

Almstadt, Esther; Gebauer, Günter; Medjedović, Irena

Research Report

Arbeitsplatz Kita. Berufliche und gesundheitliche Belastungen von Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen im Land Bremen

Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft, No. 15/2012

Provided in Cooperation with:

Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Universität Bremen / Arbeitnehmerkammer Bremen

Suggested Citation: Almstadt, Esther; Gebauer, Günter; Medjedović, Irena (2012) : Arbeitsplatz Kita. Berufliche und gesundheitliche Belastungen von Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen im Land Bremen, Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft, No. 15/2012, Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW), Universität Bremen und Arbeitnehmerkammer Bremen, Bremen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/109014>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Esther Almstadt
Günter Gebauer
Irena Medjedović

**Arbeitsplatz Kita.
Berufliche und gesund-
heitliche Belastungen
von Beschäftigten in
Kindertageseinrichtun-
gen im Land Bremen**

Herausgeber:

Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW)
Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen
Postfach 33 04 40
28334 Bremen

Bestellung:

Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW)
- Geschäftsstelle -
Tel.: +49 421 218-61704
info@iaw.uni-bremen.de
Schutzgebühr: 5 €

1. Auflage 2012
ISSN: 2191-7264

Gedruckt auf 100% Recyclingpapier

Esther Almstadt
Günter Gebauer
Irena Medjedović

**Arbeitsplatz Kita.
Berufliche und gesundheitliche Belastungen
von Beschäftigten in Kindertages-
einrichtungen im Land Bremen**

In einem von der Arbeitnehmerkammer Bremen im Jahr 2011 geförderten Projekt ging es darum, die Schwerpunkte der Belastungen in der Tätigkeit von Beschäftigten der Kindertageseinrichtungen im Land Bremen zu ermitteln und daraus Handlungsperspektiven abzuleiten. Die Ergebnisse der Untersuchung werden hier vorgestellt. Das Herzstück der Studie bestand in der qualitativen Befragung von gesetzlichen Akteuren des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, Führungskräften von Kita-Trägern sowie Leitungen einzelner Kita-Standorte in Bremen und Bremerhaven. Durch ihre Aufgeschlossenheit und die engagierte Auseinandersetzung mit unseren Fragen haben die Interviewten wesentlich zum Gelingen dieses Projektes beigetragen. Ihnen allen gebührt daher unser herzlicher Dank!

Kurzfassung

Bedeutung und gesellschaftlicher Stellenwert der Kindertageseinrichtungen für die Sozialisation und Bildung der nachwachsenden Generation wurden in den letzten Jahren neu definiert. Politisch sind entsprechende Weichen gestellt worden, um bis 2013 eine Betreuungsquote für unter 3-jährige Kinder (U-3) von 35 % zu erreichen. Das zieht einen erhöhten Bedarf an qualifiziertem pädagogischen Personal nach sich. Auf der einen Seite haben wir es also mit einer neuen gesellschaftlichen Schlüsselrolle der frühkindlichen Bildung zu tun. Dieser Rolle stehen aber auf der anderen Seite Befunde gegenüber, die auf berufliche Belastungen mit gravierenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Erzieher/-innen hinweisen. Deshalb wurden im Land Bremen vor allem Interviews mit Verantwortlichen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (AGS) zur Klärung der gesundheitlichen Belastung in den Kitas geführt. Die Ergebnisse zeigen, dass es nicht nur erhebliche physische und psychische Belastungen gibt, sondern auch den Willen, sich der Gefährdungen präventiv anzunehmen. Der bisherige AGS in den Kitas ist allerdings eher technisch ausgerichtet, die Beteiligungskomponente wenig entwickelt. Hier ist anzusetzen, wenn Prävention Wirkung zeigen und auch den Beruf attraktiver machen soll.

Abstract

The importance and social significance of child day care facilities for the socialization and education of the new generation has been newly defined in the past few years. Politicians have set agendas for a care quota for under 3-year-olds (U-3) of 35% by 2013. This means a marked increase in the call for trained educators. Whereas on the one hand we are witnessing the emergence of a new key social role for early childhood education, on the other hand it is becoming clear that the increased demands placed on child educators can negatively impact their health and work performance. To gain a better insight into the effects of the growing work burden, we conducted interviews especially with those responsible for occupational safety and health in the day care centres in the federal state of Bremen. Our findings show that the increased physical and psychological strain is accompanied by an increased willingness to participate in preventive measures. However, until now the contribution of health and safety measures in day care centres has been of a rather technical nature with a low participatory component. The challenge now is to develop preventive measures in an attempt to make the profession more attractive.

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	7
TABELLENVERZEICHNIS.....	7
1 HINTERGRUND, ZIELE UND FRAGESTELLUNG	9
2 BEMERKUNGEN ZUM METHODISCHEN VORGEHEN.....	12
3 RAHMENBEDINGUNGEN DER ARBEIT: BESCHÄFTIGUNG, EINKOMMEN UND BETRIEBSSTRUKTUR.....	14
3.1 Beschäftigtenstruktur.....	14
3.2 Einkommen der Beschäftigten.....	20
3.3 Träger- und Einrichtungstypen der Kindertagesbetreuung im Land Bremen.....	22
4 KRANKENSTÄNDE UND (DER WUNSCH NACH) FRÜHVERRENTUNG	27
5 DIE BERUFSSPEZIFISCHEN BELASTUNGEN	31
5.1 Ergebnisse der Belastungsforschung: Die vier Hauptbelastungs- faktoren im Kita-Bereich	31
5.2 Spezifische Ergebnisse der Bestandsaufnahme in Kinder- tageseinrichtungen im Land Bremen	35
6 ARBEITS- UND GESUNDHEITSSCHUTZ UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN KINDERTAGESEINRICHTUNGEN IM LAND BREMEN	45
6.1 Stand der Umsetzung von Arbeits- und Gesundheitsschutz	45
6.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	47
6.3 Verbesserung in kleinen Schritten	50
7 SCHLUSSFOLGERUNGEN FÜR EINEN PRÄVENTIVEN UND BETEILIGUNGSORIENTIERTEN AGS SOWIE EINE NACHHALTIGE BESCHÄFTIGUNGSFÄHIGKEIT	53
ANHANG: ERLÄUTERUNGEN ZUR METHODIK DER QUALITATIVEN	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersstruktur 2010 (Quelle: Zahlen aus dem Ländermonitor frühkindliche Bildungssysteme, Bertelsmann Stiftung 2009: Bremen).....	15
Abbildung 2: Schritte beim Aufbau einer präventiven und beteiligungsorientierten AGS-Organisation (in Anlehnung an Hammer/Seibicke 2010: 9)	55
Abbildung 3: Lerninhalte AGS für die Ausbildung.....	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Pädagogisches Personal in Kitas im Land Bremen 2008 bis 2010 (Quellen: Statistisches Landesamt Bremen sowie Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme).....	14
Tabelle 2: Pädagogisches Personal in Kitas nach Qualifikation 2009 (Quelle: Ländermonitor frühkindliche Bildungssysteme, Bertelsmann Stiftung) ...	18
Tabelle 3: Beschäftigungsumfang Pädagogisches Personal in Kitas im Land Bremen 2009, absolut und in % (Quelle: Ländermonitor frühkindliche Bildungssysteme, Bertelsmann Stiftung)	19
Tabelle 4: Gehaltstabelle TVöD-SuE / Stand August 2011	21
Tabelle 5: Interviews mit Kita-Leitungen.....	65

1 Hintergrund, Ziele und Fragestellung

Die Sicht auf Kindertageseinrichtungen (Kitas) hat sich in den letzten 10 Jahren stark gewandelt. Ihre Bedeutung wie auch ihr gesellschaftlicher Stellenwert für die Sozialisation und Bildung der nachwachsenden Generation wurden neu definiert.

Neben den inzwischen anspruchsvollen Aufgaben der Vorschulerziehung soll das pädagogische Kita-Personal nun auch umfangreiche frühkindliche Förderprogramme umsetzen. Die Robert-Bosch-Stiftung, die mit dem Programm „PiK – Profis in Kitas“ eine bundesweite Professionalisierungsinitiative startete, beschreibt die Entwicklung in Kitas und deren Auswirkungen auf die Berufsrolle des frühpädagogischen Personals als „Wandel von der Betreuung zur Trias ‚Bildung, Betreuung, Erziehung““ (Robert Bosch Stiftung 2001: 15).

Auch politisch sind entsprechende Weichen gestellt worden: Bund, Länder und Kommunen haben vereinbart, dass bis 2013 die Schaffung von 750.000 Betreuungsplätzen für unter 3-jährige Kinder (U-3) bzw. eine Betreuungsquote von 35 % erreicht werden soll. Dies zieht einen erhöhten Bedarf an qualifiziertem pädagogischem Personal in den Kitas nach sich. Laut einer Expertise von Rauschenbach und Schilling (2010: 66 f.) für die *Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte* (WiFF) kommt auf das Land Bremen ein erheblicher Personalbedarf zu – und dies schon ohne Berücksichtigung der demografischen Entwicklung.

Auf der einen Seite kommt also der frühkindlichen Bildung eine neue gesellschaftliche Schlüsselrolle zu. Dieser Schlüsselrolle stehen jedoch andererseits Hinweise auf unattraktive Arbeitsbedingungen und erhebliche Arbeitsbelastungen mit entsprechenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Erzieherinnen gegenüber. So zeugt die 2009 im Arbeitskampf erstrittene tarifvertragliche Regelung für die betriebliche Gesundheitsförderung (TVöD vom 1. November 2009) von der Notwendigkeit entsprechender Maßnahmen. Gleichzeitig hält jene Regelung einen vermutlich spärlichen Stand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Kitas fest – sonst bedürfte es nicht des Tarifvertrages in dieser Form. Zudem zeigen eine Reihe von bundesweiten oder auf einzelne Bundesländer bezogene Studien, dass das pädagogische Personal in Kitas hohen physischen und psychischen Belastungen im Berufsalltag ausgesetzt ist (u.a. BGW/DAK o.J.; BAuA 2011; Fuchs/Trischler 2009; Fuchs-Rechlin 2007; ikk-Bundesverband 2011; Khan 2009; Rudow 2004; Schad/Unfallkasse Hessen 2003).

Die neuen Anforderungen an das pädagogische Personal sind auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass der Beruf Erzieher/in sich in den letzten 20 Jahren zu einem Beruf auf Lebenszeit gewandelt hat. Gingen früher die vorwiegend weiblichen Beschäftigten davon aus, übergangsweise und in Teilzeit im – damals noch – Kindergarten zu arbeiten, üben Erzieher/innen ihren Beruf heute immer häufiger bis zur Verrichtung aus und verstehen ihre Berufstätigkeit auch nicht mehr als Zuverdienstquelle.

Eben diese Problemanzeigen, die wichtige Funktion der Beschäftigten für die Entwicklung der Kinder, der sich abzeichnende Fachkräftemangel in den kommenden Jahr(zehnt)en und die Tendenz zur lebenslangen Vollzeitarbeit fordern folgende Fragen heraus: Was genau sind die Belastungen im Beruf? Und wie gelingt es, Verbesserungen am Arbeitsplatz und eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit (Employability) im vorschulischen Erziehungsbereich zu implementieren?

Um nach entsprechenden Antworten zu suchen, haben wir zunächst eine Bestandsaufnahme zum Arbeitsalltag in Kindertagesstätten im Land Bremen vorgenommen.¹ Die Untersuchung konzentrierte sich dabei vor allem die Erfassung der beruflichen Belastungen und auf den Stand der Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (AGS) wie auch auf bereits durchgeführte Modelle zur Gesundheitsförderung in den Einrichtungen. Auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse sollten Schlüsse gezogen werden, wie die rechtlichen Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im Sinne der Ganzheitlichkeit, Partizipation und Prävention und damit auch der Sicherung nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit des frühpädagogischen Personals sinnvollerweise ausgestaltet werden können.

In dem vorliegenden Beitrag werden nun die Ergebnisse unserer Untersuchung präsentiert.

Wie wir bei dieser Untersuchung vorgegangen sind, wird im folgenden Kapitel (*Kapitel 2*) dargestellt. Im *Kapitel 3* werden die strukturellen Rahmenbedingungen der Ar-

¹ *Projekt:* „Bestandsaufnahme zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im Bereich des vorschulischen Erziehungsdienstes (AGS Erziehung)“, gefördert durch die Arbeitnehmerkammer Bremen, *Laufzeit:* Januar bis Dezember 2011, *Team:* Irena Medjedovic (Leitung), Dr. Esther Almsstadt und Dr. Günter Gebauer. Die Fragestellungen waren Teil eines größeren Projektverbands mit der Kammer, in der sowohl Fragen der Ausbildung von Erzieherinnen und Erziehern, der Struktur der Kindertagesbetreuung und der beruflichen Perspektive Gegenstand der Untersuchung waren. Von der Arbeitnehmerkammer waren unsere *Kooperationspartnerin und unser Kooperationspartner:* Susanne Hermeling, Referentin für Bildungspolitik, und Dr. Thomas Schwarzer, Referent für kommunale Sozialpolitik.

beit in Bremer und Bremerhavener Kindertageseinrichtungen vorgestellt. *Kapitel 3.1 und 3.2* geben Aufschluss darüber, welche Einkommens- und Beschäftigungsverhältnisse das Berufsbild der Erzieherin und Kinderpflegerin (kaum des Erziehers – um ein Ergebnis dieser Strukturanalyse vorwegzunehmen) prägen, aber auch wie die Qualifikations- und Altersstruktur des Personals in den regionalen Kindertageseinrichtungen aussieht. In den Studienergebnissen kristallisiert sich die Abhängigkeit der konkreten Belastungssituation von den organisatorischen Bedingungen der jeweiligen Einrichtung als ein wesentlicher Befund heraus. Daher werden im *Kapitel 3.3* die Spezifika der Kita-Landschaft im Land Bremen skizziert, vor allem im Hinblick auf die Differenzierung der Einrichtungstypen. Ausgehend von diesen Rahmenbedingungen thematisieren die darauf folgenden *Kapitel 4 und 5* schließlich die gesundheitliche Situation von Kita-Beschäftigten. Arbeits- und Gesundheitsschutz wie auch betriebliche Gesundheitsförderungen stellen die zwei klassischen und wesentlichen Instrumente dar, um Arbeitsplatz bezogenen Gefährdungen, Belastungen und gesundheitlichen Beschwerden entgegenzuwirken. Deshalb widmen sich die Ausführungen im *Kapitel 6* der Frage, wie diese beiden Felder in den Kitas im Land Bremen bislang ausgestaltet werden. Im abschließenden Kapitel (*Kapitel 7*) werden die zentralen Schlussfolgerungen aus den Untersuchungsergebnissen gezogen. Dabei wird von der Prämisse ausgegangen: Nur ein präventiv ausgerichteter und beteiligungsorientierter Arbeits- und Gesundheitsschutz ist zielführend und trägt zu einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit bei.

2 Bemerkungen zum methodischen Vorgehen

Methodisch beruht die Untersuchung im Wesentlichen auf zwei zentralen Säulen.

Zum einen wurden bereits vorliegende relevante Studien und statistische Daten zum Arbeits- und Gesundheitsschutz der Beschäftigten in der frühkindlichen Erziehung gesichtet und ausgewertet. Darunter sind einschlägige arbeitswissenschaftliche Studien, Untersuchungen und Berichte von Gewerkschaften, Unfall- und Krankenkassen sowie die Befunde der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Die Studien benennen dezidiert die gravierenden Arbeitsbelastungen im Kita-Bereich und die entsprechenden Folgen – für die Gesundheit der Beschäftigten wie auch für die Einrichtungen, z. B. in Form von krankheitsbedingten Ausfällen des Personals. Diese Befunde fließen daher in die Bestandsaufnahme ein (siehe Kapitel 4 und 5.1).

Zum anderen – und dies ist das eigentliche Herzstück der Untersuchung – wurde eine eigene qualitative Befragung in und für die Region (Land Bremen) durchgeführt, um die Situation auch aus der Perspektive der Kitas und der dort Beschäftigten zu verstehen.² Hierzu wurden gesetzliche Träger des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (AGS), verantwortliche Führungskräfte der Träger von Kindertageseinrichtungen (*Träger*) und die Standortleitungen (*Kita-Leitungen*) in den Kitas interviewt. Zusätzlich fanden Gespräche mit den zuständigen Gewerkschaften, den senatorischen Behörden, mit Fachschulen bzw. Bildungsträgern (*Ausbildung*) für den Erziehungssektor sowie einer Personalrätin statt.

Es ging im Kern um die Frage, wie der tägliche Arbeitsablauf in den Kitas aussieht und mit welchen Belastungsfaktoren³ die Beschäftigten in den Einrichtungen konfrontiert sind. Zu diesem Zweck wurden Leitfäden entwickelt, die die Interviews strukturieren und den aktuellen Stand des Arbeits- und Gesundheitsschutzes inklusive des

² Interviewauszüge werden mit dem Hinweis auf die (anonyme) Quelle zitiert: AGS, Träger, Ausbildung, Gewerkschaften oder Kita-Leitung.

³ Im Unterschied zur Umgangssprache ist der Begriff "Belastung" in der Arbeitswissenschaft neutral definiert. Belastungen sind hier verstanden als alle auf den Menschen einwirkende Einflüsse aus den Arbeitsbedingungen. Ob eine Belastung als positive Beanspruchung oder aber als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit erfahren wird, hängt an dem individuellen Bewältigungsvermögen (Leistungsvoraussetzungen und Ressourcen). Um mögliche Gesundheitsgefahren für die Beschäftigten aufzudecken, ist es daher wichtig zu fragen, welche Belastungen denn zu Beanspruchungen führen können, insbesondere wenn diese Belastungen dauerhaft, intensiv und schwer auftreten. (Vgl. z.B. Beer/Hammer/Hübner/Stickdorn 2011: 12 f.).

Problembewusstseins in den Kitas erschließen sollten (zur Interviewmethode vgl. Witzel 2000 sowie Meuser & Nagel 1991). (Nähere Erläuterungen zu der durchgeführten qualitativen Befragung finden sich im Anhang.)

Darüber hinaus liegen den Kapiteln 3.1 und 3.2 Analysen und Reviews vorliegender statistischer Datenberichte und Studien zu der Beschäftigtenstruktur, Einkommenssituation und den Fachkräftebedarfsprognosen zugrunde.⁴

⁴ Diese beiden Unterkapitel sind einem Werk entnommen, das Dr. Günter Gebauer im Auftrag der Arbeitnehmerkammer durchführte. An dieser Stelle einen herzlichen Dank an den Autor sowie Susanne Hermeling und Dr. Thomas Schwarzer, dass auf diese Ergebnisse zurückgegriffen werden durfte.

3 Rahmenbedingungen der Arbeit: Beschäftigung, Einkommen und Betriebsstruktur

Eine Bestandsaufnahme der Belastungen und der Gesundheit von Kita-Beschäftigten schließt als Grundlage auch einige Eckdaten zu den strukturellen Bedingungen von Beschäftigung und Einkommen ein. Die *Qualifikation* der Beschäftigten ist eine Voraussetzung zur Bewältigung ihrer Aufgaben. Das *Alter* einer Person ist zwar für die Gesundheit per se kein Kriterium, aber als Ausweis der Einwirkung von 20 bis 30 Jahren Berufstätigkeit in der Kita ein wichtiges Datum. Frauen und Männer gehen erwiesenermaßen verschieden mit Belastungen um (siehe hierzu unter anderem: Gümbel 2009; Gümbel/Rundnagel 2004; Mehrbach/Brähler 2010). Deshalb spielt die Genderstruktur der Berufe im Kita-Bereich eine Rolle. Teilzeittätigkeit ist für sich genommen eine ‚unschuldige‘ Kategorie, also weder gut noch schlecht; sie ist sogar als gesundheitsfördernd zu sehen – wenn die in Teilzeit arbeitende Person nicht wegen ihres geringen *Einkommens* eine zweite Tätigkeit anderswo aufnehmen muss.

