

Betriebliche Gesundheitsförderung für Erzieherinnen

Hintergrund und Fragestellung

In jüngster Zeit wurde der Bedeutung von Kindertagesstätten (Kitas) für die kognitive und gesundheitliche Entwicklung von Kindern sowohl im gesellschaftlichen als auch im wissenschaftlichen Kontext eine besondere Beachtung beigemessen. In den Empfehlungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird den Erzieherinnen sogar eine Schlüsselbedeutung zugewiesen – sie sollten „dazu befähigt werden, eine persönliche gesundheitsförderliche Haltung zu praktizieren“ [4].

Ausgewählte Studien zur Arbeitssituation in Kindertagesstätten zeigen, dass sich Erzieherinnen aufgrund folgender Faktoren mehrheitlich belastend wirken: Lärm, keine erwachsenengerechten Möbel bzw. Arbeitsmittel, Zwangshaltungen, zu schweres Heben und Tragen sowie Personalmangel und Konflikte mit Eltern [2, 11, 12]. Die negative Beanspruchung äußert sich gehäuft in Rückenschmerzen, Nervosität, Kopfschmerzen und Schwierigkeiten, sich zu erholen [1].

Es bestehen jedoch auch berufliche Ressourcen, wie die Möglichkeit der selbständigen Arbeitsplanung, interne Kommunikation und positiv erlebte Zusammenarbeit [3]. Hier stellt sich die Frage, wie die Berufsgruppe der Erzieherinnen zukünftige verantwortungsvolle Herausforderungen meistert. Können Erzieherinnen, die sich gesundheitlich stark belastet fühlen, „als Modelle für Kinder und Eltern wirken“ [4]? Eine Antwort darauf wird neben einer verbesserten Ausbildung v. a. in einer branchenspezifischen Herangehensweise der betrieblichen Gesundheitsförderung gesehen.

In diesem Zusammenhang wurde am Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Technischen Universität Dresden eine ausführliche Diagnostik des gesundheitlichen Zustands der Belegschaft erstellt und im Anschluss daran ein bewährtes Verfahren der Gesundheitsförderung – *Gesundheitszirkel* – an die kita-spezifischen Bedingungen adaptiert. Dabei interessierten folgende Fragen:

- Eignet sich das Instrument – *Gesundheitszirkel* – für den Einsatz in Kitas?
- Verbessert sich die Arbeitsfähigkeit der Erzieherinnen nach der Teilnahme an der Intervention (Gesundheitsberatung im Anschluss an die Diagnostik und Gesundheitszirkel)?

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

An der Pilotstudie (Die Pilotstudie fand im Rahmen des Projekts „Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten“ von 09/2003 bis 12/2004 statt und wurde durch die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ des Bundesministeriums für

Wirtschaft und Arbeit gefördert) zur Untersuchung kita-spezifischer *Gesundheitszirkel* nahmen 8 Einrichtungen aus dem Landkreis Torgau-Oschatz und Dresden mit 78 weiblichen Kita-Beschäftigten teil (Altersbereich: 21–60 Jahre). Dazu gehörten neben den Erzieherinnen auch die Leiterinnen und weiteres Kita-Personal (z. B. Köchinnen, Reinigungskräfte, Sozialpädagoginnen).

Die Studie bestand aus einer zweimaligen *Gesundheitsdiagnostik* und einer Interventionsphase, in der ein spezifischer *Gesundheitszirkel für Kindertagesstätten* zum Einsatz kam (■ **Abb. 1**). Dieser wurde von 2 Moderatorinnen in 7 der 8 Kitas erfolgreich durchgeführt und von 56 Erzieherinnen besucht. Während die 1. *Gesundheitsdiagnostik* der Identifikation arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Ressourcen der Kita-Beschäftigten diente (Prämessung), sollten im Rahmen der 2. *Gesundheitsdiagnostik* Veränderungen infolge der Gesundheitszirkel festgestellt werden (Postmessung nach 9 Monaten). Ziel war es, die Arbeitsbedingungen der Erzieherinnen zu verbessern und sie für

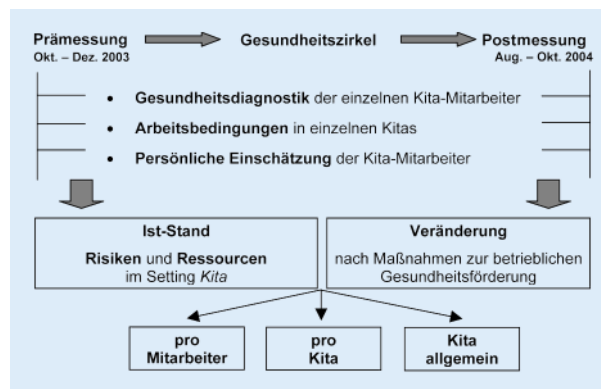


Abb. 1 ◀ Zeitliche und inhaltliche Charakterisierung der Studie

gesundheitsbewusstes Verhalten zu sensibilisieren. Als zentrale zu beeinflussende Variable wird dabei die subjektive *Arbeitsfähigkeit* [6] betrachtet.

