

Holger Hagen
Änne Hildebrandt
Philipp Westermann
Heike Winkler

Gender – ein Baustein für modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kindertageseinrichtungen

Gender – ein Baustein für modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kindertageseinrichtungen

Holger Hagen
Änne Hildebrandt
Philipp Westermann
Heike Winkler

Bremen, Dezember 2014

Projekt

Präventiver und mitarbeiterorientierter Arbeits- und
Gesundheitsschutz in Kindertageseinrichtungen – Prima-Kita

Projektlaufzeit

18.04.2012 – 31.12.2014

Projektdurchführung

Institut Arbeit und Wirtschaft – IAW
Forschungseinheit Qualifikationsforschung
und Kompetenzerwerb
Universität/Arbeiterkammer Bremen
Wilhelm-Herbst-Str. 7
28359 Bremen

Projektleitung

Dr. Irena Medjedović

Homepage des Projekts

www.prima-kita.de

Homepage des IAW

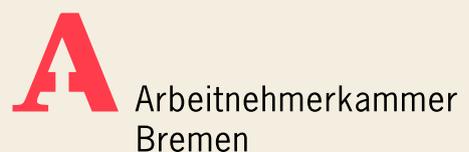
www.iaw.uni-bremen.de

Projektförderung

Das Projekt wird aus Mitteln des EU-Programms EFRE
(Europäischer Fonds für regionale Entwicklung) gefördert.
Weiterhin wird das Projekt gefördert und unterstützt durch
die Arbeiterkammer Bremen, die Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, die Unfallkasse
Freie Hansestadt Bremen sowie die Träger der beteiligten
Einrichtungen.



Europäische Union
„Investition in Ihre Zukunft“
Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung



Holger Hagen
Änne Hildebrandt
Philipp Westermann
Heike Winkler

**Gender – ein Baustein für modernen
Arbeits- und Gesundheitsschutz
in Kindertageseinrichtungen**

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund, Ziele und Fragestellungen	6
Teil I	
2. Grundlagen für den Gender-Ansatz im Projekt Prima-Kita	9
2.1 Gender - begriffliche Bestimmung und gesellschaftliche Relevanz	9
2.2 Gender – Ergänzung zur klassischen Gleichstellungspolitik	11
2.3 Gender – ein Bestandteil der Diversity	11
3. Gender - ein Baustein für einen beteiligungsorientierten Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS)	13
3.1 Gender-Kritik an der Geschlechtsneutralität des AGS	13
3.2 Schlaglichter zur Frauen- und Männergesundheit	15
3.3 Aufbruch in die Gender-Medizin	18
3.4 Die EU-Gemeinschaftsstrategie und ihre nationale Umsetzung	19
3.5 Anspruch und Wirklichkeit bei der Umsetzung von Gender im AGS	22
4. Die drei geschlechtsspezifisch geprägten Dimensionen im Arbeits- und Gesundheitsschutz	23
4.1 Arbeitswirklichkeit und arbeitsbedingte Belastungen	24
4.2 Lebenswirklichkeit und Rollenbilder	27
4.3 Geschlechtsbezogene Zuschreibungen und Bewertungen	28
Teil II	
5. Der Erziehungsberuf (neu) im Fokus der Belastungsforschung	29
6. Die Arbeitswirklichkeit im Erziehungsberuf	31
6.1 Gender-Struktur – Männer allein unter Erzieherinnen	32
6.2 Demografischer Wandel – die Zahl der über 50-Jährigen steigt	33
6.3 Unfreiwillige Teilzeit – die Kita-Beschäftigten stehen an der Spitze	34
6.4 Befristete Verträge – jüngere Fachkräfte sind besonders betroffen	36
6.5 Niedriges Einkommen – mangelnde Absicherung des Lebensunterhalts	36
6.6 Gratwanderungen zwischen Traumberuf und Albtraum?	37
7. Belastungen und Beanspruchungen der Erzieherinnen und Erzieher	37
7.1 Qualifikationsstruktur und Anforderungsprofil	37
7.2 Berufliche physische und psychische Belastungen	39
7.3 Außerberufliche Belastungen	48
7.4 Die gesundheitliche Situation der Erzieherinnen und Erzieher	50
7.5 Hohe Arbeitszufriedenheit bei den Kita-Beschäftigten – beruflicher Idealismus oder gesundheitliche Ressource?	54
Teil III	
8. Exemplarische Ansätze gendersensibler Präventionsarbeit im Projekt Prima-Kita	57
8.1 Erhebungen zum Iststand des betrieblichen AGS	57
8.2 Bruch mit alten Gewohnheiten	59
8.3 Beteiligung der Beschäftigten an der Gestaltung der AGS-Maßnahmen	59
8.4 Ausgewählte Eckpunkte zum Aufbau einer gendersensiblen Gefährdungsbeurteilung	59
8.5 Gendersensible Ermittlung der Belastungen	61
8.6 Qualifizierungsmodule für berufsbezogene und gendersensible Gesundheitskompetenz	62
9. Ausblick	63
Literaturverzeichnis	65

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:

Vollzeit und Teilzeit von Frauen und Männern

(Quelle: Initiative Neue Qualität der Arbeit inqqa 2011: 4) 24

Abbildung 2:

Altersstruktur des pädagogischen Personals in Kitas, Stichtag 01.03.2012

(Quelle: Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme, Bertelsmann Stiftung)33

Abbildung 3:

Beschäftigungsumfang des pädagogischen Personals in Kitas, Stichtag 01.03.2012

(Quelle: Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme, Bertelsmann Stiftung)35

Abbildung 4:

Belastungs-, Beanspruchungs- und Ressourcenmodell

(Quelle: Rudow 2004 a: 8) 39

Abbildung 5:

Ranking der häufigsten Arbeitsbelastungen nach der Kita-Studie der GEW 2007

(Quelle: Kliche/Unkauf 2010: 35) 40

Abbildung 6:

Arbeitsintensivierung, Leistungsverdichtung

(Quelle: DGB-Index Gute Arbeit 2012: 8)42

Abbildung 7:

Belastungsfaktoren bei sächsischem Erzieherpersonal in den Jahren 2005, 2007, 2009

(Quelle: Thinschmidt 2012 a) 44

Abbildung 8:

Arbeitshetze, Zeitdruck

(Quelle: DGB-Index Gute Arbeit 2012: 6) 46

Abbildung 9:

Charakteristik pädagogischer Arbeit in Kitas

(Quelle: Thinschmidt 2007)47

Abbildung 10:

Psychische Präsenz beruflicher Schwierigkeiten

(Quelle: DGB-Index Gute Arbeit 2012: 19) 49

Abbildung 11:

Die 11 häufigsten Beschwerden

(Quelle: Khan 2007: 50) 50

Abbildung 12:

Die 10 häufigsten psychosomatischen Beschwerden bei Kita-Personal in Baden-Württemberg nach Rudow

(Quelle: Thinschmidt 2007)51

Abbildung 13:

Psychosomatische Beschwerden in Prozent des Kita-Personals

(Quelle: Thinschmidt/Grune 2006, zitiert nach Kliche/Unkauf 2010: 39)52

Abbildung 14: Die 10 häufigsten Beschwerden bei Erzieherpersonal im Altkreis Torgau-Oschatz 2005-2009 (Quelle: Thinschmidt 2012)	52
Abbildung 15: Erkrankungen pädagogischer Fachkräfte in Kitas in NRW der letzten 12 Monate in Prozent (Quelle: Voss 2012).....	53
Abbildung 16: Würden Sie sagen, dass Ihre Arbeit für die Gesellschaft nützlich ist? (Quelle: Fuchs/Trischler 2009: 31)	55
Abbildung 17: Beschäftigte, die innerhalb eines Jahres mindestens zweimal krank zur Arbeit gegangen sind (Quelle: DBG-Index Gute Arbeit 2012: 24)	56
Abbildung 18: Vorgehen einer mitarbeiterinnen- und mitarbeiterorientierten Gefährdungsbeurteilung im Projekt Prima-Kita (Eigene Abbildung).....	60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gender und Diversity im Überblick (Quelle: Klein 2011, zitiert nach Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2012: 8)	12
Tabelle 2: Beispiele für Gefahren und Risiken in Tätigkeitsbereichen mit überwiegendem Frauenanteil (Quelle: Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2003 b).....	20/21
Tabelle 3: Beschäftigtenzahlen im Kita-Bereich und deren Gesamtentwicklung 2006-2012 (Quelle: Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme, Bertelsmann Stiftung).....	35

1. Hintergrund, Ziele und Fragestellungen

Mit dem inzwischen in Kraft getretenen Kinderförderungsgesetz, nach dem seit August 2013 alle Eltern der unter Dreijährigen einen Rechtsanspruch auf einen Kita-Platz haben, erfahren der typische Frauenberuf der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung und die Arbeit in den Kitas eine bisher nicht dagewesene politische und öffentliche Aufmerksamkeit. Angesichts der amtlichen Meldungen, nach denen die Beschäftigten im Erziehungsbereich im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ein deutlich höheres Gesundheitsrisiko tragen, häufiger krank und eher von Arbeitsunfähigkeit bedroht sind, überschlug sich die Presse, unterstützt von Experten und Expertinnen aus Politik und Wirtschaft, mit Vorschlägen zur Lösung des drohenden Fachkräftemangels in den Kitas (vgl. u.a. Schwarzer 2013: 8; Grossarth 2013: 33; Hollstein 2012 a und 2012 b; Rauschenbach/Schilling 2010; Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband 2009). Das Spektrum reichte dabei von neuen Arbeitszeit- und Qualifizierungsmodellen (vgl. Bertelsmann Stiftung 2013 a) bis hin zur Umschulung von Arbeitslosen (Stichwort „Schlecker-Frauen“) – ergänzt durch die Kampagne „Mehr Männer in die Kitas“ (vgl. Rest 2012; Reichelt 2012).

Während einerseits den Erzieherinnen und Erziehern¹ eine herausragende Rolle in der frühkindlichen Bildung attestiert wird, wird in der öffentlichen Diskussion kein Geheimnis daraus gemacht, dass die beruflichen Anforderungen und die damit verbundenen beruflichen Belastungen nicht gerade für diesen Beruf sprechen (vgl. Jenter 2012: 19):

„Der Arbeitsplatz Kindertageseinrichtung führt verstärkt zu gesundheitlichen Belastungen durch Lärm und durch zu starke körperliche Beanspruchungen infolge der Arbeit an einem Arbeitsplatz, der häufig nur für Kinder ausgestattet ist. Die Bezahlung ist unzureichend und nicht adäquat im Vergleich zu anderen Berufen mit gleichwertigem Abschluss, ein hoher Anteil an Teilzeitstellen und befristete Arbeitsverträge sind typisch für dieses Arbeitsfeld. Die Fachkraft-Kind-Relation ist völlig unzureichend und es gibt keine Aufstiegschancen“ (Hollstein 2012 a).

Auch wenn die Bundesagentur für Arbeit den Beruf der Erzieherinnen und Erzieher nach wie vor als „*leichte bis mittelschwere*“ (vgl. Seibt et al. 2005: 12) Tätigkeit charakterisiert, schätzen zuständige Unfallkassen den

Beruf aufgrund seines Belastungspotenzials als extrem schwierig ein:

„Der ständige Lärm, die körperliche Anstrengung durch zum Beispiel das Sitzen auf Kinderstühlen oder die gestiegenen Sicherheitsbedürfnisse der Eltern – all das sind Faktoren, die sich in den vergangenen Jahren verstärkt haben und bei aller Freude diese Arbeit zu einem extrem schwierigen Beruf machen“ (Eggert zitiert nach Hollstein 2012 a).

Aus Sorge um den nicht zu realisierenden Fachkräftebedarf für eine qualitativ hochwertige Kinderbetreuung wird in der öffentlichen Diskussion die Auseinandersetzung mit den Arbeitsbedingungen in den Kitas und den berufsbedingten gesundheitlichen Belastungen in dieser typischen Frauendomäne eher vernachlässigt. Aus dem Blickfeld gerät dabei, dass im Berufsfeld der frühkindlichen Betreuung die Veränderungen der Arbeitsbedingungen zu einer Beschleunigung und Verdichtung der Arbeit geführt haben und der Stress am Arbeitsplatz auch hier von der Ausnahme zur Regel geworden ist (vgl. Sommer/Buntenbach 2012: 4):

- Arbeitshetze, Zeitdruck und Multitasking bestimmen in den Kitas den Arbeitsalltag
- unfreiwillige Teilzeitarbeit, befristete Verträge und ein niedriges Einkommen prägen das Berufsbild
- zunehmend verdrängen prekäre Jobs das Normalarbeitsverhältnis
- die Grenzen zwischen Beruf und Privatleben verschwimmen
- Erkrankungen durch physische Belastungen und v.a. im psychischen Bereich nehmen zu.

Auch wenn die beruflichen Belastungen und die unzumutbaren Arbeitsbedingungen nicht so recht in das eher traute Bild des Kindergartens passen wollen, das bisher in der Öffentlichkeit, bei den Arbeitgebern und den Arbeitsschutzorganisationen vorherrschte, bedauert die zuständige Gewerkschaft angesichts der mangelnden Attraktivität des Erziehungsberufs, dass längst nicht mehr von einem „Traumberuf“ gesprochen werden kann (vgl. Eibeck 2010). Auch wenn sich einer Unfallkasse die Frage aufdrängt: *„Macht Erziehung krank?“* (Schad 2003: 9), werden insgesamt in dieser öffentlichen Diskussion die beruflichen Belastungen im Erziehungsberuf lediglich konstatiert. Die gesundheitlichen Folgen für die Beschäftigten dienen lediglich als Belegmaterial für die Sorge um den kaum zu realisierenden Fachkräftebedarf und um die Aufrechterhaltung einer qualita-

¹ Auch wenn es sich bei dem Erziehungsberuf um eine Berufstätigkeit mit vorwiegend weiblichen Beschäftigten, Stichwort: „typischer Frauenberuf“, handelt, werden im Folgenden die weibliche und die männliche Schreibweise verwendet, da sowohl Frauen als auch Männer von den Benachteiligungen als Erzieherinnen und Erzieher in diesem Berufsfeld betroffen sind. In einigen verwendeten Zitaten wird diese Differenzierung von den jeweiligen Autorinnen und Autoren nicht vorgenommen, sodass hier abweichende Schreibweisen verwendet werden.

tiv hochwertigen Kinderbetreuung. Die Mehrzahl der Lösungsvorschläge will zwar den Beruf - insbesondere auch für Männer - attraktiver machen, ignoriert aber die ökonomische Situation in den Kitas, deren alltägliche Nöte mit der Arbeitsorganisation ebenso wie die Komplexität der bisherigen Ausbildungsanforderungen und die damit verbundene mangelnde bundeseinheitliche Regelung. Die eigentlich anstehende Beurteilung der berufsbedingten gesundheitlichen Belastungen der Erzieherinnen und Erzieher wird hier in den Hintergrund gedrängt. Eine Ursache hierfür liegt u.a. darin begründet, dass insgesamt die Auseinandersetzung mit den arbeitsbedingten gesundheitlichen Risiken der Beschäftigten in den Kitas bisher vernachlässigt wurde. Wenn von Gesundheit in den Kitas die Rede war, wurden die gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen und Programme in der Kindertagesstätte primär auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder ausgerichtet (vgl. Viernickel/Voss 2013: 11). Demzufolge wurden in der arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Forschung und Praxis weder die Arbeitsbedingungen in den Kindertagesstätten noch die Gesundheit der Beschäftigten ausreichend beachtet (vgl. Khan 2004: 1). Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den Kitas im Sinne einer gesunden Organisation, in die auch die Beschäftigten selbst mit einbezogen sind, existieren bis heute nur vereinzelt und wurden kaum wissenschaftlich aufbereitet.

Vor diesem Hintergrund wurde in Bremen vom Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW) der Universität/Arbeitnehmerkammer Bremen das Projekt „*Prima-Kita. Präventiver und mitarbeiterorientierter Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kindertageseinrichtungen*“ konzipiert. Gefördert durch die Landesinitiative Arbeits- und Gesundheitsschutz und aus Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) wird das Projekt insbesondere durch die Arbeitnehmerkammer Bremen, die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und die Unfallkasse Freie Hansestadt Bremen unterstützt. Anknüpfend an die Ergebnisse einer Vorstudie zum Projekt (im Folgenden *Bremer Studie*) über den „Arbeitsplatz Kita“ (vgl. Almstadt et al. 2012), aus denen resultierte, dass den veränderten Arbeitsbedingungen in diesem Berufsfeld erhebliche arbeitsbedingte Belastungen gegenüberstehen, wurde im Projekt dem Arbeits- und Gesundheitsschutz (im Folgenden *AGS*) eine entscheidende Rolle zugewiesen. Um die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der vorwiegend weiblichen pädagogischen Fachkräfte zu schützen und das Berufsfeld angesichts des Fachkräftemangels attraktiver zu gestalten, ist es das Ziel von Prima-Kita, gendersensible Wege zu einem verbesserten Gesundheitsschutz in den

Kitas aufzuzeigen. Im Rahmen der Laufzeit von 2012 – 2014 werden in Zusammenarbeit mit 22 Kindertageseinrichtungen in Bremen und Bremerhaven Präventionsmaßnahmen entwickelt und umgesetzt, die von den Führungskräften und Belegschaften als gemeinsame Verantwortung verstanden, systematisch betrieben und an die jeweils besonderen Bedarfe der Einrichtungen angepasst werden können. Sowohl die vorwiegend weiblichen Mitarbeiterinnen – beteiligt sind 350 Beschäftigte, davon 32 Männer - als auch die Leitungen der Kitas sind dabei aktive Partnerinnen und Partner im Projekt. Gemeinsam werden mit den Leitungen gesundheitsförderliche Strukturen in der Arbeitsorganisation und der Unternehmenskultur aufgebaut (*Verhältnisprävention*). In Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden wird die Gesundheitskompetenz gestärkt und damit ein gesundheitsbewusstes Arbeitshandeln als Teil der umfassenden beruflichen Handlungskompetenz in die alltägliche Erziehungstätigkeit integriert (*Verhaltensprävention*).

Mit dieser Zielsetzung reagiert Prima-Kita u.a. auf ein Defizit in der bisherigen Ausbildung zum Erziehungsberuf: Ein wichtiges Ergebnis sowohl der Vorstudie zum Projekt als auch bundesweiter wissenschaftlicher Erhebungen in den Kitas ist, dass die Ausbildung nicht ausreichend auf die Belastungen des Arbeitsalltags vorbereitet (vgl. Rudow 2004 a; Almstadt et al. 2012). Es ist kein Thema in der Ausbildung, dass bisher z.B. kaum Präventionskonzepte in den Kitas vorliegen und AGS-Maßnahmen nur vereinzelt umgesetzt werden. Damit ist hier ein Mangel an einem klaren Berufsprofil festzustellen, das den angehenden Erzieherinnen und Erziehern ein realistisches Berufsbild vermittelt, indem die Erkenntnisse über die gesundheitlich belastenden Faktoren, über den Umgang mit den Belastungen des Arbeitsalltags und den Aufbau gesundheitlicher Ressourcen auf Basis eigener Gesundheitskompetenz in die alltägliche Praxis der Kita-Arbeit integriert werden.

Mit dem Ziel, über praxisnahe, nachhaltige und zielgruppenspezifische Angebote die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten und die Präventionskultur in den Kitas zu entwickeln, hat Prima-Kita mit geschärftem Gender-Blick insbesondere die Arbeits- und Lebensbedingungen und die berufsbedingten Belastungen in diesem typischen Frauenberuf in den Blick genommen – und zwar sowohl im Rahmen wissenschaftlicher Recherchen als auch praktischer Maßnahmen in den Kitas vor Ort.

Dabei sieht der Projektauftrag von *Prima-Kita* nicht vor, dass eigene wissenschaftliche Erhebungen in den Kitas und beim Personal durchgeführt werden. Die hier verfassten Fragebögen und Projektgespräche mit dem Personal dienen im Wesentlichen dazu, den Ist-Stand zur Umsetzung des AGS und die besonderen Bedarfe an AGS-Maßnahmen in den Kitas herauszuarbeiten und zu dokumentieren. Ergänzend hierzu wurde im Rahmen des projektspezifischen *Handlungsfelds Gender 2013* eine Recherche aus den vorhandenen Studien zur Arbeitswirklichkeit und zu den beruflichen Belastungen im Erziehungsberuf erstellt. Die Ergebnisse dieser Recherche und der praktischen Arbeit vor Ort in den Kitas dienen u.a. als Grundlage für die Ausgestaltung von Qualifizierungsangeboten und Workshops zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz beim Kita-Personal.

Die Zielsetzung, einen modernen AGS in den beteiligten Kitas zu etablieren, setzt voraus, dass Fragen nach den Zusammenhängen zwischen den Arbeitsbedingungen und den gesundheitlichen Belastungen im Kita-Alltag gestellt werden, die auf die geschlechtsspezifischen Ungleichheiten und Benachteiligungen v.a. für die hier beschäftigten Frauen, aber auch für die hier agierenden Männer verweisen (vgl. Reuhl 2009: 169). Die gesundheitlichen Belastungen und die oft daraus folgenden gesundheitlichen Gefährdungen zu erkennen und mit einzubeziehen, ist nicht nur ein Muss für die Chancengleichheit der Frauen und Männer, sondern auch für wirksamere, zielgruppenspezifische Präventionskonzepte im AGS. Dabei verfolgt das Projekt in der Auseinandersetzung mit dem typischen Frauenberuf der frühkindlichen Betreuung, Bildung und Erziehung einen *dualen Ansatz*, der die Strategie des Gender-Mainstreamings mit der klassischen Frauenförder- oder Gleichstellungspolitik verbindet. Mit der schrittweisen Integration des Genderaspekts in den AGS orientiert sich das Projekt v.a. an der von der „Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz“ verfolgten *Strategie des Gender-Mainstreamings* (vgl. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2003 a und b) und an wesentlichen Ergebnissen aus dem *Netzwerk Gender in Arbeit und Gesundheit* (vgl. Gender in Arbeit und Gesundheit 2010).

Dass in diesem Berufsfeld die Männer nach wie unterrepräsentiert sind und dass es hierfür „gute“ Gründe gibt, wie z.B. die mangelnde Attraktivität des Berufsfeldes und die gesellschaftlich vorherrschenden Geschlechterrollenbilder, wird als Benachteiligung dabei ebenso reflektiert wie die staatlichen Maßnahmen, mehr männliches Personal in die Kitas einzuwerben.

Mit den in diesem Bericht veröffentlichten Ergebnissen von *Prima-Kita* geht es dem Projektteam v.a. darum,

- Hintergrundwissen über die Arbeits- und Lebenswirklichkeit unter besonderer Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Gesundheit der Frauen und Männern im Allgemeinen zu vermitteln
- die wissenschaftlichen Ergebnisse zu den Rahmenbedingungen der Arbeit, zu den arbeitsbedingten Belastungen und zu deren gesundheitlichen Folgen für das vorwiegend weibliche Personal sowie zu den damit verbundenen Benachteiligungen in einem typischen Frauenberuf zusammenzufassen
- für eine geschlechtsorientierte Präventionsarbeit in der frühkindlichen Betreuungs- und Erziehungsarbeit zu sensibilisieren und
- erste Ansätze für eine gendersensible Gefährdungsbeurteilung im Betrieb zu entwickeln.

Im Rahmen dieses Projektberichts werden die Grundlagen dieses Gender-Ansatzes, die Rechercheergebnisse zu den arbeitswissenschaftlichen Studien und die Ansätze für eine gendersensible Präventionsarbeit in drei aufeinander aufbauenden Teilen dargestellt.

Teil I behandelt begriffliche und konzeptionelle Fragen zu unserem Gender-Ansatz (Kapitel 2) und erläutert angesichts der Geschlechtsneutralität des traditionellen AGS einerseits und der gesicherten Erkenntnisse hinsichtlich der unterschiedlichen Auswirkungen der Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen auf Frauen und Männer andererseits die Notwendigkeit, den Gender-Aspekt als Baustein für einen modernen AGS zu integrieren (Kapitel 3). Für eine solche Integration braucht es eine Konkretisierung der Kategorie „Geschlecht“. Hierfür werden vor allem drei geschlechtsspezifisch geprägte Dimensionen aufgegriffen und schlaglichtartig anhand dieser Dimensionen verdeutlicht, wie sich die derzeitige Arbeits- und Lebenssituation der Frauen und Männer darstellt (Kapitel 4).

Teil II knüpft an diesen Grundlagen mit ausgewählten Ergebnissen arbeitswissenschaftlicher Studien an, um die Arbeits- und Lebenswirklichkeit der Erzieherinnen und Erzieher detailliert zu beleuchten. Dabei werden sowohl die Rahmenbedingungen der Arbeit in diesem typischen Frauenberuf in den Blick genommen (Kapitel 6) als auch die Belastungen und deren Folgen für die Arbeitsfähigkeit und Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher (*Kapitel 7*).

Teil III dokumentiert schließlich erste, in 2013 entwickelte und in 2014 fortzusetzende Schritte zur aktiven, gendersensiblen Gesundheitsprävention in den Kitas - orientiert an den europäischen Eckpunkten zur gendersensiblen Gefährdungsbeurteilung. Exemplarisch werden die Projekterfahrungen reflektiert, mit dem Fokus v.a. auf den Instrumenten zur Ermittlung der Belastungen bei den beschäftigten Frauen und Männern. Diese Erfahrungen zeigen v.a. zwei Aspekte auf: Erstens die Bedeutung der aktiven Beteiligung der Beschäftigten an allen Phasen der Gefährdungsbeurteilung sowie zweitens die Bedeutung von Qualifizierungsangeboten, die die beteiligten Erzieherinnen und Erzieher dazu befähigen sollen, sich aktiv an der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen zu beteiligen und ein gesundheitsbewusstes Arbeitshandeln in die alltägliche Erziehungstätigkeit zu integrieren. In diesem Sinne ist die Ausbildung der Gesundheitskompetenz als ein integraler Bestandteil der beruflichen Handlungskompetenz in diesem typischen Frauenberuf und damit auch als ein Beitrag zur Professionalisierung des Berufsbilds zu verstehen (Kapitel 8).

Teil I

2. Grundlagen für den Gender-Ansatz im Projekt Prima-Kita

Wesentliche Grundlagen für eine Gender-Analyse in dem typischen Frauenberuf der Erzieherin/des Erziehers liefern die begrifflichen Bestimmungen und die gesellschaftliche Relevanz der Strategie des Gender-Mainstreamings in ihrer Abgrenzung und in ihrer Ergänzung zur klassischen Gleichstellungspolitik und zum Diversity Management.

2.1 Gender - begriffliche Bestimmung und gesellschaftliche Relevanz

In der deutschen Sprache wird das Wort „Geschlecht“ im biologischen Sinn für Frau und Mann gebraucht. Im Englischen existieren zwei Begriffe für „Geschlecht“: „sex“ bedeutet biologisches Geschlecht, „gender“ verweist auf die soziale und kulturelle Bestimmtheit von Frau und Mann. Da der Begriff „Gender“ nur schwer ins Deutsche zu übersetzen ist, wurde der englische Begriff in den deutschen Sprachraum eingeführt. Dieser Begriff soll verdeutlichen, dass die gegenwärtigen Geschlechterverhältnisse nicht zwangsläufig von den biologischen Gegebenheiten bestimmt sind, sondern auch das Resultat gesellschaftlicher und kultureller Prozesse sind (vgl. Sujet Organisationsberatung et al. 2010:15 f.).

„Die Tatsache, dass Männer keine Kinder gebären, gehört sicherlich zu den biologischen Geschlechtsunterschieden (sex). Die Tatsache, dass Männer in unserer Gesellschaft im statistischen Durchschnitt verhältnismäßig wenig mit der Sorge für die Kinder zu tun haben, gehört sicherlich zu den gesellschaftlich gegebenen Geschlechtsunterschieden (gender)“ (Gümbel/Rundnagel 2004: 540).

Das soziale und veränderbare Geschlecht tritt mit „Gender“ nicht nur in den Fokus, sondern wird zum „Mainstream“ erhoben. Die soziale Geschlechterfrage wird zum Maßstab u.a. für politische Aktivitäten und für betriebliche Entscheidungen erhoben (vgl. Büntgen 2010: 8 f.):

Gender

bezeichnet danach die gesellschaftlich, sozial und kulturell geprägten Geschlechtsrollen der Frauen und Männer. Diese sind - anders als das biologische Geschlecht - erlernt und damit auch veränderbar.

Mainstreaming

(von „mainstream“, englisch für „Hauptströmung“: in den Hauptstrom bringen) bedeutet im Falle des Gender Mainstreaming, dass eine geschlechtsbewusste Perspektive zum selbstverständlichen Bestandteil bei allen Entscheidungsprozessen und Aktionen gemacht wird.

Dieser bereichsübergreifende Charakter des Gender-Mainstreamings wird im deutschsprachigen Raum auch mit dem Begriff der „Querschnittsaufgabe“ (vgl. Universität Duisburg-Essen 2013; Bundeszentrale für politische Bildung 2012; Reuhl 2009) gefasst.

Damit wird deutlich gemacht, dass die Strategie des Gender-Mainstreamings *keine zusätzliche Aufgabenteilung* für Politik, Organisationen oder Institutionen beschreibt, sondern ein integraler Bestandteil aller Aktivitäten sein soll. Für Verwirrung sorgen dabei nicht selten u.a. die unterschiedlich verwendeten Begriffe, wie „geschlechterorientiert“, „geschlechtersensibel“ und „geschlechtsspezifisch“:

„Eine ‚geschlechtersensible‘ oder ‚geschlechterorientierte‘ Sicht- und Handlungsweise bedeutet, im Sinne dieser Definition gezielt und ausdrücklich den Blick auf Frauen und Männer zu richten. () Der Begriff ‚geschlechtsspezifisch‘ zielt auf reale Unterschiede hinsichtlich biologischer, sozialer und psychologischer Aspekte sowie hinsichtlich ganzheitlich betrachteter Lebensumstände von Frauen und Männern. (...) Mit ‚geschlechtsspezifisch‘ ist nicht gemeint, allein unter Bezug auf das biologische Geschlecht für Frauen und Männer unterschiedliche Aspekte festzustellen....“ (Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2012 : 7; Hervorhebung vom Autorenteam).

Dementsprechend fordert die Gender-Mainstreaming-Strategie, dass bei allen gesellschaftlichen Vorhaben und in allen Phasen der Planung, Durchführung und Auswertung von Maßnahmen die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen der Frauen und Männer und die Auswirkungen auf beide Geschlechter von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen sind (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2012).

Die Gender-Strategie geht davon aus, dass es *keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit in der Arbeits- und Lebenssituation der Frauen und Männer* gibt, sondern dass sie z.B. von politischen oder betrieblichen Entscheidungen sehr unterschiedlich betroffen sein können. Um diese Unterschiedlichkeiten und die eventuell damit verbundenen Ungleichgewichtungen zu identifizieren, bedarf es einer geschlechtergerechten und geschlechtersensiblen Analyse, die in dem Vorhaben unterstützt, die bestehenden Ungleichheiten oder Benachteiligungen im Geschlechterverhältnis aufzudecken und die dafür verantwortlichen gesellschaftlichen Strukturen zu verändern (vgl. Mitteilung der Kommission 1996). Dabei soll vermieden werden, ein Geschlecht als Norm zu setzen, und es soll damit zum Abbau von Ungleichheit bzw. zur Verwirklichung von nachhaltiger Gleichstellung beigetragen werden (vgl. Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2012: 7).

Entstanden ist die Idee des Gender-Mainstreamings bereits 1985 auf der 3. Weltfrauenkonferenz der Vereinten Nationen in Nairobi. Zehn Jahre später wurde das Gender-Mainstreaming als Strategie auf der 4. Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking weiterentwickelt (vgl. Universität Duisburg-Essen 2013; Jahn 2004). 1997 verpflichtete sich die Europäische Union im Amsterdamer Vertrag auf die Gender-Strategie. Mit der Ratifizierung dieses Vertrags am 01. Mai 1999 bekannten sich die EU-Mitgliedstaaten zu einer aktiven Gleichstellungspolitik im Sinne des Gender-Mainstreamings:

Art. 2 des Amsterdamer Vertrages:

„Aufgabe der Gemeinschaft ist es, durch die Errichtung eines Gemeinsamen Marktes und einer Wirtschafts- und Währungsunion sowie durch die Durchführung der in den Artikeln 3 und 4 genannten gemeinsamen Politiken und Maßnahmen in der ganzen Gemeinschaft (...) die Gleichstellung von Männern und Frauen (...) zu fördern.“

Art. 3 des Amsterdamer Vertrages:

„Bei allen in diesem Artikel genannten Tätigkeiten wirkt die Gemeinschaft darauf hin, Ungleichheiten zu beseitigen und die Gleichstellung von Männern und Frauen zu fördern“ (Europäische Union 1997).

Das heißt, die europäischen Mitgliedsstaaten sind seitdem gesetzlich verpflichtet, die Politik des Gender-Mainstreamings in nationale Politik umzusetzen. Damit ist der Auftrag an die Spitze einer Verwaltung, einer Organisation, eines Unternehmens und an alle Beschäftigten erteilt, die unterschiedlichen Interessen und Lebenssituationen der Frauen und Männer von vornherein zu berücksichtigen, um das Ziel der Gleichstellung der Frauen und Männern effektiv verwirklichen zu können (vgl. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand ver.di 2006: 17; ver.di 2008).

Dementsprechend verpflichtete sich auch Deutschland auf eine aktive und wirkungsvolle Gleichstellungspolitik. Art. 3 Abs. 2 Grundgesetz (GG) bestimmt nach der Änderung von 1994 nicht nur: „Männer und Frauen sind gleichberechtigt“ (Art. 3 Abs. 2 GG), sondern nimmt den Staat selbst ausdrücklich in die Pflicht:

„Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2011: 63).

2000 wurde das Gender-Mainstreaming von der deutschen Bundesregierung als Leitprinzip in ihrer Geschäftsordnung verankert. Der § 2 GGO stellt alle Ressorts der Bundesregierung vor die Aufgabe, den Gender-Mainstreaming-Ansatz bei allen politischen, normgebenden und verwaltenden Maßnahmen der Bundesregierung zu berücksichtigen (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung 2012; Baer 2010). Seitdem werden die Gleichstellungspolitik als ein eigenständiges Politikfeld und die Anwendung des Leitprinzips Geschlechtergerechtigkeit innerhalb der Bundesregierung vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend als federführendem Ressort begleitet (vgl. Gutachten der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2011: 32). Zur Unterstützung des Bundesministeriums wurde ein anwendungsorientiertes Forschungsinstitut als Gender-Kompetenzzentrum an der Humboldt-Universität zu Berlin bis 2010 gefördert. Inzwischen firmiert es als Nachfolgeorganisation unter „GenderKompetenzzentrum 2010ff“ (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012).

2.2 Gender – Ergänzung zur klassischen Gleichstellungspolitik

Mit der Einführung des Gender-Mainstreamings als offizielle europäische Strategie setzte eine gesellschaftliche Debatte über eine mögliche Gefährdung der bisherigen Frauen- oder Gleichstellungspolitik ein. Während die Frauen- und Gleichstellungspolitik eher bei der strukturellen Benachteiligung der Frauen ansetzt und dabei das Ziel verfolgt, diese Benachteiligungen abzubauen und die Frauen z.B. durch Quotierung, durch spezielle Frauenfördermaßnahmen und Maßnahmen gegen Diskriminierung gezielt zu fördern, geht das Gender-Mainstreaming über die klassische Gleichstellungspolitik hinaus (vgl. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand ver.di 2006: 17 f.). Gender-Politik setzt mit dem Gender-Mainstreaming dagegen eher bei politischen und organisationalen Prozessen, Planungen und Entscheidungen an und zielt hierbei darauf, Unterschiedlichkeiten z.B. in den Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern festzuhalten. Stets werden hier sowohl Frauen als auch Männer mit einbezogen, denn es geht um die Analyse der geschlechtsspezifischen Bedingungen und Auswirkungen ihrer Arbeit, die verändert werden sollen.

„Gender Mainstreaming ist aus der Erkenntnis heraus entstanden, dass einzelne Frauenfördermaßnahmen zwar viel bewirken können, zu einem langfristigen und strukturellen Wandel jedoch noch mehr Veränderung erforderlich ist. Daher intendiert die Strategie des Gender Mainstreaming eine Veränderung von gesellschaftlichen Strukturen, um so von einer ‚Symptombekämpfung‘ zu einer Ursachenbekämpfung geschlechtsspezifischer Benachteiligungen zu gelangen“ (Huth/Seibert 2000: 5).

Mit dem Ziel, die Chancengleichheit der Frauen und Männer herzustellen, ersetzt das Gender-Mainstreaming nicht konkrete Frauenförderpolitik, sondern erweitert diese. Die Kombination von Gender und Frauenförderung als Doppelstrategie soll die Wirksamkeit der Gleichstellungspolitik verstärken:

„Gender Mainstreaming und spezifische Gleichstellungspolitik ergänzen sich. Sie sind zwei unterschiedliche Strategien für ein und dasselbe Ziel, nämlich Gleichstellung der Geschlechter. Beides muss zumindest so lange Hand in Hand gehen, bis es in der gesamten Gesellschaft [...] einen tatsächlichen Konsens über die Gleichstellung der Geschlechter gibt“ (Europarat 1998).

Maßnahmen zur Frauenförderung und Gleichstellung, wie z.B. die Erstellung von Frauenförderplänen, werden somit auch weiterhin gebraucht, um konkre-

ten Benachteiligungen entgegenzuwirken und die Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen abzubauen. Gender-Mainstreaming führt danach zur gezielten Frauen- oder Männerförderpolitik, wenn sich aus der Analyse ergibt, dass vor allem geschlechtsspezifische Benachteiligungen zulasten eines Geschlechts abzubauen sind. Hier empfiehlt sich der duale Ansatz:

„Gender Mainstreaming kann nur in einer Doppelstrategie von querschnittsmäßigem Ansatz und spezifischen Maßnahmen funktionieren“ (Huth/Seibert 2006: 6).

2.3 Gender – ein Bestandteil der Diversity

Wie schon innerhalb der klassischen Frauenförderpolitik die Konkurrenz zum Gender-Aspekt ausgemacht worden ist, setzte mit der Einführung des Diversity-Managements eine Diskussion darüber ein, inwieweit dieser Ansatz die Gender-Mainstreaming-Strategie verdrängen könnte (vgl. Krell 2012):

„Bei vielen, die in Sachen Geschlechtergerechtigkeit oder -demokratie engagiert sind, stößt Diversity bzw. Diversity Management (DiM) auf Ablehnung“ (Krell o.J.: 1).

Ein gängiges Argument lautet hier, dass das Diversity-Management – entstanden im Kontext US-amerikanischer Personalpolitik und Unternehmensführung – zu betriebswirtschaftlich am ökonomischen Nutzen orientiert sei (vgl. Erler 2004). Diesen Nutzen bestritten die befürwortenden Stimmen von Diversity nicht und wiesen auf die weiterführenden Zielsetzungen der Strategie hin, der es im Kern darum geht,

„...Vielfalt richtig zu managen und strukturelle Benachteiligungen abzubauen“ (Heinrich Böll Stiftung 2013).

Als Begriff entstammt „Diversity“ aus der ökologischen Bewegung, die sich damit vor allem gegen die Monokulturen der weltweit agierenden Landwirtschaftsindustrie (Agrobusiness) wendete. Heute zielt Diversity neben der biologischen Vielfalt auch auf die wirtschaftliche, kulturelle und soziale Vielfalt ab:

„Diversity Management stellt die soziale Vielfalt in den Mittelpunkt und zielt darauf, diese anzuerkennen und zu nutzen. Mit Diversity Management als Unternehmensstrategie sollen die unterschiedlichen Individualitäten der Beschäftigten aufgrund von Kriterien wie Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft, Behinderung sowie sexueller Identität, Religion, Lebensstile so zusammengeführt werden, dass für die Unternehmensziele und das wirtschaftliche Gesamtergebnis ebenso wie für die individu-

elle Leistungsfähigkeit, Motivation und Zufriedenheit ein Optimum erreicht wird“ (Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2012: 7).

Der Blick soll im Rahmen eines Diversity-Managements auf die Chancengleichheit, die Wertschätzung und die Nutzung der personellen Vielfalt in Unternehmen, von Organisationen und innerhalb von Belegschaften gerichtet und so als positiver Beitrag für das Unternehmen genutzt werden können. Die Kriterien für die personelle Vielfalt der Belegschaft sind dabei die sogenannten „Big 6“: Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft/Migrationshintergrund, Religion/Weltanschauung, sexuelle Orientierung und Behinderung (vgl. Klein 2012).

Mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG), das am 18. August 2006 in Kraft getreten ist, wurden auch in Deutschland neue rechtliche Rahmenbedingungen für Maßnahmen gegen Diskriminierung geschaffen:

„Ziel des Gesetzes ist, Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen“ (Bundesministerium der Justiz 2006).

Die folgende Gegenüberstellung von Gender-Mainstreaming und Diversity-Management fasst noch einmal die wesentlichen Aspekte beider Konzepte zusammen.

	Gender Mainstreaming	Diversity Management
Bezugskategorien	<ul style="list-style-type: none"> - Geschlecht (Gender in seiner Vielfalt: unterschiedliche Lebenslagen) → Heterogenität der jeweiligen Genusgruppe in der Praxis nicht immer beachtet 	<ul style="list-style-type: none"> - „Big 6“ / AGG: Geschlecht, Alter, ethnische Herkunft / Migrationshintergrund, Religion/ Weltanschauung; sexuelle Orientierung; Behinderung - soziale Herkunft; Familienpflichten → in der Praxis der Unternehmen u.a. Alter, ethnische Herkunft, Geschlecht → Betriebe implementieren DiM auch ohne Bezug zu Geschlecht
Rechtliche Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> - GG, Art. 3 (Abs.2) „Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.“ 	<ul style="list-style-type: none"> - GG, Art. 3 (Abs. 3): Benachteiligungsverbot „Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ - AGG
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> - Gleichstellung / Geschlechtergerechtigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Ökonomischer Nutzen im Vordergrund
Normatives Leitbild	<ul style="list-style-type: none"> - Gleichstellung als elementarer Bestandteil moderner Gesellschaften - richtet sich klar gegen Diskriminierung (aufgrund des Geschlechts) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ökonomische Orientierung: Vielfalt als Ressource - richtet sich nicht immer gegen Diskriminierung; durch AGG auch normativ stärkere Teilhabe bislang unterrepräsentierter Gruppen ableitbar
Reichweite	<ul style="list-style-type: none"> - politische Strategie 	<ul style="list-style-type: none"> - unternehmerische Strategie

Tabelle 1:
Gender und Diversity im Überblick (Quelle: Klein 2011, zitiert nach Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2012: 8)

Inzwischen hat sich die Aufregung um eine mögliche Verdrängung der Gender-Mainstreaming-Strategie durch Diversity gelegt. In den Diskussionen wird betont, dass sich die Diversity und die Gender-Aspekte miteinander verbinden lassen und sich hier Gestaltungsperspektiven für die Gleichstellung heterogener benachteiligter Beschäftigungsgruppen bieten (vgl. Klein 2012; Kutzner 2010).

Festzuhalten bleibt demnach: Sowohl der Gender-Mainstreaming-Prozess als auch der Diversity-Ansatz machen die klassische Frauenpolitik keinesfalls überflüssig, die insbesondere die Benachteiligung der Frauen in den Fokus rückt. Dass weiterhin die Betrachtung der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Arbeitswelt und insbes. auch für den Arbeits- und Gesundheitsschutz von Bedeutung ist, wird in den nächsten Kapiteln deutlich.

3. Gender - ein Baustein für einen beteiligungsorientierten Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS)

Die grundlegenden Veränderungen der Arbeitswelt in Europa in Verbindung mit dem demografischen Wandel und den veränderten Erwerbsbiografien führen u.a. zu neuen Arbeitsformen und Arbeitsverhältnissen, die erwerbstätige Frauen und Männer vor neue Anforderungen stellen und sie neuen Risiken aussetzen. Gleichzeitig steigen, bedingt durch den zunehmenden Leistungsdruck und neue Beschäftigungsformen, durch die permanenten technologischen und arbeitsorganisatorischen Veränderungen, aber auch aus Angst vor Arbeitsplatzverlust u.a.m., die gesundheitlichen Gefährdungen in der Arbeit von Frauen und Männern.

Wichtige Indizien für die gesundheitlichen Risiken in der Arbeitswelt sind u.a. der Anstieg arbeitsbedingter Erkrankungen und die damit verbundenen jährlichen Kosten, die nach Berechnungen der BKK in Deutschland bei 43,9 Milliarden Euro liegen. Den größten Anteil nimmt hier die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit ein (vgl. BAuA 2010 b; BKK Bundesverband 2009, 2010, 2012).

Dabei verursachen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems die meisten Arbeitsunfähigkeitstage und sind bei den Männern und Frauen ein häufiger Grund für Frühberentungen. Bei den Krankheitstagen folgen Atemwegserkrankungen, psychische Erkrankungen und Krankheiten des Kreislaufsystems (vgl. Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt 2006: 4; Bundes-

anstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA 2010 a und 2010 b; BKK Bundesverband 2012: 8 f.).

Psychische Erkrankungen spielen mit prognostizierter Steigerung eine immer größere Rolle bei Arbeitsunfähigkeitsfällen und Frühverrentungen. Im Vergleich zu anderen Krankheiten sind sie aber häufig mit langen Ausfallzeiten verbunden. Laut dem AOK-Fehlzeitenreport fehlt ein Beschäftigter bei einer Atemwegserkrankung im Schnitt 6,5 Tage, bei einer psychischen Erkrankung sind es fast 23 Tage (vgl. AOK-Bundesverband 2010: 1).

Die veränderten Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen haben unterschiedliche Auswirkungen auf die Männer und Frauen und deren Lebensbedingungen. Je nach ihrer Stellung auf dem Arbeitsmarkt und innerhalb der Familienrolle weisen Frauen und Männer unterschiedliche arbeitsbedingte Belastungsprofile und gesundheitliche Beeinträchtigungen auf. Diese Unterschiede in den typischen Frauen- und Männerarbeitswelten und Lebenswelten sind zwar hinlänglich bekannt, werden aber im klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz kaum oder gar nicht wahrgenommen (vgl. Gümbel 2011: 18 f.; Kannengießer 2005: 11; Gümbel/Rundnagel 2004: 540 f.).

