

Die arbeitsbedingten Belastungen von Kindergartenpädagoginnen und die Auswirkungen auf ihre subjektive Gesundheitseinschätzung

Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

MSc. Health & Fitness

Universitätslehrgang Msc. Health & Fitness

Am Interfakultären Fachbereich Sport- und

Bewegungswissenschaft/USI der Universität Salzburg

eingereicht von

Kristina Seibold

Betreuer: (Prof.) Univ.-Doz. Dr. Mag. Roland Bässler

Höflein an der Donau, April 2016

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig angefertigt und die mit ihr unmittelbar verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle aus gedruckten, ungedruckten Quellen oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommene Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch Fußnoten bzw. durch andere genaue Quellenangaben gekennzeichnet.

Die während des Arbeitsvorganges gewährte Unterstützung einschließlich signifikanter Betreuungshinweise ist vollständig angegeben. Die wissenschaftliche Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt. Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Ort, Datum

Unterschrift

„Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, soll eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein.“

(Ottawa-Charta)

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	10
2	Zielsetzung	12
3	Bedeutsamkeit und Relevanz	14
4	Theoretische Grundlagen und Befunde	16
4.1	Arbeit	16
4.1.1	Die heutige Arbeitssituation	16
4.1.2	Belastungen am Arbeitsplatz	16
4.1.3	Folgen von Arbeitsplatzbelastungen	17
4.1.4	Die Arbeitssituation von KindergartenpädagogInnen in Wien	18
4.1.5	Arbeitsbelastungen im Setting Kindergarten	22
4.1.6	Arbeitszufriedenheit	26
4.2	Gesundheit	29
4.2.1	Definitions- und Klassifikationsversuche	29
4.2.2	Subjektive Gesundheit	31
4.2.3	Salutogenesekonzept	34
4.3	Arbeit und Gesundheit	40
4.3.1	Arbeit als Gesundheitsfaktor	40
4.3.2	Wenn Arbeit krank macht	42
4.3.3	Arbeitsbedingte psychische und physische Erkrankungen	44
4.3.4	Stress	47
4.3.4.1	Stress am Arbeitsplatz	49
4.3.4.2	Systemisches Anforderungs- und Ressourcenmodell	52
5	Forschungshypothesen	55
6	Untersuchungsdesign	57
6.1	Erhebungsparameter	57
6.1.1	Arbeitsbelastung	57
6.1.2	Subjektive Gesundheitseinschätzung	59
6.1.3	Gesundheitsdeterminanten	59
6.2	Untersuchungsteilnehmerinnen	61

6.3 Datenerhebung	66
6.3.1 Der Fragebogen	66
6.4 Statistisches Auswertungsverfahren	70
7 Ergebnisdarstellung	71
7.1 Belastungen am Arbeitsplatz	71
7.2 Gesundheitseinschätzung von Kindergartenpädagoginnen	76
7.3 Arbeitsbelastung und Gesundheit von Pädagoginnen	77
7.4 Gesundheitsdeterminanten	79
7.5 Korrelation Gesundheitsdeterminanten und Gesundheitseinschätzung ...	83
7.6 Korrelation Gesundheitsdeterminanten und Arbeitsbelastung	85
7.7 Einfluss von soziodemografischen Faktoren und beruflichen Rahmenbedingungen auf die Arbeitsbelastung	88
7.8 Einfluss von soziodemografischen Faktoren und beruflichen Rahmenbedingungen auf die Gesundheitseinschätzung	89
8 Diskussion	90
9 Zusammenfassung	94
10 Ausblick auf weitere Forschung	97
11 Literaturverzeichnis	98
12 Anhang	105

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Kindertagesheime in Österreich im Jahr 2014 nach dem Erhalter	19
Abbildung 2:	Entwicklung Kleinkindplätze nach Betreuungsquoten und Bundesländern	20
Abbildung 3:	Einflussfaktoren auf die Gesundheit	29
Abbildung 4:	Anteil der Personen mit (sehr) guter Gesundheit bzw. mit chronischer Krankheit nach Alter und Geschlecht	33
Abbildung 5:	Arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme	44
Abbildung 6:	Die zwei Achsen der körperlichen Stressreaktion	48
Abbildung 7:	Stress am Arbeitsplatz	50
Abbildung 8:	Gesundheitsbeeinflussende organisatorische und personelle Faktoren	51
Abbildung 9:	Das vereinfacht dargestellte SAR- Modell bezogen auf den Arbeitsplatz	54
Abbildung 10:	Darstellung der Forschungsfrage	56
Abbildung 11:	Altersstruktur der Probandinnen	61
Abbildung 12:	Berufsjahre der Probandinnen	61
Abbildung 13:	Gruppenform in der die Probandinnen tätig sind	62
Abbildung 14:	Kinderanzahl in den Kindergartengruppen der 3-6 Jährigen	62
Abbildung 15:	Kinderanzahl in Familiengruppen	63
Abbildung 16:	Kinderanzahl in Hortgruppen	63
Abbildung 17:	Kinderanzahl in Integrationsgruppen	64
Abbildung 18:	Kinderanzahl in Krippen	64
Abbildung 19:	Arbeitsstunden der Probandinnen.....	65
Abbildung 20:	Unterstützung durch eine Assistentin/einen Assistent	65
Abbildung 21:	Arbeitsbezirk der Kindergartenpädagoginnen	66
Abbildung 22:	Erhebungsisems der Arbeitsbelastung	67
Abbildung 23:	Erhebung der Gesundheitseinschätzung	68
Abbildung 24.:	Erhebung der Gesundheitsdeterminanten	69
Abbildung 25:	Daten der Gesundheitseinschätzung	70
Abbildung 26:	Übersicht des Auswertungsverfahrens	71
Abbildung 27:	Pädagoginnen die bei den arbeitsbedingten Belastungsitems die Antwortmöglichkeiten „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ angekreuzt haben	73
Abbildung 28:	Pädagoginnen die bei den ergonomischen Belastungsitems die Antwortmöglichkeiten „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ angekreuzt haben ...	73
Abbildung 29:	Pädagoginnen die bei den organisatorischen Belastungsitems die Antwortmöglichkeiten „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ angekreuzt haben ...	74
Abbildung 30:	Pädagoginnen die bei den sozialen Belastungsitems die Antwortmöglichkeiten „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ angekreuzt haben....	75

Abbildung 31:	Pädagoginnen die bei den physikalischen Belastungsitems die Antwortmöglichkeiten „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ angekreuzt haben ...	75
Abbildung 32:	Vergleich Subjektive Gesundheitseinschätzung	77
Abbildung 33:	Korrelation Arbeitsbelastung und Gesundheitseinschätzung	78
Abbildung 34:	Korrelation Soziale Arbeitsbelastung und Gesundheitseinschätzung	79
Abbildung 35:	Pädagoginnen, die den jeweiligen Gesundheitsdeterminanten einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit zuschreiben	81
Abbildung 36:	Pädagoginnen, die den jeweiligen Gesundheitsdeterminanten einen negativen Einfluss auf ihre Gesundheit zuschreiben	82
Abbildung 37:	Pädagoginnen, die den jeweiligen Gesundheitsdeterminanten keinen Einfluss auf ihre Gesundheit zuschreiben	82
Abbildung 38:	Gesundheitsbeeinflussende Wirkung der einzelnen Lebensbereiche	83
Abbildung 39:	Korrelation Gesundheitsdeterminante „Arbeitsbelastung“ und Gesundheitsdeterminante „Arbeitszufriedenheit“	84
Abbildung 40.:	Korrelation Arbeitsbelastung und der Gesundheitsdeterminante „Arbeit“	87
Abbildung 41:	Korrelation Arbeitsbelastung und der Gesundheitsdeterminante „Arbeitszufriedenheit“	88
Abbildung 42:	Grafische Ergebnisdarstellung der Forschungsfrage.....	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht Alter und Maximalkinderanzahl pro Gruppe in den unterschiedlichen Gruppenformen	21
Tabelle 2:	Gesamt-Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen	105
Tabelle 3:	Physikalische Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen	105
Tabelle 4:	Ergonomische Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen ...	106
Tabelle 5:	Arbeitsbedingte Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen...	107
Tabelle 6:	Organisatorische Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen..	107
Tabelle 7:	Soziale Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen	108
Tabelle 8:	Arbeitsbelastung von Kindergartenpädagoginnen anderer Bundesländer ...	108
Tabelle 9:	Gesundheitsdeterminante „Arbeitsbelastung“	109
Tabelle 10:	Gesundheitsdeterminanten „Arbeitszufriedenheit“	109
Tabelle 11:	Gesundheitsdeterminante „Familie“	110
Tabelle 12:	Gesundheitsdeterminante „Freunde und Bekannte“	110
Tabelle 13:	Gesundheitsdeterminante „Angeborene Erkrankungen“	110
Tabelle 14:	Gesundheitsdeterminante „Ernährungsstil“	111
Tabelle 15:	Gesundheitsdeterminante „Bewegungsverhalten“	111
Tabelle 16:	Gesundheitsdeterminante „Risikofaktoren“	112

SUMMARY

This Master Thesis pursues the identification of an influence from female kindergarten-teachers' workload on their health status. 189 female kindergarten-teachers were asked in a survey about their workload and their subjective health assessment. Influencing factors on their health were also evaluated. By using the Spearman rank correlation a connection between workload and health assessment was analyzed. The result of the survey shows, that Kindergarten-teachers who feel high burdened with their work, assess their health status worse than kindergarten-teachers who don't feel burdened with their working conditions. The survey shows that a lot of kindergarten-teachers (more than 80% of the respondents) feel stressed at their workplace and define their workload as a negative impact on their health. Job satisfaction is not only identified as the most important protective factor against work load but also has an important influence on health. Besides that, social environment and lifestyle were also mentioned as high positive effects on the health of the kindergarten-teachers. Socio-demographic factors and work conditions on the other hand do not show any significant influence, neither on the health assessment nor on the workload.

The high perception of working conditions as a burden and the interaction between work and health generates a risk for health. Therefore it is necessary to minimize the perception of working conditions as workload and to enhance kindergarten teachers' resilience against perceived burdens. It is also important to support the positive effect of the social environment and lifestyle on the kindergarten-teachers' health. The aim should be to create a working environment which benefits kindergarten teacher's health.

1 EINLEITUNG

Regelmäßig in Wien stattfindende Demonstrationen gegen unzumutbare Rahmenbedingungen in elementaren Bildungs- und Betreuungseinrichtungen zeigen die Arbeitsunzufriedenheit von PädagogInnen mit ihren Arbeitsbedingungen. Häufig zu lesende Statements sind unter anderem, dass die Belastungen im Arbeitsalltag von PädagogInnen zunehmen und dass die Arbeitszufriedenheit und die Qualität ihrer Arbeit unter den vorherrschenden Bedingungen leiden.

Erwerbsarbeit stellt einen wesentlichen gesundheitsbeeinflussenden Lebensbereich dar. Die Zufriedenheit mit den Arbeitsumständen und der Arbeitstätigkeit beeinflusst neben der Arbeitsmotivation und der Arbeitsleistung auch die Gesundheit der MitarbeiterInnen. Gesundheitliche Beschwerden können sowohl direkt aus den Belastungen am Arbeitsplatz als auch aus der Unzufriedenheit mit den Arbeitsplatzbedingungen resultieren (vgl. Aazami et. al., 2015, S.44f.).

Mit dieser Forschungsarbeit sollen Arbeitsbelastungen und die möglichen gesundheitsschädlichen Auswirkungen identifiziert werden, um gegebenenfalls Interventionsansätze für die Gesunderhaltung von weiblichen Kindergartenpädagoginnen an ihrem Arbeitsplatz entwickeln zu können.

Überdies soll überprüft werden, ob Wiener Kindergartenpädagoginnen in ihrer beruflichen Ausübung hohen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind und ob diese Belastungen am Arbeitsplatz Auswirkungen auf ihre subjektive Gesundheitswahrnehmung haben.

Die Berufsanforderungen im elementar-pädagogischen Alltag steigen an. Mit zunehmenden Berufsanforderungen sind jene Bereiche gemeint, mit denen PädagogInnen durch die gesellschaftlichen Entwicklungen zusätzlich zu den allgemeinen Arbeitsbedingungen konfrontiert sind. Dazu gehören unter anderem die steigende Anzahl an Kindern mit einer anderen Erstsprache als Deutsch sowie die Notwendigkeit zusätzlicher Betreuungsplätze durch den früheren beruflichen Wiedereinstieg von Müttern bzw. Erziehungsberechtigten. Dies bedingt, dass von den PädagogInnen zusätzlich zum Betreuungs- und Bildungsauftrag im Kindergartenalltag auch Erziehungsaufgaben übernommen werden müssen (vgl. Viernickel & Voss, 2012, S. 11).

Von PädagogInnen werden folgende allgemeine Arbeitsrahmenbedingungen als Belastungen genannt:

„eine schlechte finanzielle und räumliche Ausstattung, schlechte ergonomische Arbeitsbedingungen, chronischer Zeitdruck, ständig steigende Arbeitsanforderungen, Belastung durch Lärm, zu geringe Bezahlung, geringe Aufstiegsmöglichkeiten, geringe gesellschaftliche Reputation und körperlich anstrengende Arbeit“ (vgl. ebd., S. 8).

Die Gesunderhaltung der PädagogInnen am Arbeitsplatz stellt für eine langfristige, motivierte und gesunde Ausübung des Berufes eine wesentliche Voraussetzung dar und stärkt die Widerstandskraft (=Resilienz) gegenüber den zunehmenden Berufsanforderungen.