3.1 Beschäftigtenstruktur

Beschäftigtenzahlen

Das Statistische Landesamt Bremen (Stand: März 2010, Statistische Berichte) weist für die Tageseinrichtungen 3.897 Beschäftigte aus.⁵ Nimmt man die Zahlen des Ländermonitors Frühkindliche Bildungssysteme⁶ für die Jahre 2009 und 2008 hinzu, zeigt sich folgendes Bild:

Jahr	2008	2009	2010
Zahl der Beschäftigten	3.563	3.826	3.897

Tabelle 1: Pädagogisches Personal in Kitas im Land Bremen 2008 bis 2010 (Quellen: Statistisches Landesamt Bremen sowie Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme)

⁵ In der öffentlich geförderten Kindertagespflege sind außerdem 340 Personen beschäftigt, deren Tätigkeit hier nicht Gegenstand ist, das wäre ein gesondertes Untersuchungsfeld, da hier die Beschäftigten quasi ihr eigenen Unternehmer bzw. Unternehmerinnen sind.

⁶ Ländermonitor frühkindliche Bildungssysteme – Bundesländer, Bertelsmann Stiftung, Land Bremen. <http://www.laendermonitor.de/bundeslaender/bremen/landesbericht/index.html>

Seit drei Jahren steigt in Bremen demnach die Zahl des beschäftigten pädagogischen Personals, im Jahr 2009 immerhin um 263.

Es gibt durch den Ausbau der Betreuung von Kindern bis zum Alter von 3 Jahren (U3) eine Ausdehnung des Tätigkeitsfeldes und dadurch eine verstärkte Nachfrage nach Erziehungspersonal. Dieser Trend wird sich mit dem U3-Ausbau noch weiter fortsetzen. (Für weitere Ausführungen siehe Gebauer 2011.)

Altersaufbau

Die folgende Grafik zeigt den Altersaufbau im Bereich der Tageseinrichtungen im Land Bremen:

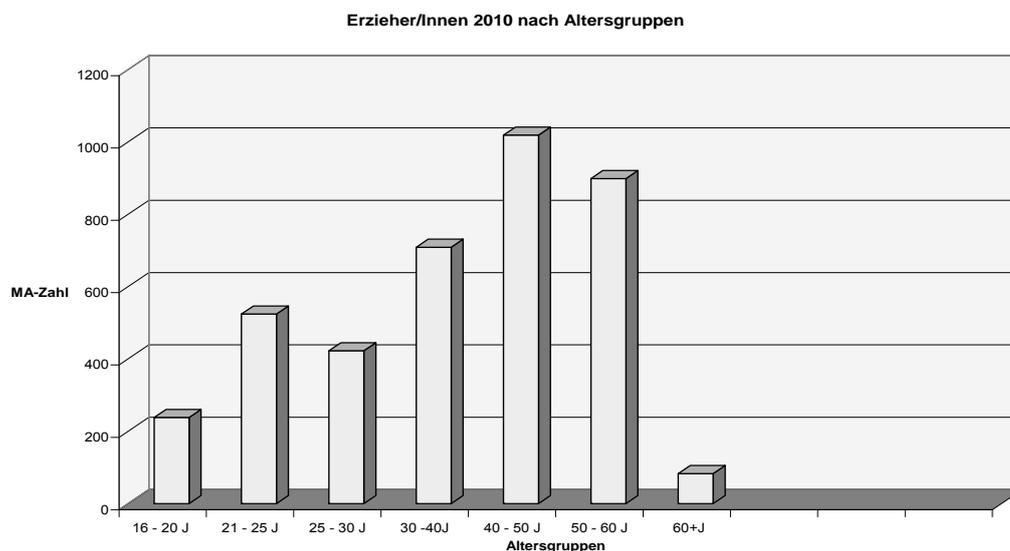


Abbildung 1: Altersstruktur 2010 (Quelle: Zahlen aus dem Ländermonitor frühkindliche Bildungssysteme, Bertelsmann Stiftung 2009: Bremen)

Die Hälfte der Beschäftigten hat das Alter von vierzig Jahren überschritten. Dennoch liegt der Altersdurchschnitt in Bremen noch leicht unter dem Altersdurchschnitt in Deutschland insgesamt.⁷ Mehr als ein Viertel der Beschäftigten ist heute älter als 50 Jahre. Damit zeichnet sich ein Handlungsbedarf bei den Trägern ab. Diese müssen

innerhalb der kommenden 10 bis 15 Jahre bei einem Viertel ihres qualifizierten Personals sich um den Erhalt dessen Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit kümmern und zugleich sukzessive für adäquaten Ersatz sorgen. Personalentwicklung und Rekrutierung sind keine alternativen Strategien für die kommenden Jahre; sie ergänzen sich, weil die Personalrekrutierung sich angesichts des demografischen Wandels immer schwieriger gestaltet. Durch den bereits laufenden Ausbau der U3-Betreuung wird es auch keine Entspannung der Situation mit Blick auf die Personalbedarfe geben; denn die Zahl der Kinder wird in den kommenden Jahren voraussichtlich nicht nur konstant bleiben, sondern sogar leicht wachsen (vgl. Der Senator für Umwelt, Bau, Verkehr und Europa Bremen 2008: 18).

Als interessant erweist sich die Entwicklung in diesem Bereich im Verlauf der letzten 20 Jahre:

„Noch zu Beginn der 90er-Jahre stellte die frühkindliche Bildung ein 'junges' Berufsfeld dar. Waren 1990 in Westdeutschland nur 20% der Beschäftigten 40 Jahre und älter, so trifft dies heute auf nahezu jede zweite Fachkraft zu. Auch die Zahl der über 50-Jährigen steigt. Der Erzieherinnenberuf ist ein Beruf auf Lebenszeit geworden, der immer häufiger bis zur Verrentung ausgeübt wird. Was dies für die Entwicklung der Einrichtungen und die pädagogische Arbeit bedeutet, ist fachlich noch kaum reflektiert“ (Riedel 2008).

Erzieherinnen – hier sind ausdrücklich die weiblichen Beschäftigten gemeint – sind früher offenbar davon ausgegangen, dass sie ihren Beruf nicht auf Lebenszeit ausüben werden und/oder nur als Zuverdienst. Das ist inzwischen Vergangenheit. Was die Alterung der Fachkräfte pädagogisch gesehen bedeutet, wird hier nicht behandelt. Was sie aber für die Personalabteilungen der Einrichtungen und für die Beschäftigten selbst bedeutet, lässt sich programmatisch leicht bestimmen: Der langfristige Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird immer mehr in den Fokus personalpolitischer Entscheidungen (Verknappung von Fachkräften) treten müssen. Schon heute zeichnet sich ab, dass viele Erzieherinnen und Erzieher bzw. Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger gerade im Alter über 45 Jahren den Beruf verlassen bzw. in Frührente gehen wollen.

⁷ Allerdings ist der Anteil der Praktikanten und Praktikantinnen in Bremen sehr hoch, die in der Säule 1 und 2 (Abbildung 1) der 16- bis 20-jährigen und der 21- bis 25-jährigen enthalten sind. Diese Zahl verfälscht den wirklichen Altersdurchschnitt.

Genderstruktur

Professionelle Erziehung ist eine Domäne der Frauen. So sind in Deutschland ca. 92,5 % der Beschäftigten Frauen, in der Kinderpflege sind es sogar 96 %. Die Studie „Männliche Fachkräfte in Kindertagesstätten“ (Calmbach/Cremers/Krabel 2011), die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Auftrag gegeben hat, weist im Durchschnitt nur 3% bzw. 2,4% männliche Fachkräfte aus (ohne Praktikanten / Praktikantinnen). Der Männeranteil an der Ausbildung liegt bei 16,6%. Das Stadt-Landgefälle ist bei der Beschäftigung männlicher Erzieher erheblich.

Im Stadtstaat Bremen stellt sich die Lage besser dar als im Bundesdurchschnitt, aber nicht signifikant besser als in vielen deutschen Großstädten: 9,6% der Berufsgruppe Erzieher/in in Bremen sind männlich. Werden die Praktikanten herausgerechnet, beträgt der Anteil 6,8%. Wirft man einen Blick auf die Nachwuchskräfte in den Praktika und Ausbildungsgängen in Bremen, ist das Verhältnis teilweise besser (18% Männer). Ob sich mit den höheren Zahlen im Vorpraktikum / Praktikum ein Trend zu mehr männlichen Beschäftigten im klassischen Frauenberuf abzeichnet, ist fraglich. Denn Untersuchungen zur Genderstruktur im Kita-Bereich zeugen davon, dass die Fluktuation unter den Männern in diesem Bereich besonders auffällig ist: „Hoch ist die Abwanderungsrate bei männlichen Erziehern und Kinderpflegern – vier von zehn kehren dem Arbeitsfeld den Rücken“ (Eibeck 2010: 1).

Qualifikationsstufen

Betrachtet man die Berufsbildungsabschlüsse, setzt sich das pädagogische Personal in Kitas im Land Bremen im Jahr 2009 folgendermaßen zusammen:

Qualifikationsniveaus	Land Bremen in %	Deutschland in %
(Sozialpäd.) Hochschulabschluss	11,1	3,5
Fachschulabschluss (Erzieherinnen/ Heilpädagoginnen)	58,4	72,4
Kinderpflegerinnen	7,5	13,2
Anderer fachlicher Abschluss (sonstige Sozial- und Erziehungsberufe)	1,5	1,9
Sonstige	14,2	6,7
Ohne abgeschlossene Ausbildung	7,2	2,2

Tabelle 2: Pädagogisches Personal in Kitas nach Qualifikation 2009 (Quelle: Ländermonitor frühkindliche Bildungssysteme, Bertelsmann Stiftung)⁸

In Bremen liegt der Einsatz von Beschäftigten mit Hochschulabschluss mit rund 11% weit über dem Bundesdurchschnitt von lediglich 3,5%. Der Anteil an Fachschulabschlüssen bewegt sich mit 58,4% dagegen unter dem Bundesdurchschnitt von 72,4%.⁹ Mit den Ausbildungsabschlüssen ist jedoch noch wenig darüber ausgesagt, inwieweit die jeweiligen schulischen Ausbildungen inhaltlich auf die tatsächlichen Anforderungen im Beruf hinsichtlich der Bewältigung des Arbeitsalltags, vor allem der gesundheitsgefährdenden Belastungen vorbereiten. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage: Wird eine ausreichende berufliche Handlungskompetenz, die notwendig auch Gesundheitskompetenzen beinhaltet, in den schulischen Ausbildungen vermittelt? (Aufschlussreich sind in dieser Frage die Interviews – inwiefern wird in den Kapiteln 5 und 6 erläutert.).

⁸ www.laendermonitor.de/grafiken-tabellen/indikator-11a-paedagogisches-personal-berufsausbildungsabschluesse/ (18.03.2012)

⁹ Der hohe Anteil in der Kategorie „Sonstige“ erklärt sich durch die hohe Anzahl von Auszubildenden sowie Praktikanten und Praktikantinnen im Land Bremen. Dieser Schluss liegt u.a. deswegen nahe, weil der Ländermonitor noch im Jahre 2007 statt der Kategorie Sonstige die Kategorie „Praktikum/Ausbildung“ abbildete und hier ein ähnliches Zahlenverhältnis zu finden ist: Der Anteil derjenigen in Ausbildung oder Praktikum lag bei knapp 11% - im Vergleich zur bundesweiten Quote von 4,1%. (Vgl. Bertelsmann Stiftung 2009: HB11.)

Beschäftigungsumfang

Die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten ist in den letzten Jahren in Bremen merklich gesunken: von 40,9% (1998) auf 28,9% (2009). Wie der Tabelle 3 zu entnehmen ist, arbeiten nur 28,9% der Beschäftigten im Land Bremen in Vollzeit. Im Vergleich dazu liegt der Anteil der Vollzeitbeschäftigten in Deutschland mit 39,3% weit höher.

Hauptberuflich, Vollzeit 38,5 und mehr Wochenstd.	Teilzeit 32 bis < 38,5 Wochenstd.	Teilzeit 21 bis < 32 Wochenstd.	Teilzeit < 21 Wo- chenstd.	Nebenberuflich < 20 Wochenstd.
1.107 / 28,9%	870 / 22,7%	1.215 / 31,8%	532 / 13,9%	102 / 2,7%

Tabelle 3: Beschäftigungsumfang Pädagogisches Personal in Kitas im Land Bremen 2009, absolut und in % (Quelle: Ländermonitor frühkindliche Bildungssysteme, Bertelsmann Stiftung)

In Baden-Württemberg, Bayern und vor allem in Nordrhein-Westfalen sind über 50% der Personen im Kita-Bereich Vollzeitbeschäftigte (vgl. a. a. O.). Das verweist u. a. darauf, dass die geringe Quote der Vollzeitbeschäftigten in Bremen nicht allein durch die freie Wahl der Beschäftigten zustande gekommen sein wird. Der Beschäftigungsumfang hängt nämlich auch vom Angebot der Einrichtungen und deren Öffnungszeiten ab.

Auf der Seite der Beschäftigten fällt der Wunsch nach Teilzeitbeschäftigung je nach Lebenslage unterschiedlich aus. So berichten Leitungen der Ganztageeinrichtungen, das vor allem ältere Beschäftigte und Beschäftigte, die selbst kleine Kinder haben, ihre Arbeitszeit gerne auf 25 Stunden pro Woche reduzieren würden. Mit Teilzeitbeschäftigung wird hier eine gesundheitliche Entlastung verbunden (ältere Beschäftigte) oder aber auch der Wunsch (und die Notwendigkeit) Familie und Beruf besser zu vereinbaren (Beschäftigte mit Kindern). Anders sieht es wiederum bei Berufsanfängern bzw. -anfängerinnen aus. Diese zumeist jungen Frauen ohne Familie streben eher Beschäftigungen in Vollzeit an.

„Teilzeit“ ist aber auch ein Instrument der Personalplanung in den Kitas: Einrichtungen richten ihre Arbeitszeit nach der Anwesenheitszeit der Kinder, also nach ihren

Öffnungszeiten. Insofern richtet sich ihr Personalbedarf nach den Belegzeiten.¹⁰ Wieweit das mit dem Interesse und den reproduktiven Notwendigkeiten der Beschäftigten zusammenfällt, ist eine andere Frage.

Für die älteren Beschäftigten und Beschäftigten mit Kindern, die in einer Ganztageseinrichtung in Vollzeit arbeiten, scheitert die gewünschte Stundenreduktion meistens an dem niedrigen Gehalt (hierzu im folgenden Kapitel). Für Berufsanfänger bzw. -anfängerinnen dagegen gibt es häufig nur das Angebot einer Teilzeitstelle. Ein Träger hat aufgrund der erweiterten Aufgaben Teilzeitverträge tatsächlich aufstocken können. Hierdurch erhofft er sich auch gesundheitliche Verbesserungen, „weil die Notwendigkeit eines Zweitjobs damit entfällt, die eine Quelle von Krankheiten ist“ (Interview Träger).

Mit Teilzeitbeschäftigung wird also einerseits gesundheitliche Entlastung verbunden (so erklärt sich der Wunsch Älterer oder von Müttern, ihre Arbeitszeit zu reduzieren.). Andererseits werden u. U. Beschäftigte wegen ihres geringen Einkommens dazu gezwungen, eine zweite Tätigkeit aufzunehmen – was wiederum eine zusätzliche Belastung für die Gesundheit darstellt.

3.2 Einkommen der Beschäftigten

2009 sind neue Entgelttabellen im *kommunalen Bereich* speziell für den Sozial- und Erziehungsbereich (TVöD-SuE) mit 17 Gruppen nach einem langwierigen Arbeitskampf ausgehandelt worden. Hier sind nur die beschäftigungsrelevanten Gruppen für Erziehung (Entgeltgruppen S 3 bis S 6) dokumentiert. Nach dem TVöD-SuE werden die folgenden Bruttogehälter bezahlt:

¹⁰ Dies zeigt sich auch in der kleinen Auswahl der Einrichtungen, die im Projekt interviewt wurden: Gerade in den Kitas, die Ganztagsbetreuung anbieten, ist ein sehr hoher Anteil an Vollzeitbeschäftigten. Umgekehrt betreut die Einrichtung mit dem geringsten Anteil an Vollzeitbeschäftigten die Kinder in Teilzeit.

EG	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6
S 6	<u>2087.25</u>	<u>2291.88</u>	<u>2455.59</u>	<u>2619.29</u>	<u>2767.65</u>	<u>2930.34</u>
S 5	<u>2087.25</u>	<u>2291.88</u>	<u>2445.36</u>	<u>2527.21</u>	<u>2639.76</u>	<u>2834.16</u>
S 4	<u>1892.85</u>	<u>2148.64</u>	<u>2281.65</u>	<u>2394.20</u>	<u>2465.82</u>	<u>2557.91</u>
S 3	<u>1790.54</u>	<u>2005.40</u>	<u>2148.64</u>	<u>2291.88</u>	<u>2332.81</u>	<u>2373.74</u>

Tabelle 4: Gehaltstabelle TVöD-SuE / Stand August 2011

Die meisten Erzieher/-innen sind im kommunalen Dienst in Bremen nach Entgeltgruppe S 6 eingestuft. Das heißt, sie verdienen nach dem TVöD-SuE im Monat zwischen 2.087 bis 2.930 Euro bei einer Vollzeitbeschäftigung.¹¹ Kinderpfleger/-innen respektive Sozialassistenten/-innen verdienen, eingestuft nach S3 oder S4, zwischen 1.790/1.892 bis 2.373/2.557 Euro. Da aber in Bremen nur 29 % der Beschäftigten im Kita-Bereich in Vollzeit arbeiten und 23 % zwischen 32 und 38,5 Stunden (vgl. Tabelle 3), verdient *die Hälfte* der Beschäftigten weniger als 2.000,- Euro brutto monatlich. Die Einkommenshöhe korreliert mit der Dauer der Arbeitszeit als einem bestimmenden Merkmal, sodass die Einkommenssituation für die Beschäftigten im Bereich der Teilzeit mit weniger als 21 Wochenstunden (13,9%) als prekär zu bezeichnen ist, wenn sie Alleinverdiener/-innen sind. Dies trifft sogar für die Personen zu, die zwischen 21-32 (31,8%) Wochenstunden arbeiten und alleine verdienen.¹² Oder anders ausgedrückt gilt für dieses Berufsfeld: „Mit einer Teilzeitbeschäftigung kann kein existenzsicherndes Einkommen erzielt werden“ (Fuchs-Rechlin 2010a: 3).

Beschäftigte benötigen nach dem neuen TVöD 15 Jahre, um von der Grundstufe Stufe 1 in Entwicklungsstufe 6 zu kommen, in den Entgelttabellen S der kommunalen Arbeitgeber beträgt die Verweildauer in den Stufen bis zur Endstufe 6 sogar 17 Jahre. Höhe und langsamer Anstieg des Einkommens machen den Beruf nicht gerade attraktiv. Außerdem werden die finanzielle Situation und das Gefühl, die eigene

¹¹ Sonderzahlungen des Arbeitgebers sind hier nicht berücksichtigt, wie eine Extrarente oder eine Jahressonderzahlung von 80-90% des Monatsgehalts.

