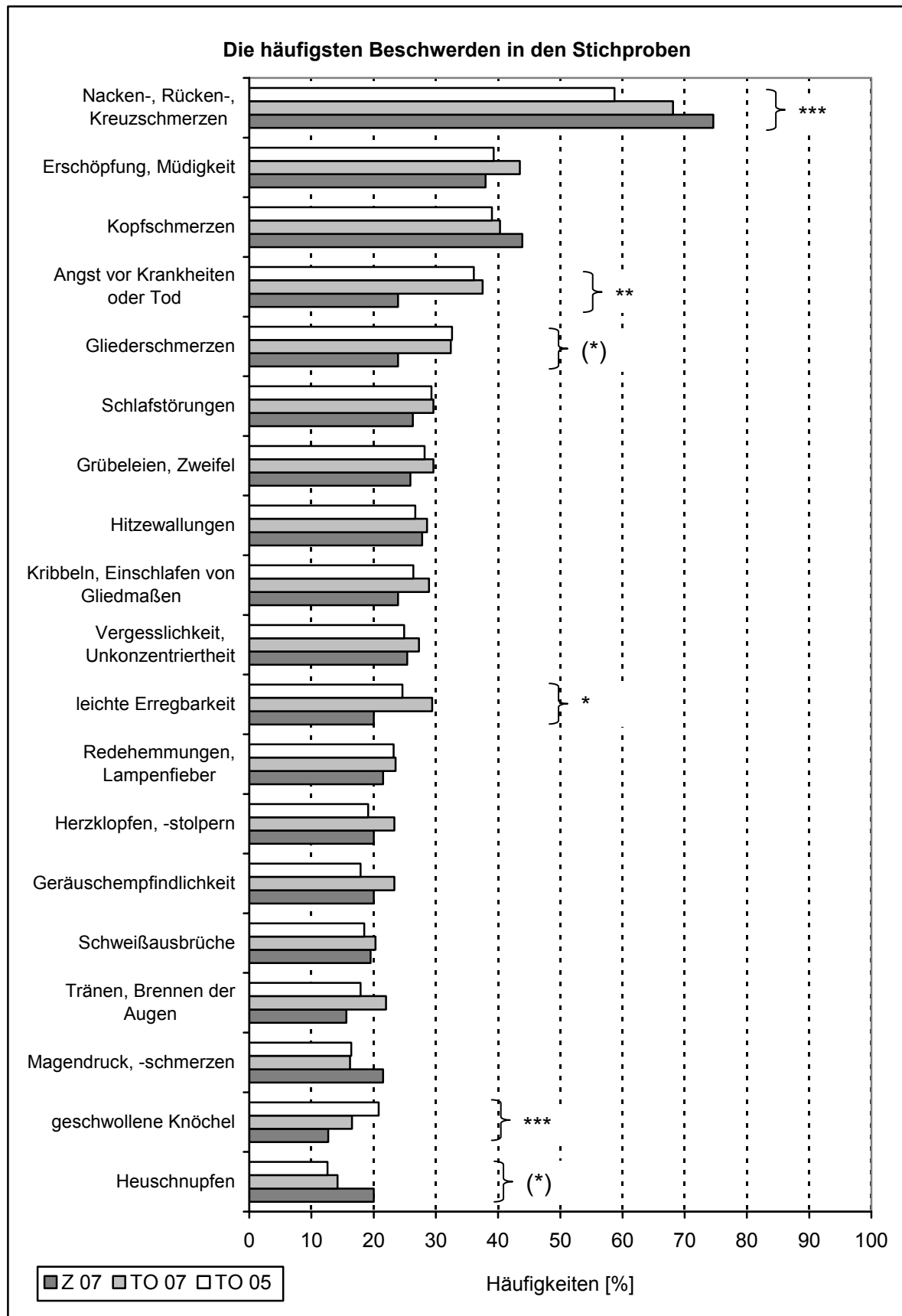


Abb. 6.12 Aktuelle Beschwerden (BFB: Höck & Hess, 1975) in den Stichproben
(Häufigkeiten [%]; Signifikanz p: (*) ... $p \leq .1$; * ... $p \leq .05$; ** ... $p \leq .01$; *** ... $p \leq .001$)

Hinsichtlich der drei Altersgruppen konnte für alle drei Stichproben - was nicht verwundert - ein signifikant häufigeres Auftreten von Beschwerden des Klimakteriums in der ältesten Gruppe (AG 3) gefunden werden: Hitzewallungen und Schweißausbrüche, Einschlafen von Gliedmaßen und Taubheitsgefühle, ein trockener Mund, Schlafstörungen sowie Gliederschmerzen. In beiden Torgau-Oschatz Stichproben kamen für die ältere Gruppe zusätzlich noch Muskel- und Gelenkbeschwerden, leichte Erregbarkeit und Grübeleien/Zweifel hinzu. Nur in der 2005er Befragung in Torgau-Oschatz gaben die älteren Kolleginnen zusätzlich noch physische Erschöpfungssymptome wie Augenbeschwerden (Tränen, Brennen, Lichtempfindlichkeit), stimmliche Probleme sowie Gallenprobleme und Sodbrennen an. In Zwickau gab die jüngere Gruppe (AG 1) ein signifikant häufigeres Auftreten von Schnupfen, die mittlere Gruppe (AG 2) signifikant häufiger Kopfschmerzen an.

Auch bei den Funktionen in der Kita sind signifikante Gruppenunterschiede festzustellen: Bei den Leiterinnen treten in allen drei Stichproben Erschöpfungssymptome wie Müdigkeit und Schlafstörungen häufiger auf als bei Erzieherinnen oder sonstigem Personal. Zusätzlich berichteten die Leiterinnen in TO 05 und Z 07 häufiger von Augenbeschwerden, Kopfschmerzen sowie Vergesslichkeit/Unkonzentriertheit als die anderen beiden Funktionen. Bei der 2005er Befragung in Torgau-Oschatz kamen dazu noch Magenbeschwerden (Magendruck, Sodbrennen) sowie tränende Augen.

Bei der Betrachtung der Kita-Größe konnten keinerlei Gruppenunterschiede festgestellt werden.

Einnahme von Medikamenten

Das Kita-Personal wurde danach gefragt, ob und wenn ja, welche Medikamente sie regelmäßig einnehmen. Dabei geben in allen drei Stichproben knapp die Hälfte der Mitarbeiterinnen an, regelmäßig Medikamente einzunehmen (Tab. 6.13).

Tab. 6.13 Einnahme von Medikamenten in den Stichproben
(Häufigkeiten [%])

Einnahme von Medikamenten [%]	TO 05	TO 07	Z 07	Unterschied p
regelmäßige Medikamenteneinnahme	43,8	42,8	45,4	.779
- davon blutdruckregulierende Medikamente	19,1	19,2	14,5	.330
- davon Schilddrüsenmedikamente	11,2	12,9	10,9	.217
- davon Schlaf- und Beruhigungsmittel	4,8	5,8	1,9	.070
- davon Antibabypille	4,7	1,3	11,6	.000
- davon Medikamente Menopause	4,1	2,3	1,0	.081

Der Altersgruppenvergleich zeigt in Torgau-Oschatz zu beiden Befragungszeitpunkten, dass die Medikamenteneinnahme erwartungsgemäß mit dem Alter signifikant ansteigt. In Zwickau ist dieser Effekt jedoch nicht vorhanden. Am häufigsten werden Medikamente zur Blutdruckregulation sowie bei Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion verwendet. Hier ist ein Altersanstieg in allen drei Stichproben zu beobachten. Während in der jüngeren Altersgruppe Blutdruck regulierende Medikamente eher eine untergeordnete Rolle spielen, gibt mehr als jede dritte der älteren Kolleginnen ihre Einnahme an. Gegenläufiges ist bei der Antibabypille und Medikamenten gegen Be-

schwerden der Menopause zu verzeichnen: Während die Antibabypille am häufigsten durch die jüngere Altersgruppe eingenommen wird, geben eher die älteren Kollegen eine hormonelle Medikation bei Menopause-Beschwerden an. Unabhängig vom Alter fällt der signifikant höhere Anteil an Personen in der Zwickauer Stichprobe auf, die die Antibabypille einnehmen (Tab. 6.13). Der Anteil an Mitarbeiterinnen, die Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen, ist in Torgau-Oschatz zu beiden Befragungszeitpunkten etwas höher als in Zwickau, wird jedoch nur tendenziell signifikant.

Hinsichtlich der Kovariablen Funktion und Kita-Größe sind keine signifikanten Gruppenunterschiede festzustellen.

6.2.3 Gesundheitsrelevante Lebensweisen

Als ursächlich für eine eingeschränkte Gesundheit gelten allgemein sog. gesundheits-riskante Verhaltensgewohnheiten wie z. B. Rauchen, ein hoher Alkoholkonsum sowie mangelnde körperliche Bewegung. Diese allgemeinen Lebensgewohnheiten wurden in Torgau-Oschatz 2005 und in Zwickau 2007 erfragt, um einen ersten Überblick über das Gesundheitsverhalten der Kita-Beschäftigten zu erlangen.

Rauchen

Rauchen gilt als Nummer eins der gesundheitlichen Risikofaktoren. Das Robert Koch-Institut (RKI, 2006, S. 107ff) berichtet im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes von jährlich zwischen 110.000 bis 140.000 Personen, die an Folgen von mit dem Rauchen assoziierten Erkrankungen in Deutschland sterben (z. B. Herzkrankheiten, Arteriosklerose, Bluthochdruck, zerebrovaskuläre Erkrankungen, Lungenentzündung, chronische Bronchitis, bösartige Tumore in Lunge, Bronchien, Mundhöhle, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse und Niere).

Im telefonischen Gesundheitssurvey 2003 (RKI, 2004) gab jeder dritte Erwachsene (ab 18 Jahre) in Deutschland an zu rauchen, davon 25,4 % täglich und 7,1 % gelegentlich. Weitere 26,9 % sind ehemalige Raucher. Insgesamt haben 60 % der Bevölkerung jemals geraucht. Derzeit rauchen 28 % der Frauen und 37 % der Männer in Deutschland, nie geraucht haben ca. die Hälfte der Frauen und nur knapp ein Drittel der Männer. Der Anteil der Raucher nimmt mit zunehmendem Alter stetig ab. 92 % der Raucher und 99 % der Raucherinnen rauchen Zigaretten. 9,4 % der Erwachsenen raucht stark (mind. 20 Zigaretten pro Tag) und 6,6 % rauchen mittelstark (11-19 Zigaretten pro Tag). Männer sind häufiger starke Raucher als Frauen (31,2 % der täglich rauchenden Frauen vs. 47 % der täglich rauchenden Männer).

Der Anteil an Raucherinnen ist erfreulicherweise in beiden Stichproben geringer als der vom RKI (2004) ermittelte Durchschnitt (TO 05: 11,8 %; Z 07: 14,5 %). Die Dauer des Rauchens liegt dabei im Schnitt in TO 05 bei 21 ± 8 Jahren und in Z 07 bei 14 ± 10 Jahren ($p = .011$). Der aktuelle durchschnittliche Zigarettenkonsum beträgt in TO 05 7 ± 4 bzw. in Z 07 8 ± 6 Zigaretten pro Tag und ist damit als weniger stark einzuschätzen. Nur 1,2 % der Teilnehmerinnen aus TO 05 bzw. 2,4 % der Teilnehmerinnen aus Z 07 sind als mittelstarke Raucherinnen einzuschätzen. Personen mit starkem Tabakkonsum konnte in den beiden untersuchten Stichproben nicht gefunden werden.

Alkohol

Neben Tabakkonsum stellt *Alkoholkonsum* ebenfalls ein ernstes Suchtproblem in Deutschland dar (RKI, 2006, S. 109ff). Alkohol begünstigt Leberzirrhose, Herzmuskerkrankungen, Hirnschädigungen und Schädigungen des peripheren Nervensystems, Entzündungen und Krebserkrankungen der Bauchspeicheldrüse. Des Weiteren steht Alkohol häufig mit Unfällen, Gewalttaten und Suiziden im Zusammenhang, Alkoholmissbrauch kann zu Störungen und Auflösungen sozialer Beziehungen sowie zu Arbeitsplatz- und Wohnungsverlust führen (RKI, 2003a). Etwa 40.000 Todesfälle pro Jahr stehen im Zusammenhang mit riskantem Alkoholkonsum. Ca. 1,6 Mio. Erwachsene in Deutschland sind alkoholabhängig (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2005). Insgesamt geht der Alkoholkonsum in Deutschland seit Beginn der 1990er Jahre leicht zurück, jedoch 31 % der Männer und 16 % der Frauen weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf (RKI, 2003a). Bei 12,3 % der 19-59-jährigen Bevölkerung überschreitet die Alkoholzufuhr die Risikogrenzwerte sogar deutlich. In dieser Altersgruppe verbrauchen 1,7 Mio. Frauen mehr als 20 g und 3,8 Mio. Männer mehr als 30 g reinen Alkohol pro Tag. Die somit errechnete 12-Monats-Prävalenz für 18-69-jährige Bevölkerung geht davon aus, dass bei 10,4 Mio. Deutschen von einem riskanten Alkoholkonsum auszugehen ist (Hüllinghorst, 2006).

Um kritischen Alkoholkonsum festzustellen, wird mit der tolerierbaren obere Alkoholzufuhrmenge (TOAM) gearbeitet, die den Grenzwert des Alkoholverbrauchs, bei dessen Überschreitung die Mehrheit der gesunden Erwachsenen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko rechnen muss, dargestellt (RKI, 2006, S. 110). In Deutschland liegt die TOAM für Frauen bei 10-12 g reinem Alkohol pro Tag, bei Männern bei 20-24 g pro Tag. Der Anteil an Personen, deren Alkoholkonsum über der TOAM liegt, ist im mittleren Lebensalter am höchsten; bei 18-24-jährigen ist die TOAM bereits bei 11 % der Frauen bzw. bei 24 % der Männer überschritten (RKI, 2003a).

Alkohol konsumieren etwa die Hälfte der Mitarbeiterinnen der Torgau-Oschatzer Stichprobe 2005 und der Zwickauer Stichprobe 2007. 25,0 % in TO 05 und 18,8 % in Z 07 tun dies nach eigenen Angaben sehr selten, d. h. nur zu Anlässen (z. B. Feierlichkeiten). Mindestens ein Mal pro Woche trinken 18,6 % in TO 05 bzw. 23,6 % in Z 07 Alkohol, davon 1,7 % der Kolleginnen in TO 05 bzw. 1,4 % der Kolleginnen in Z 07 täglich. Über die konsumierten Mengen wurden keine Angaben erhoben.

Sportliche Aktivitäten

Bewegung dient der allgemeinen Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden, hebt somit die Lebensqualität und senkt das Erkrankungsrisiko. Das trifft insbesondere auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Typ 2-Diabetes, Darmkrebs, Osteoporose, Rückenbeschwerden und Übergewicht zu. Weiterhin fördert Bewegung Rehabilitationsprozesse und lindert begleitende Beschwerden (RKI, 2006, S. 103ff). Nur 13 % aller Erwachsenen in Deutschland erfüllen das empfohlene Pensum für *körperliche Aktivität*, das an mindestens drei, besser noch an allen Tagen der Woche mindestens 30 Minuten Bewegung so vorsieht, dass Puls und Atemfrequenz zunehmen und man etwas ins Schwitzen gerät (RKI, 2003b). Als günstig werden Ausdauersportarten wie Jogging, Schwimmen, Radfahren, Rudern, Skilaufen, aber auch zügiges Gehen angesehen.

Frauen geben in allen Altersbereichen eine geringere sportliche Aktivität an als Männer, was nicht heißen muss, dass sie sich tatsächlich weniger körperlich bewegen als

Männer, jedoch werden Haus- und Familienarbeiten, die durchaus die Kriterien für sportliche Betätigung erfüllen würden, nicht als solche wahrgenommen (RKI, 2006). Die Sportbeteiligung sinkt bei 25-40-jährigen Personen, steigt aber bei Personen von 50-70 Jahren, was auf die Ausweitung gezielter Angebote für Ältere schließen lässt. Laut telefonischem Gesundheitssurvey 2003 (RKI, 2004) betreiben in der deutschen Bevölkerung ab 18 Jahren 37,4 % der Männer und 38,4 % der Frauen überhaupt keinen Sport, 20,9 % der Männer und 28,4 % der Frauen sind weniger als zwei Stunden pro Woche sportlich aktiv.

Speziell für die Berufsgruppe der Erzieherinnen und Erzieher, in der ein hoher Anteil an Muskel- und Skeletterkrankungen kennzeichnend ist, hat ausgleichendes und das Herz-Kreislauf-System stärkendes Bewegungstraining aus präventiver Sicht eine zentrale Bedeutung. Mindestens ein Mal pro Woche treibt etwa jede zweite der befragten Kita-Mitarbeiterinnen in den beiden Vergleichsregionen Sport. Mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von wöchentlich $2,4 \pm 1,8$ Mal in TO 05 bzw. $2,0 \pm 1,9$ Mal an sportlichen Aktivitäten in Z 07 liegen die Kita-Beschäftigten jedoch unter den Empfehlungen des RKI (2006). Hier bleiben jedoch alternative körperliche Aktivitäten zu konkreten Sportprogrammen unberücksichtigt. Der durchschnittliche wöchentliche Zeitumfang beträgt in TO 05 $3,1 \pm 2,0$ Stunden, in Z 07 $2,5 \pm 2,5$ Stunden ($p = .001$) und fällt somit bei den Torgau-Oschatzer Kolleginnen signifikant höher aus. Dabei beschränken sich die meisten Kolleginnen jedoch nicht nur auf eine Sportart, sondern nehmen mehrere Angebote in Anspruch. An erster Stelle stehen Ausdauersportarten wie Rad fahren (TO 05: 11,7 %; Z 07: 11,6 %), Laufen oder (Nordic) Walking (TO 05: 7,6 %; Z 07: 12,6 %), aber auch der Gang ins Fitness-Studio (TO 05: 11,4 %; Z 07: 16,4 %) oder die Teilnahme an Gymnastik-Gruppen (TO 05: 10,9 %; Z 07: 11,1 %) ist unter dem Kita-Personal weit verbreitet.

6.2.4 Selbstbeurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit

Globalurteile zu Gesundheit, Zufriedenheit und Wohlbefinden

Die Kita-Mitarbeiterinnen wurden um eine allgemeine Beurteilung ihres Gesundheitszustands, Zufriedenheit und Wohlbefinden auf einer siebenstufigen Skala gebeten. Erfreulicherweise sind hier sehr positive Ergebnisse zu verzeichnen.

Trotz allgemein „hoher“ *beruflicher Belastung* schätzen die Befragten in allen drei Stichproben ihre *berufliche Leistungsfähigkeit* insgesamt als „hoch“ und die *Verwirklichung eigener Vorstellungen in der Arbeit* als „gut“ ein. Die *Zufriedenheit mit der Arbeit* wird insgesamt als „gut“ bewertet. Die *außerberufliche Belastung* (z. B. Familie, Hobby) werden zu beiden Befragungszeitpunkten in Torgau-Oschatz als „eher hoch“ eingeschätzt, in Zwickau mit „weder noch“. Ihren *gesundheitlichen Zustand* wie auch die *Zufriedenheit mit dem Leben* allgemein beschreiben alle Befragten als „gut“.