Überdies sollte darauf hingewiesen werden, dass die KindergartenpädagogInnen eine wichtige Vorbildfunktion für ihre Kindergartenkinder haben. Das Gesundheitsverhalten der Kindergartenpädagogin/des Kindergartenpädagogen leistet einen entscheidenden Beitrag in der Ausbildung des kindlichen Gesundheitsverhaltens und legt somit einen wichtigen Grundbaustein für den späteren physischen Aktivitätscharakter und das Gesundheitsbewusstsein der Kinder (vgl. Hoffmann, Tug & Simon, 2014, S.9).

Maßnahmen für die Gesunderhaltung von KindergartenpädagogInnen im Arbeitsalltag ergeben somit nicht nur positive Effekte auf die Gesundheit und die verbesserte Arbeitsfähigkeit der Pädagogin/des Pädagogen selbst, sondern auch auf die indirekte Gesundheitserziehung der Kindergartenkinder.

2 ZIELSETZUNG

Die Arbeitsbelastungen von Wiener Kindergartenpädagoginnen und deren Auswirkung auf ihre Gesundheitseinschätzung stehen im Mittelpunkt meines Forschungsinteresses.

Als Probandengruppe wurden explizit Kindergartenpädagoginnen gewählt. Dies begründet sich durch eine unterschiedliche geschlechtsspezifische Körperwahrnehmung, einem anderen Gesundheits- und Krankheitsverhalten und unterschiedlichem Umgang mit Belastungen von Mann und Frau (vgl. Herceg, 2013, S.34).

Es wurden ausschließlich Pädagoginnen befragt, die in Wien in einem Kindergarten öffentlicher Träger arbeiten, um annähernd gleiche Rahmenbedingungen (gleiche Kindergartengesetze, Anzahl an Kindern pro Gruppe, Ressourcenverfügbarkeit, Betreuungsschlüssel, etc.) zu gewährleisten und so sinnvolle Vergleiche anstellen zu können.

Das Hauptziel dieser Arbeit ist die Identifikation der arbeitsbedingten Belastungen am Arbeitsplatz von Pädagoginnen als möglichen beeinflussenden Faktor bei der subjektiven Gesundheitswahrnehmung. Den theoretischen Hintergrund, nämlich wie sich Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit auswirken, wird im nachfolgenden Kapitel (Kapitel 4.3) näher erörtert.

Die Forschungsfragen dieser Arbeit lassen sich wie folgt formulieren:

- Welche Belastungen bestehen aktuell im Arbeitsalltag von Wiener Kindergartenpädagoginnen in einem öffentlichen Kindergarten?
- Wie schätzen Pädagoginnen ihren subjektiven Gesundheitszustand auf einem Gesundheits- Krankheitskontinuum ein?
- Wie werden die Arbeitsbedingungen von Wiener Kindergartenpädagoginnen wahrgenommen? Gibt es einen Zusammenhang zwischen den arbeitsbedingten Belastungen und der subjektiven Gesundheitseinschätzung? Haben die Arbeitsbedingungen Einfluss auf die Gesundheitswahrnehmung der Pädagoginnen? Wenn ja, welchen Einfluss?
- Wovon ist die subjektive Gesundheitseinschätzung von Kindergartenpädagoginnen abhängig? Welche Faktoren wirken sich positiv, welche negativ auf die Gesundheitswahrnehmung aus?

- Gemäß der Ottawa-Charta, die Arbeit „*als Quelle der Gesundheit*“ definiert, stellt sich die Frage, ob die Arbeit von Kindergartenpädagoginnen einen gesundheitsfördernden Faktor einnimmt oder krank macht?
- Gibt es eventuelle „Copingstrategien“, die mögliche negative Auswirkungen von hohen arbeitsbedingten Belastungen auf die Gesundheit minimieren bzw. eliminieren?

3 BEDEUTSAMKEIT UND RELEVANZ

Die Gesundheitserhaltung bzw. –förderung bei Kindergartenpädagoginnen am Arbeitsplatz lohnt sich in mehrfacher Hinsicht und beinhaltet drei Ebenen.

Die erste Ebene sind die positiven Effekte der Gesundheitserhaltung auf die Pädagoginnen selbst. Gesundere MitarbeiterInnen bringen eine höhere Arbeitsmotivation mit sich, eine Optimierung der Arbeitsleistung und der persönlichen Resilienz u.v.m. Auf der zweiten Ebene profitiert der/die Arbeitgebende durch ein gesteigertes Arbeitsverhalten und einer Reduktion der Krankenstandstage (vgl. Helmenstein et al., 2004, S40f.). Die positiven Effekte der Gesundheitserhaltung auf der dritten Ebene beziehen sich auf die Kindergartenkinder. Die Kindergartenpädagogin/der Kindergartenpädagoge verbringt einen beträchtlichen Anteil des Tages mit den Kindern und stellt eine wichtige Rollenfunktion dar. Hoffmann, Tug und Simon (2014) stellen fest, dass das Gesundheitsverhalten der KindergartenpädagogInnen einen immensen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Kindergartenkinder hat. Durch diese frühe und sehr prägende Vorbildfunktion legen KindertagenerzieherInnen einen wichtigen Grundbaustein für den späteren physischen Aktivitätscharakter und das Gesundheitsbewusstsein der Kinder. In dieser Studie von Hoffmann, Tug und Simon wird mit einer hohen Wahrscheinlichkeit von einem Zusammenhang zwischen niedriger physischer Aktivität und Übergewicht der KindertagenerzieherInnen und Übergewicht des Kindergartenkindes ausgegangen. Von einem direkten Zusammenhang wird nicht geschrieben, da weitere wichtige Einflussfaktoren wie der soziale Status und der Stadtbereich, in dem die Kinder wohnen, nicht mitberücksichtigt worden sind (vgl. ebd., S.9). Eine Studie aus China, die den Zusammenhang des Essverhaltens von Kindern mit dem Gesundheitsverhalten von LehrerInnen und dem Bildungsgrad der Eltern analysiert, weist auf eine Korrelation zwischen dem positiven Gesundheitsbewusstsein der LehrerInnen und dem gesunden Essverhalten der SchülerInnen hin und vice versa (vgl. He et al., 2013, S.883). Auch Gilbert, Richard, Lapie-Legouis, Beck und Vercaudre erwähnen in ihrer Studie „Health Behaviors: Is There Any Distinction for Teachers?“ die Rollenvorbildfunktion der ErzieherInnen und führen die LehrerInnen als GesundheitserzieherInnen und als Verantwortliche für die Vermittlung eines gesunden Verhaltens an (vgl. ebd., S. 9).

Die Verminderung des Stresserlebens am Arbeitsplatz von PädagogInnen soll auch mit positiven Lerneffekten von Kindern in Verbindung stehen. So stellten Pakarinen und ihre KollegInnen in ihrer Studie fest, dass ein als hoch empfun-

ner Stresslevel bei PädagogInnen die Lernmotivation der Kinder negativ beeinflusst (vgl. Pakarinen et al., 2010, S. 295).

4 THEORETISCHE GRUNDLAGE UND BEFUNDE

In den folgenden Kapiteln soll erläutert werden, welche Arbeitsstrukturen im Arbeitsalltag herrschen und welchen positiven oder negativen Einfluss die Arbeitssituation auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen haben kann.

4.1 Arbeit

4.1.1 Die Arbeitssituation

Die Arbeitssituation hat sich in den letzten Jahrzehnten in Österreich stark gewandelt. Gesellschaftliche Veränderungen in den letzten Jahren haben auch Auswirkungen auf die Arbeitswelt. Primär handelt es sich dabei um

„die Intensivierung der Arbeitsprozesse, um die Zunahme von prekären Beschäftigungsformen und um Arbeitsplatzunsicherheit; um das Altern der Erwerbsbevölkerung; um die Zunahme von emotionalen Anforderungen bei der Arbeit und um die unzureichende Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben“ (Biffl, Leoni, Mayrhofer, 2009, S.54).

Unsichere Arbeitsverhältnisse, erhöhter Wettbewerbsdruck und steigende berufliche Anforderungen sind einige Ursachen dafür, dass Erwerbsarbeit zu einem gesundheitsschädlichen Lebensbereich wird.

4.1.2 Belastungen am Arbeitsplatz

Aus der Erhebung der „Arbeitsplatzbelastungen, arbeitsbedingten Krankheiten und Invalidität“ des österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung (Biffl, Leoni, Mayrhofer, 2009, S.3ff) resultieren fünf Hauptdimensionen von Belastungen:

- Physische Belastungen: Lärm, Staub, (sehr hohe bzw. sehr niedrige) Temperatur, Abgas etc.
- Ergonomische Belastungen: belastende Körperhaltungen, Heben und Tragen von schweren Lasten etc.
- Arbeitsbezogene Belastungen: Arbeitszeiten, Arbeitsqualität, Arbeitsintensität, Zeitdruck, Überstunden, Arbeitsüberforderung etc.
- Organisationale Belastungen: : Ressourcenmangel, Personalmangel etc.

- Soziale Belastungen: psychosoziale Belastungen, ständiger zwischenmenschlicher Kontakt, Betreuung und Pflege von Menschen, fehlende Unterstützung von der/dem Arbeitgebenden, geringe Wertschätzung der geleisteten Arbeit etc.

Nicht an jedem Arbeitsplatz müssen alle fünf Belastungsdimensionen im gleichen Maße existieren. Welche der fünf Dimensionen am Arbeitsplatz vorherrscht, ist sehr berufsspezifisch. Physische und ergonomische Belastungen sind demnach für die Baubranche charakteristisch. In der Betreuung oder Pflege von Menschen spielen vor allem soziale und ergonomische Belastungen eine Rolle. Durch die unterschiedliche Arbeitsbranchen- und Arbeitsrollenverteilung zwischen Männern und Frauen ergeben sich geschlechtsspezifische Belastungstendenzen (vgl. ebd. S.9). Die in sozialen Berufen tätigen und somit häufig unter sozialen Belastungen leidenden Arbeitnehmenden sind vorwiegend weiblich. Speziell im Beruf als Kleinkinderziehenden sind Frauen überdurchschnittlich vertreten. In Österreich sind 99% der KindergartenpädagogInnen weiblich (vgl. Koch, 2015, S.7).

4.1.3 Folgen von Arbeitsplatzbelastungen

Die Veränderungen in der Arbeitswelt, die im Kapitel 4.1.1. beschrieben werden, spiegeln sich in der Zunahme von arbeitsbedingten psychischen und physischen Erkrankungen wider.

Besonders die psychischen Erkrankungen haben sich in den letzten Jahren verdreifacht (vgl. Eichmann & Saupe, 2014, S.179f.). *„Ein klarer Aufwärtstrend ergibt sich weiterhin für die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen, die, von einem geringen Niveau ausgehend, sowohl absolut als auch relativ zu den restlichen Krankheitsgruppen deutlich zunehmen“* (Leoni, 2014, S.2). An einer psychischen Erkrankung zu leiden, zählt zu den drei häufigsten Gründen für Krankenstandstage (vgl. Gesunde Arbeit, 2015). Dazu kommt die Tatsache, dass Krankenstandstage auf Basis von psychischen Belastungen länger andauern als Krankenstände aufgrund von physischen Erkrankungen. Daraus resultieren entsprechend höhere Kosten. Der durchschnittliche Wert der Krankenstandsdauer beträgt 10,2 Tage, im Gegensatz dazu führen psychische Erkrankungen zu 39,4 Krankenstandstagen (vgl. Leoni, 2014, S. 47f.). Auch 32% der jüngst durchgesetzten Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen werden durch das Leiden an einer psychischen Erkrankung begründet (vgl. Gesunde Arbeit, 2015).

Die ansteigenden Belastungen sowie das erhöhte Stresserleben im Beruf werden als Hauptgründe für psychische Erkrankungen genannt. Auch schlechte Rahmen-

bedingungen im Arbeitsalltag führen zu Gesundheitsrisiken, wie zum Beispiel Bluthochdruck, Herz- Kreislauferkrankungen, Muskel-Skelett- Erkrankungen, Magen-Darmerkrankungen, Schlafstörungen, chronische Kopfschmerzen oder auch Depressionen. Auch eine Zunahme an psychosomatischen Erkrankungen ist deutlich erkennbar.

„[...] gerade bei den Erkrankungen des Bewegungssystems, die zurzeit noch den häufigsten Grund für Fehltage am Arbeitsplatz sind, gibt es vielfältige Befunde, die belegen, dass psychosoziale Unterstützung am Arbeitsplatz, Führungsverhalten der unmittelbaren Vorgesetzten, aber auch soziale Einflüsse aus dem Privatleben eine erhebliche Rolle spielen. (...) Zahlen der Technikerkrankenkasse belegen, dass 70% aller Rückenschmerzen durch psychosoziale Faktoren mit verursacht sind“ (Schneider, 2012, S. 32).

Neben den gesundheitlichen Beeinflussungen spielen die vorherrschenden Arbeitsbedingungen eine maßgebliche Rolle bei der subjektiven Gesundheitswahrnehmung. 73,3% der ArbeitnehmerInnen in Österreich geben an, sich mindestens einem Risikofaktor für ihre körperliche Gesundheit ausgesetzt zu fühlen, 40,3% der österreichischen ArbeitnehmerInnen befürchten durch ihre Arbeitssituation negative Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit. Als häufigste körperliche Beschwerde wird der Rückenschmerz genannt. Als Hauptursache von psychischen Belastungen werden der am Arbeitsplatz herrschende Zeitdruck und eine Überbeanspruchung angegeben (vgl. Statistik Austria, 2015b, S.61f.).