Aus Gründen der Stichprobenhomogenisierung (berufliche Stellung, Arbeitsanforderungen) gehen in die Ergebnisdarstellung zur Veränderungsmessung jedoch ausschließlich Erzieherinnen ein, die sowohl an der Prä- als auch an der Postmessung teilgenommen haben (n=54, Alter: 44±9 Jahre).

Untersuchungsmethoden der Prä- und Postmessung (Gesundheitsdiagnostik)

Die *Gesundheitsdiagnostik* setzte sich aus einer komplexen arbeitsphysiologisch-psychologischen Untersuchungsmethodik zusammen, die am Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der TU Dresden entwickelt wurde. Ihre Kernstücke bilden der Fragebogen *Work Ability Index* (WAI) [14] zur Beurteilung der *Arbeitsfähigkeit* und die erweiterte multidimensionale Testbatterie *Vitalitätsmessplatz*[®] [9] zur Untersuchung des gesundheitlichen Zustands.

WAI

Der WAI [14] basiert auf einer Selbstbeurteilung der *Arbeitsfähigkeit* und liefert Aussagen zur psychischen und physischen Verausgabung durch die bisherige Arbeit sowie zum individuellen Gesundheitszustand. Der *WAI-Gesamtwert* (Summenscore) ergibt sich aus 7 Subskalen und kann Werte zwischen 7 und 49 Punkten annehmen. Dementsprechend kann die *Arbeitsfähigkeit* als *schlecht*, *moderat*, *gut* oder *sehr gut* eingestuft und arbeitsmedizinische Maßnahmen abgeleitet werden.

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

Präv Gesundheitsf 2006 · 1:88–93 DOI 10.1007/s11553-006-0016-2
© Springer Medizin Verlag 2006

A. Khan · M. Thinschmidt · R. Seibt

Betriebliche Gesundheitsförderung für Erzieherinnen

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund fehlender Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten (Kita) sollten Maßnahmen zur Förderung von *Arbeitsfähigkeit* (Af) und Gesundheit für Erzieherinnen mit Hilfe erprobter verhaltens- und verhältnisorientierter Verfahren umgesetzt werden. Die *Vitalitätsdiagnostik* wurde vor und nach der Intervention (Gesundheitszirkel) durchgeführt. Die Af wurde mit dem Fragebogen *Work Ability Index* (WAI), die gesundheitliche Situation mittels *Vitalitätsmessplatz*[®] beurteilt. An den Untersuchungen beteiligten sich 78 Kita-Beschäftigte (Alter: 44±9 Jahre) aus acht sächsischen Einrichtungen. In den Gesundheitszirkeln wurden die Lösungsvorschläge einrichtungsbezogen erarbeitet und umgesetzt, wobei insbesondere psychische Belastungen,

die Arbeitsumgebung und organisatorische Faktoren thematisiert wurden. Zur Veränderungsmessung wurden die Erzieherinnen in eine Gruppe mit verminderter bzw. hoher Af eingeteilt. Nach der Intervention konnten v. a. bei Erzieherinnen mit verminderter Af Verbesserungen festgestellt werden: höhere Af, Rückgang der Erkrankungen und Beschwerden und verbesserte Erholungsfähigkeit. Der *Vitalitätsmessplatz*[®] hat sich als Instrument zur Gesundheitsdiagnostik und die Gesundheitszirkel als wirksame verhältnispräventive Maßnahme in Kitas erwiesen.

Schlüsselwörter

Erzieherinnen · Gesundheitszirkel · Berufliche Belastungen · Arbeitsfähigkeit · Vitalität

Workplace health promotion for nursery school teachers

Abstract

Due to the lack of programmes for workplace health promotion in nursery schools, the project developed and promoted the work ability (WA) and health of nursery school teachers by using approved behavioural (pre- and post-tested validity diagnostics) and proportional methods (health circle as intervention). The WA was assessed with the questionnaire *Work Ability Index* and the health situation with the *Vitality Measuring System*[®]. A total of 78 nursery school teachers from eight day care facilities in Saxony took part in the study (age: 44±9 years). Suggestions for improvement were identified and carried out in the health circles in a facility-specific way. The study focussed on the impact of psychological stress and the working

environment. In order to assess the changes the nursery school teachers were divided into a group with reduced WA and a group with higher WA. After the intervention, the nursery school teachers with reduced WA showed various improvements: higher WA, a reduction of diseases and complaints and recreational abilities. Vitality diagnostics proved to be a useful instrument for promoting health-conscious behaviour. The health circle was found to be an effective method of health promotion in day care facilities.