Subjektive Arbeitsfähigkeit

Mit dem Fragebogen Work Ability Index (WAI: Tuomi et al., 1998) sollten die Kita-Mitarbeiterinnen ihre *Arbeitsfähigkeit* selbst einschätzen. Sie liegt für alle drei Stichproben durchschnittlich im Bereich der *guten Arbeitsfähigkeit* (Tab. 6.14), signifikante Gruppenunterschiede existieren nicht. Im Einzelfall weisen aber die Minima (14 Punk-

te) und Maxima (49 Punkte) des WAI auf eine individuell sehr unterschiedliche Arbeitsfähigkeit hin.

Tab. 6.14 Ausprägung der WAI-Subskalen (Tuomi et al., 1998) in den Stichproben (Mittelwerte und Standardabweichungen)

WAI-Subskalen [Punkte]	TO 05	TO 07	Z 07	Gruppen- unterschied p
1 – beste Arbeitsfähigkeit	7,8 ± 1,7	7,7 ± 1,7	7,8 ± 1,6	.409
2 – Anforderungsbewältigung	7,9 ± 1,2	7,8 ± 1,2	8,0 ± 1,2	.055
3 – diagnostizierte Krankheiten	4,4 ± 2,2	4,8 ± 2,0	4,5 ± 2,3	.024
4 – Beeinträchtigung durch Krankheit	5,5 ± 0,8	5,5 ± 0,8	5,5 ± 0,7	.611
5 – Krankenstand (letzte 12 Monate)	4,1 ± 1,0	4,0 ± 1,0	4,3 ± 1,1	.009
6 – zukünftige Arbeitsfähigkeit	6,8 ± 0,8	6,7 ± 1,0	6,9 ± 0,6	.003
7 – psychische Befindlichkeit	3,7 ± 0,6	3,7 ± 0,6	3,7 ± 0,5	.835
WAI (Gesamtpunktzahl)	40,2 ± 5,1	40,4 ± 5,0	40,8 ± 5,1	.326

Wie Tab. 6.14 weiter zeigt, unterscheiden sich die drei Stichproben hinsichtlich der Merkmalsausprägungen von drei Subskalen. Zum einen werden von der Torgau-Oschatzer Stichprobe 2007 signifikant weniger ärztlich diagnostizierte Erkrankungen (WAI 3) angegeben. Des Weiteren gibt die Zwickauer Stichprobe einen signifikant geringeren Krankenstand (WAI 5) an als die beiden Stichproben aus Torgau-Oschatz. Auch die zukünftige Arbeitsfähigkeit wird von den Kolleginnen aus Zwickau etwas günstiger eingeschätzt.

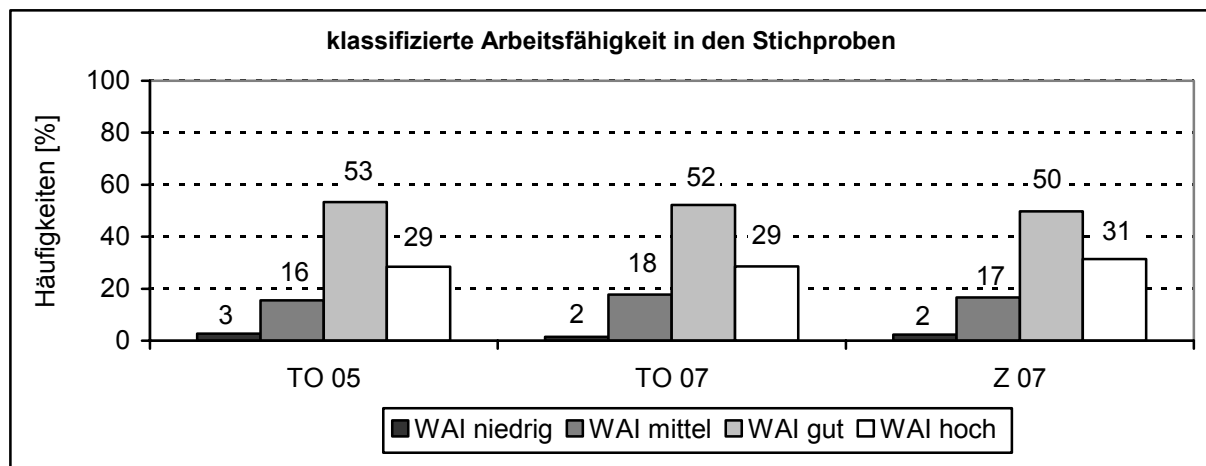


Abb. 6.13 Klassifikation der Arbeitsfähigkeit nach Tuomi et al. (1998) für die Stichproben (Häufigkeiten [%])

Die Betrachtung der Kovariaten ergibt für die zwei Stichproben TO 05 (AG 1: 41,6 ± 4,3 Punkte; AG 2: 40,7 ± 5,3 Punkte; 38,5 ± 5,1 Punkte; p = .000) und Z 07 (AG 1: 42,3 ± 3,7 Punkte; AG 2: 41,3 ± 4,9 Punkte; 38,8 ± 5,8 Punkte; p = .001) einen signifikanten Altersgruppenunterschied im Sinne einer Verringerung der durchschnittlichen Arbeitsfähigkeit mit steigendem Alter (Abb. 6.13). Dieser Alterseffekt wird übereinstimmend in der Literatur beschrieben. Bezüglich der klassifizierten Arbeitsfähigkeit

nach Tuomi et al. (1998) zeigt der überwiegende Teil der Kita-Beschäftigten aller drei Stichproben eine gute Arbeitsfähigkeit.

6.2.5 Beanspruchungsfolgen

Arbeitsbedingter Stress ist keine Krankheit, sondern stellt eine Form der Fehlbeanspruchung dar, die Einfluss auf die Gesundheit der erwerbstätigen Person hat. Dabei handelt es sich um eine stark negativ geprägte emotionale Reaktion auf die Arbeit. Über die Ursachen und Folgen von arbeitsbedingtem Stress liegen bereits zahlreiche Erkenntnisse vor. Stress ist immer berufsunspezifisch und daher keine Besonderheit pädagogischen Personals. Er steht aber hier vor allem mit der psychischen Überforderung im Zusammenhang (Seibt et al., 2004, S. 37).

Stress ist generell wertungsneutral zu betrachten, da er bei Bewältigung einer (beruflichen) Anforderung zu einem „Dazulernen“ und somit zu einer Erweiterung der eigenen Handlungskompetenzen führen kann. Zum Gesundheitsrisiko wird Stress nur dann, wenn trotz intensiver Anstrengungen langfristig eine Anforderungsbewältigung misslingt. Überforderungszustände stehen daher nicht nur mit einer erhöhten Aktivierung während der Stresssituation im Zusammenhang, sondern auch mit deren verzögerter Rückbildung nach Beendigung der Belastung. Das kann sich in unangemessenen Anpassungsreaktionen wie *Erholungsunfähigkeit* oder *Burnout* beim Betroffenen niederschlagen. Die Aufmerksamkeit wird dabei eher auf die Kontrolle der Stresssymptome statt auf die konstruktive Bewältigung der Situation gelenkt (Nitsch, 1981). Stresssymptome können z. B. Niedergeschlagenheit, innere Unruhe, Müdigkeit, Grübeln, Angstgefühle, Schlaflosigkeit, Erholungsunfähigkeit, Kreislaufprobleme, Wirbelsäulenbeschwerden und andere psychosomatische Reaktionen sein. Besonders in der Altersgruppe zwischen 35 und 45 Jahren ist ein starker Anstieg solcher Symptome zu verzeichnen (Cox et al., 2000).

Erholungsunfähigkeit

Durch den hohen arbeitsbedingten Stress, der bei Erzieherpersonal aufgrund der komplexen Tätigkeitsstruktur und der hohen psychoemotionalen Anforderungen anzunehmen ist, ist es oftmals schwer, die täglichen beruflichen Aufgaben gut zu bewältigen. Überforderung ist die Folge, die mit einem eingeschränkten seelischen Wohlbefinden einhergeht.

Erholungsunfähigkeit als chronifizierte Form der Überforderung beschreibt die arbeitsbedingt beeinträchtigte Erholung in der Freizeit und ist mit vielfältigen Gesundheitsrisiken verknüpft. Sie setzt meist dann ein, wenn dauernde überlange Arbeitszeiten, unvorhersehbare Anforderungen oder unklare Aufgabenstellung mit ständigem Leistungsdruck gepaart sind (Lenhard, 2001). Doch auch wenn zwischen dem Beschäftigten und seinem Arbeitsfeld keine „positive Kommunikation“ besteht und nur geringe oder keine soziale Anerkennung erfolgt (Karasek & Theorell, 1990; Kompier, 2002) oder unzureichender Entscheidungs- und Kontrollspielraum den Arbeitsprozess beeinflusst (Karasek & Theorell, 1990), droht Erholungsunfähigkeit.

Mit Hilfe der Subskala Erholungsunfähigkeit (FABA-Fragebogen: Richter et al., 1996) wird für alle drei Stichproben ein Punktsammenwert für Erholungsunfähigkeit (Werte-

bereich: 9 - 19 Punkte) von im normalen Bereich ermittelt (TO 05: $13,5 \pm 5,6$ Punkte; TO 07: $14,8 \pm 3,9$ Punkte; Z 07: $14,4 \pm 4,0$ Punkte; $p = .473$).

Um die Risikobereiche, in denen die Erholungsfähigkeit eingeschränkt ist, genauer aufzudecken, werden die Mediane der Einzelitems von Erholungsunfähigkeit genauer betrachtet (Abb. 6.14). In folgenden Bereichen ist die Erholung der Kita-Beschäftigten in beiden Vergleichsregionen (TO 07; Z 07) sowie zu beiden Befragungszeitpunkten (TO 05; TO 07) durch Belastungsnachwirkungen beeinträchtigt: Die Kolleginnen sind manchmal nach der Arbeit so ausgepulvert, dass sie nicht zur Ruhe kommen (EU 1) und schlecht einschlafen (EU 2), sie sind manchmal der Meinung, diese Anstrengung nicht ein Leben lang durchhalten zu können (EU 5) und es fällt ihnen manchmal schwer, nach der Arbeit abschalten zu können (EU 6). Unterschiede hinsichtlich der Beantwortung dieser Items existieren zwischen den Stichproben nicht.

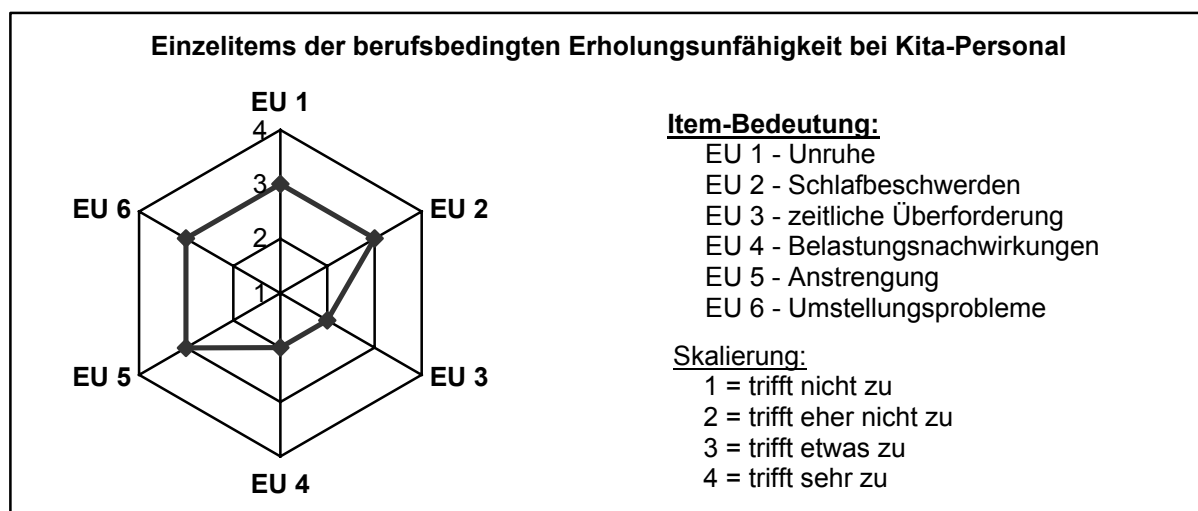


Abb. 6.14 Items der Subskala Erholungsunfähigkeit (FABA: Richter et al., 1996) für Kita-Beschäftigte (Mediane)

Auffällige bzw. sehr auffällige Werte für die Erholungsunfähigkeit treffen auf 12,7 % in TO 05, 14,0 % in TO 07 und 12,9 % in Z 07 zu ($p = .768$).

In der Kovariablenbetrachtung kann festgestellt werden, dass die Erholungsunfähigkeit mit steigendem Alter in allen drei Stichproben im Sinne einer schlechteren Regeneration der älteren Kolleginnen in ihrer Freizeit etwas zunimmt. Mit Zunahme der Einrichtungsgröße nimmt in allen drei Stichproben die Erholungsunfähigkeit tendenziell ab, d. h. Mitarbeiterinnen in größeren Einrichtungen geben ein günstigeres Regenerationsvermögen in der Freizeit an.

Im Berufsgruppenvergleich sind noch deutlichere Unterschiede vorhanden. Die Leiterinnen erreichen in allen drei Stichproben die signifikant ungünstigste Punktschätzung für Erholungsunfähigkeit (TO 05: $16,8 \pm 4,1$ Punkte; TO 07: $16,6 \pm 3,9$ Punkte; Z 07: $17,4 \pm 3,5$ Punkte), gefolgt von den Erzieherinnen (TO 05: $14,4 \pm 3,5$ Punkte; TO 07: $14,4 \pm 3,8$ Punkte; Z 07: $14,4 \pm 3,8$ Punkte) und dem sonstigen Personal (TO 05: $10,3 \pm 2,7$ Punkte; TO 07: $15,0 \pm 4,7$ Punkte; Z 07: $10,6 \pm 4,0$ Punkte). Während alle Personen des sonstigen Personals normale Werte für Erholungsunfähigkeit aufweisen, sind für etwa jede zehnte Erzieherin (TO 05: 9,3 %; TO 07: 11,4 %;

Z 07: 12,2 %; $p = .602$) und sogar für jede vierte Leiterin (TO 05: 29,6 %; TO 07: 27,1 %; Z 07: 25,1 %; $p = .648$) auffällige bzw. sehr auffällige Werte zu klassifizieren.

Burnout-Risiko

Mit *Burnout-Syndrom* wird ein Krankheitsbild beschrieben, das sich bei unzureichender bzw. ausbleibender Bewältigung beruflicher Anforderungen entwickeln kann. Man versteht darunter ein Erschöpfungssyndrom aufgrund von sozialem Stress, dass meist am Ende eines längeren Prozesses bei Menschen steht, die mit viel Idealismus an Aufgaben herangehen, dann aber aufgrund unerwarteter Schwierigkeiten den Eifer verlieren, langsam frustriert sind und schließlich ihrer Arbeit nur noch gleichgültig oder gar zynisch nachgehen (Freitag, 1998; Rothfuß, 1999).

Barth (1992) betont, dass es sich beim Burnout-Syndrom in den meisten Fällen um ein berufliches Phänomen handelt, das kaum auf das Privatleben übergreift. Ursächlich dafür sollen häufig auftretende oder anhaltende tägliche Belastungen, insbesondere lang anhaltender Stress und/oder Ermüdungszustände sein. Der Prozess sei schleichend und wird von der betroffenen Personen meist nicht oder nur unzureichend registriert oder verharmlost, obwohl mit der Diagnose Burnout die Grenze zur gesundheitlichen Schädigung bereits überschritten ist. Nach Maslach & Jackson (1984) kann das Burnout-Syndrom bei allen Erwerbstätigen, die in irgendeiner Weise mit Menschen arbeiten, auftreten. Burnout-gefährdet sollen vor allem Menschen in sog. „helfenden Berufen“ sein, d. h. alle beratenden, versorgenden, unterrichtenden, begleitenden oder therapeutisch tätigen Menschen in sozialen Berufen. Dazu gehört auch der Erzieherinnen- und Erzieherberuf.

Das *Burnout-Risiko* der Kita-Mitarbeiterinnen wurde unter Verwendung des *Maslach Burnout Inventory – General Survey* (Schaufeli et al., 1996) geprüft. Man spricht von *Burnout*, wenn eine Person sich durch ihre Arbeit erschöpft und ausgebrannt fühlt, ihr die Arbeit keine Freude mehr bereitet und sie nicht mehr in der Lage ist, so gut zu arbeiten wie vorher. Der MBI-GS (Schaufeli et al., 1996) weist *Burnout* bei hohen Ausprägungen der Subskalen *emotionale Erschöpfung* und *Zynismus* bei gleichzeitig geringer Ausprägung der Subskala *professionelle Effizienz* aus. *Erschöpfung* wird dabei vor allem auf den emotionalen Bereich bezogen; das Gefühl, durch die Arbeit mit Menschen überbeansprucht, ausgelaugt und verbraucht zu sein. *Zynismus* ist gekennzeichnet durch das Gefühl der Abstumpfung und Gleichgültigkeit und einer zunehmenden Entwicklung negativer Einstellungen gegenüber der Arbeit. *Professionelle Effizienz* beschreibt das Gefühl, andere positiv zu beeinflussen, sich in die Kinder hineinversetzen zu können und nach der Arbeit den Eindruck zu haben, etwas Wertvolles erreicht zu haben.

Es kann festgestellt werden, dass sich sowohl die durchschnittliche Ausprägung der Burnout-Subskalen (Maslach & Jackson, 1984) als auch das mittlere *Burnout-Risiko* (Kalimo et al., 2003) für alle drei Stichproben im unauffälligen Bereich befinden (Tab. 6.15).

Tab. 6.15 Subskalen und Risiko (Kalimo et al., 2003) des Burnout-Syndroms für die Stichproben
(Mittelwerte und Standardabweichungen, Häufigkeiten [%])

Subskalen des Burnout-Syndroms	TO 05	TO 07	Z 07	Unterschied p
emotionale Erschöpfung [Punkte]	1,2 ± 1,0	1,3 ± 1,0	1,2 ± 1,1	.227
Zynismus [Punkte]	0,5 ± 0,7	0,5 ± 0,7	0,5 ± 0,7	.317
professionelle Effizienz [Punkte]	5,3 ± 0,8	5,3 ± 0,8	5,4 ± 0,6	.371
Burnout-Risiko	0,83 ± 0,7	0,87 ± 0,7	0,82 ± 0,7	.395
- kein Burnout [%]	86,5	84,1	87,1	
- einige Burnout-Symptome [%]	12,5	15,4	12,4	.637
- Burnout-Syndrom [%]	1,0	0,5	0,5	

Nur bei 1 % in TO 05 und 0,5 % in TO 07 bzw. Z 07 zeigen die Testwerte ein bereits vollständiges Burnout-Syndrom an. Etwa jede achte Kollegin in jeder Stichprobe weist einzelne Burnout-Symptome auf, die in allen drei Subskalen zu finden sind. Würden diese Symptome weiter anhalten oder sich sogar verschlechtern, wären langfristig für diese Personen gesundheitsschädigende Auswirkungen zu erwarten.