Insgesamt bekunden 30% der österreichischen Berufstätigen die negativen Auswirkungen ihrer Arbeit auf ihren Gesundheitszustand. Somit liegt Österreich im europäischen Vergleich über dem Durchschnitt von 22% (vgl. Eichmann & Saupe, 2014, S.214). Zudem scheiden österreichische ArbeitnehmerInnen verglichen mit ArbeitnehmerInnen anderer EU- Länder früher aus dem Erwerbsleben aus. Zu Grunde liegen arbeitsbedingte Krankheiten, die zu längeren Krankenständen und schließlich zur Erwerbsunfähigkeit führen (vgl. ebd., S. 1).

Eine exakte Identifizierung der Ursache des Krankenstandes oder der Erwerbsunfähigkeit ist schwer möglich, da eine starke Wechselwirkung zwischen psychischem und physischem Wohlbefinden besteht (vgl. Schneider, 2012, S. 32).

4.1.4 Arbeitssituation von Kindergartenpädagoginnen in Wien

Die gesetzliche Regelung von Rahmenbedingungen in Kindergärten obliegt dem jeweiligen Bundesland, folglich sind die strukturellen Bedingungen in Kindergärten

von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich. Überdies wird auch in jedem Bundesland zwischen privaten und öffentlichen Trägern unterschieden. Abbildung 1 zeigt, dass die Mehrheit an Kindergartenplätzen in Österreich von öffentlichen Trägern zur Verfügung gestellt wird (vgl. Blum & Kaindl, 2014, S. 24ff.).

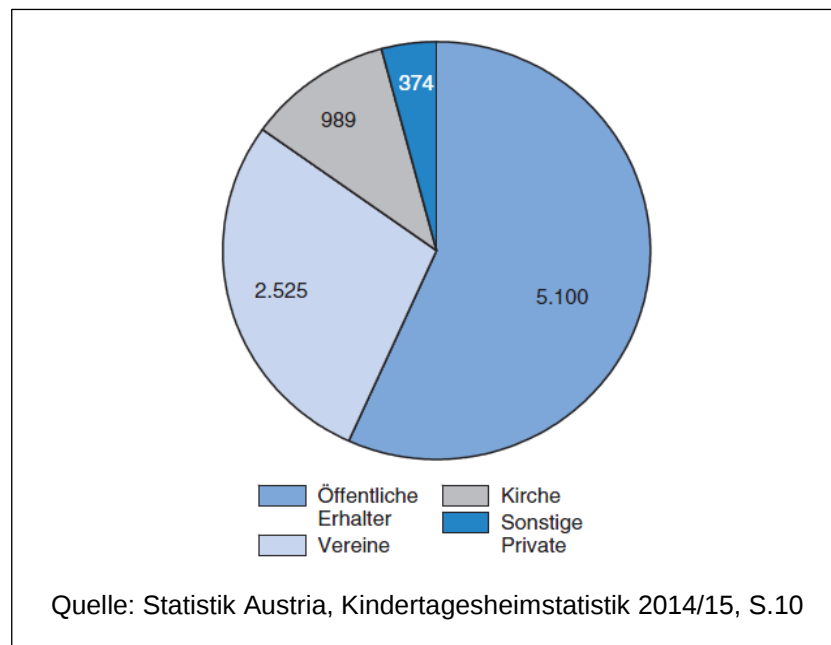


Abbildung 1: Kindertagesheime in Österreich im Jahr 2014 nach dem Erhalter

In Wien wird der überwiegende Anteil an Kinderbetreuungsplätzen im Gegensatz zu den meisten anderen Bundesländern von privaten Trägern zur Verfügung gestellt. Dies ergibt sich aus der hohen Anzahl an Krippenplätzen privater Träger (243 öffentliche Krippenplätze, 360 private Krippenplätze). Die Anzahl an Kindergartenplätzen sowie Hortplätzen ist zwischen privaten und öffentlichen Trägern annähernd gleich verteilt (400 öffentliche Kindergartenplätze, 442 private Kindergartenplätze; 191 öffentliche Hortplätze, 186 private Hortplätze) (vgl. Statistik Austria, 2015a, S.63).

Im Jahr 2009 kam es in Wien durch den starken Ausbau im elementaren Bildungs- und Betreuungsbereich zu einer deutlichen Zunahme an Kindergartenplätzen, so dass im Jahr 2015 insgesamt 89.806 (öffentliche und private) Kindergartenplätze zur Verfügung standen (vgl. ebd., S. 72). Vor allem kam es in Wien zu einer Zunahme an Familiengruppenplätzen und Plätzen in Krippen- und Kindergruppen (vgl. Statistik Austria, 2014a, S.14). Der vermehrte Bedarf an Kleingruppenplätzen in Wien lässt sich durch das von der Europäischen Union 2010 freigesetzte Barcelona-Ziel erklären. Dieses will für 33% der unter Dreijährigen und 90% der

Drei- bis Sechsjährigen einen Betreuungsplatz anbieten, um somit Erziehungsberechtigten die Vereinbarkeit von Familie und Arbeit zu ermöglichen. In Abbildung 2 ist zu erkennen, dass Wien als einziges Bundesland diesen Forderungen nachkommt; die Quote an zu bereitstellenden Betreuungsplätzen wird sogar überstiegen (vgl. ebd., S. 20).

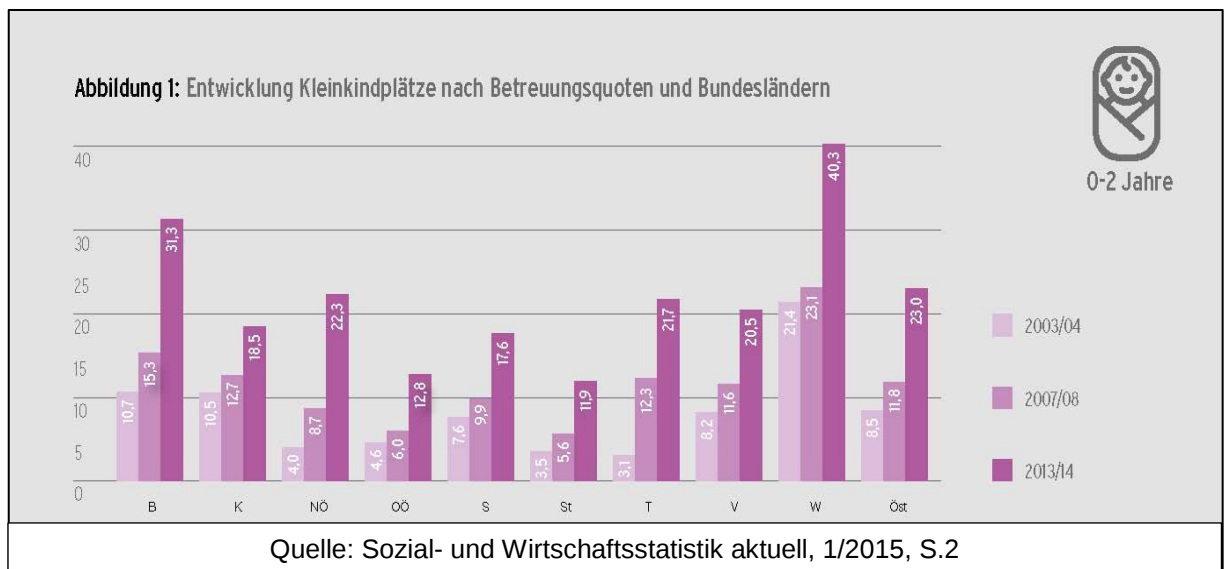


Abbildung 2: Entwicklung Kleinkindplätze nach Betreuungsquoten und Bundesländern

Über 16.000 Wiener Kindergartenkinder (dies entspricht 17,9% aller Kindergartenkinder in Wien) werden von alleinerziehenden Müttern großgezogen. Gerade in diesen Fällen sind Betreuungsplätze schon vor dem dritten Lebensjahr und mit längeren Öffnungszeiten wichtig (vgl. Statistik Austria, 2015a, S.83).

Kindergärten in Wien haben im Allgemeinen deutlich längere Öffnungszeiten als Kindergärten in anderen Bundesländern. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern, in denen die Kindergärten grundsätzlich zwischen 7 und 7.30 Uhr öffnen, sind 40% der Wiener Kindergärten schon vor 6.30 Uhr und 24% der Kindergärten bereits vor 7.00 Uhr geöffnet. Zusätzlich dazu schließen Wiener Kindergärten in der Regel um ca. 17.00 Uhr, demgegenüber sind 70% der Kindergärten in anderen Bundesländern zu diesem Zeitpunkt bereits geschlossen (vgl. ebd., S.27).

In Wien, der Steiermark und Kärnten liegt die Höchstgrenze der Gruppenkinderanzahl bei 25 Kindern. Alle anderen Bundesländer haben das Maximum an Kindern in der Gruppe gesenkt. Für diese Gruppengröße ist eine Pädagogin/ein Pädagoge und eine halbe Hilfskraft vorgesehen. Als halbe Hilfskraft wird eine As-

sistentin/ ein Assistent bezeichnet, die/der für zwei Kindergruppen im Haus eingesetzt werden kann. Diese/r braucht keine entsprechenden pädagogischen Kenntnisse (vgl. Baierl & Kaendl, 2011, S. 20f.). Die Maximalkinderanzahl pro Gruppe ist nicht nur vom Bundesland abhängig, sondern auch von der Gruppenform. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Arten von Kindergruppen in Wien (vgl. §§ 9 und 16, Abs. 3, WKGVO, 2003):

Kindergruppenform	Alter der Kinder	max. Kinderanzahl/Gruppe
Krippe	bis zu 3 Jahren	15 Kinder
Kindergartengruppe	3-6 Jahre	25 Kinder
Hortgruppe	6-10 Jahre	25 Kinder
Familiengruppe (1)	bis 6 Jahre	20 Kinder (Ausnahme: 22 Kinder, wenn in der Gruppe nicht mehr als 2 Kinder unter 3 Jahren sind)
Familiengruppe (2)	3-10 Jahre	24 Kinder
Integrationsgruppe Krippe	bis zu 3 Jahren	15 Kinder
Integrationsgruppe Kindergarten- gartengruppe	3-6 Jahre	20 Kinder
Integrationsgruppe Hort	6–10 Jahre	20 Kinder

Tabelle 1: Übersicht Alter und Maximalkinderanzahl pro Gruppe in den unterschiedlichen Gruppenformen

Annähernd 52.000 Kinder (dies entspricht 57,9% aller Wiener Kindergartenkinder) besitzen eine andere Erstsprache als Deutsch. Die nach der österreichischen zweithäufigste Staatsangehörigkeit der Wiener Kindergartenkinder ist die asiatische, gefolgt von der serbischen bzw. montenegrinischen, türkischen und polnischen Staatsangehörigkeit (vgl. Statistik Austria, 2015a, S.78f.). Das verpflichtende Kindergartenjahr in ganz Österreich verfolgt folgendes Ziel:

„Um allen Kindern beste Bildungsmöglichkeiten und Startchancen in das weitere Bildungs- und spätere Berufsleben unabhängig von ihrer sozioökonomischen Herkunft zu bieten, sollen Kinder im letzten Jahr vor der Schulpflicht zum Besuch von geeigneten institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen verpflichtet werden.“ (§ 1, WFfG, 2013).

Insbesondere steht die Sprachförderung für Kinder mit Migrationshintergrund im Vordergrund.

4.1.5 Arbeitsbelastungen im Setting Kindergarten

Der soziale Beruf als Kindergartenpädagogin/ Kindergartenpädagoge stellt spezielle Herausforderungen in der beruflichen Ausübung dar. In diesem Kapitel werden anhand von im Kindergarten durchgeführten Studien die explizit in diesem Berufsfeld vorherrschenden Belastungen angeführt. Die Daten wurden vorwiegend in Kindergarteninstitutionen aus Deutschland bzw. der Schweiz erhoben. Da die dortigen Arbeitsrahmenbedingungen von KindergartenpädagogInnen, ähnlich den unsrigen sind, sind die Ergebnisse auf Österreich übertragbar.

Eines der größten Forschungsprojekte zur Erhebung der Arbeitsbelastungen von KindergartenpädagogInnen ist das Forschungsprojekt „STEGE- Strukturqualität und Erzieher_innen in Kindertageseinrichtungen“. Dieses Projekt wurde von der Alice-Salomon-Hochschule-Berlin durchgeführt und untersuchte die Auswirkungen der Arbeitsstruktur auf die Gesundheit von PädagogInnen. Im Allgemeinen bewerten Pädagoginnen ihren Gesundheitszustand verhältnismäßig schlechter als gleichaltrige Frauen mit gleichem Bildungsstand und sind durch gesundheitliche Probleme öfter und langfristiger belastet. Als Ursache der gesundheitlichen Einschränkungen, welche negativ auf die Arbeitsfähigkeit wirken, definieren Viernickel und Voss die strukturellen Rahmenbedingungen (vgl. Viernickel & Voss, 2012, S.8). Als mangelhafte strukturelle Rahmenbedingungen werden

„eine schlechte finanzielle und räumliche Ausstattung, schlechte ergonomische Arbeitsbedingungen, chronischer Zeitdruck, ständig steigende Arbeitsanforderungen, Belastung durch Lärm, zu geringe Bezahlung, geringe Aufstiegsmöglichkeiten, geringe gesellschaftliche Reputation und körperlich anstrengende Arbeit“ (ebd.) genannt.