Keywords

Nursery school teachers · Health panel · Occupational strain · Work ability · Vitality

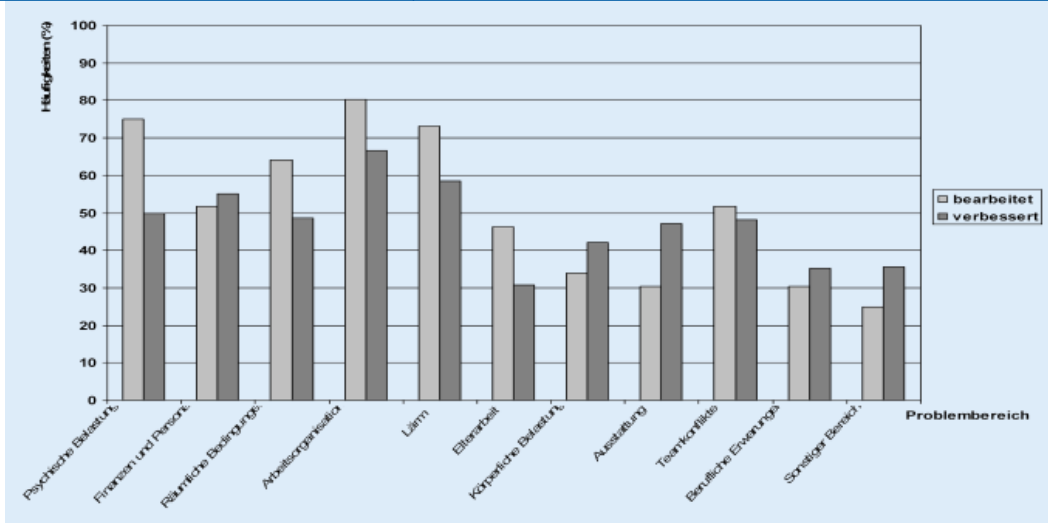


Abb. 2 Zusammenfassende Darstellung des Bearbeitungsstandes der Belastungen und der wahrgenommenen Verbesserungen

Vitalitätsmessplatz

Der *Vitalitätsmessplatz*[®] [9] ist ein gesundheitsdiagnostisches Verfahren zum Erkennen funktioneller Auswirkungen des Lebensstils im Sinne gesundheitlicher Risiken und Ressourcen. Er besteht aus einer multidimensionalen Testbatterie von Vitalitäts- bzw. Altersindikatoren, mit denen folgende Funktionen des physischen, psychischen und sozialen Bereichs sowie das Befinden geprüft werden: Kardiopulmonales System, Stütz- und Bewegungssystem, Sinnesorgane, Körperzusammensetzung, psychische und mentale Dimensionen, körperliche und psychische Befindlichkeit und soziale Faktoren. Die Messung ermöglicht eine objektive Erfassung der *komplexen Vitalität*.

Alterstypische Veränderungen der Vitalitätsindikatoren werden im *Functional Age Index* (FAI) zusammengefasst, der Ausdruck des vitalen (biologischen) Funktionszustands einer Person ist. Der Berechnung des FAI liegen alters- und geschlechtsspezifische Werte einer definierten Referenzpopulation zugrunde, bei der im Mittel kalendarisches und biologisches Funktionsalter übereinstimmen. Das sog. *Vitalitätsprotokoll* (Vitalitätsmuster) bildet die Grundlage für die anschließende individuelle Beratung. Diese erfolgt ursachenorientiert mit dem Ziel Kompensationsmöglichkeiten und Präventionsmaßnahmen für eine verminderte Arbeitsfähigkeit sowie einen ungünstigen gesundheitlichen Zustand aufzuzeigen. Die komplette Durchführung

der Gesundheitsdiagnostik inklusive der Rückmeldung dauert ca. 2 Stunden.

Zusätzliche Erhebungsinstrumente

Durch zusätzliche Erhebungsinstrumente in Form von *standardisierten Fragebögen* und einem berufsspezifisch abgestimmten *Interviewleitfaden* sollte geklärt werden, wie sich die Belastungen des Berufsalltags und die Lebensumstände auf die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit auswirken. Die Ergebnisse der folgenden ausgewählten Instrumente wurden in dieser Publikation berücksichtigt:

- FABA: Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung – Subskala Erholungsunfähigkeit [10].
- BFB: körperliche und/oder psychosomatische Beschwerden [5].