Die Kovariablenbetrachtung ergab keine signifikanten Gruppenunterschiede.

Selbstwirksamkeit

Doch warum leiden manche Erzieherinnen oder Erzieher unter Erholungsunfähigkeit oder Burnout, während andere ihre berufliche Situation bewältigen ohne Schaden zu nehmen? Der Grund dafür liegt in „nicht-effizienten, fehlgeschlagenen Bewältigungsversuchen einer lang andauernden sozialen Stresssituation“ (Cherniss, 1982). So genannte individuellen Copingstrategien bestimmen das Erleben und die Verarbeitung von Belastungen. Zu den personalen Ressourcen in der Stressbewältigung zählen Kontrollüberzeugungen und ein positives Selbstwertgefühl (Lazarus & Folkman, 1987). Positive Erwartungshaltungen erleichtern die Stressverarbeitung, denn sie wirken einer pessimistischen und resignativen Bewertung anforderungsreicher Situationen entgegen, puffern die damit verbundenen negativen Gefühle ab und reduzieren die physiologische Erregung, die die physischen und psychischen Widerstandskräfte langfristig beeinträchtigen würde (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 29).

Dabei hat sich die Selbstwirksamkeitserwartung als eine wichtige Ressource in der Stressbewältigung und auch im Gesundheitsverhalten von Personen bewährt (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 36). *Selbstwirksamkeitserwartung* wird dabei definiert als „die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen auf Grund eigener Kompetenzen bewältigen zu können“ (Schwarzer & Jerusalem, 2002, S. 35). Dabei stehen keine durch einfache Routinen zu lösende Aufgaben im Mittelpunkt, sondern Aufgaben, die aufgrund ihres Schwierigkeitsgrades Anstrengung und Ausdauer für die Bewältigung erfordern.

Die mit Hilfe der modifizierten Skala Lehrer-Selbstwirksamkeit (WirkLehr: Schwarzer & Schmitz, 1999) gemessenen Werte für die Selbstwirksamkeit (Wertebereich: 10 - 40 Punkte) betragen für TO 05 33,4 ± 3,8 Punkte; für To 07 32,1 ± 4,0 Punkte und für Z 07 33,4 ± 3,7 Punkte und liegen damit deutlich über den Vergleichswerten, die die

Autoren bei Lehrern erhoben haben. Dennoch liegt die durchschnittliche Selbstwirksamkeit der Torgau-Oschatz Stichprobe von 2007 höchstsignifikant ($p = .000$) unter denen der anderen beiden Stichproben.

Die Befragungsteilnehmerinnen schätzen ihre allgemeine berufliche Leistungsfähigkeit, zukünftige berufsbezogene soziale Interaktionen mit den zu betreuenden Jungen und Mädchen, deren Müttern und Vätern sowie Kollegen, den Umgang mit beruflichem Stress und Emotionen sowie ihre eigene Fähigkeit zu innovativem Handeln als hoch ein. Diese wichtige personale Ressource ist damit in allen drei Stichproben sehr hoch ausgeprägt. Gruppenunterschiede zeigen sich in TO 05 hinsichtlich der Funktion; hier weisen die Leiterinnen mit $34,6 \pm 3,3$ Punkten einen signifikant höheren Punktschwerenwert für Selbstwirksamkeit auf als die Erzieherinnen mit $33,2 \pm 3,8$ Punkten ($p = .042$). In der Stichprobe TO 07 geben die älteren Kolleginnen (AG 3) mit $33,0 \pm 5,0$ Punkten eine signifikant höhere Selbstwirksamkeit an als die Kolleginnen der beiden jüngeren Altersgruppen (AG 1: $31,7 \pm 3,3$ Punkte; AG 2: $33,4 \pm 3,3$ Punkte; $p = .006$).

Hinsichtlich der Selbstwirksamkeitserwartung bei den zu betreuenden Mädchen und Jungen konnten keine Gruppenunterschiede festgestellt werden.

6.3 Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellungen

Nach der umfangreichen Darstellung der Ergebnisse unter dem Fokus des regionalen (Torgau-Oschatz vs. Zwickau 2007) bzw. zeitlichen Vergleichs (Torgau-Oschatz 2005 vs. 2007) sollen nun die Ergebnisse zur Beantwortung der in Kap. 3 aufgestellten Fragen eins bis drei bzw. fünf systematisiert werden. Dazu werden sie tabellarisch zusammengefasst, Referenzwerten gegenübergestellt (z. B. sächsischen Vergleichswerten, Normwerte standardisierter Verfahren) und bewertet. Die Interpretation der Ergebnisse wird durch eine farbige Unterlegung der jeweiligen Tabellenfelder in Bezug auf eine berufliche Belastung bzw. gesundheitlicher Auswirkung folgendermaßen verdeutlicht:

- Hellgrau: günstige Ausprägung (Ressource),
- Dunkelgrau: ungünstige Ausprägung (Risiko),
- Weiß: nicht bewertbare bzw. als neutral einzuschätzende Ausprägung.

6.3.1 Rahmenbedingungen in den beiden Vergleichsregionen

Auf Grundlage der Ergebnisdarstellungen in Kap. 5 können die Rahmenbedingungen, unter denen die Kita-Mitarbeiterinnen in Torgau-Oschatz sowie Zwickau ihre Arbeit ausüben, folgendermaßen charakterisiert werden (Tab. 6.16).

Hinsichtlich ihrer *geografischen Merkmale* unterscheiden sich die beiden Regionen grundsätzlich voneinander, Zwickau bietet in Bezug auf Infrastruktur und Versorgung die Vorteile eines urbanen Ballungszentrums (Tab. 6.16). Die *demografische Situation* und Entwicklung seit der Wende ist in beiden Regionen sehr ähnlich und geprägt von Bevölkerungsrückgang und Überalterung. Hinsichtlich der *wirtschaftlichen Voraussetzungen* weist Zwickau als Wachstumszentrum deutliche Vorteile gegenüber dem Landkreis Torgau-Oschatz auf. Dennoch ist die Arbeitslosenquote in beiden Regionen

vergleichbar und das monatliche Haushaltsnettoeinkommen der Torgau-Oschatzer Bevölkerung liegt deutlich über dem der Zwickauer. Hier ist der hohe Anteil an Berufspendlern in Torgau-Oschatz zu berücksichtigen.

Tab. 6.16 Vergleich der allgemeinen Rahmenbedingungen zwischen Torgau-Oschatz und Zwickau

	Landkreis Torgau-Oschatz	Stadt Zwickau
<i>Geografische Situation</i>		
Fläche	Flächenlandkreis (1.168 qkm)	kreisfreie Stadt (102,5 qkm)
Einwohnerdichte	sehr dünn besiedelt (81 Einwohner/qkm)	sehr dicht besiedelt (944 Einwohner/qkm)
administrative Struktur	5 Städte, 14 Gemeinden	1 Stadt
Infrastruktur	schlechte Anbindung und Versorgung	gute Anbindung und Versorgung
<i>Demografische Situation</i>		
Einwohnerzahl	ca. 95.000 Einwohner	ca. 97.000 Einwohner
Bevölkerungsdynamik	anhaltender Bevölkerungs-rückgang seit der Wende (- 13,5 %)	anhaltender Bevölkerungs-rückgang seit der Wende (- 22,4 %)
Altersstruktur i.s.V. (2006) - < 15 Jahre (10,2 %) - ≥ 65 Jahre (23,1 %)	Überalterung der Bevölkerung: 10,5 % 21,8 %	Überalterung der Bevölkerung: 9,5 % 24,5 %
Ausländeranteil i. s. V. (31.12.2006: 2,5 %)	unterdurchschnittlich (1,1 %)	durchschnittlich (2,2 %)
<i>Wirtschaftliche Rahmenbedingungen, Einkommen</i>		
Wirtschaftskraft	strukturschwaches Gebiet , wenig Industrie, mittelständige Betriebsstruktur (v. a. Handel, Handwerk, Dienstleistungen)	Wirtschaftszentrum , Industrie- (Fahrzeugbau und -zulieferer, Arzneimittel, Chemie, Elektro) und Hochschulstandort, Mittelstand
Monatliches Haushaltsnettoeinkommen i.s.V. (1.466 EUR)	überdurchschnittlich (1.569 EUR)	leicht unterdurchschnittlich (1.454 EUR)
Arbeitslosenquote i.s.V. (Apr. 2007: 15,7 %)	überdurchschnittlich (17,4 %)	überdurchschnittlich (17,4 %)

Anmerkung: i.s.V. ... im sächsischen Vergleich

Der Landkreis Torgau-Oschatz weist etwa ein Viertel mehr *Kinderbetreuungsplätze* und ebenso höhere Versorgungsquoten im Krippen- und Hortbereich auf als die Stadt Zwickau und Sachsen insgesamt (Tab. 6.17). Die Elternbeiträge liegen im Durchschnitt in Torgau-Oschatz leicht unter den sächsischen Zahlen, in Zwickau müssen Eltern jedoch deutlich mehr zahlen als der sächsische Durchschnitt.

Die *Kita-Landschaft* der beiden Regionen unterscheidet sich grundsätzlich voneinander: während die typische Kita in Torgau-Oschatz in kommunaler Trägerschaft ist und durchschnittlich sechs pädagogische MitarbeiterInnen hat, ist die typische Kita in Zwickau in freier Trägerschaft und hat elf pädagogische MitarbeiterInnen.

Tab. 6.17 Vergleich der speziellen Rahmenbedingungen in den Kita vor Ort zwischen Torgau-Oschatz und Zwickau

	Landkreis Torgau-Oschatz	Stadt Zwickau
<i>Charakteristik der Kita-Landschaft</i>		
Kapazitäten 2006/2007 - davon Krippe - davon Kindergarten - davon Hort	6.125 Plätze 1.047 Plätze 2.781 Plätze 2.297 Plätze	4.533 Plätze 770 Plätze 2.241 Plätze 1.522 Plätze
Betreuungsquoten i.s.V. - Krippe (31 %) - Kindergarten (93 %) - Hort (67 %)	überdurchschnittlich (42 %) durchschnittlich (93 %) überdurchschnittlich (71 %)	überdurchschnittlich (36 %) durchschnittlich (93 %) unterdurchschnittlich (61 %)
Integrationsplätze	bedarfsgerecht (3,8 %)	bedarfsgerecht (3,8 %)
Elternbeiträge i.s.V. (2006) - Krippe (155,67 EUR) - Kindergarten (88,74 EUR) - Hort (6 Stunden: 51,92 EUR)	unterdurchschnittlich (93 %) durchschnittlich (98 %) unterdurchschnittlich (95 %)	überdurchschnittlich (115 %) überdurchschnittlich (114 %) überdurchschnittlich (114 %)
Trägerstruktur - öffentliche Trägerschaft - freie Trägerschaft	überwiegend öffentlich 79 % 21 %	überwiegend frei 38 % 62 %
Einrichtungsgröße - unter 5 Mitarbeiter - mehr als 10 Mitarbeiter	eher kleine bis mittelgroße Kita 44 % 13 %	mittelgroße bis große Kita 2 % 51 %
<i>Altersstruktur</i>		
Durchschnittsalter	45 Jahre	44 Jahre
- Personen > 50 Jahre	36 % → Überalterung Berufsgruppe	32 % → Überalterung Berufsgruppe
<i>Qualifikationsniveau</i>		
Erzieher/Heilpädagogen i.s.V. (82 %)	überdurchschnittlich (95 %)	überdurchschnittlich (88 %)
FHS- und HS-Absolventen i.s.V. (0,6 %)	durchschnittlich (0,6 %)	leicht überdurchschnittlich (2,9 %)
Heilpädagogische Qualifikation	30 %	10 %
<i>Arbeitsverhältnis</i>		
unbefristete Festanstellung	87 %	95 %
Vollbeschäftigungsquote	gering (19 %)	gering (16 %)
durchschnittliche Arbeitszeit	33,5 Stunden	29,5 Stunden

Anmerkung: i.s.V. ... im sächsischen Vergleich

Das Durchschnittsalter der Beschäftigten in beiden Regionen ist recht hoch und der Anteil an Personen über 50 Jahren beträgt etwa ein Drittel. Hinsichtlich des *Qualifikationsniveaus* weisen beide Stichproben mit dem hohen Anteil an staatlich anerkannten Erzieherinnen einen hohen Ausbildungsstandard auf. Die Art der Zusatzqualifizierungen unterscheidet sich jedoch dahingehend, dass ein großer Anteil der Torgau-Oschatzer Kolleginnen eine heilpädagogische Zusatzausbildung hat, in Zwickau hingegen der Anteil an Fachhoch- bzw. Hochschulabsolventen über dem sächsischen Durchschnitt liegt.

Die Gestaltung der *Arbeitsverhältnisse* unterscheidet sich nicht in den Regionen bis auf die Arbeitszeit, die in Torgau-Oschatz im Durchschnitt vier Stunden höher ausfällt als in Zwickau.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die Rahmenbedingungen für die Kita-Beschäftigten in Torgau-Oschatz und Zwickau in vielen Bereichen zwar ähneln, es teilweise jedoch regionale Unterschiede zu verzeichnen gibt. Hinsichtlich der wirtschaftlichen Voraussetzungen weist Zwickau etwas günstigere Gegebenheiten auf (Wachstumszentrum, Infrastruktur). In Bezug auf die Kinderbetreuung sind in beiden Regionen grundsätzlich verschiedene regionale Kita-Landschaften (Kita-Träger und -Größe) vorhanden, bei den allgemeinen Betreuungsquoten und -kosten sind im Landkreis Torgau-Oschatz jedoch günstigere Bedingungen gegeben.

6.3.2 Spektrum beruflicher Belastungen in den Vergleichsregionen

Als Basis für die Beantwortung der zweiten Fragestellung dienen die Ergebnisse in Kap. 6.1, die Aussagen zur aktuellen beruflichen Situation in den Einrichtungen in Torgau-Oschatz sowie Zwickau geben (Tab. 6.18). Bei der Interpretation der Ergebnisse muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Aussagen nur auf etwa einem Drittel aller Zwickauer Beschäftigten beruhen und so kein repräsentatives Bild über die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen in Zwickauer Kita gegeben werden kann. Die Ergebnisse können also nur als Hinweise dienen.

Beginnend mit der Gestaltung der *Gruppenarbeit* fällt in beiden Regionen auf (Tab. 3), dass die durchschnittlichen Gruppengrößen recht hoch sind, was auf einen gruppenübergreifenden (offenen) Ansatz hinweist. Im Einzelnen kann jedoch diese hohe Anzahl von Kindern, die in einer Gruppe (zwar von mehreren Mitarbeiterinnen) betreut werden, dennoch eine Belastungsquelle darstellen (z. B. Lärmentwicklung, Einstellen auf das einzelne Kind, Kontakte zu den Eltern). In Zwickau fällt der wesentlich höhere Anteil an altersgemischten Gruppen auf, während in Torgau-Oschatz eher das traditionelle Bild altershomogener Gruppen verfolgt wird. Des Weiteren werden in Zwickau mehr Kinder mit Migrationshintergrund in den Einrichtungen betreut, was die Erzieherinnen teilweise vor große sprachliche und kulturelle Herausforderungen, aber auch Probleme stellen kann.

Das *Fort- und Weiterbildungsaufkommen* der Kita-Beschäftigten in Torgau-Oschatz ist generell höher einzuschätzen als in Zwickau.

Die *Tätigkeitsbewertung* erfolgt in beiden Regionen übereinstimmend positiv. Im Bereich der Rückmeldungen durch andere Personen (z. B. Leitung, Eltern, Träger) geben die Teilnehmerinnen die größten Defizite an. Ebenfalls regionale Übereinstimmungen sind in der Einschätzung der im Beruf aufgewendeten Anstrengungen zu finden, die für ältere Kolleginnen, Leitungspersonal sowie Kolleginnen in kleinen Einrichtungen ungünstiger ausfallen. Insgesamt wird das Aufwand-Nutzen-Verhältnis der Tätigkeit jedoch sehr positiv bewertet.