Gerade die subjektiv schlechtere Einschätzung der eigenen Gesundheit der Pädagoginnen übt großen Einfluss auf ihre objektive Gesundheit und Lebensqualität aus. Auf diese gegenseitige Beeinflussung wird im Kapitel 4.2.2. näher eingegangen. Auch Bogaert, et al. (2014) stellten in ihren Untersuchungen bei LehrerInnen fest, dass diese ihre physische und psychische Gesundheit deutlich schlechter bewerten als gleichaltrige ArbeitnehmerInnen in anderen Berufsbranchen. Ebenso erhob diese Studie geschlechtsspezifische Merkmale. Demnach schätzten Lehrerinnen ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter ein und fühlten sich mehr

von arbeitsbedingtem Stress belastet als ihre männlichen Kollegen. Die StudienautorInnen erklären sich diese geschlechtsspezifischen Unterschiede durch eine niedrigere Schmerzgrenze von Frauen und der neben der beruflichen Ausübung zusätzlichen Belastung, einen Haushalt zu führen (vgl. ebd., S.6).

Zu ähnlichen Ergebnissen wie im Forschungsprojekt „STEGE“ gelangte man auch in der Studie „Musculoskeletal Symptoms and Risk of Burnout in Child Care Workers - A Cross-Sectional Study“. Dabei analysierten Koch, Stranzinger, Nienhaus und Kozaket, wie die Arbeitszufriedenheit von ErzieherInnen unter den ungünstigen Arbeitsbedingungen und der Geringschätzung ihrer geleisteten Arbeit leidet. Anhand des Gratifikationskrisen-Modells von Siegrist wurden Faktoren für die Entstehung von Muskel-Skelett-Erkrankungen und Burnout präzisiert (vgl. Koch et al., 2015, S. 11f.). Das Gratifikationskrisen-Modell von Siegrist geht von der Annahme aus, dass Stress aus der Diskrepanz zwischen der geleisteten Arbeit und der dafür nicht als entsprechend definierten Entlohnung (z.B.: finanzielle Entlohnung aber auch Lob, Anerkennung etc.) resultiert (vgl. Dragano, 2007, S. 79f). Auch in dieser Studie identifizierten die StudienautorInnen die Arbeitsbedingungen, den hohen Lärmpegel, die zu große Kinderanzahl in einer Gruppe, Konflikte mit den Eltern, unregelmäßige Pausen aber auch fehlende oder geringe Anerkennung für die berufliche Tätigkeit als große Belastungen im Arbeitsalltag von PädagogInnen. Die Konsequenzen zeigen sich in einem permanent erhöhten psychischen Stresslevel und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates, hier vor allem in Rückenschmerzen im Lendenwirbelbereich (40%) (vgl. ebd., 2015, S. 4ff).

Der hohe Lärmpegel, den PädagogInnen häufig als Belastung anführen, stellt offensichtlich einen hohen gesundheitsschädlichen Faktor dar. Gan, Davies, und Demers interviewten über 6.000 ArbeitnehmerInnen über ihre selbstgeschätzte Lärmbelastung am Arbeitsplatz. Die Studienergebnisse zeigen bei den ArbeitnehmerInnen, welche sich einer hohen Lärmbelastung am Arbeitsplatz ausgesetzt fühlen (unabhängig von einem vorher definierten als Belastung wahrgenommenen Lärmbereich), ein erhöhtes Risiko, an einer kardiovaskulären Erkrankung zu leiden. (vgl. ebd. 2011, S. 187).

Hohe Fluktuation beim Kindergartenpersonal führte zu einer genaueren Betrachtung der Arbeitsbedingungen von PädagogInnen in der Schweiz. So kommt es bei etwa der Hälfte der Kindergartenstätten zu mindestens einer bis mehreren freiwilligen Kündigungen pro Jahr (vgl. Böchliger & Bauer, 2014, S.11). Das Projekt „Arbeitsbedingungen und Gesundheit des Kindertagesstätten-Personals in der Stadt

Zürich“ der Universität Zürich ermittelte mithilfe von Befragungen des Kindergartenpersonals mögliche Gründe dieser hohen Fluktuationsbewegung. Als Anlass zur Kündigung werden am häufigsten die vorherrschenden Arbeitsbedingungen genannt, mit Hauptaugenmerk auf die Personalbedingungen. So ermittelten Böchliger und Bauer:

„Dort kann der Betreuungsschlüssel oft nicht eingehalten werden. Nur zwanzig Prozent der befragten Betreuungspersonen geben an, dass ihrer Kita immer genügend Personal zur Verfügung steht, um die anstehende Arbeit zu bewältigen. Rund die Hälfte der Befragten berichtet, dass in ihren Kitas eine personelle Unterbesetzung teilweise oder sogar immer der Fall sei.“ (ebd., S.12).

Ebenso scheinen räumliche Gegebenheiten, vor allem fehlende Rückzugs- und Erholungsorte, und die Überforderung mit verhaltensauffälligen Kindern bzw. Kindern aus schwierigen familiären Verhältnissen als Ursache auf. Als gesundheits-erhaltende Ressourcen wurden von den PädagogInnen unter anderem genügend Personal, Zeit für Vor- und Nachbereitung, ein angenehmes Klima unter den KollegInnen, eine qualifizierte Leitung, Weiterentwicklung der pädagogischen Ausrichtung, gute organisatorische und räumliche Ressourcen, Wertschätzung und Lohn angeführt (vgl. ebd., S.13ff.).

Das Projekt „Arbeitsplatz Kita. Berufliche und gesundheitliche Belastungen von Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen im Land Bremen“ von der Universität Bremen ergründet das Problemfeld aus einer anderen Perspektive. Anstelle der ErzieherInnen wurden die verantwortlichen Führungskräfte der Träger der Kindergärten sowie die Kindergartenleitung zu den belastenden Umständen im Arbeitsalltag von PädagogInnen befragt. Die StudienautorInnen charakterisieren vier Hauptbelastungsfaktoren: Belastung durch Lärm/andauernd hoher Geräuschpegel; psychische Belastungen, Stress und mentale Überforderung; physische Belastungen im Bereich Muskel-Skelett-System sowie Infektionskrankheiten. Diese Daten gleichen weitestgehend denen der vorher beschriebenen Studien (vgl. Almstadt, Gebauer & Medjedovic, 2012, S.31ff.). Ergänzend zu den bislang erhobenen Daten führen die StudienautorInnen explizit das Thema der Altersproblematik an. Weniger als ein Drittel der beschäftigten PädagogInnen gaben in ihrer Befragung an, sich unter den vorherrschenden Bedingungen vorstellen zu können, gesund das Rentenalter zu erlangen (vgl. ebd., S. 27).

„Die älteren Mitarbeite-rinnen (...) können sich größtenteils nicht vorstellen, bis zum Rentenalter als Erzieherinnen zu arbeiten. Sie sind schon mit Mitte 50 nachhaltig ausgelaugt und haben den einen oder anderen chronischen Rückenschaden davongetragen. Wegen der schlechten Bezahlung können sie es sich allerdings nicht leisten, in Frührente zu gehen“ (Almstadt et al., 2012, S. 29 zitiert nach Interview mit Kita-Leitung).

Die arbeitsbedingten Belastungen und die daraus folgenden Erkrankungen führen laut der Erzieherinnen-Studie von Jungbauer und Ehlen dazu, dass 42% der Erzieherinnen angeben, ihre KollegInnen oftmals wegen Erkrankung vertreten zu müssen. 25% der Erzieherinnen berichteten, *„häufig sogar sehr häufig“* vertreten zu müssen. Wegen Erkrankung eine Kollegin/einen Kollegen vertreten zu müssen, stellt für die Mehrheit eine weitere Belastung am Arbeitsplatz dar. Mehr als die Hälfte der Befragten beziehen die gehäuften Krankenstände auf die arbeitsbedingten Belastungen. Ebenso berichteten 51,1% der Erzieherinnen, trotz Krankheit in die Arbeit gegangen zu sein (vgl. Jungbauer & Ehlen, 2013, S.24f.). Neben arbeitsbedingten Belastungen werden in derselben Studie Anzeichen für ein Burnout erhoben. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die meisten ErzieherInnen überfordert fühlen und Angst haben, den Herausforderungen des Arbeitsalltags nicht gewachsen zu sein. Diesen Ergebnissen zu Folge sind die Aussagen der ErzieherInnen, ihre Freude an der erzieherischen Tätigkeit zu verlieren, nachvollziehbar. Als die größten Belastungen werden in dieser Studie Arbeitsausmaß, lange Arbeitstage und Überforderung identifiziert. Um das erhöhte Arbeitsausmaß und die gestellten Aufgaben zu bewältigen, wird über die reguläre Arbeitszeit hinaus, zum Beispiel am Wochenende oder abends, gearbeitet (vgl. ebd., S.34).

Zusammenfassend kann man aus den Studien die arbeitsbedingten Belastungen von KindergartenpädagogInnen den fünf Hauptdimensionen von Belastungen aus Kapitel 4.1.2. zuordnen:

- Physische Belastungen:
 - hoher Lärmpegel
- Ergonomische Belastungen:
 - schlechte ergonomische Arbeitsbedingungen (Einnehmen von belastenden Körperhaltungen)
 - Heben und Tragen von Kindern

- Arbeiten auf kindgerechten Möbeln
- Arbeitsbezogene Belastungen:
 - Chronischer Zeitdruck
 - Fehlende Erholungsmöglichkeiten
 - Unregelmäßige Pausen
 - Steigende Arbeitsanforderungen (zunehmender Druck von Elternseite, Bildungsvorgaben etc.)
- Organisationale Belastungen:
 - Schlechter Betreuungsschlüssel
 - Personalmangel
 - Ressourcenmangel (finanzielle, räumliche Ausstattung)
 - Zu wenig Unterstützung von Fachpersonal
 - Geringe Aufstiegs- und Weiterbildungschancen
- Soziale Belastungen:
 - Geringe finanzielle Entlohnung
 - Gesellschaftliche Geringschätzung der geleisteten Arbeit

4.1.6 Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit umfasst die kognitive und emotionale Einstellung einer Person zu ihrer Arbeit. Des Weiteren definiert man Arbeitszufriedenheit als: *„[...] positiven emotionalen Zustand, der sich aus der Bewertung der eigenen Arbeit und der Arbeitserlebnisse der Person ergibt. Diese Definition betont ohne Frage die emotionale Komponente der Einstellung zur Arbeit“* (Wegge & Dick, 2006, S.13). Die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeit ist dabei sowohl von der Arbeitstätigkeit an sich als auch vom sozialen Kontext (KollegInnen, Vorgesetzte/r etc.) abhängig. Einer erhöhten Zufriedenheit mit der eigenen beruflichen Tätigkeit wird eine bessere Bindung an die eigene Arbeit und damit zusammenhängend ein erhöhtes Verantwortungsbewusstsein sowie eine gesteigerte Arbeitsmotivation zugesprochen. Geringere Fehlzeiten und erhöhte Leistungsfähigkeit sind unter anderem Resultate von Arbeitszufriedenheit (vgl. ebd., S.13f.).

Arbeitszufriedenheit als subjektives Erleben der eigenen Arbeit ist somit nicht objektiv messbar, kann jedoch in drei Aspekte untergliedert werden. Es gibt:

„den emotionalen, kognitiven und konativen (d.h. handlungsbezogenen) Einstellungsaspekt. (...). Arbeitszufriedenheit als emotionale Reaktion auf die Arbeitssituation; Arbeitszufriedenheit als Übereinstimmung zwischen Arbeitsergebnis und Erwartungen und Arbeitszufriedenheit als Verdichtung mehrerer miteinander in Beziehung stehender Einstellungen“ (Kirchler & Hölzl, 2011, S.243f.).

Arbeitszufriedenheit hängt von einer positiven emotionalen, kognitiven und konativen Bewertung der beruflichen Ausübung ab. Dies impliziert, dass das negative emotionale, kognitive und konative Erleben der Arbeitsausübung Unzufriedenheit auslöst. Arbeitszufriedenheit ist demnach gegeben, wenn das positive Erleben der Arbeit dem negativen Empfinden der Tätigkeit überwiegt (vgl. ebd., S.244f.).