Dass es bei dieser Geschlechtsneutralität nicht bleiben kann, wurde mittlerweile auch auf EU-Ebene erkannt. Im Folgenden wird diese Entwicklung von einem „geschlechtsblinden“ AGS, der (fundierten) Kritik an ihm durch Gender-Gesundheitspolitik und -Forschung, über den Aufbruch in die Gender-Medizin, bis hin zum derzeitigen Stand der Umsetzung einer besseren geschlechtsspezifischen Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen, Beeinträchtigungen und Unfällen nachgezeichnet.

3.1 Gender-Kritik an der Geschlechtsneutralität des AGS

Der traditionelle AGS orientiert sich in seinen Maßnahmen am männlichen Normalarbeitnehmer und hier vorwiegend an belastenden, von Gefahren geprägten Männerarbeitsplätzen (v.a. Facharbeit im produzierenden Gewerbe) und naturwissenschaftlich-technisch bedingten und messbaren Gefährdungen. Bei einem solch technisch verstandenen Arbeits- und Gesundheitsschutz blieb die Auseinandersetzung mit den aus der Arbeitsorganisation resultierenden Belastungen – insbesondere auch den psychischen Belastungen – außen vor. Frauenarbeitsplätze, z.B. im Dienstleistungsbereich und in den Beschäftigungsformen von Teilzeit und Minijobs, wurden hier kaum berücksichtigt (vgl. Kannengießer 2005: 7 f.; Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2003 a und b). Das hat zur Folge, dass bis heute die frauenspezifischen Daten und Belange und die arbeitsbedingten

Risiken der Frauen unterschätzt und vernachlässigt werden (vgl. Prasch 2012: 21; Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2011 und 2012; Ulmer/Gröben 2004). Beispielhaft hierfür steht u.a. die Einschätzung der Bundesagentur für Arbeit, nach der die Erziehungstätigkeit nach wie vor als *leichte bis mittelschwere Arbeit* qualifiziert wird (Seibt et al. 2005: 12).

Die Grundlage für diese Ausgrenzung der Frauen ist im europäischen Arbeitsschutzrecht und den mit dem deutschen Arbeitsschutzgesetz umgesetzten EU-Arbeitsschutzrahmenrichtlinien angelegt, die eine am Faktor „Mensch“ orientierte Ermittlung und Beurteilung von Gefährdungen mit dem Ziel einer menschengerechten Arbeitsgestaltung einfordern (vgl. Kernelemente der europäischen Arbeitsschutzpolitik o.J.).

„Es ist dabei das Ziel der EU, Arbeitsumwelt und die Arbeitsbedingungen für die Menschen zu verbessern“ (Rundnagel 2010).

Die Erforschung der physikalischen, chemischen, mechanischen und ergonomisch wirksamen Einflüsse auf „den Menschen“ hat allerdings übersehen, dass Erwerbstätige und Arbeitende aus zwei Geschlechtern bestehen und sich die Wissenschaft unter dem Aspekt der „Geschlechtsneutralität“ lediglich an dem männlichen Arbeitnehmer orientiert. Obwohl inzwischen wissenschaftlich belegt wurde, dass die vermeintlich „leichteren“ körperlichen Arbeiten an Frauenarbeitsplätzen mit deutlich höheren gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden sind, als bislang bekannt war, werden die Risiken an den Frauenarbeitsplätzen von den meist männlichen Fachkräften für Arbeitssicherheit oft verharmlost oder sogar übersehen. Reuhl beschreibt die Arbeitsschutzkultur als

„... nach wie vor männerzentriert und technikorientiert – verantwortlich und zuständig sind in der Mehrzahl Männer“ (Reuhl 2009: 175).

Kannengießer spricht hier von einem Teufelskreis der mangelnden Prävention an Frauenarbeitsplätzen:

„Es gibt einen Teufelskreis der mangelnden Prävention an Frauenarbeitsplätzen. Er beginnt mit dem Vorurteil, Frauenarbeit sei leicht und sicher. Deshalb gibt es auch keine speziellen Vorschriften mehr zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Frauenarbeit. Denn die Probleme und Gesundheitsbedürfnisse von Frauen beim betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz werden gleichgesetzt mit denen ihrer Kollegen“ (Kannengießer 2005: 7).

Mit diesem Beharren auf der vermeintlichen Geschlechtsneutralität wird schlichtweg ausgeblendet, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Beschäftigungsbedingungen von Frauen und Männern erhebliche Auswirkungen auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den arbeitsbedingten Gesundheitsergebnissen haben. So leiden z.B. die Frauen mehr unter arbeitsbedingtem Stress, Infektionskrankheiten, Erkrankungen der oberen Gliedmaßen, Hautkrankheiten sowie Asthma und Allergien, während bei den Männern eher Arbeitsunfälle, Rückenschmerzen und Hörverlust auftreten. Bekannt sind auch geschlechtsspezifische Unterschiede in den häufigsten Krankheiten: Die Männer erkranken häufiger an Herzinfarkt, Alkoholismus und Lungenkrebs, während Frauen vermehrt unter Angststörungen, Depressionen und rheumatischen Erkrankungen leiden. Darüber hinaus haben Experten bzw. Expertinnen festgestellt, dass die Frauen zwar insgesamt mehr Krankheiten aufweisen, dass aber bei den Männern die Erkrankungen oft schwer und lebensbedrohlich sind (vgl. Sieverding 2004). Dennoch geben Männer in fast allen Befragungen weniger Beschwerden als Frauen an und beschreiben ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen als besser (vgl. Altgeld 2004: 5).

Grundlage für diese Sichtweise des traditionellen AGS lieferten v.a. medizinische und pharmazeutische Studien, deren wissenschaftliche Erkenntnisse, die Entwicklung von Medikamenten, die medizinische Diagnose und Therapien ihre Bezugsgröße am statistischen Durchschnittsmann hatten (vgl. Prasch 2012: 21; Kannengießer 2005: 12).

„Der Standard-Patient war männlich. Noch heute werden klinische Studien überwiegend an Männern vorgenommen“ (Wagner-Nagy 2012: 40)

Dabei ist es das Anliegen der Medizin, die Einschätzung von Gesundheit und Krankheit durch objektive Messwerte abzusichern. Für Blutdruck, Knochendichte oder Cholesterinspiegel etc. gibt es Normwerte, deren Überschreiten bzw. Unterschreiten aus medizinischer Sicht auf (beginnende) Krankheiten hindeuten. Diese Normwerte werden oft auf der Basis von Befunden an männlichen Probanden festgelegt und sind häufig nicht einfach auf Frauen übertragbar. Die Frauen haben zum Teil andere gesundheitliche Risiken zu bewältigen. Bedingt durch die Unterschiede im Hormonhaushalt und Stoffwechsel sowie durch andere physische Zusammensetzungen wirken viele Medikamente bei Frauen anders als bei Männern, wobei der Einfluss der weiblichen Gene und Hormone auf die Entstehung von Krankheiten noch wenig erforscht ist (vgl. Prasch 2012: 21).

3.2 Schlaglichter zur Frauen- und Männergesundheit

Diese vorherrschende Ignoranz oder „Geschlechtsblindheit“ (Reuhl 2009: 168) gegenüber dem Statement „Gesundheit hat ein Geschlecht“ ist insoweit verwunderlich, weil die Unterschiedlichkeit der Frauen- und Männergesundheit und auch der geschlechtsspezifische Umgang damit zum Allgemeinwissen gehören. Nicht zuletzt die einschlägigen Illustrierten wissen davon zu berichten: Frauen sind anders krank als Männer; Frauen leben länger als Männer, Frauen nehmen mehr Medikamente ein, Frauen betreiben Vorsorgemedizin, Männer hingegen Reparaturmedizin, Männer reagieren später auf Krankheitsanzeichen, Männer nehmen weniger Präventionsangebote wahr etc. (vgl. BKK Landesverband Hessen 2012: 7 f.).

Trotz dieser vielfach publizierten Unterschiede in der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern ist den Gesundheitsberichten der Krankenkassen vor allem zu entnehmen, dass der demografische Wandel und das Älterwerden im Arbeitsleben zu höheren Belastungen und Beanspruchungen führen können. Der Frage, welche Bedeutung dem Geschlechteraspekt zukommt, wurde bisher noch eine zu geringe Beachtung geschenkt (vgl. Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2011: 24 f.). Zwar führen die Krankenkassen Statistiken nach Frauen und Männern getrennt, die Mehrzahl der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen blendet aber nach wie vor in ihren Handlungsempfehlungen die Geschlechteraspekte vollständig aus (vgl. IG Metall Vorstand 2005).

Frauenherzen schlagen anders

„Frauenherzen ticken anders, Medizin hat ein Geschlecht“ mit diesem Statement weisen frauengesundheitspolitische Experten und Expertinnen seit über 30 Jahren darauf hin, dass die weibliche und die männliche Biologie erhebliche Unterschiede aufweisen und dass diesen Unterschieden in der Prävention, Therapie und Forschung angemessen Rechnung getragen werden muss (vgl. Deutscher Frauenrat e.V. o.J.; Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2001: 10). Der seit 1998 vorliegende erste Gesundheitsbericht für Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt 1998) stellte insoweit einen Meilenstein dar, weil zu wichtigen gesundheits- und versorgungspolitisch relevanten Themen Indikatoren bereitgestellt und auch erläuternd aufbereitet wurden. Nach Meinung der Experten und Expertinnen fanden sich allerdings in diesem Bericht nur wenige Daten, die sich zu einem Geschlechtervergleich hätten heranziehen lassen (vgl. Kolip 2011). Dementsprechend kritisierten die Vertreterinnen der Frauengesund-

heitsforschung diesen Bericht als *genderunsensibel* und stellten in den folgenden Jahren fest, dass

„...es seinerzeit (noch) nicht gelungen war, das Anliegen einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung in den Mainstream der Gesundheitspolitik einzuspeisen. Geschlechterbezogene Gesundheitsforschung wurde zu jener Zeit noch wahrgenommen als ein ‚Steckenpferd‘ von einigen feministischen Forscherinnen und Praktikerinnen, das abseits der eigentlichen Gesundheitsversorgung geritten werden konnte und mit den zentralen, ‚hauptsächlichen‘ Fragen der gesundheitlichen Versorgung und der Gesundheitssystemgestaltung nichts zu tun hatte“ (Kolip 2011).

Die Kritikerinnen forderten Forschungsstrategien für den Bereich der Gesundheit von Frauen und wurden dabei von der über die WHO initiierten Diskussion „*Women’s health counts*“ unterstützt (vgl. World Health Organisation 2013). Hier wurde auf internationaler Ebene darauf aufmerksam gemacht, dass das Geschlecht die Gesundheit und Krankheit sowie das gesundheitsrelevante Verhalten und den Zugang zum Versorgungssystem maßgeblich beeinflusst. Die Initiative war erfolgreich: 2001 erschien der 1. Frauengesundheitsbericht (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001 b). Inzwischen sind auf Länderebene verschiedene Frauengesundheitsberichte erschienen (vgl. u.a. Netzwerk Frauengesundheit 2000; Frauengesundheitsbericht des Landes Baden-Württemberg 2000; Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales Bremen 2001; Frauengesundheitsbericht des Landes Berlin 2003). Auf Bundesebene wurden in der vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Gesundheitsberichterstattung des Bundes Vertreterinnen der Frauengesundheitsforschung als Expertinnen und damit der Gender-Aspekt mit einbezogen (Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt 2005).

Es ist v.a. ein Verdienst der *kritischen Frauengesundheitsforschung* und der *sozialwissenschaftlich orientierten Gesundheitsforschung*, immer wieder darauf hinzuweisen, dass sich nicht nur die biologischen Unterschiede auf Gesundheit und Krankheit bei den Frauen und Männern auswirken, sondern dass im Verlauf von diversen organischen Krankheiten auch die psychischen, sozialen und verhaltensbezogenen Faktoren eine wesentliche Rolle spielen (vgl. u.a. Hurrelmann/Kolip 2002; Altgeld 2004; Kolip/Altgeld 2006; Aulenbacher et al. 2010). D.h. Gesundheit und Krankheit werden so verstanden, dass sie in ihrer Entstehung und ihrem Verlauf untrennbar mit der *sozialen Lage*, der *Lebenssituation* und dem *Lebensstil* der Menschen verbunden sind.

Demnach stellt die *soziale Kategorie des Geschlechts* ein entscheidendes Differenzierungskriterium dar:

„Die Geschlechtsrolle bringt offenbar über eine männliche oder weibliche Sozialisation und über unterschiedliche Lebenssituationen und –verläufe nicht nur verschiedene gesundheitliche Risiken und Ressourcen mit sich; sie bestimmt auch die Bedingungen mit, wie Männer und Frauen für eine mögliche Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensweise zu motivieren sind“ (Faltermajer 2004: 13).

Im Folgenden soll versucht werden, einzelne wesentliche Aspekte der Frauengesundheit zu benennen und die hier vorhandenen Unterschiedlichkeiten zur Männergesundheit zu identifizieren. Dabei kann hier nicht die fachmedizinische Diskussion im Vordergrund stehen, sondern es sollen exemplarisch einige Schlaglichter aus *„Gender Health“* präsentiert werden, die richtungsweisend sein können für die genderspezifische Prävention im Rahmen von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung.

Frauen leben länger, Männer inzwischen auch

Es wurde bisher selbstverständlich zur Kenntnis genommen, dass in den meisten westlichen Ländern die Frauen eine höhere Lebenserwartung als die Männer haben (vgl. Lademann/Kolip 2008: 5; Deutsche Gesellschaft für Männer und Gesundheit 2010).

Ein wesentlicher Grund für die geringere Lebenserwartung der Männer wird v.a. in der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung von Frauen und Männern gesehen:

„Erstens führt die genderspezifische Arbeitsteilung mit dem Modell des männlichen Haupternährers... zu einer ganz einseitigen Berufsbelastung bei den Männern, zweitens tragen tradierte Männlichkeitsbilder zu einem höheren Gesundheitsrisiko von Männern bei“ (Dinges 2010: 6).

Falls es sich nicht um spezielle Erkrankungen weiblicher oder männlicher Sexualorgane handelt, lassen sich die Ursachen der Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Lebenserwartung, Mortalität und Erkrankungen v.a. auch auf die gesundheitlichen Verhaltensunterschiede zwischen Männern und Frauen zurückführen:

„Der Hauptunterschied zwischen Männer und Frauen liegt nicht in den Vorstellungen von Gesundheit, sondern im Gesundheitsverhalten“ (Faltermajer 2008: 40).

Während die biologischen Faktoren nur in einem geringen Ausmaß von ein bis zwei Jahren zur Erklärung der höheren Lebenserwartung von Frauen beitragen, sind es vielmehr die *gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen*,

wie z.B. der Konsum von Tabak und Alkohol, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten sowie v.a. auch die unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen und Männern, die entscheidend einen Beitrag zur Klärung der geschlechtsspezifischen Unterschiede leisten:

„Männer haben eine insgesamt größere Risikobereitschaft und zeigen häufiger Risikofaktoren wie Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum oder Bluthochdruck sowie riskantes Verhalten im Straßenverkehr oder Sport“ (Faltermajer 2008: 40).

Allerdings haben die Männer in puncto „Lebenserwartung“ seit 1990 aufgeholt: Die Geschlechterdifferenz bei der Lebenserwartung sank seither um mehr als ein Jahr von 6,5 auf 5,2 Jahre. Die Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass eine Ursache darin liegt, dass die Frauen deutlich häufiger von der Altersdemenz betroffen sind und ausgerechnet ihre hohe Lebenserwartung als Risikofaktor gilt (vgl. Wagner-Nagy 2012: 40). Darüber hinaus weisen die Frauen inzwischen ein riskanteres Gesundheitsverhalten auf. Die Rate der Raucher nimmt ab, die Rate der an Lungenkrebs Erkrankten und Verstorbenen sinkt kontinuierlich (vgl. Kolip/Hurrelmann 2002). Die Trends bei den Frauen sind teilweise gegenläufig: So steigt die Quote der Raucherinnen ebenso wie die Neuerkrankungsrate jüngerer Frauen an Herzinfarkt oder die Sterbeziffer von Frauen an Lungenkrebs (vgl. Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt 2006: 9). Gerade bei den jüngeren Frauen wird eine zunehmende Häufigkeit der Herz-Kreislaufkrankungen beobachtet, die zum einen auf Stress, zum anderen auf den steigenden Anteil jüngerer Raucherinnen und auf das Übergewicht bei Frauen zurückgeführt wird (vgl. Seeland/Regitz-Zagrosek 2012).

Herzinfarkt ist (k)eine Frauenkrankheit

Die Krankheiten des Herzkreislaufsystems gehören bei den Geschlechtern zu den häufigsten Todesursachen. Da die Männer etwa doppelt so häufig daran erkranken wie die Frauen, wurde diese bisher als sogenannte Männerkrankheiten definiert. Inzwischen wurde nachgewiesen, dass bei einem Medikament gegen chronische Herzmuskelschwäche die gleiche Dosierung bei den Frauen Nebenwirkungen ausgelöst hat, die bei den behandelten Männern kaum vorgekommen sind. So zeigte sich im Blut der Frauen eine deutliche höhere Wirkstoffkonzentration als bei den Männern. Man geht davon aus, dass der Wirkstoff vom weiblichen Organismus langsamer abgebaut wird (vgl. Robert Koch-Institut/Statistisches Bundesamt 2006).

Die Symptome für einen Herzinfarkt beim Mann stehen in den Lehrbüchern, die der Frau nicht. Die Übertragung der männlichen Symptomatik auf die Frauen kann sich aber fatal auf die medizinische Behandlung auswirken: Man denkt spontan an einen gestressten Mann mittleren Alters, der Beklemmungen und Schmerzen im Brustkorb hat und sich die Hand auf die Brust hält. Kaum jemand denkt an eine Frau, deren Herzsymptome sich mit Übelkeit, Atemnot, extremer Müdigkeit, Schwindel und Bauchschmerzen einstellen (vgl. Präsich 2012: 21).

Eine Studie aus den 1990er Jahren hat nachgewiesen, dass Herzinfarkt bei Frauen zu spät und gar nicht erkannt wurde, weil ihre Symptome als unspezifisch eingestuft wurden (vgl. Präsich 2012: 21). Auch die Frauen selbst haben laut einer repräsentativen FORSA-Umfrage aus dem Jahr 2011 wenig Bewusstsein dahin gehend, dass sie von dieser Krankheit betroffen sein könnten, und unterschätzen damit ihr eigenes Risiko (vgl. FORSA-Umfrage 2011). Die Folge ist, dass inzwischen die Herz-Kreislaufkrankungen die Haupttodesursache bei den Frauen in Deutschland ist (vgl. Statistisches Bundesamt 2010). Inzwischen ist ebenfalls bekannt, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede in fast jedem Stadium einer Herz-Kreislaufkrankung gibt und dass die wissenschaftlichen Studien an den Männern nur teilweise auf die Frauen übertragen werden können. Es gibt

„...eine Reihe von frauenspezifischen Risiken (und Schutzfaktoren)..., die bisher unzureichend untersucht worden sind: z.B. die Rolle von Östrogenen und Gestagenen in verschiedenen Altersgruppen und im Hinblick auf verschiedene Krankheiten oder die Bedeutung psychosozialer Faktoren in verschiedenen Lebensphasen und – krankheitsstadien“ (Härtel 2002: 287).

Männer sind auch anders krank

Auch wenn es in diesem Kapitel im Wesentlichen um die Frauengesundheit geht, soll mit geschärftem *Gender-Blick* keinesfalls übersehen werden, dass die Befassung mit den geschlechtsspezifischen Gesundheitsproblemen bei den Männern erst seit Kurzem ein öffentliches und wissenschaftliches Thema ist. Wie oben ausgeführt, ist auf der einen Seite der statistische Durchschnittsmann die Bezugsgröße für medizinische und pharmazeutische Studien, für wissenschaftliche Erkenntnisse und Medikamententwicklung. Der sogenannte männliche Proband muss dafür herhalten, dass bis heute die frauenspezifischen Daten und Belange unberücksichtigt bleiben und die arbeitsbedingten Risiken von Frauen unterschätzt und vernachlässigt werden. Dabei gerät aus dem Blickfeld, dass sich die Gesundheitsforschung und -versorgung bisher nur rudimentär geschlechtsspezifisch dem Mann zugewandt haben - auch wenn die Krankheitsdaten und die Sterb-

lichkeitsrate längst den Bedarf an mänderspezifischen Ansatzpunkten und Zugangsweisen in der Gesundheitsförderung deutlich gemacht haben.

„Die Tatsache, dass Männer eine deutlich geringere Lebenserwartung als Frauen aufweisen und für beinahe alle kardiovaskulären und onkologischen Erkrankungen wie auch für Infektionen eine höhere Inzidenz und Prävalenz beim männlichen Geschlecht besteht, wurde zur Kenntnis genommen, war jedoch kaum Anlass einer tiefer gehenden, interdisziplinären Auseinandersetzung“ (Klotz 2002: 241).

Das Vorurteil, dass der Körper männlich und die Psyche weiblich ist, scheint in der Medizin noch lange nicht überholt zu sein. Bisher wurde davon ausgegangen, dass von den psychischen Erkrankungen eher die Frauen betroffen sind:

„Bei Frauen stellen psychische Störungen mit einem Anteil zwischen 10% und 14 % die dritthäufigste Diagnosegruppe dar, während diese bei den Männern mit einem Anteil zwischen 6 % und 11 % je nach Krankenkasse an vierter bis sechster Stelle liegen. Innerhalb des Spektrums psychischer Erkrankungen zeigt sich, dass Depressionen und Angststörungen wesentlich häufiger bei Frauen und Suchterkrankungen bzw. Störungen durch psychotrope Substanzen häufiger bei Männern diagnostiziert werden“ (Faltermajer 2004: 12).

Ärztliche Diagnosen attestieren nach wie vor eher bei den Frauen psychische Störungen, da Depressionen offensichtlich nicht zum tradierten Männlichkeitsbild passen. Möglicherweise tragen auch hier Bilder stereotyper Geschlechterrollen dazu bei, dass eine Depression bei Männern seltener erkannt wird: Die gesellschaftlichen Erwartungen an den Mann führen zu einem geschlechtsspezifischen Umgang mit Krankheiten (doing gender) im Allgemeinen und bei psychischen Belastungen im Besonderen (vgl. BKK Gesundheitsreport 2010: 28). Männer sprechen weniger über ihr gesundheitliches Empfinden und gehen seltener zum Arzt als Frauen. Nach Meinung der Experten und Expertinnen lässt allerdings auch die bisherige Praxis der Depressionsdiagnostik tendenziell darauf schließen, dass die Frauen oft zu schnell als depressiv eingeordnet werden, während dies bei den Männern noch zu selten der Fall ist (vgl. DAK Gesundheitsreport 2013). Da die Rate der diagnostizierten Depressionen bei den Männern nicht so hoch liegt, wird hier eine hohe Dunkelziffer vermutet. Der BKK-Report 2012 spricht hier unter dem Titel „Männer und Depressionen – das versteckte Leiden“ von einer „Unterdiagnostik“ (BKK Landesverband Hessen 2012: 27).

„Weil Frauen eher über Ängste und Stimmungsschwankungen sprechen, werden sie schneller als depressiv eingeordnet, während bei Männern lange nach körperlichen Ursachen gesucht wird. Als Folge davon werden Frauen vermehrt Psychopharmaka verordnet, körperliche Ursachen können dadurch unerkannt bleiben. Bei Männern mit psychischen Erkrankungen fehlt es mitunter lange an geeigneter Behandlung, weil die Untersuchungen in eine falsche Richtung gehen“ (Prasch 2012: 21).

Aktuelle Studien belegen inzwischen, dass die Männer – und hier insbesondere junge Männer – im psychischen Bereich weitaus empfindlicher sind und häufiger an Depressionen leiden, als bisher vermutet wurde.

„Im Gegensatz zu den allgemein sinkenden Krankenständen haben die durch psychische Störungen bedingten Fehlzeiten zugenommen, und zwar deutlich stärker bei Männern als bei Frauen. So stieg zwischen 1994 und 2003 die Zahl der Arbeitsunfähigkeits-Fälle wegen psychischer Erkrankungen bei Männern um 82 %, bei Frauen dagegen „nur“ um 57 %“ (Möller-Leimkühler/Kasper 2010: 136).

Vor dem Hintergrund, dass es nur ein geringes Wissen über die Männergesundheit gibt und die Medizin immer noch die Männergesundheit in engen medizinischen Grenzen denkt oder auf urogenitale Themen reduziert (vgl. Bardehle 2010: V), starteten im Oktober 2001 führende deutsche Wissenschaftler die Initiative „Männergesundheitsbericht“ (Dinges 2010: 4). Die Forderung nach einem solchen Bericht wurde vom zuständigen Ministerium mit dem Verweis darauf abgelehnt, dass die Gesundheitsberichterstattung des Bundes in ihrer Datenerhebung und insbesondere mit den in 2000/2001 veröffentlichten frauenspezifischen Gesundheitsberichten schon hinlänglich nach Geschlechtern differenziert (vgl. Stiehler 2008: 38).² Erst im Oktober 2010 ist es der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit gemeinsam mit der Stiftung Männergesundheit und unterstützt von Initiativen zur Männergesundheit gelungen, den „Ersten deutschen Männergesundheitsbericht“ zu veröffentlichen (vgl. Bardehle/Stiehler 2010). Dieser Bericht stellt insgesamt einen Meilenstein dar, um für die Thematik „Männergesundheit“ zu sensibilisieren, darüber fachkundig zu informieren und perspektivisch die gesundheitliche Situation der Männer zu verbessern. Hieran knüpft insbesondere der aktuelle „Männerge-

sundheitsbericht 2013“ an, der die psychische Gesundheit der Männer in den Fokus rückt (vgl. Stiftung Männergesundheit 2013).

Darüber hinaus hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA damit begonnen, ein Männergesundheitsportal aufzubauen, das fachkompetente Gesundheitsinformationen über und für Männer bietet (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA 2010 und 2013). 2012 zog die BKK nach und verlieh den Innovationspreis Gesundheit an herausragende Arbeiten zum Themenschwerpunkt „Männer- und Frauengesundheit“ (vgl. BKK Landesverband Hessen 2012).

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass sich die wissenschaftlichen Argumente für einen geschlechtsspezifischen Zugang zur Gesundheit der Männer nicht wesentlich von denen unterscheiden, die auch für die Frauen angeführt werden. Es gibt Unterschiede bei

- der Häufigkeit, Wahrnehmung und Ausprägung von Erkrankungen
- der Aufnahme, Verteilung und dem Stoffwechsel von Medikamenten
- der Wirkung von Medikamenten und
- der Einbeziehung von Frauen und Männern in Studien und Forschungsprojekte.

„Es gibt erstens deutliche Geschlechtsunterschiede in den zentralen epidemiologischen Indikatoren und zweitens konnte die empirische Forschung zeigen, dass das Geschlecht ein bedeutsamer Indikator für psychosoziale Einflüsse auf die Entstehung von Krankheiten ist“ (Faltermaier 2004: 12).

3.3 Aufbruch in die Gender-Medizin

Gegen die Ignoranz gegenüber den geschlechtsspezifischen Gefährdungen in der Arbeitswelt der Frauen und Männer wenden sich inzwischen zahlreiche kritische Studien, die u.a. aufzeigen, dass eine Gleichbehandlung, gleiche Medikamentierungen, gleiche Therapien und Arbeitssicherheitsmaßnahmen für Männer und Frauen zu fatalen Ergebnissen, zu steigenden Gesundheitskosten und zu Fehlmaßnahmen in der betrieblichen Arbeitssicherheit und in der betrieblichen Gesundheitsorientierung insgesamt führen können (vgl. infoline Gesundheitsförderung o.J.). Genderorientierte Kritikerinnen und Kritiker sind zum einen angetreten, im klas-

² Dabei war auf der Länderebene Nordrhein-Westfalen längst vorgeprescht und hatte einen Gesundheitsbericht über Frauen und Männer herausgebracht, der insbesondere von der EU und der WHO mit unterstützt worden ist. Unter dem Motto „Gesundheit hat ein Geschlecht“ wurden hier erstmals geschlechtsspezifische Befunde über Mortalität, Morbidität und Inanspruchnahme medizinischer Hilfe präsentiert und Erklärungsansätze für geschlechtsspezifische Muster gesucht (vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen MFJFG 2000).

sischen Arbeitsschutz den „Männerblick“ aufzuweichen und die männlichen Normmodelle abzuschaffen, in denen die Frauen nur dann vorkommen, wenn Abweichungen (z.B. im Mutterschutz, bei Lastenhandhabungen) festgestellt werden (vgl. Gümbel/Rundnagel 2004). Zum anderen ist der Fokus der Kritik dabei v.a. auf die oben beschriebene Geschlechtsblindheit von medizinischen und pharmazeutischen Studien und Vorgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes gerichtet und auf die damit verbundenen Folgen, dass frauenspezifische Daten und Belange unberücksichtigt bleiben (vgl. RKW-Kompetenzzentrum 2013; Ulmer/Gröben 2004).

Unterstützung finden diese Studien durch eine kritische Frauen- und Männergesundheitsforschung. In Abgrenzung zur bisherigen Gesundheitsforschung, die männerlastig von der Annahme bestimmt war, dass die männliche Norm als Standard für wissenschaftliche Ergebnisse gilt, distanziert sich diese neue Ausrichtung von Forschung und Praxis von den traditionellen Männlichkeitsvorstellungen und beansprucht für sich, die spezifischen Gesundheitsprobleme der Frauen und Männer sensibel und kompetent herauszuarbeiten (vgl. Kolip/Hurrelmann 2002; Altgeld 2004; Faltermaier 2004 und 2008). Insbesondere auch neue medizinische Studien und Forschungsergebnisse zeigen auf, das geschlechtersensible Fragestellungen und Konzepte in der Medizin dem Arbeitsschutz Hinweise liefern, die die tradierten Auffassungen über arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen mit dem Ziel hinterfragen, die Präventionskonzepte passgenauer und wirksamer zu gestalten. So wurde z.B. an der *Charité in Berlin* 2003 mit Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung erstmalig in Europa ein Fachbereich „Gender-Medizin“ und ein Lehrstuhl für „Frauenspezifische Gesundheitsforschung mit Schwerpunkt Herz-Kreislaufkrankungen“ eingerichtet (vgl. Institut für Geschlechterforschung 2013). Darüber hinaus wird hier neben den Geschlechtsunterschieden in der klinischen Forschung auch der Einfluss des Geschlechts in der Grundlagenforschung untersucht (vgl. Institut für Geschlechterforschung 2013). D.h., hier werden die wesentlichen Grundlagen erarbeitet, auf denen passgenaue Präventionskonzepte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes aufbauen können. Beispielhaft dafür stehen u.a.

- geschlechtsspezifische Therapien aufgrund unterschiedlicher Symptome und Krankheitsbilder (z.B. koronare Herzkrankheiten)
- ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsmitteln aufgrund geschlechtsspezifischer Unterschiede im Muskel-Skelett-Aufbau
- differenzierte Medikamentisierungen aufgrund unterschiedlicher Auswirkungen von pharmakologischen Heilmitteln (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung BMBF 2010).

Die Expertinnen und Experten bemängeln allerdings, dass diese wissenschaftlichen Ergebnisse erst in geringem Maße in der betrieblichen Gesundheitsförderung und in der Forschungspraxis für Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit zur Kenntnis genommen werden. Auch das Bundesministerium für Bildung und Forschung musste feststellen:

„Geschlechter sind verschieden – auch wenn es um Gesundheit und Krankheit geht. Solche Unterschiede müssen in der Gesundheitsforschung systematisch untersucht und in der Praxis der Medizin berücksichtigt werden. Sie werden bisher im klinischen Alltag oft nicht wahrgenommen, weil die fachwissenschaftlichen Darstellungen zu vereinzelt sind“ (Bundesministerium für Bildung und Forschung BMBF 2010).

Darüber hinaus wird kritisiert, dass dem sozialen Aspekt der Geschlechterprägung und seinem Einfluss auf die Gesundheit der Frauen und Männer eine zu geringe Aufmerksamkeit geschenkt wird:

„...der Wissensstand (ist) nicht ausreichend, vor allem weil die Daten keine Antwort auf die Frage geben, welche Bedeutung die sozialen Geschlechterrollen für die Unterschiede in Belastungen und Beanspruchungen, Erkrankungen und Unfallrisiken haben. Hier gibt es ein großes Defizit an weiterführender Forschung – an Grundlagenforschung ebenso wie an umsetzungsorientierter Forschung“ (Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2011: 3 f.).

3.4 Die EU-Gemeinschaftsstrategie und ihre nationale Umsetzung

Selbstkritisch musste die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz eingestehen, dass sie mit ihrem Präventionsprogramm dieser Ignoranz gegenüber der geschlechtsspezifischen Gesundheitsförderung bisher Vorschub geleistet hat und dadurch den arbeitsbedingten Risiken für Frauen mit weniger Aufmerksamkeit und geringeren Mitteln begegnet wurde:

„Das derzeit von der EU verfolgte Konzept für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit ist ‚geschlechtsneutral‘, d.h. dass geschlechtsspezifische Belange und Unterschiede zwischen den Geschlechtern in Politik, Strategien und Maßnahmen ignoriert werden“ (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2006: 10).

Vor dem Hintergrund des Anstiegs der arbeitsbedingten Erkrankungen hat die Europäische Union im Rahmen ihrer Gemeinschaftsstrategie zur Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit 2002 – 2006 beschlossen, das Ziel einer besseren geschlechtsspezifischen Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen, Beeinträchtigungen und Unfällen an allen Arbeitsplätzen zu verfolgen, um u.a. den Männern und Frauen einen längeren Verbleib im Arbeitsleben zu ermöglichen (vgl. Europäische Kommission 2002).

„Das Ziel, die Beschäftigungsfähigkeit von Frauen und Männern zu verbessern, schließt auch ein, die Beschäftigten vor Unfällen und Erkrankung zu schützen, dafür Sorge zu tragen, dass Arbeit und Privatleben miteinander vereinbar sind, und zu gewährleisten, dass Frauen und Männer in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen unter sicheren und ihrer Gesundheit zuträglichen Bedingungen arbeiten können“ (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2006: 151).

Mit Unterstützung der WHO, die 2001 beschlossen hat, dass das Gender-Mainstreaming die effektivste Strategie verkörpert, um die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern abzubauen (vgl. WHO 2001), forciert die EU ihre Öffentlichkeitsarbeit für die Umsetzung der Strategie des Gender-Mainstreamings in der Gesundheitsförderung und im Arbeits- und Gesundheitsschutz und fordert die Mitgliedstaaten dazu auf, die Geschlechterperspektive einzunehmen und die

Fragen zu beantworten, welche Arbeiten die Männer und Frauen tatsächlich ausführen und wie sie in unterschiedlicher Weise von den Belastungen und Arbeitsbedingungen betroffen sind. In ihrem Forderungskatalog appelliert die Europäische Agentur in ihrem Bericht an Politik, Betriebe, Gewerkschaften, Verbände und Forschung, Maßnahmen zu ergreifen, um die arbeitsbezogenen Risiken für die Frauen zu erkennen und differenziert darzustellen. Als eine Möglichkeit hierzu wird die stärkere Geschlechterdifferenzierung bei der Risikoanalyse vorgeschlagen. Schlüsselaspekte hierbei sind die Untersuchung der tatsächlichen Arbeitssituation, die Beteiligung aller weiblichen und männlichen Beschäftigten in allen Phasen der Analyse und die Vermeidung vorgefasster Annahmen darüber, welche Risiken bestehen und wer gefährdet ist (vgl. Schröder o.J.).

Seit 2000 erstellt die Europäische Agentur für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (OSHA) Berichte mit Beispielen guter Praxis und Handlungshilfen (Fact sheets), um das Gender-Thema im Arbeits- und Gesundheitsschutz zu verankern. Exemplarisch dafür stehen: *„Geschlechtsspezifische Fragen im Zusammenhang mit Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit“* und *„Die Berücksichtigung des Geschlechteraspekts bei der Risikoanalyse“* (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2003 a und b).

In ihrem Factsheet 43 verdeutlicht die EU die Gefahren und Risiken in Tätigkeitsbereichen mit überwiegender Frauenanteil.

Tätigkeitsbereich	Risikofaktoren und Gesundheitsprobleme			
	Biologischer Art	Körperlicher Art	Chemischer Art	Psychosozialer Art
Gesundheitswesen	Infektionskrankheiten, z. B. hämatogener Art, Atemwegserkrankungen usw.	Manuelle Handhabung von Lasten und anstrengende Arbeitshaltungen; ionisierende Strahlungen	Reinigungs-, Sterilisations- und Desinfektionsmittel; Arzneimittel; Anästesiegase	„Emotional anstrengende Tätigkeiten“; Schicht- und Nachtarbeit; Tätigkeiten seitens des Publikums und der Kunden
Kinderbetreuungseinrichtungen	Infektionskrankheiten, z. B. insbesondere Atemwegserkrankungen usw.	Manuelle Handhabung von Lasten, anstrengende Arbeitshaltungen		„Emotionale Arbeit“
Reinigungsgewerbe	Infektionskrankheiten; Hautkrankheiten	Manuelle Handhabung von Lasten, anstrengende Arbeitshaltungen; Rutschen und Stürzen; nasse Hände	Reinigungsmittel	Unsoziale Arbeitszeiten; Tätlichkeiten, z. B. bei Beschäftigung an isolierten Arbeitsorten oder zu später Uhrzeit
Lebensmittelherstellung	Infektionskrankheiten, z. B. Übertragung durch Tiere, Schimmel, Pilzsporen, organische Stäube	Repetitive Bewegungen z. B. bei Verpackungstätigkeiten oder in Schlachthäusern; Schnittwunden, niedrige Temperaturen; Lärm	Pestizidrückstände; Sterilisationsmittel; geschmacksverstärkende Gewürze und Zusätze	Stress im Zusammenhang mit repetitiver Fließbandmontagearbeit
Catering und Gaststättengewerbe	Hauterkrankungen	Manuelle Handhabung von Lasten; repetitive Schneidvorgänge; Schnitt- und Brandwunden; Rutschen und Stürzen; Hitze; Reinigungsmittel	Passives Rauschen; Reinigungsmittel	Stress aufgrund von hektischer Arbeit, Publikumsverkehr, Tätlichkeiten und Belästigung
Textil und Bekleidungsindustrie	Organische Stäube	Lärm; repetitive Bewegungen und ungünstige Arbeitshaltungen; Stichverletzungen durch Nadeln	Färbemittel und andere Chemikalien, einschließlich Formaldehyden zur Behandlung von Textilien zum Erreichen von Bügelfreiheit sowie Lösungsmitteln zur Fleckentfernung; Stäube	Stress im Zusammenhang mit repetitiver Fließbandmontagearbeit

Tätigkeitsbereich	Risikofaktoren und Gesundheitsprobleme			
	Biologischer Art	Körperlicher Art	Chemischer Art	Psychosozialer Art
Wäschereien	infizierte Wäsche, z. B. in Krankenhäusern	Manuelle Handhabung von Lasten und anstrengende Arbeitshaltungen; Hitze	Lösungsmittel für die chemische Reinigung	Stress im Zusammenhang mit repetitiven Tätigkeiten und schnellem Arbeitsrhythmus
Keramikindustrie		Repetitive Bewegungen; manuelle Handhabung von Lasten	Glasuren, Blei, Siliziumstaub	Stress im Zusammenhang mit repetitiver Fließbandmontagearbeit
„Leichte“ Produktion		Repetitive Bewegungen z. B. bei Montagetätigkeiten; ungünstige Arbeitshaltungen; manuelle Handhabung von Lasten	Chemikalien die in der Mikroelektronik verwendet werden	Stress im Zusammenhang mit repetitiver Fließbandmontagearbeit
Callcenter		Probleme mit der Stimme im Zusammenhang mit Sprechen; ungünstige Arbeitshaltungen; übermäßiges Sitzen	Schlechte Luftqualität in Innenräumen	Stress im Zusammenhang mit Kundenkontakt, schneller Arbeitsrhythmus und repetitive Tätigkeiten
Bildungswesen	Infektionskrankheiten, z. B. Atemwegserkrankungen, Masern	Stehende Arbeitshaltung über längere Zeit; Probleme mit der Stimme	Schlechte Luftqualität in Innenräumen	„Emotional anstrengende Arbeit“, Tätlichkeiten
Frisörsalons		Anstrengende Arbeitshaltungen; repetitive Bewegungen; stehende Arbeitshaltung über längere Zeit; nasse Hände; Schnittverletzungen	Chemische Sprays, Färemittel usw.	Stress im Zusammenhang mit Kundenkontakt; schneller Arbeitsrhythmus
Bürotätigkeiten		Repetitive Bewegungen; ungünstige Arbeitshaltungen, Rückenschmerzen durch Sitzen	Schlechte Luftqualität in Innenräumen; von Fotokopierern freigesetzte Dämpfe	Stress im Zusammenhang mit mangelnder Einflussnahme auf die Arbeit, häufige Unterbrechungen monotone Tätigkeiten
Landwirtschaft	Infektionskrankheiten, z. B. Übertragung durch Tiere, Schimmel, Pilzsporen, organische Stäube	Manuelle Handhabung von Lasten, anstrengende Arbeitshaltungen; ungeeignete Arbeitsausrüstung und Schutzbekleidung; Hitze; Kälte; Nässe	Pestizide	

Tabelle 2:

Beispiele für Gefahren und Risiken in Tätigkeitsbereichen mit überwiegendem Frauenanteil
(Quelle: Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2003 b)

Dass die Realisierung der Umsetzung dieser neuen europäischen Maßstäbe ein langer Weg – oder wie es die EU selbst formuliert - ein langwieriger Prozess ist, lässt sich nicht zuletzt an den periodisch neu aufgelegten Schwerpunktthemen ihrer Gemeinschaftsstrategien ablesen (vgl. Mitteilung der Kommission KOM (1996) 67 endgültig vom 21.02.1996; Mitteilung der Kommission KOM (2002) 118 vom 11.03.2002; Mitteilung der Kommission KOM (2007) 0062 vom 21.02.2007; Mitteilung der Kommission KOM (2010) 491 endgültig vom 21.09.2010).

Auf nationaler Ebene wurde in Deutschland von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz zum Erhalt und zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die *Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)* ins Leben gerufen, die für die Jahre 2008 bis 2012 und 2013 bis 2018 zu einem effizienteren Zusammenwirken der staatlichen Arbeitsschutzbehörden und der Unfallversicherungsträger bei-

tragen soll. Erklärtes Ziel der GDA ist es, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten durch einen präventiven und systemorientierten betrieblichen Arbeitsschutz, – ergänzt durch die Maßnahmen einer betrieblichen Gesundheitsförderung – zu verbessern und zu fördern (vgl. Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie GDA o.J.). Es bleibt abzuwarten, inwieweit die GDA die Geschlechterperspektive in ihre Analysen und Projektförderungen mit einbeziehen wird.

Für das *Land Bremen* steht im Rahmen der Umsetzung der GDA dabei u.a. im Fokus, Modelle für das kleinbetriebliche, präventionsorientierte Gesundheitshandeln zu erproben, die in der Lage sind, die krankheitsbedingten Kosten infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen, Hauterkrankungen, psychischen Fehlbelastungen und Arbeitsunfällen zu senken. Dabei will Bremen es aber nicht belassen: Laut Beschluss der staatlichen Deputation für Arbeit und Gesundheit vom 10.06.2010

hat Bremen festgelegt, die Geschlechterperspektive als integralen Bestandteil des betrieblichen Arbeitsschutzes zu behandeln und durch die Arbeitsschutzbehörden die Betriebe zu beraten und zu unterstützen (vgl. Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Arbeit und Gesundheit 2010).

3.5 Anspruch und Wirklichkeit bei der Umsetzung von Gender im AGS

Wie im vorausgegangenen Kapitel über die Umsetzung der Gender-Perspektive im AGS deutlich geworden ist, hat sich die Umsetzung des Gender-Mainstreamings bisher als ein langwieriger Prozess herausgestellt. Wie die unter dem Motto „*Gleiche Chancen in der Arbeitswelt*“ immer noch nicht realisierten Forderungen nach gleichem Lohn für gleiche Arbeit, nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie nach Chancengleichheit beim Zugang zu allen Berufen und zu Führungspositionen (vgl. Hauffe 2013), so sind auch für das System des Arbeitsschutzes, der Arbeitsschutzpolitik und der betrieblichen Gesundheitsförderung die Strategie und der damit verbundene Appell, die Geschlechterperspektive auch im Arbeits- und Gesundheitsschutz einzunehmen, nicht selbsterklärend und demnach auch noch nicht selbstverständlich. Insgesamt wird auch in Deutschland die politische Aufmerksamkeit für die Gender-Perspektive im Arbeits- und Gesundheitsschutz erst seit 2009/2010 deutlich. 2010 erschien der im Auftrag der Bundesregierung erstellte *Bericht der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2008 – Unfallverhütungsbericht Arbeit“* mit einer umfassenden Datenbasis und einem breiten Überblick über die relevanten Felder des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Im Fokus stehen dabei die Daten zu den Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, Verrentungen, zur Arbeitsunfähigkeit und zu den Arbeitsbedingungen in Deutschland, die Hinweise auf mögliche zukünftige Entwicklungen liefern und so die Ableitung von Präventions- und Arbeitsgestaltungsmaßnahmen erlauben. Neben der Arbeitssituation der Männer wird hier erstmalig der Schwerpunkt „*Situation von Frauen*“ dokumentiert (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA 2010 a).

In 2011 und 2012 verabschiedete die *Gleichstellungs- und Frauenministerinnen-konferenz (GFMK)* zwei einflussreiche Berichte, an denen Vertreterinnen und Vertreter der Länder Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI), der BAuA und externe Experten und Expertinnen beteiligt waren:

„Geschlechtergerechte Praxis im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung“ (vgl. Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2011).