Tab. 6.18 Belastungsspektrum der Kita-Beschäftigten in Torgau-Oschatz und in Zwickau

	Landkreis Torgau-Oschatz	Stadt Zwickau
<i>Gestaltung der Gruppenarbeit</i>		
Gruppenstruktur	eher altershomogene Gruppen (83 %)	hoher Anteil altersgemischter Gruppen (43 %)
durchschnittliche Gruppen- größen		
- Krippe	11 Kinder	16 Kinder
- Kindergarten	17 Kinder	18 Kinder
- Hort	26 Kinder	25 Kinder
- altersgemischt	33 Kinder	31 Kinder
Migrationshintergrund	83 Kinder	155 Kinder
Teamarbeit	56 %	70 %
<i>Fort- und Weiterbildung (FuW)</i>		
aktuell in FuW	69 %	53 %
FuW in den letzten 12 Monaten	5 FuW	3 FuW
<i>Tätigkeitsmerkmale (JDS)</i>		
Motivationspotenzial ¹ der Tätigkeit [7; 343 Punkte]	durchschnittlich gute Bewertung der Tätigkeit (145 Punkte)	durchschnittlich gute Bewertung der Tätigkeit (158 Punkte)
- Defizite in der Rückmeldung durch andere Personen	niedrige Ausprägung bei 54 %	niedrige Ausprägung bei 50 %
<i>Verhältnis zwischen empfundenen Aufwand und Nutzen in der Tätigkeit (ERI)</i>		
Aufwand [6; 30 Punkte]	durchschnittlich (15 Punkte)	durchschnittlich (16 Punkte)
- Einfluss Alter	→ Aufwand steigt mit dem Alter	→ Aufwand steigt mit dem Alter
- Einfluss Leitungsfunktion	→ Leiterinnen geben höheren Aufwand (durch höheren Zeitdruck, Störungen, Über- stunden)	→ Leiterinnen geben höheren Aufwand (durch höheren Zeitdruck, Störungen, Über- stunden)
- Einfluss Kita-Größe	→ Aufwand sinkt mit der Größe	→ Aufwand sinkt mit der Größe
Nutzen [11; 55 Punkte]	sehr hoch (50 Punkte)	sehr hoch (50 Punkte)
Aufwand-Nutzen-Verhältnis	gut	gut
- Risiko [Verhältnis < 1]	2 %	5 %
<i>Arbeitszufriedenheit</i>		
Arbeitszufriedenheit	generell hoch	generell hoch
Was gefällt an Arbeit ¹ :		
1. Rang	Arbeit mit den Kindern (20 %)	Arbeit mit den Kindern (20 %)
2. Rang	Tätigkeit vielseitig (15 %)	Tätigkeit vielseitig (16 %)
3. Rang	Kollegenkreis (9 %)	Handlungsspielräume (11 %)
4. Rang	Handlungsspielräume (9 %)	Kollegenkreis (9 %)
5. Rang	Entwicklung der Kinder miteinander (8 %)	gute Elternarbeit (8 %)
Was gefällt an Arbeit <u>nicht</u> ¹ :		
1. Rang	Zeitdruck (10 %)	Zeitdruck (10 %)
2. Rang	Konflikte mit Eltern (8 %)	zu viel Bürokratie (9 %)
3. Rang	hohe Gruppenstärken (8 %)	geringe Arbeitszeit (8 %)
4. Rang	Lärm (7 %)	psychische Belastung (7 %)
5. Rang	keine Vor-/Nachbereitungszeit (7 %)	Konflikte mit Eltern (7 %)
Veränderungswünsche ¹ :		
1. Rang	Relation Kind-Mitarbeiter (21 %)	Erhöhung der Arbeitszeit (30 %)
2. Rang	Erhöhung der Arbeitszeit (17 %)	Relation Kind-Mitarbeiter (20 %)
3. Rang	bessere Ausstattung (10 %)	bessere Ausstattung (15 %)
4. Rang	räumliche Veränderung (10 %)	räumliche Veränderung (12 %)
5. Rang	besseres Arbeitsklima (8 %)	altershomogene Gruppen (4 %)

... Fortsetzung Tab. 6.18

	Landkreis Torgau-Oschatz	Stadt Zwickau
<i>Störfaktoren</i>		
häufige Störfaktoren:		
1. Rang	wenig Vor-/Nachbereitungszeit (76 %)	wenig Vor-/Nachbereitungszeit (78 %)
2. Rang	Lärm (64 %)	Lärm (58 %)
3. Rang	fehlende Pausen (37 %)	nicht-erwachsenengerechte Möbel (46 %)
4. Rang	hohe Gruppenstärken (36 %)	Personalmangel (39 %)
5. Rang	Personalmangel (32 %)	hohe Gruppenstärken (34 %)

Anmerkung: ¹ ... Erhebung 2005

Die *Arbeitszufriedenheit* gestaltet sich in beiden Regionen einheitlich hoch – hinsichtlich der verschiedenen betrachteten Aspekte sind keinerlei Gruppenunterschiede zu verzeichnen. Auf die Frage, was in der Arbeit gefällt, ähneln sich die Antworten der Stichproben sehr – ein Unterschied ist in der fünfhäufigsten Nennung festzustellen, die eine gute Zusammenarbeit mit den Eltern durch die Zwickauer Beschäftigten hervorhebt, während die Kolleginnen in Torgau-Oschatz das Miterleben der kindlichen Entwicklung thematisieren. Doch bereits bei der Benennung, was nicht an der Arbeit gefällt, fallen Unterschiede zwischen den Regionen auf. Während die Torgau-Oschatzer Beschäftigten insbesondere Faktoren nennen, die in der direkten Arbeit mit den Kindern auftreten können, thematisieren die Zwickauer Kolleginnen besonders Rahmenbedingungen (Bürokratie, Arbeitszeit) und deren Auswirkungen (Zeitdruck, psychische Belastung). Das erstaunt angesichts der geringeren Arbeitszeit des Zwickauer Kita-Personals nicht und bestätigt den am häufigsten genannten Veränderungswunsch nach Erhöhung der Arbeitszeit. Die anderen Veränderungswünsche gestalten sich ziemlich ähnlich zwischen den Beschäftigten beider Regionen und beziehen sich hauptsächlich auf Rahmenbedingungen der Tätigkeit. Bei den Zwickauer Befragten fällt der Wunsch nach altershomogenen Gruppen als fünfhäufigste Nennung auf, was den hohen Anteil an altersgemischten Gruppen in den Zwickauer Kita und die Frage, wie sich das auf das Belastungserleben der Erzieherinnen auswirkt, kritischer hinterfragen lässt.

Bei der Benennung branchenspezifischer *Störfaktoren* werden erwartungsgemäß von beiden Stichproben die fehlenden Vor- und Nachbereitungszeiten, die Lärmbelastung, zu große Gruppen und Personalmangel mit ähnlichen Häufigkeiten angegeben. Während das Torgau-Oschatzer Personal jedoch fehlende Pausen benennt, kritisiert fast jede zweite Zwickauer Mitarbeiterin das Fehlen nicht-erwachsenengerechter Möbel. Diese Aussage verwundert, da laut Leiterinneninterview in fast jeder der befragten Kita solches Mobiliar vorhanden sei.

Bei der Umsetzung von *arbeitsschutz- und arbeitssicherheitstechnischen* Bestimmungen sind für die Kita beider Regionen teilweise große Defizite festzustellen, insbesondere beim Vorhandensein von Gefährdungsbeurteilungen und der arbeitsmedizinischen Betreuung mit dem Schwerpunkt Impfen (Tab. 6.19).

Tab. 6.19 Umsetzung Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit in Torgau-Oschatz und in Zwickau

	Landkreis Torgau-Oschatz	Stadt Zwickau
erwachsenengerechte Möbel	43 %	90 %
lärmreduzierende Ausstattung in der Kita	20 %	15 %
Gefährdungsbeurteilungen	40 %	25 %
Sicherheitsbeauftragter	70 %	86 %
regelmäßige arbeitsmedizinische Betreuung (alle 2 Jahre)	33 %	33 %
Infektionsschutzverhalten	generell gut ausgeprägt, aber Impfraten bei allen Infektionskrankheiten zu gering	generell gut ausgeprägt, aber Impfraten bei allen Infektionskrankheiten zu gering
Teilnahme an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung	21 % → v.a. Rückenschulen, Stressbewältigung, Entspannung	20 % → v.a. Rückenschulen, Stressbewältigung, Entspannung

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich das Belastungsspektrum in den beiden Regionen sehr ähnlich gestaltet. In der Literatur berichtete Stör- und Belastungsfaktoren sind übereinstimmend auch in den beiden Regionen zu finden. Ein wesentlicher Unterschied ist jedoch in der deutlich geringeren Arbeitszeit des Kita-Personals in Zwickau zu finden, was negativ von einem großen Teil der Erzieherinnen bewertet wird. Weiterhin scheint der große Anteil an altersgemischten Gruppen nicht von allen Kita-Beschäftigten als günstig für die eigenen beruflichen Anforderungen erachtet zu werden. Der Umsetzungsstand Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit ist in beiden Regionen unzureichend.

6.3.3 Gesundheitliche Situation in den Vergleichsregionen

Abschließend sollen die Angaben der Beschäftigten zu Gesundheit und Wohlbefinden, die unter Kap. 6.3 beschrieben wurden, systematisiert werden (Tab. 6.20).

Hinsichtlich des *Arbeitsunfähigkeitsgeschehens* weisen die Zwickauer Mitarbeiterinnen aufgrund einer etwas geringeren AU-Quote und kürzerer durchschnittlicher krankheitsbedingter Ausfallzeiten günstigere Werte auf als die Kolleginnen in Torgau-Oschatz. Die häufigste AU-Diagnose der Erkrankungen des Atmungssystems überrascht aufgrund des häufigen Auftretens von Erkältungskrankheiten im Kita-Bereich nicht. Auch im *Arbeitsunfallgeschehen* liegen für die Zwickauer Kolleginnen - sowohl für kommunale wie auch für freie Kita – günstigere Ergebnisse im Sinne niedrigerer Unfallquoten vor. Positiv für beide Regionen sind in Bezug auf gemeldete Verdachtsfälle für eine Berufskrankheit festzustellen; es liegen keine Meldungen vor.

Tab. 6.20 Arbeitsunfähigkeits-, Arbeitsunfall- und Berufskrankheitengeschehen des Kita-Personals in Torgau-Oschatz und in Zwickau

	Landkreis Torgau-Oschatz	Stadt Zwickau
AU-Quoten Kita i.s.V. (2006) - AOK (66,1 %) - IKK (61,3 %)	unterdurchschnittlich (62,6 %) unterdurchschnittlich (58,7 %)	unterdurchschnittlich (56,5 %) k. A.
Krankenstand Kita i.s.V. (2006) - AOK (4,2 %)	unterdurchschnittlich (3,8 %)	unterdurchschnittlich (3,5 %)
AU-Dauer	9 Tage/Jahr	6 Tage/Jahr
häufigste AU-Diagnose	Erkrankungen des Atmungssystems	Erkrankungen des Atmungssystems
Arbeitsunfall-Quote i.s.V. - UKS (5,0 %) - BGW (5,2 %)	überdurchschnittlich (8,2 %) überdurchschnittlich (7,2 %)	unterdurchschnittlich (3,1 %) unterdurchschnittlich (2,5 %)
gemeldete Berufskrankheiten	keine	keine

Anmerkung: i.s.V. ... im sächsischen Vergleich

Die subjektive Bewertung des gesundheitlichen Zustands und des eigenen Wohlbefindens gestaltet sich in beiden Vergleichsregionen ähnlich (Tab. 6.21). Das Vorliegen von akuten und chronischen *Erkrankungen* bei ca. zwei Dritteln in beiden Stichproben und die Tatsache, dass diese in der Altersgruppe ab 50 Jahren sprunghaft ansteigen, macht die Auswirkungen des hohen Altersdurchschnittes in dieser Berufsgruppe deutlich. Es muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass sich häufig gerade die Kolleginnen mit vielen und langwierigen Erkrankungen nicht an Mitarbeiterbefragungen beteiligen, denn meist handelt es sich bei den Teilnehmern um eine „Positiv-Auslese“ gesundheitsbewusster Kolleginnen. Erfahrungsgemäß nehmen vor allem solche Personen Maßnahmen zum Erhalt und der Förderung der Gesundheit in Anspruch, die Interesse an dieser Thematik haben. So muss vermutet werden, dass die Erkrankungsraten in beiden Stichproben weit höher liegen.

In beiden Stichproben dominieren die gleichen Erkrankungsgruppen das Geschehen: Erkrankungen des Bewegungsapparates, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hormon- und Stoffwechselerkrankungen (v. a. Schilddrüsenerkrankungen) sowie Unfälle (insbesondere im privaten Bereich). Diese Erkrankungen sind allgemein nicht als Besonderheit der Berufsgruppe zu interpretieren, sondern spiegeln aufgrund des hohen Altersdurchschnitts der Stichprobe ein erwartbares Ergebnis wider. Eine Ausnahme bildet der hohe Anteil an Mitarbeiterinnen mit chronischen Rückenbeschwerden, der über dem Durchschnitt für Deutschland liegt.

Das *Beschwerdegeschehen* weist große Ähnlichkeiten zwischen den beiden Stichproben in Bezug auf die Dominanz körperlicher und psychischer Erschöpfungssymptome auf. Hinzu kommen leicht depressive Symptome sowie Beschwerden der Menopause.

Hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensweisen, der subjektiven Arbeitsfähigkeit und den aufgeführten Beanspruchungsfolgen gibt es keine regionalen Unterschiede.

Tab. 6.21 Subjektiver Zustand von Gesundheit und Wohlbefinden des Kita-Personals in Torgau-Oschatz und in Zwickau

	Landkreis Torgau-Oschatz	Stadt Zwickau
<i>Erkrankungen (WAI 3)</i>		
durchschnittliche Anzahl akuter und chronischer Erkrankungen ¹	2 → Zunahme bei Beschäftigten ab 50 Jahre	2 → Zunahme bei Beschäftigten ab 50 Jahre
- keine Erkrankungen ¹	33 %	36 %
- 5 und mehr Erkrankungen ¹	15 %	13 %
Art der Diagnosen ¹		
1. Rang	Bewegungsapparat (42 %)	Bewegungsapparat (37 %)
2. Rang	Herz-Kreislauf-System (24 %) - davon Bluthochdruck (20 %)	Herz-Kreislauf-System (17 %) - davon Bluthochdruck (14 %)
3. Rang	Unfälle (19 %)	Hormon-/Stoffwechsel (15 %)
4. Rang	Hormon-/Stoffwechsel (16 %)	Unfälle (12 %)
<i>aktuelle Beschwerden (BFB)</i>		
Gesamtbeschwerden	11 → Zunahme bei Beschäftigten ab 50 Jahre	9
Art der Diagnosen		
1. Rang	Nacken-/Rücken-/ Kreuzschmerzen (68 %)	Nacken-/Rücken-/ Kreuzschmerzen (75 %)
2. Rang	Erschöpfung/Müdigkeit (44 %)	Kopfschmerzen (44 %)
3. Rang	Kopfschmerzen (40 %)	Erschöpfung, Müdigkeit (38 %)
4. Rang	Angst vor Tod/Krankheit (38 %)	Hitzewallungen (28 %)
5. Rang	Gliederschmerzen (32 %)	Schlafstörungen (26 %)
<i>gesundheitsbezogene Lebensgewohnheiten</i>		
Raucher ¹ i.d.V. Frauen (28 %)	unterdurchschnittlich (12 %)	unterdurchschnittlich (15 %)
regelmäßiger Alkoholkonsum ¹ (mind. 1x/Woche)	19 %	24 %
sportliche Aktivitäten ¹	51 %	49 %
- Häufigkeit i.d.V. (mind. 3 Tag/Woche á 30 min)	unterdurchschnittlich (nur an 2 Tagen/Woche)	unterdurchschnittlich (nur an 2 Tagen/Woche)
<i>subjektive Arbeitsfähigkeit (WAI)</i>		
Arbeitsfähigkeit [7; 49 Punkte]	gut (40 Punkte)	gut (41 Punkte)
- verminderte Arbeitsfähigkeit [7-28 Punkte]	19 %	19 %
<i>Beanspruchungsfolgen – Erholungsunfähigkeit (FABA)</i>		
Erholungsunfähigkeit [6; 24 Punkte]	normal (15 Punkte)	normal (14 Punkte)
- Risiko [ab 20 Punkte]	14 % → Leiterinnen haben höheres Risiko	13 % → Leiterinnen haben höheres Risiko
<i>Beanspruchungsfolgen – Burnout (MBI-GS)</i>		
Burnout-Syndrom [0; 6 Punkte]	unauffällig (0,9 Punkte)	unauffällig (0,9 Punkte)
- Symptome [1,5; 3,49 Punkte]	15 %	12 %
- Burnout-Risiko [3,5; 6 Punkte]	0,5 %	0,5 %
<i>Selbstwirksamkeitserwartung (SES)</i>		
Selbstwirksamkeit [10; 40 Punkte]	sehr hoch (32 Punkte)	sehr hoch (33 Punkte)

Anmerkung: ¹ ... Erhebung 2005
i.d.V. ... im gesamtdeutschen Vergleich

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es in den objektiven Daten Unterschiede in der gesundheitlichen Situation der Kita-Beschäftigten beider Regionen im Sinne günstigerer Arbeitsunfähigkeits- und -unfalldaten für die Region Zwickau gibt. Die subjektiven Daten zeigen diese Unterschiede jedoch nicht, die Aussagen zu Erkrankungen, Beschwerden sowie zu Beanspruchungsfolgen gestalten sich in beiden Regionen sehr ähnlich.

6.3.4 Veränderungen der beruflichen und gesundheitlichen Situation des Kita-Personals in Torgau-Oschatz zwischen 2005 und 2007

Mögliche Veränderungen der beruflichen und gesundheitlichen Situation des Kita-Personals zwischen 2005 zu 2007 werden in Frage fünf thematisiert. Hinsichtlich der Stichprobencharakteristik ist festzustellen, dass sich die Stichproben in Altersstruktur sowie Funktionen in der Kita nicht unterscheiden. In Bezug auf die Trägerstruktur sind zwei Kita von der freien in die kommunale Trägerschaft gewechselt. Der Anteil an Kolleginnen aus großen und sehr großen Einrichtungen erhöht sich signifikant von einem Viertel 2005 auf ein Drittel 2007. Die *berufliche Situation* 2005 und 2007 ist in den Torgau-Oschatzer Kita in Tab. 6.22 beschrieben.

In Bezug auf die *Rahmenbedingungen der Tätigkeit* (Qualifikation, Arbeitsverhältnis, Gruppenarbeit, Fort- und Weiterbildungen) sind Veränderungen im Sinne einer Anhebung des Niveaus im zeitlichen Vergleich festzustellen. Der Anteil an Kita-Mitarbeiterinnen mit *Zusatzqualifikationen* im Bereich Heilpädagogik und Leitungstätigkeit, aber auch der *Fort- und Weiterbildungsumfang* hat sich erhöht, was für eine Anhebung der Qualität der Betreuung spricht. Die Anzahl der betreuten Kinder pro Gruppe hat zugenommen, bis auf die Krippenkinder, besonders im altersgemischten Bereich, der 2007 stärker vertreten ist als 2005.

Das erlebte *Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen* in der Tätigkeit hat sich geringfügig verbessert, was insbesondere durch die Steigerung der empfundenen beruflichen Anerkennung hervorgerufen wird.

Die *Arbeitszufriedenheit* wurde 2005 und 2007 erfragt und dabei nach verschiedenen Bereichen unterschieden, wobei der Schwerpunkt auf der Erfassung der Zufriedenheit mit dem Entwicklungsstand der betreuten Jungen und Mädchen liegt. Durch die verbindliche Einführung des Sächsischen Bildungsplans haben die Mitarbeiterinnen viele Anhaltspunkte dazu erhalten, die kognitive, sprachliche, motorische, soziale und Verhaltensentwicklung der Kinder differenzierter einzuschätzen. Damit ist eine weitere Informationsquelle für die Befundgebung in der Kindergarten- und Schuleingangsuntersuchung gegeben, die zur Erstellung individueller Förderpläne für Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten genutzt werden kann. Allerdings haben sich die Befragungsergebnisse von 2005 zu 2007 nicht verändert. Die in den kinder- und jugendärztlichen Befunden der Schuleingangsuntersuchungen aufgezeigten Entwicklungsdefizite bei einer Reihe der Einschüler der beiden Regionen, von denen zu vermuten ist, dass bereits ein Großteil davon auch bei jüngeren Kindern vorhanden ist, spiegeln sich nicht in den Befragungsergebnissen wider.

Bei der Betrachtung der *Störfaktoren* sind insgesamt keine grundlegenden Veränderungen des Anteils derer, die an den häufigsten fünf Störfaktoren während der Arbeit ausgesetzt sind, im Jahr 2007 zu verzeichnen. Die geringen Vor- und Nachberei-

tungszeiten sowie die Lärmbelastung sind immer noch für etwa drei Viertel bzw. zwei Drittel der Kita-Mitarbeiterinnen maßgebliche Belastungsursachen.