Gesundheitszirkel

Speziell für den betrieblichen Einsatz wurde – orientiert am Düsseldorfer Modell [13] – ein Manual für die Durchführung von Gesundheitszirkeln in der Kita entwickelt und 2 externe Moderatorinnen qualifiziert. Pro Einrichtung fanden 5–6 Sitzungen mit den Beschäftigten statt, in denen Problembereiche benannt und bearbeitet wurden.

Zur Evaluation der Gesundheitszirkel wurden die Teilnehmerinnen insgesamt 4-mal zum Verlauf und den Ergebnissen der Zirkelarbeit befragt: Fragebögen zur Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitszirkel [8].

Ergebnisse

In diesem Abschnitt sind die Ergebnisse der Gesundheitszirkel und der Veränderungsmessung dargestellt.

Gesundheitszirkel

In den ersten Sitzungen des Gesundheitszirkels haben die Teilnehmerinnen Themenbereiche bestimmt und deren Dringlichkeit und Wichtigkeit für die Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen bewertet. Insgesamt wurden folgende elf Belastungsgruppen ermittelt, sortiert nach Rängen:

1. psychische Belastung,
2. Finanzen und Personal,
3. räumliche Bedingungen,
4. Arbeitsorganisation,
5. Lärm,
6. Elternteil,
7. körperliche Belastung,
8. Ausstattung,
9. Teamkonflikte,
10. berufliche Erwartungen,
11. sonstiger Bereich.

In **Abb. 2** ist der Bearbeitungsstand der einzelnen Problembereiche aufgezeigt, wobei die prozentualen Häufigkeiten für beendete und begonnene Bearbeitung zusammengefasst wurden (n=56). In die Einschätzung, ob sich die Arbeitssituation aufgrund der Problembearbeitung verändert hat, wurden nur die Personen einbezogen, die zuvor die Bearbeitung der Belastungsgruppe bejaht hatten.

Tab. 1 Rangreihe der 5 häufigsten Beschwerden (BFB-Fragebogen [5]) bei Erzieherinnen mit *verminderter* (Af vermindert) und *hoher Arbeitsfähigkeit* (Af hoch) zu beiden Messzeitpunkten (Häufigkeiten [%])

Af vermindert (n=13)			Af hoch (n=41)		
Rangplatz	Beschwerde	Häufigkeit [%]	Rangplatz	Beschwerde	Häufigkeit [%]
Prä					
1	Nacken-, Rücken-, Kreuzschmerzen	92,3	1	Nacken-, Rücken-, Kreuzschmerzen	48,8
2	Erschöpfung, Müdigkeit	84,6	2	Angst vor plötzlichem Tod oder Krankheiten	36,3
3	Schlafstörungen	61,5	3	Grübeleien, Zweifel	34,1
4	Gliederschmerzen	61,5	4	Kopfschmerzen	34,1
5	Hitzewallungen	61,5	5	Erschöpfung, Müdigkeit	29,3
Post					
1	Geräuschempfindlichkeit	61,5	1	Nacken-, Rücken-, Kreuzschmerzen	48,6
2	Nacken-, Rücken-, Kreuzschmerzen	53,8	2	Kopfschmerzen	37,5
3	Schweißausbrüche	53,8	3	Hitzewallungen	31,7
4	Erschöpfung, Müdigkeit	46,2	4	Erschöpfung, Müdigkeit	30,0
5	Hitzewallungen	46,2	5	Angst vor plötzlichem Tod oder Krankheiten	29,3

Bei gemeinsamer Betrachtung des begonnenen und abgeschlossenen Bearbeitungsstatus der Probleme zeigt sich, dass die Bereiche Arbeitsorganisation (80%), psychische Belastung (75%), Lärm (73%) und räumliche Bedingungen (70%) in den meisten Einrichtungen thematisiert wurden (s. **Abb. 2**). Belastungen aufgrund mangelnder finanzieller bzw. personeller Ausstattung wurden von etwas mehr als der Hälfte der Beschäftigten bearbeitet (53%, s. **Abb. 2**). Während sich bei 67% der Beschäftigten ihre Arbeitsbedingungen aufgrund der im Gesundheitszirkel bearbeiteten Arbeitsorganisation verbessert haben, sind dies bei den psychischen Belastungen und den räumlichen Bedingungen nur ca. 50%. Etwas mehr berichten, dass sich ihre Arbeitssituation aufgrund der Problembearbeitung in den Bereichen Lärm (58%) und Finanzen und Personal (53%) optimiert hat (s. **Abb. 2**). Die Themenbereiche Elternarbeit, körperliche Belastungen und Ausstattung wurden weniger häufig, aber dennoch von mindestens einer Kita als sehr wichtig und dringlich eingestuft und innerhalb des Gesundheitszirkels bearbeitet. Auch hierbei wirkten sich Veränderungen positiv auf die Arbeitssituation der Beschäftigten aus (s. **Abb. 2**).