¹² Der DGB definiert nach heutigen Standards den *Prekärlohn* wie folgt: „Als prekäre Einkommen gelten Bruttoverdienste, die bei mehr als 50 Prozent, aber weniger als 75 Prozent des Durchschnittseinkommens liegen. Werden bei der Ermittlung des Durchschnittseinkommens auch Teilzeitarbeitsverhältnisse berücksichtigt, gelangt man zu einem Durchschnittseinkommen von 2.884 Euro pro Monat. Bei dieser Definition wären monatliche Bruttoeinkommen zwischen 2.163 Euro und 1.442 Euro bzw. Stundenlöhne zwischen 13 Euro und 8,67 Euro (bei 38,5 Std/Woche) als Prekärlohne zu bezeichnen.“
(<http://www.mindestlohn.de/hintergrund/lexikon/prekaerlohn/>, Zugriff 02.03.2012)

Leistung werde monetär nicht anerkannt, auch als belastend empfunden (vgl. Fuchs/Trischler 2009: 35 ff.).

Die meisten *freien Träger* haben vergleichbare Tarife, sie liegen in der Regel auf dem Niveau des TV-L, also unter den Stufen des TVöD für die erzieherischen Berufe. Allerdings sind die Laufzeiten bei den freien Trägern unterschiedlich gestaffelt. Viele freie Träger haben ihre Tarife jahrzehntelang in Anlehnung an den öffentlichen Dienst gestaltet, die meisten sind dabei geblieben.

Zwischenfazit:

In Bremen ist der Anteil gut qualifizierter Kräfte (nach den formalen Kriterien) an den Beschäftigten relativ hoch im Vergleich zum Bundesdurchschnitt. Mit Blick auf den Alterungsprozess der Beschäftigten zeichnet sich jedoch eine Problemlage ab. Es gibt Träger, bei denen die Hälfte der Beschäftigten älter als 46 Jahre ist, d. h., diese Träger verlieren in den kommenden 10 bis 20 Jahren die Hälfte ihrer qualifizierten Mitarbeiter/-innen. Viele Beschäftigte, die vor 20 bis 30 Jahren in die Kindergärten gegangen sind, haben wohl eher mit einer Übergangsbeschäftigung (kurzzeitige Zweitverdiener) als mit einer lebenslangen Beschäftigungsnotwendigkeit gerechnet, so ähnlich haben das damals auch die Einrichtungen gesehen. Durch die Tätigkeit im Erziehungsbereich können die Beschäftigten ihren Lebensunterhalt oftmals nicht vollends finanzieren. Ein wesentlicher Grund hierfür ist nicht zuletzt der hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigung in Bremen, der die Erzieherinnen bzw. Erzieher u. U. zur Annahme eines Nebenjobs nötigt. Dies hat Konsequenzen für die langfristige Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit. Vom Einkommen her betrachtet kann von einem attraktiven Beruf nicht die Rede sein. Das wird mitunter ein Grund sein, warum so wenige Männer sich für diesen Beruf entscheiden (bzw. auch schnell wieder abspringen) und weshalb - angesichts der sich abzeichnenden personellen Engpässe durch den demografischen Wandel - die Nachwuchsrekrutierung schwierig werden könnte.

3.3 Träger- und Einrichtungstypen der Kindertagesbetreuung im Land Bremen

Bei einem ersten Blick auf die Trägerlandschaft in Bremen wird deutlich, wie groß neben den kommunalen Trägern die Anzahl von kirchlichen, Wohlfahrts- und privaten Trägern bzw. Elternvereinen ist. Die Vielzahl der Träger lässt zunächst eine ebenso große Mannigfaltigkeit an unterschiedlichen Erziehungskonzepten vermuten. Das ist aber nicht (mehr) der Fall. Spätestens seit der Umsetzung des *Rahmenplans für Bildung und Erziehung im Elementarbereich* für die frühkindliche Bildung in Bre-

men 2004 haben sich Unterschiede in den Konzepten nivelliert. Ein Träger – und das wurde auch von anderen Trägern so gesehen – hat die Entwicklung wie folgt charakterisiert:

„Das pädagogische Konzept ist offen, weil es den Mitarbeiter/-innen nicht diktieren soll, welchen Umgang sie mit den Kindern zu präferieren haben, aber an die Reggio-Pädagogik angelehnt. Die Leiter/-innen entscheiden nach ihrer Kompetenz, welchen Ansatz sie wählen. Im Prinzip hat aber in den letzten 5-6 Jahren ein großer Vereinheitlichungsprozess in Bremen stattgefunden, der die Träger nicht mehr definitiv unterscheidbar macht vom pädagogischen Konzept her. Diese sind oft trägerübergreifend. Vielleicht mit Ausnahme der Montessori- oder Waldorf-Kitas, die aber nur bei den Elternvereinen eine Rolle spielen. Überhaupt ist die Konkurrenz zwischen den Einrichtungen um die Kinder einem förderlichen Miteinander gewichen. Das spiegelt sich auch im Verbundwesen bei den Fortbildungen wider. Eine vermutlich einmalige Situation in der bundesrepublikanischen Kitalandschaft“ (Interview Kita-Leitung).¹³

Insofern ist davon auszugehen, dass das pädagogische Konzept wie auch die weltanschaulichen Ausrichtung der Träger für die Betrachtung der Gesundheit der Beschäftigten keine signifikante Rolle spielen. Auch seitens der gewerkschaftlichen Gesprächspartner/-innen wurden die Arbeitsbelastungen nicht nach Trägern gewichtet, sondern als Binnendifferenzierung festgehalten.

„Es lässt sich nicht sagen, in welchen Einrichtungen die Arbeitsbedingungen besser und schlechter sind, das ist innerbetrieblich viel differenzierter zu sehen als zwischen den Einrichtungen. Es sind meistens innerbetriebliche Leitungsfunktionen, die einmal gut und einmal schlecht ausfallen und darüber das Arbeitsleben erleichtern oder erschweren“ (Interview Gewerkschaften).

Etwas anderes sind die verschiedenen Einrichtungen wie Regel-, Index- und Schwerpunkthäuser in Bremen, weil sie schon durch ihre Klientel und die unterschiedlichen Personalschlüssel eine spezifische Rolle bei der Arbeitsgestaltung und -belastung spielen.

¹³ An dieser Stelle können die einzelnen pädagogischen Konzepte wie Montessori, Reggio, Waldorf nicht erläutert werden.

Differenzierung der Kindertageseinrichtungen in Regel-, Schwerpunkt- und Indexhäuser

Im Jahr 2003 wurden die Kindertageseinrichtungen in Bremen umstrukturiert.¹⁴ In der Stadt Bremen werden seither die Einrichtungen in drei Typen unterschieden: Regel-, Schwerpunkt- und Indexhäuser. (Rangfolge nach Häufigkeit, die Veränderungen im Personalschlüssel beziehen sich auf das Kindergartenjahr 2008/2009.)

Die *Regel-Einrichtungen* sind in Bremen am meisten verbreitet, da sie vom sog. Normalfall der Kindererziehung ausgehen, also keine sozial benachteiligte Klientel haben. Allerdings ist das relativ zu verstehen; denn die Definition eines Indexhauses verdankt sich z. B. der Datenreihung für eine Rangfolge. Weil in Regel-Einrichtungen *weniger* sozial benachteiligte Kinder betreut werden, wird ihnen das geringste Budget zugeteilt und damit die niedrigste Personalausstattung. Durchgesetzt ist hier ein Personalschlüssel von 1:20. Wegen der Inklusion kommen aber auch auf diese Einrichtungen neue Aufgaben zu.

Die *Schwerpunkteinrichtungen (SPE)* zur integrativen Frühförderung von behinderten Kindern mit Leistungsanspruch gem. SGB IX sind mit Blick auf den Umfang und die Fachkompetenz so ausgestattet, dass Kinder mit Behinderung gemeinsam mit nicht behinderten Kindern im Rahmen einer verlässlichen Betreuung und allgemeinen Förderung gezielt individuelle Hilfe erhalten. Es gibt ca. 40 SPE in Bremen. Mit einer Personalverstärkung gegenüber den anderen Einrichtungen soll das sog. Grundmodul der Frühförderung gewährleistet, dass in jeder Gruppe während der gesamten Betreuungszeit eine zweite pädagogische Fachkraft mitarbeitet. Wegen der ganzheitlichen Betreuung von Kindern mit geistiger und körperlicher Behinderung sind neben den sozialpädagogischen Fachkräften auch Ergotherapeuten und Heilerzieherinnen beschäftigt. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben jedoch gezeigt: Die konzentrierte Betreuung von Kindern mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung in Schwerpunkteinrichtungen ist dem Ziel der Inklusion abträglich. Deshalb wurden in der jüngsten Vergangenheit verstärkt Schwerpunktgruppen in den Regelhäusern eingerichtet. Durch diese Maßnahme soll Kindern mit Behinderung die Möglichkeit geboten werden, sich selbstverständlich an dem Kita-Geschehen zu beteiligen und gleichzeitig ganzheitlich versorgt zu werden. In den Schwerpunkthäusern bzw. -

¹⁴ Bremerhaven hat sich an diesem Reformprozess nicht beteiligt – dort gibt es eine andere Regelung, der zufolge die Schwerpunkte im Personalschlüssel berücksichtigt werden.

gruppen lag der Personalschlüssel 2011 bei 1:8. Für das aktuelle Jahr ist eine Senkung des Schlüssels auf 1:10 im Gespräch. (Nach Aussagen von Gesprächspartnern und -partnerinnen bricht sich der für die Schwerpunktgruppen formulierte Anspruch der Inklusion und ganzheitlicher Betreuung jedoch schon jetzt im Kita-Alltag oftmals an mangelnden personellen Ressourcen.)

Index-Einrichtungen werden auf Basis der vom Landesjugendamt erhobenen Sozialdaten bestimmt. Die jährlich neu erhobenen Daten fließen in einen Benachteiligten-Index für Kindergärten ein, der eine Rangfolge der Einrichtungen festlegt. Bis zu einer definierten Position in der Rangfolge erhalten diese „Indexeinrichtungen“ eine verbesserte personelle Ausstattung als 1:20, die es erlaubt, gezielt kompensatorisch oder präventiv zu arbeiten. Das soll dadurch gewährleistet werden, dass in jeder Gruppe eine zweite pädagogische Fachkraft *für eine Betreuungszeit von 20 Stunden in der Woche* zur Verfügung steht. Den Großteil der Indexeinrichtungen betreibt KiTa Bremen, mehr als ein Drittel der Einrichtungen sind Indexhäuser. Die besondere Rolle des Eigenbetriebes der Stadtgemeinde Bremen bei der Betreuung von Kindern in sozial benachteiligten Stadtteilen wird im Folgenden kurz erläutert.

Kinderbetreuung in sozial benachteiligten Quartieren: Die Kinder- und Familienzentren von KiTa Bremen

KiTa Bremen hat es sich explizit zur Aufgabe gemacht, für die außerhäusliche Betreuung von Kindern in sozial benachteiligten Stadtteilen zu sorgen. Insofern entsteht hier ein neuer Betreuungstyp. Der Träger reflektiert dabei darauf, dass die Kinderbetreuung in solchen Stadtteilen mit Aufgaben verbunden ist, die über sozialpädagogische Tätigkeiten hinausgehen. Die Schilderungen in den Interviews unserer Untersuchung bilden dies deutlich ab: Da die Kinder in ihren Elternhäusern häufig materiell (Kleidung, Hygiene, Nahrung) wie auch ideell (Ansprache, Bildungsangebote) vernachlässigt werden, müssen die Erzieherinnen selber entsprechende Aufgaben übernehmen, die ansonsten in die Zuständigkeit von Sozialarbeitern und -arbeiterinnen fallen. Zu diesen Anteilen gehören ebenfalls neue Anforderungen in der Elternarbeit. So werden Eltern beispielsweise im Umgang mit Behörden von den Erzieherinnen unterstützt (etwa durch das Ausfüllen von Anträgen usw.).

Diesen besonderen Anforderungen trägt KiTa Bremen Rechnung durch die Einrichtung von Kinder- und Familienzentren. Neben der regulären Kinderbetreuung sollen

diese Zentren gleichfalls eine Anlaufstelle für Eltern und Geschwisterkinder sein, die bereits zur Schule gehen.

Kindertagesbetreuung in Bremerhaven

Wie bereits erwähnt, ist die beschriebene Differenzierung in die drei Einrichtungstypen in Bremerhaven so nicht vorzufinden. Hier ist die Kinderbetreuung bereits stärker vom Ziel der Inklusion geprägt. Die Betreuung von Kindern mit Behinderung und von Behinderung bedrohten Kindern geschieht dabei im Wesentlichen durch drei Angebote: Einzelintegration in Regelgruppen durch sogenannte Integrationshelferinnen und -helfer, Integrationsgruppen in Kindertageseinrichtungen sowie in Einrichtungen mit besonderer Förderausrichtung, in denen multiprofessionelle Teams und günstigere Personalschlüssel die gezielte Förderung ermöglichen. Die Fördereinrichtungen haben allerdings jetzt die Auflage, in den nächsten Jahren ihren speziellen Förderanteil zu reduzieren – dies wird auch Konsequenzen für die Personalsituation haben.

Integrationshelferinnen und -helfer sind pädagogische Fachkräfte, die jeweils ein bis vier Kinder in Regelgruppen der Kitas individuell begleiten und fördern. In den Integrationsgruppen unterstützen besondere therapeutische Berufsgruppen (wie Ergo-, Physio- und Sprachtherapeutinnen und -therapeuten) jeweils zwei Erzieherinnen bzw. Erzieher. Zu einem geringen Anteil werden Kinder auch in 1:1 Maßnahmen in den Kitas gefördert. Diese Maßnahmen führen dazu, dass stark beeinträchtigte Kinder durchgängig individuell von einer pädagogischen Fachkraft betreut werden. (Zu den Ausführungen vgl. Jahresbericht des Magistrats der Stadt Bremerhaven 2011: 65-85). Nach Auskunft eines Trägers in Bremerhaven sind diese Beschäftigten schwer zu finden, weil sie lediglich befristet und nur für 10 Stunden pro Woche eingestellt werden. Dies habe zudem eine starke Fluktuation in den Einrichtungen zur Folge.

4 Krankenstände und (der Wunsch nach) Frühverrentung¹⁵

Eine Auswertung der DGB-Studie „Index Gute Arbeit“ zur Arbeitsqualität aus Sicht von Erzieherinnen und Erziehern aus dem Jahr 2008 ergab folgenden Befund:

„Nur 26% der Befragten können sich vorstellen, unter Beibehaltung der aktuellen Arbeitsbedingungen, gesund das Rentenalter zu erreichen. Verglichen mit Beschäftigten aus anderen Dienstleistungsberufen, die im Mittel zu 54 Prozent glauben, dass sie gesund das Rentenalter erreichen werden, liegt die Berufsgruppe der Erzieher/innen damit am unteren Ende“ (Fuchs/Trischler 2009: 3).

Angesichts der Aussage, dass die überwiegende Mehrheit der Erzieherinnen und Erzieher sich nicht vorstellen kann, ein Arbeitsleben unter gleich bleibenden Umständen bis zur regulären Verrentung durchzuhalten, ist das statistische Bild „akuter“ Erkrankungen erstaunlich normal. Denn im Vergleich zu anderen Berufsgruppen weist die Berufsgruppe der Erzieherinnen und Erzieher in den Krankenkassenberichten keine besonders hohen Raten mit Blick auf den Krankenstand und Fehlzeiten auf. Dabei sind die Abweichungen unter den Krankenversicherungen hinsichtlich der Krankendaten im Bereich der Kita-Beschäftigten nicht signifikant, also zu vernachlässigen: Sie bewegen sich zwischen 3,7 % und 4,2 % Krankenstand bzw. 13,4 und 15,3 AU-Tagen (vgl. IKK o.J.; BKK 2010; Badura et al. 2010). Die Durchschnittszahlen für den Krankenstand aller Beschäftigten lagen 2007 bei 3,4 %.

Jedoch haben die Zahlen über Krankmeldungen nur einen beschränkten Aussagewert, was den tatsächlichen Gesundheitszustand der Beschäftigten in Deutschland betrifft. Bei diesen Zahlen bleibt nämlich das Phänomen des Präsentismus unberücksichtigt. Nach einer Befragung des DGB sind Erzieherinnen und Erzieher zu 58,7 % auch dann zur Arbeit gegangen, wenn sie sich richtig krank gefühlt haben (Dathe 2011: 19).¹⁶ Der tatsächliche Gesundheitszustand der Beschäftigten bildet sich vermutlich also gar nicht adäquat in der Zahl der Krankentage und der Häufigkeit der

¹⁵ Da uns keine verwertbaren Daten zu den Einrichtungen im Land Bremen vorliegen, wird in diesem Kapitel auf bundesweite Zahlen zurückgegriffen.

¹⁶ Der Präsentismus ist ansonsten ein noch kaum erforschtes Phänomen.

Krankmeldungen ab. Das ausgeprägte Arbeitsethos¹⁷ der Erzieher/innen sorgt dafür, dass Kranke aus Pflichtgefühl zur Arbeit gehen, beispielsweise weil die Vertretungsregelungen keine zureichende Kompensation für die Kolleginnen bei Arbeitsausfall bieten und „man sie nicht hängen lassen“ möchte. Nach Aussagen von Kita-Leitungen unterscheiden sich große von kleinen Einrichtungen darin signifikant: In den großen „hält man sich als Erzieherin nicht mehr ganz so für unersetzlich“. Aber auch die Vertretungspools in den größeren Einrichtungen stoßen bei Krankheitswellen schnell an ihre Grenzen.

Bemerkenswert ist aber vor allem die seit Jahren auffällige *Konstanz der Erkrankungen* im Erziehungswesen, während in anderen Berufsfeldern die Zahl der Erkrankungen rückläufig ist. Das könnte seinen Grund im Wandel der Arbeitsbedingungen in anderen Bereichen haben, es könnte aber auch eine Bestätigung der langfristigen Wirkungen des Präsentismus auf die Gesundheit der Beschäftigten im Kitabereich sein. Aufgrund der vorliegenden Datenlage ist das nicht zu entscheiden. Die IKK schreibt in ihrem Berufsreport:

„Erzieherinnen sind – gemessen an ihrem Krankenstand – eine relativ gesunde Berufsgruppe. So lag ihr Krankenstand im Jahr 2006 mit 3,7% leicht unter dem Durchschnitt aller IKK-Pflichtversicherten. Der Krankenstand der Erzieherinnen und Erzieher ist seit 1999 nahezu unverändert. Im gleichen Zeitraum ist der Krankenstand aller IKK-Pflichtversicherten stark zurückgegangen“ (IKK o.J.: 2).¹⁸

Im Erziehungssektor ist die Zahl und Dauer von Erkrankungen also nicht zurückgegangen wie in anderen Beschäftigungssektoren. Die Stagnation der Krankenzahlen könnte ein Indiz für eine zunehmende Arbeitsbelastung sein – Hinweise dafür sind den Ausführungen der Kita-Leitungen zu entnehmen –, die inzwischen von einer

¹⁷ Das Arbeitsethos ist unter den Beschäftigten im Kitabereich schon deswegen hoch, weil es ein pflegerisch-erzieherischer Beruf ist, in den vor allem Frauen mit einem hohen Idealismus einsteigen. Verantwortung für die Kinder, ist für sie ein wichtiges Movers. Diesen Idealismus gibt es unter Bürokaufleuten z.B. nicht.