Tab. 6.22 Berufliche Situation von Kita-Personal in Torgau-Oschatz 2005 und 2007

	Landkreis Torgau-Oschatz 2005	Landkreis Torgau-Oschatz 2007
<i>Qualifikationsniveau</i>		
Leitungs-Qualifikation	2 %	10 %
heilpädagogische Qualifikation	17 % → Zusatzqualifikation v. a. bei Kollegen unter 50 Jahre	30 % → Zusatzqualifikation v. a. bei Kollegen unter 50 Jahre
<i>Arbeitsverhältnis</i>		
unbefristete Festanstellung	89 %	87 %
Vollbeschäftigungsquote	gering (17 %)	gering (19 %)
durchschnittliche Arbeitszeit	32,5 Stunden	33,5 Stunden
- Erzieherin	32,1 Stunden	32,9 Stunden
- Leiterin	35,6 Stunden	35,9 Stunden
<i>Gestaltung der Gruppenarbeit</i>		
Gruppenstruktur	eher altershomogene Gruppen (91 %)	eher altershomogene Gruppen (83 %)
durchschnittliche Gruppen- größen:		
- Krippe	11 Kinder	11 Kinder
- Kindergarten	16 Kinder	17 Kinder
- Hort	23 Kinder	26 Kinder
- altersgemischt	17 Kinder	33 Kinder
Migrationshintergrund	70 Kinder	83 Kinder
Teamarbeit	52 %	56 %
<i>Fort- und Weiterbildung (FuW)</i>		
aktuell in FuW	16 %	69 %
FuW in den letzten 12 Monaten	4 FuW	5 FuW
<i>Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen in der Tätigkeit (ERI)</i>		
Aufwand [6; 30 Punkte]	durchschnittlich (15 Punkte)	durchschnittlich (15 Punkte)
- Einfluss Alter	→ Aufwand steigt mit dem Alter	→ Aufwand steigt mit dem Alter
- Einfluss Leitungsfunktion	→ Leiterinnen geben höheren Aufwand (durch höheren Zeit- druck, Störungen, Überstunden)	→ Leiterinnen geben höheren Aufwand (durch höheren Zeit- druck, Störungen, Überstunden)
- Einfluss Kita-Größe	→ Aufwand sinkt mit Kita- Größe	→ Aufwand sinkt mit Kita- Größe
Nutzen [11; 55 Punkte]	sehr hoch (49 Punkte)	sehr hoch (50 Punkte)
Aufwand-Nutzen-Verhältnis	gut	gut
- Risiko [Verhältnis < 1]	7 %	2 %
<i>Arbeitszufriedenheit</i>		
Arbeitszufriedenheit	sehr hoch	sehr hoch
<i>Störfaktoren</i>		
häufige Störfaktoren:		
1. Rang	wenig Vor-/Nachbereitungszeit (70 %)	wenig Vor-/Nachbereitungszeit (76 %)
2. Rang	Lärm (67 %)	Lärm (64 %)
3. Rang	hohe Gruppenstärken (37 %)	fehlende Pausen (37 %)
4. Rang	fehlende Pausen (33 %)	hohe Gruppenstärken (36 %)
5. Rang	Personalmangel (30 %)	Personalmangel (32 %)

In Bezug auf die Umsetzung arbeitsschutzrechtlicher Aspekte kann für das Vorhandensein erwachsenengerechter Mobiliars, lärmreduzierender Ausstattung sowie von benannten Sicherheitsbeauftragten ein leichter Anstieg der Umsetzung zu verzeichnen (Tab. 6.23), von einer tatsächlichen Verbesserung der Situation kann jedoch nicht gesprochen werden.

Tab. 6.23 Umsetzung Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit in Torgau-Oschatz 2005 und 2007

	Landkreis Torgau-Oschatz 2005	Landkreis Torgau-Oschatz 2007
erwachsenengerechte Möbel	18 %	43 %
lärmreduzierende Ausstattung in der Kita	16 %	20 %
Gefährdungsbeurteilungen	8 %	40 %
Sicherheitsbeauftragter	62 %	70 %
regelmäßige arbeitsmedizinische Betreuung (alle 2 Jahre)	38 %	33 %
Teilnahme an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheits- förderung	22 % → v. a. Rückenschulen, Stress- bewältigung, Entspannung	21 % → v. a. Rückenschulen, Stress- bewältigung, Entspannung

Die regelmäßige arbeitsmedizinische Betreuung des Personals (alle zwei Jahre) ist sogar anteilsmäßig zurückgegangen. Der Anteil an Personen 2007, die seit der Befragung 2005 an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung teilgenommen haben, entspricht etwa dem Anteil an Mitarbeiterinnen, die vor der Befragung solche Maßnahmen in Anspruch genommen haben. Das ist ein sehr positives Ergebnis, da etwa jede fünfte Kollegin im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung bewusst etwas für den Erhalt ihrer Leistungsfähigkeit und ihres Wohlbefindens getan hat.

Hinsichtlich der gesundheitlichen Situation der Kita-Beschäftigten sind im *Arbeitsunfähigkeits-* bzw. *Arbeitsunfallgeschehen* leichte Verbesserungen von 2005 zu 2007 zu verzeichnen. Der Krankenstand bei AOK-versicherten Mitarbeiterinnen verringerte sich leicht, es war jedoch ein höherer Anteil an Personen mindestens ein Mal krank. Die durchschnittliche Anzahl von Arbeitsunfällen pro 100 Mitarbeiter in den kommunalen Einrichtungen ist im Zwei-Jahres-Vergleich leicht gesunken.

Aufgrund des Einsatzes der WAI 3-Kurzversion in der Befragung 2007 sind keine direkten Vergleiche hinsichtlich der akuten und chronischen *Erkrankungen* möglich, da in der Kurzversion nur Diagnosegruppen, in der Langversion, die 2005 zum Einsatz kam, jedoch einzelne Diagnosen erfragt wurden.

Bei den *Beschwerden* ist jedoch ein leichter Anstieg von 2005 zu 2007 festzustellen, wobei sich der Anteil an Personen, die Nacken-, Rücken-, Kreuzschmerzen sowie Erschöpfung und Müdigkeit beklagen, zugenommen hat.

Die Einschätzung der *subjektiven Arbeitsfähigkeit* ist in den zwei Jahren auf gleich hohem Niveau geblieben, während es hinsichtlich der Beanspruchungsfolgen *Erholungsunfähigkeit* und *Burnout* Tendenzen für ungünstigere Werte gibt. Insgesamt liegen die Werte für die Gesamtstichproben im normalen Bereich. Die Selbstwirksamkeit ist 2007 im Vergleich zu 2005 minimal abgesunken, die Ergebnisse sind jedoch auf einem hohen Niveau im Sinne einer guten Ausprägung.

Tab. 6.24 Gesundheitliche Situation des Kita-Personals in Torgau-Oschatz 2005 und 2007

	Landkreis Torgau-Oschatz 2005	Landkreis Torgau-Oschatz 2007
<i>Arbeitsunfähigkeits(AU)- und Arbeitsunfall-Geschehen</i>		
AU-Quoten Kita i.s.V. - AOK (64,2 %)	unterdurchschnittlich (58,4 %)	unterdurchschnittlich (62,6 %)
Krankenstand Kita i.s.V. - AOK (3,7 %)	überdurchschnittlich (3,9 %)	unterdurchschnittlich (3,8 %)
AU-Dauer	8 Tage/Jahr	9 Tage/Jahr
häufigste AU-Diagnose:	Erkrankungen Muskel- und Skelettsystem (25 %)	Erkrankungen Atmungssystem (20 %)
Arbeitsunfälle i.s.V. - UKS (Unfallquote 2005: k. A.; 2007: 5,0 %) - BGW (Unfallquote 2005: 5,3 %; 2007: 5,2 %)	35 Fälle absolut (k. A.) 6 Fälle absolut, Unfallquote unterdurchschnittlich (3,0 %)	35 Fälle absolut, Unfallquote überdurchschnittlich (8,2 %) 11 Fälle absolut, Unfallquote überdurchschnittlich (7,2 %)
<i>Erkrankungen (WAI 3)¹</i>		
durchschnittliche Anzahl akuter und chronischer Diagnosen	2 → Zunahme bei Beschäftigten ab 50 Jahre	1 → Zunahme bei Beschäftigten ab 50 Jahre
- keine Diagnosen	33 %	39 %
- 5 und mehr Diagnosen	15 %	5 %
Art der Diagnosen: 1. Rang 2. Rang 3. Rang 4. Rang	Bewegungsapparat (42 %) Herz-Kreislauf-System (24 %) - Bluthochdruck (20 %) Unfälle (19 %) Hormon-/ Stoffwechsel (16 %)	Bewegungsapparat (34 %) Herz-Kreislauf-System (11 %) Hormon-/ Stoffwechsel (15 %) Unfälle (12 %)
<i>aktuelle Beschwerden (BFB)</i>		
Gesamtbeschwerden	10 → Zunahme bei Beschäftigten ab 50 Jahre	11 → Zunahme bei Beschäftigten ab 50 Jahre
Diagnosen: 1. Rang 2. Rang 3. Rang 4. Rang 5. Rang	Nacken-/ Rücken-/ Kreuzschmerzen (59 %) Erschöpfung, Müdigkeit (39 %) Kopfschmerzen (39 %) Angst vor Tod/ Krankheit (36 %) Gliederschmerzen (33 %)	Nacken-/ Rücken-/ Kreuzschmerzen (68 %) Erschöpfung, Müdigkeit (44 %) Kopfschmerzen (40 %) Angst vor Tod/ Krankheit (38 %) Gliederschmerzen (32 %)
<i>subjektive Arbeitsfähigkeit (WAI)</i>		
Arbeitsfähigkeit [7; 49 Punkte]	gut (40 Punkte)	gut (40 Punkte)
- verminderte Arbeitsfähigkeit [7-28 Punkte]	18 %	19 %
<i>Beanspruchungsfolgen – Erholungsunfähigkeit (FABA)</i>		
Erholungsunfähigkeit [9; 24 Punkte] - Risiko [ab 20 Punkte]	normal (14 Punkte) 13 % → Leiterinnen haben höheres Risiko	normal (15 Punkte) 14 % → Leiterinnen haben höheres Risiko

... Fortsetzung Tab. 6.24

	Landkreis Torgau-Oschatz 2005	Landkreis Torgau-Oschatz 2007
<i>Beanspruchungsfolgen – Burnout (MBI-GS)</i>		
Burnout-Syndrom [0; 6 Punkte]	unauffällig (0,8 Punkte)	unauffällig (0,9 Punkte)
- Symptome [1,5; 3,49 Punkte]	13 %	15 %
- Burnout-Risiko [3,5; 6 Punkte]	1 %	0,5 %
<i>Selbstwirksamkeitserwartung (SES)</i>		
Selbstwirksamkeit [10; 40 Punkte]	sehr hoch (33 Punkte)	sehr hoch (32 Punkte)

Anmerkung: ¹ ... 2005 WAI 3-Langversion, 2007 WAI 3-Kurzversion
i. s.V. ... im sächsischen Vergleich

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die *beruflichen Anforderungen* von 2005 zu 2007 leicht erhöht haben, was sich in einer Erhöhung der Arbeitszeit, des Fort- und Weiterbildungsumfangs (insbesondere durch den Sächsischen Bildungsplan), aber auch den höheren Anteil an altersgemischten Gruppen, durchschnittlicher Gruppengröße bei Kindern ab drei Jahren sowie der Anzahl an Kindern mit Migrationshintergrund äußert. Die subjektive Bewertung dieser Arbeitsbedingungen hat sich jedoch in den zwei Jahren so gut wie gar nicht verändert.

Die *gesundheitliche Situation* zeigt eine geringfügige Absenkung des Krankenstandes bei leichter Erhöhung der Arbeitsunfähigkeitsquote. Arbeitsunfälle gingen anteilmäßig zurück. Das lässt eine leichte Verbesserung des objektiven Gesundheitszustands vermuten. Sieht man sich jedoch die subjektiven Angaben der Kita-Mitarbeiterinnen zu ihrem Gesundheitszustand an, so sind kaum Verbesserungen hinsichtlich der Erkrankungen, Beschwerden oder Beanspruchungsfolgen zu erkennen. Besonders bei den Beschwerden zeigt sich eher die Tendenz einer Zunahme an Befindenseinschränkungen durch körperliche und psychische Erschöpfungssymptome.

7 Handlungsansätze zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen

7.1 Anforderungen an Prävention und Gesundheitsförderung

Kindertageseinrichtungen sind ausgeprägte Klein- und Mittelbetriebe (KMU) und weisen eine heterogene Trägerstruktur auf (Jugendamt Torgau-Oschatz, 2005). Diese Umstände erschweren eine Entwicklung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (Dahlem, 2005). Nach Khan (2000) werden in dieser Art von Betrieben nur sehr wenige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) umgesetzt. Gängige Methoden der BGF sind im Rahmen von Projekten in Großbetrieben entwickelt worden und sind nicht ohne weiteres auf Kleinbetriebe wie Kindertageseinrichtungen zu übernehmen. Eine ressourcenschonende Vorgehensweise zur Umsetzung von BGF in KMU, insbesondere der Einsatz von branchenbezogenen Verfahren, ist mit der Unterstützung durch äußere Strukturen gegeben und wird als sehr sinnvoll erachtet (Gieseke, 2005).

Für die Ableitung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ergeben sich zwei Ansatzebenen (Breucker, 2000, S. 240):

1. Die betriebliche Gesundheitsförderung will dafür sorgen, dass der einzelne Mitarbeiter gesund ist, das heißt, sie will den Gesundheitszustand aller Betriebsangehörigen optimieren - *Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensweisen*.
2. Außerdem möchte sie die nötigen Voraussetzungen dafür im Betrieb schaffen und sichern - *Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen*.

Für diese beiden Ansätze haben sich die Begriffe Verhaltens- und Verhältnisprävention oder auch personen- und bedingungsbezogene Prävention etabliert (Altgeld & Kolip, 2004). Beide Ansätze lassen sich nicht voneinander trennen, denn um langfristige Wirkung sicherzustellen, müssen Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention miteinander kombiniert werden. Diese Definitionen sind in der Prävention als auch in der Gesundheitsförderung anzuwenden.

Neben den Arbeitgebern kommen den gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungen die Durchführung von (betrieblicher) Prävention und Gesundheitsförderung zu. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherer (GKV) haben sich im Februar 2006 in Bezug auf die Umsetzung von § 20 Abs. SGB V in einem Positionspapier auf gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder geeinigt (IKK-Hauptverband, 2006; Tab. 7.1). Diese Handlungsfelder können auch sehr gute Anwendung im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung in Kita finden.

Die Spitzenverbände sehen in der Umsetzung eine direkte Kooperation zwischen Betriebsmedizinern, Sicherheitsfachkräften, betrieblichen Akteuren (Betriebsleitung, Betriebs- und Personalrat) sowie den Berufsgenossenschaften und Krankenversicherungen als notwendig an.

Die Finanzierung liegt dabei insbesondere bei den Arbeitgebern und den Unfallversicherungen, doch auch die Krankenkassen werden im Rahmen des § 20 Abs. 1 bis 3 SGB V zur Finanzierung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen herangezogen (IKK-Hauptverband, 2006).

Tab. 7.1 Handlungsfelder der Krankenkassen gemäß § 20 SGB V (IKK-Hauptverband, 2006)

Primärprävention nach § 20 SGB V	betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20a SGB V
Setting-Ansatz: gesundheitsfördernde Schule Gesundheitsförderung in Kommune/Stadtteil	<i>Arbeitsbedingte körperliche Belastungen</i> - Vorbeugung und Reduktion arbeitsbedingter Belastungen des Bewegungsapparates
Individueller Ansatz: <i>Bewegung</i> - Reduktion von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität - Vorbeugung und Reduktion spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme	<i>Betriebsverpflegung</i> - gesundheitsgerechte betriebliche Gemeinschaftsverpflegung
<i>Ernährung</i> - Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung - Vermeidung und Reduktion von Übergewicht	<i>Psychosoziale Belastungen (Stress)</i> - Förderung individueller Kompetenzen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz - gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung
<i>Stressbewältigung</i> - Förderung individueller Kompetenzen der Belastungsverarbeitung zur Vermeidung stressbedingter Gesundheitsrisiken	<i>Suchtmittelkonsum</i> - Rauchfrei im Betrieb - „Punktnüchternheit“ (Null Promille am Arbeitsplatz) bei der Arbeit
<i>Suchtmittelkonsum</i> - Förderung des Nichtrauchens - gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduktion des Alkoholkonsums	

Für die Spitzenverbände der GKV müssen in Anlehnung an die Luxemburger Deklaration und dem Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) verschiedene Kriterien zur Finanzierung erfüllt sein, um wirksame BGF zu betreiben. Zusammen mit Grundsätzen der BGF (Bamberg et al., 1998, S. 21) dienen folgende Kriterien zur Orientierung von qualitativ hochwertigen und langfristigen gesundheitsbezogenen Aktionen:

- das Verständnis von BGF als Führungsaufgabe (betriebliches Gesundheitsmanagement),
- ein klar definiertes und allgemein zugängliches Konzept zur BGF,
- die Einbeziehung psychosozialer Aspekte der Gesundheit,
- die Identifizierung und Gestaltung von Merkmalen der Arbeit, die das Wohlbefinden und die Handlungsfähigkeit der Beschäftigten erhöhen,
- die Einbeziehung verhaltens- und verhältnisbezogener Angebote,
- ein ständiger Evaluations- und Anpassungsprozess,
- eine breite Adressatengruppe,
- die Langfristigkeit des Konzeptes,
- die direkte und indirekte Einbeziehung des Personals im gesamten Prozess der BGF.

Die Maßnahmen der BGF sollten sich nach Siegrist (2004, S. 80) an der *personellen* (individuelles Verhalten der Beschäftigten), *interpersonellen* (Gruppenprozesse) und *strukturellen* Ebene (Arbeitsbedingungen an den Betrieben) orientieren.

Die Klassifikation hilft zur Orientierung bei der zielbezogenen Auswahl der Interventionen entsprechend den betrieblichen Besonderheiten und Bedürfnissen. Eine besondere Stellung nimmt dabei - insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels mit einem Anstieg älterer Arbeitnehmer - die *Personalentwicklung* ein. Diese umfasst nach Clemens (2003) bzw. Morschhäuser et al. (2003) sowohl die Förderung der persönlichen Leistungsentwicklung durch Fort- und Weiterbildungen, als auch die Befriedigung der Bedürfnisse nach Wertschätzung, Anerkennung, Belohnung und Selbstverwirklichung sowie die Gestaltung einer ergonomischen Arbeitsumgebung und Maßnahmen der Arbeitszeitregelung. Besonders durch fachliche Fort- und Weiterbildungen lasse sich nach Badura (2004) das Wohlbefinden und die Gesundheit des einzelnen positiv beeinflussen. „Prävention durch Personalentwicklung“ als neue Form der BGF bietet nach Bischoff & Gregersen (2007, S. 5) neben der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden des Personals auch die Steigerung der Leistung (und damit der Betreuungsqualität) und der Arbeitszufriedenheit im gesamten Unternehmen, die Förderung des Betriebsklimas sowie die Senkung des Krankenstandes.