Das folgende Beispiel aus einer Kindertagesstätte veranschaulicht die Vorge-

hensweise bei der Problemanalyse und Lösungsfindung: In der 1. Sitzung des Gesundheitszirkels wurden die körperlichen und psychischen Belastungen im Arbeitssalltag als ein großer Problemkomplex identifiziert und in der Rangfolge der zu bearbeitenden Problembereiche als dringlichste Aufgabe eingestuft.

Mit Hilfe des Problem-Analyse-Schemas konnte das Problem eingegrenzt, beschrieben und hinsichtlich seiner Ursachen erfasst werden. Neben den zahlreichen physischen Anstrengungen, wie bspw. einseitiges Heben und Tragen der Kinder, stellte sich der Zeitmangel als wesentliche Ursache v. a. für die psychische Beanspruchung heraus. Die Erzieherinnen beklagten, dass vieles gleichzeitig erledigt werden müsse, wenn z. B. Eltern in die Gruppensituation hereinplatzen, gleichzeitig das Telefon klingelt und ein Kind auf die Toilette muss.

Erste Lösungsvorschläge, die von den Teilnehmerinnen entwickelt wurden, betrafen die Organisation des Tagesablaufs. Vorgeschlagen wurden eine straffere Tagesplanung, stärkere Prioritätensetzung bis hin zum Weglassen einiger Tätigkeiten. Der Tagesablauf sollte also dahingehend neu durchdacht werden, welche Tätigkeiten wirklich sinnvoll oder lediglich zur Gewohnheit geworden sind.

In der folgenden Sitzung wurden konkrete Lösungsansätze zur besseren Organisation des Tagesablaufs vorgestellt. Dies betraf zum einen die Spielzeit am Vormittag, die etwas verlängert werden könnte. Damit entfielen die ohnehin kurze Spielzeit zwischen dem Spiel im Freien und dem Mittagessen. Zum anderen könnte der Mittagsschlaf um 10 min verkürzt werden, um das An- und Ausziehen der Kinder ruhiger zu gestalten. Es wurde beschlossen, diese Lösungsvorschläge in der folgenden Woche zu erproben.

In der darauf folgenden Sitzung wurde der Stand der Umsetzung des neuen Zeitplans besprochen. Die Erzieherinnen stellten eine erhebliche Erleichterung durch die Entzerrung der Zeiten fest. Der Vormittag sei nicht mehr so zerklüftet und es entstehe keine Hektik beim An- und Auskleiden der Kinder für den Mittagsschlaf. Insgesamt stünden sie weniger unter Zeitdruck und die Arbeit sei daher entspannter.

Die Gesundheitszirkel wurden von den Teilnehmerinnen insgesamt sehr gut angenommen. Die Moderation der Gesundheitszirkel wird von der Mehrheit der Zirkelteilnehmerinnen als strukturiert und zielorientiert erlebt (95–98% bei den 3 Befragungen) und überwiegend als motivierend zur Mitarbeit im Zirkel empfunden (91–98%). Das Verfahren half dabei dem überwiegenden Teil der Teilnehmerinnen (91–95%), arbeitsbezogene Probleme und Belastungen zu verstehen. Insgesamt wird die Arbeit der Gesundheitszirkel als produktiv bewertet (82% bei allen 3 Befragungen). Die Einschätzungen sind über die 3 Messzeitpunkte weitgehend stabil. Zudem zeigt sich mit einer Ausnahme kein signifikanter Unterschied bei der Bewertung der beiden Moderatorinnen.

Veränderungsmessung

Im Rahmen der Veränderungsmessung galt es zunächst zu prüfen, ob die *subjektive Arbeitsfähigkeit* (Af) moderierend auf Effekte der Interventionen einwirkt. Insbesondere wurde untersucht, ob die Erzieherinnen in Abhängigkeit von ihrer Af zum 1. Messzeitpunkt (Prämessung) unterschiedlich von den Interventionsmaßnahmen profitieren. Dazu wurden die Erzieherinnen anhand ihres WAI in der Prä-