¹⁸ Im Vergleich zu den Krankenkassenreporten ergab die von uns durchgeführte Befragung von Trägern und Kindertageseinrichtungen im Land Bremen höhere Krankenraten: Genannt wurden uns Krankenraten von 5 % bis zu 13%. Allerdings wird die Erfassung und Auswertung der Daten in den Bremer Einrichtungen noch nicht systematisch durchgeführt; daher verbieten sich auf Grundlage der genannten Zahlen und teils nur vermuteten Trends weitere Schlussfolgerungen. Die befragten Träger sehen jedenfalls einen hohen Handlungsbedarf - und dies nicht nur wegen der Krankenraten, die auch nach teilweise umfangreichen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht gesunken sind. Angesichts der Verknappung von Nachwuchskräften (aufgrund des U3-Ausbaus) ist es erforderlich, die Arbeitsbedingungen attraktiver zu gestalten, um neue Fachkräfte zu gewinnen. Dies ist ein weiterer Grund, weshalb Träger von Kindertageseinrichtungen hier einen unbedingten Handlungsbedarf sehen. Den sich abzeichnenden Mangel an Fachkräften bekommen bereits einzelne Träger zu spüren.

stark alternden Belegschaft bewältigt werden muss. In Bremen ist immerhin die Hälfte der Beschäftigten im Kita-Bereich über 40 Jahre alt, davon sind 50% über 50 Jahre.

Bundesweite Zahlen zeigen, dass Frühverrentungen bislang durchaus üblich sind. Viele Kita-Beschäftigte gehen noch vor dem 60. Lebensjahr in den Ruhestand.

„Erzieherinnen gehen wegen der hohen körperlichen und psychischen Belastungen im Schnitt mit 59 Jahren in Rente. Wer den Beruf aus Krankheitsgründen aufgeben muss, ist im Schnitt 54 Jahre alt“ (Pressemitteilung der GEW vom 23.11.2010).¹⁹

Im Widerspruch zu diesem Befund stehen allerdings die Aussagen der von uns befragten Träger und Kita-Leitungen in Bremen und Bremerhaven. Diesen zufolge komme der vorzeitige Eintritt in den Ruhestand eher selten vor²⁰ – auch wenn der Wunsch stark ist:

Die Befragten betonen, dass viele der älteren Mitarbeiterinnen sich zwar nicht vorstellen könnten, bis zum offiziellen Rentenalter in diesem Beruf tätig zu sein. Aber aufgrund des niedrigen Gehalts komme die Beantragung des frühzeitigen Berufsausstiegs jedoch so gut wie gar nicht vor. Auch würden viele ältere Beschäftigte wegen ihrer Ausgebranntheit den Beruf gerne wechseln – der Wechsel in ein anderes Berufsfeld gelinge jedoch mangels Alternativen nur selten.

„Die älteren Mitarbeiterinnen ... können sich größtenteils nicht vorstellen, bis zum Rentenalter als Erzieherinnen zu arbeiten. Sie sind schon mit Mitte 50 nachhaltig ausgelaugt und haben den einen oder anderen chronischen Rückenschaden davongetragen. Wegen der schlechten Bezahlung können sie es sich allerdings nicht leisten, in Frührente zu gehen. In den vergangenen acht Jahren hat ... nur eine Erzieherin ihre Frühverrentung beantragt. Für die älteren Beschäftigten bleibt da einzig die Suche nach anderen Einkommensquellen – aber auch die sind nicht reichlich vorhanden. In größeren Organisationen kommt es hin und wieder einmal vor, dass Erzieherinnen in andere Arbeitsbereiche wechseln. Nicht selten ist dafür aber wiederum eine Weiterbildung erforderlich, beispielsweise um ... in der Familienhilfe tätig zu sein“ (Interview Kita-Leitung).

¹⁹ Trotzdem sind die Zahlen bei den Frühverrentungen nicht signifikant im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Dem Bericht von Fuchs-Rechlin (2010: 45) zufolge liegt beim durchschnittlichen Renteneintrittsalter gar kein großer Unterschied zum Renteneintrittsalter der anderen Erwerbstätigen gemäß den Zahlen des Mikrozensus vor (Zahlen 2008). D.h., Kita-Beschäftigte treten im Durchschnitt nicht viel früher und auch nicht viel später in den Ruhestand als Beschäftigte in anderen Berufen. Von einem vermeintlichen Frauenberuf mit kurzer Verweildauer kann daher nicht mehr die Rede sein. Für die Frage, ob und wie belastet Kita-Beschäftigte sind, führt der Vergleich des Renteneintrittsalters mit anderen Berufsgruppen aber nicht weiter.

²⁰ In unserer Untersuchung wurden allerdings keine für das Land Bremen repräsentativen statistischen Daten erhoben, um diese Aussage zu prüfen.

Und führt man sich die zu erwartende Rentenhöhe einer Erzieherin vor Augen, die vierzig Dienstjahre regelmäßig in die Rentenkasse eingezahlt hat, dann gibt es keine Aussicht auf einen rosigen Lebensabend:

„Eine Erzieherin, die von ihrem 21. bis zum 59. Lebensjahr ununterbrochen Vollzeit mit einem durchschnittlichen Einkommen von 2.500 Euro brutto gearbeitet hat, erhält monatlich 876 Euro Rente. ‚Altersarmut ist die Folge‘, sagte das GEW-Vorstandsmitglied“ (Pressemitteilung der GEW vom 23.11.2010).

Diese Aussagen erklären auch, warum Abgänge und Fluktuation unter den älteren Beschäftigten bislang keine gravierende und besorgniserregende Rolle bei den Kita-Trägern im Land Bremen zu spielen scheint. Der *Wille zum Durchhalten* ist nach Aussage vieler Kita-Leitungen eine Notwendigkeit für die älteren Mitarbeiterinnen – und wo es geht, werden kompensatorisch Versuche zu ihrer Entlastung in der Arbeit vorgenommen (mehr zusammenhängender Urlaub, Herausnahme aus den Elterngesprächen, Entlastung beim Tragen usw.). Aber diese Entlastungen sind begrenzt.

5 Die berufsspezifischen Belastungen

Der ausgeprägte Wunsch unter den Kitabeschäftigten, den Beruf zu wechseln oder vorzeitig in den Ruhestand zu gehen, ist ein Indiz dafür, dass sie hohen Anforderungen in ihrem Berufsalltag ausgesetzt sind, die sie nur schwer dauerhaft bewältigen können. Mittlerweile existiert eine Reihe von Studien, die diesen besonderen Anforderungen als Belastungsfaktoren nachgehen. Im Folgenden werden zunächst die Belastungsfaktoren, die in diesen Studien als wesentliche ausgemacht werden, – *lediglich kurz* – skizziert. In einem weiteren Schritt präsentieren wir die spezifischen Ergebnisse, die die regionale Untersuchung in Bremer und Bremerhavener Kindertagesstätten erbracht hat.

5.1 Ergebnisse der Belastungsforschung: Die vier Hauptbelastungsfaktoren im Kita-Bereich

Nach den Studien im Kita-Bereich (z. B. BGW/DAK o.J., Buch/Frieling 2001, Fuchs/Trischler 2009, Fuchs-Rechlin 2007, Rudow 2004, Schad/Unfallkasse Hessen 2003), aber auch den Berichten von Krankenkassen und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA 2011, ikk-Bundesverband o.J.) lassen sich grob vier Gruppen von Belastungen unterscheiden:

- Belastung durch Lärm / andauernd hoher Geräuschpegel
- psychische Belastungen, Stress und mentale Überforderungen
- physische Belastungen im Bereich Muskel-Skelett-System
- Infektionskrankheiten

Belastung durch Lärm / andauernd hoher Geräuschpegel

Der hohe Geräuschpegel in den Kitas, verursacht durch die agierenden Kinder, wird in fast allen Studien als erster bzw. stärkster Belastungsfaktor genannt. Dabei wird „Lärm“ je nach Studie als psychische Belastung, als Umgebungsbelastung oder als eigenständige Rubrik gefasst. Er ist nicht punktuellen Charakters, sondern ein Neben- und Dauergeräusch während der Arbeit. Als solcher verstärkt oder macht er andere Tätigkeiten wie z. B. Telefonate, Besprechungen, Dokumentationen usw. zu erheblichen Arbeitsbelastungen. Eine Konsequenz zeigt sich schon darin, dass sozusagen kompensatorisch lauter gesprochen werden muss. Der Gesetzgeber geht

dann von einer Lärmschädigung aus, wenn die gemessenen Werte oberhalb des Grenzwertes von 80 Dezibel (dB/A)²¹ liegen. Nach den Unfallverhütungsvorschriften (UVV) sind ab dieser Höhe Lärmschutzmittel erforderlich. Akustische Messungen in Kitas zeigen in der Regel einen Lärmpegel mit einem Mittelungswert von 80-85 Dezibel. Aber es gibt Spitzenwerte, die noch deutlich darüber liegen (Buch/Frieling 2002). Bei geistiger Arbeit gelten schon 55 dB als Leistungsbeeinträchtigung (Sächsisches Staatsministerium für Soziales 2009: 68). Lärm ist einerseits ein objektiv messbarer Faktor, aber andererseits können die psychischen Belastungen der Betroffenen und damit auch Schädigungen ihrer Gesundheit bereits unterhalb dieses Grenzwertes von 80-85 dB eintreten. Die Schädigung ist nicht nur eine des Gehörs, sondern sie hat auch Wirkungen auf Blutdruck und Herzfrequenz, sie bewirkt Ermattung und Kopfschmerzen usw. (Sächsisches Staatsministerium für Soziales 2009: 68 f.). Beim Zustandekommen einer Schädigung spielen Raumgröße und -gestaltung sowie die Gruppengröße eine zentrale Rolle.

Psychische Belastungen, Stress und mentale Überforderungen

Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen sind Erzieherinnen überdurchschnittlich psychischen Belastungen ausgesetzt. Im Vergleich zum Durchschnitt der berufstätigen Bevölkerung ist der psychische Gesundheitszustand schlechter und sie leiden auch erheblich stärker unter psychosomatische Beschwerden (BGW/DAK o. J.: 16). Immerhin liegen psychische Erkrankungen bei ihnen bereits an vierter Stelle in der Skala der Krankschreibungen und machen fast 1/7 aller Arbeitsunfähigkeits-Tage aus (vgl. Badura et al. 2010: 364). Das ist auf den *ersten Blick* deswegen verwunderlich und erklärungsbedürftig, weil viele Erzieher und Erzieherinnen sich mit ihrem Beruf stark identifizieren – und diese Identifikation im Sinne der „Bedeutsamkeit“ des beruflichen Handelns als Teil der wichtigsten Widerstandsressource gegen berufsbedingte Belastungen interpretiert werden kann (Antonovsky 1997).²² Denn Kindererziehung ist eine Aufgabe, die als Arbeit von ihnen wertgeschätzt wird. Es gibt in der Arbeit auch viele Faktoren, die sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken: Vielseitigkeit der Arbeit, autonome Handlungsspielräume, in der Regel eine gute soziale

²¹ Zur Erläuterung: Lärm wird in der logarithmischen Einheit Dezibel (dB) angegeben. Zehn Dezibel mehr bedeuten das Zehnfache der Schallenergie, drei Dezibel eine Verdoppelung.

²² Dass eine hohe Identifikation mit dem Beruf sich auch negativ auf die Beanspruchung und die Gesundheit auswirken können, zeigen die späteren Ausführungen in Kapitel 5.2.3 zu „Idealismus und (schulisch vermitteltes) Berufsbild“.

Unterstützung durch Kollegen und Kolleginnen sowie Information und Beteiligung durch die Vorgesetzten (Fuchs-Rechlin 2007; Rudow 2004; BGW/DAK o.J.). Deshalb sind die Belastungen und Überforderungen erst einmal im Umfeld der Arbeit zu suchen, also im Zusammenhang mit den folgenden Belastungsfaktoren: dem hohen Arbeitspensum, Personal- und Zeitmangel, zu großen Kindergruppen, zunehmend mehr verhaltensauffälligen Kindern, fehlenden Möglichkeiten zur Erholung während eines Arbeitstages und erheblichen Anforderungen durch die Zunahme und Komplexität von Elterngesprächen (Fuchs-Rechlin 2007; Fuchs/Trischler 2009; Rudow 2004). In der Fachliteratur wird zudem darauf hingewiesen, dass gerade Kita-Leitungskräfte und ihre Stellvertretungen stärker von Burn-out-Reaktionen bedroht sind, weil sie sich permanent für die Einrichtung verantwortlich fühlen (Sächsisches Staatsministerium für Soziales 2009: 91). Als andere Risikogruppe gelten die älteren Mitarbeiter/-innen ab 50.

Physische Belastungen im Bereich Muskel-Skelett-System

Die physischen Belastungen in ihrer Auswirkung auf das Muskel-/Skelettsystem liegen bei den Krankschreibungen an zweiter Stelle.

Die Belastungen lassen sich vor allem auf *ungünstige Sitzhaltungen* auf nicht erwachsenengerechten Stühlen zurückführen. Dabei spielt die ungünstige Körperhaltung beim Sitzen auf kindgerechtem Mobiliar eine Hauptrolle. Diese Belastung ist deshalb kritisch, weil sie täglich länger als eine Stunde auftritt. Selbst wo die akuten Belastungen abgebaut wurden, bleibt das Erbe der früher verursachten Schäden, also ein schon chronischer Verlauf von Beschwerden (Ilmarinen/Tempel 2002: 94). Der Prozess der Erkrankung kann allerdings lange Zeit ohne Krankheitszeichen verlaufen, oft werden solche Erkrankungen erst im Alter manifest (Gussone et al. 1999: 90). In den Krippen ist die Lage weiterhin schwierig, weil das Erziehungspersonal oft mit den Kindern auf dem Boden sitzt.

Das *Heben und Tragen* von Kindern und das *häufige Bücken* verursachen ebenfalls Probleme. Allerdings gehen einige Fachleute (Buch/Frieling 2001 nach Schad / UK Hessen 2003) davon aus, dass diese Tätigkeiten als Gefährdungspotenzial wohl in ihrer Wirkung überschätzt werden, weil sie immer nur für ganz kurze Zeit anfallen und bei einem durchschnittlichen Arbeitstag in der Summe selten zehn Minuten überschreiten. Dennoch werden diese Tätigkeiten überall sehr kritisch gesehen – auch von den Befragten unserer Bestandsaufnahme. Entsprechend gibt es dafür auch I-

deen zur Abhilfe (Kinder krabbeln z. B. über eine Schräge oder Treppen selber auf den Wickeltisch), die aber von den räumlichen Gegebenheiten abhängt.

Weil keine aktuellen und insgesamt wenig belastbare Daten zur Muskel-Skelett-Belastung von Erzieherinnen und Erziehern vorliegen und der eindeutige Zusammenhang zu Krankheitsbildern nicht geklärt ist, unternimmt das *Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung* (IFA) eine Interventionsstudie²³, um diese Belastungen des pädagogischen Personals zu untersuchen (Lorenz 2010: 17).

Rücken- und Kreuzschmerzen sind nicht immer auf eine physische Belastung zurückzuführen. Sie können auch *psychosozialer Natur* sein und hängen dann nicht ursächlich mit der körperlichen Belastung wie z. B. Heben und Tragen zusammen (vgl. Siegrist/Dragano 2007: 16 f.). Es gibt hier eine Reihe von Wechselwirkungen zwischen körperlich belastenden und psychosozialen Faktoren (Gussone et al. 1999: 89f.). Psychische Fehlbelastungen und übermäßiger Stress verbergen sich häufig als Ursache hinter rückenbezogenen AU-Meldungen.

Infektionskrankheiten

Erkrankungen der Atemwege sind als der häufigste Grund für AU-Meldungen bei Erzieherinnen erfasst (BAuA 2011, ikk o.J.). Sie allein betragen an Fällen über 1/3 aller Krankmeldungen und machen fast ein Viertel der AU-Tage aus; sie sind ein „Rekord“ in der Dienstleistungsbranche (Badura et al. 2010: 365). In vielen Gesprächen mit Kita-Leitungen wurde der Verdacht geäußert, dass viele Atemwegserkrankungen sich aus der Anpassung von Neueinsteigerinnen an den Beruf erklären (Immunsystem) und dass die Häufigkeiten dieser Erkrankung mit zunehmendem Alter rückläufig seien.

²³ Das IFA-Projekt ist im Juni 2011 gestartet worden, es liegen noch keine Ergebnisse vor. „Bei ihren Recherchen stießen die Experten auf Forschungsdefizite: Untersuchungen zu Muskel-Skelett-Belastungen bei pädagogischem Personal in Kitas liegen bisher kaum vor. Zudem ist nicht bekannt, wie sich die strukturellen Rahmenbedingungen (z. B. Anzahl und Altersverteilung der betreuten Kinder, Betreuungsschlüssel oder Ausstattung) auf die Belastungssituation auswirken. Angesichts der steigenden Zahl der zu betreuenden Unter-Dreijährigen wird jedoch eine Veränderung der körperlichen Belastung angenommen, z. B. durch vermehrtes Heben und Tragen. Zudem wurden bestehende Lösungsansätze zur Belastungsminderung, wie spezielle Tische oder Erzieher/-innenstühle, noch nicht auf ihre Wirksamkeit überprüft.“ (IFA 2011)

Bei Infektionskrankheiten ist aber nicht nur an Viren gedacht, die Erkältungskrankheiten auslösen. Auch *Kinderkrankheiten* wie z. B. Windpocken, Mumps, Masern, Röteln, Keuchhusten und Scharlach sind ernst zu nehmende Gefährdungen, da sie bei Erwachsenen schwerwiegender verlaufen und bei Schwangeren fruchtschädigend wirken können. *Hepatitis A* ist besonders im U3-Bereich und in Schwerpunkt- bzw. Integrationseinrichtungen und -gruppen ein wichtiges Thema, besteht doch durch die Tätigkeiten beim Wickeln für Erzieherinnen eine erhöhte Infektionsgefahr (vgl. Schad/UK Hessen 2003: 34 ff).

Auch sorgfältiges Händewaschen und Handschuhe können nicht ausschließen, dass dennoch durch Tröpfchen- oder Schmierinfektionen eine Krankheit übertragen wird. Diese Gefährdungen haben zum einen mit der Absenkung des Alterseintritts in die Kita und mit veränderten Erziehungsmustern der Elternhäuser (Hygiene) zu tun. Das betrifft aber nicht nur das Wickeln und Unterstützung beim Toilettengang, sondern die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Versorgung von Wunden, Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten, Bisse und Kratzen durch Kinder usw.