7.2 Ableitung des Handlungsbedarfs für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den Vergleichsregionen

Durch die systematische Auswertung der im Rahmen 2005 in Torgau-Oschatz erhobenen Daten wurden sowohl Ressourcen, aber auch Defizite der Arbeit in Kindertageseinrichtungen zusammengefasst, aus denen Handlungsansätze für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung abgeleitet wurden (Thinschmidt & Gruhne, 2006). Dabei können sich sowohl Ressourcen als auch Belastungsfaktoren in jeder Einrichtung unterschiedlich darstellen und damit ist auch ein mehr oder weniger großer Anteil der Interventionsmöglichkeiten pro Einrichtung sinnvoll. In Bezug auf die Beantwortung der Frage vier (vgl. Kap. 3) sollen der Bedarf sowie die Aktualität und Angemessenheit der durch Thinschmidt & Gruhne (2006) empfohlenen Maßnahmen zur BGF in Kita durch die 2007er Ergebnisse wiederum überprüft werden.

Wie bereits in der Einleitung dieses Gesundheitsberichts formuliert, richten sich gesundheitsförderliche Maßnahmen an alle Personengruppen einer Population, also auch an die ohne Risikostatus. Dies gilt auch generell für das Kita-Personal. In der 2005er Befragung in Torgau-Oschatz konnten jedoch im Ergebnis des Gesundheitsberichts zwei *Risikogruppen* identifiziert werden: (1) ältere Kolleginnen (ab 50 Jahre) sowie (2) Kita-Leiterinnen. Es wurde betont, dass Präventivmaßnahmen insbesondere bei diesen beiden Subgruppen angesetzt werden müssen, um die weitere Ausübung des Berufs sicherzustellen. Die Ergebnisse der 2007er Befragungen bestätigen in beiden Regionen den besonderen Handlungsbedarf für diese beiden Risikogruppen.

In Abb. 7.1 werden die Befunde, die einen Handlungsbedarf nach sich ziehen, aufgeführt und mit abgeleiteten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung unterlegt. Hinter jeder Maßnahme stehen mögliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die für die Umsetzung gewonnen werden könnten. In Frage kommen dabei neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), dem Jugendamt und Sozialversicherungsvertretern wie der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) bzw. den Berufsgenossenschaften (BG) und den Krankenkassen auch der Arbeitsmedizinische Dienst (AMD), der TÜV, Volkshochschulen (VHS), die Pharmaindustrie, Sportvereine oder freie Anbieter (z. B. Trainer, Ernährungsberater, Therapeuten, Coach).

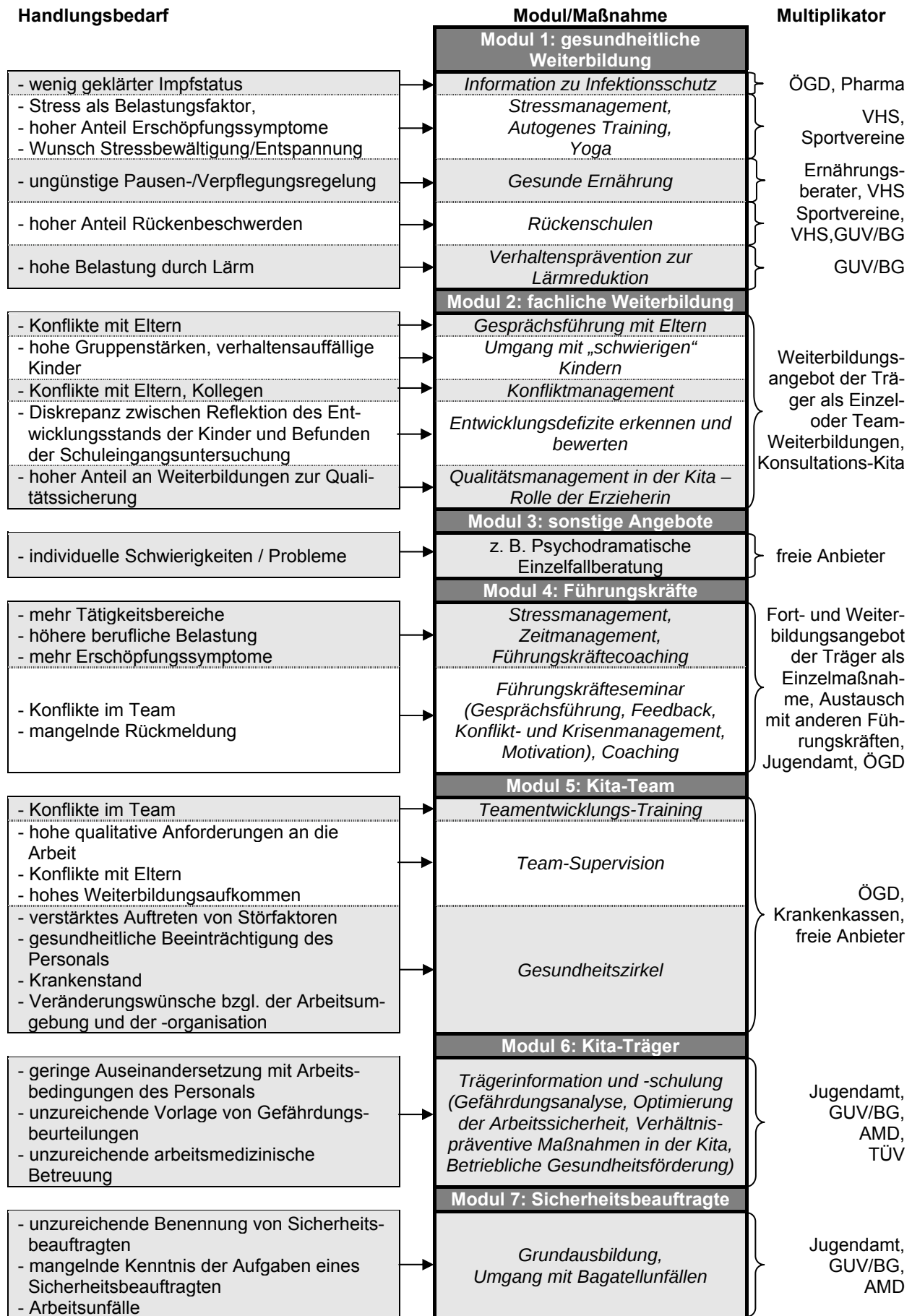


Abb. 7.1 Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Kita

Kita-Beschäftigte verbinden mit Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung insbesondere die „klassischen“ Gesundheitsthemen wie Rückenschulen, Stress- oder Entspannungskurse. Aber BGF in der Kita umfasst wesentlich mehr. Das Konzept greift schwerpunktmäßig die besondere Bedeutung der Förderung fachlicher und personaler Kompetenzen auf. Diese Form der BGF ist in der Praxis leichter zu realisieren, da sie den Fort- und Weiterbildungsbedarf der Kita-Beschäftigten bedient. In Anlehnung an den ersten Gesundheitsbericht zur Situation von Kita-Personal im Landkreis Torgau-Oschatz (Thinschmidt & Gruhne, 2006) kann festgestellt werden, dass die darin vorgeschlagenen Maßnahmen auf Grundlage der Untersuchungen 2007 in Torgau-Oschatz und auch Zwickau weiterhin ihre Gültigkeit haben.

Die sieben Module können hinsichtlich ihrer erwarteten Wirkungen und in Anlehnung an die Siegrist'schen Ebenen (2004) folgendermaßen klassifiziert werden (Abb. 7.2):

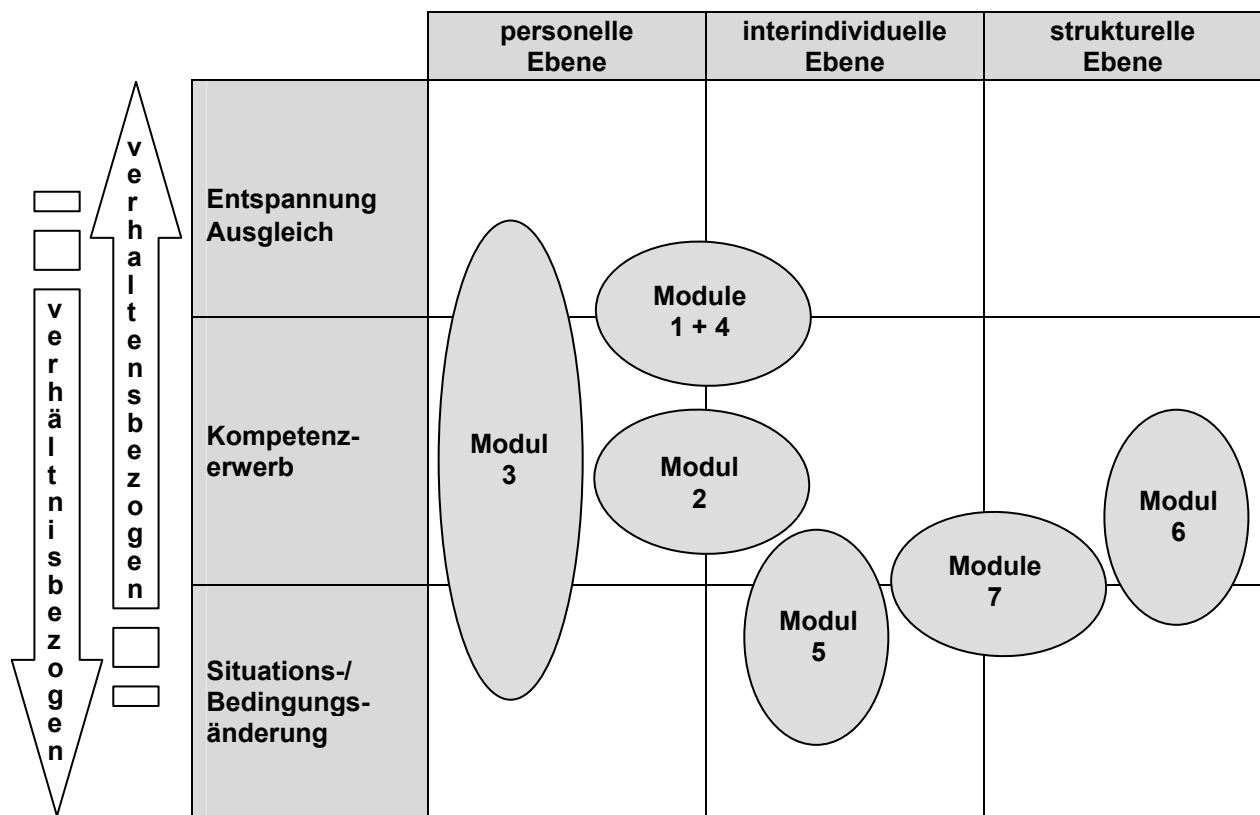


Abb. 7.2 Klassifikation der Module

Regionale Programme sind vor allem im Bereich der personellen und interpersonellen Maßnahmen sinnvoll, da sie an den Bedingungen vor Ort anknüpfen. Dennoch könnten hier überregionale Empfehlungen zu Vorgehensweisen sowie zur Vermittlung kompetenter Multiplikatoren erarbeitet werden. *Überregionale Programme* können bei bestimmten Themenschwerpunkten generell zum Einsatz kommen, so sie – z. B. aufgrund von gesetzlichen Veränderungen – alle Kindertageseinrichtungen in Sachsen betreffen. In diesem Zusammenhang sind die im Rahmen der Einführung des Sächsischen Bildungsplans landesweit installierten Konsultations-Kita zu nennen, die das gesundheitsförderliche Konzept gut ergänzen, da sie fachliche Ansprechpartner für die anderen Kita im langen Prozess der Umsetzung der pädagogischen Anforderungen sind.

Auf struktureller Ebene kann sowohl regional (z. B. durch das ansässige Jugend- oder Gesundheitsamt) als auch überregional (z. B. Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Unfallversicherungsträger) agiert werden. Hier könnten zentrale Trägerschulungen angeboten werden, für die ein Modul zum betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie zu Präventions- und Gesundheitsfördermöglichkeiten konzipiert wird.

Im Landkreis Torgau-Oschatz wurde im September 2007 mit der Umsetzung dieses Konzepts begonnen, die Maßnahmen werden bis zum Ende des Jahres 2008 andauern und werden wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Bereits jetzt zeichnet sich eine hohe Resonanz unter den Kita des Landkreises ab, die Maßnahmen und die sie vermittelnden Multiplikatoren werden sehr gut akzeptiert. Evaluationsergebnisse sollen in einem dritten Gesundheitsbericht Ende 2009 vorgestellt werden.

7.3 Umsetzungsstrategien gesundheitsfördernder Maßnahmen für Beschäftigte in Kita

Bevor konkret auf Hinweise zur Umsetzung des Konzeptes eingegangen wird, soll noch einmal auf die auf die Charakteristik der verschiedenen Belastungskategorien im Erzieherinnen- und Erzieherberuf und die daraus resultierenden Beeinflussungsmöglichkeiten eingegangen werden. Eine Möglichkeit, die vielfältigen Belastungen dieser Berufsgruppe zu kategorisieren, bietet die Klassifikation von Rudow (2000). Er erstellte in seinem Gutachten zum „Arbeits- und Gesundheitsschutz im Lehrerberuf“ eine Klassifikation von Belastungskategorien und -faktoren, die sich auch auf das Setting Kindertageseinrichtung übertragen lässt (Abb. 7.3).

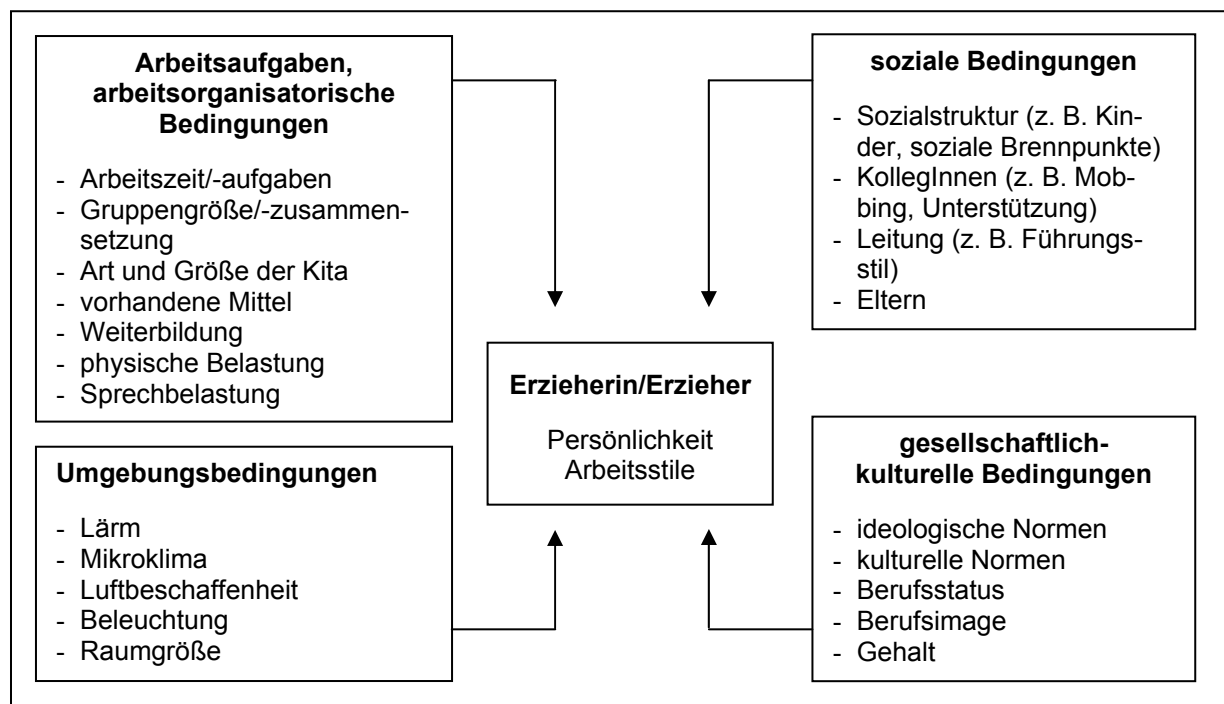


Abb. 7.3 Klassifikation von Belastungskategorien und -faktoren in der Erzieherinnen- und Erzieherberuf (modifiziert nach Rudow, 2000)

Belastungsfaktoren der Kategorien Arbeitsaufgaben, arbeitsorganisatorische Bedingungen, Umgebungsbedingungen sowie soziale Bedingungen - die auch im Konzept zur BGF in Kita thematisiert werden (Kap. 7.2) - sind durch die Kindertageseinrichtungen und ihr Personal selbst beeinflussbar. Gesundheitsförderliche Prozesse können hier also „von unten“ (bottom-up) gestartet werden. Anders verhält es sich jedoch mit den gesellschaftlich kulturellen Bedingungen. Hier haben die Beschäftigten selbst nur sehr geringe Einflussmöglichkeiten. Besonders die Arbeitgeber und die (Sozial- und Bildungs-)Politik sind gefordert, die allgemeinen Rahmenbedingungen der Erzieher-Tätigkeit „von oben“ (top-down) gesundheitsförderlich zu gestalten (z. B. Einbeziehung der Vor- und Nachbereitungszeiten in die Arbeitszeit im Sinne einer allgemeinen Anhebung der Arbeitszeit, Professionalisierung der Tätigkeit, tarifliche Eingruppierung).

Ein Anliegen des gesundheitsförderlichen Handlungsansatzes für Beschäftigte in Kindertageseinrichtungen beider Vergleichsregionen, aber auch sachsenweit, ist es eine regionale sowie überregionale Struktur zu entwickeln, die Wettbewerbsfähigkeit, Qualitätssicherung und Gesundheitsförderung betonen und die dazu in der Lage sind, verhältnis- und verhaltensbezogene Interventionsmaßnahmen anzubieten und durchzuführen (Abb. 7.4). Im Weiteren sollen Angaben zur Strukturentwicklung erläutert werden. Dazu wurde ein Organigramm entwickelt, welches eine Möglichkeit der zu bildenden Strukturen aufzeigt.