„Betriebliche Gesundheitsförderung geschlechtersensibel gestalten – neue Aufmerksamkeit für atypische Beschäftigungsverhältnisse“ (vgl. Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2012).

Hier werden v.a. die institutionellen Akteure zur Gestaltung und Überwachung des Arbeitsschutzes, wie Berufsgenossenschaften, Gewerbeaufsicht, staatliche Arbeitsschutzbehörden der Länder, Unfallversicherungsträger und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aufgefordert, die Geschlechterperspektive endlich einzunehmen. Zu den Kernforderungen zählen hier die Gender-Perspektive in die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) und in die Initiative Neue Qualität der Arbeit (inqa) mit einzubeziehen und die gendersensible Weiterentwicklung der Datenlage und der Forschung im Arbeitsschutz zu forcieren (vgl. Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2012). Anknüpfend an die Ergebnisse der GFMK legte ebenfalls 2012 die *Projektgruppe des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik LASI* einen wegweisenden Bericht als Informationsgrundlage für die Arbeitsschutzbehörden vor:

„Geschlechtersensibilität bei Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ (vgl. Bericht der LASI-Projektgruppe 2012).

Unterstützt wird die GFMK insbesondere auch durch das seit 2003 gegründete *Netzwerk Gender in Arbeit und Gesundheit*. In diesem Netzwerk sind Personen aus über 50 Institutionen vertreten, die sich wissenschaftlich, politisch und in der betrieblichen Praxis mit den Fragen der Bedeutung des Gender-Mainstreamings für die Gesundheit in der Arbeitswelt beschäftigen (vgl. Gender in Arbeit und Gesundheit 2010).

Mit der Umsetzung ihrer Kernforderungen werden die GFMK, die LASI-Projektgruppe und das Netzwerk Gender in Arbeit und Gesundheit wohl auch noch etwas Geduld haben müssen. Dass die Ignoranz gegenüber dem geschlechtsspezifischen AGS nicht der Vergangenheit angehört, zeigt zum einen das aktuelle Statement einer Berufsgenossenschaft in der Broschüre „Mensch und Arbeit“: Hier wird kritisiert, dass

„...der Einfluss des Geschlechtes in der modernen Berufsarbeit ... häufig überschätzt (wird)“ (Kiepsch et al., o.J., 22).

Zum anderen lässt die Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage von Abgeordneten vermuten, dass die Kritik an der Geschlechtsneutralität des AGS in Regierungskreisen noch nicht angekommen ist: Die Abgeordneten wollten Auskunft darüber haben, wie die Bundesregierung die Erkenntnisse und Empfehlungen aus dem Bericht der Arbeitsgruppen der GFMK bewerte und wie das zuständige Ministerium diese Kernforderungen umzusetzen gedenke. Aus der Antwort geht hervor, dass die Regierung zwar die Auffassung der GFMK teilt, dass zukünftig die Thematik der Geschlechterperspektive in der Arbeitswelt größere Beachtung finden sollte. Sie weist darauf hin, dass die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive für Forschungsvorhaben und Projekte inzwischen zwar als „Vorschrift“ erlassen worden ist, verwertbare Ergebnisse aber wohl noch auf sich warten lassen:

„Bislang liegen allerdings keine gesicherten Erkenntnisse vor, die auf eine generell Geschlechtergerechtigkeit im Arbeitsschutz oder in der betrieblichen Gesundheitsförderung hindeuten.....

und dass es daher

„...zurzeit noch keine Gestaltungsmöglichkeiten für die Berücksichtigung des Geschlechts und der unterschiedlichen Rollenverständnisse in der Arbeitswelt gibt“ (Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink et al. 2012: 2).

Auch wenn die wissenschaftlichen Erkenntnisse auf der nationalen Ebene hier nicht zur Kenntnis genommen werden, so erstaunt es doch, wie ignorant mit den Ergebnissen und Empfehlungen der EU-Kommission umgegangen wird.

4. Die drei geschlechtsspezifisch geprägten Dimensionen im Arbeits- und Gesundheitsschutz

Wie in Kapitel 2 schon ausgeführt, bezieht der Begriff „Gender“ die sozial/kulturell hergestellten Dimensionen ein, die das jeweilige Geschlecht prägen. Damit soll die Unterscheidung verdeutlicht werden, dass die Frauen und Männer nicht ausschließlich biologisch-genetisch bestimmt und damit kaum veränderbar sind (vgl. Gümbel 2009: 14). Nachdem der rein biologische Ansatz der Geschlechterprägung in der wissenschaftlichen Diskussion eher in den Hintergrund getreten ist, wird auch der gesellschaftliche Determinismus-Gedanke von einem neuen Modell abgelöst: In der wissenschaft-

lichen Diskussion zwischen Medizin, Natur- und Sozialwissenschaft und Psychologie wird inzwischen ein biopsychosoziales Modell vorgeschlagen, das die unterschiedlichen Aspekte miteinander vereinbar macht:

„Den biopsychosozialen Modellen liegt die Annahme zugrunde, das[s] weder ausschließlich biologische noch ausschließlich soziale, kulturelle oder psychische Faktoren die individuelle Entwicklung und die Gesundheit beeinflussen, sondern dass es vielmehr stets ein komplexes Zusammenwirken der verschiedenen Faktoren ist, das eine bestimmte körperliche, psychische und soziale gesundheitliche Realität gestaltet“ (Gümbel 2009: 15 Hervorhebung vom Autor).

Nach Gümbel können die biopsychosozialen Modelle eine wesentliche Grundlage für die Integration des Gender-Mainstreamings im AGS und in der betrieblichen Gesundheitsförderung bilden (vgl. Gümbel 2009: 15 f.). Dabei verlangt die Identifikation der biologischen, sozialen und psychologischen Geschlechterunterschiede, den Zusammenhang zwischen der geschlechterspezifischen Segregation des Arbeitsmarktes und den von daher mittelbar für Frauen oder für Männer in besonderer Weise zuzuordnenden Belastungen und Gefährdungen zu beachten. Das bedeutet u.a., im jeweiligen Segment des Arbeitsmarktes für das unterrepräsentierte Geschlecht zu prüfen, ob im Vergleich zum überrepräsentierten Geschlecht die Belastungen und Gefährdungen gleich sind bzw. sich gleich auswirken oder ob Unterschiede festzustellen sind (vgl. Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2012: 7).

Zur Konkretisierung der Kategorie „Geschlecht“ im Arbeits- und Gesundheitsschutz beschreibt Gümbel drei Dimensionen, in denen das jeweilige Geschlecht charakteristische Merkmale aufweist:

- in den unterschiedlichen Arbeitswirklichkeiten der Frauen und Männer (typische Frauen- und Männerberufe; Arbeitszeit; unterschiedlicher Verdienst; Frauen in Führungspositionen)
- in den unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten der Geschlechter (Vereinbarkeit von Beruf und Familie; Pflege von Angehörigen; Work-Life-Balance)
- in den geschlechtsbezogenen Zuschreibungen und Bewertungen (Rollenbilder, Geschlechtsstereotypen; harte und weiche Belastungsfaktoren) sowie im Umgang mit Belastungen und Gesundheit (Frauen sind anders krank, Männer auch) (vgl. Gümbel 2009: 17 f.).

Im Folgenden sollen mithilfe einiger Schlaglichter die wesentlichen Merkmale aus der Arbeits- und Lebenssituation und die damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen von Frauen aufgezeigt werden. Für den

Vergleich werden, wie üblich, exemplarisch Beispiele aus der Arbeitssituation von Männern herangezogen.

4.1 Arbeitswirklichkeit und arbeitsbedingte Belastungen

Die Unterschiedlichkeit in der Erwerbstätigkeit und Lebenswelt der Frauen und Männer ist von zentraler Relevanz für die Gesundheit, da sie mit Belastungen und Risiken verbunden ist, die sich unterschiedlich auf die Geschlechter auswirken.

Trotz nachhaltiger Veränderungen ist der Arbeitsmarkt nach wie vor stark segregiert, d.h. die Berufs- und Lebenschancen der Frauen und Männer sind ungleich verteilt.

Zwar ist die Anzahl der erwerbstätigen Frauen in den letzten Jahren gestiegen: Laut Auswertung des IAB - Betriebspanels von 2012 liegt bei einer gesamten Erwerbstätigenzahl von 41,6 Millionen die Erwerbsbeteiligung der Frauen bei 68 % (77 % bei den Männern) (vgl. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung IAB 2013: 15).

Obwohl sowohl durch das Grundgesetz und das Allgemeine Gleichstellungsgesetz die gesetzlichen Bedingungen für die Gleichbehandlung der Frauen und Männer geschaffen worden sind, bestehen nach wie vor große Unterschiede in der Art ihrer Beschäftigungsverhältnisse. Es gibt nach wie vor typische Frauen- und Männerberufe. Die Frauen arbeiten vermehrt in Teilzeit. In der betrieblichen Hierarchie sind die Frauen eher auf der unteren Ebene angesiedelt. Aufstieg und Führungspositionen sind für die Frauen immer noch keine Selbstverständlichkeit und ihre Berufswahl führt zumeist in frauentypische Berufe bei schlechterer Bezahlung (vgl. BAuA 2010 a).

Frauen- und Männerberufe

Die Hälfte aller erwerbstätigen Frauen in der EU ist in sogenannten Frauenberufen im Erziehungs- und Gesundheitsbereich und im Groß- und Einzelhandel tätig. In Deutschland sind 30,1 % aller Frauen im Erziehungs- und Gesundheitsbereich tätig, 13,8 % im Groß- und Einzelhandel (vgl. Beermann et al. 2008: 70). Die Männer arbeiten in der Regel Vollzeit und sind zu 50 % der Erwerbstätigen in den Bereichen Produktion (22 %), Groß- und Einzelhandel (14 %) und Bauwirtschaft (14 %) beschäftigt (vgl. Beermann et al. 2008: 70).

Arbeitszeit

Die Dominanz der Frauen in den zuletzt erwähnten Wirtschaftsbereichen erscheint allerdings weniger ausgeprägt, wenn man bedenkt, dass die Struktur und die Wachstumsdynamik des Dienstleistungssektors stark mit der anwachsenden Teilzeitbeschäftigung zusammen-

hängen, die immer mehr zu einer weiblichen Domäne wird. So konnte zwar die Beschäftigungsexpansion im Dienstleistungssektor das zunehmende Interesse der Frauen an Erwerbsarbeit auffangen, dies ging jedoch mit einer Erweiterung der Beschäftigungsverhältnisse mit reduzierten Arbeitsstunden einher. In Deutschland arbeiten ca. 45 % Frauen und ca. 9 % Männer in Teilzeit (vgl. inqa 2011: 4; IAB 2013: 34) (siehe Abbildung 1).

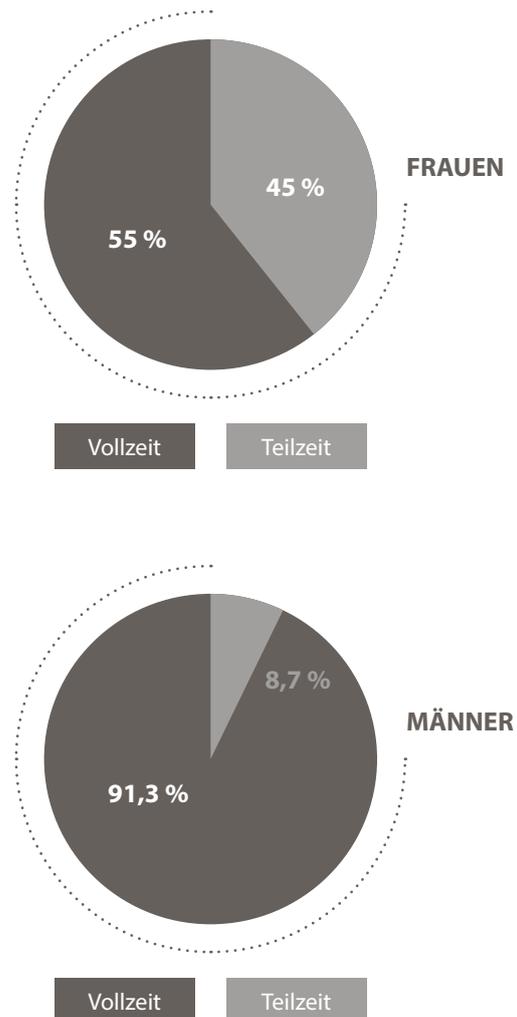


Abbildung 1:
Vollzeit und Teilzeit von Frauen und Männern
(Quelle: Initiative Neue Qualität der Arbeit inqa 2011: 4)

Als Motive für die Teilzeitbeschäftigung gaben laut Mikrozensus 2009 über die Hälfte der befragten Frauen und laut einer Untersuchung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sogar 73 % der teilzeitbeschäftigten Frauen an, dass sie die beruflichen und familiären Verpflichtungen besser vereinbaren können:

„Vielen Frauen ist es nicht zuletzt aufgrund von familiären oder anderen persönlichen Verpflichtungen nicht möglich Vollzeit zu arbeiten. So geben 73,4 % der teilzeitbeschäftigten Frauen dies als Grund für die Entscheidung an, nicht Vollzeit zu arbeiten...“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSJ 2005).

Es sind nach wie vor v.a. die Frauen, die mit einer Familiengründung ihre Erwerbstätigkeit unterbrechen oder reduzieren. Auch wenn die Kinder älter sind, übernehmen die Frauen überwiegend die Pflege der Angehörigen und schränken ihre berufliche Tätigkeit entsprechend ein.

„Dies dürfte dafür verantwortlich sein, dass auch in den Altersgruppen ab 45 Jahren die Teilzeitquoten von Frauen auf hohem Niveau verweilen“ (Wanger 2011: 4).

Ältere Fachkräfte über 55 Jahre arbeiten häufiger in Teilzeit. Ob das damit zusammenhängt, dass die Arbeitsbelastung im fortgeschrittenen Erwerbsalter durch die Reduzierung der Arbeitszeit kompensiert werden soll oder tatsächlich die Pflege von Angehörigen das Motiv ist, kann nur vermutet werden (vgl. Wanger 2011: 4).

Dass Männer Vollzeit arbeiten, verweist schon auf ihre gesellschaftliche Rolle als Ernährer der Familie und dementsprechend als Hauptverdiener. Da sie in der Mehrzahl nicht an Familienaufgaben gebunden sind, stehen sie dem Arbeitsmarkt flexibel zur Verfügung und gelten als aufstiegsorientiert.

Gender Pay Gap

Ergänzt wird die horizontale Segregation in Frauen- und Männerberufen durch die vertikale: Auch in den frauendominierten Berufen verdienen die Männer besser, und selbst dann, wenn Frauen und Männer für die gleiche Arbeit eingestellt werden, führen sie doch häufig unterschiedliche Tätigkeiten aus. Die Analyse der Arbeitssituation von Frauen belegt, dass Frauen zwar häufig besser gebildet sind als Männer (Schul- und Universitätsabschlüsse), aber in Berufen arbeiten, die oft schlechter bezahlt werden.

„Typische Frauenberufe sind in der Regel schlecht bezahlt und bieten geringe Aufstiegschancen. Das nach wie vor durch Rollen- und Geschlechterstereotype geprägte Frauen- und Familienbild in Deutschland erschwert weibliche Erwerbseinstiege und mindert Karrierechancen von Frauen in erheblichem Maße“ (Gutachten der Sachverständigenkommission 2011: 6 f.).

Frauen arbeiten häufiger als Männer in Berufen mit besonders niedrigen Durchschnittsbruttoverdiensten. Der Unterschied in den Stundenlöhnen zwischen den Männern und Frauen ist in Deutschland mit etwa 23 % so hoch wie in kaum einem anderen europäischen Land (Gutachten der Sachverständigenkommission 2011: 6 f.). Die Ursachen für die Geschlechterdifferenz in den Löhnen – auch „Gender Pay Gap“ (Verdienstunterschied) genannt – lässt sich nur zum Teil durch Qualifikationen, Berufserfahrung oder Branchenzugehörigkeit erklären. Nach wie vor umfasst die Lohnlücke auch einen – schwer zu quantifizierenden – Anteil an Diskriminierung (vgl. Deutscher Frauenrat 2009). In Deutschland resultieren die schlechtere Bezahlung der Frauen u.a. aus den tarifvertraglichen Bestimmungen, nach denen in frauendominierten Tätigkeiten bestimmte Anforderungen, die zu einer höheren Eingruppierung führen könnten, wie z.B. Körperkraft beim Pflegepersonal und soziale Kompetenz, nicht entsprechend bewertet werden (vgl. Jochmann-Döll/Tondorf 2011). Diese Entgeltungleichheit hat entsprechende Folgen für die gesetzlichen Rentenansprüche, die sich nach den Faktoren „Dauer“ und „Höhe des Erwerbseinkommens“ bestimmen.

„Es verwundert daher auch nicht, dass der ‚Gender Pension Gap‘ derzeit bei 59,6 % liegt und damit in etwas dem o.g. Entgeltunterschied entspricht“ (Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2012: 14).

Frauen in Führungsposition

Beim innerbetrieblichen Aufstieg haben tradierte Rollenerwartungen seitens der Betriebe, formale Aufstiegs-kriterien, wie Dienstalster, Betriebszugehörigkeit, oder formale Regelungen, wie Tarifverträge, Tauglichkeitsprüfungen, Bildungsabschlüsse usw., eine Lenkungs-funktion, die die Männer häufig begünstigt. Die Männer bestimmen die hierarchischen Positionen im Unternehmen und nehmen prozentual mehr Führungspositionen ein (vgl. Beermann et al. 2008: 69 f.). Der aktuelle Führungskräfte-Monitor zeigt nach wie vor ein ernüchterndes Bild in Bezug auf die Gleichstellung von Mann und Frau in Führungspositionen:

„Mit Blick auf Führungspositionen tun sich Frauen weiter schwer. So waren 2010 nur 30 Prozent der Führungskräfte Frauen - nur drei Prozentpunkte mehr als 2001 (27%)“ (Perspektive Mittelstand 2012).

Auch 2011 ist die Unterrepräsentanz der Frauen in den Vorständen und Aufsichtsräten nach wie vor festgeschrieben: In 160 großen börsennotierten Unternehmen in Deutschland betrug der Frauenanteil 3,1 % auf der Vorstandsetage und bei den Aufsichtsräten 10,0 % (vgl. Perspektive Mittelstand 2012; IAB 2013: 25 f.). Es bleibt

abzuwarten, ob an diesem Defizit die Einführung der Frauenquote, die eine 30 %-Quote für Frauen ab dem Jahr 2016 in den Aufsichtsräten börsennotierter Unternehmen vorsieht, etwas ändern wird.

Arbeitsbedingte Belastungen der Frauen und Männer

Dass Frauen und Männer in der Regel in unterschiedlichen Berufen arbeiten, führt an vielen Stellen auch zu ungleichen Belastungssituationen, sowohl körperlicher als auch psychischer Natur. Dies spiegelt sich nicht zuletzt auch in den Unfall- und Berufskrankheitszahlen wider. Auch im Arbeitsunfähigkeits- und Frühberentungsgeschehen sowie bei den Berufskrankheiten lassen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen (vgl. Badura et al. 2008: V). Exemplarisch weist der BKK-Gesundheitsbericht von 2009 deutliche Unterschiede hinsichtlich der Gründe für die Arbeitsunfähigkeit von Frauen und Männern auf:

„So wiesen Männer wie auch in den vorjährigen Ergebnissen gegenüber Frauen fast doppelt so viele Erkrankungstage auf Grund von Verletzungen auf und auch die Zahl der AU-Tage durch Muskel- und Skeletterkrankungen lag um ca. ein Drittel höher als der Vergleichswert für Frauen“ (BKK Bundesverband 2009: 27).

Laut den Fehlzeitenstatistiken sind die Männer im Vergleich zu den Frauen seltener, dafür durchschnittlich länger krank (vgl. Bericht der LASI-Projektgruppe 2012: 9 f.). Männer sind deutlich stärker physischen Arbeitsanforderungen und belastenden Umgebungsfaktoren ausgesetzt. Die Berufe, die Männer vermehrt ausüben, zeichnen sich durch körperliche Belastungen oder auch technisch-sachliche Anforderungen sowie Führungsaufgaben aus. Die Männer werden öfter durch physikalische Faktoren, wie Lärm und Vibration, gesundheitlich beeinträchtigt, und sie erleiden häufiger schwere und tödliche Arbeitsunfälle als Frauen. Berufe mit hohem Gefährdungspotenzial werden mehrheitlich von Männern ausgeübt. Die Männer erleiden von daher häufiger schwerere und tödliche Arbeitsunfälle als die Frauen (vgl. Bericht der LASI-Projektgruppe 2012: 9). Dass die Frauen von Arbeitsunfällen seltener betroffen sind als die Männer, ist einerseits die Folge ihrer geringeren Erwerbsquote, andererseits aber auch die Konsequenz ihrer Beschäftigung in weniger unfallträchtigen Branchen (vgl. Sticher 2010: 90; Kuhn 2008: 88; BMFSF 2005). Typische Belastungen in den Berufen, die v.a. von Frauen ausgeübt werden, sind Belastungen durch erhöhte Verantwortung für andere Menschen, durch Monotonie, durch geringe Handlungsspielräume, körperliche Belastungen durch ungünstige und einseitige Körperhaltun-

gen und durch sexuelle Belästigung (vgl. Bericht der LASI-Projektgruppe 2012: 9; Reuhl 2009: 174).

Im Bericht der Bundesregierung zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (vgl. BAuA 2010 a) befasst sich ein Schwerpunktteil mit der Sicherheit und Gesundheit der Frauen. Die hier erfassten Daten bestätigen nicht, dass die Frauen in ihrer Erwerbsarbeit weniger belastet sind als die Männer und sie machen deutlich, dass in keinem Aspekt der hier erfassten gesundheitlichen Beschwerden Frauen und Männer gleich betroffen sind.

Typischen Frauenberufen im Handel, in der Pflege oder in Kindertagesstätten wird eher eine emotionale Belastung attestiert und die hier auftretenden starken körperlichen Belastungen werden oftmals ignoriert:

„Ihre Anforderungen werden weniger hoch bewertet oder die spezifischen emotionalen und sozialen Belastungen werden heruntergespielt, weil es angeblich eine natürlich vorhandene Qualifikation der Frauen für diese Tätigkeit gebe (vgl. Krankenschwester, Sekretärin, Kindergärtnerin)“ (Gümbel/Rundnagel 2004: 541).

Dass Heben und Tragen in der Regel als Belastung den typischen Männerberufen zugeschrieben werden, hat sich inzwischen als ein - immer noch verbreitetes (vgl. Reuhl 2009: 167) - Fehlurteil herausgestellt. Von daher kommt es nicht von ungefähr, dass mehr Frauen als Männer unter dem Schulter-Nacken-Syndrom leiden, eine Folge ihrer sogenannten „leichten Arbeit“ an Arbeitsplätzen mit immer wiederkehrenden Tätigkeiten (vgl. Kannengießer 2005: 11).

„Viele typische Frauentätigkeiten z.B. im Handel, in der Pflege oder im Reinigungsgewerbe sind mit starken körperlichen Belastungen verbunden, die allerdings oft unterbewertet werden und oft wenig im Fokus der Aufmerksamkeit von Verbesserungsmaßnahmen stehen“ (Gümbel 2009: 18).

Beispielhaft dafür ist auch, dass „Lärm“ als klassische Gefahrenquelle vor allem Industriearbeitsplätzen zugeordnet wird. So zählen zu den Berufen mit erhöhter Lärmexposition z.B. Bau- und Reparaturschlosser, Bauwerker, Dachdecker, Fassaden- und Gerüstbauer, Gleisbauer, Maschinisten, Stahlwerker, Straßenbauer und Bergleute. Interessant ist dabei die Feststellung, dass die Gefährdung durch „Lärm“ in Frauenberufen oft unterhalb der Gehör schädigenden Auslösewerte liegt:

„In der Regel sind die Gesundheitsgefährdungen anders gelagert und vielfältiger. Komplexe, ‚schwer messbare‘ Lärmbelästigungen führen zu fehlenden Bewertungskriterien, was bedeutet, dass mangels Grenzwerten kein Hand-

lungserfordernis festgestellt wird“ (Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2011: 33).

Vor diesem Hintergrund fordert die EU, Lärmbelastung unter Berücksichtigung der Geschlechterperspektive eingehender zu untersuchen:

„Gewisse Anzeichen sprechen für ein vermehrt auftretendes Risiko akustischer Schocks, denen Frauen möglicherweise in besonderem Maße ausgesetzt sind und die mit unterschiedlichen Symptomen einhergehen und sich bereits bei geringeren Expositionsniveaus als ‚traditionelle‘ lärmbedingte Hörschäden bemerkbar machen“ (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2006: 84).

Psychische Belastungen im Fokus

Obwohl schon seit 1996 das Arbeitsschutzgesetz den Unternehmen vorgibt, die psychischen Belastungen, die mit den Arbeitsaufgaben, der Arbeitsorganisation, den sozialen Beziehungen und den Rahmenbedingungen der Arbeit verbunden sind, zu beurteilen und Maßnahmen zu deren Abbau zu ergreifen, ist erst in den letzten Jahren das Thema psychische Belastungen immer mehr in den Mittelpunkt der Diskussion um den AGS gerückt.

Wie im vorherigen Kapitel schon ausgeführt, verzeichnen die psychischen Erkrankungen als Gründe für die Arbeitsunfähigkeit bei beiden Geschlechtern laut BKK Gesundheitsreport einen Anstieg. Damit wird noch einmal bestätigt, dass die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz in der Vergangenheit stetig zugenommen haben und nach Meinung der Expertinnen und Experten wesentlich zum Entstehen von Herz-Kreislaufkrankungen, Muskel-Skeletterkrankungen und vielen anderen Beschwerden mit psychosomatischen Anteilen beitragen. Das „Burn-out“ wurde laut den Aussagen der Krankenkassen in den letzten beiden Jahren in den Status einer Volkskrankheit erhoben und damit der Arbeitsplatz zum Stressfaktor Nummer eins erklärt. Das Spektrum der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz reicht von

- umgebungsbezogenen Belastungen (z.B. Lärm als Stressor)
- über aufgabenbezogene Faktoren (z.B. Zeitdruck, Störungen, Monotonie)
- soziale Faktoren (Führungsstil, Mobbing, sexuelle Belästigung)
- Aspekten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bis hin zur
- Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes (vgl. Badura et al. 2008).

Frauen – sei es in Vollzeit oder Teilzeit – sind davon fast immer stärker betroffen.

„Die Frauenarbeitsplätze haben deutliche Defizite in den gesundheitsförderlichen Ressourcen (Spielräume, Anerkennung, Chancen auf die Entwicklung von Selbstvertrauen). Frauen zeigen in den Statistiken häufiger Burn-Out und Erschöpfung, psychiatrische Erkrankungen sind häufiger – mit zunehmender Tendenz“ (Gümbel/Rundnagel 2004: 541).

Zusammengefasst lässt sich konstatieren: Die typischen Belastungen der Frauenberufe sind v.a. Zeitdruck, Überstunden, hohes Arbeitstempo, Multitasking, Verantwortung für Menschen, monotone, wiederholende und einfache Tätigkeiten, geringer Handlungsspielraum und ungünstige einseitige Körperhaltung (z.B. Dauerstehen, Dauersitzen, repetitive manuelle Arbeit), Störungen bei der Arbeit, geringe Entlohnung, niedrige Hierarchiestufen, wenige Aufstiegschancen und unsicherer Arbeitsplatz (Freigang-Bauer/Amann o.J.). Insbesondere die immer noch existierenden falschen Bewertungen der beruflichen Frauenarbeitsplätze, die als sogenannte „leichte Tätigkeiten“ eingestuft werden, zeigen deutlich, dass sich in den arbeitswissenschaftlichen Studien intensiver der Analyse der einzelnen Berufe und deren geschlechtsspezifischer Belastung der Frauen und Männer zugewendet werden muss (vgl. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2003 a und b).

4.2 Lebenswirklichkeit und Rollenbilder

Die Frauen und Männer leben aufgrund ihrer geschlechtsgebundenen Integration in die Gesellschaft, ihrer unterschiedlichen Erwerbsbeteiligung, ihrer Berufe und ihres Einkommens, ihrer verschiedenen Beanspruchung durch Familienaufgaben etc. trotz mancher Angleichungen unter sehr unterschiedlichen Bedingungen. Zwar ist die Erwerbsarbeit der Frauen inzwischen voll akzeptiert, was nicht bedeutet, dass sie damit von ihren Familienpflichten entlastet sind:

„Trotz Partnerschaftsrhetorik sind die Verantwortlichkeiten im Haushalt nach wie vor ungleich verteilt“ (Kolip/Hurrelmann 2002: 24).

Auch wenn sich in den Lebenswirklichkeiten der Frauen und Männer und in der damit verbundenen Vereinbarkeit von Beruf und Familie derzeit ein Wandel abzeichnet, ist der Alltag der Frauen in der Regel noch immer durch Verpflichtungen zur Betreuung von Kindern und Angehörigen sowie von Hausarbeit geprägt. Die hier zugrunde liegende Rollenteilung zwischen Mann und Frau in der Familie mit dem Rollenbild der „sorgenden Frau, die zu Hause bleibt“ weist entsprechende Folgen für die Flexibilität und Verfügbarkeit der Arbeitneh-

merinnen auf (vgl. Gutachten der Sachverständigenkommission 2011: 4 f.).

Dieses traditionelle Rollenbild mit der klassischen Rollenverteilung wird v.a. in Westdeutschland nach wie vor gelebt:

„In über zwei Dritteln aller Haushalte mit Kindern ist die Frau nicht erwerbstätig oder nur in Teilzeit tätig (West: 73,7 %; Ost 38,2 %). Das umgekehrte Modell (Mann in Teilzeit oder nicht erwerbstätig) leben gerade einmal 7,3 Prozent“ (Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2012: 8).

Die mangelhaften Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Beruf und Familie führen insbesondere bei den Frauen zu einer Verlängerung der täglichen Arbeitszeit und damit zu zusätzlichen Belastungen und eingeschränkten Möglichkeiten der Regeneration (vgl. Gümbel 2009: 19).

Die geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen - die Frau ist sensibel, fürsorglich, kommunikativ etc. und der Mann ist stark, robust, durchsetzungsfähig etc. - beeinträchtigen ebenso den Mann in seiner Rolle als Ernährer der Familie, als Hauptverdiener und als psychisch angeblich belastbareres Individuum.

Diese vorherrschenden Rollenzuweisungen haben die Gleichstellungs- und Frauenminister/-innen und -senator/-innen der Länder in ihren Beschlüssen und Leitlinien sowie die Bundesregierung in den Fokus genommen und gegensteuernde Maßnahmen, wie u.a. die Konzipierung von geschlechtssensiblen Unterricht in der Schule, die geschlechtssensible Prüfung und Aufbereitung von Schulbüchern und Lehrmaterialien gefordert (vgl. Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2012; Beschlüsse der 22. Konferenz GFMK 2012; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSJ 2011; Gutachten der Sachverständigenkommission 2011).

4.3 Geschlechtsbezogene Zuschreibungen und Bewertungen

Einen zentralen Stellenwert bei der geschlechtsspezifischen Strukturierung der Erwerbssphäre nehmen Zuschreibungen, Rollenbilder und Stereotype über Frauen und Männer ein. Hier kommen die erlernten Geschlechterrollenbilder zum Tragen. Zwar schreibt das AGG den Unternehmen vor, Frauen und Männer aufgrund ihres Geschlechts nicht unterschiedlich zu beurteilen, dennoch haben Männer und Frauen bestimmte Bilder davon, wie Frauen und Männer sind bzw. wie sie sein sollten. Die Abweichung von diesen Vorstellungen ist sattem bekannt als „Weicheier“ oder „Mannweiber“.

„Diese Zuschreibungen prägen die Wahrnehmung der Beschäftigten, ihrer Umgebung und der betrieblichen/dienstlichen Verantwortlichen und Fachleute...“ (Gümbel 2009: 19).

Geschlechtsspezifische Rollenbilder und Bewertungen

Die unterschiedliche geschlechtsspezifische Besetzung der Arbeitsfelder durch Männer und Frauen trägt in erheblichem Maße zur „arbeitsbedingten Exposition“ gegenüber den Risiken bei. Geschlechtsspezifische Zuschreibungen und Bewertungen von z.B. männlichen oder weiblichen Kompetenzen oder Verhaltensweisen können u.a. dazu führen, dass Belastungen nicht angemessen berücksichtigt werden:

„So ist es z.B. häufig schwerer, in stark männlich geprägten Arbeitsbereichen körperliche Arbeitsbelastungen und Sicherheitsrisiken zu thematisieren (Männer halten das aus). Ebenso führt ein bestimmtes Männlichkeitsbild oft dazu, Konflikte in männlich geprägten Arbeitswelten dementsprechend zu bearbeiten (Männer zicken nicht rum). Umgekehrt führen bestimmte Frauenbilder dazu, andere Belastungen nicht ausreichend wahrzunehmen wie z.B. im Umgang mit Kundinnen und Kunden (Frauen sind kommunikativ und freundlich)“ (Gümbel 2009: 20).

So werden das Problem der Vereinbarkeit von Familie, Kinder und Beruf und die Pflege von Angehörigen automatisch den Frauen zugeordnet.

„Schon die Tatsache, dass Frauen möglicherweise wegen Familienarbeit ausfallen und daher als ‚risikobehaftet‘ angesehen werden, führt zur Einschränkung ihrer beruflichen Entwicklungschancen“ (Beschlüsse der 22. Konferenz GFMK 2012: 12, Hervorhebung vom Autorenteam).

Studien über das personelle Beurteilungswesen in Betrieben zeigen, dass die Frauen und unter ihnen insbesondere die teilzeitbeschäftigten Frauen tendenziell schlechter beurteilt werden als die Männer:

„Häufig wird die „durchgängige“ Erwerbsbiografie mit Qualität gleichgesetzt. Die unterbrochene Erwerbsbiografie oder Erwerbstätigkeit mit einer nicht ganztägigen Präsenz am Arbeitsplatz werden im Gegenzug als nachteilig und die betroffenen Personen (überwiegend Frauen) damit als leistungsschwächer empfunden“ (Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2012: 12).

Ergänzend kommt hinzu, dass die in den Führungsetagen der Unternehmen verankerte Stereotype „Think manager – think male“ die Frauen und Männer bei gleicher Qualifikation in ihren Kompetenzen anders beur-

teilt: Hiernach haben sich die Männer durch Autorität und Durchsetzungskraft auszuzeichnen, während die Frauen in die pflichtbewusste, emsige Zuarbeitsschublade passen.

Sogenannte Rollenbrecher/-innen haben es demnach immer noch schwer: Die erfolgreiche Managerin wird als toughe Karrierefrau tituliert, die berufstätigen Mütter als „Rabenmütter“. Der „Hausmann“ wird dagegen bemitleidet. So ist es nicht weiter verwunderlich, dass in der Konsequenz dieser Bewertungsmuster die Frauen in Führungspositionen unterrepräsentiert sind und die Männer in Erziehungs- oder Pflegeberufen kaum anzutreffen sind.

Unterschiede im geschlechtsspezifischen Umgang mit Belastungen und Gesundheit

„Gesund-Sein“ und „Krank-Sein“ sind stark von subjektiven Wahrnehmungsweisen und Bewertungen abhängig. So bewerten die Männer ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt besser und sind mit ihrer Gesundheit zufriedener als die Frauen.

Im *Kapitel 2.3 zur Geschlechterprägung von Gesundheit* wurde schon beispielhaft verdeutlicht, dass sich das Gesundheitsverhalten der Frauen und Männer und ihr Umgang mit Belastungen voneinander unterscheiden. Hier kommen zum großen Teil die erlernten Rollenbilder zum Tragen: Während mehr Frauen an Präventionsmaßnahmen teilnehmen und sich auch aufgrund ihrer traditionellen Rolle in der Familie um die Gesundheit der Familienmitglieder kümmern, neigen die Männer eher zu risikobereiten Verhaltensweisen, z.B. im Straßenverkehr und im Umgang mit Drogen und sind eher als präventions scheu zu bezeichnen („Präventionsmuffel“).

Zugleich zeigen sich Unterschiede in den Geschlechtern bei der *Wahrnehmung von Belastungen*. Die Sorge um die eigene Gesundheit gilt nicht selten als „unmännlich“.

„Männer sind bekanntermaßen die Sorgenkinder der Prävention. Männer bringen lieber ihr Auto zum TÜV, als dass sie selber einen Gesundheitscheck machen“ (Rebscher 2008).

Beispielhaft sind hierfür die Feststellungen im Bericht der Bundesregierung zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Deutschland: Die Männer definieren oft Gesundheit als „Abwesenheit von Krankheit“ und „Leistungsfähigkeit“ und messen ihren Gesundheitszustand an ihrer Arbeitsfähigkeit. Nach Aussagen der Frauen sind die gesundheitlichen Merkmale am „Wohlbefinden“, an „keinen Schmerzen und Behinderungen“ und an „körperlicher und geistiger Fitness“ festzumachen (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen

und Jugend BMFSJ 2002: 188 f.; Kannengießer 2005: 31 f.).

Die Mehrzahl der Männer zeigt ein defizitäres Gesundheitsverhalten im Sinne eines Vermeidungsverhaltens im Umgang mit Belastungen und Risiken. Dementsprechend registrieren die Krankenkassen weniger Männer als Teilnehmer in ihren Gesundheitskursen (vgl. Lademann/Kolip 2008: 13; Robert Koch-Institut/ Statistisches Bundesamt 2006: 10).

Auf der Grundlage dieser geschlechtsspezifisch geprägten Dimensionen im AGS hat sich das Projektteam sowohl im Rahmen der wissenschaftlichen Recherche als auch im Erfahrungsaustausch mit den Kita-Beschäftigten mit der Arbeits- und Lebenswirklichkeit der Erzieherinnen und Erzieher auseinandergesetzt, wobei die arbeitsbedingten gesundheitlichen Risiken der beschäftigten Frauen im Kita-Berufsfeld im Fokus stehen.

Unter der Zielsetzung, die Chancengleichheit der Frauen und Männer im Erziehungsberuf zu verbessern, werden v.a. die Arbeitswirklichkeit und die damit verbundenen berufsbedingten Belastungen analysiert sowie Empfehlungen für deren Abbau ausgesprochen. Die Lebenswelt der Geschlechter wird unter dem Aspekt der Rollenzuschreibungen und gesundheitlichen Auswirkungen zwar thematisiert, steht aber vorerst nicht im Zentrum dieser Recherche. Hierzu liegen bisher nur vereinzelt Studienergebnisse vor, die auf einen entsprechenden Forschungsbedarf hinweisen.

Teil II

5. Der Erziehungsberuf (neu) im Fokus der Belastungsforschung

Wie im *Kapitel 1.* schon beschrieben, wird in der öffentlich geführten Diskussion über den Erziehungsberuf dem Kita-Personal eine herausragende Rolle in der frühkindlichen Bildung attestiert. Zugleich wird kein Geheimnis daraus gemacht, dass insbesondere die Arbeitsbedingungen nicht gerade für diesen Beruf sprechen. Angesichts zahlreicher öffentlicher Verlautbarungen über die Arbeitsbedingungen, das Anforderungsprofil, die unzureichende Bezahlung, den hohen Teilzeitanteil, die Befristung der Arbeitsverträge, die mangelnden Aufstiegschancen und der amtlichen Meldungen darüber, dass die Beschäftigten im Erziehungsbereich im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ein deutlich höheres Gesundheitsrisiko tragen, häufiger krank und eher von Arbeitsunfähigkeit bedroht sind, wird nicht mehr von einem attraktiven Erziehungsberuf oder gar von einem „Traumberuf“ gesprochen (vgl. Eibeck 2010).

Dabei wird deutlich, dass die beruflichen Belastungen des Berufsfelds in diesen Diskussionen und Pressemeldungen nur oberflächlich konstatiert werden und außer Acht gelassen wird, dass sich hier gravierende Benachteiligungen in einem typischen Frauenberuf auswirken. Stattdessen dienen hier die gesundheitlichen Folgen für die vorwiegend weiblichen Beschäftigten lediglich als Belegmaterial für die Sorge um den kaum zu realisierenden Fachkräftebedarf und um das Aufrechterhalten einer qualitativ hochwertigen Kinderbetreuung. Dass die eigentlich anstehende Beurteilung der berufsbedingten gesundheitlichen Belastungen der Erzieherinnen und Erzieher in den Hintergrund tritt, liegt u.a. darin begründet, dass insgesamt die Auseinandersetzung mit den arbeitsbedingten gesundheitlichen Risiken der Beschäftigten in den Kitas bisher vernachlässigt wurde. Wenn bisher von der Gesundheit in den Kitas die Rede war, hat v.a. das Wohlbefinden der Kinder im Mittelpunkt gestanden. Demzufolge wurden in der bisherigen arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Forschung und Praxis weder die Arbeitsbedingungen in den Kindertagesstätten noch die Gesundheit der Beschäftigten ausreichend beachtet:

„Betriebliche Gesundheitsförderung für Erzieherinnen fand kaum statt... und das seit 1996 für Kitas geltende Arbeitsschutzgesetz wurde weitgehend ignoriert“ (Khan 2004: 1).

Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Kitas im Sinne einer gesunden Organisation, in die auch die Beschäftigten selbst mit einbezogen sind, existieren bis heute nur vereinzelt und wurden bisher kaum wissenschaftlich aufbereitet (vgl. Mauz et al. 2011: 60; Voss 2012).

Erst in den letzten Jahren sind die Gesundheit des pädagogischen Personals, die Arbeits- und Organisationsbedingungen in den Kitas und der Arbeitsschutz zum Gegenstand zahlreicher Studien und Veröffentlichungen geworden, deren wesentliche Ergebnisse im Folgenden zusammengefasst werden sollen.³

In Deutschland gab es seit Mitte der 1990er Jahre erste Forschungsaktivitäten, die sich mit dem Belastungserleben und den Motiven der Berufsbindung der Erzieherinnen und Erzieher befassten. Mit der 2001 veröffentlichten „Kasseler Studie“ von Buch und Frieling wurden die Belastungsfaktoren und der Gesundheitszustand des Kita-Personals umfassender analysiert (vgl. Buch/Frieling 2001; Buch/Frieling 2002).

Auffällig an den ausgewählten Studien ist, dass die gesundheitliche Situation der Erzieherinnen anfangs

doch recht unterschiedlich eingeschätzt wurde: So bezeichnete im Jahr 2000 der Gesundheitsbericht für den öffentlichen Dienst das allgemeine Krankheitsbild der Erzieherinnen noch als wenig auffallend (Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2002). Auch aus der Auswertung der Krankenstandsdaten der AOK im Jahr 2003 resultierte für die Beschäftigten in den Kitas ein eher unterdurchschnittlicher Wert (vgl. Khan 2007: 51). Demgegenüber wies schon 2002 die Unfallkasse Hessen auf die möglichen Gefährdungspotenziale und Gesundheitsrisiken für das Kita-Personal hin. Das Spektrum reichte hier von mechanischen Gefährdungen, z.B. durch Stolpern und Umknicken, Gefährdungen durch Gefahrstoffe, biologische Gefährdungen durch Infektion, Belastungen durch Lärm und Arbeitsumgebung, wie Klima, Beleuchtung, Raumbeschaffenheit, physische Belastungen durch ungünstige Körperhaltungen und psychische Belastungen durch Arbeitsorganisation und soziale Bedingungen (vgl. Schad 2003: 14).

Hieran konnte die *Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW)* mit der 2007 groß angelegten Studie unter dem Titel *„Wie geht's im Job?“* (vgl. Fuchs-Rechlin 2007) anknüpfen und mit den hier generierten Daten nachdrücklich auf die hohen Arbeitsbelastungen der Kita-Beschäftigten hinweisen. Im Mittelpunkt dieser Erhebung, in deren Rahmen bundesweit 2000 Erzieherinnen und Erzieher befragt wurden, standen erstmalig ausführlich die Rahmenbedingungen der Arbeit in den Kitas.

Ergänzt wurden die hier erzielten Ergebnisse von der *„Sonderauswertung des DGB-Index Gute Arbeit“* aus den Jahren 2008/2009 (vgl. Fuchs/Trischler 2009). Im Auftrag der GEW und der Vereinigten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) hat das Internationale Institut für Empirische Sozialökonomie (INIFES) eine Sonderauswertung des DGB-Index „Gute Arbeit“ vorgenommen und dabei die Arbeitsbedingungen der Erzieherinnen und Erzieher in den Mittelpunkt gestellt. Hier wurden bei 202 Beschäftigten im Schwerpunkt die speziellen beruflichen Belastungen und die gesundheitliche Situation der Erzieherinnen und Erzieher erhoben. Alarmierend ist nach Aussagen dieser Studie, dass nur 13 % der Befragten angeben, während und unmittelbar nach ihrer Arbeit *keine* gesundheitlichen Beschwerden zu empfinden, und dass nur 26 % der Befragten es sich vorstellen können, angesichts ihrer aktuellen Arbeitsbedingungen gesund das Rentenalter zu erreichen (vgl. Fuchs/Trischler 2009: 48).

Darüber hinaus wurde 2009/2010 eine Sonderauswertung des Mikrozensus 2008 zur beruflichen, familiären und ökonomischen Situation der Erzieherinnen und

3 Eine ausführliche Chronologie zum Stand der Forschung bis 2010 befindet sich bei Marleen Thinschmidt 2010: 17 und Thinschmidt 2012 b

Erzieher und der Kinderpfleger/-innen veröffentlicht (vgl. Fuchs-Rechlin 2010). Hier wurden keine eigenen Erhebungen durchgeführt, sondern die vorliegenden Daten des Mikrozensus, wie sie vom Statistischen Bundesamt in einer amtlichen Repräsentativstatistik erfasst worden sind, einer speziellen Auswertung unterzogen. Der Mikrozensus 2008 umfasste insgesamt 4.523 Beschäftigte, die zum Befragungszeitpunkt als Erzieherinnen und Erzieher oder als Kinderpflegerinnen und Kinderpfleger in verschiedenen Arbeitsbereichen tätig waren. Hier wurden insbesondere Informationen über die berufliche und ökonomische Situation der Beschäftigten aufbereitet.