Die Arbeitszufriedenheit wird neben extrinsischen Faktoren wie Arbeitsbedingungen, Entlohnung, KollegInnen, Aufstiegschancen etc. auch von intrinsischen Faktoren beeinflusst. Das Empfinden von Zufriedenheit ist stark von der Persönlichkeit einer Person abhängig. Empfindet eine Person zum Beispiel ihre Selbständigkeit im Arbeitsalltag als wichtigen Aspekt ihrer beruflichen Tätigkeit, so wird sie sich in einer untergeordneten, von einer anderen Person bestimmten Position nicht so zufrieden fühlen wie eine Person, die den geringen Entscheidungsspielraum als sichere und angenehme Struktur bewertet (vgl. ebd., S.255). In einer Studie, welche die Zufriedenheit von Lehrpersonal an Universitäten untersuchte, wurden weitere extrinsische und intrinsische Faktoren für die Arbeitszufriedenheit definiert. Dabei stellten die StudienautorInnen fest, dass die wahrgenommene organisatorische Unterstützung und ein individuell positiver psychologischer Zustand die Hauptindikatoren für Arbeitszufriedenheit darstellen. Dabei definierten die StudienautorInnen einen positiven psychologischen Zustand durch gut ausgebildete Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Hoffnung, Optimismus und Widerstandsfähigkeit. Eine Steigerung bei diesen vier Faktoren hat eine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit, der Arbeitsleistung und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz zur Folge. Ebenfalls wurde in dieser Studie arbeitsbedingter Stress als der Hauptindikator für Arbeitsunzufriedenheit identifiziert (vgl. Pan, Shen, Liu, Yang & Wang, 2015, S.12771). Ähnliche Ergebnisse findet man in der Studie von Hotchkiss, Banteyer-ga und Tharaney, welche die Arbeitszufriedenheit unter dem Klinikpersonal untersuchte. Auch hier wurden Ressourcenverfügbarkeit und die Unternehmenskultur

neben den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten, physischen Belastungen und finanzieller Entlohnung als Indikatoren für Arbeitsmotivation und –zufriedenheit genannt. Ebenso wurde der Zusammenhang von Selbstwirksamkeit und Identifikation mit dem Beruf mit einer erhöhten Gewissenhaftigkeit im Arbeitsalltag und einer gesteigerten Arbeitszufriedenheit ermittelt (vgl. Hotchkiss, et al., 2015, S.10ff.). Als prägnantes Merkmal für Arbeitszufriedenheit, positive Arbeitsleistung und Verbundenheit zur eigenen Arbeit eruierten Harper, Castrucci, Bharthapudi und Sellers (2015) in ihrer Studie die Anerkennung und Unterstützung vom Unternehmen, die Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der beruflichen Fähigkeiten und eines selber zu gestaltenden Handlungsspielraums bzw. die Chance, Initiative zeigen zu können. Ebenso wiesen sie darauf hin, dass Arbeitszufriedenheit neben geschlechtsspezifischen Unterschieden auch von Ethnie, Bildungsstand, der Anzahl an Berufsjahren und dem Überwachen der eigenen Arbeit durch Dritte abhängt (vgl. ebd., S. 25f.).

Neben den Auswirkungen von Arbeitszufriedenheit auf Arbeitsmotivation, Arbeitsleistung, Verantwortungsbewusstsein sowie Verbundenheit mit der Arbeit stellten Aazami, Shamsuddin, Akmal und Azami auch einen Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und psychischen und physischen Beschwerden fest. So detektierten die StudienautorInnen, dass die Unzufriedenheit mit den beruflichen Weiterbildungschancen physische Beschwerden auslöst. Überdies fanden sie heraus, dass ArbeitnehmerInnen, die Probleme mit den Arbeitsbedingungen haben, signifikant öfter an Kopfschmerzen leiden. Ebenso treten Schlafstörungen häufiger bei MitarbeiterInnen auf, die ihr eigenes Gehalt als gering bewerten (vgl. ebd., 2015, S.44f.). Anhaltender Stress oder Burnout am Arbeitsplatz können eine mögliche Ursache für muskuloskelettale Schmerzen sein. Die Auswirkungen einer belastenden Arbeitssituation und dem damit zusammenhängenden anhaltenden Stresslevel auf das Immunsystem bzw. den Entzündungsstatus und die Menge an Cortisol im Körper wird vom Studienautor Melamed als mögliche Erklärung für die muskuloskelettalen Schmerzen angeführt. Überdies erwähnt Melamed eine weitere mögliche Erklärungshypothese von Elfering. Elfering weist auf den Zusammenhang zwischen der durch Stress ausgelöste Aktivierung des Sympathikus-Adrenalin-Systems und der erhöhten Sekretierung von Katecholaminen, vor allem Norepinephrin, hin, welches die Muskelaktivität erhöht und somit muskuloskelettale Schmerzen auslösen soll (vgl. Melamed, 2009, S.318). Kraatz, Lang, Kraus, Münster und Ochsmann prüften in ihrer Metastudie Ergebnisse von mehreren Studien, die den Zusammenhang zwischen arbeitsbedingten psychosozialen Fak-

toren und der Entwicklung von muskuloskelettalen Schmerzen und generellen Gesundheitsproblemen darstellten. Sie konnten den in den Studien beschriebenen negativen Effekt einer hohen Arbeitsbelastung, geringen Entscheidungsspielraums und fehlender Unterstützung am Arbeitsplatz auf die Hals- und Schultermuskulatur bestätigen. (vgl. ebd., 2013, S.391).

4.2 Gesundheit

4.2.1 Gesundheit: Definitions- und Klassifikationsversuche

Die häufigste Definition für Gesundheit ist wohl die der World Health Organization (WHO): „*Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen*“ (Verfassung der WHO, 1946, S.1). Diese Definition verfolgt einen bio-, psycho-, sozialen Ansatz und berücksichtigt dabei mehrere Faktoren, die einen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen nehmen. In der Abbildung 3 von Franke werden die verschiedenen Einflüsse dargestellt. Dabei kristallisiert sich, dass nicht nur das Individuum selbst mit seinem Lebensstil (Ernährung, Bewegungsverhalten, Tabak- und oder Alkoholkonsum etc.) sondern auch seine Umwelt, seine Kultur, Bildungsstand, Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen etc. die Gesundheit mitprägen.

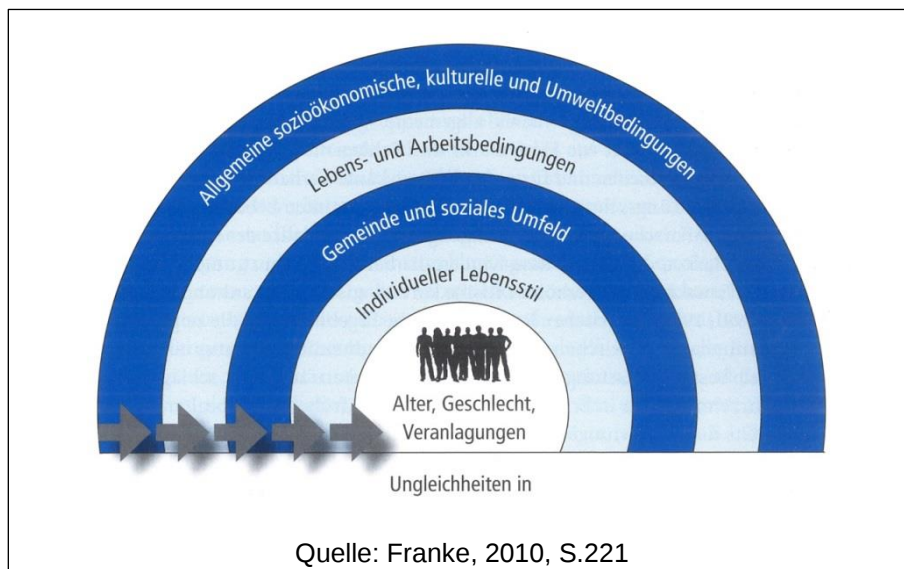


Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die Gesundheit

Lange Zeit war die biomedizinische Definition von Gesundheit in Gebrauch. Demnach ist Gesundheit ausschließlich durch einen biologisch gesunden Körper ge-

prägt. Abweichungen dieses „gesunden Körpers“ werden dann als Krankheit beschrieben. (vgl. Franke, 2010, S.197).

Heute orientiert man sich eher an der Definition, die ein Zusammenspiel zwischen dem biologischen Körper, der Psyche und dem sozialen Wohlbefinden impliziert. Auch diese Definition erlaubt keine einfache Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit. Die Frage an eine Person, ob sie sich gesund oder krank fühlt oder aber gesund oder krank ist, kann unterschiedlich beantwortet werden. Der medizinische Befund und das Befinden können voneinander abweichen. Ein Beispiel hierfür stellt eine an einer psychosomatischen Krankheit leidende Person dar. Ihrem Leiden liegt womöglich kein medizinischer Krankheitsbefund zugrunde und es wird somit nicht als typische „Krankheit“ identifiziert. Trotzdem leidet diese Person und fühlt sich nicht gesund. Im Vergleich dazu wird eine Person mit Hypertonie (Bluthochdruck), einer medizinisch diagnostizierten Krankheit, die schwerwiegende Folgen haben kann, sich selbst nicht als krank bezeichnen (vgl. ebd., S.19ff.). Diese Diskrepanz und die gegenseitige Beeinflussung zwischen medizinisch definiertem Gesundheitszustand und der subjektiven Gesundheitswahrnehmung werden in Kapitel 4.2.2. näher erörtert.

Durch verschiedene Klassifikationssysteme wird versucht, Krankheiten einordnen. Das bekannteste und meist verwendete Klassifikationssystem ist das ICD (International Classification of diseases) der WHO. Im ICD sind weitgehend alle Krankheiten beschrieben. Zu berücksichtigen dabei ist, dass auch Klassifikationssysteme eine Krankheit nicht exakt als solche definieren können, da anhand von statistischen Mittelwerten versucht wird, Gesundheit bzw. Krankheit messbar zu machen. Abweichungen vom Mittelwert bedeuten jedoch nicht immer, dass ein Gesundheitsproblem vorliegt. So können beispielsweise Menschen, deren Herzen auf der rechten Körperseite und somit in „falscher“ Position liegt oder deren Blutbildung vom Normalwert abweicht, ohne gesundheitliche Beschwerden leben und werden sich auch selbst nicht als krank bezeichnen (vgl. ebd., S.24f.).

„Ob ein Phänomen als Krankheit anerkannt wird oder nicht, hängt somit von gesellschaftlichen Wertungen ab. Was in einer Gesellschaft als krank gilt oder und was nicht, das ist jeweils auch Ergebnis eines gesellschaftlichen Diskurses und Ausdruck gesellschaftlicher Machtverhältnisse“ (ebd., S.25).

Durch den gesellschaftlichen Wandel und eine Änderung der Sichtweise, nämlich die Krankheit nicht in den Mittelpunkt zu stellen, wurde von der WHO 2001 ein neues Klassifikationssystem entwickelt. Das ICF (International Classification of

Fuctioning, Disability and Health) orientiert sich im Gegensatz zu dem ICD nicht an Beeinträchtigungen sondern an vorhandenen Gesundheitsaspekten und Funktionsfähigkeiten. In diesem System ist der bio-psycho-soziale Ansatz impliziert, wodurch versucht wird, eine Diskriminierung durch einseitige medizinische Betrachtung einer Erkrankung zu vermeiden (vgl. ebd., S. 86f.).

4.2.2 Subjektive Gesundheit

Als „subjektive Gesundheit“ werden persönliche Wahrnehmung und Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes bezeichnet.

„In der subjektiven Gesundheit spiegeln sich verschiedene Personen- und Umweltmerkmale wider, wie gesundheitsbezogene Selbstwahrnehmung, Einschätzung des körperlichen und psychosozialen Befindens und der damit zusammenhängenden Ressourcen“ (Maulbecker- Armstrong, Sturm & Rebmann, 2011, S.121).

Im Gegensatz dazu beschreibt die „objektive Gesundheit“ den durch ärztliche Bestimmung und medizinische Untersuchungsmethoden festgestellten gesundheitlichen Zustand. Begriffliche Klarheit bei der Definition von „subjektiver Gesundheit“ liegt bis jetzt noch nicht vor. Festgestellt wurde jedoch, dass der subjektive Gesundheitszustand einen entscheidenden Einfluss auf die objektive Gesundheit, die Art der Lebensqualität und die Lebensdauer hat (vgl. Wurm, Lampert & Menning, 2009, S.79).

„Die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes ist ein guter Indikator für das allgemeine Wohlbefinden einer Bevölkerung. Im Unterschied zu klinisch erhobenen Befunden werden mit dieser Frage auch die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte von Gesundheit implizit miterfasst“ (Statistik Austria, 2014b, S.15).

Die begriffliche Abgrenzung zwischen subjektiver und objektiver Gesundheit wird in der Literatur viel diskutiert. Einerseits ist es nachvollziehbar, dass der persönlich wahrgenommene vom objektiv medizinisch erfassten Gesundheitszustand zu trennen ist. Andererseits gibt es eine deutliche Wechselbeziehung zwischen subjektiver und objektiver Gesundheit. Es steht noch zur Diskussion, ob die subjektive Gesundheit eventuell mehr Aussagekraft für jeweilige Person und deren Lebensqualität hat als die objektive Gesundheit (vgl. Maulbecker- Armstrong et al., 2011, S.121).

Studien, die die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes mit dem objektiven Gesundheitszustand vergleichen, weisen darauf hin, dass die Einschätzung der eigenen Gesundheit auf die objektive Gesundheit eine immense Auswirkung hat. So erhob das Robert Koch-Institut (2008, S.11):

„Der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand – für den neben dem körperlichen Wohlbefinden auch emotionale und soziale Aspekte bedeutsam sind – ist ein guter Indikator für die objektive gesundheitliche Lage und erlaubt Vorhersagen über die künftige Häufigkeit von Erkrankungen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.“

Auch Mueller und Heinzel-Gutenbrunner weisen nach Erhebungen über den Zusammenhang zwischen verschiedenen Einflussfaktoren auf die subjektive und objektive Gesundheit, wie Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, darauf hin, dass für die Messung des Gesundheitszustandes *„die globale Selbsteinschätzung ein besonders aussagekräftiger Indikator ist.“* (Mueller & Heinzel-Gutenbrunner, 2001, S. 208).

Dennoch müssen subjektive und objektive Gesundheit voneinander unterschieden werden, da sich Personen, die als medizinisch gesund eingestuft werden und die somit über eine gute objektive Gesundheit verfügen, trotzdem krank fühlen können und vice versa (vgl. Wurm et. al., 2009, S.79).

Das Konzept der subjektiven Gesundheit wird von vielen Einflussfaktoren mitbestimmt.