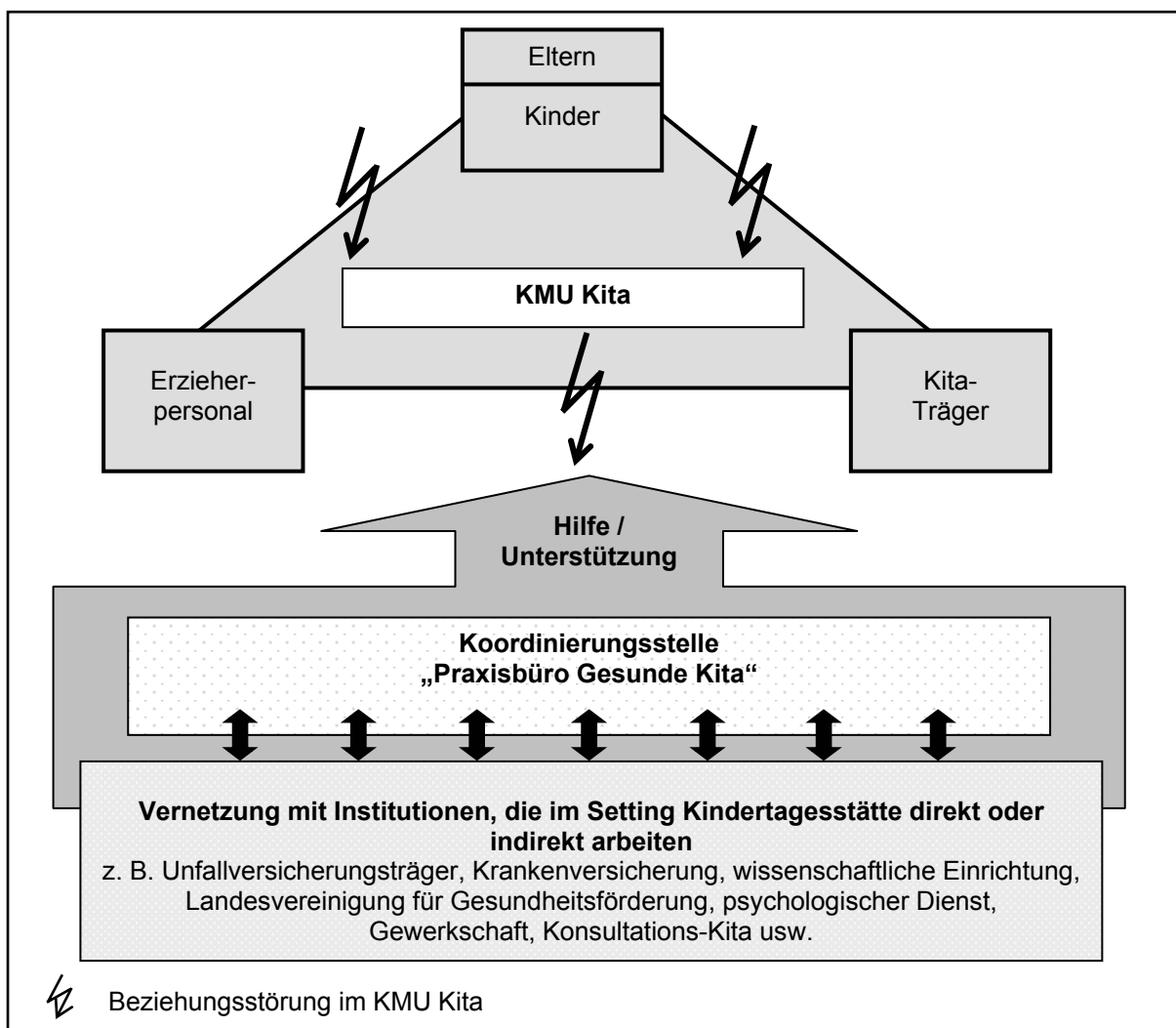


Abb. 7.4 Strukturentwicklung zur Unterstützung der Arbeit im Setting Kita

Bei der Einführung einer solchen Umsetzungsstrategie sind im Vorfeld wichtige „Empfindlichkeiten“ bei allen daran beteiligten Partnern auszuräumen. Das verfolgte Ziel muss von allen Akteuren getragen werden. Eines der wichtigsten Kriterien für das Gelingen eines solchen Projektes ist die Akzeptanz durch regionale Entscheidungs- und Finanzträger, denn für das Gelingen der Maßnahmen ist eine gesicherte Finanzierung von großer Bedeutung. Weiterhin sind entsprechende Möglichkeiten für die Durchführung der betrieblichen Maßnahmen in den einzelnen Einrichtungen zu schaffen.

Koordinationsstelle „Praxisbüro Gesunde Kita“

Auf kommunaler Ebene ist die Einrichtung einer Koordinierungsstelle anzustreben, die bei einem unabhängigen Verein oder Institution, z. B. der regionale Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung des jeweiligen Landkreises oder beim zuständigen Gesundheits- oder Jugendamt, angegliedert werden sollte. Da in den meisten Landkreisen und kreisfreien Städten das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ mit einem Schwerpunkt Kindertageseinrichtung regional umgesetzt wird, ist eine Koordinierung der BGF durch diese Stelle sehr sinnvoll. Im Fokus der Arbeit dieser Koordinierungsstelle stehen die Erzieherinnen und Erzieher in Kindertageseinrichtungen, deren gesundheitliche und arbeitssicherheitstechnische Situation und die Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung in diesem Setting. Folgende konkrete inhaltliche Aufgaben sollten durch diese kommunale Koordinierung angestrebt werden:

- Koordination der Aktivitäten und Interventionen,
- Bereitstellung von Informationen und Arbeitsmaterialien zum Themengebiet,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Unterstützung der Einrichtungsträger sowie des Personals.

Die Koordination sollte in enger Zusammenarbeit mit weiteren in diesem Setting wirkende Akteure erfolgen und sollte auf Nachhaltigkeit angelegt sein.

Folgende Arbeitsschwerpunkte sollte sich die Koordinierungsstelle stellen:

- a. Ist-Analyse,
- b. Festlegung des Handlungsbedarfs,
- c. Durchführung und Dokumentation der Maßnahmen, Umsetzungsbegleitung,
- d. Wünschenswert: (Selbst-)Evaluation,
- e. Netzwerkbildung.

zu (a) Ist-Analyse

Um einen praktisch relevanten Handlungsbedarf zu erkennen, sollte eine Ist-Analyse (Gesundheitsbericht) erfolgen. Diese informiert systematisch über die gesundheitliche Lage und die gesundheitliche Versorgung einer Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Hurrelmann & Murza, 1996).

zu (b) Festlegung des Handlungsbedarfs

Auf der Grundlage der Ist-Analyse ist der Bedarf für notwendige Interventionen abzuleiten.

Als Auftakt zu einem möglichen Gesundheitsförderungsprojekt sollte ein Workshop mit Hilfe von einem erfahrenen Moderator stehen. Es können Führungskräfte in Kindertageseinrichtungen, Träger von Kindertageseinrichtungen, Belegschaftsvertreter u. a. betriebliche Interessengruppen teilnehmen.

Der Workshop hat das Ziel eine zielgerichtete Strategie zum weiteren Vorgehen zu erarbeiten und Partizipation zu erreichen. In diesem Workshop sollten enthalten sein:

- Datenpräsentation: Ist-Analyse,
- Defizitanalyse,
- Konzeptvorschlag zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen,
- Strategieentwicklung / Zielsetzung,
- Umsetzungsplanung.

zu (c) Durchführung, Umsetzungsbegleitung und Dokumentation von Maßnahmen

Ein großes Problem ist die Frage nach dem Transfer, also der tatsächlichen Umsetzung der Inhalte von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den Arbeitsalltag. Neben einer entsprechenden, Teilnehmer aktivierenden und am Arbeitsalltag orientierten Seminargestaltung ist eine Umsetzungsbegleitung erforderlich, um sicher zu stellen, dass sich die Investitionen tatsächlich am Arbeitsplatz auszahlen. Hierzu sollten folgende Varianten der Umsetzungsbegleitung angeboten werden:

Auffrischungs- bzw. Aufbauseminare

Ziel dieser Seminare ist es, die gemachten Erfahrungen aufzugreifen und genau auf die jeweiligen Themen zugeschnittene Hilfestellung zu erarbeiten. Die Teilnehmer werden auf diese Weise beim Übertragen des Gelernten in den Alltag begleitet und erhalten speziell auf sie zugeschnittenes Vertiefungswissen.

Umsetzungsworkshops

Bei dieser Veranstaltung werden in Kleingruppenarbeit und im Plenum die Arbeit an den persönlichen Maßnahmenplänen aus einem Seminar wie auch die Erfahrungen mit den am Ende des jeweiligen Seminars gebildeten Coaching-Duos reflektiert und Lösungen für auftretende Schwierigkeiten erarbeitet. Je nach Bedarf besteht die Möglichkeit, Inhalte aus dem Seminar aufzufrischen bzw. vertiefend zu behandeln.

Eine genaue Dokumentation von durchgeführten Maßnahmen, Rahmenbedingungen und Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern ist hier unumgänglich, da diese Informationen Grundlage sind für eine umfassende Evaluation der gesundheitsförderlichen Interventionen.

zu (d) Evaluation der Maßnahmen

Bei der Durchführung der abgeleiteten Interventionsmaßnahmen ist eine Evaluation der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung anzustreben. Dazu sind eine Prozessevaluation und eine Ergebnisevaluation erforderlich. Die Prozessevaluation gibt Auskunft über Akzeptanz und Umsetzung der Interventionen. Um Aussagen zur Wirksamkeit und Qualität der Interventionen treffen zu können, ist eine Ergebnisevaluation erforderlich. Da derartige Evaluationsvorhaben jedoch sehr zeit- und kostenintensiv sind, ist davon auszugehen, dass nicht jede durchgeführte Maßnahme auf ihre Effektivität und ihre Effizienz hin wissenschaftlich bewertet werden kann. Dennoch sollte zur Evidenzbestimmung von betrieblichen Gesundheitsfördermaßnahmen eine Evaluation grundsätzlich angestrebt werden.

zu (d) Netzwerkbildung

Zur Sicherung einer nachhaltigen Wirkung ist im kommunalen Bereich gleichzeitig eine Netzwerkstruktur zu bilden. Verschiedene Träger von Kindertageseinrichtungen, die Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft, die Unfallversicherungsträger, Berufsverbände und Ausbildungsinstitutionen sollten vernetzt werden. Dabei nimmt das Gesundheitsamt in enger Zusammenarbeit mit Jugendamt und der Wissenschaft eine Schlüsselfunktion ein. Folgende Aufgaben sollten durchgeführt werden:

- Koordination der regionalen Aktivitäten auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- Bereitstellung von Informationen und Arbeitsmaterialien zum Themengebiet,
- den Erfahrungsaustausch betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure im Arbeits- und Gesundheitsschutz zu unterstützen,
- das Anliegen eines vorbeugenden betrieblichen Gesundheitsschutzes durch Öffentlichkeitsarbeit bekannt machen, Betrieben bei einer Umsetzung Hilfestellung zu leisten,
- Akteure für Gesundheitsförderung im KMU Kita gewinnen und diese zusammenführen und
- Profilbildung für Kindertageseinrichtungen.

Maßgeblich für den Erfolg des „Praxisbüros Kindertagesstätte“ sind eine umfassende Information, regelmäßige Arbeitstreffen und eine hohe Kooperationsbereitschaft aller beteiligten Stellen.

8 Literatur

Adler, U.; Albota, M.: Einführung in die Gesundheitsberichterstattung. In: Murza, G.; Hurrelmann, K. (Hrsg.). Regionale Gesundheitsberichterstattung (S. 32-45). Weinheim/München: Juventa 1996

Altgeld, T.; Kolip, P.: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Hanisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber 2004

Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt 1997

AOK Sachsen: Auswertung der Arbeitsunfähigkeit 2003 – 2005. Kindertagesstätten Landkreis Torgau-Oschatz. AOK Sachsen, Betriebliche Gesundheitsförderung 2006 (unveröffentl.)

AOK Sachsen: Auswertung der Arbeitsunfähigkeit 2004 – 2006. Kindertagesstätten Landkreis Torgau-Oschatz. AOK Sachsen, Betriebliche Gesundheitsförderung 2007 (unveröffentl.)

Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Info-Brief Nr. 05 (2003), 5

Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG): Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit vom 07.08.1996 (BGBl. I 1996, 1246), zuletzt geändert durch Artikel 227 der Verordnung vom 31.10.2006 (BGBl. I S. 2407)
Verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/arbschg/>

Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG): Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit vom 12.12.1973 (BGBl. I S. 1885), zuletzt geändert durch Art. 226 der Verordnung vom 31.10.2006 (BGBl. I S. 2407)
Verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/asig/index.html>

Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV): Verordnung über Arbeitsstätten vom 12.08.2004 (BGBl. I S. 2179), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 20.07.2007 (BGBl. I S. 1595)
Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/arbstdttv_2004/

Ausstattungsrichtlinie: Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie zu § 10 des Gesetzes zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen im Freistaat Sachsen (VwV SächsKitaG – Ausstattung) vom 1. August 1997, Sächs. VBl. Nr.15/1997

Badura, B.: Gesundheitsmanagement in der niedersächsischen Landesverwaltung. Hannover: Online-Publikation 2004
Verfügbar unter:
<http://www.gesundheit-nds.de/downloads/09.12.2004.gm.vortrag.badura.pdf>

Bamberg, H.-D.: Kita - Alltag in Berlin. Soziale Arbeit 44 (1995), 3, 79-85

Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A. (Hrsg.): Handbuch betrieblicher Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie 1998

Barth, A.-R.: Burnout bei Lehrern. Göttingen: Hogrefe 1992

Bartsch, G.; Berger, K.; Neumann, G.: Untersuchungen zu Lärmexposition des Krippenkindes. Zeitschrift für gesunde Hygiene 30 (1984), 6, 354-358

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege (BGW): Interne Statistik zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bei Kita-Personal 2003-2006 (unveröffentl.) 2007

Betriebskrankenkassen Bundesverband (BKK-BV), Abteilung Gesundheit (Hrsg.): Gesundheitsbericht 1993. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Abteilung Gesundheit 1993 (unveröffentl.)

Betriebskrankenkassen Bundesverband (BBK-BV) (Hrsg.): Fragebogenaktion zur Vorbereitung eines Gesundheitszirkels in der Stadt Kassel. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Abteilung Gesundheit 1996 (unveröffentl.)

Biostoffverordnung (BioStoffV): Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen vom 27.01.1999 (BGBl. I S. 50), zuletzt geändert durch Art. 2 der Verordnung vom 06.03.2007 (BGBl. I S. 261)

Bischoff, J.; Gregersen, S.: Betriebliche Gesundheitsförderung für Personalentwicklung. Hamburg: BGW 2007

Blum, K.: Gesundheitsberichterstattung und ihre Funktionen. Forum Gesundheitswissenschaften 3 (1992), 2, 105-129

Brand, H.; Evans, D.: Öffentlicher Gesundheitsdienst und Gesundheitsberichterstattung??. In: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (Hrsg.). Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung. Band 18 (2. aktual. Aufl.). Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen 1998, 25-34

Breucker, G.: Gesundheitsförderung zum Wohle von Unternehmen und Mitarbeitern. Arbeit und Arbeitsrecht 6 (2000), 240-246

Brosius, G.; Brosius, F.: SPSS. Base System und Professional Statistics. Bonn: Thomson Publ. 1995

Buch, M.; Frieling, E.: Belastungs- und Beanspruchungsoptimierung in Kindertagesstätten. Kassel: Eigenverl. Universität Kassel, Institut für Arbeitswissenschaft 2001

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

Bundesagentur für Arbeit: Statistik der Bundesagentur für Arbeit, 2007
Verfügbar unter: <http://www.iab.de/de/daten/ba-datenzentrum.aspx>

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Früh übt sich ... Gesundheitsförderung im Kindergarten. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 16. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung 2002

Caplan, G.: Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books 1964

Cherniss, C.: Cultural Trends. Political, Economic and Historical Roots of the Problem. In: Paine, W. S. (Ed.): Job, Stress and Burnout. Research, Theory and Intervention Perspectives. Beverly Hills, CA: Sage 1982, 83-94

Claes, C.; Kruse, M.; Lohse, U.; Mittendorf, T.; Vauth, C.: Betriebswirtschaftliche Grundlagen, 17. Studententext des weiterbildenden Fernstudiums Angewandte Gesundheitswissenschaften (unveröffentl.), Magdeburg: Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) 2003

Clemens, W.: Modelle und Maßnahmen betrieblicher Anpassung älterer Arbeitnehmer. In: Herfurth, M.; Kohli, M.; Zimmermann, K. F. (Hrsg.): Arbeit in einer alternden Gesellschaft. Problembereiche und Entwicklungstendenzen der Erwerbsbeteiligung Älterer (S. 93-121). Opladen: Leske und Budrich 2003

Cox, T.; Griffiths, A.J.; Rial-Gonzalez, E.: Research on Work-Related Stress. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities 2000. (Research Report, Issue 203)
Verfügbar unter: <http://agency.osha.eu.int/publications/reports/stress>

Dahlem, R.: „KiTa“ ist mehr als nur Betreuung! In: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft Baden-Württemberg (Hrsg.). Der Arbeitsschutz für Erzieher/innen in Kindertagesstätten. Stuttgart: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft Baden-Württemberg 2005

DAK & Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES): DAK-Gesundheitsreport 2007. Leipziger Land, Muldentalkreis, Delitzsch, Torgau-Oschatz, Zwickau, Zwickauer Land und Bundesland Sachsen. 2007 (unveröffentl.)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V.: Daten und Fakten: Alkohol 2005
Verfügbar unter: www.optiserver.de/dhs/daten_zahlen_alkohol.html

Deutsche Hochdruckliga: Leitlinien für die Prävention, Erkennung, Diagnostik und Therapie der arteriellen Hypertonie der Deutschen Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes e.V. 2003
Verfügbar unter: <http://leitlinien.net>

Deutsches Jugendinstitut (DJI) e. V.: Zahlenspiegel 2005. Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik. München: Online-Publikation 2005
Verfügbar unter: www.bmfsfj.de/Publikationen/zahlenspiegel2005/root.html

Deutsches Jugendinstitut (DJI) e. V.: Zahlenspiegel. Daten zu Tageseinrichtungen für Kinder. Kindertageseinrichtungen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf. München: Online-Publikation 2002

Verfügbar unter: www.dji.de/bibs/zahlenspiegel_gesamt.pdf

EG Rahmenrichtlinie 89/391/EWG des Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit, Amtsblatt Nr. L 183 vom 29/06/1989 S. 0001 – 0008, Nachfolgende Änderungen: Amtsblatt Nr. L 001 03.01.1994, 484

Fischer, N.: Lärm und Herzfrequenz bei Frauen in pädagogischen Berufen – eine 24-Stunden-Untersuchung. Unveröffentl. Dissertation. Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Technische Universität Dresden 2007

Frank, H.; Botzet, M.: Regionalfallstudie "Arbeit und Gesundheit von Mitarbeiterinnen in Kindertageseinrichtungen". Saarbrücken: Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V. 1998 (unveröffentl.)

Freitag, M.: Was ist eine gesunde Schule? Einflüsse des Schulklimas auf Schüler- und Lehrergesundheit. Weinheim: Juventa 1998

Freude, G.; Ullsperger, P.; Dehoff, W.: Zur Einschätzung von Vitalität, Leistungsfähigkeit und Arbeitsbewältigung älterer Arbeitnehmer. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2000. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschung, Fb 876)

Gebser, K.: Belastungserleben von Erzieherinnen. In: Möller, R.; Abel, J.; Neubauer, K.-P. (Hrsg.). Kindheit, Familie und Jugend. Ergebnisse empirischer pädagogischer Forschung (S. 55-66). Münster; New York: Waxmann 1996

Gesundheitsamt Torgau-Oschatz: Interne Statistik zu den Kita-Betriebserlaubnissen (unveröffentl.). Landkreis Torgau-Oschatz 2007

Gesundheitsamt Zwickau: Interne Statistik zu den Kita-Betriebserlaubnissen (unveröffentl.). Landkreis Torgau-Oschatz 2007

Gesundheitsamt Zwickau: Gesundheitsbericht der Stadt Zwickau: Gesunder Start in die Schule? Fortschreibung der Daten zur Einschulungsuntersuchung bis zum Schuljahr 2001/2002 (Spezialbericht). Zwickau: Stadtverwaltung Zwickau, Gesundheitsamt 2002 (unveröffentl.)