5.2 Spezifische Ergebnisse der Bestandsaufnahme in Kindertageseinrichtungen im Land Bremen

Auch in den Interviews, die wir im Rahmen unserer Bestandsaufnahme geführt haben, wurden die skizzierten Belastungsfaktoren bestätigt – und dies unabhängig von der Perspektive der Befragten (Träger oder Kita-Leitung). Unterschiedliche Urteile und Akzentuierungen zeichnen sich jedoch im Hinblick auf die Sondierung der Ursachen ab. Ein weiteres wesentliches Ergebnis ist, dass die Arbeitsbelastungen differenziert werden müssen, je nach den spezifischen Anforderungen des jeweiligen Einrichtungstyps. Beispielsweise sieht die Kinderbetreuung in sozial benachteiligten Stadtteilen anders aus als in sozial privilegierten; genauso gibt es besondere Belastungen in Kitas mit Schwerpunktgruppen.²⁴

Darüber hinaus zeigt sich in den Interviews hinsichtlich der psychischen Belastungen, deren Resultate die Interviewten als „nachhaltige Erschöpfungserscheinungen“

²⁴ Im Sinne einer realistischen Einschätzung sollte daher auch keine *Rangordnung* in ein mehr oder weniger an Belastung vorgenommen werden, sondern nur das Augenmerk auf deren *Differenzierung* gelegt werden. Dabei sind auch Unterschiede zwischen großen und kleinen Trägern zu berücksichtigen.

an den Beschäftigten wahrnehmen, eine besondere Bewertung und Gewichtung der *Elterngespräche*, die in anderen Untersuchungen (vgl. z. B. Rudow 2004: 7) als weniger belastender Faktor thematisiert werden. So formuliert ein Träger:

„Die Hauptbelastung liege ... in der hohen Zahl der Sozialkontakte...Anforderungen von Eltern aus der Bildungsbürgerschicht machten die Arbeit einer Erzieherin nicht unbedingt einfacher...nur, Eltern aus sozial benachteiligten Schichten, die ihre Kinder einfach abgeben in der Kita und sich weiter um nichts kümmern, seien auch nicht leichter ...Die ständige Anspannung durch die vielen Sozialkontakte verschleißt die Mitarbeiterinnen frühzeitig“ (Interview Träger).

Die spezifischen Anforderungen, die mit Elterngesprächen zusammenhängen, ziehen sich als eine Belastung wie ein roter Faden durch alle Einrichtungen, wenn auch aus unterschiedlichen Gründen, die sich aus den unterschiedlichen Schwierigkeiten vor Ort, d.h. aus dem Einrichtungstyp und den damit verbundenen Anforderungen aus dem Umgang mit den Eltern ergeben.

5.2.1 Differenzierung der Belastungen nach Einrichtungstyp

Kitas mit Schwerpunktgruppen

In Einrichtungen mit Schwerpunktgruppen ist die Belastung durch das Heben und Tragen besonders stark, weil viele auch über dreijährige Kinder noch gewickelt werden müssen. Die Leitungen verweisen ferner auf die Konfrontation der Beschäftigten mit verhaltensauffälligen und entwicklungsbeeinträchtigten Kindern als eine weitere immense Arbeitsbelastung.

Eine der interviewten Leitungen einer Regeleinrichtung mit Schwerpunktgruppen schildert sehr plastisch, mit welchen psychischen Belastungen die Tätigkeit der Erzieherinnen verbunden ist: Häufig werden die Beschäftigten mit Problemen, gar Abgründen des Familienlebens konfrontiert. Ein gravierendes Problem sind psychisch kranke Eltern, unter denen die Kinder zu leiden haben. Aufgrund der großen Belastung durch das Elternhaus sind solche Kinder oftmals in ihrer Entwicklung gestört, isolieren sich von den anderen Kindern und legen manchmal auch selbstzerstörerisches Verhalten an den Tag. Für die Kinder psychisch kranker Eltern ist es ausgesprochen schwierig, eine individuelle Förderung oder Therapie zu beantragen. Denn die Kriterien für derartige Angebote beziehen sich vornehmlich auf körperliche Behinderungen oder aber auf Störungen in der Sprachentwicklung – ohne dabei die Gründe für diese Entwicklungsstörungen zu untersuchen.

Die Leiterin berichtet dabei über eine Einrichtung, in der die Kinder überwiegend aus gut situierten Elternhäusern stammen.

Index-Einrichtungen bzw. Kinderbetreuung in sozial benachteiligten Stadtteilen

Die Leitungen von Einrichtungen in sozial benachteiligten Stadtteilen bzw. mit sozial benachteiligten Kindern sehen in der Vernachlässigung der Kinder durch deren Eltern eine schwere Arbeitsbelastung. So kommt es häufig vor, dass die Kinder ungewaschen, hungrig und unruhig in der Kita erscheinen. Auch werden Kinder krank in die Kita gebracht.

„Kinder werden krank in die Kita gebracht, weil man sie loswerden muss und es ist oft schwer, die Eltern dazu zu bewegen, die kranken Kinder abzuholen“ (Interview Kita-Leitung).

Damit wächst der pflegerische Anteil der Kinderbetreuung, doch wie das Zitat bereits andeutet, auch die Arbeit mit den Eltern:

„Dann gibt es die Elterngespräche, die vor allem darin problematisch sind, dass man bei der Klientel der sozial Benachteiligten vieles immer wieder sagen muss, weil die Eltern nichts ändern oder überhaupt nicht verstehen, was man von ihnen will. Das Abgeben in der Kita ist ihr dominierender Gesichtspunkt“ (Interview Kita-Leitung).

Die Eltern zeigten häufig keinerlei Interesse an dem, was in den Kitas vor sich geht. Das heißt, sie erscheinen weder zu Elternabenden noch zu Einzelgesprächen, um sich über den Entwicklungsstand ihres Kindes zu informieren. Und wenn die Eltern sich doch einmal an die Erzieherinnen wenden, dann in eigener Sache. Denn nicht selten werden die Kita-Beschäftigten darum gebeten, Behördenanträge auszufüllen und/oder sich mit dem Arbeits- und Jugendamt in Verbindung zu setzen.

Diese sozialarbeiterischen Tätigkeiten forderten die Eltern offenkundig mit der allergrößten Selbstverständlichkeit ein. Für die Erzieherinnen stellen viele dieser Formen des Elternkontaktes oftmals eine Überforderung dar, weil ihnen die entsprechenden Qualifikationen fehlen. Denn die Ausbildung von Erzieherinnen und Erziehern im Land Bremen bereitet nach Aussage mehrerer von uns interviewten Kita-Leitungen nicht auf Aufgaben vor, die originär in die Zuständigkeit von Sozialarbeitern und -arbeiterinnen fallen. Auch sind in den Indexhäusern keine Sozialarbeiter und -arbeiterinnen zur Unterstützung des sozialpädagogischen Personals vorgesehen. In-

interviewte Experten und Expertinnen weisen darauf hin: Das hat Auswirkungen auf das pädagogische Personal, das zunehmend mehr dieser Tätigkeiten ausführt, ohne dafür ausgebildet zu sein.²⁵

In den Interviews wird auch auf die Besonderheiten in der Arbeit mit migrantischen Kindern eingegangen. So hält beispielsweise eine Kita-Leitung fest, dass der Erziehungsstil der Eltern aus den ganz unterschiedlichen Kulturkreisen nicht gegensätzlicher sein könnte. In Elterngesprächen sei es nicht einfach, den pädagogischen Standpunkt des Hauses zu erläutern. Das stoße dann auch meistens noch auf erhebliche Sprachprobleme.

Kinderbetreuung in sozial privilegierten Stadtteilen

Aber auch bei der Kinderbetreuung in sozial gehobenen Stadtteilen ist die Elternarbeit mit Belastungen verbunden. In jenen Einrichtungen haben es die Erzieherinnen häufig mit dem „Expertentum“ der Eltern zu tun. So sind die Beschäftigten mit vielerlei Bildungsansprüchen und ebenso vielzähligen Vorschlägen für das pädagogische Herangehen konfrontiert. Umgekehrt bedeutet dies: Die Erzieherinnen stehen unter einem ständigen Legitimationsdruck ihrer eigenen Arbeit. Das gilt besonders für die Einrichtungen, in denen Eltern an der Arbeit in der Kita beteiligt sind und bei denen Führungsfunktionen mit Elterninteressen zusammenfallen.

In den Schwerpunkteinrichtungen kommt erschwerend hinzu, wenn das pädagogische Personal den Eltern eine unerfreuliche Diagnose mitteilen muss. Zu diesen Diagnosen gehören vor allem Störungen in der Sprachentwicklung und (selbst-)verletzendes Verhalten. Häufig nehmen die Eltern die Vermittlung solcher Diagnosen als Angriff auf ihr Kind und auf ihre Autorität als Erziehungsberechtigte wahr.

„Eine weitere große Belastung stellen ...die Gespräche mit den Eltern dar. Sie stammen überwiegend aus der gehobenen Mittelschicht, sind sich ihrer beruflichen Autorität gewiss und haben alle mehr oder minder die Einschätzung, ihren außergewöhnlichen Kindern gute Eltern zu sein. Dementsprechend unwillig lassen sich die Eltern von den Erzieherinnen auf Entwicklungsstörungen oder aber Defizite im Sozialverhalten ihrer Kinder hinweisen“ (Interview Kita-Leitung).

²⁵ Hier wäre durchaus zu überlegen, ob nicht Anlaufstellen in Jobcentern und Sozialzentren sowie Kooperationen mit anderen Institutionen zur Unterstützung der Kitas regulär eingerichtet werden sollten. Im Schulbereich gibt es beispielsweise durch die Regionalen Beratungs- und Unterstützungszentren (ReBUZ) unterstützende Angebote durch multiprofessionelle Teams in den Bereichen Lernentwicklung, sozial-emotionale Entwicklung und Krisenintervention.

Vor einer sachlichen Besprechung der Diagnose müssen die Erzieherinnen daher erst einmal mit viel Geduld und Fingerspitzengefühl klarstellen, dass es ihnen nicht um einen Angriff auf das Kind, sondern um dessen Unterstützung und Förderung geht.

5.2.2 Neue Anforderungen und Weiterbildungsnotwendigkeiten durch den Bildungsauftrag

Ein weiterer Gesichtspunkt ist zu beachten, nämlich die in den letzten Jahren durch den „Rahmenplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich“ stark angestiegenen neuen Anforderungen sowie den damit verbundenen Weiterbildungsnotwendigkeiten, die mit dem Arbeitsleben verknüpft werden müssen.

So formuliert eine Kita-Leitung:

„Seitdem der Rahmenplan für die Bildung Kindertagesstätten als Lernorte definiert, ist der Druck auf die Erzieherinnen durch den Träger erheblich gestiegen. Kinder sollen nicht nur betreut, sondern in frühesten Jahren gefördert werden, und zwar ganzheitlich. So liegt es in der Verantwortung der Erzieherinnen, die Kinder in ihrer sprachlichen Entwicklung zu unterstützen, sie zur Kreativität anzuregen und sie für naturwissenschaftliche Phänomene zu interessieren. Diesem hohen Bildungsanspruch steht ein niedriger Personalschlüssel und damit mangelnde Zeit für Fortbildungen gegenüber. Der Umgang mit dem Mangel sieht in der ... Kita folgendermaßen aus: Die Erzieherinnen spezialisieren sich auf Teilgebiete (Sprachförderung, Kreativität etc.), in denen sie dann auch ihre jeweiligen gruppenübergreifenden Projekte anbieten. Der Personalmangel wird dadurch jedoch keinesfalls kompensiert“ (Interview Kita-Leitung).

Auch die Träger wissen um die starke Arbeitsverdichtung kombiniert mit einer rapiden Definition neuer Arbeitsaufgaben in den Kitas, die z. T. mit den alten Qualifikationen gar nicht zu erledigen waren (z. B. Lernentwicklungsdokumentationen, Sprachförderung). Diesen neuen Anforderungen für die Beschäftigten – berichtet ein Träger – sei man einerseits mit Fort- und Weiterbildungen nachgekommen, die sich andererseits wiederum zunächst als zusätzliche Belastungen darstellten. Zur Kompensation der Mehrarbeit habe der Träger vor allem den Personalschlüssel aufgestockt sowie das Prinzip der Gruppenleitung abgeschafft, zugunsten der Verlagerung auf Teamarbeit.

Dass diese Maßnahmen nicht greifen, wird unter anderem deutlich bei dem Gespräch mit der Kita-Leitung: Die bei der Umstrukturierung erfolgte Aufstockung des Personalschlüssels entspreche nicht einmal annähernd dem Zuwachs an Mehrarbeit. Und auch die Abschaffung der Gruppenleitung habe nicht zu der gewünschten Effek-

tivierung der Arbeit geführt. Anstatt die Aufgaben gemeinsam zu planen, arbeiteten die Beschäftigten in einem Team nicht selten gegeneinander.

5.2.3 Skizze einer ganzheitlichen Bestimmung der Gesundheitsbelastungen

Versuchen wir die Aussagen von vielen Interviewpartnern und -partnerinnen auf einen Nenner zu bringen, dann ergibt sich das folgende ganzheitliche Bild der Erzieher/-innen-Arbeit:

In der elementaren Kindererziehung sind die Beschäftigten kontinuierlich gefordert, aus dieser ständigen Konzentration kann man – wie es eine Kita-Leitung formulierte – „während der Arbeit nicht aussteigen“. Diese ständige Anspannung zermürbe in Kombination mit allen anderen belastenden Faktoren im Laufe des Berufslebens Psyche und Physis der Beschäftigten und untergrabe damit ihre langfristige Arbeitsfähigkeit:

„Obwohl die Decken abgedeckt sind, ist der Lärmpegel hoch. Möglicherweise geringer als früher, aber den Vergleich macht man gar nicht. Es ist auch gar nicht so sehr der Lärm für sich genommen, sondern der Lärm als Arbeitsumfeld, in dem man seine Aufgaben durchführen muss. Um das einmal zu verdeutlichen: Man sitzt mit den Kindern beim Frühstück, dann kippt ein Kind sein Getränk um, wo man den Tisch abwischen muss. Aus den Augenwinkeln sieht man gerade, wie ein anderes Kind dem Nachbarn etwas wegnimmt und der Streit losgeht, zeitgleich wird man am Telefon verlangt oder ein Elternteil will etwas – und so geht das den ganzen Tag. D. h. Multitasking im permanenten Lärmumfeld. Da ist man abends ausgelaugt. Das setzt einem mit fortschreitendem Alter immer mehr zu“ (Interview Kita-Leitung).

Zeitgleich und parallel müssen unterschiedliche Aufgaben erledigt werden, so z. B. Notizen zu einem anstehenden Entwicklungsbericht, während die Erzieherin die tobenen Kinder auf dem Spielplatz beobachtet. Das ist wichtig, die Kinder müssen immer im Blick bleiben, denn sie machen keine Pause und geben auch selten Ruhe. Eine Maschine lässt sich abstellen, ein Band anhalten, ein Kundenstrom versiegt mal – aber Kinder lassen sich eben nicht regulieren.

Diese Kumulation von Belastungen in einem Arbeitsprozess, der ständige Aufmerksamkeit verlangt, spannt die Arbeitsfähigkeit jüngerer Beschäftigter schon stark an. Mit zunehmendem Alter wird diese Arbeit nicht leichter, weil das Verhältnis zwischen Arbeitsanforderungen auf der einen Seite und dem (veränderten) individuellen Leistungsvermögen auf der anderen Seite sich verändert hat und nicht mehr stimmt. Da hilft auch Routine nicht oder greift nicht mehr, weil es inzwischen ständig Verände-

rungen im Umfeld und neue Aufgaben für die Beschäftigten gibt (Dokumentation, Beurteilungen usw.). Dass die Anfälligkeit für Erkältungs- und Kinderkrankheiten geringer wird mit dem Alter, ist kein erheblicher Ausgleich. Dafür zeigen sich die ersten Haltungsschäden. Steht die Erzieherin erst einmal unter Dauerstress, dann steigt das Risiko, krank zu werden und vorzeitig zu altern. Der Wunsch nach Erholungszeiten, also nach einem längeren Urlaub oder reduzierten Aufgaben in der Kita, ist nach Aussagen von Kita-Leitungen verstärkt unter älteren Beschäftigten zu finden.

Das Beispiel Pausengestaltung

An einem Spezifikum, der Arbeitspause, fassen sich noch einmal die besonderen Belastungen der Kita-Tätigkeit zusammen. Die Auseinandersetzung um die Pause hat zum Teil eine eigenartige Ausformung im Bereich der Erzieher/-innentätigkeit erfahren, die ein plastisches Bild von der Arbeitssituation vermittelt.

Pause im Aufsichts- und Arbeitsraum zu machen, ist nicht möglich, weil man seine Aufmerksamkeit nicht von den Kindern abziehen kann. Da wird ein Becher umgeworfen, dort ohrfeigt ein Kind ein anderes und dahinten klingelt das Telefon usw.

Die Pausenlösung sieht in einigen Einrichtungen oder Standorten oft so aus, dass die Beschäftigten keine Pausen nehmen, stattdessen lieber eine Viertelstunde früher gehen oder gehen würden, weil dann – und nur dann – „wirklich“ eine Pause eintritt. Zusätzlich fehlt es in vielen Einrichtungen auch an den entsprechenden Räumen.

Über dieses Pausenreglement gibt es in einigen Einrichtungen immer noch Auseinandersetzungen. In anderen Einrichtungen ist die Sache entschieden: Die Pausen werden gegen die Mitarbeiter/-innen verfügt und durchgesetzt, weil es den gesetzlichen Anspruch auf Pause gibt. Und es gibt die Aussage, dass „die Pause der einen jedoch aufgrund des zu niedrigen Personalschlüssels immer auch eine Mehrbelastung für die anderen sei“ (Interview Kita-Leitung). Die Situation und auch die praktizierten Lösungen haben deshalb etwas Widersprüchliches an sich. Von gewerkschaftlicher Seite wird berichtet, dass es vermehrt Anfragen von Erzieher/-innen gibt, wie man seine Pause denn in Ruhe verbringen könne.

Ein Arbeitsleben ohne Pausen ist als sehr kritisch zu sehen: den ganzen Tag ständige Konzentration und mehrere Abläufe zeitgleich im Auge behalten, hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Das Multitasking in der Kita, das „schafft“ die Erzieher/-innen wirklich. In der Wissenschaft herrscht Einigkeit über die Notwendigkeit der Pausen, und es gibt einen Konsens

darüber, dass mehrere Pausen in kürzeren Abständen erholsamer sind als lange Pausen:

„Für körperliche Arbeit (gilt) ebenso wie für einfache und sich häufig wiederholende geistige Tätigkeiten: Mehr kurze Pausen haben einen größeren Erholungswert und verhindern eine fortschreitende Zunahme der Ermüdung besser als wenige längere Pausen gleicher Gesamtlänge“ (Ulich 1994: 391).

Die Belastungen oder verschleißenden Wirkungen der Arbeit ohne Pause nehmen mit steigendem Alter zu. Aus arbeitsmedizinischen Untersuchungen ist der Befund bekannt (Ilmarinen/Tempel 2010, 250), dass gerade bei älteren Menschen die Einhaltung und auch die Häufung von *kürzeren* Pausen wichtig ist.

„Die Pausen sollten mit dem Alter ‚mit leben‘, denn ein älterer Mitarbeiter benötigt mehr Zeit, um sich von den Belastungen zu erholen, als ein jüngerer ... Viele Arbeitnehmer haben mit steigendem Alter gemerkt, dass die Freizeit ... oder der ... Nachtschlaf für eine komplette Erholung nicht ausreichen. Der nächste Schritt ist dann, dass das Wochenende für die Erholung nicht ausreicht, und schließlich wird die Lage kritisch, wenn die Ferien nicht mehr genügen, um die angehäuften Erschöpfung auszugleichen“ (Ilmarinen/Tempel 2002: 251f.).

Ein berühmtes Beispiel für den Zusammenhang zwischen Alter und Erschöpfung ist die Einführung von fünfminütigen bezahlten Pausen in der Automobil- und auch Chemieindustrie²⁶ als „Humanisierung der Arbeit“ für ältere Bandarbeiter gewesen. Die Pause ist deshalb ein wichtiges Thema des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und ein Reizthema, weil die Beschäftigten hier auch gegen sich selber in Schutz genommen werden müssen (z. B. „früher nach Hause gehen“ ohne Pause). Dass die Erzieherinnen auf Pausen verzichten, taugt jedoch keinesfalls als Beleg für ihre „Unvernunft“, sondern verweist auf die Widersprüchlichkeit der Pausengestaltung in der Kita.