„Faktoren wie Optimismus, Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeitserwartungen, Kontrollüberzeugungen, Einbindung in soziale Netzwerke, eine soziale Integration von Gesundheit, positive Grundhaltung und Sinnhaftigkeit und Zugehörigkeit werden mit der subjektiven Gesundheit in Zusammenhang gebracht.“ (Maulbecker- Armstrong et al., 2011, S.121).

Die Einschätzung der eigenen Gesundheit ist immens von sozioökonomischen Faktoren wie Bildung und Einkommen abhängig. Angehörige von sozial benachteiligten Familien beschreiben ihren Gesundheitszustand und die damit zusammenhängende Lebensqualität als generell schlechter als sozial höher gestellte Personen. Auch Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund beeinflussen die Einschätzung der eigenen Gesundheit. Frauen befinden ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu gleichaltrigen Männern als weniger gut. Ab der Pubertät nehmen mit steigendem Alter die schlecht empfundenen Bewertungen der eigenen Gesundheit

zu. Auch hier gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede. Männer beginnen später damit, die Abnahme ihres gesundheitlichen Zustandes zu beschreiben. In Abbildung 4 ist zu erkennen, dass Frauen im Alter von 75 ihre Gesundheit schlechter einschätzen als gleichaltrige Männer.

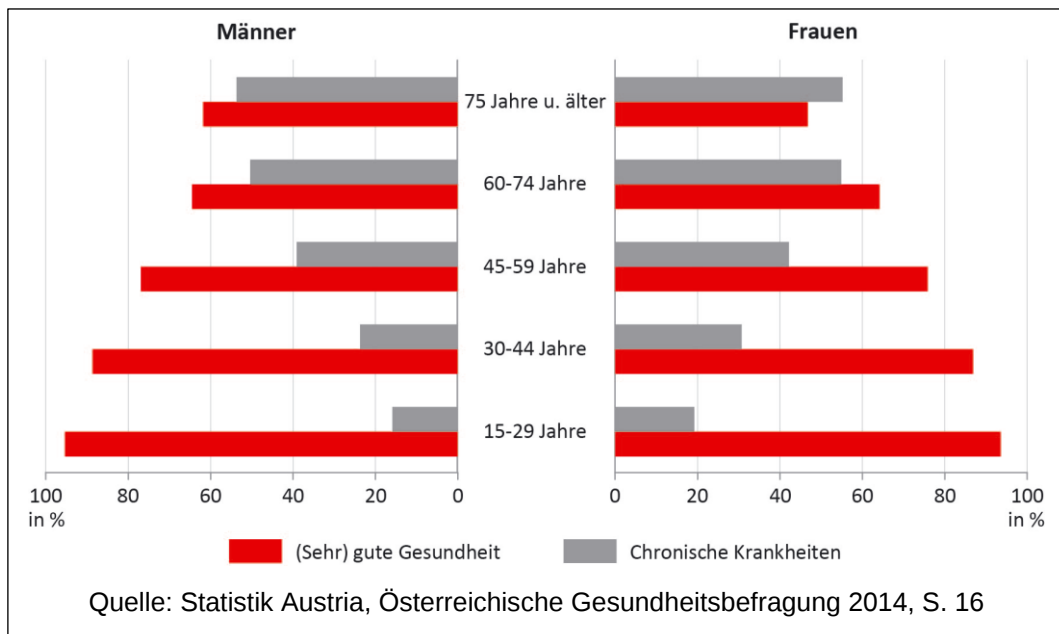


Abbildung 4: Anteil der Personen mit (sehr) guter Gesundheit bzw. mit chronischer Krankheit nach Alter und Geschlecht

In den Ergebnissen der „Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014“ verdeutlichten sich ebenfalls geschlechtsspezifische und demographische Unterschiede (siehe Grafik). Dabei liegt der Anteil an Männern, die ihre eigene Gesundheit als gut bewerten, über dem Anteil der Frauen. Je höher das Alter, umso prägnanter entwickelt sich dieser geschlechtsspezifische Unterschied. In den Ergebnissen der Gesundheitsbefragung der Jahre 1991, 1999, 2006/7 und 2014 zeichnet sich eine positive Entwicklung der Gesundheitseinschätzung ab. Im Jahr 2014 bezeichneten im Vergleich zum Jahre 1999 11% mehr Frauen und 12% mehr Männer ihren Gesundheitszustand als gut (vgl. Statistik Austria, 2014b, S.15ff.).

Wissenschaftlich ist noch nicht eindeutig geklärt, ob ein Migrationshintergrund die Gesundheitseinschätzung negativ beeinflusst oder nicht. Ein Zusammenhang in dieser Hinsicht wird vermutet. (vgl. Lange, Kamtsluris, Lange, Schaffrath-Rosario, Stolzenberg, & Lampert. 2007. S.583ff.).

Einen weiteren Einflussfaktor auf die subjektive Gesundheitseinschätzung stellt die berufliche Tätigkeit dar. ArbeitnehmerInnen aus Berufsfeldern, die manuellen Tätigkeiten nachgehen, bewerten ihren Gesundheitszustand schlechter als Be-

schäftigte aus nichtmanuellen Berufen. In der Landwirtschaft beschäftigte ArbeitnehmerInnen stellen die Berufsgruppe dar, die ihren Gesundheitszustand am seltensten als gut definieren. Berufliche Selbstständigkeit stellt einen weiteren Faktor dar, welcher sich positiv auf die Gesundheitswahrnehmung von Männern und Frauen auswirkt. (vgl. Statistik Austria, 2007, S.55).

Die multifaktorielle Beeinflussung der Gesundheit spiegelt sich auch in der bio-, psycho-, sozialen Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wider (siehe Kapitel 4.2.1.).

Die subjektive Gesundheit spielt für die Resilienz gegenüber Belastungen, wie zum Beispiel Krankheiten oder stressigen Arbeitsbedingungen, und für die Lebensqualität eines Menschen eine entscheidende Rolle. Wie resilient eine Person ist, wird von der Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und in der Vergangenheit gemachten Belastungsbewältigungserfahrungen geprägt. *„Wenn sich Personen trotz gravierender Belastungen oder widriger Lebensumstände psychisch gesund entwickeln, spricht man von Resilienz. Damit ist keine angeborene Eigenschaft gemeint, sondern ein variabler und kontextabhängiger Prozess.“* (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2011, S.9). Je höher eine Person ihre subjektive Gesundheit einschätzt, umso resilienter ist sie gegenüber Belastungen. Sie wird Krankheiten und fordernde Situationen besser verarbeiten und ihre psychische und kognitive Gesundheit stärken. Ein als gut empfundener Gesundheitszustand verhilft dazu, sich im Falle einer Erkrankung schneller zu regenerieren und seltener unter begleitenden Erkrankungen, wie zum Beispiel Depressionen, zu leiden (vgl. Wurm et. al., 2009, S.80f.).

Eine gute subjektive Gesundheitseinschätzung korreliert mit einer höheren Lebensqualität, welche wiederum eine entscheidende Rolle für die Arbeitszufriedenheit spielt. So wird neben allgemeinen Gesundheitsbeschwerden und Risikofaktoren, wie zum Beispiel Rauchen, der subjektiv als schlecht eingeschätzte Gesundheitszustand als einer der Hauptursachen für Krankenstandstage angeführt (vgl. Szeny & Thau, 2004, S.18).

4.2.3 Salutogenesekonzept

Das vom Psychologen Anton Antonovsky entwickelte Salutogenesekonzept *„[...] führt uns dazu, die dichotome Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank zu verwerfen, und diese statt dessen auf einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu lokalisieren.“* (Antonovsky, 1997, S.29). In der

salutogenetischen Praxis existiert die Ansicht, dass ein Mensch entweder gesund oder krank ist, nicht. Wie im Zitat erwähnt, spricht Antonovsky von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, welches täglichen Schwankungen ausgesetzt sein kann. Der salutogenetische Blickwinkel ist nicht auf die Frage konzentriert, welche Faktoren eine Erkrankung verursachen, sondern richtet sich auf die Frage, welche Aspekte für die Gesundheitserhaltung relevant sind. Ebenso werden stressauslösende Ereignisse bzw. Umstände nicht einheitlich als negative Folgen, die es immer zu eliminieren gilt, bewertet. Eher werden diese stressauslösenden Momente als Möglichkeit für die erfahrene Person gesehen, diese durch entsprechende Ressourcen bzw. Copingressourcen, wie Antonovsky sie bezeichnet, zu bewältigen und aus der Bewältigung resultierende positive Gefühle zu erfahren. Die Wahl der Copingressourcen, die zum Einsatz kommen, identifiziert diese gleichzeitig als gesundheitserhaltende Faktoren für das Individuum (vgl. ebd., S. 30).

Ein wichtiger gesundheitserhaltender Faktor ist in diesem Zusammenhang der von Antonovsky beschriebene Kohärenzsinn, „SOC - *sense of coherence*“. Dieser formiert sich aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit.

Unter Verstehbarkeit wird die Einstellung einer Person verstanden, das Auftreten zukünftiger Aufgaben bzw. Herausforderungen, die Antonovsky als stimuli bezeichnet, als vorhersehbar einzustufen bzw. eine Erklärung für das Vorkommen dieser Stimuli zu haben. Antonovsky beschreibt damit

„[...] das Ausmaß, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, (...). Die Person mit einem hohen Maß an Verstehbarkeit geht davon aus, daß Stimuli, denen sie in Zukunft begegnet, vorhersagbar sein werden oder daß sie zumindest, sollten sie tatsächlich überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können.“ (ebd., S. 34)

Der Begriff Handhabbarkeit bezieht sich auf den Glauben einer Person, über alle nötigen Fähigkeiten zu verfügen, um auftretenden Herausforderungen gewachsen zu sein. Diese Fähigkeiten implizieren die internen Ressourcen, welche die Bewältigung der belastenden Situation aus eigener Kraft ermöglichen. Überdies können neben den personellen Ressourcen auch externe Ressourcen, wie die Unterstützung und Hilfe von Freunden, Familie, Bekannten etc. zur Bewältigung der Aufgabe herangezogen werden.

„Wer ein hohes Maß an Handhabbarkeit erlebt, wird sich nicht durch Ereignisse in die Opferrolle gedrängt oder vom Leben ungerecht behandelt fühlen.“

Bedauerliche Dinge geschehen nun einmal im Leben, aber wenn sie dann auftreten, wird man mit ihnen umgehen können und nicht endlos trauern.“ (ebd., S.35).

Bedeutsamkeit erschließt Antonovsky beim Konzept des Kohärenzgefühls als das „motivationale Element“. Es beschreibt die emotionale Bedeutsamkeit mancher Lebensbereiche, die es wert sind, Herausforderungen bzw. negative Ereignisse, denen man ausgesetzt ist, anzunehmen und diese zu bestehen. So schreibt Antonovsky:

„[...] daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre“ (ebd., S. 35f.).

Ein gut ausgebildetes Kohärenzgefühl und damit eine hohe Ausprägung der jeweiligen Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, suggeriert die Widerstandsfähigkeit einer Person, mit der sie schwierigen oder belastenden Situationen gegenüber tritt. Das Konzept des Kohärenzgefühls impliziert nicht, dass die hohe Ausprägung einer Komponente z.B.: Verstehbarkeit die hohen Ausprägungen der anderen Komponenten - in diesem Fall Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, miteinschließt. Unterschiedliche Anteile an den jeweiligen Komponenten sind möglich, wobei nicht alle Mischformen in demselben Ausmaß auftreten. Präserter ist beispielsweise eine hohe Ausprägung von der Verstehbarkeit, aber dennoch ein Zweifel an der Handhabbarkeit. Das Auftreten einer hohen Handhabbarkeit in einer Welt, die man als nicht verstehbar einordnet und als instabil bewertet ist dem gegenüber eher die Ausnahme (vgl. ebd., S.36f.).

Das Salutogenese-Konzept liefert Hinweise, warum manchen Menschen ihre Gesundheit erhalten bleibt, obwohl sie permanent stressauslösenden und belastenden Situationen ausgesetzt sind. Die Bewertung einer Situation als belastend oder stressig ist abhängig von der Bewertung der eigenen Ressourcen und Stärken in Hinblick auf die Bewältigung der Aufgabe (vgl. ebd., S. 125ff.). Ein erhöhtes Kohärenzgefühl führt zu einer verminderten Bewertung einer Situation als stressig bzw. belastend.

„Weil er oder sie darauf vertraut, daß wie in der Vergangenheit im Großen und Ganzen alles gut ausgehen wird, daß sich das, was ein Problem zu sein

scheint, nicht als so problematisch erweisen und durchaus lösbar sein wird, daß die Dissonanz nur scheinbar ist.“(ebd., S.127).

Neben einem gut ausgebildeten Kohärenzsinn berücksichtigt Antonovsky als weiteren gesundheitserhaltenden Faktor die „generalisierten Widerstandressourcen“. Diese betreffen beispielsweise die soziale Unterstützung, die jemand bekommt, oder die Stärke der Ich-Identität, welche wiederum einen Einfluss auf das Kohärenzgefühl hat (vgl. ebd., S.123). Beides ist stark von früher gemachten Erfahrungen im Umgang mit Problemen sowie von gesellschaftlichen und sozialen Variablen abhängig. Antonovsky beschreibt den Zusammenhang zwischen Lebenserfahrungen und den einzelnen Komponenten des Kohärenzgefühls so:

„Konsistente Erfahrungen schaffen die Basis für die Verstehbarkeitskomponente, eine gute Belastungsbalance diejenige für die Handhabbarkeitskomponente und, weniger eindeutig, die Partizipation an der Gestaltung des Handlungsergebnisses diejenige für die Bedeutsamkeitskomponente“ (ebd., S. 93).