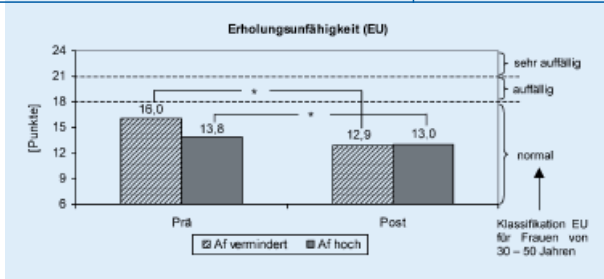


Abb. 3 ◀ Erholungsfähigkeit und deren Klassifikation (FABA-Fragebogen [10]) bei Erzieherinnen mit *verminderter* und *hoher Arbeitsfähigkeit* zu 2 Messzeitpunkten (Anmerkung: Normwerte für Frauen (30–50 Jahre) [10])

messung [14] einer Gruppe *verminderter* (WAI=7–36 Punkte; n=13 Erzieherinnen) bzw. *hoher Arbeitsfähigkeit* (WAI=37–49 Punkte; n=41 Erzieherinnen) zugeordnet und in der Postmessung die Veränderungen der Arbeitsfähigkeit und deren Einflussfaktoren zwischen den beiden Gruppen verglichen. Der WAI beträgt dabei für Erzieherinnen der Gruppe mit *verminderter Af* = 32±5 Punkte (moderate Af), in der mit *hoher Af* = 42±3 Punkte (gute Af; p=0,000).

Zur Postmessung konnte in der Gruppe mit *verminderter Af* ein um 6 Punkte höherer WAI (p=0,001) festgestellt werden, während dieser in der Gruppe *hoher Af* erwartungsgemäß gleich blieb (42±4 Punkte; p=0,706). Damit liegt nunmehr der durchschnittliche WAI in beiden Gruppen im Bereich der *guten Af* (37–43 Punkte). Die Erhöhung des WAI geht in der Gruppe mit *verminderter Af* v. a. mit einer verbesserten Anforderungsbewältigung, weniger Arbeitsunfähigkeit sowie einer besseren Einschätzung ihrer zukünftigen Arbeitsfähigkeit einher.

Hinsichtlich ihrer allgemeinen anamnestischen Angaben unterscheiden sich die beide Gruppen nur bezüglich ihres Alters bzw. der Dauer ihrer beruflichen Tätigkeit: Die Gruppe mit *verminderter Af* weist ein höheres (p=0,022) Durchschnittsalter (50±8 Jahre; p=0,023) und damit auch Erwerbssalter (28±11 Jahre; p=0,017) auf als die Gruppe mit *hoher Af* (Alter: 44±8 Jahre; Erwerbssalter: 20±10 Jahre). Familienstand, Zahl und Alter der Kinder, Schul- und Berufsausbildung oder Art des Arbeitsverhältnisses waren in beiden Gruppen vergleichbar. Erzieherinnen mit *verminderter Af* waren vermehrt im Kindergarten und Hort sowie als *Springer* (werden in allen Altersbereichen eingesetzt) tätig, während jene mit *hoher Af* vorwiegend im Krippen- und Kindergartenbereich arbeiteten.

Die positive Entwicklung in der Veränderungs-messung ist auch hinsichtlich der Gesamtanzahl an körperlichen und/oder psychoemotionalen Beschwerden zu beobachten [5]. Mehr als zwei Drittel der Erzieherinnen mit *verminderter Af* haben zum ersten Messzeitpunkt drei oder mehr Erkrankungen, während in der Gruppe mit *hoher Af* nur ein Drittel so viele Krankheiten aufweist. Dies ändert sich zum 2. Messzeitpunkt: Nur noch etwa die Hälfte der Erzieherinnen mit *verminderter Af* gibt jetzt ≥3 Erkrankungen an, aber in der Gruppe mit *hoher Af* ändert sich die Anzahl der Erkrankungen nicht. Insgesamt werden sowohl zur Prä- als auch zur Postmessung in der Gruppe mit *verminderter Af* von den Erzieherinnen signifikant mehr Beschwerden angegeben (14±7 vs. 9±7; p=0,036) als von denen der Gruppe *hoher Af* (Beschwerdenanzahl: 7±6 bzw. 5±5; p=0,084). Im Vergleich zwischen Prä- und Postmessung lässt sich aber nur in der Gruppe mit *verminderter Af* eine signifikante Verringerung der Beschwerden (p=0,005) beobachten.

Hinsichtlich der Art als auch der Häufigkeit der Beschwerden ist für beide *Af-Gruppen* ein unterschiedliches *Beschwerdenmuster* feststellen. Das spiegelt sich bereits in den 5 am häufigsten genannten Beschwerden wider (Tab. 1). Zur Prämessung sind die häufigsten fünf Beschwerden in der Gruppe mit *verminderter Af* charakteristisch für körperliche und psychische Erschöpfung sowie gestörte Erholung. Vor allem die Häufigkeit dieser Beschwerden macht das Ausmaß der Erschöpfung deutlich; fast alle Kolleginnen (85%) in der Gruppe mit *verminderter Af*, aber nur ca. ein Drittel der Erzieherinnen in der Gruppe mit *hoher Af* (29%) geben typische Erschöpfungssymptome an. Unabhängig davon klagt auch hier fast jede 2. Erzieherin über Nacken-, Rücken- und Kreuzbeschwerden und etwa jede Dritte leidet unter Kopfschmerzen oder

fühlt sich erschöpft und müde. Außerdem deuten die Beschwerden Grübeleien und Zweifel sowie Angst vor plötzlichem Tod oder Krankheiten in dieser Gruppe auf leicht depressive Symptome hin.