²⁶ In einem Aufsatz von 1976 heißt es: „Soweit wie möglich soll das Anforderungsniveau durch Technische Änderung des Arbeitsplatzes, Training der arbeitsökonomisch günstigsten Methode, Verbesserung der Erholwirksamkeit der Pausen, reduziert werden, um auch älteren Mitarbeitern die Arbeit erträglich und zumutbar zu machen.(...) Außerdem kam eine Regelung zustande, die nach individuellen Erfordernissen bei nachhaltigem Überschreiten der Dauerleistungsgrenze zusätzliche Erholpausen vorsieht, und zwar mit Erreichen des 45. Lebensjahres bis zu 10%, mit Erreichen des 50. Lebensjahres bis zu 15 %.“ (Altersadäquater Arbeitseinsatz, in: RKW 1976: 172 f)

Idealismus und (schulisch vermitteltes) Berufsbild

Zu den Risikofaktoren im Beruf gibt es andererseits spiegelbildlich eine Entsprechung im *Idealismus* der „Helfer“, also der hohen Wertschätzung, welche die Tätigkeit im Selbstbild von Erziehern und Erzieherinnen (in ihrem Berufsethos) hat. Dieser Idealismus lässt viele auch dann noch zur Arbeit (*Präsentismus*) gehen, wenn sie krank sind. Und dieser berufliche Helfer-Idealismus ist ein Grund dafür, dass die Mehrheit der Beschäftigten vor allem nur auf das Kindeswohl achtet:

„Immer geht noch etwas. Eine Kollegin wird krank, der Plan für ein Projekt ... steht, also wollen sie es auch in Unterbesetzung durchführen. Sie sehen immer nur das Bedürfnis der Kinder, ihr eigenes geht unter. Das Beste für die Kinder - und dafür Opfer bringen. ‚Ach, das wird schon noch gehen, und das auch‘, ist die inkarnierte Arbeitsweise der altgedienten Kräfte in der Kita. Darüber wird auch die Pause *vergessen*. Ein hoher Idealismus, der nicht darauf reflektiert, was das für die eigene Arbeit und die eigenen Ressourcen heißt“ (Interview Kita-Leitung).

In den Interviews haben die Befragten bei Gesprächen über Krankheiten oft das Thema gewechselt, sie waren gleich bei dem Wohlbefinden der Kinder. Durch einen solchen Gegenstandswechsel nehmen die Erzieherinnen sich in ihren eigenen Interessen zurück. Das wird von Vorgesetzten und auch in der wissenschaftlichen Literatur oft als mangelnde Professionalisierung im Beruf kritisiert und trifft sicher einen wichtigen Punkt bei der Be- und Entlastung in der Arbeit.

„Als ein Hauptdefizit sieht er nicht diesen oder jenen Mangel, sondern das Rollenverständnis für die Aufgabe, die gefühlte Allzuständigkeit der Erzieherin. Es gäbe kein klares Berufsbild mit einem professionellen Profil, das die Erwartungen der anderen mit dem abgleicht, was man selber kann und will. Er versucht, auf Dienstbesprechungen mit seinen Leitungskräften ein klares Aufgabenprofil mit ihnen zu realisieren. Das sieht er als wesentliches Versäumnis der Ausbildung und als Quelle der Überforderung im Beruf an“ (Interview Träger).

Hier werden im Interview auch Defizite in der Ausbildung angesprochen. So würde Erzieherinnen und Erziehern kein klares und realistisches Berufsbild in der Ausbildung vermittelt, inklusive der belastenden Faktoren und schon gar nicht Erkenntnisse darüber, wie diesen Belastungen im Arbeitsalltag begegnet werden kann.

Außerberufliche Belastungen

Gegenstand unserer Gespräche waren Belastungsfaktoren in und vor allem durch die Arbeit. Außerberufliche Belastungen gehörten hingegen nicht zu den Interviewschwerpunkten. Obwohl sie in den Interviews nicht explizit behandelt wurden, kamen sie zuweilen als ein wichtiger Einflussfaktor ins Gespräch. So wurden die eigene fa-

miliäre Belastung von Erzieherinnen oder lebensstilbezogene Aspekte wie Ernährungsfehlverhalten (viele Übergewichtige in einigen Kitas), Tabak- und/oder Alkoholkonsum als Risikofaktoren thematisiert. Eine Gesprächspartnerin führte sogar die nachhaltige Erschöpfung vornehmlich auf die eigenen familiären Belastungen der Kita-Beschäftigten zurück.

„Im Hinblick auf die Ursachen der Erkrankungen spielt oft die private Situation eine entscheidende Rolle, nämlich das Familienleben und die daraus entstehenden Belastungen. Die Belastung ist zuweilen in der Freizeit sehr hoch“ (Interview Kita-Leitung).

Zu erwähnen ist noch, dass aufgrund ihrer z.T. geringen Stundenzahl in der Kita es auch eine Reihe von Beschäftigten gibt, die einem Zweitjob nachgehen müssen, was sicher bei der beruflichen Belastung und den AU-Meldungen eine Rolle spielt.

6 Arbeits- und Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen im Land Bremen

Arbeits- und Gesundheitsschutz wie auch betriebliche Gesundheitsförderung stellen die zwei klassischen und wesentlichen Instrumente dar, um Arbeitsplatz bezogenen Gefährdungen, Belastungen und gesundheitlichen Beschwerden entgegenzuwirken. Daher ist die Frage zentral, wie diese beiden Felder in den Kindertageseinrichtungen im Land Bremen bislang ausgestaltet werden.

6.1 Stand der Umsetzung von Arbeits- und Gesundheitsschutz

Die Bestandsaufnahme aus den Interviews ergibt insgesamt folgendes Bild:

Der Arbeits- und Gesundheitsschutz wird in allen befragten Einrichtungen zentral, d.h. vom Träger selbst organisiert. Die Hauptinhalte des AGS bestehen vornehmlich in der Durchführung von Betriebsbegehungen, dem Angebot einer Gefährdungsbeurteilung, der Anschaffung von erwachsenengerechtem Mobiliar sowie der Feststellung des Impfstatus der Beschäftigten. Dabei ist es offenkundig durchgesetzt, dass der Träger die Kosten für erforderliche Impfungen übernimmt. Eine Gesprächspartnerin verweist überdies explizit auf die Anwendung der Gefahrenstoffverordnung und die Einweisung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den AGS.

Die Leitungen berichten allesamt darüber, welche erhebliche Entlastung der Einsatz ergonomischer Stühle für die Beschäftigten ist. Auf eine genauere Nachfrage danach, wie viele der Beschäftigten das erwachsenengerechte Mobiliar benutzen, gestehen die Leiterinnen größtenteils ein: Aus Kostengründen sind es letztlich nur wenige erwachsenengerechte Stühle, die zur Verfügung gestellt werden. Zum Teil sind die Räume so klein, dass erwachsenengerechte Stühle dort keinen Platz haben.

Hinsichtlich des Lärmschutzes ist in den Kitas bekannt, dass schalldämpfende Maßnahmen, Umbauten, kleinere Gruppen und unterschiedliche Räume die Belastung erheblich verringern können. In einer Reihe von Einrichtungen ist das mit Erfolg passiert. Allerdings gibt es auch den Hinweis, dass baudämpfende Maßnahmen und deren positive Wirkung „zum Teil wieder darüber verpufft seien, weil die Kindergruppen aufgestockt worden sind“ (Interview Kita-Leitung). Lediglich in zwei Einrichtungen war der Lärm kein großes Problem mehr. In der einen Einrichtung deswegen nicht, weil die Kita in großen Schulräumen untergebracht ist und dort die Wände und De-

cken abgedämmt worden sind. In der zweiten Einrichtung stellt der Lärm kein Problem dar, weil die Leitung sich schon beim (Um-) Bau der Räume und ihrer Aufteilung zielstrebig Gedanken über eine „architektonische“ Lärmreduktion gemacht hatte:

„Für mich beginnt der Arbeits- und Gesundheitsschutz beim Bau oder Umbau der Einrichtung, man muss während der Planung eingreifen und sich nicht erst bei der Bauabnahme Gedanken darüber machen, wie man durch Raumgestaltung Bewegungsfreiheit für die Kinder und Schallschutz erreichen kann. Architekten bauen nach einem 08/15 Schema...Die Raumaufteilung muss unter den praktischen Gesichtspunkten Laufwege, Separierung von Ruhebereichen und Schalldämpfung geleistet werden“ (Interview Träger).

Dieser Träger tut sich zudem auch in Fragen der Hygiene hervor. In der von ihm betriebenen Krippe gibt es zum Schutz vor Infektionen eine Elternschleuse und die Beschäftigten sind dazu angehalten, Berufskleidung zu tragen. Um die Sauberkeit der Kleidung zu gewährleisten, wird sie in der Einrichtung gewaschen. Überdies sind die separaten Wickelräume mit Absauganlagen ausgestattet, die den Fäkalgeruch in wenigen Minuten beseitigen.

Insgesamt zeugen die von den Trägern ergriffenen Maßnahmen davon, dass die gesetzlichen Vorgaben zum AGS bisher primär *technisch* gesehen und umgesetzt werden. Bei einem vor allem technisch verstandenen AGS bleibt die Auseinandersetzung mit den psychischen und den sich aus der Arbeitsorganisation ergebenden Belastungen meistens unbeachtet. Die Lösung von technischen Fragen kann quasi „bequem“ von Fachleuten vorgenommen werden, das ist einfacher, als arbeitsorganisatorische Probleme zu lösen oder die psychischen Belastungen zu klären und anschließend durch nachhaltige Maßnahmen zu reduzieren. Verantwortlich dafür ist aber nicht etwa ein Unwille, sondern eine Überforderung und gewisse Hilflosigkeit des Führungspersonals gegenüber dieser Aufgabe.

Problematisch ist unter dem Gesichtspunkt der Aktivierung von Ressourcen außerdem, dass die Beschäftigten nicht aktiv am AGS beteiligt werden. Dies zeigt sich deutlich in den Interviews mit den Leitern und Leiterinnen von Kindertagesstätten. Die Beteiligung der Kita-Leitungen am AGS beschränkt sich am Standort in der Re-

gel auf deren Anwesenheit bei Betriebsbegehungen (passiv) und die Beantragung erwachsenderechter Stühle.²⁷

Das folgende Zitat verdeutlicht, wie ein einseitiger, d.h. ein primär technisch umgesetzter AGS scheitert, wenn er losgelöst von der Arbeitsrealität, der Arbeitsorganisation und den Beschäftigten geplant und umgesetzt wird:

„Eine Erzieherin wickelt die Kinder direkt in dem großen Spielraum – der extra mit einem ergonomischen Wickeltisch ausgestattete separierte Raum bleibt unbenutzt. Denn nur in dem großen Raum kann die Erzieherin während des Wickelns die anderen Kinder beobachten. Für die Erzieherinnen bedeutet das Verfahren einen enormen Konzentrationsaufwand und ein Arbeiten in einer rüchenschädigenden Haltung. Überdies besteht bei diesem Vorgehen eine erhöhte Infektionsgefahr, von der Erzieherinnen und Kinder gleichermaßen betroffen sind. In dem großen Spielraum fehlen nämlich die für das Wickeln erforderlichen hygienischen Vorrichtungen“ (Interview AGS).

In einem anderen Gespräch wird darauf hingewiesen, wie die Rückenbelastung der Beschäftigten durch Bereitstellung von Treppchen bzw. Leitern abgemildert werden soll. Diese Hilfsmittel im Arbeitsalltag einzusetzen, bedeute indes jedes Mal einen zusätzlichen Aufwand und Zeitverlust, sodass die Kinder lieber wie gewohnt hoch genommen würden.

6.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die Träger von Bremer und Bremerhavener Kindertageseinrichtungen sind nicht untätig gewesen: Sie haben selbst wegen der hohen finanziellen Belastungen in Form von Krankheitskosten punktuell Konsequenzen für eine Verbesserung der Gesundheit, der Arbeitsfähigkeit und für den Verbleib ihrer Beschäftigten im Unternehmen gezogen.

So gibt es bei allen befragten Trägern Ansätze zu einer betrieblichen Gesundheitsförderung, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung. Teilweise hängt die Etablierung dieses Themas mit dem neuen Bildungsauftrag zusammen, der die Gesundheitsförderung der Kinder zum Ziel hat. Oder aber Träger fühlen sich schon von ihrer

²⁷ Die fehlende Sensibilisierung für psychische Gesundheitsbelastungen und die mangelnde Beteiligung der Beschäftigten am AGS haben auch die Gewerkschaften GEW und ver.di 2009 zu einer tariflichen Regelung für eine betriebliche Gesundheitsförderung veranlasst. Sie zielt auf die Schaffung von Strukturen ab, in denen Beschäftigte und Arbeitgeber gemeinsam Belastungen am Arbeitsplatz analysieren und nach entsprechenden Lösungsansätzen suchen.

„Unternehmensphilosophie“ her stärker der Gesundheitsförderung ihrer Beschäftigten verpflichtet.

Die gesundheitsfördernden Angebote und Maßnahmen für die Beschäftigten reichen dabei

- von einzelnen *kompensatorischen Maßnahmen* (z. B. Angebote zur Rückenschulung oder Massagen während der Arbeitszeit),
- über *Fortbildungsprogramme zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins* für Kita-Leitungen und Erzieher/-innen, die daraufhin in den eigenen Einrichtungen Diskussionszirkel einrichten sollen,
- bis hin zu *umfangreichen Modellprojekten* mit Gesundheitsbefragungen der Beschäftigten, der Einrichtung zentraler Steuerungsgruppen und dezentraler Gesundheitszirkel. (Diese Projekte fanden meist in Kooperation mit institutionellen Gesundheitsakteuren statt).

Auch die tarifvertragliche Regelung für die betriebliche Gesundheitsförderung zeigt Wirkung: Gut zwei Jahre nach deren Abschluss berichten die beiden kommunalen wie auch anderweitige Träger über die Einrichtung von betrieblichen Kommissionen, Gesundheitszirkeln und neuen Ausschüssen zur Koordination der Gesundheit.

In der Bilanzierung der Maßnahmen durch die Befragten ergibt sich ein differenziertes Bild:

Unzufriedenheit herrscht vor allem bei den kompensatorischen Angeboten. Beispielsweise stößt das Angebot von Rückenschulungskursen oder auch Fortbildungen zur Stressbewältigung kaum auf Resonanz. Diese Angebote sind weitgehend neben dem Arbeitsprozess angesiedelt. Den meisten Beschäftigten sei es zu aufwendig, nach der Arbeit diese Kurse zu besuchen, so die Einschätzung einer Kita-Leitung. Aktionen wie mobile Massagen werden zwar während der Arbeitszeit angeboten. Da die Beschäftigten diese selbst bezahlen müssen, schläft auch diese Aktion jedoch nach recht kurzer Zeit wieder ein.

Als Erfolg der umfangreichen Modellprojekte wird verbucht, dass die Einrichtungen ergonomische Stühle erhalten haben (wenn auch nicht in ausreichender Menge) und die Mitarbeiterinnen für ein rückengerechtes Heben und Tragen sensibilisiert worden sind. Man achte jetzt stärker im Team darauf, verteile die Belastung auch anders, differenzierter und bewusster. Seit dem verbreiteten Einsatz höhenverstellbarer Rollstühle gebe es zudem weniger Klagen über Rückenbeschwerden.

Gesundheitszirkel, die in der Regel auch Bestandteil der umfangreichen Modellprojekte sind, werden zum Teil als unproduktiv beschrieben. Denn die Mitarbeiterinnen artikulierten vornehmlich ihren Missmut, würden aber keine konstruktiven Lösungsvorschläge entwickeln. Deshalb hat man derartige Gesundheitszirkel wieder eingestellt. Diskussionszirkel wiederum, die infolge von Fortbildungen von Kita-Leitungen und Erzieherinnen selbst in den Einrichtungen eingerichtet wurden, werden positiv beurteilt. Den Aussagen zufolge beteiligen sich die Erzieherinnen sehr engagiert an diesen Zirkeln. Beispielsweise sei es in einer Einrichtung gelungen, wesentliche Überlegungen zur Salutogenese gemeinsam zu erarbeiten und auf den eigenen Arbeitsalltag in der Kita zu übertragen.

Trotz aller Bemühungen und der Bereitschaft der Leitungskräfte wie auch der Beschäftigten, die Arbeits- und Gesundheitsbelastungen zu reduzieren, bleibt die Entwicklung einer nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung in der Regel auf der Strecke. Gute Ansätze gehen in der Hektik des Tagesgeschehens immer wieder verloren. Das hat zur Folge, dass die Träger und Einrichtungen mit dem Stand der Umsetzung ihres Arbeits- und Gesundheitsschutzes nach einiger Zeit unzufrieden sind. Vereinzelt werden die Beschäftigten darin kritisiert (oder beschuldigt), dass sie nicht verlässlich die angebotenen Entlastungsmaßnahmen praktizieren und auch persönlich nicht für ihre Gesundheit Sorge tragen. Die Beschäftigten erinnerten sich häufig nach Aussage von Kita-Leitungen nur noch daran, dass da „etwas“ war und glänzten bei Gesundheitsangeboten nach Feierabend – mit ihrer Abwesenheit. Daraus wird dann der Schluss gezogen, dass die Regelangebote für die Unternehmen wegen des Desinteresses²⁸ der Beschäftigten keine Lösung darstellten. Andere Leitungskräfte teilen diese Einschätzung dagegen nicht, im Gegenteil. So meint eine Kita-Leitung:

„Das Bewusstsein unter den Mitarbeiterinnen, sich ihrer Gesundheit auch selber anzunehmen, ist vorhanden und steigt mit zunehmendem Alter“ (Interview Kita-Leitung).

²⁸ Eine Bemerkung zum angeblichen Desinteresse: Nach einem Arbeitstag sind die Erzieherinnen nach Aussage fast aller Kita-Leitungen erschöpft. Insofern ist es vielleicht nicht die beste Idee, einen Gesundheitskurs z. B. nach Arbeitsschluss und dann auch noch zentral – also mit Anreise – anzubieten.

6.3 Verbesserung in kleinen Schritten

Es gibt eine Reihe von Maßnahmen, die zeigen, dass erstens die Beschäftigten selber nach Lösungen für Probleme suchen und zweitens dort, wo die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in eine Verbesserung eingebunden und an ihrer Umsetzung beteiligt sind, auch Erfolge eintreten. Um beispielsweise Eltern, die eher desinteressiert an der Entwicklung ihrer Kinder sind und/oder auch geringe Deutschkenntnisse haben, für die Kita zu interessieren, werden in einigen Einrichtungen die laufenden Aktionen und Projekte fotografiert. Darüber werden dann Kontakte hergestellt oder verbessert. In einzelnen Kitas gibt es eine Reihe kleiner *best-practice* Maßnahmen, die für Erleichterungen in der Arbeit sorgen können. Allein die Verbreitung von guten Beispielen aus verschiedenen Standorten wäre in der Summe schon eine merkliche Verbesserung der Arbeit, darunter die folgenden:

„Sie bemerkt bei den Mitarbeiterinnen, wenn diese überlastet sind, und bespricht das mit ihnen (Burn-out). Dann sind auch einmal 5 Wochen Urlaub am Stück fällig oder eine Kur. Gerade bei den älteren Mitarbeiterinnen ist es nötig, Aussparungen anders zu planen. Es wäre gut, wenn die auch einige Tage mehr Urlaub hätten, weil der Erholungsbedarf mit dem Alter wächst. Das hat auch eine Motivationsseite, wenn man sich auf diese Freizeit freuen kann und entspannter in die Arbeit zurückkehrt. In der Einrichtung sind – bis auf eine Kollegin – alle über 40 Jahre alt“ (Interview Kita-Leitung).