Anknüpfend an die Ergebnisse der vorliegenden Studien, beauftragte die Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, unterstützt von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), 2010 die Alice Salomon Hochschule in Berlin mit der Durchführung der Studie „Zur Strukturqualität und ErzieherInnengesundheit in Kindertageseinrichtungen“ (STEGE). Angesichts der Tatsache, dass beim Erzieherinnen- und Erzieherpersonal häufig Infekte, Rückenschmerzen und psychische Beschwerden auftreten und es laut vorliegender Studien sogar zur völligen emotionalen Erschöpfung – dem Burn-out – kommen kann, stellte das Projekt STEGE Fragen nach dem Zusammenhang zwischen den strukturellen Rahmenbedingungen und der Gesundheit des pädagogischen Personals in Kitas. Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurden in NRW quantitative Erhebungen und qualitative Interviews in 944 Einrichtungen und bei 2.744 pädagogischen Fach- und Führungskräften zu den Strukturen, den gesundheitlichen Belastungen sowie den Ressourcen der Beschäftigten in Kitas durchgeführt (vgl. Viernickel/Voss 2013: 15 ff.). Die vorliegenden Erkenntnisse sind wegweisend für die Entwicklung wirksamer Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsförderung, zur Reduzierung gesundheitlicher Risiken und zum Aufbau von Ressourcen am Arbeitsplatz Kita.

Die Ergebnisse dieser verschiedenen Studien konnte das von der Universität Bremen am Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW) seit 2012 durchgeführte Projekt „Präventiver und mitarbeiterorientierter Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kindertageseinrichtungen (Prima-Kita)“ im Rahmen seiner konzeptionellen Entwicklung insoweit nutzen, weil es für die Projektvorbereitung Antworten auf die Fragen suchte:

- Welche Belastungen prägen den Erziehungsberuf?
- Wie kann es gelingen, Verbesserungen am Arbeitsplatz und eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit im vorschulischen Erziehungsbereich zu implementieren?

Hierfür wurde eine Bestandsaufnahme zum Arbeitsalltag in Bremer und Bremerhavener Kitas durchgeführt, die sich v.a. auf die Erfassung der beruflichen Belastungen und den

Stand der Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den befragten Einrichtungen konzentrierte (vgl. Almsstadt et al. 2012).

Trotz unterschiedlicher methodischer Vorgehensweisen besitzen die hier exemplarisch skizzierten Studien insoweit einen repräsentativen Stellenwert, weil in der Regel die Erzieherinnen und Erzieher und die Kita-Leitungen selbst als Experten und Expertinnen ihrer Arbeit angesprochen wurden. Sie wurden danach befragt, wie es ihnen denn tatsächlich in ihrem Job geht, wie es um die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit steht, wie sie die arbeitsbedingten gesundheitlichen Belastungen einschätzen und wo nach ihrer Auffassung die Ansätze für eine Verbesserung präventiver Maßnahmen im AGS liegen. Die Erzieherinnen und Erzieher waren im Rahmen dieser wissenschaftlichen Erhebungen sehr auskunftsbereit und sie bekamen die Gelegenheit, als unmittelbar Betroffene selbst die Dringlichkeit des Themas auf die bildungspolitische Tagesordnung zu setzen.

Anknüpfend an die wesentlichen Ergebnisse dieser Studien, werden im Rahmen der vorliegenden Recherche zahlreiche weitere Beiträge aus unterschiedlichen Erhebungen und Veröffentlichungen exemplarisch skizziert, die sich mit den beruflichen Belastungen der Erzieherinnen und Erzieher befasst haben, die v.a. aus der Arbeitsumgebung, den arbeitsorganisatorischen Bedingungen und den Anforderungen aus den Arbeitsaufgaben resultieren.

6. Die Arbeitswirklichkeit im Erziehungsberuf

Dem pädagogischen Personal in den Kindertageseinrichtungen kommt nicht nur qualitativ eine gesellschaftlich herausragende Rolle zu. Die Berufsgruppe nimmt auch quantitativ einen hohen Stellenwert ein. Umfasste das pädagogische Personal in den Kitas 2006 bundesweit bereits mehr als 350.000 Beschäftigte, sind es mittlerweile mehr als 460.000 (vgl. Tabelle 3). Die Zahl des pädagogischen Kita-Personals ist innerhalb der letzten sechs Jahre somit um mehr als 30 Prozent, also außerordentlich stark angestiegen.

Dieser Anstieg spiegelt sicherlich den Bedeutungszuwachs der professionellen Kindertagesbetreuung wider, die sie in den letzten Jahren mit dem massiven flächendeckenden Ausbau der Krippenplätze und dem neuen Bildungsauftrag erfahren hat und noch weiterhin erfährt. Hier muss jedoch vorweggenommen werden, dass der enorme Anstieg an „Köpfen“ nicht dem Anstieg an Vollzeitstellen entspricht. Im Bundesdurchschnitt ist der Beschäftigtenzuwachs überwiegend der Zunahme der Teilzeitbeschäftigung geschuldet (vgl. unten für weitere Ausführungen zu Teilzeit). Das ist eines der vielen Charakteristika, die immer noch die sogenannten „typischen Frauenberufe“ bestimmen.

6.1 Gender-Struktur – Männer allein unter Erzieherinnen

Der Erziehungsberuf war schon immer ein *typischer Frauenberuf*. Nach Angaben der vom Familienministerium geförderten Koordinierungsstelle und der Kampagne „Männer in Kitas“ waren 2011 nur 2,9 % der Beschäftigten in den Kitas männlich (vgl. <http://www.koordination-maennerinkitas.de>). Der Männeranteil in der Ausbildung liegt bei 16,6 % (vgl. Reichelt 2012). Die Quote entspricht der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Studie „*Männliche Fachkräfte in Kindertagesstätten*“ (vgl. Calmbach et al. 2011: 9), die im Durchschnitt 3 % männliche Fachkräfte ausweist. In den Stadtstaaten Bremen und Hamburg sind im Vergleich zum Bundesdurchschnitt mehr Männer in den Kitas beschäftigt. In Bremen wird - ohne Praktikanten - eine Quote von 6,8 % erreicht (vgl. Almstadt et al. 2012: 17). Nach Aussagen des Forschungsprojekts konzentrieren sich männliche Fachkräfte v.a. in den städtischen Kitas (vgl. Calmbach et al. 2011: 16). Die wenigen männlichen Fachkräfte, die hier beschäftigt sind, sind zudem überproportional in Leitungsfunktionen anzutreffen und weisen überdurchschnittlich häufig einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss auf (14,2 Prozent gegenüber 3,5 Prozent weiblichen Fachkräften) (vgl. Klaudy 2010).

Auch wenn vonseiten des oben erwähnten aktuell geförderten Forschungsprojekts „*Männliche Fachkräfte in Kindertagesstätten*“ konstatiert wird, dass das empirisch belegte Wissen über die Situation der Männer in Kitas sowohl in Deutschland als insgesamt in Europa äußerst gering ist (vgl. Calmbach et al. 2011: 9 und 23 f.), werden die Ursachen für den Mangel an Erziehern zum einen in der bis zu fünf Jahre dauernden Ausbildung, der schlechten Bezahlung, dem Mangel an Vollzeitstellen und an Aufstiegsmöglichkeiten genannt.⁴ Auffällig ist zudem die hohe Fluktuation der männlichen Beschäftigten:

„Hoch ist die Abwanderungsrate bei männlichen Erziehern und Kinderpflegern – vier von zehn kehren dem Arbeitsfeld den Rücken“ (Eibeck 2010).

Zum anderen wurde der Erziehungsberuf über Generationen hinweg durch das weibliche Image der Fürsorge, durch das gesellschaftlich vorherrschende stereotype Geschlechterrollenbild und die hiermit verbundene

tradierte Vorstellung geprägt, dass die pädagogischen Fachkräfte in den Kitas in erster Linie die Betreuungsbearbeit der Mütter fortsetzen würden. Erst seit den 1970er Jahren erhielten die Männer seitens der Ausbildungsstätten überhaupt die Chance auf eine Erzieherausbildung (vgl. Rohrmann 2009 a: 49). Angesichts des Männermangels in den Kitas spricht daher die Gender-Forschung von einer „*Baustelle Geschlecht*“ (Riedel 2009: 7), die mit dafür verantwortlich ist, dass sich die wenigen Männer in den Kitas oft deplatziert bzw. „*allein unter Erzieherinnen*“ fühlen.

Aufgrund der eingeschränkten Vorstellung in der Gesellschaft über die Rolle des Mannes befürchten die Männer, die in einem typischen Frauenberuf arbeiten, nicht mehr als „*richtiger Mann*“ angesehen zu werden. Es ist in der Tat erstaunlich, dass Frauen Anerkennung erfahren, wenn sie sogenannte Männerberufe ausüben, dass demgegenüber aber Männer in typischen Frauenberufen eher belächelt werden:

„Der Beruf der Erzieherin wird über Generationen hinweg durch das weibliche Image der Fürsorge geprägt. Deshalb sei das, so denken viele, nichts für Männer“ (<http://www.koordination-maennerinkitas.de/?id=462>).

Dass mit diesem Urteil auch gleich eine Stereotypisierung einhergeht, weiß ein Betroffener zu berichten:

„Die Leute denken, Männer, die in Kindergärten arbeiten, sind entweder schwul oder pädophil“ (<http://www.sueddeutsche.de/karriere/erzieher-in-kitas-das-sind-doch-keine-richtigen-maenner-1.991919>).

Das Familienministerium plant, den Anteil der männlichen Fachkräfte in den Kitas von 3 auf 20 % zu erhöhen, damit die Kinder schon in den Kitas männliche Bezugspersonen haben. Um eine gendergerechte Erziehung zu gewährleisten, seien aus bildungspolitischer Sicht sowohl männliche als auch weibliche Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen erforderlich, damit die Jungen und Mädchen für die Entwicklung ihrer Geschlechtsidentität Vorbilder finden und durch männliche Mitarbeiter zusätzliche Anregungen zu ihrer Bildung und Erziehung erhalten (vgl. Faulstich-Wieland et al. 2004). Mit dem Ziel, den Erziehungsberuf für männliche Fachkräfte attraktiver zu machen, werden seit 2010 vom Bund und dem Europäischen Sozialfonds (ESF) insgesamt 15,4 Millionen Euro für das Programm „Männer in Kitas“

4 Unter dem Aspekt Diversity scheint der Erziehungsberuf nicht nur für Männer unattraktiv zu sein: Auch Personal mit Migrationshintergrund ist in der Statistik kaum vertreten (vgl. Fuchs-Rechlin 2010: 4). Obwohl der Migrationshintergrund bei den zu betreuenden Kindern bei 23 % liegt (vgl. Leu 2008: 160 f.), gibt es bundesweit nur 8,2 % Personal mit Migrationshintergrund (vgl. Cinar et al. 2013; Fischer 2013). Nach dem Mikrozensus 2008 weisen v.a. auch Fachkräfte mit Migrationshintergrund ungünstigere Beschäftigungsbedingungen auf und sie sind überproportional häufig von Befristung betroffen (vgl. Fuchs-Rechlin 2010: 19).

bereitgestellt. Mit 16 Modellprojekten in 1300 Kitas in 13 Bundesländern soll bis Ende 2013 die Quote der Männer „deutlich erhöht werden“. Ergänzt wird diese Kampagne durch den derzeit stattfindenden Paradigmenwechsel der deutschen Gleichstellungspolitik:

„Neben gleichstellungspolitischen Maßnahmen zur Erhöhung der Chancengleichheit von Frauen richtet sich die Politik zunehmend an Männer und Jungen mit dem Ziel, ihnen neuen Perspektiven jenseits traditioneller und einengender Männlichkeits- und Lebensentwürfe zu eröffnen“ (Calmbach et al. 2011: 9).

Eine Verbesserung der Gender-Struktur erhoffen sich die Fachleute zum einen durch die Akademisierung der Ausbildung, die damit verbundene Aufwertung der frühkindlichen Pädagogik und die gesellschaftliche Anerkennung der Kitas als Bildungseinrichtungen, das Kinderförderungsgesetz und den Ausbau der Betreuungsplätze (vgl. König/Pasternack 2008). Zum anderen wird davon ausgegangen, dass sich aus dem oben beschriebenen Paradigmenwechsel in der Gleichstellungspolitik das traditionelle Männer- und Rollen-

bild tendenziell erweitern lässt und Männer für bisher typisch weibliche Tätigkeitsfelder, wie Betreuung, Erziehung, Pflege und frühkindliche Bildung, zu gewinnen sind (vgl. Calmbach et al. 2011: 11).

6.2 Demografischer Wandel – die Zahl der über 50-Jährigen steigt

Der demografische Wandel macht auch vor dem Erziehungsberuf nicht halt: Noch zu Beginn der 1990er Jahre war der Bereich der frühkindlichen Bildung ein Berufsfeld für jüngere Beschäftigte. 1974 waren 40 % der Erzieherinnen und Erzieher jünger als 25 Jahre und fast 37 % zwischen 25 und 40 Jahren alt. 1990 waren fast zwei Drittel der Erzieherinnen und Erzieher zwischen 25 und 40 Jahren als und nicht einmal 20 % waren unter 25 Jahre alt (vgl. Rauschenbach et al. 1996: 62 f.).

Waren 1990 in Westdeutschland nur 20 % der Beschäftigten 40 Jahre und älter, so trifft dies heute auf jede zweite Fachkraft zu (vgl. Abbildung 2). Auch die Zahl der über 50-Jährigen steigt (Riedel 2008: 200 f.) (siehe Abbildung 2).

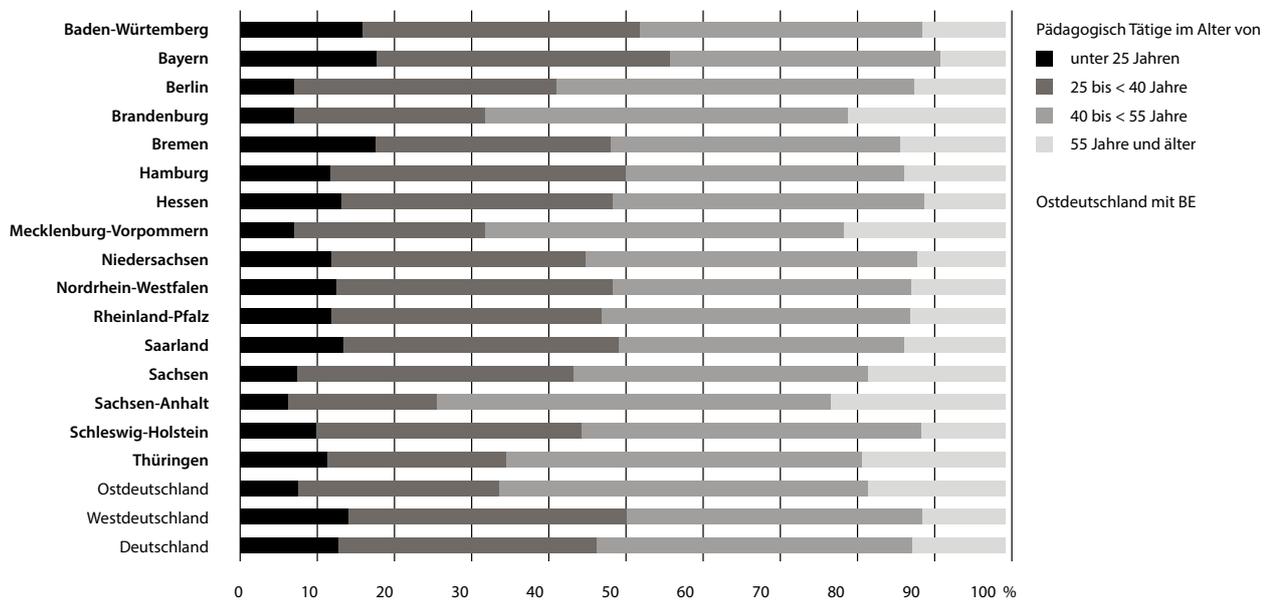


Abbildung 2:
Altersstruktur des pädagogischen Personals in Kitas, Stichtag 01.03.2012
 (Quelle: Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme, Bertelsmann Stiftung)

In der *Bremer Studie* wird dieser Trend auf der Landesebene bestätigt: Obwohl der Altersdurchschnitt hier noch leicht unter dem deutschen Altersdurchschnitt liegt, hat auch in Bremen die Hälfte der Beschäftigten das Alter von vierzig Jahren schon überschritten. Mehr als ein Viertel der Beschäftigten ist heute älter als 50 Jahre (vgl. Almstadt et al. 2012: 15). Insbesondere die weiblichen Erzieherinnen sind früher offenbar davon ausgegangen, dass sie ihren Beruf nicht auf Lebenszeit ausüben werden und/oder nur als Zuverdienst. Inzwischen ist der Erzieherinnenberuf ein Beruf auf Lebenszeit geworden, der immer häufiger bis zur Verrentung ausgeübt wird (vgl. Riedel 2008: 171 ff.).

Das durchschnittliche Renteneintrittsalter der Erzieherinnen und Erzieher liegt im Durchschnitt bei 59 Jahren (Fuchs-Rechlin 2010: 4). Aufgrund der hohen beruflichen Belastungen äußern viele Befragte den Wunsch, gerade im Alter über 45 Jahren den Beruf zu verlassen bzw. in Frührente gehen zu wollen (vgl. Almstadt et al. 2012: 16).

Der demografische Wandel wird die Probleme demnächst noch verschärfen: Ganze Alterskohorten scheiden aus und qualifizierter Nachwuchs fehlt.

„Bereits im Jahr 2020 wird mehr als jede/r dritte Kita-MitarbeiterIn älter als 50 Jahre sein“ (Sommer et al. 2011: 23).

Was die Alterung der Fachkräfte für die Personalabteilungen der Einrichtungen und für die Beschäftigten selbst bedeutet, lässt sich nach der Bremer Studie programmatisch leicht bestimmen: Der langfristige Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird immer mehr in den Fokus der personalpolitischen Entscheidungen angesichts der Herausforderungen (Verknappung von Fachkräften) durch den demografischen Wandel treten müssen (vgl. Almstadt et al. 2012: 16).

Im Bundestrend zeichnet sich insgesamt ein großer Handlungsbedarf für die Träger ab: Angesichts der wachsenden Betreuungskapazitäten und der damit verbundenen steigenden Nachfrage nach Fachkräften sinkt der Anteil der jüngeren Nachwuchskräfte, der Anteil des Personals im Alter ab 50 Jahre nimmt kontinuierlich zu und die Anzahl der zu betreuenden Kinder wächst. Nach Einschätzung der *Bremer Studie* müssen die Träger

„...innerhalb der nächsten 10 bis 15 Jahre bei einem Viertel ihres qualifizierten Personals dessen Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit erhalten und zugleich sukzessive für adäquaten Ersatz sorgen. Personalentwicklung und Rekrutierung sind keine alternativen Strategien für die kommenden Jahre; sie ergänzen sich, weil durch den demographischen Wandel die Personalrekrutierung sich immer schwieriger gestaltet. Durch den Ausbau der U3-Betreuung

wird es auch keine Entspannung 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“ (Almstadt et al. 2012: 15 f.).

6.3 Unfreiwillige Teilzeit – die Kita-Beschäftigten stehen an der Spitze

Wie im *Kapitel 4.1* schon ausgeführt, hängen die Struktur und die Wachstumsdynamik des Dienstleistungssektors stark mit der anwachsenden Teilzeitbeschäftigung zusammen, die immer mehr zu einer weiblichen Domäne wird. Auch wenn die Tendenz zur Erosion der Normalarbeit und die damit verbundenen prekären Arbeitsbedingungen in allen Berufsbereichen zu beobachten sind, stehen die Erzieherinnen und Erzieher dabei an der Spitze der Entwicklung (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).

Während bundesweit über alle Branchen hinweg jeder dritte Beschäftigte Teilzeit arbeitet, sind in den Kitas knapp 60 Prozent, in den Bremer Kitas sogar 70 Prozent der pädagogischen Fachkräfte teilzeitbeschäftigt (vgl. Abbildung 3, vgl. nächste Seite).

Diese hohe Teilzeitquote ist auch der Entwicklung der letzten sechs Jahre geschuldet: Wie die Abbildung zeigt, sind von den zwischen 2006 und 2012 deutschlandweit neu geschaffenen Arbeitsplätzen in Kitas etwa 60 Prozent Teilzeitstellen – ein Trend, der zugleich nicht notwendig scheint, wie der Vergleich zwischen den drei hier ausgewählten Bundesländern verdeutlicht. (Tabelle 3)

Insgesamt ist der Anteil der Vollzeitbeschäftigten im Arbeitsfeld der Kitas außerordentlich niedrig und laut Mikrozensus in den vergangenen zehn Jahren stärker zurückgegangen als in anderen Berufen:

„Waren Mitte der 1990er Jahre noch 65 % der Erzieherinnen und Erzieher vollzeitbeschäftigt, so sind es Mitte dieses Jahrzehnts nur noch die Hälfte von ihnen“ (Fuchs-Rechlin 2010: 1).

Im Rahmen der *GEW-Studie* berichtet ein Drittel der Erzieherinnen und Erzieher, dass auf dem Arbeitsmarkt nur Teilzeitbeschäftigungen angeboten werden (vgl. GEW 2007 a). D.h., ein nicht unerheblicher Teil der Erzieherinnen und Erzieher kann demzufolge ihre Erwerbswünsche aufgrund der Struktur des Arbeitsfelds nicht verwirklichen (vgl. Fuchs-Rechlin 2007: 26 f.).

Da sowohl die Teilzeitarbeit als auch die Erwerbsunterbrechung Einkommensverluste zur Folge haben und Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten erheblich erschweren, kommt es nicht von ungefähr, dass teilzeitbeschäftigte Frauen den Wunsch nach einer längeren Arbeitszeit äußern (siehe Abbildung 3).

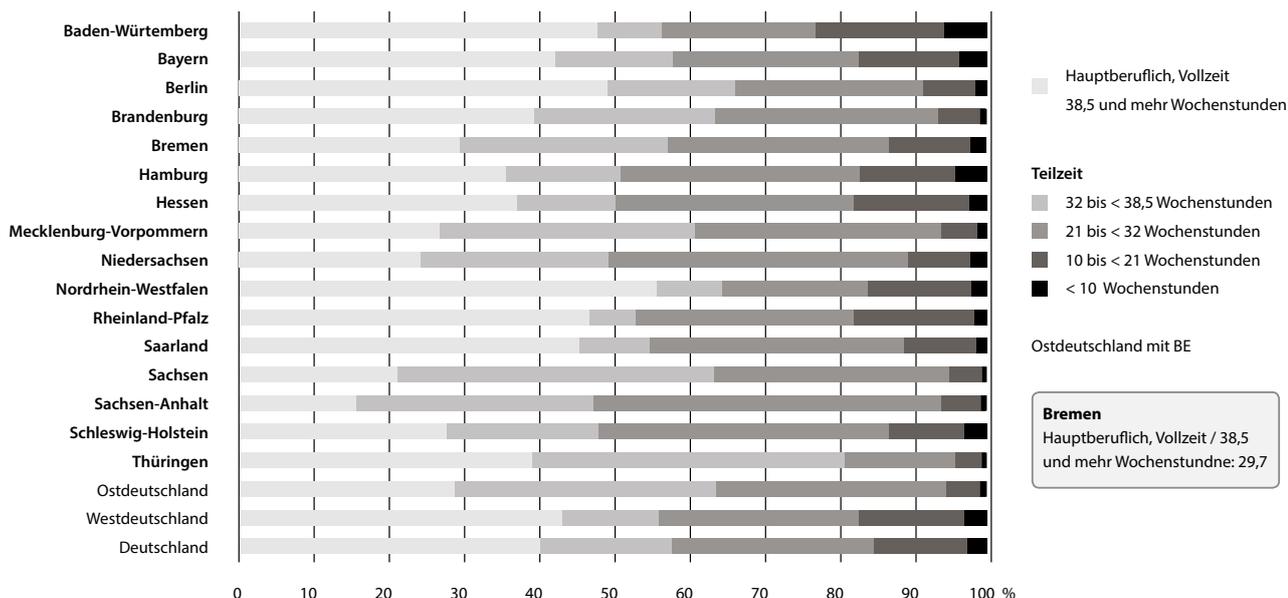


Abbildung 3:
Beschäftigungsumfang des pädagogischen Personals in Kitas, Stichtag 01.03.2012
(Quelle: Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme, Bertelsmann Stiftung)

	Anzahl insgesamt		Gesamtentwicklung 2006 - 2012			Anteil an der Gesamtentwicklung in %	
	15.03.2008	01.03.2012	Insgesamt	Vollzeittätige	Teilzeittätige	Vollzeittätige	Teilzeittätige
HB	3 329	4 098	769	151	618	19,6	80,4
NI	30 597	40 337	9 740	3 560	6 180	36,6	63,4
TH	10 311	13 266	2 955	2 628	327	88,9	11,1
Ost	80 657	104 458	23 801	13 239	10 52	55,6	44,4
West	272 114	359 797	87 683	30 856	56 827	35,2	64,8
D	352 771	464 255	111 484	44 095	67 389	39,6	60,4

Tabelle 3:
Beschäftigtenzahlen im Kita-Bereich und deren Gesamtentwicklung 2006-2012
(Quelle: Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme, Bertelsmann Stiftung)

„Nimmt man die Arbeitszeitwünsche von teilzeitbeschäftigten Frauen als Maßstab, so zeigt sich hingegen, dass sie deutlich länger arbeiten wollen. (...) „31 % der Teilzeitbeschäftigten und damit 14 % aller Befragten würden gerne länger arbeiten“ (Wanger 2012:18).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt der DGB-Index: Hier gaben die in Teilzeit beschäftigten Erzieherinnen und Erzieher den Wunsch nach einer höheren Stundenzahl an:

„Dies deutet darauf hin, dass ein Teil dieser Befragten unfreiwillig verkürzt oder unfreiwillig in Teilzeit beschäftigt ist“ (Fuchs/Trischler 2009: 33).

6.4 Befristete Verträge – jüngere Fachkräfte sind besonders betroffen

Die Teilzeitbeschäftigung der Erzieherinnen und Erzieher geht überproportional häufig mit einer Befristung einher (vgl. Fuchs-Rechlin 2010: 16). Eine befristete Beschäftigung üben ca. 15 % der Beschäftigten aus. Von Befristung sind v.a. die jüngeren Fachkräfte im Alter unter 25 Jahre betroffen.

„Zwar haben nach dem DGB-Index 85 % der Erzieher/innen eine zeitlich unbefristete Stelle, von den unter 25 jährigen aber nur 49 %“ (vgl. Eibeck 2010).

Die Befristungen erstrecken sich oftmals über mehrere Arbeitsverhältnisse. Damit wird ein für die Berufsanfängerinnen und -anfänger erschreckender Trend festgestellt:

„Sie sind mehrheitlich befristet beschäftigt und dies auch dann, wenn sie schon die zweite oder dritte Beschäftigung angetreten haben dürften. Dies deutet darauf hin, dass Befristung kein reines ‚Berufseinstiegsphänomen‘ mehr ist“ (Fuchs-Rechlin 2010: 3).

Die berufliche Situation der jüngeren Fachkräfte ist danach als prekär zu bezeichnen:

„Der Nachwuchs findet überwiegend nur noch zeitlich befristete Stellen, mit der weit verbreiteten Teilzeitbeschäftigung leben viele auf Hartz-IV-Niveau und mit 54 Jahren ist man so ausgepowert, dass man frühzeitig in Rente geht. Und das mit einer Rente, die häufig Altersarmut bedeutet“ (Eibeck 2010).

In der *Kita-Studie des Deutschen Jugendinstituts DJI* werden unterschiedliche Gründe für die Befristung vonseiten der Träger angegeben: Elternzeitvertretung, prinzipielle Befristung der Neueinstellungen und unkalkulierbarer Platzbedarf, sprich Auslastung der Kita, (vgl. Deutsches Jugendinstitut 2008: 8) bestimmen das ökonomische Kalkül, das den jungen Fachkräften den Zugang zum Arbeitsfeld erheblich erschwert.

„Nicht selten hangeln sie sich von einem befristeten Vertrag zum nächsten. Ihre Weiterbeschäftigung hängt von den Anmeldezahlen für das nächste Kindergartenjahr ab“ (GEW 2007 a).

Indem in der Phase des Berufseinstiegs keine Einmündung in eine stabile Beschäftigung ermöglicht wird, wird die Abwanderung aus dem Arbeitsfeld der Kindertagesbetreuung forciert (vgl. Fuchs-Rechlin 2010: 18).

6.5 Niedriges Einkommen – mangelnde Absicherung des Lebensunterhalts

Im Schnitt verdienen nach Angaben der *GEW* die Berufseinsteiger/-innen ca. 2.100 Euro brutto im Monat bei einer vollen Stelle (vgl. Fuchs-Rechlin 2007: 32 f.).

In der *Bremer Studie* wird eine die Entgelttabelle speziell für den Sozial- und Erziehungsbereich (TVöD) vom Stand August 2011 zugrunde gelegt. Hiernach verdienen die meisten Erzieherinnen und Erzieher im Monat zwischen 2.087 und 2.930 € bei einer Vollzeitbeschäftigung, die Kinderpfleger/-innen und Sozialassistenten/-innen dagegen nur 1.790/1.892 € bis 2.373/2557 €. Angesichts der hohen Anzahl der Teilzeitbeschäftigten wird davon ausgegangen, dass z.B. in Bremen über die Hälfte der beschäftigten Erzieherinnen und Erzieher weniger als 2.000 € brutto monatlich verdient (vgl. Almstadt et al. 2012: 21).

Auch der Vergleich mit anderen Berufsgruppen fällt für das Kita-Personal ungünstig aus. Laut *Mikrozensus 2010* liegt das Nettoeinkommen der Erzieherinnen und Erzieher über alle Beschäftigungsbereiche hinweg knapp 200 Euro unter dem Einkommen der Erwerbstätigen insgesamt. Der Nettoverdienst ist damit ähnlich gering wie der in anderen Berufen im Bereich Soziales und Gesundheit mit hohem Frauenanteil. Im Berufsgruppenvergleich werden hier zwei sich verstärkende Effekte gesehen:

„Frauen verdienen im selben Beruf weniger als Männer, Beschäftigte in sozialen Berufen verdienen weniger als in vergleichbaren Berufen“ (Fuchs-Rechlin 2010: 4).

Für die jüngeren Fachkräfte mit den befristeten Verträgen bedeutet das, dass sie ohne eine Festanstellung nicht aus der Anfangsvergütung herauskommen, da sie jedes Mal wieder als Berufsanfänger bzw. -anfängerinnen eingruppiert werden.

Angesichts der hohen Teilzeitquote kann zudem davon ausgegangen werden, dass viele Erzieherinnen und Erzieher kein existenzsicherndes Einkommen erzielen (vgl. Eibeck 2010; Fuchs-Rechlin 2010: 3). Um ihren Lebensunterhalt abzusichern, müssen auch nach den Daten des *Mikrozensus 2008* insbesondere jüngere teilzeitbeschäftigte Fachkräfte einer zusätzlichen geringfügigen Beschäftigung nachgehen (vgl. Fuchs-Rechlin 2010: 24 f.). Dies hat entsprechende Konsequenzen für ihre langfristige Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit (Almstadt et al. 2012: 22).

Die insgesamt problematische Einkommenssituation spiegelt sich auch im zu erwartenden Alterseinkommen wieder:

„Nur vier Prozent glauben, dass sie gut von ihrer Rente leben können werden. Dagegen glauben 45 Prozent, dass die Rente gerade reichen wird, 43 Prozent gehen davon aus, dass die Rente nicht reichen wird“ (Fuchs/Trischler 2009: 37).

6.6 Gratwanderungen zwischen Traumberuf und Albtraum?

Zusammenfassend kann konstatiert werden: Es sind vornehmlich die Erzieherinnen und Erzieher, denen eine herausragende Rolle in der frühkindlichen Förderung für den weiteren Bildungsverlauf eines Menschen zugeschrieben wird. Die hierfür angemessene Wertschätzung und Anerkennung der beruflichen Tätigkeit scheinen allerdings im Argen zu liegen. Nach dem Motto *„Erziehen, das kann doch jede“* wird dem Beruf nicht nur eine mangelnde Wertschätzung entgegengebracht, sondern sogar die eigenständige Professionalität ganz aberkannt. Angesichts der Anforderungen, die heute an den Erziehungsberuf gestellt werden, wird davor gewarnt, dass Kitas lediglich als Betreuungseinrichtungen definiert werden und ihnen die Anerkennung als erste öffentliche Ebene des Bildungssystems vorenthalten wird (vgl. Sächsisches Staatsministerium 2009: 7; Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband 2009: 6). Auch die Erzieherinnen und Erzieher selbst fühlen sich von der Öffentlichkeit eher als *„Beaufsichtigungspersonal“* wahrgenommen und beklagen die geringe Wertschöpfung ihrer Tätigkeit (vgl. Thinschmidt 2010: 23; GEW 2007 a).

Angesichts der fehlenden gesellschaftlichen Wertschätzung und der – im Folgenden noch aufzuzeigenden – gravierenden beruflichen Belastungen sorgt sich auch die zuständige Berufsgenossenschaft um das Image des Berufs:

„Es scheint derzeit eine Gratwanderung, dass nicht aus dem Traumberuf Erzieherin oder Erzieher angesichts vielfältiger Belastungen und Anforderungen langfristig ein Albtraum wird“ (Brandenburg 2013).

7. Belastungen und Beanspruchungen der Erzieherinnen und Erzieher

Vor dem Hintergrund der hier zusammenfassend referierten vorherrschenden Rahmenbedingungen der Arbeit im Erziehungsberuf, den Nachteilen der Teilzeitbeschäftigung und den befristeten Arbeitsverträgen, dem Einkommen, von dem der Lebensunterhalt nicht zu bestreiten ist, und dem Reformstau in der Ausbildung, die offensichtlich nicht ausreichend auf diese Arbeitswirklichkeit vorbereitet, sollen im Folgenden beispielhaft die arbeitsbedingten Belastungen im Erziehungsberuf und die gesundheitlichen Folgen für die Beschäftigten skizziert werden.

Dafür soll zunächst die Seite der Anforderungen und Aufgaben, die Quelle der Belastungen sowie die Qualifikation, die die Voraussetzung zur Bewältigung der Aufgaben bildet, beleuchtet werden.

7.1 Qualifikationsstruktur und Anforderungsprofil

Auf einer Fachhomepage für Erzieherinnen und Erzieher heißt es zum Berufsbild:

„Der Beruf der Erzieherin ist aus drei ursprünglich eigenständigen Berufen entstanden. Bereits im Jahre 1928 wurden die Berufe ‚Kindergärtnerin‘ und ‚Hortnerin‘ zusammengefasst. Zur Vereinigung mit dem Beruf ‚Jugend- und Heimerzieherin‘ kam es in den einzelnen Bundesländern Westdeutschlands jeweils zwischen 1962 und 1972. Im Zuge der Wiedervereinigung Deutschlands im Jahre 1990 wurden ähnliche berufliche Ausbildungen in den östlichen Bundesländern in den Beruf der Erzieherin integriert, so dass die heutige Ausbildung dazu befähigt, in allen Bundesländern als sozialpädagogische Fachkraft in den vielfältigen Bereichen der Jugendhilfe selbständig und eigenverantwortlich tätig zu sein“ (vgl. <http://www.erzieherin-online.de/beruf/berufsbild.php>, Zugriff 27.03.2014).

Uneinheitliche Ausbildung

Die Ausbildung zur Erzieherin/zum Erzieher ist nach wie vor nicht bundeseinheitlich geregelt. Sie erfolgt an Fachschulen für Sozialpädagogik, die in manchen Regionen auch Berufsakademien oder Berufskolleg genannt werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die Ausbildung in Form eines Fachhochschulstudiums zu absolvieren. Dabei zeigt sich die Uneinheitlichkeit der deutschen Ausbildungslandschaft nicht nur in der unterschiedlichen kommunalen oder kirchlichen Trägerschaft, in der Organisation von großen Schulverbänden (hauswirtschaftliche und andere Berufs- und Berufsfachschulen), bis hin zu kleinen überschaubaren

Fachschulen mit kleinen Kollegien, sondern auch in der unterschiedlichen gesetzlichen Regelung der einzelnen Ausbildungsgänge in den 16 einzelnen Bundesländern. Es gibt zum Teil erhebliche Unterschiede in den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen, Studienordnungen und Lehrplänen. Um trotz der föderalistischen Struktur ein möglichst hohes Maß an Gemeinsamkeit zu erreichen, wird in den Ausschüssen der Bund-Länder-Kommission an gemeinsamen Rahmenvereinbarungen gearbeitet (vgl. von Balluseck 2009).

Nach dem Ländermonitor frühkindliche Bildungssysteme verfügten im Bundesdurchschnitt 2012 gut 72 % des pädagogischen Personals über einen Fachschulabschluss zur Erzieherin bzw. zum Erzieher. Der Anteil des pädagogischen Personals, das einen einschlägigen Hochschulabschluss, zum Beispiel als Diplom-Sozialpädagogin, erworben hat, ist im Bundesdurchschnitt seit 2010 leicht gestiegen, von 3,8 % auf 4,6%. Zwischen den Bundesländern weist der Personalanteil mit Hochschulabschluss allerdings deutlichere Unterschiede auf: Während in Bremen fast 10 % über dieses Qualifikationsniveau verfügen, sind es im Saarland nur gut 2 % (vgl. Bertelsmann Stiftung 2013 b). Es bleibt abzuwarten, ob die zahlreichen Studiengänge, die gegenwärtig an Hochschulen verankert werden, mittelfristig auch zu einer deutlichen Erhöhung des Anteils des pädagogischen Personals mit Hochschulabschluss beitragen.

Angesichts der Tatsache, dass weit über die Hälfte der sozialpädagogischen Fachkräfte angibt, dass ihre Ausbildung sie nicht ausreichend auf die alltägliche Praxis vorbereiten würde (vgl. Riedel 2008), kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt aus den jeweiligen Abschlüssen zum Erziehungsberuf allerdings nicht auf die tatsächliche Qualität dieser Abschlüsse geschlossen werden:

„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“ (Almstadt et al. 2012: 18).

Im Rahmen der momentanen Diskussion zur Vorschulpädagogik befindet sich die gesamte Form der Ausbildung zur Erzieherin/zum Erzieher in einem Umbruch (Wahle 2009). Insbesondere auch aufgrund der differenzierten Anforderungen wird eine Neubestimmung der Qualifikationsstruktur gefordert, die die *Akademisierung* im Bereich der frühkindlichen Pädagogik mit einer besseren *Durchlässigkeit* der Bildungsgänge und der Anschlussfähigkeit der Bildungsabschlüsse im Elementarbereich verbinden soll. Hiervon verspricht sich die Bildungspolitik eine Öffnung des Berufsfelds für den

Quereinstieg und eine attraktivere Gestaltung für Fachkräfte mit Migrationshintergrund sowie für männliche Fachkräfte (Der Paritätische Wohlfahrtsverband 2009: 7).

Hohes Anforderungsprofil

Aufgrund des skizzierten dynamischen Wandels des Berufsbilds und der Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz Kita verändern sich die Belastungsbedingungen permanent und fordern vom Kita-Personal eine hohe Anpassungsfähigkeit. Kitas begreifen sich nicht einfach als Betreuungseinrichtungen, sondern als Bildungsstätten mit festgeschriebenen Qualitätsstandards.

Das Anforderungsprofil an die Fachkraft in der Kindertagesbetreuung umfasst dabei nicht nur die Grundaufgaben der Erziehung, Bildung und Betreuung, sondern v.a. auch die Kooperation mit den Eltern und Schulen, die Konzeptentwicklung, die Umsetzung von Evaluationsverfahren, die Durchführung von Entwicklungsgesprächen, Beobachtungen, Dokumentationen, Qualitätsmanagement (vgl. Gemeinsamer Rahmen der Länder 2004). Gefordert werden hier vom Personal eine ganzheitliche Bildung, Erziehung und Betreuung mit dem Ziel

- der optimalen individuellen Förderung aller Kinder
- der gemeinsamen Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung (*Inklusion*)
- des verstärkten interkulturellen Dialogs (*Diversity*)
- der Reflexion der Chancengleichheit von Mädchen und Jungen (*Gender*) (vgl. Klauudy 2010).

Dabei umfasst schon der Auftrag der optimalen individuellen Förderung der Kinder einen umfangreichen Anforderungskatalog: So nennt der 2004 festgeschriebene Bremer „Rahmenplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich“ sieben zentrale Bildungsbereiche, in denen das Erziehungspersonal übergreifende Lernangebote organisieren soll, wie Rhythmus und Musik, Körper und Bewegung, Spiel und Fantasie, sprachliche und nonverbale Kommunikation, soziales Lernen, Kultur und Gesellschaft, Bauen, Natur, Umwelt und Technik. Darüber hinaus werden neue Anforderungen an die Erziehungs- und Bildungsarbeit gestellt, die nicht nur die Beziehung zu den Kindern gestalten, sondern auch die Zusammenarbeit mit den Eltern sowie die Kooperation mit anderen Institutionen, Schulen oder dem Gesundheits- und Sozialamt (vgl. Freie Hansestadt Bremen. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 2004: 13 f.).

Als pädagogische Fachkräfte wird vom Kita-Personal im Rahmen ihrer regulären Betreuungs- und Erziehungsaufgabe verlangt, das in ihrer Ausbildung angeeignete Wissen in die tägliche Arbeit zu integrieren und weitere zusätzliche Arbeitsbelastungen zu bewältigen. Diese verschiedenen Aufgaben müssen mit sich überschneidenden Personenkontakten und auftretenden

Störungen bei unzureichendem Personalschlüssel sowie unter großem Zeitdruck bewältigt werden. Das erleben viele Erzieherinnen und Erzieher sowohl als quantitative als auch als qualitative Überforderung (vgl. Thinschmidt 2010: 20).

7.2 Berufliche physische und psychische Belastungen

In dem arbeitswissenschaftlichen Belastungsbeanspruchungsressourcenmodell wird davon ausgegangen, dass, abhängig von den jeweiligen zur Verfügung stehenden Ressourcen, die Belastungen in Organisationen oder Arbeitsstrukturen zu positiven oder negativen Beanspruchungsreaktionen und entsprechend zu Beanspruchungsfolgen führen mit entsprechenden Auswirkungen auf die Gesundheit bzw. Krankheit des Individuums (vgl. Rudow 2004 a: 8 sowie Abbildung 4). D.h., Belastungen sind in der Arbeitswissenschaft im Unterschied zur Umgangssprache neutral definiert. Als Einflüsse aus den Arbeitsbedingungen wirken sie auf alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleichermaßen ein, aber inwieweit daraus für die Einzelnen eine positive oder negative Beanspruchung resultiert, ist individuell verschieden – dies ist von den Fähigkeiten, Qualifikationen und Bewältigungsstrategien der jeweiligen Person sowie den organisatorischen Bedingungen der jeweiligen Einrichtung abhängig (vgl. Schad 2003: 12; Thinschmidt 2010: 24) (siehe Abbildung 4).

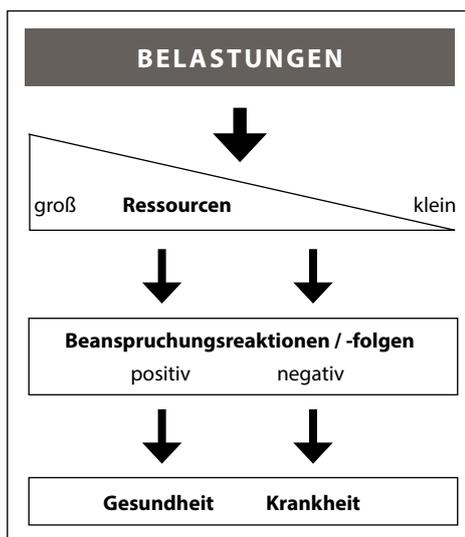


Abbildung 4:
Belastungs-, Beanspruchungs- und Ressourcenmodell
(Quelle: Rudow 2004 a: 8)

Entsprechend der Zielsetzung der Gefährdungsbeurteilungen nach § 5 ArbSchG geht es der Arbeitswissenschaft vor allem darum, diejenigen Belastungsfaktoren zu ermitteln, die sich negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden und die damit verbundenen Ressourcen, sprich auf die Arbeitszufriedenheit, die Leistungsbereitschaft und die Qualität der Arbeit, auswirken können (vgl. Thinschmidt 2010: 17; Hammer/Seibicke 2011: 38 f.).

Wie im *Kapitel 1* zur öffentlich geführten Diskussion über den Erziehungsberuf schon ausgeführt worden ist, ist bekannt, dass der Arbeitsalltag der Erzieherinnen und Erzieher stark durch die Belastungen durch Lärm, Belastungen des Bewegungsapparats, durch ungünstige Körperhaltungen, wie Sitzen auf zu kleinen Stühlen und das Heben und Tragen der Kinder, beeinträchtigt wird.

„Dieses Phänomen ist schon rein äußerlich gut daran erkennbar, dass die gesundheitsrelevante Ausstattung für die MitarbeiterInnen fast immer schlechter ist, als die für die Kinder“ (Sommer et al. 2011: 19).

Erst in den arbeitswissenschaftlichen Studien zur Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher wurde auf *weitere Gefährdungen und Belastungen* hingewiesen, wie z.B. Infektionsgefahren, klimatische Bedingungen und Belastungen durch psychische, soziale und organisatorische Faktoren, die letztlich mit zu den hohen krankheitsbedingten Ausfallzeiten der Beschäftigten beitragen (vgl. Schad 2003: 14).