Zur Postmessung hat sich das Beschwerdenbild wiederum v. a. in der Gruppe mit *verminderter Af* verändert (s. Tab. 1). Hier geben jetzt 2 von 3 Erzieherinnen Geräuschempfindlichkeit an und „nur noch“ etwa jede 2. Erzieherin klagt über Nacken-, Rücken- und Kreuzschmerzen oder Erschöpfung und Müdigkeit. Hinzu kommen Beschwerden des Klimakteriums (Schweißausbrüche, Hitze-wallungen), die primär nicht berufsbezogen sind, jedoch während der Arbeit als sehr belastend erlebt werden. Bei den Kolleginnen in der Gruppe mit *hoher Af* hat sich dagegen weder das Beschwerdenbild noch die Beschwerdenanzahl verändert.

Für die *Erholungsfähigkeit* in der Freizeit (FABA-Fragebogen [10]) befanden sich zur Prämessung die durchschnittlichen Punktschwerpunkte für beide Gruppen im normalen Bereich (Abb. 3). Allerdings ist der Wert in der Gruppe mit *verminderter Af* signifikant höher (p=0,020); hier weisen 8% der Erzieherinnen eine sehr auffällige Erholungsfähigkeit auf, aber in der Gruppe mit *hoher Af* sind dagegen nur für 5% der Erzieherinnen auffällige Werte festzustellen (s. Abb. 3).

Zur Postmessung hat sich die Erholungsfähigkeit in beiden Gruppen signifikant verbessert. Dabei haben sich die Ergebnisse der Erzieherinnen in der Gruppe mit *verminderter Af* denen der Gruppe *hoher Af* weitgehend angeglichen.

Diskussion

Die arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und -ressourcen wurden im Projekt mit Hilfe von 2 verschiedenen Verfahren gemessen. Zum einen wurden sie im Rahmen der Gesundheitsdiagnostik individuell erfasst, zum anderen wurden sie in den Gesundheitszirkeln in einer Gruppendiskussion zusammengetragen und priorisiert.

Die von den Beschäftigten in den Gesundheitszirkeln genannten und bearbeiteten Belastungsfaktoren entsprechen den in der Literatur berichteten Risiken

und Ressourcen [1, 2, 3, 11]. Sowohl die im Rahmen der Gesundheitsdiagnostik eingesetzten Verfahren als auch die Gesundheitszirkel haben sich als Instrumente zur Erfassung von Merkmalen der Arbeitssituation und Gesundheit von Beschäftigten in Kindertagesstätten bewährt.

Ausgehend vom Konzept der Arbeitsfähigkeit muss diese für Erzieherinnen mit *verminderter Arbeitsfähigkeit* durch Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung „wiederhergestellt“ werden [6]. Insbesondere profitieren von den Interventionsmaßnahmen Erzieherinnen mit *verminderter Arbeitsfähigkeit*. Bei ihnen konnte im Vergleich vom ersten zum 2. Messzeitpunkt die Anzahl der Beschwerden reduziert, das Befinden und die subjektive Erholungsfähigkeit verbessert werden.

Andere Ziele betrieblicher Gesundheitsförderung, wie z. B. die Verringerung der Krankheitsprävalenz, waren in der Kürze der Projektlaufzeit nicht erreichbar. Zum einen ist die Methodik teilweise zu „unsensibel“, um auch geringe Veränderungen signifikant nachzuweisen, zum anderen müsste die Überprüfung der Effektivität und Effizienz von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung über einen Zeitraum von mindestens 3 Jahren in einem Versuchs-Kontroll- bzw. Versuchs-Wartgruppen-Design mit sensiblen Outcomevariablen stattfinden.

Wie die hohe Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen, der Moderation und der heterogenen Zusammensetzung der Gesundheitszirkel zeigt, eignet sich das spezifisch auf Kitas ausgerichtete Konzept der Gesundheitszirkel für die Berufsgruppe und Betriebsgröße. Die Tatsache, dass die Kita-Beschäftigten Belastungsfaktoren identifiziert, Verbesserungsvorschläge entwickelt und umgesetzt haben, macht deutlich, dass sie für den Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit sensibilisiert wurden und Problemlösekompetenzen in diesem Bereich entwickelten. Um auch verhältnisbezogene technische oder bauliche Verbesserungen zu beginnen, ist es bedeutsam, die Trägerorganisationen stärker in den Prozess einzubeziehen, und sie von den Belangen betrieblicher Gesundheitsförderung zu überzeugen.