Ein gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl stellt einen wichtigen gesundheitsförderlichen und widerstandskräftigen Gesundheitsfaktor dar, auf welchen die folgenden Studienergebnissen näher eingehen.

Ein in der Kindheit schon gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl wirkt sich positiv auf die spätere soziale Lebensführung aus. Würtz, Fonager und Mortensen analysierten in ihrer Langzeitstudie, wie sich Kinder, bei denen mit 7 Jahren ein niedriges Kohärenzgefühl, im Vergleich zu den Kindern, bei denen ein hohes Kohärenzgefühl erhoben worden ist, entwickelten. Die Resultate zeigen, dass Mädchen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl 12 Jahre nach der Erhebung signifikant höher gefährdet sind, von Arbeitslosenunterstützung, Sozialhilfe und Krankengeld abhängig zu sein als Frauen, die als Mädchen ein hoch ausgebildetes Kohärenzgefühl gehabt haben (vgl. Würtz, et al., 2015, S. 3ff.).

Neben einer positiven sozialen Entwicklung vermindert ein gut ausgebildetes Kohärenzgefühl negative Auswirkungen von Arbeitsstress und leistet somit einen immensen Beitrag bei der Prävention psychischer Gesundheit. Dies bemerkten unter anderem Kretowicz und Bieniaszewski bei ihren Beobachtungen von Krankenschwestern in leitenden Funktionen. Die Teilnehmerinnen mit einem hoch ausgeprägten Kohärenzgefühl litten trotz eines stressigen Arbeitsalltags und hohen Arbeitsbelastungen weniger an arbeitsbedingtem bzw. emotionalem Burnout. Die

Studienautoren führten dies zurück auf das erhöhte, psychisch präventiv wirkende Kohärenzgefühl durch bessere Bildungsstufe der Krankenschwestern in leitenden Funktionen. (vgl. Kretowicz et al., 2015, S.716).

Ohta und seine KollegInnen schrieben über Versuche, das Kohärenzgefühl zu fördern. Auch in ihrer Studie wird auf die verminderten negativen Auswirkungen von arbeitsbedingten Belastungen auf die ArbeitnehmerInnen mit einem höher ausgeprägten Kohärenzsinn hingewiesen. Sie stellten fest, dass der/die Arbeitnehmende mit einem erhöhten Kohärenzsinn häufige Überstunden weniger belastend bewertet, als der/die Arbeitnehmende mit einem niedrigen Kohärenzsinn. Dabei gaben die StudienautorInnen zu bedenken, dass ArbeitnehmerInnen, die häufige Überstunden als weniger belastend bewerteten, Positionen mit Entscheidungsverantwortung und einem ausgeprägten Handlungsspielraum besetzten. Sie besaßen bereits ein gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl, welches durch diese höhere Arbeitsposition gefestigt wurde. Zudem untersuchten die AutorInnen die Wirksamkeit von Interventionen, das Kohärenzgefühl bei den ArbeitnehmerInnen mit niedriger Ausprägung zu erhöhen. Die Intention dahinter lag darin, das Kohärenzgefühl zu steigern, damit die betroffenen Personen von den präventiven Wirkungen gegen Arbeitsbelastungen Gebrauch machen könnten. Diese Interventionen waren jedoch wenig erfolgreich (vgl. Ohta, Higuchi, Yamato, Kumashiro & Sugimura, 2015, S.299ff.). Die erfolglosen Versuche kann man sich durch Antonovskys Beschreibung des Kohärenzgefühls erklären. Da es nur durch bestimmte prägende Entwicklungserlebnisse verändert werden kann, bezeichnet er es als relativ stabil (vgl. Kretowicz & Bieniaszewski, 2015, S.716).

Auch in der Studie von Kleiveland, Natvig und Jepsen, die die Faktoren Stress, Kohärenzsinn und Lebensqualität bei KrankenpflegerschülerInnen studierten, wurde die stressreduzierende Wirkung durch das Wissen über den Sinn der geleisteten Arbeit aufgezeigt. Sie betonten des Weiteren, dass dieser Aspekt sich nicht nur positiv auf die Lebensqualität auswirkte, sondern von dem/der Krankenpflegerausbildenden seinen/ihren SchülerInnen als Instrument zum Umgang mit Stress gelehrt werden sollte (vgl. Kleiveland et al., 2015, S.2ff.).

Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl hat neben der Reduzierung von Stress weitere positive Wirkungen auf die psychische Gesundheit. PatientInnen die an einem psychischen Belastungssymptom leiden, fühlen sich oft emotional erschöpft und werden meist von Symptomen wie Depressionen und Ängsten geplagt. Die klassische Behandlung dieser PatientInnen ist meist für TherapeutIn und PatientIn sehr

anstrengend und langwierig, da die Ursachen psychischer Belastungssymptome sehr heterogen sind, abhängig von stressauslösenden oder emotional sehr prägenden Ereignissen bis hin zu den unterschiedlichsten Persönlichkeits- und Verhaltensausrprägungen. Additiv dazu treten häufig psychosomatische negative bzw. schmerzhaft physische Wirkungen auf (vgl. Arvidsdotter, Marklund, Taft & Kylèn, 2015, S.2). Mithilfe einer salutogenetisch orientierten Gesprächstherapie, in Kombination mit einer therapeutischen Akupunkturbehandlung zur Entspannung, erzielten Arvidsdotter et al. bessere Behandlungserfolge als mit der konventionellen Behandlung von PatientInnen mit psychischen Belastungen. Das in der Behandlung vermittelte Konzept der Kohärenz wirkte stressreduzierend und positiv auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugung, die Resilienz, den Gemütszustand sowie auf die Einschätzung an sozialer Unterstützung. Gerade diese Faktoren wirken präventiv gegen psychische Erkrankungen und sind in den meisten Fällen bei psychischen Erkrankungen unterrepräsentiert (vgl. ebd., S.9).

Eine weitere Studie aus Schweden unterstützt die These von einer positiven Wirkung des Kohärenzsinner auf psychosomatische Beschwerden. Die hohe Anzahl an Kindern in Schweden, die an psychosomatischen Beschwerden leiden, veranlassten Simonsson, Nilsson, Leppert und Diwan, mögliche Ursachen dafür zu identifizieren. Die Ergebnisse offenbarten bei pubertierenden Buben mit einem niedrigen Kohärenzsinn ein fünfzehnmal höheres Risiko, an psychosomatischen Beschwerden zu leiden, als bei gleichaltrigen Buben mit einem stark ausgeprägten Kohärenzsinn. Geschlechtsspezifische Unterschiede entdeckten die StudienautorInnen in der Risikowahrscheinlichkeit. Mädchen mit einem schwächer entwickelten Kohärenzsinn hatten ein „nur“ zehnfaches erhöhtes Risiko, an psychosomatischen Symptomen zu erkranken (vgl. Simonsson, et al., 2008, S.6).

Der positive Umgang mit einer Erkrankung liegt in einer starken psychischen Gesundheit und einer hohen Widerstandsfähigkeit, bedingt durch ein gut ausgeprägtes Kohärenzgefühl. Dies untersuchte man bei an Brustkrebs erkrankten Frauen. Patientinnen, mit einem hoch ausgeprägten Kohärenzsinn, bewahrten eine höhere Lebensqualität trotz der Krebsdiagnose und während der Behandlungsphase. Das Kohärenzgefühl, welches bei der Erkrankung als innere Bewältigungsressource dient, beschreiben die StudienautorInnen so:

„The present findings lend some support to Antonovsky’s theory about the SOC and coping. The SOC can be viewed as a “resistance resource” that helps individuals experience stress as less threatening, to cope with it more

efficiently, and to experience less stress-related illness.” (Rohani, Abedi, Sundberg & Langius- Eklöf, 2015, S.7).

Zu ähnlichen Ergebnissen kam man bei PatientInnen mit einer chronischen Darmerkrankung. Bei ihnen reduzierte ein erhöhtes Kohärenzgefühl die aufgrund der Diagnose begleitenden Angstgefühle und depressiven Symptome. Bei PatientInnen mit einem niedrigen Kohärenzsinn stellte sich keine Verminderung ein und die Symptome blieben nach der Diagnose erhalten (vgl. Freitas et al., 2015, S. 6723).

Wie in Kapitel 4.2.2. bereits erwähnt, spielt der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand eine wichtige Rolle für die objektive Gesundheit, die Lebensqualität und die Lebensdauer. Eine Studie mit Eliteathleten zeigte, dass ein erhöhtes Kohärenzgefühl die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit positiv beeinflusst. Anlehnend daran korreliert die Einschätzung, gesundheitlich belastet zu sein, mit einem niedrig ausgeprägten Kohärenzsinn. Diese Erkenntnisse spiegeln die Studienergebnisse wider. Hier wurde der Kohärenzsinn der Eliteathleten durch die kontinuierlich hohe psychische Belastung vermindert, sodass die Sportler einen niedrigeren Kohärenzsinn als die durchschnittliche Bevölkerung aufwiesen. Die andauernde psychische Belastung, der die Sportler ausgesetzt sind, resultiert aus der Unsicherheit, ihre Sportkarriere aufrechterhalten zu können, sowie dem permanenten psychischen Druck zwischen hohem sportlichen Einsatz und hoher Verletzungsgefahr (vgl. Mayer & Thiel, 2014, S.7).

4.3 Arbeit und Gesundheit

4.3.1 Arbeit als Gesundheitsfaktor

Arbeit ist ein wichtiger Faktor für die Gesundheitserhaltung und für die persönliche Entwicklung. Sie kann aber auch die Entstehung von Krankheit begünstigen. Ein wichtiger Begründer der modernen Psychologie, Kurt Lewin, führte den Begriff der „zwei Gesichter“ von Arbeit ein. *„Arbeit ist sowohl Quelle von (schwächerem oder stärkerem) Belastungserleben (erstes Gesicht) als auch Quelle von (kleinerer oder größerer) Arbeitsfreude (zweites Gesicht)“* (Schallberger, 2006, S.97). So steht in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung

„Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“ (1986, S.3)

Einer Arbeit nachzugehen, hat zwei unterschiedliche Funktionen. Die manifeste Funktion, nämlich die wirtschaftliche Absicherung, unterscheidet sich von der latenten Funktion. Diese dient dazu, sich eine Identität aufzubauen, Sinn zu sehen, Ereignisse bzw. Umstände wertzuschätzen, sich Zeit einzuteilen, Aufgaben erfüllen zu können, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten etc. (vgl. Gündel, Glaser & Angerer, 2014, S.16). Der Mensch als soziales und reflektierend denkendes Wesen ist auf eine gute zwischenmenschliche Kooperation angewiesen. Zu dieser Ansicht kommt nicht nur die Gesundheitswissenschaft, sondern immer öfter auch die Gesundheitspsychologie und die Neurowissenschaften (nicht zuletzt durch das Erforschen der Spiegelneuronen) (vgl. Badura, Walter & Hehlmann, 2010, S. 45f.).

Gesundheitsfördernde Faktoren, die die Erwerbsarbeit mit sich bringen kann, sind unter anderem die Sicherheit eines Arbeitsplatzes und somit eine finanzielle Absicherung, das Vertrauen und die gute Zusammenarbeit unter den KollegInnen bzw. mit dem/der Vorgesetzten und das Sehen eines Sinnes in der Arbeit. Diese gesundheitserhaltende Wirkung der Arbeit wird durch Studienergebnisse mit Menschen, die über diese positive Wirkung der Erwerbsarbeit nicht verfügen, bestätigt. Untersuchungen mit Arbeitslosen zeigen die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf viele Lebensbereiche auf. Arbeitslosigkeit korreliert mit einem erhöhten Risiko von Krebs sowie, kardiovaskulären- und alkoholbedingten Erkrankungen. Beeinträchtigungen der Psyche äußern sich am häufigsten durch eine Depression (vgl. Gündel et al., 2014, S.21).

84% der deutschen ArbeitnehmerInnen bezeichnen ihre Arbeit als sinnstiftend und als wichtigen Beitrag für ihre Identität. Berücksichtigt man diese Erhebungen, dann überraschen die negativen Folgen der Arbeitslosigkeit nicht. In einer Umfrage, in der Kriterien zum Glückhsein erhoben wurden, stellt der Bereich Arbeit einen der zehn wichtigsten Faktoren dar. Vice versa nimmt bei derselben Erhebung Arbeitslosigkeit einen der ersten drei Plätze für Unglück ein (vgl. Bauer, 2013, S. 18f.).

Das Gefühl von persönlichem Glück hat einen relevanten Einfluss auf die Gesundheit. Damit hat der positive Effekt von Arbeit auf das Glückserleben eines Menschen wiederum eine Wirkung auf seine Gesundheit. Diener und Chan (2014, S.32f.) stellten fest, dass sich das Empfinden von Glück und ein gutes subjektives Wohlbefinden positiv auf die Gesundheit auswirken. Demnach stellt Arbeit eine Quelle des Glücks und somit wiederum der Gesundheit dar.

Zusätzlich spielt Erwerbsarbeit für das Selbstbewusstsein und somit für eine erhöhte Resilienz eine relevante Rolle. Viele Personen schöpfen den Großteil ihres Selbstbewusstseins aus ihrer Arbeit. Auch hier spiegeln sich gesellschaftliche Entwicklungen, wie die emanzipatorischen Prozesse der letzten Jahrzehnte, wider. Im Gegensatz zu früher gaben 71% der befragten deutschen Frauen an, dass ein eigener Beruf und ein eigenes Einkommen besonders wichtig und mitentscheidend für ein gutes Selbstbewusstsein seien. Für manche Frauen ist der Faktor Arbeit sogar wichtiger als eigene Kinder oder eine gute Freundschaft (vgl. Vorwerk & Co. KG, 2011, S.9).