Die berufliche Tätigkeit des pädagogischen Personals in den Kitas zeichnet sich durch vielfältige physische und psychische Anforderungen aus. Und so sind auch die beruflichen Belastungsfaktoren in den Kitas vielfältig. Oftmals wirkt eine identifizierte Belastung nicht allein, sondern mehrere Belastungen wirken gleichzeitig und erhöhen damit den Grad der Gesundheitsgefährdung bei den Beschäftigten. Dabei ist charakteristisch, dass nicht immer einzelne Belastungsfaktoren deutlich zu identifizieren sind, sondern viele Faktoren unterschwellig wirken (vgl. Thinschmidt 2010: 18). Es treten mit Ausnahme des Lärms weniger einzelne, besonders starke Belastungen auf, vielmehr dominiert das Zusammenspiel vieler gering ausgeprägter Belastungen, die sich in ihrer negativen Wirkung summieren und verstärken. Zum einen unterscheiden sich die Auswirkungen aufgrund der unterschiedlichen Bedingungen in den Kitas, zum anderen ist auch nicht jede belastende Bedingung in jeder Kita vorhanden:

„Nicht jede beeinträchtigende Bedingung ist gleichermaßen in jeder Kita vorhanden – man kann sagen, dass jede Kita ihre eigenen, unverwechselbaren situativen und persönlichen Bedingungen aufweist“ (Thinschmidt 2010: 18).

Als ein Ergebnis der *GEW-Studie* wurde folgendes Ranking der Belastungsfaktoren vonseiten der Beschäftigten genannt (siehe Abbildung 5).

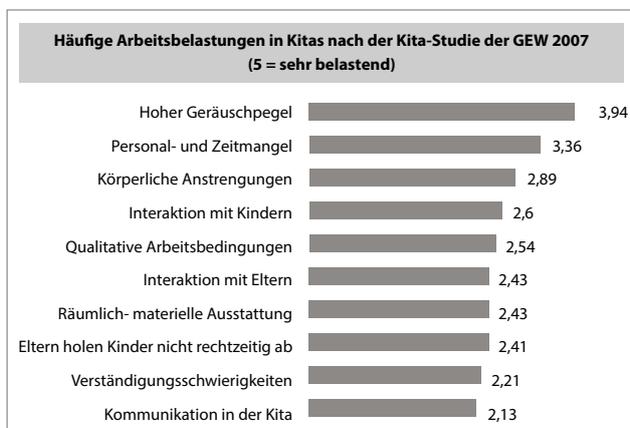


Abbildung 5:
Ranking der häufigsten Arbeitsbelastungen nach der Kita-Studie der GEW 2007
(Quelle: Kliche/Unkauf 2010: 35)

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die Ergebnisse zu ausgewählten Belastungsfaktoren und die damit verbundenen physischen und psychischen Belastungen zusammengefasst:

- Lärm und Arbeitsumgebung
- Körperliche Anforderungen (wie stimmliche Belastung, ungünstige Körperhaltung, Heben und Tragen von Kindern)
- Arbeitsorganisation und Beschäftigungssituation (Personalmangel, Arbeitszeit, Einkommen und Beschäftigungsunsicherheit)
- Quantitative und qualitative Vielfalt der Arbeitsaufgaben
- Emotionsarbeit.

Lärm und Arbeitsumgebung

Der hohe Geräuschpegel in den Kitas – u.a. verursacht durch den Standort der Kita, durch bauliche Gegebenheiten und durch die agierenden Kinder – wird in allen Praxisberichten und Studien als erster bzw. stärkster Belastungsfaktor genannt (vgl. Fuchs-Rechlin 2007: 41; Rudow 2004 b: 4; BGW/DAK 2001: 25). Dabei wird *Lärm* je nach der Studie als psychische Belastung, als Umgebungsbelastung oder als eigenständige Rubrik qualifiziert (vgl. Almstadt et al. 2012: 31 f.). In der *GEW-Studie* von 2007 wurde der hohe Geräuschpegel als gravierendste Arbeitsbelastung genannt (vgl. Fuchs-Rechlin 2007: 41) und im *DGB-Index* von 2009 stellen die lauten Umgebungsgeräusche nach Aussagen der Erzieher/-innen das größte Problem bei den körperlichen Anforderungen dar (vgl. Fuchs/Trischler 2009: 21).

Bisher wurde Lärm als klassische Gefahrenquelle vor allem Industriearbeitsplätzen zugeordnet. So zählen zu den Berufen mit erhöhter Lärmexposition z.B. Bau- und Reparaturschlossler/-in, Bauwerker/-in, Dachdecker/-in, Fassaden- und Gerüstbauer/-in, Gleisbauer/-in, Maschinist/-in, Stahlwerker/-in und Straßenbauer/-in sowie Bergleute. Um den gesundheitsschädlichen Auswirkungen von Lärm als Dauer- und Nebengeräusch entgegenzuwirken, wurde vom Gesetzgeber und den Unfallversicherungsträgern der Lärmschutz in Gesetzen und Verordnungen verankert. Hiernach geht der Gesetzgeber dann von einer Lärmschädigung aus, wenn die gemessenen Werte oberhalb des Grenzwertes von 80 Dezibel liegen.

„Die Arbeitsschutzvorschriften im klassischen Gesundheitsschutz bezeichnen erst dann Geräusche als gehörschädigenden Lärm, wenn sie dauerhaft 80 dB(A) oder lauter sind. Erst ab 85 dB(A) – kontinuierlich über 40 Stunden pro Woche – wird Lärm in Deutschland als Gefahrenquelle für eine Berufserkrankung anerkannt“ (Dittmann o.J.: 5).

Akustische Messungen in Kitas zeigen in der Regel einen Lärmpegel mit einem Mittelungswert von 80-85 Dezibel. Aus verschiedenen Studien und aus Erhebungen von Krankenkassen geht jedoch hervor, dass die Spitzenwerte der Lärmbelastung in Kitas teilweise über den gesetzlichen Grenzwerten liegen (vgl. Sächsisches Staatsministerium 2009; Fuchs-Rechlin 2007; Khan et al. 2005; Rudow 2004 b; Schad 2003; Buch/Frieling 2001 und 2002). So beauftragte die Unfallkasse Hessen u.a. Wissenschaftler der Gesamthochschule Kassel mit entsprechenden Messungen in sieben unterschiedlichen Kitas. Die Messergebnisse wiesen hohe Werte nach: So erreichte über ein Drittel der Messungen Werte von 85dB; der Spitzenwerte lag bei 113 dB (vgl. Buch/Frieling 2001: 7). Auch die Süddeutsche Zeitung berichtete über Messergebnisse in einem städtischen Kindergarten in Bayern, die einen Schallpegel von 89,1 dB ergaben (vgl. Schad 2003: 40).

Zwar wird bei der Messung von extraauralen Lärmwirkungen vonseiten der Technischen Regel zur Lärm- und Vibrationsarbeitsschutzverordnung – TRVL – auf mögliche betroffene Bereiche, wie Bildung, Erziehung und Sport, hingewiesen. Dass vom Gesetzgeber dennoch daran festgehalten wird, dass die Gefährdung durch Lärm in den Kitas in der Regel unterhalb der Gehörschädigenden Auslösewerte liegen würde, kommt nach Meinung einer Expertin nicht von ungefähr:

„... der Arbeitsplatz von Erzieher/innen „entzieht“ sich der Anwendung der UVV „Lärm“ bzw. der Arbeitsstättenverordnung, da beide Verordnungen davon ausgehen, dass die Ursachen der Geräuschemission und der Lärmimmission

Maschinen und Geräte oder Arbeitsverfahren sind, die ggf. technisch beeinflussbar sind (siehe §§ 3-5 UVV „Lärm“) (Schad 2003: 18).

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gehen davon aus, dass z.B. bei geistiger Arbeit schon 55 dB als Leistungsbeeinträchtigung gelten und die psychischen Belastungen der Betroffenen und damit auch Schädigungen ihrer Gesundheit bereits unterhalb dieses Grenzwertes von 80-85 dB eintreten können. Dabei ist die Schädigung nicht nur eine des Gehörs, sondern sie hat auch Wirkungen auf Blutdruck und Herzfrequenz, sie bewirkt Ermattung und Kopfschmerzen und beeinträchtigt das Konzentrationsvermögen usw. (vgl. Sächsisches Staatsministerium 2009: 68; Seibt et al. 2005: 13).

Beim Zustandekommen einer Schädigung spielen z.B. in den Kitas Raumgröße und -gestaltung sowie die Gruppengröße eine zentrale Rolle.

„In der Regel sind die Gesundheitsgefährdungen anders gelagert und vielfältiger. Komplexe, ‚schwer messbare‘ Lärmbelastigungen führen zu fehlenden Bewertungskriterien, was bedeutet, dass mangels Grenzwerten kein Handlungserfordernis festgestellt wird“ (Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2011: 33).

Es existieren keine gesetzlichen Richtwerte für den zulässigen Schallpegel bei Erziehungstätigkeiten. Die eigentliche Lärmquelle – die Beschäftigten und ihre Betreuten – können nicht Lärm mindernd ausgestattet werden. Hier sind zum einen neue Lärmbewertungsgrößen gefragt, zum anderen müssen raumakustische Maßnahmen getroffen werden, die Gruppengrößen der Kinder reduziert und Lärmpausen eingerichtet werden (vgl. Schad 2003: 21; Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2006).

Körperliche Anforderungen

Entgegen der Einschätzung der Bundesagentur für Arbeit, die die Erziehungstätigkeit nach wie vor als leichte bis mittelschwere Arbeit charakterisiert, gaben in der DGB-Studie 43 % der Befragten an, dass sie durch körperliche Anforderungen belastet werden (vgl. Fuchs/Trischler 2009: 20). Als Ursache für diese gesundheitlichen Beschwerden werden ungünstige Arbeitshöhen, Bücken, Heben, Tragen und eine einseitige, unbequeme Körperhaltung, wie z.B. niedriges Sitzen in gebeugter und gedrehter Haltung, genannt (vgl. Weber et al. 2011; Thinschmidt 2010: 21). Nach einer Studie in Kasseler Kitas werden laut Bundesverband der Betriebskrankenkassen 1996 nur 32 % aller sitzenden Tätigkeiten in „normaler Sitzhaltung“ ausgeführt (vgl. Khan 2004).

Die körperlichen Anforderungen gliedern sich nach Rudow (2004 b) in drei Bereiche:

- *Stimmliche Belastung*
- *Belastung durch ungünstige Körperhaltungen*
- *Belastung durch Heben und Tragen der Kinder* (vgl. Khan 2009: 18).

Die *stimmliche Belastung* aufgrund von häufigem lautem Sprechen, um sich im Lärm Gehör zu verschaffen, geben nach Rudow (2004 b) 80 % der Befragten an. Die Arbeitsumgebung in den Kitas richtet sich nach den Körpermaßen der Kinder aus, sodass ein zweiter Bereich der körperlichen Belastungen vor allem auf eine *ungünstige Körperhaltung* auf nicht erwachsenengerechten Stühlen zurückzuführen ist:

„Die Beschäftigten sitzen zu niedrig (Sitzhöhe ca. 30 cm) auf Stühlen mit zu kleiner Sitzfläche, lehnen sich an zu niedrige Lehnen und verdrehen ihren Rumpf, wenn es darum geht, am Tisch zu sitzen, zu basteln oder zu essen“ (Thinschmidt 2010: 21 f.).

Diese Belastung ist deshalb kritisch, weil sie täglich länger als eine Stunde vorkommen kann. Nach Buch und Frieling sitzt die Erzieherin bzw. der Erzieher ca. 120 Minuten pro Arbeitstag zum größten Teil in gebeugter bzw. gedrehter Körperhaltung (vgl. Khan 2007: 46). Nach einer Studie der *Evangelischen Fachstelle für Arbeitssicherheit* beträgt der Anteil der sitzenden Körperstellung oft bis zu vier Stunden (vgl. Khan 2007: 46). Diese einseitige körperliche Arbeit mit verdrehter Haltung des Oberkörpers und schräger Beinstellung wird unterschätzt und ist eine der Ursachen für Rückenbeschwerden (vgl. Fuchs/Trischler 2009: 20).

„Die niedrigen Kindertische erlauben das Unterstellen der Beine nicht, so dass die/der Erzieher/-in oft parallel zum Tisch sitzen muss“ (Schad 2003: 27).

Als dritter Bereich der körperlichen Belastungen, die sich auf die Wirbelsäule auswirken, werden das *Heben und Tragen von Kindern* als Belastungsfaktoren genannt.

Nach Rudow erlebt fast die Hälfte der Erzieherinnen und Erzieher das Heben und Tragen als belastend. Demgegenüber sehen Buch und Frieling im Heben und Tragen der Kinder keine Gesundheitsgefährdung, da diese körperliche Belastung täglich nur für einige Minuten pro Arbeitstag wirken kann (vgl. Khan 2007: 46; Schad 2003: 31). Auch wenn die Kita-Beschäftigten angewiesen werden, weniger zu tragen, so wird dennoch beim regelmäßigen Heben und Tragen der Lastgewichte der Kinder von einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von Bandscheibenerkrankungen der Lendenwirbelsäule ausgegangen (vgl. Schad 2003: 31; Khan 2009).

Vor dem Hintergrund der zu erwartenden wachsenden Betreuungskapazitäten und der damit einhergehenden zusätzlichen körperlichen Belastung der Beschäftigten stellen Experten insbesondere im Bereich Muskel-Skelett-Erkrankungen noch Forschungsdefizite fest:

„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“ (Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung IFA 2011).

Um dieses Forschungsdefizit mit abzubauen, wurde 2011 im Rahmen des Projekts *„ErgoKita: Ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen in Kindertageseinrichtungen“* eine aktuelle Interventionsstudie über die Arbeitsbedingungen in den Kitas durchgeführt (vgl. Unfallkasse Hessen 2013). Unter Federführung des Instituts für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) und unter Beteiligung der Unfallkassen, der BGW, der DGUV und von arbeitswissenschaftlichen Instituten wurden Erhebungen zur Belastungssituation in den Kitas und eine wissenschaftliche Evaluation von Präventionsmaßnahmen durchgeführt. Basierend auf der umfassenden Analyse der Arbeitssituation in neun untersuchten Kindertageseinrichtungen, wurden Anfang 2013 konkrete Präventionsansätze abgeleitet. Diese bestanden sowohl aus verhältnispräventiven Maßnahmen (beispielsweise ergonomischem Mobiliar) als auch aus verhaltenspräventiven Empfehlungen (beispielsweise Durchführung von Ergonomie-Workshops für Erzieherinnen und Erzieher). In den Kitas mit mittlerem und hohem Interventionsbedarf wurden diese Präventionsansätze 2013 umgesetzt und die Wirksamkeit der Maßnahmen mithilfe der zuvor genutzten Methoden (u.a. mit standardisierten Fragebögen und physiologischen Messungen) überprüft. Die Ergebnisse sollen im Jahr 2014 in Form eines IFA-Reports publiziert und anschließend als Handlungshilfen für die Praxis aufbereitet werden (vgl. Weber et al. 2011).

Arbeitsorganisation und Beschäftigungssituation

In diesem Bereich werden in den ausgewerteten Studien v.a. die Belastungsfaktoren zusammengefasst, die sich aus den Strukturen und der Organisation der pädagogischen Arbeit ergeben. Hierzu zählen u.a.

- Art und Größe der Kita
- Gruppengröße (Anzahl der Kinder; Gruppenzusammensetzung und Alter)
- Pädagogisches Konzept, Anzahl und Zusammensetzung des Teams (Alter, Qualifikation)
- Kooperation mit Kollegen und Kolleginnen
- Personal- und Zeitmangel (Kompensation von Krankheit, Urlaub, Fortbildung)
- Arbeitszeit
- Einkommen
- Befristete Verträge.

Anzahl der zu betreuenden Kinder

In der Studie von Rudow haben z.B. 77 % der Befragten darüber geklagt, dass die *Gruppenstärke* zu hoch sei und deshalb nicht alle Kinder ausreichend gefördert werden könnten (vgl. Rudow 2004 a: 8; Rudow 2004 b: 4). Eine ähnliche Beurteilung geben Erzieherinnen und Erzieher der *saarländischen Studie* ab: Hier meinen 63 Prozent, dass sie den Kindern nicht gerecht werden können, und 45 % sehen den Grund hierfür in der Gruppengröße (vgl. Botzet/Frank 1998).

„Pädagogisches Personal bemängelt in zahlreichen Studien, dass die zu großen Kinderzahlen pro Gruppe die pädagogische Arbeit erschweren. Das wirkt sich besonders negativ in der gezielten Arbeit mit einzelnen Kindern aus, vor allem da der Anteil von Kindern mit Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten in der letzten Zeit stetig ansteigt“ (Thinschmidt 2010: 19).

Arbeitsintensität und Zeitdruck

Im *DGB-Index* gibt über die Hälfte der Befragten an, unter zu hoher *Arbeitsintensität* zu leiden. Die Beschäftigten arbeiten unter *Zeitdruck*, es fehlen Zeitpuffer, die die gesundheitsgefährdenden Formen der *Arbeitsverdichtung* abfedern können (vgl. Fuchs/Trischler 2009: 18 f.). Ein Drittel der hier Befragten fühlt sich von der *Arbeitsintensität* und den körperlichen und emotionalen Belastungen betroffen (vgl. Fuchs/Trischler 2009: 8 f.). Dies bestätigt auch die *Sonderauswertung des DGB-Index zur Arbeitsintensivierung und Leistungsverdichtung* in unterschiedlichen Wirtschaftszweigen: Die Beschäftigten aus den Bereichen Erziehung und Unterricht geben hier mit 64 % und aus dem Gesundheits- und Sozialwesen⁵ mit 68 % an, dass sie in den letzten Jahren immer mehr zur gleichen Zeit schaffen müssen (siehe Abbildung 6).

5 Die Beschäftigten der frühkindlichen Betreuung in den Kitas wurden laut Aussagen des DGB-Index in diesen Bereichen verortet.

Arbeitsintensivierung, Leistungsverdichtung – Die Angaben der Beschäftigten nach Wirtschaftszweigen

„Ich habe den Eindruck, dass ich in den letzten Jahren immer mehr in der gleichen Zeit schaffen muss“

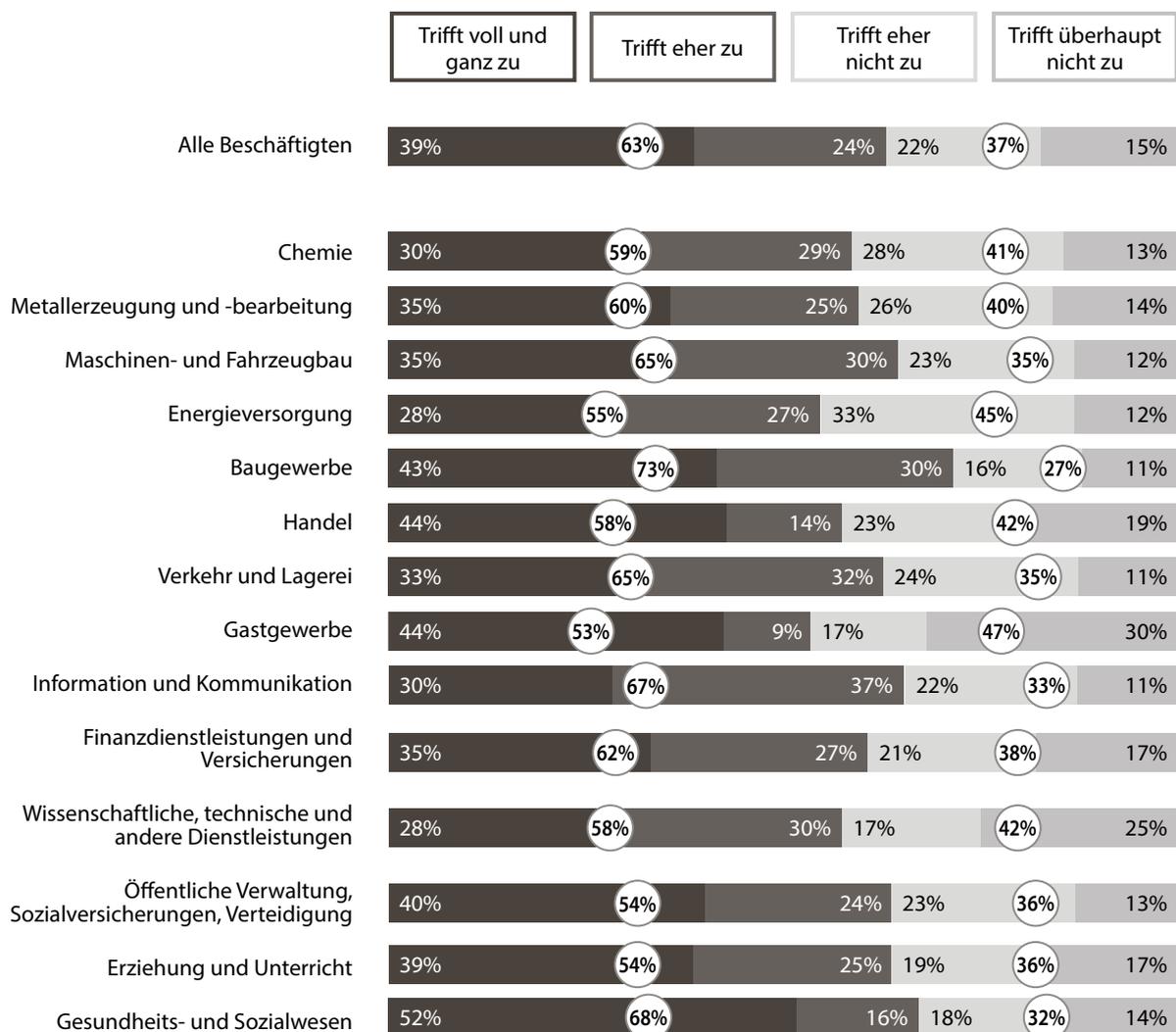


Abbildung 6:
Arbeitsintensivierung, Leistungsverdichtung
(Quelle: DGB-Index Gute Arbeit 2012: 8)⁶

⁶ Download unter <http://www.dgb-index-gute-arbeit.de/downloads/bilddatenbank> (Zugriff 27.03.2014)

Die im Erziehungsberuf vorherrschende *Teilzeitbeschäftigung* erschwert darüber hinaus die Organisation des Personals und die Dienstplangestaltung, die kurzfristig greifen und auf familiäre Bedarfe eingehen muss und oft den Austausch und die Kommunikation im Team unterbindet. Trotz der hohen Anforderungen an die intensive Bildungsförderung der Kinder steht danach den Erzieherinnen und Erziehern zu *wenig Vorbereitungszeit* zur Verfügung: 21 % der Befragten gaben in der *GEW-Studie* an, dass sie für die Vorbereitung überhaupt keine Zeit haben und diese nach der Arbeit und meist zuhause erledigen (vgl. GEW 2007 a und b; Riedel 2008: 11 f.).

In der Befragung des Erziehungspersonals in Sachsen verdeutlichen *Thinschmidt und Gruhne* die steigende Entwicklung dieser Zeitbedarfe in einem Vergleich der Jahre 2005, 2007 und 2009 und stellen fest, dass der Mangel an Zeit für die Vor- und Nachbereitung der Arbeit in den Kitas immer gravierender geworden ist (siehe Abbildung 7).

In der Bestimmung der gesundheitlichen Belastungen zeigt die *Bremer Studie* am Beispiel der *Pausengestaltung*, wie sich hieran die besonderen Belastungen der Kita-Tätigkeit zusammenfassen lassen: Die Auseinandersetzung um die Gestaltung der Pausen sieht in einigen Einrichtungen so aus, dass die Beschäftigten – auch weil der Rückzug vor dem Lärm bzw. die Räumlichkeiten dafür fehlen – keine Pause machen, sondern lieber eine Viertelstunde früher gehen, obwohl das nicht erlaubt ist und in der Regel auch nicht funktioniert. In anderen Kitas werden die Pausen verfügt, um den gesetzlichen Anspruch zu erfüllen, wohl wissend, dass – aufgrund des zu niedrigen Personalschlüssels – die Pause der einen eine Belastung für die anderen Beschäftigten darstellen kann (vgl. Almstadt et al. 2012: 40 f.).

Auch in der Arbeitswissenschaft herrscht Einigkeit über die Notwendigkeit von Pausen, da die Belastungen und die verschleißende Wirkung der Arbeit ohne Pause mit steigendem Alter zunehmen.

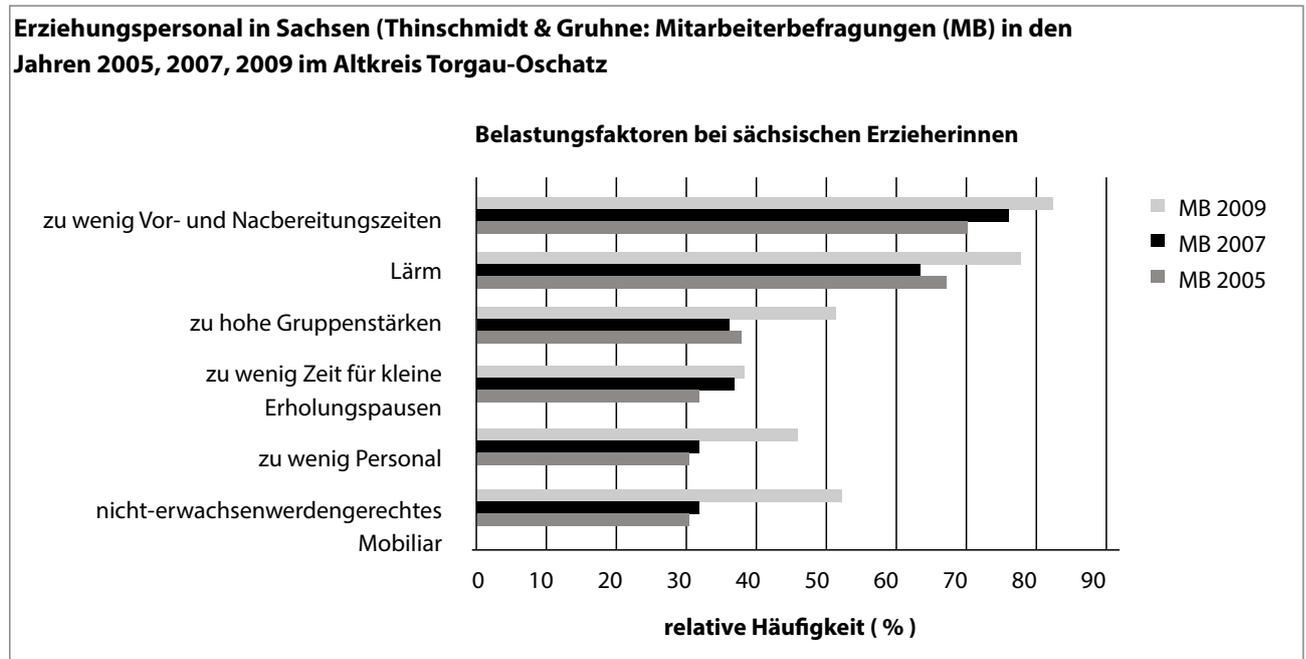


Abbildung 7:
Belastungsfaktoren bei sächsischem Erzieherpersonal in den Jahren 2005, 2007, 2009
(Quelle: Thinschmidt 2012 a)

Pausengestaltung

Aufgrund der *personellen Unterbesetzung* bleibt zum einen wenig oder gar keine Zeit für *Pausen* (vgl. Khan 2009). In der *saarländischen Studie* beklagen 22 Prozent der Befragten, dass sie zwischendurch nicht einmal eine Minipause einlegen können, da ständige Aufmerksamkeit von ihnen gefordert wird. In der Befragung in *Baden-Württemberg* nennen 72 % der Befragten den Mangel an Entspannungszeit (vgl. Rudow 2004 a).

Vorausschauend stellten *Illmarinen und Tempel* 2002 fest:

„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“ (Illmarinen/Tempel 2002: 250).

Die Frage stellt sich, wie unter den beschriebenen Bedingungen der Arbeitsumgebung überhaupt Pausen in Ruhe realisiert werden können. Insoweit will die Bremer Studie es nicht gelten lassen, dass der Verzicht auf eine Pause ein Beleg für die Unvernunft der Erzieherinnen und Erzieher ist, sondern dieser Umgang mit der Arbeitszeit verweist auf die Widersprüchlichkeit der Pausengestaltung in den Kitas (vgl. Almstadt et al. 2012: 41 f.).

Einkommenssituation und Beschäftigungsunsicherheit

Laut DGB Index berichtet die Mehrzahl der befragten Erzieherinnen und Erzieher von massiven Defiziten in ihrer Einkommenssituation und dass sie die Beschäftigungsunsicherheit subjektiv als Belastung empfinden:

„78 Prozent aller Erzieherinnen und Erzieher erfahren Belastungen durch fehlende Leistungs- und Bedürfnisgerechtigkeit des Einkommens. Dies sind zehn Prozent mehr als im Durchschnitt aller Befragten“ ((vgl. Fuchs/Trischler 2009: 36).

Die Arbeitsplatzunsicherheit und die damit einhergehenden befristeten Verträge belasten hiernach 26 % der Befragten.

„Beschäftigte empfinden ihren Arbeitsplatz oder ihre soziale Position als gefährdet und verbinden damit in der Regel eine weit reichende Bedrohung ihres beruflichen und außerberuflichen Lebens“ (Fuchs/Trischler 2009: 39).

D.h., diese Beschäftigungsunsicherheit stellt für einen Teil der Befragten eine Bedrohung ihres beruflichen Lebens und ihrer privaten Existenz bis hin zum Rentenalter dar:

„Nur vier Prozent glauben, dass sie gut von ihrer Rente leben können werden“ (Fuchs/Trischler 2009: 37).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Arbeitsorganisation und die hiermit verbundenen Beschäftigungsformen von Teilzeit und befristeten Verträgen bei niedrigem Einkommen, der dauernde Personalmangel und die Arbeitsverdichtung, der damit verbundene Zeitmangel, die Defizite in der Erzieher-Kind-Relation, die Formen der Zusammenarbeit im Team und der fehlende Handlungsspielraum der Erzieherinnen und Erzieher zu erheb-

lichen Belastungen und damit zu Gesundheitsgefährdungen der Beschäftigten in den Kitas führen können.

Quantitative und qualitative Vielfalt der Arbeitsaufgaben

Als pädagogische Fachkräfte wird dem Kita-Personal im Rahmen ihrer regulären Betreuungs- und Erziehungsaufgabe u.a. abverlangt, das in ihrer Ausbildung angeeignete Wissen in die tägliche Arbeit zu integrieren und weitere zusätzliche Arbeitsbelastungen zu bewältigen. Wie schon beschrieben, umfasst das Anforderungsprofil an die Fachkraft in der Kindertagesbetreuung dabei nicht nur die Grundaufgaben der Erziehung, Bildung und Betreuung, sondern v.a. auch die Kooperation mit den Eltern und Schulen, Konzeptentwicklung, Umsetzung von Evaluationsverfahren. Entwicklungsgespräche, Beobachtungen, Dokumentationen, Qualitätsmanagement – um nur einige zu nennen. Diese verschiedenen Aufgaben müssen parallel mit den sich überschneidenden Personenkontakten und auftretenden Störungen sowie meist unter großem Zeitdruck bewältigt werden:

„Das erleben viele Erzieherinnen und Erzieher als quantitative wie auch als qualitative Überforderung“ (Thinschmidt 2010: 20).

So fühlten sich nach Rudow rund 67,5 % der Befragten durch den Zeitdruck überfordert, unter dem sie vielfältige Aufgaben erfüllen müssen (vgl. Rudow 2004 a: 8). 57,8 % der Beschäftigten gaben an, dass sie zu viele Aufgaben zu erfüllen hätten und sie innerhalb ihrer Ausbildung hierfür nicht hinreichend qualifiziert worden seien (vgl. Rudow 2004 a: 8; Khan 2007: 41 f.).

Auch in einer aktuellen Auswertung des DGB-Index Sonderauswertung wird die Belastung, die Arbeit unter Zeitdruck – verbunden mit Arbeitshetze – auszuüben von dem Personal aus dem Bereich Erziehung und Unterricht und Gesundheits- und Sozialwesen, bestätigt. Hier geben 53 % bzw. 65 % an, dass sie häufig und oft unter Zeitdruck arbeiten und sich dabei gehetzt fühlen (siehe Abbildung 8).

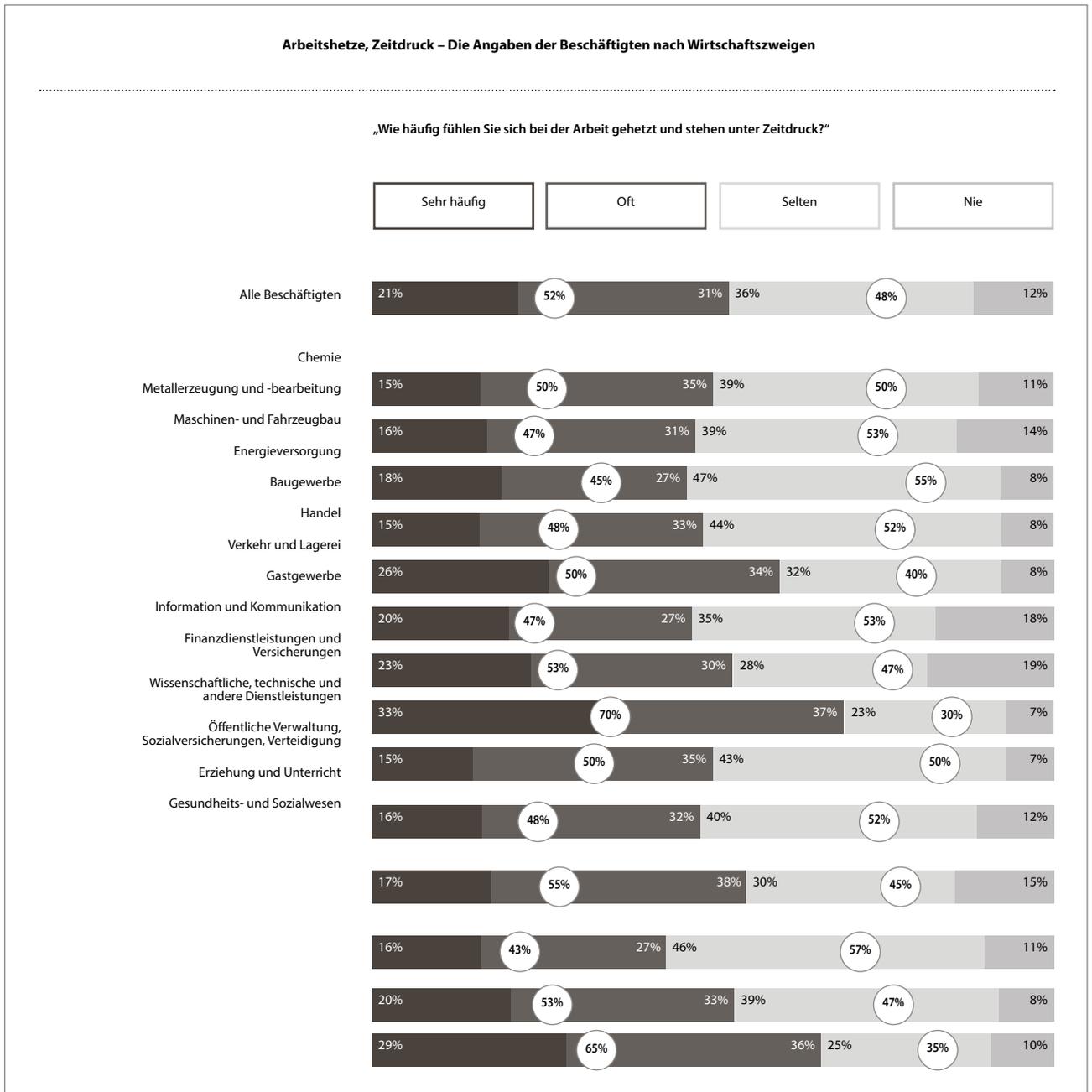


Abbildung 8:
Arbeitssetze, Zeitdruck
 (Quelle: DGB-Index Gute Arbeit 2012: 6)

Dass aus diesen Anforderungen der Arbeitsorganisation und der Arbeitsinhalte, verbunden mit Termin- und Leistungsdruck, erhebliche psychische Belastungen resultieren können, bestätigt der aktuelle Stressreport der *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)* insbesondere für die Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens sowie im Bereich von Erziehung und Unterricht (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA 2012: 43).

Neben der *Quantität der Aufgaben* stellt die *Qualität der Aufgabenvielfalt* eine weitere Belastung dar: Als wesentliche Belastungen werden hier der Verantwor-

tungsumfang, die Vielzahl der sozialen Kontakte sowie die Anforderungen an Qualifikation, Kreativität, Konzentration, Geschicklichkeit und Hören genannt, die zusammengefasst als Anforderung von *Multitasking* die Beschäftigten insgesamt quantitativ und qualitativ überfordert (vgl. Fuchs-Rechlin 2007; Rudow 2004 a; Thinschmidt 2010: 20).

Die hier erwartete ständige Konzentrationsfähigkeit und die damit verbundene Aktivierung vieler Informationen im Gedächtnis stellen eine Belastung dar, die in der Kombination mit den anderen beschriebenen Belastungsfaktoren die Psyche und die Physis der Beschäftig-

ten beeinträchtigt (vgl. Freude/Weißbecker-Klaus 2012: 129 f.).

In den *Interviews der Bremer Studie* hat eine Kita-Leitung diesen Zustand ständiger Anspannung folgendermaßen charakterisiert:

„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 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 es den ganzen Tag. D.h. Multitasking im permanenten Lärmumfeld. Da ist man abends ausgelaugt. Das setzt einem mit fortschreitendem Alter immer mehr zu“ (Almstadt et al. 2012: 40).

Emotionsarbeit

Eine wesentliche soziale Funktion üben die Beschäftigten im Erziehungsberuf in der intensiven Auseinandersetzung mit Kindern und deren Eltern aus. Hier werden die Beschäftigten mit dem Leid und den Konflikten anderer konfrontiert und sind gefordert, sich damit professionell auseinanderzusetzen. In dieser Art der Emotionsarbeit müssen die Beschäftigten ihre Gefühle bewusst steuern und kontrollieren:

„Die Erzieherin soll zum Zwecke der erforderlichen Aufgabenerfüllung ihre Gefühle bewusst steuern und kontrollieren,

sie den Arbeitserfordernissen anpassen, z.B. Launen gegenüber den Kindern und Eltern unterdrücken, und vor allem eine positive Stimmung verbreiten“ (Rudow 2004 a: 8).

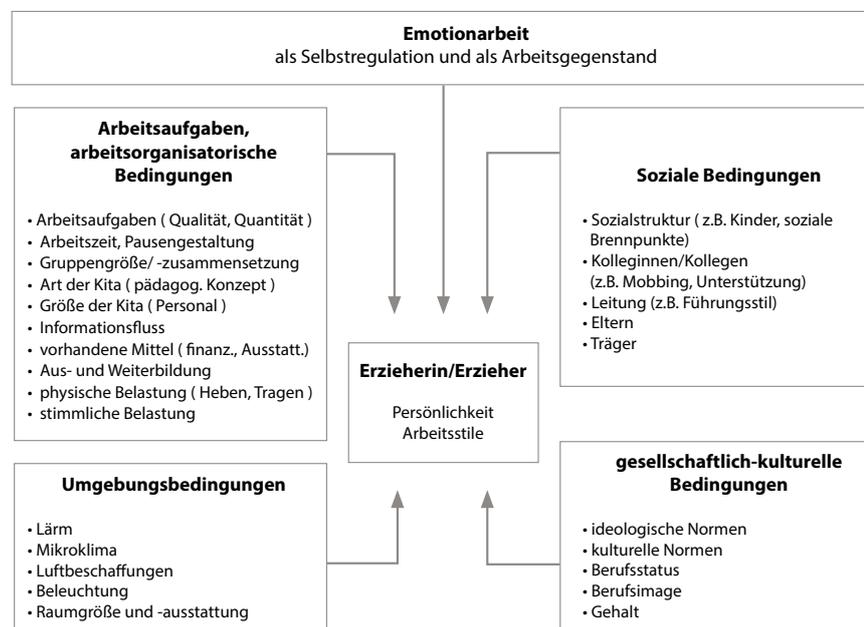
Diese Regulierung und Selbstkontrolle der eigenen Gefühle stellen eine eigenständige Aufgabe dar, die unter bestimmten Umständen auch als Zusatzbelastung empfunden wird (vgl. Thinschmidt 2010: 22; Fuchs/Trischler 2009: 20; Rudow 2004 a: 8). In dem *DGB-Index* gibt rund ein Viertel der Befragten an, durch emotionale Anforderungen belastet zu sein (vgl. Fuchs/Trischler 2009: 20).

Insbesondere wird auch die Arbeit mit den Eltern oft kritisch eingeschätzt (vgl. Riedel 2008: 16 f.). In der saarländischen Studie meinen 46 % der Befragten, dass die Eltern oft an ihren pädagogischen Fähigkeiten zweifeln würden, und 40 % sind der Auffassung, dass die Eltern zu hohe Ansprüche an sie stellen würden (vgl. Botzet/Frank 1998). *Thinschmidt* bestätigt diese mangelnde Anerkennung durch die Eltern und die hier fehlende Kooperationsbereitschaft als Belastungsfaktor. Erschwerend wirken sich hier v.a. auch der soziale Hintergrund der Klientel, wie z.B. Migrationshintergrund, die Stadtteile als soziale Brennpunkte und zum Teil auch die mangelnde Unterstützung durch Kolleginnen/Kollegen und die Kita-Leitung aus (Thinschmidt 2010: 23).

Orientiert an *Rudow* und unter Berücksichtigung der vorliegenden Forschungsergebnisse fasst *Thinschmidt* in der folgenden Abbildung die Charakteristik der pädagogischen Arbeit unter dem Schwerpunkt der Emotionsarbeit zusammen (siehe Abbildung 9).

Charakteristik pädagogischer Arbeit in Kitas

Abbildung 9:
Charakteristik pädagogischer Arbeit in Kitas
(Quelle: Thinschmidt 2007)



7.3 Außerberufliche Belastungen

Bisher liegen nur wenige Studienergebnisse darüber vor, die sich mit den außerberuflichen Belastungen und insbesondere der Doppelbelastung von Familie und Beruf der Erzieherinnen und Erzieher befassen. Khan bemängelt, dass

„...in den Untersuchungen selten die häuslichen Belastungen[,] wie Hausarbeit, Kinderbetreuung und Pflege kranker Angehöriger[,] gesondert erfasst wurden“ (Khan 2009: 12)

Die familiäre Situation und die damit verbundene Lebenswirklichkeit der vorwiegend weiblichen Erzieherinnen werden erstmalig in der Auswertung des *Mikrozensus 2008* analysiert (vgl. Fuchs-Rechlin 2010: 8 f.). Hier gab es einerseits eine erste Entwarnung zur ökonomischen Situation der Erzieherinnen, die bei einer Vollzeitbeschäftigung ihren Lebensunterhalt aus der eigenen Erwerbsarbeit bestreiten können und - abgesehen von der Armutsgefährdung Alleinerziehender - sich damit besser stehen als die erwerbstätigen Frauen insgesamt. Unterstellt wurden hierbei allerdings eine Vollzeitbeschäftigung in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis und das Zusammenleben in einer Partnerschaft. Da jedoch in den meisten Fällen eine Teilzeitbeschäftigung vorliegt, wird - wie in Kapitel 4.3. ausgeführt - insbesondere die Arbeitssituation der jüngeren Fachkräfte als prekär beurteilt. Nach Auswertung des *Mikrozensus* leben 55 % der untersuchten Erzieherinnen und Kinderpflegerinnen in einer Lebensform mit Kindern. 45 % der Fachkräfte gehören einer Paarfamilie (unverheiratet oder verheiratet) an, 10 % sind alleinerziehend und 19 % alleinstehend (vgl. Fuchs-Rechlin 2010: 3). Das Erwerbsverhalten unterscheidet sich nach der jeweiligen Lebensform: Die höchste Vollzeitquote (70 %) findet sich bei den Alleinstehenden, gefolgt von den Paaren ohne Kinder (60 %). Die Alleinerziehenden kommen auf eine Vollzeitquote von 46 %, während bei Personen mit Paarfamilien nur 32 % Vollzeit arbeiten:

„Dies deutet zum einen darauf hin, dass Alleinerziehende nicht nur die Hauptverantwortung für die Erziehung und Betreuung der Kinder tragen, sondern auch die Hauptverantwortung für den Lebensunterhalt auf ihnen lastet (Ausgleich der ökonomischen Deprivation im Scheidungs- bzw. Trennungsfall). Zum anderen ist dieser Befund ein Hinweis auf die klassische Rollenverteilung von Frauen und Männern in Paarfamilien“ (Fuchs-Rechlin 2010: 10).

Im *DGB-Index* wurden darüber hinaus die Beschäftigten danach befragt, inwieweit der Arbeitgeber Rücksicht auf die Bedürfnisse der Familien nimmt. Während hier

über die Hälfte der Befragten angibt, dass die familiären Bedürfnisse berücksichtigt werden, verneinen dies 21 Prozent (vgl. Fuchs/Trischler 2009: 54). Dabei sind es v.a. die Älteren, die Beruf und Privatleben in hohem und sehr hohem Maße miteinander vereinbaren können, während die Jüngeren hier eher unzufrieden sind:

„Während bei Beschäftigten über 40 Jahre zwei Drittel der Befragten das Verhältnis für ausreichend halten, sind dies bei den Jüngeren nur rund die Hälfte – 26 Prozent halten das Verhältnis für nicht ausgewogen“ (Fuchs/Trischler 2009: 52).