Fazit für die Praxis

Für die weitere Arbeit in der Praxis ist es notwendig, Erkenntnisse dieser Untersuchung zu gesundheitlichen und berufsbedingten Einflussfaktoren und Ressourcen von Erzieherinnen und Interventionen durch weitere wissenschaftliche Studien zu evaluieren. Sie unterstreichen, dass die Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes unter Berücksichtigung betrieblicher Gesundheitsförderung für diese Berufsgruppe dringend notwendig ist.

Die Gesundheit der Erzieherinnen muss präventiv geschützt werden, denn nur gesunde und zufriedene Erzieherinnen leisten gute Arbeit. Zur Bewältigung der ständig steigenden beruflichen Anforderungen benötigen sie aber spezifische arbeitsmedizinische und psychologische Unterstützung. Als erfolgreicher Weg zum Abbau von Fehlbeanspruchungen im Kita-Bereich hat sich bereits jetzt die zweckmäßige Kombination verhältnis- und verhaltenspräventiver Maßnahmen erwiesen, deren Umsetzung in das gesamte Setting Kita einzubetten ist. Dabei gilt es, Kinder, Eltern, Führungskräfte und Fachberaterinnen in den Prozess einzubeziehen.

Im Sinne des erweiterten Gesundheitsbegriffs der WHO [15] soll Gesundheitsförderung zur Problemlösekompetenz von Personen beitragen. An dieser Zielstellung setzt die Broschüre „Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz für Erzieherinnen in Kindertagesstätten“ [7] an, die auf den im Projekt gesammelten Erfahrungen zur Lösung kita-spezifischer Probleme basiert.

Korrespondierender Autor



Dipl.-Psych. A. Khan

Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät
Carl Gustav Carus,
Technische Universität
Fetscherstraße 74,
01307 Dresden
khan@imib.med.tu-dresden.de

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

1. Botzet M, Frank H (1998) Arbeit und Gesundheit von Mitarbeiterinnen in Kindertageseinrichtungen. Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V., Saarbrücken
2. Buch M, Frieling E (2002) Ableitung und Evaluation von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen bei Erzieherinnen in Kindertagesstätten. In: Badura B, Litsch M, Vetter C (Hrsg) Fehlzeitenreport 2001. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio, S 103–118
3. Dippelhofer-Stiem B, Kahle I (1995) Die Erzieherin im evangelischen Kindergarten. Kleine, Bielefeld
4. Franzkowiak P (2002) Leitfragen, Empfehlungen und Perspektiven zur Gesundheitsförderung im Kindergarten. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) „Früh übt sich ...“ – Gesundheitsförderung im Kindergarten. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, S 189–194
5. Höck K, Hess H (1975) Der Beschwerdefragebogen (BFB). Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin
6. Ilmarinen J, Tempel J (2002) Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? VSA-Verlag, Hamburg
7. Khan A, Thinschmidt M, Seibt R (2005) Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz für Erzieherinnen in Kindertagesstätten. Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Technische Universität Dresden
8. Meier S, Stock C, Krämer A (2003) Prävention. Z Gesundheitsförderung 26: 53–56
9. Meißner-Pöthig D (1997) Referenzstudie zur Vitalitätsdiagnostik. In: Meißner-Pöthig D, Michalak U (Hrsg) Vitalität und ärztliche Intervention: Vitalitätsdiagnostik: Grundlagen – Angebote – Konsequenzen. Hippokrates, Stuttgart, S 73–113
10. Richter P, Rudolf M, Schmidt CF (1996) Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigungen. Swets, Frankfurt/Main
11. Rudow B (2004) Belastungen und der Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Erzieherinnen. Verfügbar unter: <http://www.gew-bw.de>
12. Seibt R, Dutschke D, Thinschmidt M, Khan A (2004) Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten – Projektkonzept, Umsetzung und erste Befunde. Z Arbeit 3: 312–319
13. Slesina W (1994) Gesundheitszirkel – Der „Düsseldorfer Ansatz“. In: Westermeyer G, Bähr B (Hrsg) Betriebliche Gesundheitszirkel. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S 25–34
14. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A (1998) Work Ability Index, 2. edn. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, F
15. World Health Organization (1987) Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert. Verfügbar unter: <http://www.dngfk.de/html/gdoks/jakarta-erklaerung.htm>