Gieseke, O.: Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben. Ein Modellprojekt der AOK Bayern. In: Meggeneder, O.; Pelster, K.; Sochert, R. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Bern: Hans Huber 2005, 51

Göbel, E.; Kuhn, J.; Metz, A.-M.; Ziese, T.: Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland – Stand und Perspektiven. In: Robert-Koch-Institut; Landesgesundheitsamt Brandenburg (Hrsg.): Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut 2002, 9-16

Göpfert, P.; Wagner, N.; Riedrich, C.; Meusel, D.; Kirch, W.: Gibt es wissenschaftlich fundierte Programme im Bereich der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten?. Prävention 3 (2004), 81-84

Hackman, J. R.; Oldham, G. R.: Development of the Job Diagnostic Survey. Journal of Applied Psychology 60 (1975), 159-170

Höck, K.; Hess, H.: Der Beschwerdefragebogen (BFB). Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften 1975

Hoffmann-Steuernagel, S.: Wohlbefinden und Gesundheit am Arbeitsplatz bei Erzieherinnen. In: Schad, M. (Hrsg.). Erziehung (k)ein Kinderspiel. Gefährdungen und Belastungen des pädagogischen Personals in Kindertagesstätten. Schriftenreihe der Unfallkasse Hessen, Band 7, Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt 2002.

Hüllinghorst, R.: Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. Jahrbuch Sucht. Geesthacht: Neuland 2006

Hurrelmann, K.; Murza, G.: Regionale Gesundheitsberichterstattung: Instrument einer effizienten Gesundheitspolitik. In: Murza, G.; Hurrelmann, K. (Hrsg.). Regionale Gesundheitsberichterstattung (S. 8-31). Weinheim/München: Juventa 1996

IKK Sachsen: Auswertung der Arbeitsunfähigkeit 2006. Kindertagesstätten Landkreis Torgau-Oschatz. IKK Sachsen, Betriebliche Gesundheitsförderung 2007 (unveröffentl.)

IKK-Bundesverband (Hrsg.): Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21.06.2000 (Fassung vom 10.02.2006)
Verfügbar unter: http://www.forumpraevention.de/forum-praevention_1234/images/Downloads/Leitfaden2006.pdf

Infektionsschutzgesetz (InfSchG): Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Gesetze vom 01.10.2007 (BGBl. 2007 II S. 1528)
Verfügbar unter: <http://bundesrecht.juris.de/ifsg/index.html>

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB): Statistisches Informationssystem des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB). 2007a
Verfügbar unter: www.pallas.iab.de/bisds/berufe.htm

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB): Berufe-Atlas. 2007b
Verfügbar unter: www.iab.de/produkte/BeitrAB150/index.html

Jugendamt Torgau-Oschatz: Mehr als 2500 Übernahmeanträge, Torgauer Zeitung, Februar 2006

Jugendamt Torgau-Oschatz: Statistik zur Erteilung der Betriebserlaubnis der Kindertagesstätten im Landkreis 2005 (unveröffentl. Statistik)

Jugend- und Sozialamt Zwickau: Bedarfsplan der Kindertageseinrichtungen Zwickau 2006/2007. Zwickau: Jugend- und Sozialamt 2006 (unveröffentl.)

Kalimo, R.; Rahkin, K.; Mutanen, P.; Toppinen-Tanner, S.: Staying well or burning out at work: work characteristics and personal resources as long-term predictors. *Work & Stress* 17 (2003), 2, 109-122

Karasek, R.A.; Theorell, T.: Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books 1990

Khan, A.: Gesundheitszirkel in einer Kindertagesstätte. Wiss. Abschlussarbeit, unveröffentl. Freie Universität Berlin 2000

Kirchler, E. (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG 2005

Knudsen, N.; Laurberg, P.; Perrild, H.; Bulow I.; Ovesen L.; Jorgensen, T.: Risk factors for goiter and thyroid nodules. *Thyroid* 12 (2002), 879-888

Kompier, M.: Stress und Ausgebranntsein – von einem globalen Problem zu einer globalen Lösung. In: Internationaler Metallgewerkschaftsbund 2001 (Hrsg.): Stress und Ausgebranntsein - ein wachsendes Problem für Angestellte. Genf: Internationaler Metallgewerkschaftsbund 2001, 39-51
Verfügbar unter: http://www.imfmetal.org/main/files/stress_german.pdf

Kuhn, K.: Gesundheitsberichterstattung in der Arbeitswelt. In: Robert Koch Institut; Landesgesundheitsamt Brandenburg (Hrsg.). Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stand und Perspektiven. Berlin: Robert Koch Institut 2002, 9-16

Lampert, T.; Saß, A.-C.; Häflinger, M.; Ziese, T.: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut 2005

Lazarus, R. S.; Folkman, S.: Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality* 1 (1987), 141-170

Lehmann, E.: Psychische Belastungen – eine Herausforderung für die Überwachungsbehörden. In: Nickel, U.; Reiter-Mollenhauer, R. (Hrsg.). Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag 1999

Lenhardt, U.: Neue Arbeitsformen zwischen Gesundheitsrisiken und -ressourcen. In: Pickshaus, K. (Hrsg.): Arbeiten ohne Ende. Hamburg: VSA-Verlag 2001, 51-68

Luxemburger Deklaration betrieblicher Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Broschüre. Essen: BKK Bundesverband der Betriebskrankenkassen 1997

Maslach, C.; Jackson, S.E.: Patterns of Burnout among a National Sample of Public Contact Workers. *Journal of Health and Human Resources Administration* 7 (1984), 189-212

Morschhäuser, M.; Ochs, P.; Huber, A.: Erfolgreich mit älteren Arbeitnehmern. Strategien und Beispiele für die berufliche Praxis. Bielefeld: Bertelsmann Stiftung 2003

Netz, T.: Erzieherinnen auf dem Weg zur Professionalität. Frankfurt/Main: Peter Lang 1998

Nitsch, J.: Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern: Huber 1981

Nübling, M.; Hasselhorn, H.-M.; Seitsamo, J.; Ilmarinen, J.: Work Ability Index Fragebogen: Vergleich kurzer und langer Krankheitsliste. In: Brüning, T.; Harth, V.; Zaghow, M. (Hrsg.): Dokumentationsband über die 45. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., Bochum, 06.04. - 09.04.2005 (S. 595-597). Stuttgart. Gentner Verlag 2005

Renn, H.; Thiele, W.: Gesundheitsförderung durch Gesundheitsberichterstattung. Prävention 18 (1995), 2, 35-37

Richter, P.; Rudolf, M.; Schmidt, C.F.: Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigungen. Frankfurt/Main: Swets 1996

Rieder-Aigner, H. (Hrsg.): Praxis-Handbuch Kindertageseinrichtung. Berlin: Walhalla 1994

Robert Koch-Institut (RKI): Bundes-Gesundheitssurvey 2002. Alkohol. Beiträge zur Bundesgesundheitsberichterstattung. Berlin: Robert Koch-Institut 2003a

Robert Koch-Institut (RKI): Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Bluthochdruck. Beiträge zur Bundesgesundheitsberichterstattung. Berlin: Robert Koch-Institut 1999

Robert Koch-Institut (RKI): Bundes-Gesundheitssurvey 2002. Körperliche Aktivität – Aktive Freizeitgestaltung in Deutschland. Beiträge zur Bundesgesundheitsberichterstattung. Berlin: Robert Koch-Institut 2003b

Robert Koch-Institut (RKI): Gesundheit in Deutschland. Beiträge zur Bundesgesundheitsberichterstattung. Berlin: Robert-Koch-Institut 2006

Robert Koch-Institut (RKI): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Beiträge zur Bundesgesundheitsberichterstattung. Berlin: Robert-Koch-Institut 2004

Rothfuß, R.: Burnout-Syndrom im Finanzdienstleistungsbereich. In: Nickel, U.; Reiter-Mollenhauer, R. (Hrsg.): Psychische Belastungen in der Arbeitswelt. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 1999

Rudow, B.: Arbeits- und Gesundheitsschutz im Lehrerberuf. Schulmanagement 6 (2000), 27-31

Rudow, B.: Belastungen und der Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Erzieherinnen. Mannheim/Mühlhausen: IGO 2004a, Projektbericht

Rudow, B.: Arbeitsbedingungen für Erzieher/innen. Hohe psychische Belastungen. Bildung & Wissenschaft 6 (2004b), 6-11

Rudow, B.: Stand, Ergebnisse und Perspektiven der psychologischen Forschung zur Arbeitszufriedenheit im Lehrerberuf. Zeitschrift für die gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete, 34 (1988), 330-333

SächsKitaG - Sächsisches Kindertagesstättengesetz: Sächsisches Gesetz- und Verordnungsblatt, Nr. 16 (v. 5. 12.2001). Rechtsbereinigt mit Stand vom 17. Dezember 2005. Dresden: Saxonia 2001

Sächsische Qualifikationsverordnung (SächsQualiVO): Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Anforderungen an die Qualifikation und Fortbildung der pädagogischen Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen und der Tagespflegepersonen vom 09.01.2004

Sächsisches Staatsministerium für Soziales: Durchschnittliche Betriebskosten je Monat und Platz des Jahres 2005 in Sachsen. Interne Information, 2007 (unveröffentl.)

Sächsisches Staatsministerium für Soziales: Befunde der Einschulungsuntersuchungen der Schuljahre 2003/2004 bis 2006/2007 2007 in Sachsen. interne Information, 2007 (unveröffentl.)

Sächsisches Staatsministerium für Soziales: Gesund aufwachsen in Sachsen. Handbuch für Erzieherinnen und Erzieher in Kindertageseinrichtungen. Freistaat Sachsen 2007
Verfügbar unter: www.sms.sachsen.de – Service, Publikationen

Sächsisches Staatsministerium für Soziales (Hrsg.): Sächsischer Bildungsplan. Dresden: Verlag das Netz 2006

Schad, M.: Erziehung (k)ein Kinderspiel. Gefährdungen und Belastungen des pädagogischen Personals in Kindertagesstätten. Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt 2002 (Schriftenreihe der Unfallkasse Hessen, Bd. 7)

Schaufeli, W.B.; Leiter, M.P.; Maslach, C.; Jackson, S.E.: Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS); In: Maslach, C.; Jackson, S.E.; Leiter, M.P. (Eds.): MBI-Manual. 3rd Edn. Palo Alto: CA. Consulting Psychologists Press 1996

Schilling, M.: Kindertageseinrichtung – Stillstand trotz vielfältiger Herausforderungen. In: Rauschenbach, T.; Schilling, M. (Hrsg.): Kinder- und Jugendhilfereport 2 (S. 39-64). Weinheim/München: Juventa 2005

Schmidt, K.-H.; Kleinbeck, U.: Job Diagnostic Survey (JDS - deutsche Fassung). In: Dunckel, H. (Hrsg.): Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren. Zürich: vdf Hochschulverlag 1999

Schönwälder, H.-G.; Berndt, J.; Ströver, F.; Tiesler, G.: Lärm in Bildungsstätten – Ursachen und Minderung. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2004 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin)

Schwarzer, R.; Jerusalem, M.: Das Konzept der Selbstwirksamkeit. Zeitschrift für Pädagogik 44. Beiheft (2002), 28-53

Schwarzer, R.; Schmitz, G.S.: Skala Lehrer-Selbstwirksamkeitserwartung. In: Schwarzer, R.; Jerusalem, M. (Hrsg.). Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Berlin: Freie Universität Berlin 1999, 60-61

Seibt, R.; Freude, G.; Schneider, S.; Scheuch, K.; Ullsperger, P.: Arbeitsfähigkeit und Vitalität bei unterschiedlicher beruflicher Tätigkeit. ErgoMed 6 (2001), 170-176

Seibt, R.; Dutschke, D.; Thinschmidt, M.; Khan, A.: Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten - Projektkonzept, Umsetzung und erste Befunde. Zeitschrift Arbeit 3 (2004), 312-319

Seibt, R.; Khan, A.; Thinschmidt, M.; Dutschke, D.; Weidhaas, J.: Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005 (Schriftreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschung, Fb 1049)

Siegrist, J.: Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions at work. Journal of Occupational Health Psychology 1 (1996), 1, 27-41

Siegrist, J.: Der Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen. ErgoMed 27 (2003), 5, 134-136

Siegrist, J.: Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren: Die Bedeutung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse für die betriebliche Gesundheitsförderung. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe 2 der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung. In: Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitsförderung. Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Hrsg.: Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung. Gütersloh und Düsseldorf: Verlag Bertelsmann Stiftung 2004, 1-97

Siegrist, J.; Peter, R.: Questionnaire Guidelines. Measuring effort-reward imbalance at work: guidelines. Online-Dokument, Univ. Düsseldorf 1999.
Verfügbar unter: www.uni-duesseldorf.de/MedFak/workstress/dimens5.html

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V): Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 20.12.1988, BGBl I S. 2477), zuletzt geändert durch Art. 28 Abs. 4 des Gesetzes vom 07.09.2007
Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/index.html

Sozialgesetzbuch (SGB) Siebentes Buch (VII): Gesetzliche Unfallversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 07.08.1996, BGBl I S. 1254)
Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/sgb_7/index.html

Stadtverwaltung Zwickau: Beitrags- und Benutzungssatzung für die Kita sowie für die Kindertagespflege der Stadt Zwickau 07.03.2005 (2. Änderungssatzung vom 29.11.2006)

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.): Kindertagesbetreuung regional 2006. Ein Vergleich aller 439 Kreise in Deutschland. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt 2007

Verfügbar unter: www.destatis.de

Statistisches Landesamt Sachsen: Kreisstatistik 2006

Verfügbar unter: http://www.statistik.sachsen.de/23/01__info.asp

Statistisches Landesamt Sachsen: Kreisstatistik 2007

Verfügbar unter: http://www.statistik.sachsen.de/23/01__info.asp

Steckelings, U.; Stoppelhaar, M.; Sharma, A.; Wittchen, H. U.; Kupper, B.; Kirch, W.; Pitrow, D.; Ritz, E.; Göke, B.; Lehnert, H.; Tschope, D.; Höfler, M.; Pfister, H.; Unger, T.: HYDRA: Possible determinants of unsatisfactory hypertension control in German primary care patients. *Blood Pressure* 13 (2004), 2, 80-88

Steinfeld, A.; Stein, B.; Beck, D.: Arbeits- und Gesundheitsschutz in Klein- und Mittelbetrieben. In Busch, R. (Hrsg). *Unternehmensziel Gesundheit, Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis – Bilanz und Perspektiven*. Mering: Rainer Hampp 2004

Sust, C.A.; Lazarus, H.: Auswirkungen von Geräuschen mittlerer Intensität in Schulen, Aus- und Weiterbildungen. *Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse* 103. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 1997 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin)

Techniker Krankenkasse (TK) (Hrsg.): Gesundheitsreport 2007 - Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK (Bd. 13). Hamburg: Techniker Krankenkasse 2007

Thamm, M.: Blutdruck in Deutschland – Zustandsbeschreibung und Trends. *Gesundheitswesen* 61 (1999), Sonderheft 2, S 90-93

Thinschmidt, M.; Gruhne, B.: 1. Bericht zur beruflichen und gesundheitliche Situation von Kita-Personal im Landkreis Torgau-Oschatz. Torgau: Landratsamt Eigenverlag 2006

Tsutsumi, A.; Ishitake, T.; Peter, R.; Siegrist, J.; Matoba, T.: The Japanese version of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire: a study in dental technicians. *Work & Stress* 15 (2001), 1, 86-96

Tuomi K.; Ilmarinen J.; Jahkola A.; Katajarinne L.; Tulkki A.: Work Ability Index. 2. rev. ed. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health 1998. (Occupational Health Care, 19)

Tuomi K.; Ilmarinen J.; Jahkola A.; Katajarinne L.; Tulkki A.: Arbeitsbewältigungsindex. Work Ability Index. Dt. Übers. 1. Aufl. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2001. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Übersetzung, Ü 14)

Unfallkasse Sachsen: Interne Statistik zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bei Kita-Personal 2005 (unveröffentl.) 2006

Unfallkasse Sachsen: Interne Statistik zu Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bei Kita-Personal 2006 (unveröffentl.) 2007

van Dick, R.; Wagner, U.: Vorzeitige Pensionierung im Lehrberuf - Identifikation als Schutzfaktor gegen Stress und Beanspruchung? In: Heyse, H. (Hrsg.): Vorbereitende Texte für das Symposium: Lehrerbelastrung – Lehrergesundheit. Bestandsaufnahme - Diagnose – Prävention – Intervention. Deutscher Psychologentag und 21. Kongress für angewandte Psychologie vom 1.-4. Nov. 2001 in Bonn. Online-Dokument 2001, 25-27

Verfügbar unter: <http://www.schulpsychologie.de/downloads/kuhlmann/heysebonn.pdf>

Völzke, H.; Ludemann, J.; Robinson, D.M.: The prevalence of undiagnosed thyroid disorders in a previously iodine-deficient area. *Thyroid* 13 (2003), 803-810

Völzke, H.; Thamm, M.: Epidemiologie von Schilddrüsenerkrankungen in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2 (2007), 3, 149-152

Weinert, A.B.: Organisationspsychologie. 4. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1998

Westermayer, G.: Betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Verfügbar unter: <http://www.bgf-berlin.de/konzept.html>

Westermayer, G.; Bähr, G. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie 1994

Wolf-Maier, K.; Cooper, R. S.; Banegas J. R.; Giampaoli, S.; Hense, H.-W.; Joffres, M.; Katarinen, M.; Poulter, N.; Primatesta, P.; Rodriguez-Artalejo, F.; Stegmayr, B.; Thamm, M.; Tuomilehto, J.; Vanuzzo, D.; Vescio, F.: Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European Countries, Canada, and the United States. *Journal of the American Medical Association* 289 (2003), 18, 2363-2369

Wolters, J., Bellwinkel, M., Standke, W., Zoike, E.: Branchenbericht für den öffentlichen Dienst. Gesundheitsrisiken und Präventionspotentiale bei Erzieher/innen. Hrsg.: BKK Bundesverband, Bundesverband der Unfallkassen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2002

Zoike, E.: Daten der gesetzlichen Krankenkassen in der Gesundheitsberichterstattung: Aussagemöglichkeiten und Grenzen. In: Robert-Koch-Institut; Landesgesundheitsamt Brandenburg (Hrsg.): Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut 2002, 27-38

ISBN: 978-3-86780-047-1