Insgesamt wird deutlich, dass die Erzieherinnen und Erzieher, die gute Arbeitsbedingungen haben, das Verhältnis von Beruf und privatem Leben für ausgeglichen halten, während bei denjenigen, die schlechten Arbeitsbedingungen und dementsprechend hohen Belastungen ausgesetzt sind, diese Ausgewogenheit nicht festzustellen ist (vgl. Fuchs/Trischler 2009: 53). Das hat sicher auch seine Ursache darin, dass sich die intensiven, mit der emotionalen Arbeit in den Kitas verbundenen Belastungen nicht ohne Weiteres am Ende des Tages abschütteln lassen, sondern oft mit in den Familienalltag oder die Partnerschaft hineingetragen werden. Dieses Phänomen wurde ebenfalls von dem *DGB-Index Sonderauswertung* bestätigt, in der 63 % der Befragten aus dem Bereich Erziehung und Unterricht und 43 % aus dem Bereich Gesundheits- und Sozialwesen angeben, dass es ihnen schwerfällt, nach der Arbeit abzuschalten (siehe Abbildung 10).

Die Abgrenzung zwischen Beruf und Privatbereich wird durch die hohen Anforderungen des Arbeitsalltags im Erziehungsberuf zunehmend erschwert und statt einer Work-Life-Balance wird eine ständige Überbeanspruchung thematisiert:

„Eine „Work-Life-Balance“ als Gesamtkonzept gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen rückt daher für viele MitarbeiterInnen gerade in Bildungsstätten, also auch in den Kitas, in weite Ferne“ (Sommer et al. 2011: 23).

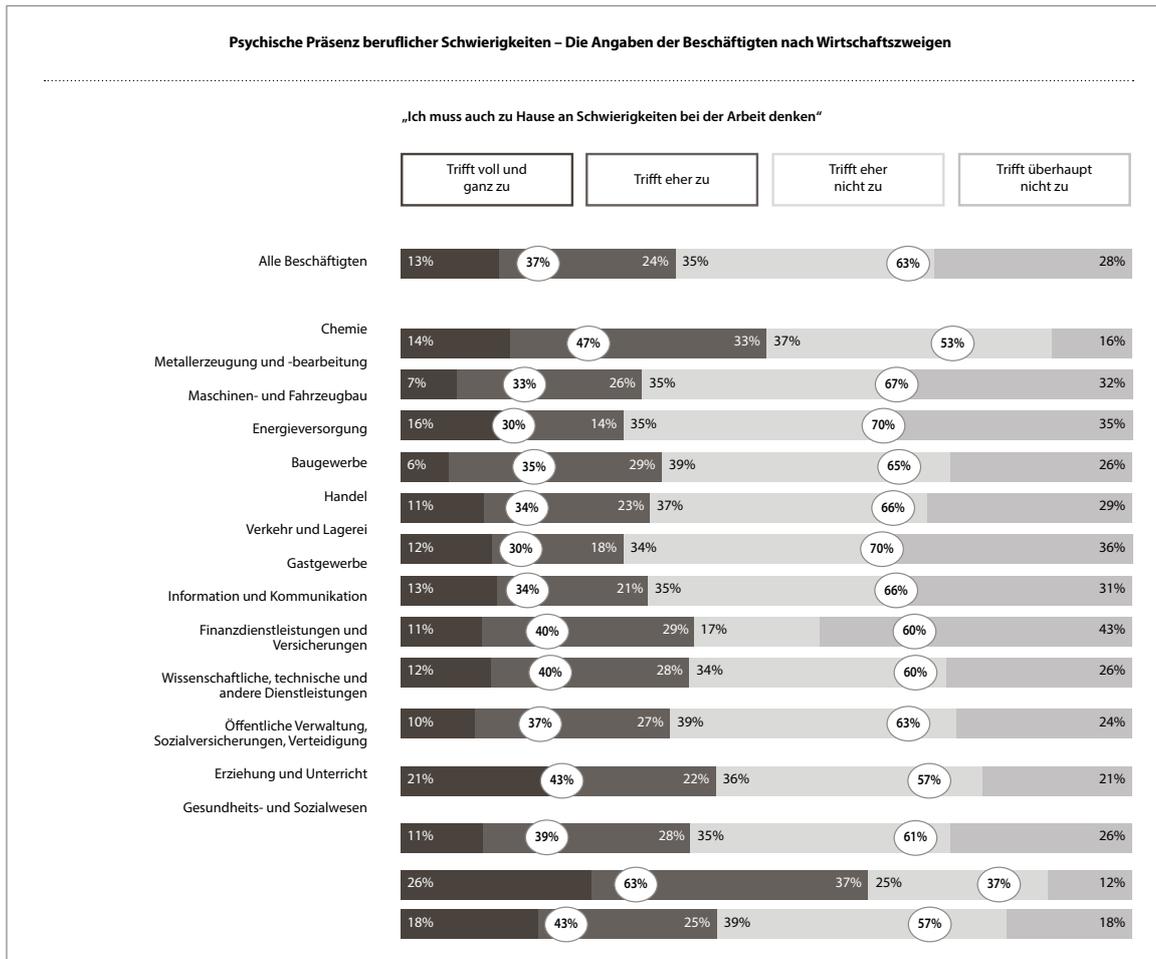


Abbildung 10:
Psychische Präsenz beruflicher Schwierigkeiten
 (Quelle: nach DGB-Index Gute Arbeit 2012: 19)⁷

In den Interviews, die im Rahmen der *Bremer Studie* mit den Kita-Leitungen geführt wurden, waren die außerberuflichen Belastungen zwar nicht Gegenstand der Gespräche, dennoch wurden hier einige Aspekte thematisiert. So führte eine Gesprächspartnerin die nachhaltige Erschöpfung v.a. auf die familiären Belastungen 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“ (Almstadt et al. 2012: 44).

Darüber hinaus wurden hier auch Aspekte der jeweiligen Lebensstile und das gesundheitliche Risikoverhalten, wie z.B. Ernährungsverhalten, Tabak- und Alkoholkonsum, thematisiert (vgl. Almstadt et al. 2012: 44).

Wie schon im Kapitel 6.5 festgestellt, verfügen viele teilzeitbeschäftigte Erzieherinnen und Erzieher über ein so geringes Einkommen, dass sie ihren Lebensunterhalt nicht davon bestreiten können und einer Nebenbeschäftigung nachgehen müssen (vgl. Eibeck 2010). Das führt neben den familiären Verpflichtungen zu einer zusätzlich „außerhalb“ ihrer eigentlichen Berufstätigkeit angesiedelten Dreifachbelastung mit entsprechenden Konsequenzen für ihre gesundheitliche Situation:

„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..., der die Erzieherinnen bzw. Erzieher u.U. zur Annahme eines Nebenjobs nötigt. Dies hat Konsequenzen für die langfristige Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit“ (Almstadt et al. 2012: 22).

⁷ Download siehe Fußnote 6.

7.4 Die gesundheitliche Situation der Erzieherinnen und Erzieher

Die gesundheitliche Situation der Erzieherinnen wurde, wie in *Kapitel 5* schon ausgeführt - je nach Interpretation der jeweiligen Datenlage - anfänglich recht unterschiedlich eingeschätzt. Während diese Statements Anfang 2000 eventuell noch zutreffend waren, hat sich diese Situation in 2010 grundlegend geändert: Auch die Arbeitswissenschaften bestätigen, dass die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage der Erzieherinnen und Erzieher nach den Daten verschiedener Krankenkassen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist:

„(Die Daten) liegen deutlich über den Bundesdurchschnitt; im Gesamtvergleich des Öffentlichen Dienstes fallen Erzieher/innen ebenfalls durch überdurchschnittlich hohe krankheitsbedingte Ausfallzeiten auf“ (Mauz et al. 2011: 60).

Diese hohen gesundheitlichen Belastungen deuteten sich in der *BIBB/BAuA- Erwerbstätigenbefragung von 2005/2006* schon an. Hier konnten zum einen nur ein

sehr niedriger Anteil der Erwerbstätigen und noch weniger Erzieherinnen und Erzieher angeben, dass sie ihre Arbeit beschwerdefrei erleben:

„Insgesamt geben nur 18 Prozent – bei den Erzieherinnen bzw. Erziehern mit 13 Prozent sogar noch weniger – an, dass bei ihnen während bzw. unmittelbar nach der Arbeit keine gesundheitlichen Beschwerden auftreten“ (Fuchs-Trischler 2009: 48).

Im Vergleich mit anderen Berufsgruppen zeigte sich bei den Beschäftigten des Erziehungsberufs deutlich ein insgesamt abweichendes Spektrum der Beschwerden:

„Physische bzw. „muskulo-skeletale“ Beschwerden treten bei Erzieherinnen und Erziehern... häufiger auf. Insbesondere Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich, sowie Rücken-/Kreuzschmerzen treten bei 57 Prozent aller Erzieherinnen und Erziehern auf“ (Fuchs-Trischler 2009: 48).

In der *Dresdner Studie* (vgl. Seibt et al. 2005) wurde 2003 die folgende Rangfolge der Beschwerden erhoben (siehe Abbildung 11).

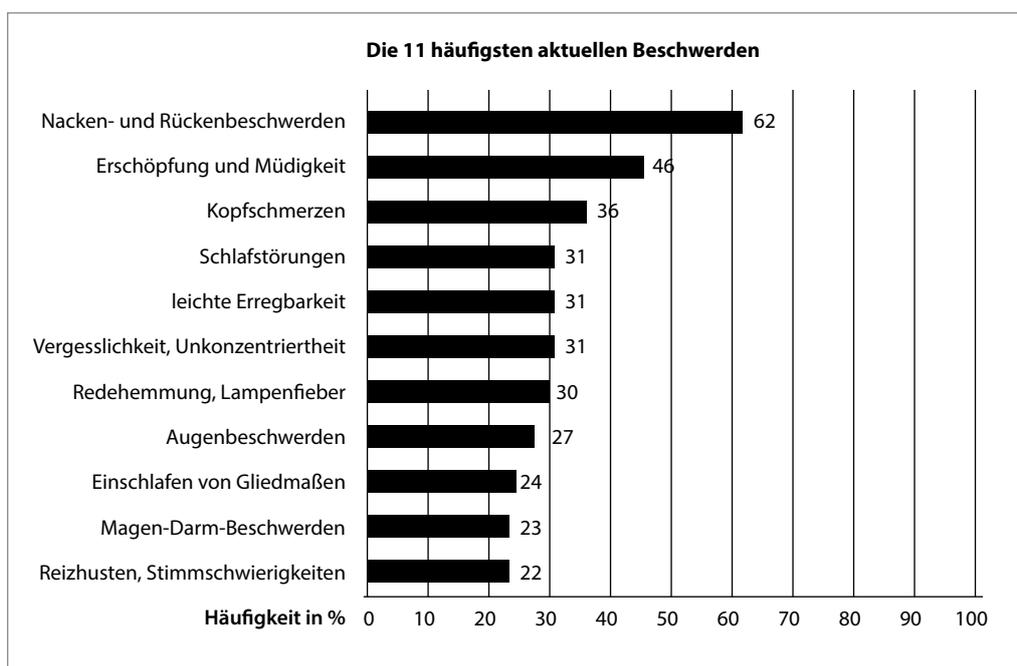


Abbildung 11:
Die 11 häufigsten Beschwerden
(Quelle: Khan 2007: 50)

Die im Kapitel 7.3.2 beschriebenen Arbeitshaltungen, die täglich länger als eine Stunde eingenommen werden, führen zu Rückenbeschwerden und in der Folge davon häufig zu Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen sowie zu Muskelverspannungen (vgl. Illmarinen/Tempel 2002: 94). So kommen zwangsläufig ungünstige Belastungen der Wirbelsäule zustande. Darüber hinaus zeigen sich hier eine grundsätzlich höhere Prävalenzrate von Muskel-Skelett-Beschwerden bei Frauen und eine höhere Belastung durch die unterschiedlichen Hebe- und Tragetechniken der Geschlechter (vgl. Illmarinen/Tempel 2002: 94 f.).

Neben Nacken- und Rückenbeschwerden sind im Vergleich mit anderen Beschäftigten v.a. zunehmend psychische und psychosomatische Erkrankungen im Erziehungsberuf verbreitet, die insbesondere auch das Immunsystem schwächen und die Infektanfälligkeit erhöhen (vgl. Khan 2004):

„Gewachsen ist vor allem der psychische Stress. Immer öfter wird wegen psychischen und Verhaltensstörungen krankgeschrieben. Das gilt für alle Berufsgruppen, aber auch hier liegen Sozialarbeiter und Erzieherinnen über dem Durchschnitt. In 10,5 Prozent der Fälle (2001: 7,3 Prozent) wurde bei ihnen die Arbeitsunfähigkeit durch eine psychische Erkrankung ausgelöst. Bei allen Berufsgruppen waren es nur 6,9 Prozent (2001: 5,1 Prozent). Doch auch hier ist das ein Anstieg von 35 Prozent“ (Jenter 2012: 19).

Eine emotionale Erschöpfung im Sinne eines Burn-outs wird seit ca. 10 Jahren in den Untersuchungen zur Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher festgestellt (vgl. Thinschmidt 2007):

„Etwa 10 % der Erzieherinnen fühlen sich emotional erschöpft oder ausgebrannt“ (Rudow 2004 a: 10).

Hier wurden

„... signifikante Zusammenhänge zwischen emotionaler Dissonanz, dem Widerspruch zwischen ausgedrückten und erlebten Gefühlen, und der Skala emotionaler Erschöpfung, die Teil des Burnout-Konstruktes ist, gefunden“ (Khan 2009: 14).

Nach Rudow sind neben der emotionalen Erschöpfung die psychosomatischen Beschwerden der Erzieherinnen und Erzieher, die sich in Kopfschmerzen, Ermüdung, Rücken- und Nackenschmerzen sowie in erhöhter Reizbarkeit äußern, noch auffälliger (vgl. Rudow 2004 a: 10). Anknüpfend an die Untersuchung von Frank und Botzet aus dem Jahr 1998, konnte Rudow 2004 im Rahmen der Untersuchung des Kita-Personals in Baden-Württemberg die Rangfolge der Beschwerden teilweise bestätigen bzw. noch differenzierter darstellen (siehe Abbildung 12).

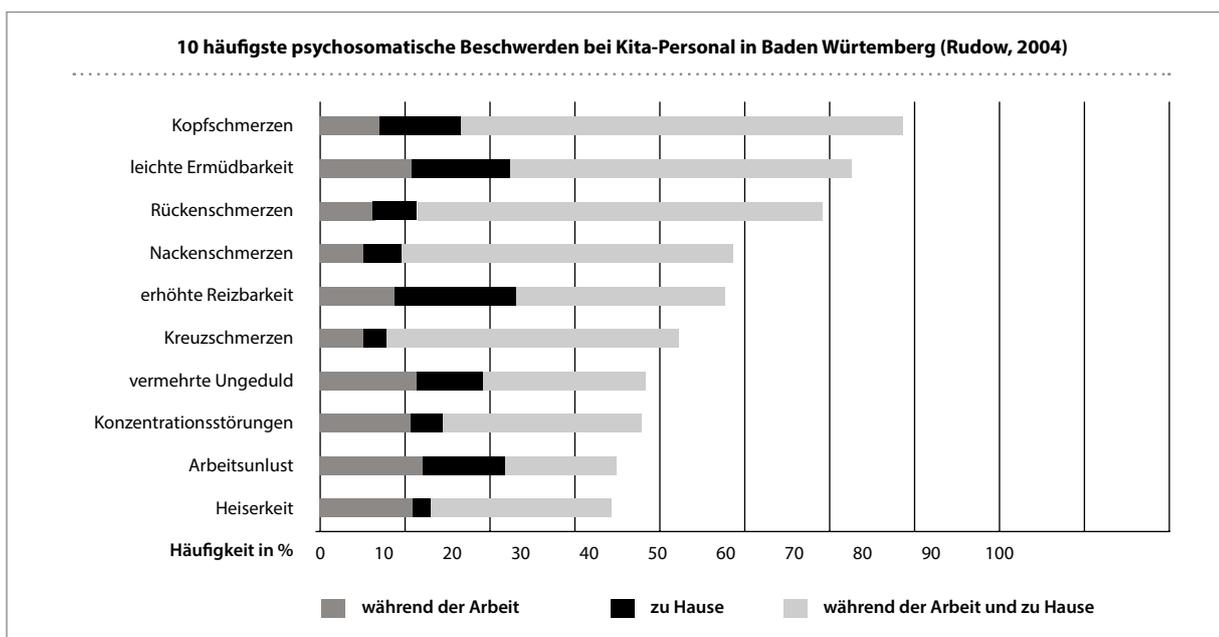


Abbildung 12:
10 häufigste psychosomatische Beschwerden bei Kita-Personal in Baden-Württemberg nach Rudow
(Quelle: Thinschmidt 2007)

2006 stellten *Thinschmidt* und *Gruhne* die häufigsten Beschwerden wie folgt zusammen (siehe Abbildung 13).

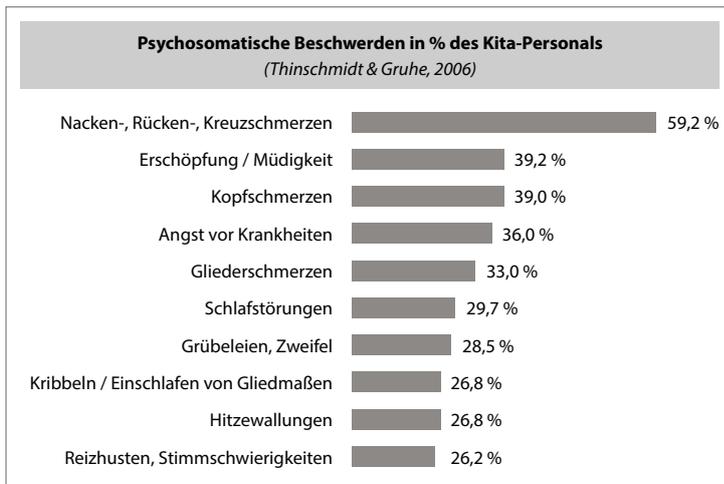


Abbildung 13:
Psychosomatische Beschwerden in % des Kita-Personals
(Quelle: *Thinschmidt/Gruhe 2006, zitiert nach Kliche/Unkauf 2010: 39*)

Für die Jahre 2005 – 2009 analysierten *Thinschmidt* et al. noch einmal die Entwicklung der zehn häufigsten Beschwerden beim Erziehungspersonal in Sachsen. Insgesamt lässt sich insbesondere bei den psychosomatischen Beschwerden ein weiterer Anstieg über die Vergleichsjahre konstatieren (siehe Abbildung 14).

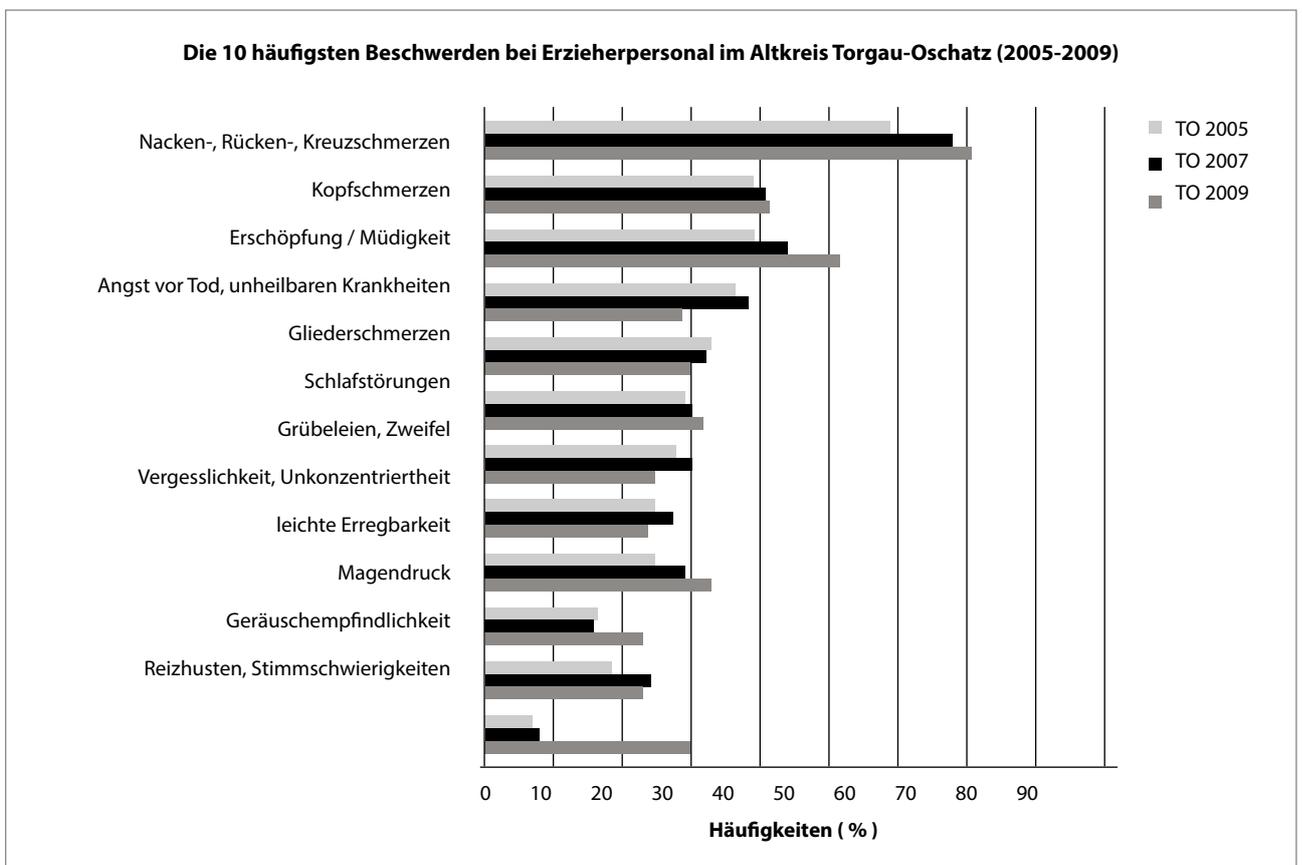


Abbildung 14:
Die 10 häufigsten Beschwerden beim Erzieherpersonal im Altkreis Torgau-Oschatz 2005-2009
(Quelle: *Thinschmidt 2012*)

Nach einer aktuellen Erhebung des Projekts *STEGE* zu den Erkrankungen der letzten 12 Monate bei den pädagogischen Fachkräften in Kitas in Nordrhein-Westfalen sind neben den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems weiterhin die psychischen Belastungen und psychosomatischen Beschwerden auf dem Vormarsch (siehe Abbildung 15).

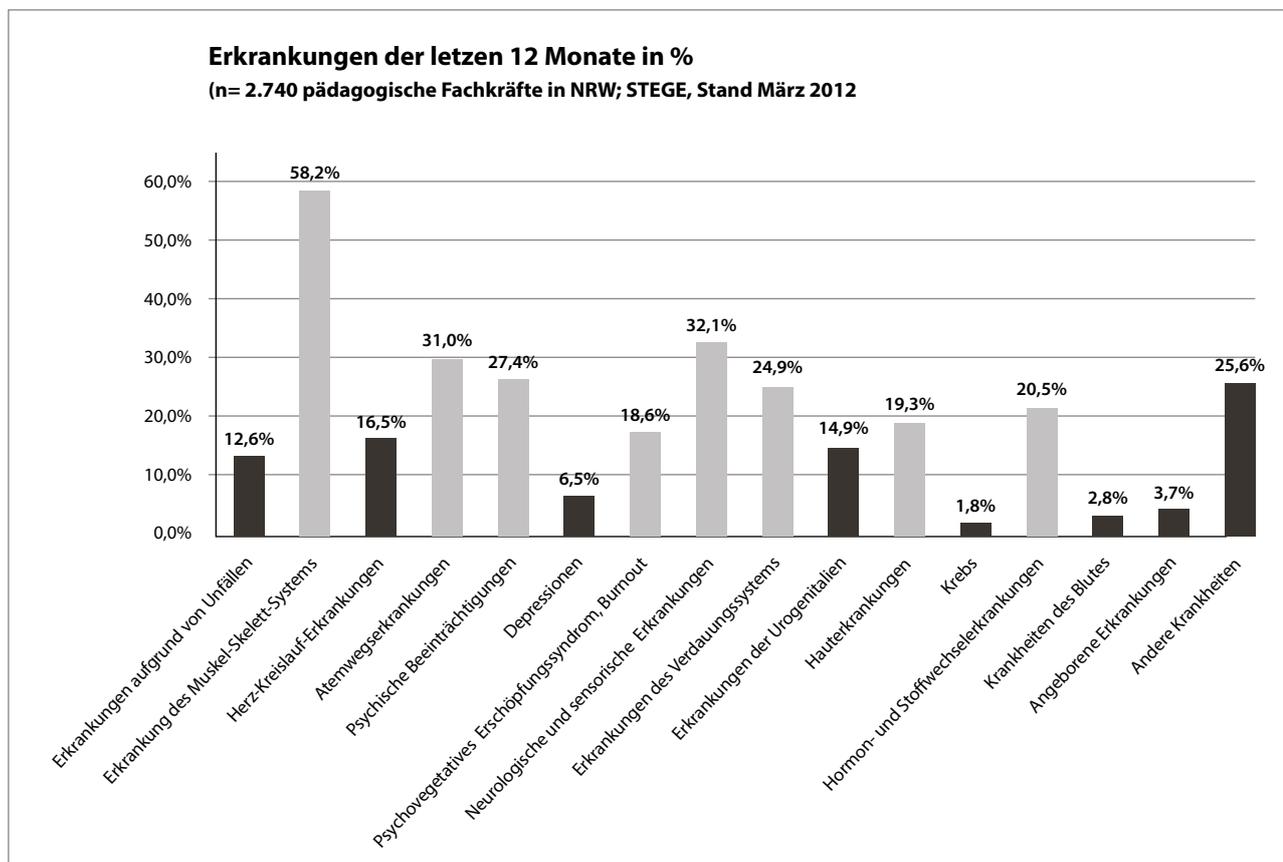


Abbildung 15:
Erkrankungen pädagogischer Fachkräfte in Kitas in NRW der letzten 12 Monate in %
(Quelle: Voss 2012)

Legt man die exemplarischen Untersuchungen aus den verschiedenen Jahren aus den unterschiedlichen Bundesländern in Ost und West zugrunde, so zeigt sich eine erschreckende Konstanz bei den Erkrankungen des Erziehungspersonals.

Die Folgeerscheinungen machen sich nicht nur an dem schon erwähnten hohen Krankenstand des Kita-Personals fest, sondern auch bei dessen Renteneintritt bemerkbar: Die Erzieherinnen und Erzieher gehen im Durchschnitt im Alter von 59 Jahren in den Ruhestand. Ca. ein Viertel gibt für den vorzeitigen Ruhestand gesundheitliche Probleme an (vgl. Eibeck 2010). Eine zusätzliche gesundheitliche Beeinträchtigung stellt sich dadurch ein, dass, wie im *Kapitel 5.5* schon ausgeführt, nur 26 Prozent der Befragten daran glauben, das Rentenalter gesund zu erreichen (vgl. Khan 2007: 50). Mit der Einschätzung ihrer eigenen, zukünftigen Arbeitsfähig-

keit formulieren die Befragten in *DGB-Index* eine Selbstbeurteilung ihres aktuellen Gesundheitszustands:

„54 Prozent aller befragten Erzieherinnen und Erzieher geben eine dezidiert pessimistische Prognose ab. Sie können sich – unter Berücksichtigung ihres Gesundheitszustandes und der Arbeitsbedingungen – nicht vorstellen, gesund durch die weitere Erwerbsphase zu kommen“ (Khan 2007: 50).

7.5 Hohe Arbeitszufriedenheit bei den Kita-Beschäftigten – beruflicher Idealismus oder gesundheitliche Ressource?

Angesichts der dargestellten gesundheitlichen Belastungen und Beanspruchungen des Erziehungspersonals scheint es auf den ersten Blick verwunderlich, dass fast alle größeren Studien bei den Beschäftigten eine große Arbeitszufriedenheit festgestellt haben. Nach Aussagen der GEW zeichnet sich hier nicht nur aus Sicht der Erzieherinnen und Erzieher ein widersprüchliches Bild ab:

„-Erzieherinnen und Erzieher haben einen schönen Beruf, mit dem sie sich identifizieren, den sie gerne ausüben. Die Kolleginnen unterstützen sich gegenseitig, tauschen sich aus und entwickeln die Qualität ihrer Arbeit gemeinsam weiter. - Getrübt wird diese Zufriedenheit durch die mangelhaften Arbeitsbedingungen, die die Arbeitgeber bieten: schlechte Bezahlung, kaum Aufstiegsmöglichkeiten, Personalnot und Zeitdruck. Von der Gesellschaft erwarten Erzieherinnen mehr Anerkennung“ (GEW 2007 a).

Auf der einen Seite verlangt die Familien- und Bildungspolitik von den Erzieherinnen und Erziehern immer mehr und immer qualitativ bessere Arbeitsleistungen, auf der anderen Seite wird insbesondere dem Nachwuchs eine eher perspektivlose Ausbildung geboten (vgl. GEW 2007 a). Dass trotzdem bei den Kita-Beschäftigten Arbeitszufriedenheit herrscht, ist ein Phänomen, das schon in den ersten arbeitswissenschaftlichen Erhebungen als berufliche Motivation beschrieben wurde, die sich am Ausgleich von Belastungen, als Berufsbindung, als Orientierung am Wohlbefinden der Kinder, an der beruflichen Zusammenarbeit und auch an der noch erhofften Arbeitsplatzsicherheit festmachte (vgl. Khan 2007: 47).

Dass die hier konstatierte Zufriedenheit sich nicht nur auf frühere und bessere Arbeitsverhältnisse bezogen haben kann, zeigen die Ergebnisse des DGB-Index:

„23 % der befragten Erzieherinnen und Erzieher sind mit ihrer Arbeit vollständig zufrieden – 55 % sind alles in allem zufrieden, sehen aber noch Verbesserungspotenziale“ (Fuchs/Trischler 2009: 3).

Auch nach der GEW-Studie sind die Erzieherinnen und Erzieher insbesondere überdurchschnittlich zufrieden mit

- der Vielseitigkeit der Arbeit (Neues dazulernen, Wissen und Können voll einsetzen)
- den Handlungsspielräumen (Arbeit selbstständig planen, Einfluss auf die Zuteilung der Arbeit)
- der sozialen Unterstützung (Verlass auf das Team/die Leitung, Zusammenhalt in den Einrichtungen)

- der Information und Mitsprache (Vorschläge werden von Leitung berücksichtigt, ausreichende Informationen) (vgl. Fuchs-Rechlin 2007: 43).

Während, wie im Kapitel 6.3 beschrieben, die Vielfalt und die Komplexität der Aufgaben einen großen Teil des Belastungserlebens ausmachen, wird gerade das breite Aufgabenspektrum unter dem Aspekt der Arbeitszufriedenheit als der spannende und interessante Teil der Arbeit bewertet: Die Befragten

„...stufen ihre Arbeit als abwechslungsreich, anspruchsvoll, gesellschaftlich und sozial bedeutsam ein“ (Riedel 2008: 11).

Trotz der beschriebenen Belastungen im Bereich der Arbeitsorganisation werden v.a. die Möglichkeiten des Handlungsspielraums hoch bewertet: Die Erzieherinnen sehen sich nach Ergebnissen der GEW dazu in der Lage, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten am Arbeitsplatz gut einzubringen. Sie schätzen es, dass sie die Möglichkeit haben, ihre Arbeit selbstständig zu planen und einzuteilen (vgl. Fuchs-Rechlin 2007: 43; Khan 2007: 44).

„Große Handlungsspielräume, soziale Unterstützung im Team, die Möglichkeit, eigene Fähigkeiten einzusetzen, aber auch die Chance, Fortbildungsangebote zu nutzen, fallen hier positiv ins Gewicht“ (Sommer/Kuhn 2011: 24).

Die jeweilige Zufriedenheit der Erzieherinnen und Erzieher variiert nach den Ergebnissen der GEW-Studie je nach der Berufsdauer, dem Erfahrungshintergrund und der jeweiligen beruflichen Platzierung. So sind z.B. Jüngere zufriedener mit den Möglichkeiten, Neues dazuzulernen, und die Älteren zufriedener damit, ihr Wissen einbringen zu können (vgl. Fuchs-Rechlin 2007: 44).

Im Rahmen der DGB-Index Befragung wird bestätigt, dass die Befragten besonderen Wert auf die Möglichkeit legen, kreativ ihre Arbeit ausüben und sich durch Qualifikation und Fortbildung in ihrer beruflichen Tätigkeit entwickeln zu können. Sie loben den Sinngehalt ihrer Arbeit und den wertschätzenden unterstützenden Führungsstil ihrer Vorgesetzten (vgl. Fuchs/Trischler 2009: 3 und 25 f.).

Insgesamt lässt sich feststellen, dass der Anteil der zufriedenen Erzieherinnen und Erzieher angesichts der schlechten Arbeitsbedingungen und der beruflichen Belastungen überraschend hoch ist. *Wie lässt sich dieser (vermeintliche) Widerspruch erklären?*

Zum einen gilt auch hier, was einleitend zum Kapitel 6.2 festgestellt wurde:

Auch wenn die beruflichen Belastungsfaktoren in den Kitas vielfältig sind, ist nicht jede belastende Bedingung in jeder Kita vorhanden, weil jede Einrichtung durch ihre eigenen, unverwechselbaren, situativen und personel-

len Bedingungen gekennzeichnet ist. Darüber hinaus wirken die jeweiligen Belastungen auf die jeweiligen Personen unterschiedlich – je nach ihren Voraussetzungen und den Möglichkeiten, die Belastungen zu bewältigen.

In den Studien zeigt sich, dass die Zufriedenheit aufgrund der verschiedenen Facetten der Arbeit unterschiedlich ausfallen kann. Z.B. kann jemand mit seiner Tätigkeit sehr zufrieden sein und gleichzeitig mit der Bezahlung oder mit der Befristung des Arbeitsverhältnisses sehr unzufrieden sein. Auch werden hohe Zufriedenheitswerte erhoben, die mit den Angaben über die wahrgenommene Arbeitsqualität oder mit den geäußerten Frustrationen und Enttäuschungen nicht zu vereinbaren sind. So wird erhoben, dass einerseits die Erzieherinnen und Erzieher mit der Vielseitigkeit ihrer Arbeitsanforderungen zufrieden sind und sich im Arbeitsteam wohlfühlen. Andererseits beklagen die Beschäftigten die ungünstigen Rahmenbedingungen ihrer Arbeit, die umfangreichen Anforderungen und Arbeitsaufgaben, die befristeten Arbeitsverträge, das vorherrschende Teilzeitangebot, die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung und die schlechten Verdienst- und Karrieremöglichkeiten.

Den Grund für diese Arbeitszufriedenheit sehen *Fuchs* und *Trischler* in der hohen Identifikation mit ihrer Arbeit, die auf einer *intrinsischen Motivation* basiert, d.h. einer besonderen Form der Motivation durch die Tätigkeit selbst:

„...nämlich das Erleben, dass man mit der eigenen Arbeit etwas Nützliches und Sinnvolles für andere Menschen macht: Dienstleistungen zu erarbeiten, deren gesellschaftlicher Nutzen nicht in Frage gestellt wird und die zum Funktionieren des gesellschaftlichen Lebens beitragen, vermittelt das Gefühl, einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung und Erhaltung der Gesellschaft zu leisten“ (Fuchs/Trischler 2009: 30).

Dementsprechend beantworteten 98 % der Erzieherinnen und Erzieher die Frage, ob ihre Arbeit für die Gesellschaft nützlich sei, positiv (siehe Abbildung 16).

Es ist wenig überraschend, dass in diesem Zusammenhang die Erzieherinnen und Erzieher mit der Anerkennung, die ihr Beruf vonseiten der Gesellschaft genießt, völlig unzufrieden sind. Nur 12 % der Befragten im DGB-Index waren der Meinung, dass ihrem Beruf gesellschaftliche Anerkennung zukommt. Dieses über die Sinnhaftigkeit der Arbeit vermittelte Gefühl der eigenen Bedeutsamkeit zählt nach dem DGB-Index zur zentralen *Gesundheitsressource* als Grundlage, die jeweiligen Belastungen zu bewältigen (vgl. Fuchs/Trischler 2009: 30):

„Als wichtige persönliche Schutzfaktoren in der alltäglichen Arbeit gelten berufliche Kompetenz und Selbstwirksamkeitsüberzeugung, die hohe Identifikation mit dem Beruf sowie eine große Berufsbindung“ (Thinschmidt 2010: 23).

Von den Ressourcenfaktoren hängt es nach der BGW/DAK-Studie ab, ob sich die Arbeitsbelastungen bei den Individuen als Stressoren auswirken oder ob die betroffene Person über Möglichkeiten zur Bewältigung der Belastung und damit zur Vermeidung der Stressreaktionen verfügt (vgl. BGW/DAK 2001: 27).

Die Ressourcen

„... reichen über soziale Aspekte wie die direkte Arbeit mit Kindern, Kommunikation und Unterstützung durch Kollegen/Vorgesetzte bis hin zu organisationalen Ressourcen[,] wie Möglichkeiten der Mitbestimmung, große zeitliche Spielräume, das Einbringen eigener Fähigkeiten und Interessen in die tägliche Arbeit sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und einen hohen Grad an Verantwortung“ (Thinschmidt 2010: 23, Hervorhebung im Original).

Dass die hier beschriebenen Ressourcen nicht nur eine Schutzfunktion im Erziehungsberuf übernehmen, sondern sie auch die Gratwanderung zum beruflichen Idealismus unterstützen, zeigt demgegenüber die Interpretation der *Bremer Studie*.

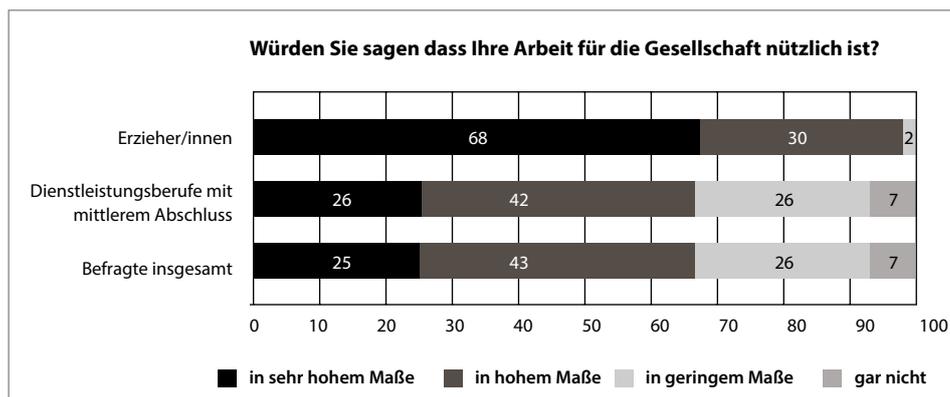


Abbildung 16:
Würden Sie sagen, dass Ihre Arbeit für die Gesellschaft nützlich ist?
(Quelle: Fuchs/Trischler 2009: 31)

Hier wird den Risikofaktoren im Erziehungsberuf spielbildlich eine Entsprechung im *beruflichen Idealismus* der „Helfer/in“ attestiert, also die hohe Wertschätzung, welche die Tätigkeit im Selbstbild der Erzieherinnen und Erzieher (in ihrem Berufsethos) hat (vgl. Almstadt et al. 2012: 43). Dieser berufliche Helferidealismus ist der wesentliche Grund dafür, dass es der Mehrheit der Beschäftigten vor allem um das Wohlergehen der Kinder geht, wie im folgenden Interviewauszug mit einer Kita-Leitung bestätigt wird:

„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

des DGB insgesamt 58,7 % der befragten Erzieherinnen und Erzieher, auch dann zur Arbeit gegangen zu sein, wenn sie sich richtig krank gefühlt haben (vgl. Dathe 2011:19). Darüber hinaus räumten in einer Befragung im Landkreis Nordsachsen 79 von 120 untersuchten Personen ein, dass sie mit gesundheitlichen Beschwerden arbeiten gehen (vgl. Thinschmidt 2012).

Im Überblick über die verschiedenen Wirtschaftsbereiche wird diese Präsentismustendenz im Erziehungsberuf vom *DGB-Index* noch einmal dokumentiert.

Hier geben 55 bzw. 56 % der Befragten aus den Bereichen Erziehung und Unterricht und Gesundheits- und Sozialwesen an, mindestens zweimal im Jahr krank zur Arbeit gegangen zu sein (siehe Abbildung 17).

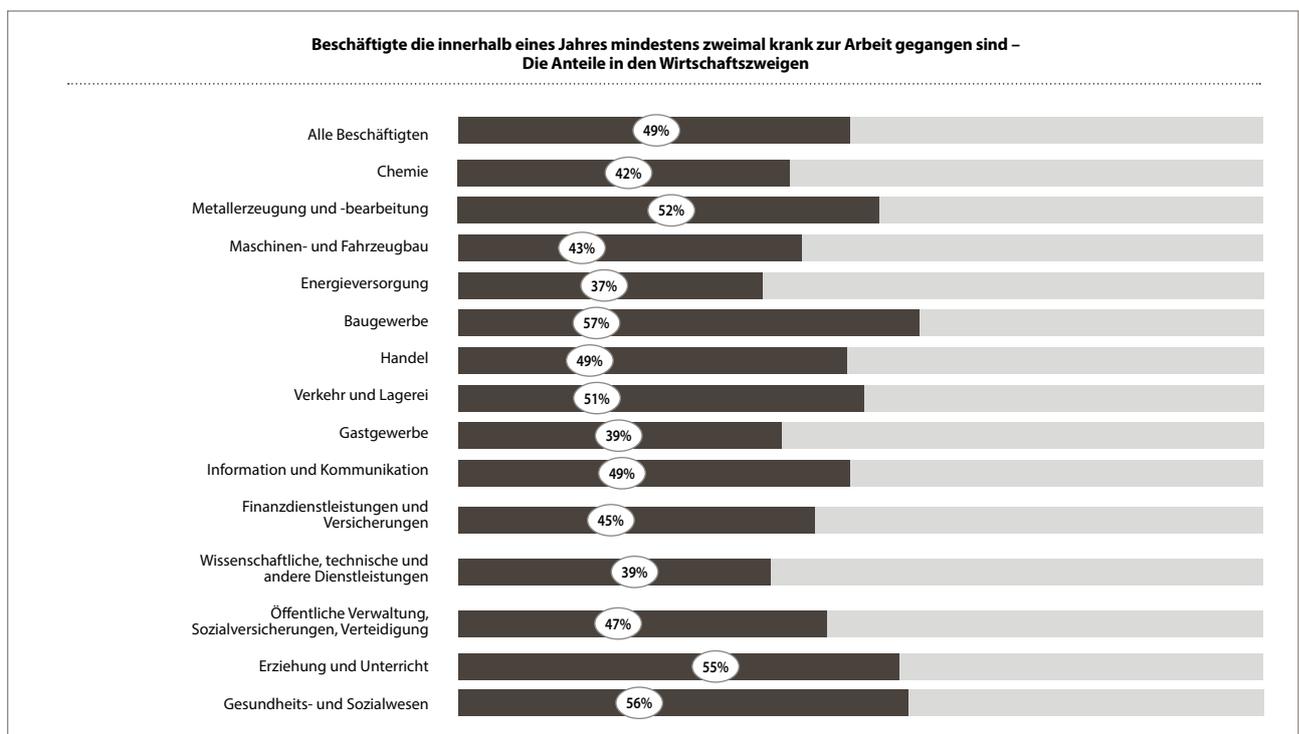


Abbildung 17:

Beschäftigte, die innerhalb eines Jahres mindestens zweimal krank zur Arbeit gegangen sind (Quelle: DGB-Index Gute Arbeit 2012: 24)

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“ (Almstadt et al. 2012: 43).

Das insbesondere bei den Frauen vorherrschende Rollenverständnis, verbunden mit dem Gefühl der Allzuständigkeit, veranlasst zahlreiche Erzieherinnen und Erzieher, krank zur Arbeit zu gehen. Auch wenn *Präsentismus* ein bisher noch kaum erforschtes Phänomen ist (vgl. Oldenburg 2012: 134 ff.), bestätigten in einer Befragung

Dieser berufliche Idealismus, verbunden mit dem Rollenverständnis im Erziehungsberuf und mit den Folgeerscheinungen des Präsentismus, wird oft als mangelnde Professionalisierung des Berufs kritisiert. Hier bestätigt sich ein weiteres Mal, dass in der Ausbildung zum Erziehungsberuf offensichtlich ein Mangel an einem klaren Berufsprofil herrscht, das den angehenden Erzieherinnen und Erziehern ein realistisches Berufsbild vermittelt, in dem die Erkenntnisse über die gesundheitlich belastenden Faktoren, der Umgang mit den Belastungen des Arbeitsalltags und der Aufbau gesundheitlicher Ressourcen, also eine ausreichende berufliche Handlungskompetenz, die notwendig auch Gesundheitskompetenz beinhaltet, vermittelt werden (Almstadt et al. 2012: 18 und 43).

Teil III

8. Exemplarische Ansätze gendersensibler Präventionsarbeit im Projekt Prima-Kita

Im Rahmen des Forschungsprojekts *STEGE „Zur Strukturqualität und Erzieherinnengesundheit in Kindertageseinrichtungen“* werden erstmalig umfangreiche empirische Belege für den Zusammenhang zwischen den strukturellen Rahmenbedingungen in den Kitas, der Qualität der frühkindlichen Betreuung und Erziehung in den Einrichtungen und der Gesundheit und dem Belastungserleben der Erzieherinnen und Erzieher aufbereitet (vgl. Viernickel/Voss 2013). Gegen die in den Kitas vorherrschende Arbeitsverdichtung, das Arbeiten unter Zeitdruck, die Arbeitshetze, die Mängel in der Arbeitsumgebung, das zu geringe Einkommen bei fehlenden Aufstiegschancen empfiehlt das Projekt die verstärkte Investition in die Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen der Kitas in Kombination mit einem betrieblichen Gesundheitsmanagement:

„Die Ergebnisse der vorliegenden Studie verweisen weiter darauf, dass auch die ‚klassischen‘ Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wie die Verbesserung der ergonomischen Arbeitsbedingungen, die Verringerung körperlicher Fehlbelastungen, Lärm- und Infektionsschutzmaßnahmen u.a.m. wichtige Eckpunkte eines betrieblichen Gesundheitsmanagementkonzepts sind“ (Viernickel/Voss 2013: 211).