Dass dies alles nur kleine Schritte sind, weiß jede Kita-Leitung. Aber die Umgestaltung von Aufgaben in der Kita trägt durch Entlastung zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation bei. Dazu gehören Fälle wie die Übertragung neuer Aufgaben für ältere Erzieherinnen nach Absprache (z. B. Spracherziehung), die dann aus den Elterngesprächen und/oder aus den Tragetätigkeiten herausgenommen werden. Diese internen Lösungen stoßen natürlich schnell an Grenzen in kleineren Einrichtungen, aber sie zeigen ein Verbesserungspotenzial und Lösungswege auf. Dazu gehört auch das folgende Beispiel:

„Den psychischen Belastungen der Beschäftigten versucht die Leitung auf mehreren Ebenen zu begegnen. Um die Auswirkungen der familiären Probleme zu verkraften, welche die Kinder zwangsläufig in das Kita-Geschehen hineinbringen, organisiert die Leiterin für die Beschäftigten Gespräche mit Psychologen und Psychologinnen. Wird ein Kind mehrfach gegenüber dem Personal gewalttätig, hält sie die Eltern auch schon einmal dazu an, das Kind aus der Kita herauszunehmen. (Wegen des gesetzlichen Anspruchs auf Kinderbetreuung ist dies jedoch ein heikles Verfahren.) Und damit die Erzieherinnen den Eltern einigermaßen gewappnet gegenüber treten können, werden die Elterngespräche grundsätzlich zu zweit vorbereitet und durchgeführt, vorzugsweise von einer älteren und einer jüngeren Beschäftigten. Für Frau X...ist überdies wichtig, dass die Beschäftigten lernen, auf ihre eigene Gesundheit zu achten. Denn dies wird ihnen in der Ausbildung überhaupt nicht vermittelt“ (Interview Kita-Leitung).

Viele engagierte Kita-Leitungen sind mit einer Reihe kleiner Verbesserungsschritte befasst, wobei sie die Reichweite ihrer verdienstvollen Bemühungen durchaus sachlich einordnen. Trotz des Bemühens um abfedernde Maßnahmen sind sich Kita-Leitungen sicher: Eine gravierende Verringerung der Belastungen und die daraus resultierende Verbesserung der Arbeitsbedingungen erfolgen vor allem durch strukturelle Veränderungen. Dies bedeute auch eine Anpassung der Ausbildung an die Arbeitsrealität in der Kita, und zwar unter besonderer Berücksichtigung der psychischen Belastungen.

Die Ausbildung als zu reformierendes Feld ist häufig Gegenstand in den Interviews gewesen. Von ihrer Veränderung verspricht man sich einiges an Verbesserungen und Erleichterungen für die Kita. Neben der fehlenden Befassung mit den psychischen Belastungen wird in dem vermittelten Berufsbild ein weiteres Manko in der Ausbildung gesehen. Denn das Berufsprofil stelle einzig und allein das Wohl des Kindes in den Mittelpunkt und suggeriere die Alleinzuständigkeit der einzelnen Erzieherin für das gesamte Geschehen in der Kita. Angesichts der anspruchsvollen Aufgaben, die zum Tätigkeitsbereich der Erzieherinnen gehören, und der enormen psychischen Belastungen, mit denen sie konfrontiert werden, wird von einzelnen Kita-Leitungen eine Akademisierung der Ausbildung für erforderlich gehalten.

In der Ausbildung wird nach der Aussage von Gesprächen in den Fachschulen auch die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer zukünftigen Arbeit zum Gegenstand gemacht.

„Der AGS sei, insbesondere seit den letzten Arbeitskämpfen in der Kita, in der Ausbildung angekommen. Der Umgang mit Lärm und Stress wird im Fach ‚Ökologie und Gesundheit‘ thematisiert. Dies sei zwar nicht verpflichtender Teil der Ausbildung, werde jedoch von allen Lehrkräften berücksichtigt ... Allgemein gilt das Prinzip der doppelten Vermittlungspraxis. D. h., wenn Bedürfnisse der Kinder diskutiert werden, wird auch das Nachdenken über eigene Bedürfnisse angeregt“ (Interview Ausbildung).

Derlei Bestrebungen, den AGS in der Ausbildung stärker zu berücksichtigen, sind den Kita-Leitungen zufolge (noch) nicht in der Praxis angekommen. Die Gesundheitsförderung bei Erzieherinnen und Erziehern ist im Curriculum nicht festgelegt, also auch nicht als explizites Lernziel formuliert. Daher ist es ins Belieben der Lehrkräfte gestellt, dieses Thema in der Ausbildung aufzugreifen; anders als die Kinderge-

sundheit, die ist meistens Gegenstand des Unterrichtes ist.²⁹ Hier gibt es also ein erhebliches Desiderat mit Blick auf die Thematisierung der Gesundheit von Erzieherinnen und Erzieherin. Die derzeitige Reformierung der Ausbildung im Erziehungsbereich in Bremen wäre eine gute Gelegenheit, um diese Lücke im Curriculum zu schließen.

²⁹ Selbst in den Projekten, die sich mit Gesundheit in den Kitas befassen, ist die Gesundheit der Beschäftigten meist nur ein (nicht wesentlicher) Unterpunkt. Kita-Gesundheit der Bertelsmann-Stiftung z.B. stellt die Kinder in den Mittelpunkt. Hier soll nicht das eine gegen das andere ausgespielt werden. Aber so viel ist klar: die Kinder durchlaufen die Kita in drei Jahren, die Beschäftigten sind darin im Regelfall 40-45 Jahre engagiert – und dann kommen sie unter Kitagesundheit nur am Rande vor, das ist kein tragbarer Zustand. Auch in einem neuen Angebot (Herbst 2012) für Erzieher/-innen in einer dualen Ausbildung an der Evangelischen Hochschule Nürnberg (Erziehung, Bildung und Gesundheit im Kindesalter Dual) findet man nur einen Hinweis auf „Präventionsansätze sprachlicher und gesundheitlicher Entwicklung“ *des Kindes*. Von Prävention hinsichtlich der eigenen Gesundheit ist nicht die Rede. www.evhn.de

7 Schlussfolgerungen für einen präventiven und beteiligungsorientierten AGS sowie eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit

Aus der Bestandsaufnahme unserer Interviews, den Studien und auf Grundlage von Erfahrungen in anderen Projekten zum Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS) (vor allem im Pflegesektor) ergeben sich die folgenden *Eckpunkte* für einen modernen, d. h. präventiven, systematischen und beteiligungsorientierten AGS:

Zum einen sind Kindertageseinrichtungen durch das *Arbeitsschutzgesetz* ohnehin dazu aufgefordert, einen sinnvollen und wirksamen Schutz der Gesundheit ihrer Beschäftigten zu organisieren. Dazu kommt in einem Teilbereich die Notwendigkeit, den neuen Tarifvertrag Gesundheit im *öffentlichen Dienst* umzusetzen. Die Bestimmungen des Tarifvertrages zielen auf die Schaffung von Strukturen ab, in denen Beschäftigte und Arbeitgeber *gemeinsam* Belastungen am Arbeitsplatz analysieren und nach entsprechenden Lösungsansätzen suchen. In der Ausgestaltung von Schutzmaßnahmen sieht der Gesetzgeber größere Freiheiten vor. Diese sollten die Entwicklung eines Arbeitsschutzkonzeptes ermöglichen, das zu den Gegebenheiten und Besonderheiten der jeweiligen Einrichtung passt. Die Umsetzung dieser Pflicht fällt in die Unternehmensverantwortung und schließt die „Kür“ nicht aus.

Zum anderen gibt es unter den Beschäftigten Ansätze eines Bewusstseins (als implizites Wissen oder als Erfahrung) und den Willen, Gesundheitsprävention zu *ihrer* Aufgabe zu machen und nicht allein auf das Handeln des Arbeitgebers zu setzen. Dieses Bewusstsein ist nicht explizit manifest, es ist ja auch nie professionell ausgebildet worden (ein Manko, siehe Fachschule) – und nimmt sich als Wille, gesundheitsbewusst zu handeln, im Alltagsgeschäft sehr schnell hinter das Kindeswohl zurück. Nicht umsonst heißt es, auch bei vielen Personalausfällen: „Immer geht noch etwas“. Doch dabei darf es im Interesse der Gesundheit der Beschäftigten nicht bleiben.

Arbeits- und Gesundheitsschutz gilt es, systematisch in die Arbeitsorganisation, die einzelnen Arbeitsprozesse und auch in die Personalentwicklung zu implementieren.

Erhalt und Wiederherstellung der Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern schließen die Suche nach den Krankheitsursachen und den Mitteln zu ihrer Behebung ein. Das bedeutet *Prävention* im umfassenden Sinn. Jede Organisation muss

nach Belastungen in der Arbeit und nach ihrer Wirkung auf die Gesundheit der Beschäftigten fragen. In der Fragestellung sind die Beschäftigten Subjekt *und* Objekt der Untersuchung zugleich. Eine Herangehensweise, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur als Adressaten von angeordneten Maßnahmen sieht (wie ein technisch falsch verstandener Gesundheitsschutz), greift als Prävention zu kurz. Die Beschäftigten haben sich ebenfalls Gesundheit zur Aufgabe zu machen und müssen darin unterstützt werden; kurz: Sie sollten gesundheitliche Prävention *wollen* und *wollen dürfen*. Beides ist gleichrangig. Dies bedeutet beispielsweise auch, dass der AGS nicht mehr nur zentral beim Träger organisiert ist, sondern auch in die Strukturen der einzelnen Einrichtungen integriert gehört. Die Differenzierung der Belastungen, die sich aus den unterschiedlichen Einrichtungstypen ergeben, zeigt deutlich, dass AGS individuell an den Gegebenheiten vor Ort ansetzen muss. Integraler Bestandteil der täglichen Arbeit heißt hier aber auch: Der AGS darf nicht zur Privatangelegenheit der Beschäftigten erklärt wird, also nicht den Charakter eines Ausgleichs in der Freizeit haben.

Beschäftigte und Leitungen gemeinsam sind aktive Partner/innen, damit Verhältnisse und Verhalten gesundheitsförderlich gestaltet und realisiert werden können.

Ein effektiver AGS setzt bei der Verhältnis- und Verhaltensprävention an. Im klassischen Verständnis dieser beiden Seiten bedeutet Verhältnisprävention, die Wahrnehmung der Fürsorgepflicht des Unternehmens (hier des Trägers und der Kita), nämlich durch die Umgestaltung von Arbeitsbedingungen und -prozessen gesundheitsförderliche Strukturen in der Arbeitsorganisation und in der Unternehmenskultur aufzubauen. Verhaltensprävention spricht hingegen die Seite der Beschäftigten an und zielt darauf, deren Gesundheitskompetenz zu stärken und gesundheitsbewusstes Arbeitshandeln in die alltägliche Erziehungstätigkeit zu integrieren.

Wenn aber *Beteiligungsorientierung* strukturierendes Prinzip der Implementierung sein soll, ist das Verhältnis der beiden Seiten neu zu bestimmen. Dann löst sich Verhältnisprävention nicht darin auf, dass der Arbeitgeber einseitig für die Verhältnisse zuständig ist, etwa indem er für gesundheitsgerechte Anschaffungen sorgt (Wickelkommoden, höhenverstellbare Arbeitsstühle, Lärmschutz). Vielmehr sind die Beschäftigten aktiv an der Veränderung der Strukturen und der Unternehmenskultur als Experten und Expertinnen ihrer Arbeit und ihres Arbeitsplatzes zu beteiligen. Das ist bislang weitgehend unterblieben. Umgekehrt bezieht sich Verhaltensprävention nicht allein auf die Beschäftigten und deren Verhalten, sondern auch auf die Kompetenz

und das Verhalten der Leitungskräfte, die über Gesundheitskompetenz verfügen und ein gesundheitsbewusstes Arbeitshandeln vorleben müssen.

Ein beteiligungsorientiertes Vorgehen und die Strategie des „lernenden Unternehmens“ unterstützen den Aufbau einer effektiven AGS-Organisation.

Arbeits- und Gesundheitsschutz soll in den Kitas ankommen und verankert werden, sowohl auf Leitungsebene als auch bei den Beschäftigten. Um dieses Ziel zu erreichen, bietet sich die Strategie des „lernenden Unternehmens“ an, d.h., AGS in die Organisationsentwicklungsprozesse der Kindertageseinrichtungen zu integrieren. In anderen Bereichen wurden bereits erfolgreich Methoden und Instrumente entwickelt und erprobt, die den Aufbau einer entsprechenden AGS-Organisation unterstützen – so im Bereich der Pflege durch das IAW-Projekt *ProAktiv!*³⁰. Die folgende Abbildung einer möglichen Vorgehensweise im Kita-Bereich greift die ProAktiv!-Erfahrungen auf.

- *Schritt 1: Die Gründung einer Steuerungsgruppe.* Diese Gruppe ist für den AGS in der Kita verantwortlich.
- *Schritt 2: Die Durchführung der Ist-Analyse.* Auf diese Weise wird ermittelt, wo die einzelne Kita schon steht und was in der Kita in Sachen AGS weiter getan werden muss.
- *Schritt 3: Die Durchführung von beteiligungsorientierten Gefährdungsbeurteilungen.* Hierdurch wird das Präventionswissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen und gestärkt.
- *Schritt 4: Die Setzung von Jahreszielen.* Dies ist wichtig, damit die Umsetzung von AGS-Vorhaben planmäßig angegangen wird.
- *Schritt 5: Die Integration von AGS in die Arbeitsabläufe.* Dies geschieht, damit AGS nicht als Zusatzaufgabe empfunden wird und Arbeitsprozesse nachhaltig verbessert werden.

Abbildung 2: Schritte beim Aufbau einer präventiven und beteiligungsorientierten AGS-Organisation (in Anlehnung an Hammer/Seibicke 2010: 9)

³⁰ Für weitere Informationen zum Projekt *ProAktiv!* siehe: www.pflege-projekt.de.

Präventionswissen und -kompetenzen sind berufliche Schlüsselqualifikationen und als solche in die Ausbildung zu integrieren.

Angesichts der immensen Arbeitsbelastungen am „Arbeitsplatz Kita“ geht es auch für die Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen heute um die Förderung einer *nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit* (Kriegesmann et al. 2005) – d.h. darum, ihre Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit durch Gesundheitskompetenz zu erhalten und zu verbessern. Das ist ein neuer Präventionsansatz, der die wachsende Bedeutung des *lebenslangen Lernens* – und das ist in den Kitas in den letzten Jahren angekommen – mit *Gesundheitslernen* verbindet. Veränderungen der Arbeitsprozesse sind durch ein erweitertes „fachliches“ Lernen zu antizipieren. Der Aufbau einer nachhaltigen Employability verlangt eine weitere Komponente: Nur die Beschäftigten, die ihre Gesundheit erhalten, können auch ihre berufliche Kompetenz erhalten und entwickeln (vergleiche Kriegesmann et al. 2005: 11).

Gesundheitsprävention ist also eine berufliche Schlüsselkompetenz, die neben den fachlichen Qualifikationen immer wichtiger wird. Dies haben alle Akteure – die Träger von Kindertageseinrichtungen, Kita-Leitungen als auch das pädagogische Personal – erkannt. Die Herausforderung im Kitabereich besteht nun darin, geeignete Wege zu finden und umzusetzen, die diese Kompetenz vermitteln und in die Organisationsstrukturen, in das lebenslange Lernen wie auch in die Ausbildung integrieren. Ein Vorschlag für die Integration in die Organisationsstrukturen wurde oben gemacht (s. Abbildung 2). Das Wissen um die gesundheitlichen Belastungen im Beruf und die Vermittlung der entsprechenden Präventionskompetenzen gehören aber auch in das berufliche Selbstverständnis, das vor allem in der Ausbildung vermittelt wird. Auch hier haben die Untersuchungsergebnisse einen deutlichen Handlungsbedarf aufgezeigt. Die Vermittlung der Lerninhalte an angehende Fachkräfte sollte sich idealerweise an folgenden Schwerpunkten und Fragen orientieren:

- *Sensibilisieren – Warum überhaupt AGS?* (Schwerpunkt: Berufsbild und Belastungen)
- *Was kann ich vom Betrieb erwarten?* (Schwerpunkt: AGS-Organisation, Rechte)
- *Wie kann ein präventiver AGS systematisch in die Arbeitsorganisation Kindertageseinrichtung integriert werden?* (Schwerpunkt: Management-Instrumente AGS)
- *Wie kann ich mit Belastungen / Gefährdungen umgehen bzw. wie kann eine „Selbstpflege“ im Beruf aussehen?* (Schwerpunkt: Verschränkung Arbeitstechnik und Ergonomie bzw. Fachlichkeit und Gesundheitsschutz)

Abbildung 3: Lerninhalte AGS für die Ausbildung

Literatur

- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Badura, Bernhard; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Macco, Katrin (Hrsg.) (2010): *Fehlzeiten-Report 2010: Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Heidelberg: Springer.
- Beer, Brigitte; Hammer, Gerlinde; Hübner, Norbert; Stickdorn, Anita (2011): Präventiver Arbeit- und Gesundheitsschutz. Hintergrundinformationen und Handlungsanleitung 5: Beteiligungsorientierung bei der Gefährdungsbeurteilung. Psychische Fehlbelastungen. Download unter: <http://proaktiv.iaw.uni-bremen.de/ccm/navigation/projektprodukte/handlungsanleitungen/> (Zugriff am 01.10.2012)
- Bertelsmann Stiftung (2009): Bremen 2009. Länderreport frühkindliche Bildungssysteme 2009, Profile der Bundesländer. Download unter: <http://www.laendermonitor.de/downloads-presse> (Zugriff am 18. März 2012)
- Bertelsmann Stiftung (2009): Ländermonitor frühkindliche Bildungssysteme, Bundesland Bremen – Zahlen. Download unter: <http://www.laendermonitor.de/bundeslaender/bremen/landesbericht/index.html> (Zugriff am 30.05.2012)
- BGW-DAK (o. J.): Stress bei Erzieher/innen. Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen. Download unter: www.f3.htw-berlin.de/Professoren/Pruemper/instrumente/KFZA-BGW-DAK-StressMonitoring_Erzieherinnen.pdf (Zugriff am 30.05.2012)
- BKK Bundesverband (Hg.) (2010): *BKK Gesundheitsreport 2010. Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft*. Essen: BKK-Bundesverband.
- Buch, Markus; Frieling, Ekkhart (2002): „Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor: Abteilung und Evaluation von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen bei Erzieherinnen in Kindertagesstätten“, in: Bernhard Badura; Martin Litsch; Christian Vetter (Hg.), *Fehlzeitenreport 2001 - Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor*. Berlin u. a.: Springer, 103 – 119.
- Bundesagentur für Arbeit (2010): *Arbeitsmarkt in Zahlen: Arbeitsmarkt nach Berufen*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2011): *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2009. Unfallverhütungsbericht Arbeit*. Dortmund/Berlin/Dresden: BMAS/BAuA.
- Calmbach, Marc; Cremers, Michael; Krael, Jens (2011): *Männliche Fachkräfte in Kindertagesstätten*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Dathe, Dietmar (2011): *Arbeitsintensität und gesundheitliche Belastung aus der Sicht von Betroffenen im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin.

- Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hg.) (2004): *Rahmenplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich*. Bremen: Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.
- Der Senator für Umwelt, Bau, Verkehr und Europa Bremen (Hg.) (2008): *Bremen im demographischen Wandel – Modellrechnung 2006 – 2020*. Bremen: Der Senator für Umwelt, Bau, Verkehr und Europa.
- Deutscher Bundestag (2010): „Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Caren Marks, Petra Crone, Iris Gleicke, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD“. Drucksache 17/714 17. Februar 2011.
- Eibeck, Bernd (2010): Vom „Traumjob Erzieherin“ kann noch keine Rede sein. Kommentar der GEW vom 23.11.2010 Download unter: http://www.gew.de/Mikrozensus_Auswertung.html (Zugriff: 06.07.2012).
- EFAS Evangelische Fachstelle für Arbeits- und Gesundheitsschutz (o.J.): Wir über uns und Warum Arbeits- und Gesundheitsschutz in der ev. Kirche?. Download unter: www.ekd.de/efas/warum.html (Zugriff: 4.07.2011).
- Fuchs, Tatjana; Trischler, Falko (2009): „Arbeitsqualität aus Sicht von Erzieherinnen und Erziehern - Ergebnisse aus der Erhebung zum DGB-Index Gute Arbeit“. Stadtbergen: Internationales Institut für Empirische Sozialforschung. Arbeitspapier.
- Fuchs-Rechlin, Kirsten (2007): *Wie geht's im Job? – KiTa Studie der GEW*. Dortmund/Frankfurt: DJI/GEW.
- Fuchs-Rechlin, Kirsten (2010a): *Die berufliche, familiäre und ökonomische Situation von Erzieherinnen und Kinderpflegerinnen. Sonderauswertung des Mikrozensus*. Frankfurt am Main: GEW.
- Fuchs-Rechlin, Kirstin (2010b): Engpass beim Personal – Integration und Sprachförderung in Kitas lassen sich nur mit genügend gut ausgebildetem Personal realisieren, *DJI Bulletin 2/2010*: 8-11.
- Gebauer, Günter (2011): „Beschäftigtenstruktur, Tarif-Einkommen, Tagespflege, Fachkräftebedarfsprognosen und Ausbildungsangebote in der frühkindlichen Bildung und im Elementarbereich Land Bremen (FBBE)“, Werk für die Arbeitnehmerkammer Bremen und das IAW / Uni Bremen. 8. September 2011.
- GEW - Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (Hg.) (2007): *Erzieherinnen verdienen mehr – Expertise und Portraits zur Gleichwertigkeit von Erzieherinnen und Erziehern mit anderen Fachschulberufen*. Frankfurt am Main: GEW.
- GEW - Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (Hg.) (2010a): *Ratgeber: Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst*. Frankfurt am Main: GEW.
- GEW - Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (2010b): GEW: „Traumjob Erzieherin‘ soll Zukunftsberuf werden!“ Download unter: http://www.gew.de/GEW_Traumjob_Erzieherin_soll_Zukunftsberuf_werden.html (Zugriff: 31.05.2012).
- Gussone, Max; Huber, Achim; Morschhäuser, Martina; Petrenz, Johannes (1999): *Ältere Arbeitnehmer. Handbuch für die Unternehmenspraxis*. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.

- Gümbel, Michael (2009): „Gender (Mainstreaming) in Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung“, in: Stephan Brandenburg, Hans-L. Endl; Edeltraud Glänzer; Petra Meyer; Margret Mönig-Raane (Hg.), *Arbeit und Gesundheit: geschlechtergerecht?! Hamburg: VSA-Verlag*, 14-23.
- Gümpel, Michael; Rundnagel, Regine (2004): „Gesundheit hat ein Geschlecht“, *Arbeitsrecht im Betrieb* 9/2004: 539-545.
- „Demografie und frühe Kindheit. Prognosen zum Platz- und Personalbedarf in der Kindertagesbetreuung“, *Zeitschrift für Pädagogik* 55 (1): 17-36.
- Hammer, Gerlinde; Seibicke, Nina (2010): Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz. Handlungsanleitung 1: Der Einstieg Ist-Analyse, Zielplanung und Organisationsentwicklung. Download unter:
<http://proaktiv.iaw.uni-bremen.de/ccm/navigation/projektprodukte/handlungsanleitungen/> (Zugriff am 01.10.2012)
- Heckmann, Markus; Kettner, Anja; Rebien, Martina (2009): „Offene Stellen im IV. Quartal 2008: Einbruch in der Industrie - Soziale Berufe legen zu“. *IAB-Kurzbericht* 11/2009: Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- IFA - Institut für Arbeitsschutz der DGUV (2011): ErgoKita: Ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen in Kindertageseinrichtungen. Download unter: <http://www.dguv.de/ifa/de/fac/ergonomie/ergokita/index.jsp> (Zugriff: 5.03.2012).
- ikk-Bundesverband o. J.: Der IKKimpuls. Berufsreport Erzieherinnen und Erzieher. Download unter: <http://www.vereinigte-ikk.de/237642,1031,237903,-1,berufsreport,0,0,0.aspx> (Zugriff: 31.3.2011).
- Ilmarinen, Juhani; Tempel, Jürgen; (2002): *Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* Hamburg: VSA-Verlag.
- Khan, Attiya (2009): Berufliche Belastungsfaktoren in Kitas – Aktueller Erkenntnisstand zur Gesundheit der Erzieherinnen. Download unter: <http://www.rpi-locum.de/download/khan.pdf> (Zugriff: 31.05.2012).
- Kriegesmann, Bernd; Kottmann, Marcus; Marurek, Lars; Nowak, Ursula; (2005): *Kompetenz für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit*. Dortmund u. a.: Wirtschaftsverlag NW.
- Kuckartz, Udo (2005): *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS-Verlag.
- Melanie Lorenz (2010): „Sichere und gesunde Kindertageseinrichtungen. Handlungsfelder und Präventionsansätze“, *DGUV-Forum. Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung* 11/2010: 14-17.
- Magistrat der Stadt Bremerhaven (Hrsg.) (2011): *Jahresbericht 2010 des Magistrats*. Bremen: Magistrat der Stadt Bremerhaven, Amt für Jugend, Familie und Frauen.
- Merbach, Martin; Brähler, Elmar (2010): „Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern und Frauen“, in: Klaus Hurrelmann; Theodor Klotz; Jochen Haisch (Hg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber, 347-358.

- Merkens, Hans (2005): „Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion“, in: Uwe Flick; Ernst von Kardorff; Ines Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: rowohlt, 286-299.
- Meuser, Miachel; Nagel, Ulrike (1991): „ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion“, in: Detlef Garz; Klaus Kraimer (Hg.), *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdt. Verlag, 441-471.
- Rauschenbach, Thomas; Schilling, Matthias (2009): „Demografie und frühe Kindheit. Prognosen zum Platz- und Personalbedarf in der Kindertagesbetreuung“, *Zeitschrift für Pädagogik* 55 (1): 17-36.
- Rauschenbach, Thomas; Schilling, Matthias (2010): *Droht ein Personalnotstand? Der U3-Ausbau und seine personellen Folgen - Empirische Analysen und Modellrechnungen*. München: Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte.
- Riedel, Birgit (2008): „Das Personal in Kindertageseinrichtungen: Entwicklungen und Herausforderungen“, in: Arbeitsgruppe Zahlenspiegel (Hg.), *Zahlenspiegel 2007. Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik*. München: Deutsches Jugendinstitut.
- RKW (Hg.) (1976): *Menschengerechte Arbeit – Erfahrungsaustausch zwischen Forschung und betrieblicher Praxis*. Frankfurt am Main: REFA.
- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (2001): *Qualitätsprofile in Arbeitsfeldern der Pädagogik der Kindheit. Ausbildungswege im Überblick*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung.
- Rudow, Bernd (2004): *Belastungen und der Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Erzieherinnen – Kurzfassung des Projektberichts*. Mannheim, u. a.: Institut für Gesundheit und Organisation (IGO).
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2009): *Erzieherinnengesundheit - Handbuch für Kita-Träger und Kita-Leitungen, Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Gesundheitsförderung von Erzieherinnen und Erziehern in Kindertageseinrichtungen (2.Auflage)*. Dresden: Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz.
- Schad, Martina (2003): *Erziehung (k)ein Kinderspiel. Gefährdungen und Belastungen des pädagogischen Personals in Kindertagesstätten*. Schriftenreihe der Unfallkasse Hessen, Band 7. Wiesbaden: Universum Verlagsanstalt.
- Schwede, Joachim; Dörnbrack, Christian; Reiber-Gamp, Uta (2011): *Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kindertageseinrichtungen*. Kronach: Carl Link.
- Siegrist, J.; Dragano, N. (2007): Rente mit 67 – Probleme und Herausforderungen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. Hans-Böckler-Stiftung, Arbeitspapier Nr. 147. September 2007.
- StaLa Bremen (Hg.) (2010a): *Statistische Berichte: Die Arbeitnehmerverdienste im Produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbereich im Lande Bremen, 2. Quartal 2010*. Bremen: StaLa Bremen.
- StaLa Bremen (Hg.) (2010b): *Statistische Berichte: Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und öffentlich geförderter Kindertagespflege im Lande Bremen 2010*. Bremen: StaLa Bremen.

StaLa Bremen (Hg.) (2008): *Statistische Berichte: Berufliche Schulen im Lande Bremen 2007*. Bremen: StaLa Bremen.

Ulich, Eberhard (1994): *Arbeitspsychologie* (3. Aufl.). Zürich: vdf, Hochschulverlag an der ETH Zürich.

Witzel, Andreas (2000): „Das problemzentrierte Interview“, *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research*, 1. Download unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> (Zugriff: 31.05.2012).

Anhang: Erläuterungen zur Methodik der qualitativen Befragung

Empirische Grundlage I: Experteninterviews

Die theoretisch begründete Auswahl (zu qualitativen Auswahlstrategien vgl. Schreier 2010) der Expertinnen und Experten für diesen Befragungsteil ergab folgende Zielgruppen:

- **Träger von Kindertageseinrichtungen:** neben freien und kommunalen Trägern auch Beratungsstellen und Expertinnen / Experten für besondere Träger bzw. Betreuungsangebote (Elternvereine, betriebsnahe Kindertagesbetreuung)
- **Überbetriebliche AGS-Akteure:** Unfallkasse Bremen, BGW, Gewerbeaufsicht, Krankenkassen und Gesundheitsamt
- **Weitere relevante Akteure:** Gewerkschaften, Senatorische Behörden, Ausbildungsstätten, innerbetriebliche AGS-Akteure

Als *überbetriebliche Akteure* wurden die Experten und Expertinnen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes befragt. Ihre Befragung ging den betrieblichen Interviews voraus. Der Fokus der Befragung mit den zuständigen Fachleuten in der Unfallkasse Bremen, der Gewerbeaufsicht, im Gesundheitsamt, bei der BGW und in einer Krankenkasse lag auf ihrer Einschätzung des Ist-Standes beim AGS.³¹ *Zusätzlich* fanden Gespräche statt mit den zuständigen Gewerkschaften, den senatorischen Behörden, mit Fachschulen bzw. Bildungsträgern für den Erziehungssektor sowie einer Personalrätin, die von ihren Erfahrungen mit einem Modellprojekt zur Gesundheitsförderung bei ihrem Träger berichtete. Auch diese Interviews wurden mit einem offenen Gesprächsleitfaden geführt, der sich auf einige vorgegebene Schwerpunkte beschränkte.

³¹ In den Gesprächen stellte sich heraus, dass für das Land Bremen eine Kooperationsvereinbarung zwischen der Gewerbeaufsicht und der Unfallkasse von 1999 gilt, nach der die Unfallkasse primär für den Bereich Kindertageseinrichtungen zuständig ist, mit Ausnahme des Mutter-schutzes, für den die Gewerbeaufsicht beratend tätig ist.

Um den Leitfaden zu validieren, haben wir mit einer Kita-Beschäftigten ein dreistündiges Gespräch zu Belastungsschwerpunkten in der Kita und zum Arbeitsablauf geführt. (Die Befragte ist seit 2010 verrentet.)

Bei der Auswahl der *Träger* wurde darauf geachtet, einen repräsentativen Querschnitt der Trägerlandschaft im Land Bremen abzubilden. So wurden Interviews geführt mit Vertretern und Vertreterinnen aller fünf relevanten Trägerarten: kommunale Träger, kirchliche Träger, die Wohlfahrtsverbände, Elternvereine sowie privatgewerbliche Träger.³² Hinzu kommt ein Träger, der als freier Beschäftigungsträger keiner dieser Kategorien zuzuordnen ist. Die insgesamt zehn Träger-Interviews wurden im Zeitraum 26.05.-15.09.2011 geführt.

Um für die Interviews einen Zugang zu den Trägern zu bekommen, sind wir folgendermaßen vorgegangen: Zuerst wurden die Geschäftsführungen oder Personalverantwortlichen der Träger angeschrieben, die in der Regel aber schon beim Ankündigungstelefonat auf eine zentrale gesundheitsbeauftragte Person des Hauses verwiesen. Der für die Experteninterviews entwickelte Leitfaden beinhaltete die folgenden Schwerpunkte: die Betriebs- und Beschäftigtenstruktur, die pädagogische Arbeitsweise, den Betriebsalltag und die berufsspezifischen Gesundheitsbelastungen, die Organisation von Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die Gesundheitsförderung in der Kita. Den Gesprächspartnern und -partnerinnen wurde viel Raum in den Interviews gegeben, um ihre Sicht der Situation darzustellen. Im Fokus der Befragung standen die regulären Tätigkeiten, wobei wir – ähnlich wie die Einrichtungen selbst bei der Aufgabengestaltung – z. B. nicht zwischen Erzieher/-in oder Kinderpfleger/-in unterschieden haben.

Empirische Grundlage II: Fallanalysen

In einem zweiten Schritt wurden Gespräche mit Kita-Leitungen geführt – diese hatten eher den Charakter von Fallanalysen an den jeweiligen Standorten.

³² Eine Analyse der Trägerstruktur im Land Bremen war ebenfalls Bestandteil des Projekts. Die diesbezüglichen Ergebnisse werden aber an dieser Stelle nicht ausgeführt, da die Darstellung den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde. Da offizielle Quellen wenig Aufschluss über den Stand der betrieblichen bzw. betriebsnahen Kindertagesbetreuung gaben, wurde ein zusätzliches Interview mit einer Expertin zu diesem Thema geführt.

Die 7 geführten Interviews (2 in Bremerhaven, 5 in Bremen, Zeitraum 15.06.-08.08.2011) beruhen auf einer Unterscheidung zwischen dem Einrichtungstyp wie auch Größe und Öffnungszeiten der Einrichtung (siehe Übersicht in Tabelle 5).

Int.	Kita-Typ	Plätze insgesamt	Öffnungszeiten
1	Regel	100	7.30 – 14.00h
2	Index	107	7.00 – 17.00h
3	Index	56	7.30 – 16.00h
4	Regelhaus mit Schwerpunktgruppen	60	7.30 – 16.00h
5	betriebsnahe Kita mit Schwerpunktgruppen	100	7.00 – 17.00h
6	Sprach- und Heil-kindertagesstätte	157	7.30 – 15.45h
7	Einrichtung mit Integrationsgruppen	130	7.00 – 16.00h

Tabelle 5: Interviews mit Kita-Leitungen³³

Die Leitfragen bezogen sich schwerpunktmäßig auf den Betriebsalltag und die dabei auftretenden berufsspezifischen Belastungen. In den Interviews ging es darum, einen „normalen“ Arbeitstag in der Kita zu rekonstruieren und zu ergründen, was die mit ihm verbundenen Anforderungen für die langfristige Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten bedeuten. Außerdem ließen wir uns nach den Interviews durch die jeweilige Einrichtung führen, um eine bessere Vorstellung vom Handlungsfeld Kita, der räumlichen Situation und dem Lärmpegel in actu zu gewinnen. Ausgewählt wurden die Standorte und Interviewpartnerinnen (in diesem Fall waren alle weiblich) aufgrund von Empfehlungen aus der ersten Interviewrunde. Die befragten Geschäftsführungen und Personalverantwortlichen der Kita-Träger fungierten somit als *Gate-Keeper* (vgl. Merckens 2005: 288) bei der Kontaktaufnahme mit den Einrichtungen. Wieweit darüber eine einrichtungstypische positive Beeinflussung in die Befragungsergebnisse transportiert wird, lässt sich nicht bestimmen. Jedenfalls hatten wir in den Gesprä-

chen nicht den Eindruck, als versuchten die Befragten, die Situation in den Kitas zu beschönigen.

Das gilt für die Geschäftsführungen bzw. ihre Vertretungen genauso wie für die interviewten Kita-Leitungen. Alle Verantwortlichen haben inzwischen realisiert, wie wichtig das Thema Gesundheitsprophylaxe für ihre Einrichtungen ist. Gerade weil sie sich von einer Bestandsaufnahme und daraus folgenden Empfehlungen in Zukunft Änderungen respektive Verbesserungen im Arbeitsumfeld versprochen, waren die Befragten ausgesprochen erzähl- und auskunftsfreudig. (Die Teilnahmequote an den Interviews lag bei 100 %. Alle angefragten Träger und Kita-Leitungen haben sich also für ein Gespräch bereit erklärt.)

Alle Gespräche wurden unmittelbar nach dem jeweiligen Interview protokolliert (vgl. hierzu „protokollbasierte Analyse“ bei Kuckartz 2005: 42). Für die Auswertung wurden analytische Kategorien gebildet und die entsprechenden Passagen der Protokolle diesen zugeordnet. Wo immer es sich als sinnvoll erweist, werden Passagen aus den Interviews zitiert.

³³ Da den Einrichtungen Vertraulichkeit zugesagt wurden, werden an dieser Stelle keine weiteren Angaben publiziert (z.B. Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Trägerzuordnung etc.).

Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft

Nr. 1

Holtrup, André/Warsewa, Günter (2008): Neue Governance-Formen in Wirtschaft, Arbeit und Stadt/Region.

Nr. 2

Holtrup, André/Warsewa, Günter (2008): Der Wandel maritimer Strukturen.

Nr. 3

Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen/Kühn, Manuel (2009): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 4

Baumheier, Ulrike/Schwarzer, Thomas (2009): Neue Ansätze der Vernetzung durch Quartierszentren in Bremen.

Nr. 5

Warsewa, Günter (2010): Evaluation und Optimierung institutioneller Praktiken der Beratung und Förderung von Existenzgründerinnen.

Nr. 6

Kühn, Manuel/Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen (2010): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 7

Baumheier, Ulrike/Fortmann, Claudia/Warsewa, Günter (2010): Schulen in lokalen Bildungs- und Integrationsnetzwerken.

Nr. 8

Sommer, Jörg/Wehlau, Diana (2010): Governance der Politikberatung in der deutschen Rentenpolitik.

Nr. 9

Fortmann, Claudia/von Rittern, Roy/Warsewa, Günter (2011): Zum Umgang mit Diversität und Heterogenität in Bildungslandschaften.

Nr. 10

Klöpper, Arne/Holtrup, André (2011): Ambivalenzen betrieblicher Krisenbewältigung.

Nr. 11

Kühn, Manuel/Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen (2011): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 12

Rosenthal, Peer/Sommer Jörg/Matysik Alexander (2012): Wandel von Reziprozität in der deutschen Arbeitsmarktpolitik

Nr. 13

Schröter, Anne (2012): Zur Bedürftigkeit von Aufstocker-Familien

Nr. 14

Kühn, Manuel/Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen/Wolnik, Kevin: Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 15

Almstadt, Esther/Gebauer, Günter/Medjedović, Irena: Arbeitsplatz Kita – Berufliche und gesundheitliche Belastungen von Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen im Land Bremen