Das Projekt Prima-Kita nimmt im Rahmen seiner Entwicklung eines effektiven und nachhaltigen Konzepts für eine betriebliche Gesundheitsförderung diesen Ansatz auf und ergänzt ihn durch die Integration des Gender-Aspekts in den AGS. Die Ergebnisse der verschiedenen Studien zur gesundheitlichen Situation der Erzieherinnen und Erzieher zeigen deutlich, dass die Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes und die gesundheitliche Prävention für diese Berufsgruppe, insbesondere auch unter dem Aspekt der Qualitätsverbesserung der Arbeit in den Kitas, dringend notwendig sind. Von daher sind die Kitas im Rahmen des neuen Tarifvertrags Gesundheit im öffentlichen Dienst aufgefordert, den AGS in ihren Einrichtungen umzusetzen und solche Arbeitsschutzkonzepte zu entwickeln, die auf die Besonderheit der jeweiligen Einrichtung zugeschnitten sind (vgl. GEW 2009).⁸

Dabei wird an effektive Gesundheitskonzepte der Anspruch gestellt, dass sie sich sowohl an den gesundheitlichen und beruflichen Risiken der Beschäftigten als auch an deren Ressourcen und deren Nutzung orientieren (vgl. Khan 2004). D.h., die getroffenen Arbeitsschutzmaßnahmen sollen sich primär an den real existenten Belastungen bzw. Gefährdungen ausrichten und damit den Arbeitsschutz den Erfordernissen der Praxis anpassen und die beim Personal vorhandenen Ressourcen fördern bzw. neue Ressourcen entwickeln (vgl. Rudow 2010; 2004 a und b).

Die in den *Kapiteln 2 bis 4* ausgeführten Grundlagen für den projektspezifischen Gender-Ansatz und die in den *Kapiteln 5 bis 7* dargestellten Ergebnisse zur Arbeitswirklichkeit und zu den beruflichen Belastungen der Erzieherinnen und Erzieher sind für das Projekt dabei eine wesentliche Voraussetzung dafür, gemeinsam mit den am Projekt beteiligten Kita-Leitungen und den Beschäftigten, die in den jeweiligen Kitas vorherrschenden Arbeitsbedingungen zu reflektieren und gemeinsam bis Ende 2014 gendersensible Präventionsmaßnahmen zum Abbau der berufsbedingten Belastungen zu entwickeln. Auf der Grundlage der jeweiligen Handlungsbedarfe in den Kitas und den subjektiven Einschätzungen der Beschäftigten zu den arbeitsbedingten Belastungen und Beanspruchungen werden dabei schrittweise

- Maßnahmen des AGS systematisch in die Arbeitsorganisation, die einzelnen Arbeitsprozesse und in die Personalentwicklung implementiert
- Beschäftigte und Leitungen gemeinsam als aktive Partnerinnen und Partner einbezogen, um die betrieblichen Verhältnisse und das individuelle Verhalten gesundheitsförderlich zu gestalten und in einem lernenden Unternehmen umzusetzen
- genderorientiertes Präventionswissen und Gesundheitskompetenzen als berufliche Schlüsselqualifikationen vermittelt.

8.1 Erhebungen zum Iststand des betrieblichen AGS

Mit dem Ziel, ein solch effektives Gesundheitskonzept zu entwickeln, das sich an den Bedarfen der beteiligten Kitas und ihrer Beschäftigten ausrichtet, wurde in der dem Projektbeginn vorausgegangenen *Bremer Studie* bei den regionalen Kita-Trägern der *vorläufige Stand der Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes* erhoben (vgl. Almstadt et al. 2012: 45 f.). An die Ergebnisse dieser Erhebungen konnte das Projekt Prima-Kita mit aktuellen Iststandsbestimmungen zum AGS anknüpfen.

⁸ Die GEW und ver.di haben 2009 eine tarifliche Regelung für eine betriebliche Gesundheitsförderung vereinbart. Diese Vereinbarung zielt darauf ab, Strukturen zu schaffen, in denen die Mitarbeiter/-innen und die Arbeitgeber/-innen gemeinsam die Belastungen am Arbeitsplatz analysieren und nach Lösungsansätzen suchen, diese Belastungen abzubauen (vgl. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft GEW (Hg.) (2009).

Aus den Befragungen der *Bremer Studie* ging hervor, dass die Unternehmensleitungen und Träger zwar gewillt sind, die Gesetze und Vorschriften zum AGS einzuhalten, allerdings erledigen die innerbetrieblichen Beauftragten bzw. Verantwortlichen den AGS in der Regel eher als eine „leidige“ Pflicht. Problemlösungen wurden - nicht selten fast vollständig nach „außen“ - an medizinische und technische Experten bzw. Expertinnen delegiert. In diesem Sinne wurden *auf der einen Seite* bestimmte Bereiche, bei denen die Gefahr für die Gesundheit der Beschäftigten unmittelbar ersichtlich ist, wie z.B. auf dem Feld der medizinischen Vorsorge, Impfungen und Infektionsprophylaxe, vorschriftsmäßig abgearbeitet. Die von den Trägern dabei ergriffenen AGS-Maßnahmen zeugen davon, dass die gesetzlichen Vorgaben bisher primär technisch verstanden und umgesetzt wurden. Die wesentlichen Inhalte des AGS umfassten hiernach Betriebsbegehungen, in einigen Fällen das Angebot von standardisierten Gefährdungsbeurteilungen, die Anschaffung erwachsenengerechten Mobiliars sowie die Feststellung des Impfstatus der Beschäftigten. Thematisiert wurden in einzelnen Einrichtungen auch die Gefahrstoffverordnung und die Einweisung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den AGS. Zum Teil wurde die Anschaffung des erwachsenengerechten Mobiliars aus Kostengründen, aber auch aufgrund der geringen Größe der Räume, in denen die Stühle keinen Platz finden, eingeschränkt. Lärmschutzmaßnahmen durch Schalldämmung, Umbauten und die Zusammenstellung kleiner Gruppen konnten Belastungen durch den permanenten Geräuschpegel abbauen. Andere berichteten, dass bauliche Veränderungen ihre Wirkung einbüßten, nachdem die Gruppengrößen wieder aufgestockt wurden. Auch wurden Maßnahmen gegen Infektionsgefahr und gegen Geruchsbelästigung eingeleitet. Vor dem Hintergrund hoher Krankheitskosten durch Fehlzeiten der Beschäftigten haben die meisten Träger erste Ansätze für eine betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt. Zu den gesundheitsförderlichen Angeboten zählten hier u.a. kompensatorische Maßnahmen, wie z.B. Rückenschulung, Massagen während der Arbeitszeit, Fortbildungen zur Förderung des Gesundheitsbewusstseins sowie Gesundheitsbefragungen oder Gesundheitszirkel.

Auf der anderen Seite zeigte sich insbesondere in der aktualisierten Bestandsaufnahme des Projekts eine deutliche Hilflosigkeit bei den AGS-Verantwortlichen, die nicht selten mit der Einschätzung der komplexen berufsspezifischen Belastungen bzw. arbeitsorganisatorischen Fragen überfordert sind. Besonders deutlich wurde dieses Problem bei der *Gefährdungsbeurteilung* in den Kitas. Dieses zentrale Instrument des AGS wurde oft als „Begehung“ durchgeführt und begriffen, d.h., die Sicherheitsfachkräfte „bewerteten“ die Gefähr-

dungen. Entscheidende Tätigkeitsbereiche, die auch einen erheblichen zeitlichen Umfang im Arbeitsalltag der Erzieherinnen und Erzieher haben - wie z.B. konfliktträchtige Elternarbeit oder emotionale Belastungen im Kontext von armutsbedingter Verwahrlosung oder gar Kindeswohlgefährdung - wurden vollständig ausgeblendet und der geforderte Einbezug der psychischen Belastungen fehlte oft ganz.

Wie im *Kapitel 7* dieses Projektberichts ausgeführt, zeigte sich auch in diesen Gesprächen und Interviews in den beteiligten Kitas in Bremen, dass die beruflichen Belastungsfaktoren in den Kitas vielfältig sind. Oftmals wirkt eine identifizierte Belastung nicht allein, sondern mehrere Belastungen wirken gleichzeitig und erhöhen damit den Grad der Gesundheitsgefährdung bei den Beschäftigten. Dabei ist charakteristisch, dass nicht immer einzelne Belastungsfaktoren deutlich zu identifizieren sind, sondern viele Faktoren unterschwellig wirken (vgl. Thinschmidt 2010: 18). Zum einen unterscheiden sich die Auswirkungen aufgrund der unterschiedlichen Bedingungen in den Kitas und zum anderen ist auch nicht jede belastende Bedingung in jeder Kita vorhanden. Darüber hinaus wirken die jeweiligen Belastungen auf die jeweiligen Personen in unterschiedlicher Weise - je nach ihren Voraussetzungen und den Möglichkeiten, die Belastungen zu bewältigen.

Zum einen konnte in den Interviews der *Bremer Studie* zu den gesundheitlichen Gefährdungen der Erzieherinnen und Erzieher im Lande Bremen festgehalten werden, dass die Muskel-Skelett-Erkrankungen, die psychischen Fehlbelastungen, die Infektionserkrankungen und die Belastungen durch Lärm hier im Vordergrund stehen. Andererseits hat die genaue Analyse der aktuellen Gegebenheiten in den Kitas deutliche Unterschiede ergeben, d.h. der Handlungsbedarf zur Verminderung der arbeitsbedingten Belastungen unterscheidet sich in allen Einrichtungen deutlich sowohl entlang den analysierten objektiven Gegebenheiten, wie etwa dem Vorhandensein von erwachsenengerechtem Mobiliar, von Lärmschutzdecken oder Pausenräumen, als auch bezogen auf die subjektiv wahrgenommenen körperlichen und psychischen arbeitsbedingten Belastungen seitens der Beschäftigten.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die gesetzlichen Vorgaben zum AGS bisher primär technisch gesehen und umgesetzt wurden. Unbeachtet blieb bei dieser technisch geprägten Sichtweise die Auseinandersetzung mit den sich aus der Arbeitsorganisation ergebenden Belastungen sowie mit den psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. Die Beschäftigten selbst wurden nicht aktiv in den AGS einbezogen. Die kompensatorischen Angebote seitens der Träger wurden von den Beschäftigten nur in geringem Maße genutzt. Einige Träger registrierten ein Desinteresse bei ihren

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, andere wiederum konnten darüber berichten, dass sich das Gesundheitsbewusstsein der Beschäftigten durch die getroffenen Maßnahmen verbessert hat – auch wenn gute Ansätze *„...in der Hektik des Tagesgeschehens immer wieder verloren...“* gehen (Almstadt et al. 2012: 49).

8.2 Bruch mit alten Gewohnheiten

Das Projekt hat mit seinem Anliegen, präventive Gesundheitskompetenz als Unternehmenskultur in die Kitas zu integrieren, als ersten Schritt eine veränderte Einstellung zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zum Umgang mit AGS-Maßnahmen initiiert. Sowohl die Kita-Leitungen als auch die Beschäftigten wurden dazu aufgefordert, einen *Bruch mit alten Gewohnheiten* zu wagen und eine Abkehr von der ausschließlich institutionellen Zuständigkeit und Delegation der Problembehandlung in der betrieblichen Gesundheitsförderung vorzunehmen – hin zur aktiven Beteiligung der Leitung und der Belegschaft an der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen des AGS. Die Beteiligung der Leitungen am AGS beschränkte sich bisher in der Regel auf die Anwesenheit bei Betriebsbegehungen und auf die Beantragung erwachsenengerechter Stühle. Die Einbeziehung der Kita-Belegschaft sah in der Regel so aus, dass die Mitarbeitenden über Aushänge informiert und belehrt wurden. Die eigentlich von den AGS-Maßnahmen Betroffenen haben von daher die AGS-Vorschriften nicht selten als Störung der bisherigen Arbeitsroutine empfunden, als zusätzliche Belastung, die aufgrund der Arbeitsdichte und Arbeitshetze eher abgelehnt wurde.

Das Projekt hat damit die Kitas vor die Herausforderung gestellt, nicht mehr (nur) zu fragen: *„Was müssen wir tun?“*, sondern auch: *„Was brauchen wir in unserer besonderen Kita?“* Mit diesen neuen Fragestellungen wurden die Beschäftigten dazu ermutigt, die Arbeitsbedingungen neu und anders in den Blick zu nehmen und auch die bisherigen Maßnahmen und deren Wirksamkeit auf den Prüfstand zu stellen. Indem nicht Aushänge anonym informieren, sondern die Beschäftigten sowohl aktiv in die Ermittlung der Belastungen und Ressourcen als auch in die Entwicklung geeigneter Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes mit einbezogen werden, agieren sie nicht mehr nur als Randfiguren, sondern handeln auch im wohlverstandenen Eigeninteresse. Als Akteurinnen und Akteure ihrer konkreten Arbeitshandlungen erleben sie die Belastungen und Ressourcen, und zwar ganz unterschiedlich – je nach Geschlecht, Alter, Biografie und kulturellem Hintergrund etc.

8.3 Beteiligung der Beschäftigten an der Gestaltung der AGS-Maßnahmen

Die mit dem Projekt-Konzept angestrebte Beteiligungsorientierung impliziert, dass die Träger im Rahmen der Verhältnisprävention nicht einseitig für die Veränderung der Verhältnisse zuständig sind, wie z.B. für die Lärmschutzmaßnahmen, die Anschaffung erwachsenengerechter Mobiliar o.Ä. Vielmehr sind die weiblichen und männlichen Beschäftigten aktiv an der Veränderung der Strukturen und der Unternehmenskultur als die Experten und Expertinnen ihres eigenen Arbeitsplatzes zu beteiligen. Insoweit wird hier die Prävention in einem umfassenden Sinn verstanden, indem die Mitarbeitenden nicht nur als Adressaten von top-down angeordneten Maßnahmen gesehen werden, sondern sie sind unmittelbar an der Konzeptentwicklung und Umsetzung der Maßnahmen des AGS beteiligt. Während die Verhältnisprävention dabei v.a. auf die gesundheitsstabilisierende und -förderliche Gestaltung der Arbeitssituation und die damit verbundenen Arbeits- und Organisationsbedingungen gerichtet ist, hat die Verhaltensprävention die Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher als Individuen im Fokus. In Anlehnung an das ressourcenorientierte Salutogenese-Konzept nach Antonovsky (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA 2001: 19) sollen durch eine aktive Gesundheitsprävention vorbeugende Maßnahmen nicht nur durch ein professionelles System verordnet werden, sondern die Individuen durch ein höheres Maß an Kompetenz und Selbstbestimmung im Sinne eines Empowerments dazu befähigt werden, ihre Arbeitsbedingungen mitzugestalten (vgl. Seibt et al. 2005: 107).

8.4 Ausgewählte Eckpunkte zum Aufbau einer gendersensiblen Gefährdungsbeurteilung

Auf der Grundlage der aktualisierten Iststandsbestimmungen, verbunden mit der Einsicht, mit alten Gewohnheiten zu brechen und die Beschäftigten am Prozess der Gefährdungsbeurteilung zu beteiligen, hat das Projekt gemeinsam mit den Kindertageseinrichtungen eine Reihe aufeinander aufbauender Instrumente und Maßnahmen entwickelt und umgesetzt.

Auf den verschiedenen Ebenen der Unternehmen – d.h. beim jeweiligen Träger und in den einzelnen Einrichtungen vor Ort – wurden *Steuerungsgruppen* gebildet. Die Aufgabe der Träger-Steuerungsgruppe besteht darin, die auf der Leitungsebene zu steuernden Maßnahmen und Prozesse zu überprüfen, zu verbessern und Verantwortung zu übernehmen.

Zudem hat diese Steuerungsgruppe die Aufgabe, die Ergebnisse, die an den Kita-Standorten erarbeitet werden, auf sinnvolle Übertragbarkeit zu prüfen und im Sinne des Transfers auch für weitere Einrichtungen nutzbar zu machen. Die Zusammensetzung der Kita-Steuerungsgruppen variiert, in der Regel gehören ihnen die Leitung an, ein bis drei Mitarbeitende, die Belegschaftsvertretung und, falls vorhanden, der/die Sicherheitsbeauftragte. Entscheidend ist auch hier die Beteiligung aller Beschäftigtengruppen, also auch der Reinigungskräfte oder des Hauswirtschaftspersonals, und insbesondere sind auch die Arbeitszeiten der Teilzeitkräfte zu berücksichtigen.

Für die Umsetzung der aktiven Beteiligung der Beschäftigten baut das Projekt auf dem Regelkreis einer *mitarbeiterinnen- und mitarbeiterorientierten Gefähr-*

dungsbeurteilung auf (vgl. Abbildung 18). Dem Instrument der Gefährdungsbeurteilung kommt im AGS eine Schlüsselfunktion zu (§ 5 ArbSchG). Ziel der ermittelten und durchgeführten Maßnahmen soll es sein, Unfälle und Gesundheitsgefahren bei der Arbeit zu verhüten. Nach ArbSchG § 2 soll die Arbeit „menschengerecht“ gestaltet werden. Das Projekt Prima-Kita ergänzt hier durch eine „*gendersensible*“ Gestaltung der AGS-Maßnahmen, die sich im Wesentlichen an ausgewählten europäischen Eckpunkten für die Durchführung, Auswertung, Umsetzung und Überprüfung einer geschlechtersensiblen Gefährdungsbeurteilung orientieren (vgl. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2003 a und b; Bericht der LASI-Projektgruppe 2012: 16 f.) (siehe Abbildung 18).

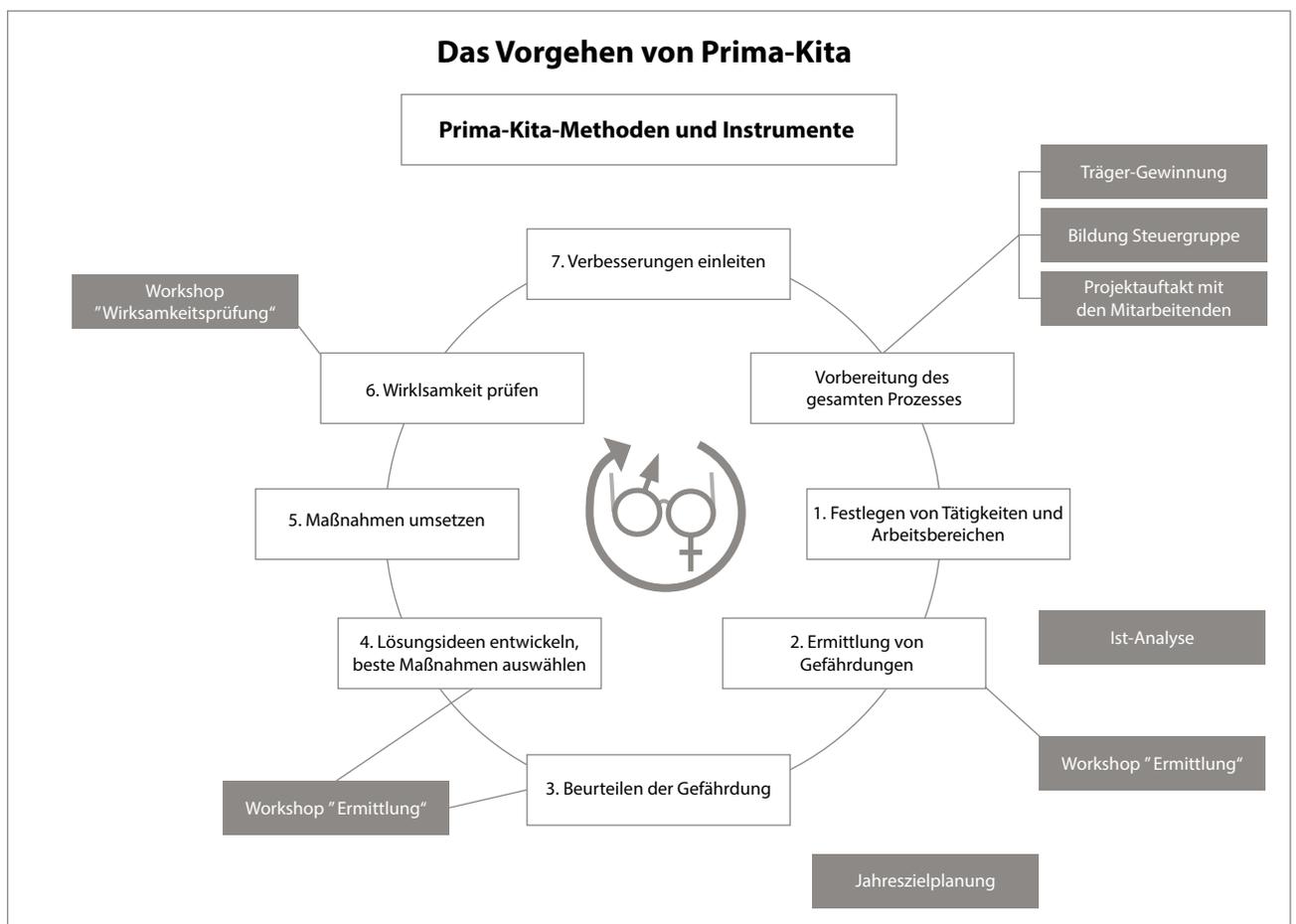


Abbildung 18:
Vorgehen einer mitarbeiterinnen- und mitarbeiterorientierten Gefährdungsbeurteilung im Projekt Prima-Kita (Eigene Abbildung)

In jedem der sieben Schritte des Regelkreises wurden gemäß den Eckpunkten der EU (vgl. Bericht der LASI-Projektgruppe 2012: 16) mit geschärftem Gender-Blick die Beschäftigten mit einbezogen – sowohl bei der Auswahl des Tätigkeitsbereichs, der analysiert werden soll, als auch bei der Ermittlung der Gefährdungen sowie bei der Entwicklung von Lösungsideen. Hier sind insbesondere die Erzieherinnen und Erzieher gefragt, die mit ihrem Wissen und ihren Erfahrungen die Maßnahmen vorschlagen, die betriebsintern eine größere Akzeptanz erreichen können und die die professionelle Beratungsleistung durch die Fachkräfte für Arbeitssicherheit deutlich wirksamer machen.

8.5 Gendersensible Ermittlung der Belastungen

Im Folgenden werden exemplarisch einige Ergebnisse aus dem sog. „Ermittlungsworkshop“ mit den Beschäftigten zusammengefasst.

Die Aufgabe der Beschäftigten-Steuerungsgruppe war es zunächst, im Rahmen einer Ist-Analyse eine Bestandsaufnahme zum AGS zu machen. Auf der Grundlage eines vom Projekt vorstrukturierten Fragenkatalogs zu den bestehenden Maßnahmen im AGS wurden gemeinsam die Arbeitsbereiche durchleuchtet, die gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen ermittelt und Fragen danach gestellt:

„Was haben wir schon, welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen werden wie schon durchgeführt, was fehlt in unserer Kita vielleicht ganz?“

Der erste Workshop, der mit allen Kita-Beschäftigten durchgeführt wurde, zielte darauf ab,

- die subjektiv erlebten Belastungen zu ermitteln und
- dabei den Erzieherinnen und Erziehern zu ermöglichen, angstfrei und ohne Kontrolle und Zwänge über die Belastungen zu sprechen.

Dabei zeigte sich zu Beginn der Arbeit in den Einrichtungen, dass aufgrund der in Kapitel 7.6 erwähnten hohen Identifikation mit dem Beruf den Erzieherinnen und Erziehern die Frage „Was tun wir als Beschäftigte bislang für unsere Gesundheit?“, also an sich selbst zu denken, schwergefallen ist. Dass die eigene Gesundheit und der damit verbundene Erhalt ihrer Arbeitskraft eine wesentliche Ressource für ihre Beschäftigungsfähigkeit bildet, war den beteiligten Erzieherinnen und Erziehern nicht bewusst – hierzu soll in einem nachfolgenden Workshop weitere Aufklärungsarbeit geleistet werden. Stattdessen wurden häufig Beispiele aufgezählt, die sich auf die Gesundheit und das Wohlergehen der Kinder

bezogen, wie es z.B. gelingen kann, gesundes Essen und Bewegung in den Kita-Alltag der lieben Kleinen einzubauen. Vielen waren die Fragen fremd: Wo, was und wie essen eigentlich die Beschäftigten, wenn der vorhandene Pausenraum ein Multifunktionsraum mit Kopierer, Telefon und Elterngesprächsecke ist?

Nachdem im Gesprächsverlauf, verbunden mit Unterweisungen zu den gesundheitlichen Belastungen im Erziehungsberuf, die ersten Hürden zum eigenen Gesundheitsverständnis genommen worden waren, wurde im Rahmen der Workshops deutlich, welche Belastungen von den Frauen und Männern ähnlich oder gleich bewertet wurden und wo es Unterschiede zwischen den Geschlechtern gab. Beide Geschlechter beklagten die körperlichen Belastungen, den Lärm, die häufigen Infektionen, den alltäglichen Stress durch zu viele Aufgaben und die Hetze, die fehlende Anerkennung durch die Eltern und die Gesellschaft, die schlechte Bezahlung und das Fehlen von Aufstiegsmöglichkeiten.

Unter gendersensiblen Aspekt wurden v.a. die geschlechtsspezifischen Rollenzuweisungen genannt, die zu berufsbedingten Belastungen führen können. Typisch waren hier die Aussagen der *Erzieherinnen*, die sich in ihrer Rolle als Frau ausgenutzt, mit dem Problem der Vereinbarkeit von Beruf und Familie belastet und mit der mangelnden gesellschaftlichen Anerkennung konfrontiert sehen:

„Es gibt keine Geschirrspülmaschine in der Kita, tagsüber keine Putzhilfen, das sollen wir mal eben alles noch mit erledigen.“

„Ich habe nach Feierabend keine Nerven mehr für meine Kinder, oft brülle ich sie einfach an, sie sollen endlich still sein.“

„Eltern verlangen immer mehr Bildung für ihre Kinder und bezweifeln, dass wir das können. Wir sind ja nur die kleinen Erzieherinnen.“

Auch die *Erzieher* empfinden die Belastungen durch ihre Rolle als Mann, durch das gesellschaftlich vorherrschende Geschlechterrollenbild in Bezug auf den Erziehungsberuf und die mangelnde gesellschaftliche Akzeptanz, als Mann in einem Frauenberuf zu arbeiten:

„Ich muss Schränke und Tische rücken, das Mineralwasser schleppen – ich bin ja der einzige Mann.“

„Ich stehe unter Verdacht, pädophil zu sein. Mütter weigern sich, dass ich ihre Mädchen wickele.“

„Schwul oder pädophil – sonst wird man nicht Erzieher! Ich stehe unter besonderer Beobachtung der Eltern. Im Team ist das kein Problem.“

„Mein Vater ist Handwerker, und er sieht meinen Job als eine Art „Quatschberuf“. Für ihn bin ich Kindergärtner.“

Unter dem Aspekt der gendersensiblen Präventionsarbeit wurden in diesen Workshops erstmalig gemeinsam diese geschlechtsspezifischen Belastungen unter den Beschäftigten kommuniziert und die Bereitschaft gezeigt, schrittweise über den Abbau solcher Belastungen zu diskutieren.

8.6 Qualifizierungsmodule für berufsbezogene und gendersensible Gesundheitskompetenz

Auf der Grundlage der ermittelten betriebsspezifischen und individuell geprägten Handlungsbedarfe in den Kitas und bei den Beschäftigten werden vom Projekt Qualifizierungsmodule entwickelt und angeboten, die Hintergrundinformationen zu den geforderten Themenbereichen bereitstellen und im Rahmen von Workshops Gesundheitskompetenz vermitteln sollen. Die Ergebnisse der durchgeführten Recherche zur Arbeitswirklichkeit und zu den beruflichen gesundheitlichen Belastungen im Erziehungsberuf nehmen dabei einen besonderen Stellenwert ein. Anknüpfend an die eigenen beruflichen Erfahrungen der Beschäftigten, soll das Bewusstsein für die Beurteilung der vorherrschenden Arbeitsbedingungen einerseits und die Auswirkungen der gesundheitlichen Belastungen andererseits geschärft werden.

Die Qualifizierungsangebote umfassen in Workshop- oder Seminarform u.a.

- Workshop zur Ermittlung der erlebten Belastungen und Gefährdungen
- Workshops zu verschiedenen Themenbereichen, wie Infektionskrankheiten, Fragen der Arbeitsorganisation und Arbeitsumgebung sowie Raumgestaltung
- Workshops zu den Ergebnissen der Recherche zur Arbeitswirklichkeit und den gesundheitlichen Belastungen im Erziehungsberuf
- Workshops zu Frauen- und Männergesundheit
- Workshops zur Integration des AGS in die Arbeitsabläufe der Kitas
- Ergonomieschulungen mit anschließendem Training-on-the-Job
- Kommunikationsseminare für die Zusammenarbeit im Team und mit den Eltern

- Seminare zum Stressabbau
 - Seminare zum Erlernen interkultureller Kompetenz
 - Seminare für Kita-Leitungen „Gesunde Führung“
- Dabei wird auch in der Konzeptionierung der Qualifizierungsangebote, die das Projekt in die beteiligten Einrichtungen trägt, das Augenmerk auf die unterschiedlichen Auswirkungen der Arbeitsanforderungen und -bedingungen auf die Individuen, die physischen und psychischen Belastungen und Ressourcen der Frauen und Männer sowie der Jüngeren und Älteren gerichtet. Hiermit sollen zum einen die Kita-Leitungen und zum anderen die Beschäftigten selbst lernen, die Belastungen des Berufsalltags besser einzuschätzen, und darin bestärkt werden, die vorgeschlagenen AGS-Maßnahmen kompetent in ihren Berufsalltag zu integrieren. Den Betrieben und Trägern muss deutlich werden, dass betriebliche Gesundheitsförderung sich nicht auf das Angebot von Standard-Rückenschulen reduzieren lässt. Insgesamt muss in den Kitas bei den Leitungen und den Beschäftigten

- ein Bewusstsein für die Unterschiede im Gesund- und Kranksein von Frauen und Männern vermittelt
- über die geschlechtsspezifischen Rollenzuweisungen aufgeklärt
- auf den unterschiedlichen Umgang von Frauen und Männern mit gesundheitlichen Belastungen hingewiesen und damit
- insgesamt für einen geschärften Gender-Blick sensibilisiert werden.

Diese Qualifizierungsangebote, die in den Bereichen der Leistungsvoraussetzungen und der professionellen Kompetenz der Beschäftigten sowie der Arbeitsumgebung und der Arbeitsorganisation ansetzen müssen, sind v.a. darauf ausgerichtet, die Einrichtungen darin zu unterstützen, als lernende Unternehmen den AGS in die Arbeitsabläufe zu integrieren und mit dem immer noch weiter zu schärfenden *Gender-Blick*

- die persönlichen und beruflichen Ressourcen der Erzieherinnen und Erzieher zu befördern
- die individuelle Handlungs- und Problemlösungskompetenzen des Kita-Personals zu entwickeln und
- damit zum Abbau der Stereotypen beizutragen, die die Erziehungstätigkeit als natürliche Eigenschaft der Frauen diskriminieren und ihr damit die Anerkennung als Beruf verweigern.

Damit werden bis zum Ende der Projektlaufzeit 2014 die wesentlichen Grundlagen für die *Ausbildung der Gesundheitskompetenz* als Teil der beruflichen Handlungskompetenz in diesem typischen Frauenberuf gelegt und darüber hinaus ein Beitrag zur *Professionalisierung des Berufsbilds* geleistet.

9. Ausblick

Das Projekt *STEGE*, das zum einen erstmalig umfassende empirische Belege für den Zusammenhang zwischen den strukturellen Rahmenbedingungen in den Kitas und der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Fach- und Leitungskräften vorgelegt hat, räumt zugleich ein, dass hier kein einfaches, sondern vielmehr ein komplexes Bedingungsgefüge vorliegt, das sowohl von strukturellen als auch von organisatorischen, teambezogenen und individuellen Faktoren beeinflusst wird (vgl. Viernickel/Voss 2013: 211). Vor dem Hintergrund der beschriebenen Arbeitsbedingungen in den Kitas, die je nach der Einrichtung unterschiedlich sein können, und den gesundheitlichen Belastungen des Personals, die sich je nach der individuellen Konstitution auch unterschiedlich bemerkbar machen können, ist für die Entwicklung eines effektiven Konzepts der betrieblichen Gesundheitsförderung eine einrichtungs- und zielgruppenspezifische Analyse der Rahmenbedingungen einerseits und der individuellen Belastung und Beanspruchung der Beschäftigten andererseits unerlässlich.

Dabei werden die Handlungsfelder, wie

- die Veränderung der strukturellen Rahmenbedingungen, wie Personalschlüssel, Arbeitszeit, räumliche Ausstattung
- die Aufwertung des Erziehungsberufs durch eine verbesserte Einkommenssituation und durch Imagekampagnen
- die Reform und Vereinheitlichung bzw. Akademisierung der Ausbildung mit dem Ziel der Vermittlung eines realistischen Berufsbilds
- sowie die Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung mittels Anreizsystemen und Zuschüssen der Krankenkassen o.Ä.

Im Wesentlichen auf der gesellschaftlichen bzw. politischen Ebene bestimmt (vgl. Viernickel/Voss 2013: 212). Darüber hinaus sind es die Einrichtungen und die Beschäftigten selbst, die beim gezielten und beteiligungsorientierten Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements initiativ werden müssen, um die gesundheitlichen Ressourcen und die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und zu stärken.

Der Leitungsebene muss deutlich werden, dass die Gesundheit des Personals nicht einfach durch Gesundheits- und Fitnessangebote oder richtiges Führungsverhalten herzustellen ist, sondern dass ein veränderter Umgang mit den Vorschriften und Maßnahmen des AGS unabdingbar ist. Der Bruch mit den alten Gewohnheiten, die auf die Delegation der AGS-Maßnahmen auf externe Fachleute ausgerichtet waren, verlangt auch eine Veränderung in der Sichtweise, die unter dem Aspekt von Gesundheit nur das Wohl der Kinder in den Kitas im Blick hatte. Das innovative betriebliche Gesundheitsmanage-

ment richtet darüber hinaus den Fokus auf das Wohlbefinden des Kita-Personals: Damit die Erzieherinnen und Erzieher ihre Tätigkeit möglichst lange, gesund und mit hohem fachlichem Anspruch ausüben können, müssen der Erhalt und die Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens ein zentraler Bestandteil der Trägerpolitik und des Führungsverhaltens sein. Integraler Bestandteil dieses Gesundheitsmanagements ist dabei die Vermittlung von Gesundheitskompetenz an die Beschäftigten, die sie in die Lage versetzt, sich aktiv an der Gestaltung der AGS-Maßnahmen zu beteiligen.

Die Einführung eines gendersensiblen Präventionsansatzes setzt darüber hinaus voraus, dass in den Kitas eine positive und engagierte Einstellung zur Geschlechterthematik propagiert wird. Auf dieser Grundlage können die wesentlichen Schlüsselaspekte einer geschlechterdifferenzierenden Risikoanalyse in den Kitas umgesetzt werden, wie z.B.

- die Analyse der tatsächlichen Arbeitssituation
- die Beteiligung aller beschäftigten Frauen und Männer in allen Phasen der Analyse und
- die Vermeidung von vorgefassten Annahmen darüber, welche Risiken bestehen und wer davon und wie betroffen ist (vgl. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2003 b).

Mit dem Einnehmen der Gender-Perspektive wird erst deutlich, dass die Frauen und Männer häufig von unterschiedlichen Risiken und gesundheitlichen Belastungen in der Arbeitswelt der Kitas betroffen sind und für deren Bewältigung über unterschiedliche Ressourcen verfügen. Indem die Frauen und Männer zielgruppenspezifisch am Arbeitsplatz analysiert werden, können entsprechende AGS-Maßnahmen passgenauer und nachhaltiger für das jeweilige Geschlecht konzipiert werden. Damit sind die wesentlichen Voraussetzungen für eine geschlechtersensible betriebliche Gefährdungsbeurteilung geschaffen, an der sowohl die Einrichtung als auch die Beschäftigten beteiligt werden:

„Eine geschlechtersensible betriebliche Gefährdungsbeurteilung prüft auch die Geschlechteraspekte und greift diese bei der Arbeitsorganisation und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention) mit auf. Individuelle Ansätze zur Sensibilisierung, Information und Aktivierung der Beschäftigten zum gefährdungsvermeidenden Verhalten (Verhaltensprävention) werden zielgruppengerecht, d.h. auch geschlechtergerecht gestaltet“ (Bericht der LASI-Arbeitsgruppe 2012: 14).

Da bisher erst wenige geschlechtsspezifische Analysen – insbesondere auch für den Erziehungsberuf – vorliegen, zeichnet sich hier ein großer Forschungsbedarf ab, der darauf zielt, die menschengerechte Gestaltung der Arbeit in den Kitas aus der Gender-Perspektive zu befördern. Darüber hinaus bedarf es hier einer

„...Weiterentwicklung bestehender Handlungsanleitungen für die Betriebe zur Gefährdungsbeurteilung sowie bestehender Aufsichtskonzepte für die behördliche Überwachung und Beratung der Betriebe“ (Bericht der LASI-Arbeitsgruppe 2012: 14).

Damit würden ein weiterer Baustein zur Professionalisierung des Berufs entwickelt und letztlich auch die Attraktivität der Erziehungstätigkeit gesteigert, durch die auch die Männer unter verbesserten strukturellen Bedingungen und diskriminierungsfreier in den Kitas arbeiten könnten.

Literaturverzeichnis

- Almstadt, Esther; Gebauer, Günter; Medjedovic, Irena (2012): Arbeitsplatz Kita. Berufliche und gesundheitliche Belastungen von Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen im Land Bremen. Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft IAW 15/2012. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft.
- Altgeld, Thomas (Hg.) (2004): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- AOK Bundesverband (2010): Fehlzeiten-Report 2010: Wettbewerbsvorteil Vielfalt. Download unter: http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2010/index_04292.html (Zugriff 13.01.2014).
- Aulenbacher, Brigitte; Meuser, Michael; Riegraf, Birgit (2010): Soziologische Geschlechterforschung. Lehrbuch. Eine Einführung. Studienskripten zur Soziologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien GmbH.
- Badura, Bernhard; Schröder, Helmut; Vetter, Christian (Hg.) (2008): Fehlzeitenreport 2007. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Badura, Bernhard; Litsch, Martin; Vetter, Christian (Hg.) (2002): Fehlzeitenreport 2001. Schwerpunkt: Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor. Berlin: Springer-Verlag.
- Baer, Susanne (2010): Geschichte von Gender Mainstreaming auf Bundesebene. GenderKompetenz-Zentrum. Download unter: <http://www.genderkompetenz.info/genderkompetenz-2003-2010/gendermainstreaming/Grundlagen/geschichten/bund/> (Zugriff 16.12.2013).
- Balluseck von, Hilde (2009): Der Kontext der akademischen ErzieherInnenausbildung. Download unter: <http://www.erzieherin.de/kontext-der-akademischen-erzieherinnenausbildung.php> (Zugriff 20.12.2013).
- Bardehle, Doris (2010): „Vorwort der Stiftung Männergesundheit“, in: Bardehle, Doris; Stiehler, Matthias (Hg.): Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. München: W. Zuckschwerdt Verlag GmbH, V-VI.
- Bardehle, Doris; Stiehler, Matthias (Hg.) (2010): Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. München: W. Zuckschwerdt Verlag GmbH.
- Beermann, Beate (2012): Geschlechtsspezifische Erwerbsarbeit mit Auswirkungen. Besondere Belastungen in frauentypischen Berufen, in: DGB Bundesvorstand (Hg.): Frauenherzen schlagen anders. Frau geht vor. Info-Brief 2/2012 Geschlechtersensibler Arbeits- und Gesundheitsschutz – Thema für die Gleichstellungspolitik. Berlin: DGB Bundesvorstand, 12-14.
- Beermann, Beate; Brenscheidt, Frank; Siefer, Anke (2008): „Unterschiede in den Arbeitsbedingungen und –belastungen von Frauen und Männern,“ in: Badura, Bernhard; Schröder, Helmut; Vetter, Christian (Hg.): Fehlzeitenreport 2007. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 69-83.
- Bericht der Arbeitsgruppe GFMK „Geschlechterperspektive für wirksameren Arbeits- und Gesundheitsschutz“ gemäß Auftrag der 20. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen, -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder: Geschlechtergerechte Praxis im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichterstattung: Hessen. Vorgelegt zur 21. GFMK am 16./17. Juni 2011. Wiesbaden. Download unter: https://hsm.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/gfmk_bericht2011.pdf (Zugriff 18.01.2014)
- Bericht der Arbeitsgruppe GFMK „Geschlechterperspektive im Arbeits- und Gesundheitsschutz“ gemäß Auftrag der 21. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen, -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder (GFMK) (2012): Betriebliche Gesundheitsförderung geschlechtersensibel gestalten – neue Aufmerksamkeit für atypische Beschäftigungsverhältnisse. Berichterstattung: Hessen. Vorgelegt zur 22. GFMK am 14./15. Juni 2012. Wiesbaden. Download unter: https://hsm.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/gfmk_bericht2012.pdf (Zugriff 18.01.2014)

- Bericht der LASI-Projektgruppe (2012): „Zielgruppen- und Geschlechteraspekte im Arbeits- und Gesundheitsschutz“ gemäß Auftrag der 59. LASI-Sitzung; Geschlechtersensibilität bei Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Informationsgrundlage für die Arbeitsschutzbehörden. Vorgelegt zur 60. LASI-Sitzung am 12./13. September 2012: LASI-Projektgruppe.
- Bertelsmann Stiftung (2012): „Bedarf an pädagogischen Fachkräften in Kitas steigt weiter/ Aber: Die meisten Erzieherinnen arbeiten in Teilzeit,“ in: Bertelsmann Stiftung. Ländermonitor frühkindliche Bildungssysteme. Pressemeldung Gütersloh 19.07.2012. Download unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/nachrichten_112980.htm (Zugriff 18.01.2014).
- Bertelsmann-Stiftung (2013 a): „Eine Frage der Qualität: Kitas haben oft zu wenig Personal. Länderreport Frühkindliche Bildungssysteme: Bildungschancen von Kindern unterscheiden sich zwischen Ost und West und zwischen Betreuungsformen.“ Download unter: http://www.bertelsmannstiftung.de/cps/rde/xchg/SID-F6EAC222-F01C381D/bst/hs.xsl/nachrichten_117073.htm (Zugriff 10.12.2013).
- Bertelsmann-Stiftung (2013 b): Frühkindliche Bildungssysteme aller Bundesländer im Vergleich. Ländermonitor frühkindlicher Bildungssysteme. Stichtag 01.03.2012. Download unter: <http://www.laendermonitor.de/uebersicht-grafiken/indikator-11a1-qualifikationsniveaus/indikator/9/indcat/11/indsubcat/5/index.nc.html?&period=168&dimension=0> (Zugriff 21.12.2013).
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW; Deutsche Angestelltenkrankenkasse DAK (Hg.) (2001): Stress bei Erzieher/innen. Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen. Berlin, Hamburg: BGW/DAK.
- Beschlüsse der 22. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen, -minister, -senatorinnen und -senatoren der Länder (GFMK) (2012). Hauptkonferenz am 14./15. Juni 2012. Nürnberg: GFMK.
- BKK Bundesverband (Hg.) (2002): Branchengesundheitsbericht für den öffentlichen Dienst. Gesundheitsrisiken und Präventionspotenziale. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Band Nr. 24. Bremerhaven: BKK Bundesverband.
- BKK Bundesverband (Hg.) (2009): BKK-Gesundheitsreport 2009. Gesundheit in Zeichen der Krise. Essen: BKK Bundesverband. Download unter: http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/BKK_Gesundheitsreport_2009.pdf (Zugriff 06.12.2013).
- BKK Bundesverband (Hg.) (2010): BKK Gesundheitsreport 2010. Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft. Essen: BKK Bundesverband. Download unter: http://www.bkk.de/fileadmin/user_upload/PDF/Arbeitgeber/gesundheitsreport/BKK_Gesundheitsreport_2010.pdf (Zugriff 06.12.2013).
- BKK Bundesverband (Hg.) (2012): BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern – Krankheit versorgen – mit Krankheit leben. Essen: BKK Bundesverband. Download unter: http://www.bkk-nordwest.de/pressecenter/publikationen/download/bkk_gesundheitsreport_2012.pdf (Zugriff 16.12.2013)
- BKK Landesverband Hessen (Hg.) (2012): Männergesundheit - Frauengesundheit. Prämierte Arbeiten des BKK Innovationspreises Gesundheit 2010. Frankfurt am Main: BKK Landesverband Hessen
- Blech, Thomas; Wahle, Manfred (Hg.) (2009): Erzieher-in-Ausbildung auf dem Prüfstand. Beiträge zur aktuellen Reformdebatte. Bochum, Freiburg im Breisgau: Projektverlag.
- Botzet, M.; Frank, H. (1998): Arbeit und Gesundheit von Mitarbeiterinnen in Kindertageseinrichtungen. Regiofallstudie in saarländischen Kindertageseinrichtungen. Saarbrücken: Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e.V.
- Brandenburg, Stephan (2013): „BGW-Kongress zum Gesundheitsschutz in der pädagogischen Arbeit – Bildungs- und Betreuungsqualität in Kitas mit Erzieherinnengesundheit in Einklang bringen“. Dresden am 21.01.2013. Download unter: www.bgw-on.de/internet/generator/Inhalt/Onlineinhalt/Medientypen/Presseinformation/Aktuelle__Pressemeldungen/PM-regionalforum-2013-ost-Nachklapp.html (Zugriff 01.10.2013).

- Brandenburg, Stephan; Endl, Hans-L.; Glänzer, Edeltraud; Meyer, Petra; Mönig-Raane, Margret (Hg.) (2009): Arbeit und Gesundheit: geschlechtergerecht?! Präventive betriebliche Gesundheitspolitik aus der Perspektive von Männern und Frauen. Hamburg: VSA-Verlag.
- Buch, Markus; Frieling, Ekkart (2001): Belastungs- und Beanspruchungsoptimierung in Kindertagesstätten. Kassel.
- Buch, Markus; Frieling, Ekkart (2002): Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor: „Ableitung und Evaluation von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen bei Erzieherinnen in Kindertagesstätten“, in: Badura, Bernhard; Litsch, Martin; Vetter, Christian (Hg.): Fehlzeitenreport 2001. Schwerpunkt: Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor. Berlin: Springer-Verlag, 103-119.
- Büntgen, Maria (2010): Betriebliche Gesundheitsförderung für Männer und Frauen am Beispiel Stress. Hans Böckler Stiftung (Hg.). Gesundheit und Qualität der Arbeit. Arbeitspapier 185. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA (2010 a): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2008. Unfallverhütungsbericht Arbeit. Schwerpunkt - Sicherheit und Gesundheit von Frauen. Dortmund/ Berlin/ Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA (2010 b): Kosten durch Arbeitsunfähigkeit. Download unter: <http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/Kosten.html> (Zugriff 14.01.2014).
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA (Hg.) (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund/ Berlin/ Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung BMBF (2010): „Ministerium schafft Grundlagen zur Gesundheit von Frauen. Geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung rückt in den Fokus.“ Pressemitteilung 037/2010. Download unter: <http://www.bmbf.de/press/2805.php> (Zugriff 20.12.2013).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (Hg.) (2001 a): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Ost- und Westdeutschland. Bonn: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (Hg.) (2001 b): Frauengesundheitsbericht. Stuttgart: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (Hg.) (2002): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Schriftenreihe 209. Stuttgart: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (Hg.) 2005: Gender-Datenreport. 1. Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. München. Download unter: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/genderreport/2-Erwerbstaetigkeit-arbeitsmarktintegration-von-frauen-und-maenner/2-3-entwicklung-der-erwerbsbeteiligung-von-frauen-und-maennern-in-deutschland,seite=3.html> (Zugriff 21.12.2013).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (Hg.) (2011): Erster Gleichstellungsbericht. Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Berlin: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2012): Strategie „Gender Mainstreaming“. Download unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=192702.html> (Zugriff 16.12.2013).
- Bundesministerium der Justiz (2006): Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz. Download unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/agg/BJNR189710006.html> (Zugriff 08.01.2014).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hg.) (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Bd. 6. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2010). Herzlich willkommen auf dem Männergesundheitsportal. Download unter: <http://www.maennergesundheitsportal.de/> (Zugriff 05.12.2013).

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (2013): Kongress Männergesundheit. Man(n) informiert sich – Fragen und Antworten zur Männergesundheit. 2. gemeinsamer Männergesundheitskongress der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) am 28.03.2013 in Berlin. Download unter: <http://www.maennergesundheitsportal.de/> (Zugriff 05.12.2013).
- Bundeszentrale für politische Bildung (2012): Gender Mainstreaming. Dossier. Download unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/gender/gender-mainstreaming/> (Zugriff 23.12.2013).
- Calmbach, Marc; Cremers, Michael; Krabel, Jens (2011): Männliche Fachkräfte in Kindertagesstätten. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.). Berlin: BMFSFJ.
- Cinar, Melihan; Otremba, Katrin; Stürzer, Monika; Bruhns, Kirsten (2013): Kinder-Migrationsreport. Ein Daten- und Forschungsüberblick zu Lebenslagen und Lebenswelten von Kindern mit Migrationshintergrund. München: DJI Verlag.
- DAK Gesundheit (2013): DAK-Gesundheitsreport 2013. Sind wir heute anders krank? Download unter: <http://www.dak.de/dak/gesundheit/DAK-Gesundheitsreport-1147504.html> (Zugriff 29.12.2013).
- 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. Abt. Gesundheitswesen (2001): Frauengesundheitsbericht. Bremen. Download unter: <http://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/frauengesundheitsbericht.pdf> (Zugriff 01.10.2013).
- Deutscher Frauenrat e.V. (o.J.): „Wie geschlechtergerecht ist unsere Gesundheitsversorgung?“ Download unter: <http://www.frauenrat.de/deutsch/infopool/nachrichten/informationdetail/article/wie-geschlechtergerecht-ist-unsere-gesundheitsversorgung.html> (Zugriff 03.12.2013).
- Deutscher Frauenrat e.V. (2009): „Entgeltlich gleich! Daten, Fakten und Hintergründe zum Gender Pay Gap in Deutschland.“ Download unter: http://www.frauenrat.de/fileadmin/user_upload/infopool/informationen/dateien/091102_Endgeltlich_gleich.pdf (Zugriff 06.12.2013).
- Deutsche Gesellschaft für Männer und Gesundheit (2010): „Gesundheitlicher Zustand der Männer deutlich schlechter als der von Frauen.“ Download unter: <http://www.Mann-und-gesundheit.com/100.html> (Zugriff 06.12.2013).
- Deutsches Jugendinstitut DJI e.V. (2005): Zahlenspiegel 2005. Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik. München. Download unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/root,did=59332.html> (Zugriff 01.10.2013).
- Deutsches Jugendinstitut DJI e.V. (2008): Projekt Jugendhilfe und sozialer Wandel. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung bei Kindertagesstätten. München: DJI.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. (Hg.) (2009): Fachpolitische Positionen. Zum Umgang mit dem zunehmenden Mangel an Fachkräften in Kindertageseinrichtungen. Berlin: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V.
- DGB Bundesvorstand (Hg.) (2012): Frauenherzen schlagen anders. Frau geht vor. Info-Brief 2/2012 Geschlechtersensibler Arbeits- und Gesundheitsschutz – Thema für die Gleichstellungspolitik. Berlin: DGB Bundesvorstand.
- DGB-Index Gute Arbeit GmbH (Hg.) (2012): Arbeitshetze – Arbeitsintensivierung - Entgrenzung. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2011 der DGB-Index Gute Arbeit GmbH. Berlin: DGB-Index Gute Arbeit GmbH.
- Dinges, Martin (2010): Männlichkeit und Gesundheit: Aktuelle Debatte und historische Perspektiven, in: Bardehle, Doris; Stiehler, Matthias (Hg.) (2010): Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. München: W. Zuckschwerdt Verlag GmbH, 2-16.
- Dittmann, Andreas (o.J.): Unser Gehör: „Vom Klangerlebnis zum Verständigungsproblem“, in: Unfallkasse Nord UK Nord (Hg.): Entspannung für alle Ohren. Weniger Lärm in Kindertagesstätten. Hamburg: UK Nord.

- Eibeck, Bernhard (2010): Vom „Traumjob Erzieherin“ kann noch keine Rede sein. Download unter: http://www.gew.de/Mikrozensus_Auswertung.html (Zugriff 17.01.2014).
- Erler, Gisela Anna (2004): Work-Life-Balance & Diversity, in: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Veranstaltungen. Dokumentation. Bonn 2004. Download unter: <http://www.bpb.de/veranstaltungen/dokumentation/129527/work-life-balance-diversity> (Zugriff 16.12.2013).
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2003 a): Geschlechtsspezifische Fragen im Zusammenhang mit Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit. Zusammenfassung eines Berichts der Agentur. Factsheets 42. Bilbao. Download unter: <http://osha.europa.eu/de/publications/factsheets/42> (Zugriff 17.01.2014).
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2003 b): Die Berücksichtigung des Geschlechteraspekts bei der Risikoanalyse. Factsheets 43. Bilbao. Download unter: <http://osha.europa.eu/de/publications/factsheets/43> (Zugriff 17.01.2014).
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2006): Geschlechtsspezifische Aspekte der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit. Eine zusammenfassende Darstellung. Luxemburg.
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2013): Frauen und Gesundheit bei der Arbeit. Download unter: https://osha.europa.eu/de/priority_groups/gender/index_html (Zugriff 03.12.2013).
- Europäische Kommission (2002): Mitteilung der Kommission vom 11. März 2002 - Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz (2002-2006) http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/health_hygiene_safety_at_work/c11147_de.htm (Zugriff 17.01.2014).
- Europäische Union: Vertrag von Amsterdam zur Änderung des Vertrags über die europäische Union, der Verträge zur Gründung der europäischen Gemeinschaften sowie damit zusammenhängender Rechtsakte. Amtsblatt Nr. C 340 vom 10. November 1997. Download unter: eur-lex.europa.eu/de/treaties/dat/11997D/htm/11997D.html (Zugriff 28.12.2013).
- Europarat (1998): Zitiert nach Universität Duisburg-Essen. Was ist Gender Mainstreaming. Gender Portal. Download unter: https://www.uni-due.de/genderportal/mainstreaming_definition.shtml (Zugriff 23.12.2013).
- Faltermaier, Toni (2004): Männliche Identität und Gesundheit. Warum Gesundheit von Männern?, in Altgeld, Thomas (Hg.): Männergesundheit. Neue Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention. Weinheim und München: Juventa Verlag, 11-33.
- Faltermaier, Toni (2008): Geschlechtsspezifische Dimensionen im Gesundheitsverständnis und Gesundheitsverhalten, in: Badura, Bernhard; Schröder, Helmut; Vetter, Christian (Hg.): Fehlzeitenreport 2007. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 35-45.
- Faulstich-Wieland, Hannelore; Weber, Martina; Willems, Katharina (2004): Doing Gender im heutigen Schulalltag. Empirische Studien zur sozialen Konstruktion von Geschlecht in schulischen Interaktionen. Weinheim: Juventa Verlag.
- Fischer, Frauke (2013): „Migrationskinder seltener in Krippen. Mehrsprachige Werbung für Kitas“, in: WESER KURIER vom 31.01.2013.
- FORSA-Umfrage „Gesundheit bei Frauen“(2011): Initiative „Hör auf dein Herz“. Download unter: <http://www.presseportal.de/pm/103596/2160142/initiative-hoer-auf-dein-herz-macht-sich-fuer-die-frauen-herzgesundheit-stark> (Zugriff 17.01.2014).
- Frauengesundheitsbericht des Landes Baden-Württemberg 2000 (2000). Download unter: http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/4_2_gbe/detail4f02.html?nr=597&kategorie=4_2_gbe (Zugriff 17.01.2014).
- Frauengesundheitsbericht des Landes Berlin (2003): Download unter: http://www.bkfrauengesundheit.de/cms/4_2_gbe/detail0769.html?nr=1068&kategorie=4_2_gbe (Zugriff 17.01.2014).

- Freie Hansestadt Bremen. Der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziale (Hg.) (2004): Rahmenplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich. Frühkindliche Bildung in Bremen. Download unter: <http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Rahmenplan.pdf> (Zugriff 29.12.2013).
- Freigang-Bauer, Inga; Amann, Silke (o.J.): Unterschiedliche Gesundheitsrisiken bei Männern und Frauen. Download unter: <http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/ca/e/hhq/> (Zugriff 17.01.2014).
- Freude, Gabriele; Weißbecker-Klaus, Xenija (2012): Überfordert Multitasking unser Gehirn?, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA (Hg.): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund/ Berlin/ Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA, 129-134.
- Fuchs-Rechlin, Kirsten (2007): Wie geht's im Job? KiTa-Studie der GEW. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (Hg.) Frankfurt: GEW.
- Fuchs-Rechlin, Kirsten (2010): Die berufliche, familiäre und ökonomische Situation von Erzieher/innen und Kinderpfleger/innen. Sonderauswertung des Mikrozensus. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (Hg.) Frankfurt: GEW.
- Fuchs, Tatjana; Trischler, Falko (2009): Arbeitsqualität aus Sicht von Erzieherinnen und Erziehern. Ergebnisse aus der Erhebung zum DGB-Index Gute Arbeit. Internationales Institut für Empirische Sozialforschung inifes. Stadtbergen: inifes.
- Gemeinsamer Rahmen der Länder für die frühe Bildung in Kindertageseinrichtungen. (2004): Beschluss der Jugendministerkonferenz vom 13./14.05.2004/ Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 03./04.06.2004: Download unter: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2004/2004_06_03-Fruehe-Bildung-Kindertageseinrichtungen.pdf (Zugriff 01.10.2013).
- Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft GEW (2007 a): Befristet in Teilzeit – schlechte Perspektiven für Erzieherinnen-Nachwuchs. Download unter: http://aba-fachverband.org/fileadmin/user_upload/user_upload_2007/politik-zeitgeschehen/GEW_PM_KiTa-Studie_2007.pdf (Zugriff 17.01.2014).
- Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft GEW (2007 b): Wie geht's im Job? Ergebnisse der KiTa-Studie der GEW. Download unter: http://www.gew.de/Binaries/Binary35438/09_10_kita-studie.pdf (Zugriff 17.01.2014).
- Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft GEW (Hg.) (2009): Tarifvertrag öffentlicher Dienst TVöD. Entgeltordnung Sozial- und Erziehungsdienst. Betriebliche Gesundheitsförderung. Frankfurt/Main: GEW.
- Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft GEW – Hauptvorstand (Hg.) (2010): Ratgeber Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst. Frankfurt/Main: GEW – Hauptvorstand.
- Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) (o.J.): Mensch und Arbeit. Im Einklang. Arbeitsprogramme 2013- 2018. Download unter: <http://www.gda-portal.de/de/Arbeitsprogramme2013-2018/Arbeitsprogramme2013-2018.html> (Zugriff 19.01.2014).
- Gender in Arbeit und Gesundheit (2010). Download unter: www.gender-arbeit-gesundheit.blogspot.de (Zugriff 08.01.2014).
- Grossarth, Jan (2013): „Zum Beispiel Darmstadt. Von August an hat jedes Kleinkind in Deutschland Anspruch auf einen Krippenplatz. Woher all die Räume und Erzieher kommen sollen, müssen die Städte und Gemeinden selbst wissen“, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 17. Mai 2013.
- Gümbel, Michael (2009): Gender (Mainstreaming) in Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung, in: Brandenburg, Stephan; Endl, Hans-L.; Glänzer, Edeltraud; Meyer, Petra; Mönig-Raane, Margret (Hg.): Arbeit und Gesundheit: geschlechtergerecht?! Präventive betriebliche Gesundheitspolitik aus der Perspektive von Männern und Frauen. Hamburg: VSA-Verlag, 14-23.
- Gümbel, Michael (2011): Mit der Geschlechterbrille die Gesundheit in der Arbeitswelt verbessern! in: gute ARBEIT. 4/2011, 18-20.

- Gümbel, Michael; Rundnagel, Regine (2004): Gesundheit hat ein Geschlecht. Die Bedeutung von Gender Mainstreaming im Arbeits- und Gesundheitsschutz, in: Arbeitsrecht im Betrieb Heft 9. Grundlagen der Betriebsratsarbeit, 539-545. Download unter: http://www.ergo-online.de/html/service/download_area/Artikel_aib0904guembel-rundnagel.pdf (Zugriff 17.01.2014).
- Gutachten der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für den ersten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (2011), in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (Hg.): Erster Gleichstellungsbericht. Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. Berlin: BMFSFJ, 13-235.
- Härtel, Ursula (2002): Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems bei Männer und Frauen, in: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber Verlag, 273-290.
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (Hg.) (2007): Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Kita! Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern fördern – Zusammenarbeit stärken. Dokumentation der Fachtagung am 27. September 2006 im Bürgerhaus Wilhelmsburg. Hamburg: HAG.
- Hammer, Gerlinde; Seibicke, Nina (2011): ProAktiv! Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz Handlungsanleitung 2: Beteiligungsorientierung bei der Gefährdungsbeurteilung. Muskel-Skelett-Erkrankung. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft.
- Hauffe, Ulrike (2013): Zitiert in „Lücken bei Chancengleichheit“ WESER KURIER vom 20.11.2013.
- Heinrich Böll Stiftung (2013): Diversity Management. Berlin. Download unter: http://www.migration-boell.de/web/diversity/48_71.asp (Zugriff 08.01.2014).
- Hlynsdottir, Wencke (2011): Testosteronschub in der KiTa! Oder Männer gesucht!, in: E & W Niedersachsen Heft 6-7. Hannover, 21-22. Download unter: http://www.gew-nds.de/E_W/juni_juli11/EuW06-07-2011.pdf (Zugriff 17.01.2014).
- Hollstein, Miriam (2012 a): „Erzieher haben stressigsten Job in Deutschland.“ In: DIE WELT vom 26.08.2012. Download unter: <http://www.welt.de/politik/deutschland/article108807315/Erzieher-haben-stressigsten-Job-in-Deutschland.html> (Zugriff 18.01.2014).
- Hollstein, Miriam (2012 b): „Erzieherinnen erkranken häufiger an Psychostress.“ In: DIE WELT vom 27.08.2012. Download unter: http://www.welt.de/print/die_welt/politik/article108808860/Erzieherinnen-erkranken-haeufiger-an-Psychostress.html (Zugriff 18.01.2014).
- Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hg.) (2002): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans Huber Verlag.
- Huth, Sandra; Seibert, Bernadette (2000): Gender Mainstreaming und Frauenförderung in der rheinland-pfälzischen Arbeitsmarktförderung. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz. Download unter: http://sofis.gesis.org/sofiswiki/Gender_Mainstreaming_und_Frauenfoerderung_in_der_rheinland-pf%C3%A4lzischen_Arbeitsmarktpolitik_-_Ergebnistransfer_und_Institutionalisierung (Zugriff 18.01.2014).
- IG Metall Vorstand (Hg.) Funktionsbereich Frauen- und Gleichstellungspolitik (2005): Chancengleichheit in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Betriebliche Gesundheitsförderung und Chancengleichheit für Frauen und Männer – ein Handlungsfeld für Betriebsräte. Download unter http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/global/show_document.asp?id=aaaaaaaaaaggib (Zugriff 18.01.2014).
- IKK- Bundesverband (2006): Der IKK-Impuls - Berufsreport Erzieherinnen und Erzieher. Bergisch Gladbach: Thieme Verlag.
- Illmarinen, Juhani; Tempel, Jürgen (2002): Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Hamburg: VSA-Verlag.
- infoline Gesundheitsförderung (o.J.): Präventionsportal. Wegweiser zu Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Warum Gender Mainstreaming in der Gesundheitsförderung? Ein Informationsdienst des hessischen RKW-Arbeitskreises „Gesundheit im Betrieb“ . Download unter: <http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/ca/d/hhm/> (Zugriff 08.01.2014).

- Initiative „Hör auf dein Herz“ (2011): Initiative „Hör auf dein Herz“ macht sich für die Frauenherzgesundheit stark. <http://www.presseportal.de/pm/103596/2160142/initiative-hoer-auf-dein-herz-macht-sich-fuer-die-frauenherzgesundheit-stark> (Zugriff 18.01.2014).
- Initiative Neue Qualität der Arbeit inqa (Hg.) (2011): Monitor Frauen im Arbeitsleben. Zahlen, Daten, Fakten zu Frauen im Arbeitsleben in Deutschland. Berlin. Download unter: http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/monitor-frauen-im-arbeitsleben.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 18.01.2014).
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit IAB (Hg.) (2013): Beschäftigungsmustern von Frauen und Männern. Auswertungen des IAB-Betriebspanels 2012, in: IAB-Forschungsbericht 14/2013. Nürnberg: IAB.
- Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung IFA (2011): ErgoKita: Ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen in Kindertageseinrichtungen. Eine Studie der Arbeitsbedingungen in Kitas soll helfen, Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Erziehern/Erzieherinnen vorzubeugen. Download unter: <http://www.dguv.de/dguv/ifa/Fachinfos/Ergonomie/Ergonomische-Arbeitspl%C3%A4tze-in-Kitas/index.jsp> (Zugriff 18.01.2014).
- Institut für Geschlechterforschung in der Medizin (2013): Arbeitsbereiche. Download unter: <http://gender.charite.de/forschung/arbeitsbereiche/> (Zugriff 05.12.2013).
- Jahn, Ingeborg (2004): Gender Mainstreaming im Gesundheitsbereich: Materialien und Instrumente zur systematischen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht (Stand: September 2004). Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) (Hg.). Bremen: BIPS.
- Jenter, Anne (2012): „Burnout statt Ferien. Hohe Belastungen prägen Erziehung und Unterricht“, in: DGB Bundesvorstand (Hg.): Frauenherzen schlagen anders. Frau geht vor. Geschlechtersensibler Arbeits- und Gesundheitsschutz – Thema für die Gleichstellungspolitik. INFO-Brief 2/12. Berlin: DGB Bundesvorstand, 19-20.
- Jochmann-Döll, Andrea; Tondorf, Karin (2011): „Das Instrumentarium eg-check.de im Überblick.“ Workshop der Hans-Böckler-Stiftung für Multiplikator/innen. Frankfurt am Main 14. und 15. 02.2011. Download unter: http://www.boeckler.de/pdf/v_2011_02_14_jochmann.pdf (Zugriff 18.01.2014).
- Khan, Attiya (2004): Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kita – Möglichkeiten und Grenzen. Download unter: <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/28.10.04.vortrag.khan.gesund.aufwachsen.pdf> (Zugriff 01.10.2013).
- Khan, Attiya (2007): Erschöpft und arbeitsfreudig? Berufliche Belastungsfaktoren in Kitas – aktueller Erkenntnisstand zur Gesundheit der Erzieherinnen, in: Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (Hg.): Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Kita! Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern fördern – Zusammenarbeit stärken. Dokumentation der Fachtagung am 27. September 2006 im Bürgerhaus Wilhelmsburg. Hamburg: HAG.
- Khan, Attiya (2009): Berufliche Belastungsfaktoren in Kitas – Aktueller Erkenntnisstand zur Gesundheit von Erzieherinnen. Download unter: www.rpi-loccum.de/download/khan.pdf (Zugriff 01.10.2013).
- Kannengießer, Ulrike C. (2005): Arbeitsschutz für Frauen. Ein Leitfaden für die Praxis. Edition der Hans Böckler Stiftung 144. Düsseldorf: Edition der Hans Böckler Stiftung.
- Kernelemente der europäischen Arbeitsschutzpolitik (o.J.). Download unter: http://www.ergo-online.de/html/rechtsgrundlagen/ueberblick/europaeisches_arbeitsschutzre.htm (Zugriff 03.12.2013).
- Kiepsch, Hans Jürgen et al. (o.J.): Mensch und Arbeitsplatz. BG Information. BGI 523. Vereinigung der Metall Berufsgenossenschaften VMBG. Download unter: <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/bgi523.pdf> (Zugriff 03.12.2013).
- Klaudy, E. Katharina (2010): „Erzieherin – (noch) ein klassischer Frauenberuf.“ Download unter: <http://www.nds-verlag.de/index.php?id=164> (Zugriff 01.10.2013).

- Klein, Uta (2011): „Die Zukunft der Gleichstellungspolitik? Neue Herausforderungen durch Diversity“. Vortrag gehalten am 10.11.2011 im Rahmen des Herbsttreffens der für Gleichstellung zuständigen Abteilungs-, Stabsstellen- und Referatsleitungen. Zitiert nach Bericht der Arbeitsgruppe GFMK 2012, 8.
- Klein, Uta (2012): Gender Research Group: Verbindungen von Gleichstellungs- und Diversitykonzepten: Risiken, Nebenwirkungen und Konsequenzen. Fachtag „Gleichstellungspolitiken und Diversity-Konzepte an Hochschulen. Problematische oder konstruktive Verbindungen?“ Universität Bremen 20. Januar 2012. Download unter: <http://www.uni-bremen.de/zentrale-frauenbeauftragte/fachtag-gender-diversity.html> (Zugriff 18.01.2014).
- Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink et al. und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2012): Deutscher Bundestag 17. Wahlperiode. Drucksache 17/ 9238 vom 30.03.2012 (Zugriff 01.10.2013).
- Kliche, Thomas; Unkauf, Sven (2010): „Ist wichtig, macht Spaß, hält gesund: Gefährdungsbeurteilungen endlich auch in Kitas,“ in: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft GEW – Hauptvorstand (Hg.): Ratgeber Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst. Frankfurt/Main: GEW – Hauptvorstand, 35-41.
- Klotz, Theodor (2002): Spezifische Gesundheitsprobleme von Männern, in: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans Huber Verlag, 241-258.
- König, Karsten; Pasternack, Peer (2008): Die Akademisierung der elementarpädagogischen Ausbildung in Deutschland. Mit einer Fallstudie „Erziehung und Bildung im Kindesalter“ an der Alice Salomon Hochschule Berlin. HoF Arbeitsberichte 5/08. Institut für Hochschulforschung (Hg.) an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Wittenberg: HoF.
- Kolip, Petra (2011): Wege zu einer geschlechtersensiblen Gesundheitsberichterstattung. Berlin. Springer Verlag. Download unter: http://rd.springer.com/chapter/10.1007/978-3-531-92790-9_28 (Zugriff 18.01.2014).
- Kolip, Petra; Altgeld, Thomas (Hg.) (2006): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Kolip, Petra; Hurrelmann, Klaus (2002): Geschlecht-Gesundheit-Krankheit: Eine Einführung, in: Hurrelmann, Klaus; Kolip, Petra (Hg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Handbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Hans Huber Verlag, 13-31.
- Krell, Getraude (2012): „Diversity als Konstrukt und Konzept verfertigen“ Fachtag „Gleichstellungspolitiken und Diversity-Konzepte an Hochschulen. Problematische oder konstruktive Verbindungen?“ Universität Bremen 20. Januar 2012. Download unter: <http://www.uni-bremen.de/zentrale-frauenbeauftragte/fachtag-gender-diversity.html> (Zugriff 18.01.2014).
- Krell, Getraude (o.J.): Gender und Diversity. Integrieren statt polarisieren. Download unter: http://www.migration-boell.de/web/diversity/48_474.asp (Zugriff 01.12.2013).
- Kuhn, Karl (2008): Geschlechtsspezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen, in: Badura, Bernhard; Schröder, Helmut; Vetter, Christian (Hg.) (2008): Fehlzeitenreport 2007. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 83-96.
- Kuhn, Detlef; Sommer, Dieter (Hg.) (2004): Betriebliche Gesundheitsförderung. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Kutzner, Edelgard (2010): Management zwischen Ökonomisierung und Gleichstellungspolitik. in: Gender. Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft. Download unter: <http://www.budrich-journals.de/index.php/gender/article/view/3929> (Zugriff 18.01.2014).
- Lademann, Julia; Kolip, Petra (2008): Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. in: Badura, Bernhard; Schröder, Helmut; Vetter, Christian (Hg.): Fehlzeitenreport 2007. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 5-19.

- Leu, Hans Rudolf (2008): Kinder mit Migrationshintergrund in Kindertageseinrichtungen, in: Deutsches Jugendinstitut Zahlenspiegel 2007. Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik. Forschungsverbund dji /Universität Dortmund. München, 159-169. Download unter: <http://www.forschungsverbund.tu-dortmund.de/104/> (Zugriff 18.01.2014).
- Mauz, Elvira; Viernickel, Susanne; Voss, Anja (2011): Gesundheitliche Ressourcen und Belastungen von Erzieherinnen und Erziehern – (auch) eine Frage der strukturellen Rahmenbedingungen?, in: Alice – Hochschulmagazin der Alice Salomon Hochschule Berlin. Nr. 22/2011, 60-61.
- Mauz Elvira; Voss Anja; Viernickel Susanne (2012): „Gesundheitliche Ressourcen und Belastungen von Erzieherinnen und Erziehern – (auch) eine Frage der strukturellen Rahmenbedingungen?“ Poster auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und dem Deutschen Präventionskongress, 27.-29.09.2012 in Dresden. Download unter: http://www.kita-forschung.de/?page_id=308 (Zugriff 18.01.2014).
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen MFJFG (2000): „Gesundheitsberichte NRW: Gesundheit von Frauen und Männern“. Bielefeld: MFJFG. Download unter: <http://www.bochum.de/C125708500379A31/CurrentBaseLink/W278NHNM509BOLDDE#par2> (Zugriff 19.01.2014).
- Mitteilung der Kommission KOM(96) 67 (endgültig vom 21. Februar 1996): Einbindung der Chancengleichheit von Frauen und Männern in die politischen Konzepte der Gemeinschaft. Download unter: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/c10921_de.htm (Zugriff 18.01.2014).
- Mitteilung der Kommission KOM (2002) 118 endgültig: Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002 – 2006. Download unter: https://osha.europa.eu/de/legislation/future/com2002_de.pdf (Zugriff 18.01.2014).
- Mitteilung der Kommission an das europäische Parlament, den Rat, den europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen KOM (2007) 62 endgültig: Die Arbeitsqualität verbessern und die Arbeitsproduktivität steigern: Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2007 – 2012. Download unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0062:FIN:de:PDF> (Zugriff 18.01.2014).
- Mitteilung der Kommission an das europäische Parlament, den Rat, den europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen KOM (2010) 491 endgültig: Strategie für die Gleichstellung von Frauen und Männern. Download unter: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/gleichstellung,did=67160.html> (Zugriff 18.01.2014).
- Möller-Leimkühler, Anne Maria; Kasper, Siegfried (2010) : Psychische und Verhaltensstörungen, in: Bardehle, Doris; Stiehler, Matthias (Hg.): Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. München: W. Zuckschwerdt Verlag GmbH, 135-159.
- Netzwerk Frauengesundheit (2000): Situation, Konzepte, Herangehensweisen und Organisationen in der Frauengesundheitsbewegung. Länderbericht Deutschland. 2000. Download unter: http://www.gesundheit-nds.de/ewhnet/Country_Reports/Germany_D.PDF (Zugriff 18.01.2014).
- Oldenburg, Claudia (2012): Präsentismus – die zweite Seite der Gesundheitsmünze, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA (Hg.): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund/ Berlin/ Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin BAuA, 134-142.
- Perspektive Mittelstand (2012): Erwerbstätigkeit von Männer und Frauen. Nur jede zweite Frau in Deutschland in Vollzeit erwerbstätig. News vom 07.11.2012. Download unter: <http://www.perspektive-mittelstand.de/Erwerbstaetigkeit-von-Maenner-und-Frauen-Nur-jede-zweite-Frau-in-Deutschland-in-Vollzeit-erwerbstaetig/management-wissen/4949.html> (Zugriff 06.12.2013).

- Prasch, Barbara (2012): Frauenherzen schlagen anders. Gesundheit hat ein Geschlecht, in: DGB Bundesvorstand (Hg.) (2012): Frauenherzen schlagen anders. Frau geht vor. Info-Brief 2/2012 Geschlechtersensibler Arbeits- und Gesundheitsschutz – Thema für die Gleichstellungspolitik. Berlin: DGB Bundesvorstand. 21-22.
- Rauschenbach, Thomas; Beher, Karin; Knauer, Detlef (1996): Die Erzieherin; Ausbildung und Arbeitsmarkt. Weinheim: Juventa Verlag.
- Rauschenbach, Thomas; Schilling, Matthias (2010): Der U3-Ausbau und seine personellen Folgen – Aktualisierung der Personalbedarfsberechnung für den Zeitraum März 2011 bis August 2013. Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut, Technische Universität Dortmund (Hg.) München: Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut, Technische Universität Dortmund.
- Rebscher, Herbert (2008): Statement des Vorsitzenden des Vorstands der DAK im Rahmen der Pressekonferenz am 12.02.2008 in Berlin. Download unter: <http://www.dak.de/dak/Pressestelle-1314352.html>. (Zugriff 18.01.2014).
- Reichelt, Tobias (2012): Warum in Kitas kaum Männer arbeiten. Download unter: <http://www.tagesspiegel.de/politik/erzieher-eine-ursache-fuer-den-maennermangel-ist-schlechte-bezahlung/7061480-2.html> (Zugriff 18.01.2014).
- Rest, Tanja (2012): „Vorschlag zur Umschulung von Schleckerfrauen „Schlag in die Magengrube.““ 08.06.2012. Download unter: <http://www.sueddeutsche.de/leben/vorschlag-zur-umschulung-von-schleckerfrauen-schlag-in-die-magengrube-1.1377834> (Zugriff 18.01.2014).
- Reuhl, Barbara (2009): Manchmal mehr als „kleine Unterschiede“ – Gefährdungen geschlechtergerecht beurteilen, in: Brandenburg, Stephan; Endl, Hans-L.; Glänzer, Edeltraud; Meyer, Petra; Mönig-Raane, Margret (Hg.): Arbeit und Gesundheit: geschlechtergerecht?! Präventive betriebliche Gesundheitspolitik aus der Perspektive von Männern und Frauen. Hamburg: VSA-Verlag, 167-185.
- Riedel, Birgit (2008): Das Personal in Kindertageseinrichtungen: Entwicklungen und Herausforderungen, in: Arbeitsgruppe Zahlenspiegel (Hg.): Zahlenspiegel 2007. Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik. München: Deutsches Jugendinstitut, 169-200.
- Riedel, Birgit (2009): Vorwort, in: Rohrmann, Tim (Hg.) (2009 a): Gender in Kindertageseinrichtungen. Ein Überblick über den Forschungsstand. München: Deutsches Jugendinstitut, 7-9.
- RKW Kompetenzzentrum (Hg.) (2013): Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung, in: info-line Gesundheitsförderung. Ein Informationsdienst des hessischen RKW-Arbeitskreises „Gesundheit im Betrieb“ Download unter: <http://www.info-line-gesundheitsfoerderung.de/ca/e/hho/> (Zugriff 03.12.2013).
- Robert Koch-Institut; Statistisches Bundesamt (Hg.) (2005): Schwerpunkt-berichterstattung des Bundes. Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter. Berlin. Download unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=11701&p_sprache=D (Zugriff 18.01.2014).
- Robert Koch-Institut; Statistisches Bundesamt (Hg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Zusammenfassung. Berlin. Download unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtId/gesundheitsbericht_kurzfassung.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 18.01.2014).
- Rohrmann, Tim (Hg.) (2009 a): Gender in Kindertageseinrichtungen. Ein Überblick über den Forschungsstand. München: Deutsches Jugendinstitut. Download unter: http://www.dji.de/bibs/Tim_Rohrmann_Gender_in_Kindertageseinrichtungen.pdf (Zugriff 18.01.2014).
- Rohrmann, Tim (2009 b): Männer verändern den Kindergarten. Deutsche Entwicklungen – europäische Perspektiven. Download unter: http://www.wechselspiel-online.de/literatur/Texte_TR/Rohrmann%20Maenner%20in%20Kitas%20200910.pdf (Zugriff 18.01.2014).
- Rudow, Bernd (2004 a): Arbeitsbedingungen für Erzieher/innen. Hohe psychische Belastungen, in: bildung & wissenschaft Juni, 6-13.
- Rudow, Bernd (2004 b): Belastungen und der Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Erzieherinnen. Kurzfassung des Projektbericht. Download unter: www.gew-berlin.de/documents_public/040510_Belastung_Erzieher_kurz.pdf (Zugriff 01.10.2013).

- Rudow, Bernd (2010): Instrumente der Prävention und Gesundheitsförderung, in: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft GEW – Hauptvorstand (Hg.): Ratgeber Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst. Frankfurt/Main: GEW – Hauptvorstand, 27-33.
- Rundnagel, Regine (2010): Europäisches Arbeitsschutzrecht. Download unter: http://www.ergo-online.de/site.aspx?url=html/rechtsgrundlagen/ueberblick/europaeisches_arbeitsschutzre.htm (Zugriff 17.12.2013)
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hg.) (2009): Erzieherinnengesundheit. Handbuch für Kita-Träger und Kita-Leitungen. Arbeits- und Gesundheitsschutz von Erzieherinnen und Erziehern in Kindertageseinrichtungen. Dresden. Download unter: <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/13701/documents/15763> (Zugriff 18.01.2014).
- Schad, Martina (2003): Erziehung (k)ein Kinderspiel. Gefährdungen und Belastungen des pädagogischen Personals in Kindertagesstätten. Unfallkasse Hessen (Hg.) Schriftenreihe der Unfallkasse Hessen Bd. 7. Frankfurt/Main: Unfallkasse Hessen.
- Schröder, Phoebe (o.J.): Die EU-Gender-Strategie und ihre Auswirkungen auf Arbeit und Gesundheit bei der Arbeit. In: infoline gesundheitsförderung. Ein Informationsdienst des hessischen RKW-Arbeitskreises „Gesundheit im Betrieb“ Download unter: <http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/ca/j/hur/> (Zugriff 03.12.2013)
- Schwarzer, Thomas (2013): Ausbau der U3-Betreuung. Familien müssen planen. in: Bremer Arbeitnehmer Magazin BAM 02/2013. Bremen, 8-9.
- Seeland, Ute; Regitz-Zagros, Vera (2012): Frauenherzen schlagen anders. Geschlechtsspezifische Prävention in der Kardiologie. Genderperspektiven 02/2012 100-106. Download unter: <http://lp.thieme.de/aktion-lp/xx/img/s-0032-1311967.pdf> (Zugriff 08.01.2014).
- Seibt, Reingard; Khan, Attiya; Thinschmidt, Marleen, Dutschke, Diana; Weidhaas, Jessica (2005): Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten. Fb 1049. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden: BAuA.
- Sieverding, Monika (2004): Achtung! Die männliche Rolle gefährdet Ihre Gesundheit!, in: psychomed Zeitschrift für Psychologie und Medizin 16/1 München: Juventa Verlag, 25-30.
- Sommer, Dieter; Kuhn, Detlef; Schmidt, Maiko; Volkhammer, Anja (2011): Gesunde Kita. Was fördert die Gesundheit von Kindern und ErzieherInnen? Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.
- Sommer, Michael; Buntentbach, Annelie (2012): Stressfaktor Arbeit, in: DGB-Index Gute Arbeit GmbH (Hg.): Arbeitshetze – Arbeitsintensivierung - Entgrenzung. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2011 der DGB-Index Gute Arbeit GmbH. Berlin: DGB-Index Gute Arbeit GmbH, 4.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2010): Befristete Beschäftigung. Jeder elfte Vertrag hat ein Verfallsdatum. Wiesbaden: Destatis. Download unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Arbeitsmarkt/2010_03b/2010_03PDF.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff 20.01.2014).
- Statistisches Bundesamt Destatis: (2012): Gestorbene: Deutschland, Jahre, Todesursachen. Wiesbaden: Destatis. Download unter: <https://offenedaten.de/dataset/destatis-statistik-23211/resource/ce4f2f9d-136d-4061-b869-f47079511363> (Zugriff 18.01.2014).
- Statistisches Landesamt Bremen (2010): Statistische Berichte. Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und öffentlich geförderter Kindertagespflege im Lande Bremen. Stand: März 2010. Bremen: Statistisches Landesamt Bremen.
- Sticher, Birgitta (2010): Riskantes Verhalten, in: Bardehle, Doris; Stiehler, Matthias (Hg.) (2010): Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. München: W. Zuckschwerdt Verlag GmbH, 87-110.

- Stiegler, Barbara (2004): Gender Mainstreaming: überflüssig oder kontraproduktiv? Eine Diskussion, in: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Dossier Gender Mainstreaming. Bonn. Download unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/gender/gender-mainstreaming/> (Zugriff 16.12.2013).
- Stiehler, Matthias (2008): Steter Tropfen höhlt den Stein. Oder: Was wird aus dem Männergesundheitsbericht, in: blickpunkt. der mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit 3/2008. Gablitz, 38-40.
- Stiftung Männergesundheit (2013): Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Bern: Huber Verlag
- Sujet Organisationsberatung, Hans-Böckler-Stiftung, ver.di (Hg.) (2010): Arbeitsbedingungen beurteilen – geschlechtergerecht. Gender Mainstreaming in der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. Projekt Gender/Stress- Gender & Gesundheit. Hamburg: Hans-Böckler-Stiftung.
- Thinschmidt, Marleen (2007): Gesundheitsförderung in der Kita – Zielgruppe ErzieherIn. Vortrag an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin am 08.11.2007. Download unter: <http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/304.pdf> (Zugriff 18.01.2014).
- Thinschmidt, Marleen (2009): Einleitung: Notwendigkeit von Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Gesundheitsförderung bei Personal in Kindertageseinrichtungen, in: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (Hg.) (2009): Erzieherinnengesundheit. Handbuch für Kita-Träger und Kita-Leitungen. Arbeits- und Gesundheitsschutz von Erzieherinnen und Erziehern in Kindertageseinrichtungen. Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, 7-12.
- Thinschmidt, Marleen (2010): Belastungen am Arbeitsplatz Kindertagesstätte – Übersicht zu zentralen Ergebnissen aus vorliegenden Studien, in: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft GEW – Hauptvorstand (Hg.) (2010): Ratgeber Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst. Frankfurt/Main: GEW – Hauptvorstand, 17-25.
- Thinschmidt, Marleen (2012 a): Belastungs- und Gesundheitsforschung bei Erzieherinnen und Erziehern – Status Quo. Vortrag auf der der AWO Fachtagung „Mehr von Allem – auf Kosten der Gesundheit unserer Erzieher/innen?“ Aspekte gelingenden Gesundheitsmanagements in Kindertageseinrichtungen am 04.06.2012 Remagen-Rolandseck. Download unter: http://awo-bundesakademie.org/fileadmin/user_upload/documents/1_Fachtag_AWO_-_Fachvortrag_Thinschmidt.pdf. (Zugriff 01.10.2013).
- Thinschmidt, Marleen (2012 b): „Das nervt mich!“ Psychische Belastungen in der Kita. Vortrag auf der Fachtagung der Unfallkasse Baden-Württemberg „Gesunder Arbeitsalltag in der Kita.“ Stuttgart 24.04.2012. Download unter: http://www.uk-bw.de/fileadmin/ukbw/media/dokumente/praevention/betriebsart/kindertagesstaetten/Flyer_Fachtagung_24.4.2012.pdf (Zugriff 01.10.2012).
- Ulmer, Jutta; Gröben, Ferdinand (2004): Ist die betriebliche Gesundheitsförderung männlich? In: Präventionsportal. Ansatzpunkte für betriebliches Handeln. Infoline Gesundheitsförderung – Gender Mainstreaming - Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung. Download unter: <http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/ca/e/hht/> (Zugriff 18.01.2014).
- Unfallkasse Hessen Kita-Portal (2013): ErgoKita: Ergonomische Arbeitsgestaltung. Download unter: <http://www.kitaportal-hessen.de/fachthemen/arbeits-und-gesundheitsschutz/ergonomie/> (Zugriff 12.01.2014).
- Universität Duisburg-Essen (2013): Was ist Gender Mainstreaming. Gender Portal. Download unter: https://www.uni-due.de/genderportal/mainstreaming_definition.shtml (Zugriff 23.12.2013).
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand ver.di (Hg.) (2006): Gender Mainstreaming in der Praxis von ver.di. Bestandsaufnahme, Analyse, Erfahrungen, Einschätzungen, Perspektiven. Berlin: ver.di.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft Bundesvorstand ver.di (Hg.) (2008): Genderpolitik. Gender im Gesundheitsschutz. Download unter: <http://gender.verdi.de/schwerpunktthemen/gesundheitsschutz/> (Zugriff 06.12.2013).

- Viernickel Susanne, Mauz Elvira, Schumann Maria, Voss Anja (2013): „Macht die Kita Erzieherinnen und Erzieher krank? Studie zur Strukturqualität und Erzieherinnengesundheit in Kindertageseinrichtungen“. Vortrag auf dem BGW-Forum in Wuppertal, 19.-20.04.2013. Download unter: http://www.kita-forschung.de/?page_id=311 (Zugriff 18.01.2014).
- Viernickel, Susanne; Voss, Anja (2013): Wissenschaftlicher Abschlussbericht: STEGE – Strukturqualität und Erzieherinnengesundheit in Kindertageseinrichtungen. Alice Salomon Hochschule Berlin. Download unter: http://www.ash-berlin.eu/fileadmin/user_upload/pdfs/Infothek/Presse-_und_%C3%96ffentlichkeitsarbeit/Pressemitteilungen/STEGE_Abschlussbericht.pdf (Zugriff 16.01.2014).
- Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Arbeit und Gesundheit vom 10.06.2010: Beschäftigungspolitisches Aktionsprogramm „Fachkräfteinitiative des Landes Bremen. Weiterentwicklung und Neuorientierung in den Jahren 2011 bis 2013/2014. Download unter: http://www.bba-bremen.de/documents/Deputationsvorlage_Fachkraefteinitiative_10.06.10.pdf (Zugriff 18.01.2014).
- Voss , Anja (2012) : Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern: Bedingungen, Belastungen, Ressourcen. Abschluss des Modellprojektes „Kitas bewegen – für die gute, gesunde Kita“. Vortrag Berlin 23.05.2012. Download unter: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-FBBF7401-778EA414/bst/Praesentation_Voss120523.pdf (Zugriff 18.01.2014).
- Wagner-Nagy, Thomas (2012): „Der gar nicht so kleine Unterschied.“ SZ Forum „Gesundheit“. Süddeutsche Zeitung vom 04.10.2012.
- Wahle, Manfred (2009): Berufsausbildung im Umbruch. Das Beispiel der beruflichen Ausbildung von Erzieherinnen und Erziehern, in: Blech, Thomas; Wahle, Manfred (Hg.) (2009): Erzieher-in-Ausbildung auf dem Prüfstand. Beiträge zur aktuellen Reformdebatte. Bochum, Freiburg im Breisgau: Projektverlag, 78-94.
- Wanger, Susanne (2011): Ungenutzte Potenziale in der Teilzeit. Viele Frauen würden gerne länger arbeiten. IAB-Kurzbericht 9/2011. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hg.). Nürnberg: IAB.
- Wanger, Susanne (2012): Arbeitszeitpotenziale von Frauen. Wunschlängen und wahre Größen, in: IAB Forum 1/2012. Themenschwerpunkt: Karriere-mo-delle. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hg.). Nürnberg: IAB, 18-25.
- Weber, Britta; Sinn-Behrendt, Andrea; Bertzen, Sigrid (2011): ErgoKiTa ` Ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen in Kindertagesstätten. In: 4. Fachgespräch Ergonomie 2010 IFA-Report 6/2011. Berlin: IFA, 47-53 . Download unter: http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/rep6_2011.pdf (Zugriff 21.12.2013).
- World Health Organisation WHO (2001): Mainstreaming gender equity in health. Madrid Statement. Kopenhagen. Download unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf (Zugriff 18.01.2014).
- World Health Organisation WHO (2013): Women's health. Download unter: http://www.who.int/topics/womens_health/en/ (Zugriff 17.12.2013).