Der hohe Stellenwert der Arbeit lässt sich aus der Antwort auf die Frage, ob Menschen ihre Arbeit weiter ausführen würden, auch wenn sie finanziell davon gar nicht abhängig wären, ableiten. 70% der Befragten würden weiter ihrer Arbeit nachgehen (vgl. Bauer, 2013, S. 18).

Kuhn, Wuellrich und Zweimüller (2010) untersuchten die Auswirkungen auf die Gesundheit beim frühzeitigen Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit. Das Ergebnis der Studie zeigte eine hohe Korrelation zwischen frühem Austritt aus der Erwerbstätigkeit und einer erhöhten Mortalitätsrate. Diesen Zusammenhang stellten Kuhn und seine KollegInnen allerdings nur beim männlichen Geschlecht fest. Die AutorInnen erklärten dies mit besseren Coping-Strategien von Frauen. Das erhöhte Mortalitätsrisiko bei Männern hänge einerseits vom nicht allzu gesundheitsförderlichen Verhalten der Männer in der Pension ab, andererseits spiele auch die Freiwilligkeit, in die Rente zu gehen, oder eben geschickt worden zu sein eine große Rolle für die Gesundheit. In dieser Studie stellte sich auch heraus, dass die finanzielle Komponente der Arbeit keinen wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis hat (vgl. ebd., S.31).

Aus den Resultaten einer von Grotz und KollegInnen durchgeführten Studie zur Arbeit (2015, S.8f.), welche den Konnex zwischen Renteneintrittsalter und Beginn von Demenzsymptomen analysierte, kann auf einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit geschlossen werden. Demnach wird das Auftreten von Demenzsymptomen durch längeres Verweilen im Erwerbsleben hinausgezögert (vgl. ebd., S.9f.).

4.3.2 Wenn Arbeit krank macht

Erwerbsarbeit als Krankheitsverursacher resultiert nicht allein aus einem Übermaß an Arbeit - ganz im Gegenteil. Wie im vorherigen Kapitel erwähnt, ist Arbeit sogar

ein wichtiger gesundheitserhaltender Faktor. Die Gesundheit von Personen, die arbeitsbedingtem Stress ausgesetzt sind - und dies mit den Worten- „*Ich stehe viel unter Stress*“ oder „*stressiger Arbeitsalltag*“- beschreiben, muss nicht notwendigerweise darunter leiden. Auch Stress, wie im nächsten Kapitel näher beschrieben wird, kann sich durchaus positiv auswirken (vgl. Bauer, 2013, S.25).

Die Voraussetzung für eine positive Wirkung von Stress ist, dass die Situation, die den Stress auslöst, von der Person als bewältigbar definiert wird und das Bewältigen der Aufgabe mit einem Stressabbau einhergeht. Kommt es jedoch zu keiner Bewältigung der Aufgabe bzw. zu keinem Stressabbau, bleiben körperliche Stressantworten im Körper erhalten, welcher sich dann im Dauerstress befindet. Dauerstress hat mehrere negative Folgen wie:

- Entstehung psychischer Störungen z.B.: Depressionen, Suchtverhalten, Schlafstörungen, Angststörungen etc.
- Neurodegenerative Erkrankungen
- Magen-/Darm- Erkrankungen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen z.B.: Bluthochdruck, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Schlaganfall etc.
- Muskelschmerzen
- Glucose-Stoffwechselschädigungen
- Immunsystem-Schwächung (vgl. ebd., S. 283f).

Abbildung 5 zeigt, welche arbeitsbezogenen Erkrankungen in Österreich vorherrschen. Am häufigsten äußern sich diese in Knochen-, Gelenks- und Muskelerkrankungen. Diese Erkrankungen resultieren meist aus dem Zusammenspiel von psychosozialen und zellulären bzw. physischen Stressoren und machen sie somit komplexer in ihrer Ursache und in ihren Folgen.

„Man betrachtet sowohl die psychosomatischen wie auch somatopsychischen Wechselwirkungen, d.h. die Rückwirkungen der somatischen Erkrankungen auf die Psyche. Solche Rückwirkungen haben beispielsweise zur Folge, dass nach Herzinfarkt, Krebs (...) Angst- und Depressionszustände eintreten, die wiederum somatische Auswirkungen haben können (circulus vitiosus oder Selbstverstärkung).“ (ebd., S.284f.).

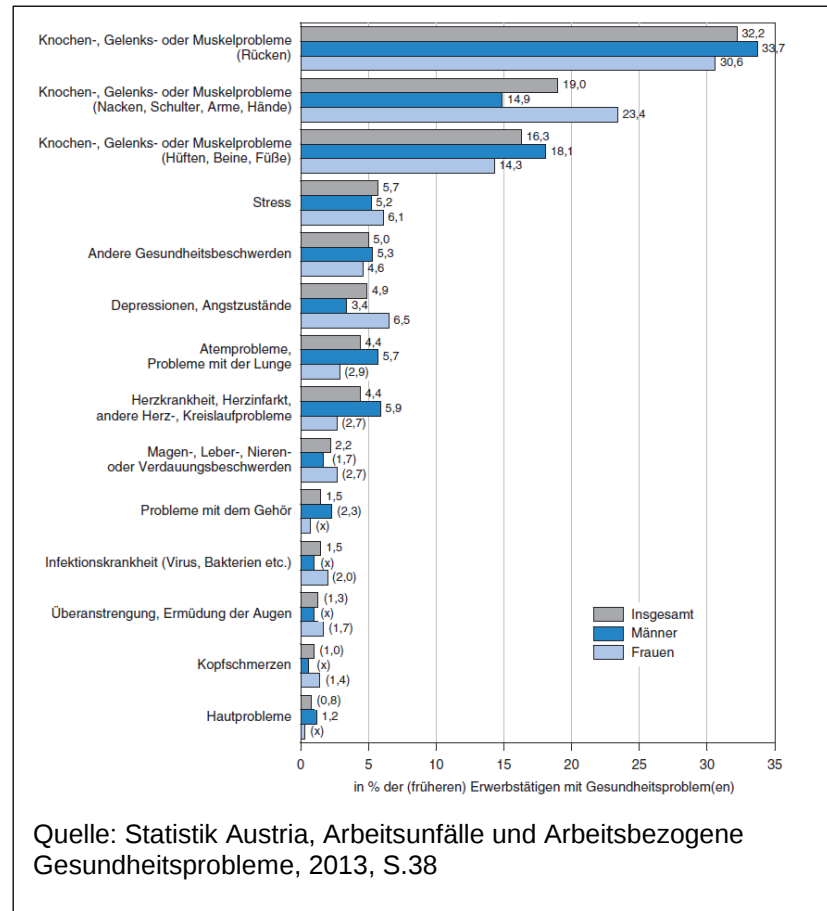


Abbildung 5: Arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme

4.3.3 Arbeitsbedingte psychische und physische Erkrankungen

Beruflich tätig zu sein, kann sich, wie schon im Kapitel 4.3.1. beschrieben, sehr positiv auf die psychische und physische Gesundheit auswirken. Eine schlechte Arbeitsführung seitens des Arbeitsgebenden, Unzufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit, Ungewissheit über Erhaltung oder Verlust des Arbeitsplatzes, organisatorische und/oder soziale Probleme können jedoch gegenteilig auf die Psyche und den Körper wirken. Die Ursachen von arbeitsbedingten gesundheitlichen Belastungen sind sehr individuell und unterschiedlich. Der Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und psychischen und physischen Erkrankungen ist sehr komplex. Erschwerend kommt hinzu, dass die Messung von arbeitsbedingten Belastungen nicht einfach ist. Schwierige Arbeitsbedingungen bzw. stressige Arbeitssituationen werden von Personen sehr unterschiedlich definiert und bewertet. (vgl. Olsen, Overland, Reme & Lovvik, 2015, S.499). Unterschiede zwischen Mann und Frau in der Bewertung von Arbeitsbedingungen als Krankheitsauslöser wurden von Olsen und ihren KollegInnen im Rahmen ihrer Untersuchungen herausgefun-

den. Demnach fühlen sich Frauen vorwiegend durch soziale Probleme am Arbeitsplatz, wie etwa durch ein schlechtes Verhältnis unter KollegInnen bzw. mit dem/der Vorgesetzten, belastet. Bei Männern hingegen wirken sich vor allem eine geringe Arbeitsbeteiligung, die Unsicherheit des Arbeitsplatzes und die Unzufriedenheit mit den beruflichen Aufgaben negativ auf die Psyche aus (vgl. ebd., S. 493). Neben den unterschiedlichen Auslösern psychischer Belastungen ist auch das Auftreten dieser bei Geschlechtern unterschiedlich, nämlich bei Frauen häufiger. Dieses Phänomen lässt sich durch die Rollenverteilung in der Gesellschaft erklären. Die Doppelrolle der Frau, einerseits als verantwortliche Person für Kinder und Haushalt und andererseits als Arbeitnehmerin, erhöht die Anforderungen an die Frau. Dazu kommt die Tatsache, dass Frauen im Arbeitsalltag vielfach Positionen besetzen, in denen sie relativ wenig Entscheidungsspielraum haben, jedoch mehr stressauslösenden Faktoren ausgesetzt sind (vgl. Luca, Bellia, Bellia, Luca & Calandra, 2014, S.523f.). Die Doppelrolle der Frau mit der Herausforderung, Familienleben und Berufsleben zu vereinbaren, erwähnen auch Wang und seine KollegInnen als Grund für häufigere Burnout-Erkrankungen bei weiblichen Lehrkräften (Wang et al., 2015, S. 593).

Dech betont, dass auch der heutige Wandel der Arbeitsstrukturen eine der Ursachen für die Zunahme psychischer Erkrankungen darstellt. Unter anderem werden der technologische Fortschritt, Änderungen der Arbeitsbedingungen und der steigende Konkurrenzkampf als belastende Entwicklungen am Arbeitsmarkt gesehen. Das Gefühl, austauschbar und immer erreichbar zu sein und permanent hohe Leistungen erbringen zu müssen, erhöht den Stresslevel (2009, S. 211). Die Akkommodation des Körpers an den permanent hohen Stresslevel wird als Burnout definiert. Burnout

„[...] sei zu verstehen als Konstrukt einer chronischen Anpassungsreaktion infolge dauernden Stresses insbesondere bei helfenden Berufen, in denen nicht selten ein hoher Idealismus, eine hohe Identifikation und Erwartungshaltung mit hoher Arbeitsbelastung und eher unsicheren Arbeitsergebnissen konfligiert (Gesundheits- und Sozialberufe wie Ärzte, Psychologen, Pflegeberufe, Sozialarbeiter, Lehrer, Erzieher o.a.).“ (Dech, 2009, S. 210).

Psychisch belastende Situationen werden sehr individuell wahrgenommen und verarbeitet. Riedel-Heller, Stengler und Seidler erwähnen in diesem Zusammenhang, dass dieselben Arbeitssituationen nicht für jede Person gleich gesundheitsgefährdend wirken müssen. Demnach ist entscheidend, wie sehr sich die Person

mit ihren persönlichen und arbeitsbedingten Ressourcen der Bewältigung der Situation gewachsen fühlt (vgl. ebd., 2012, S.103). Dessen ungeachtet ist die Sensibilisierung auf potenzielle stressauslösende Situationen im Arbeitsalltag essenziell. Bei Nichtbeachtung von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz kommt es neben negativen Symptomen des anhaltenden Stresses auch häufig zu Depressionen und Angstzuständen. Seibt und seine KollegInnen identifizierten in ihrer Studie über die psychische Gesundheit deutscher Lehrerinnen vier wesentliche gesundheitserhaltende Faktoren für die psychische Gesundheit. Einen Sinn in der eigenen Arbeit zu sehen, die Fähigkeit sich zu erholen, ein guter körperlicher Gesundheitszustand und das ausgeglichene Verhältnis zwischen Aufwand und Entlohnung für die geleistete Arbeit sind für eine gute psychische Gesundheit ausschlaggebend. Dabei stellte sich die oftmalige Diskrepanz zwischen Arbeitsaufwand und Entlohnung als der elementarste psychische Belastungsfaktor heraus. Auch in dieser Studie wurde auf die Auswirkungen von psychischer Belastung auf den Körper hingewiesen. Demnach zeigten die psychisch hoch belasteten Lehrerinnen auch eine hohe Anzahl an körperlichen Beschwerden auf (vgl. Seibt, Spitzer, Druschke, Scheuch & Hinz, 2013, S.865). Steinhardt und ihre KollegInnen stellten in Untersuchungen von arbeitsbedingtem Stress bei LehrerInnen einen Zusammenhang zwischen organisatorisch belastenden Umständen, emotionaler Anstrengung, fehlender Unterstützung und chronisch anhaltendem Stresslevel fest (vgl. Steinhardt, Jaggars, Faulk, Gloria, 2011, S. 426). Fehlende Unterstützung nennt auch Sterud neben monotoner Arbeit und physisch belastenden Arbeitsbedingungen wie beispielweise langem Stehen, Vibrationsreizen auf den Körper oder ungünstigen Nackenpositionen als Auslöser arbeitsbedingter Krankheiten (vgl. ebd., 2011, S.474).

Charakteristisch für die gegenseitige Interferenz zwischen Psyche und Körper sind unter anderem muskuloskelettale Erkrankungen, die häufig durch psychische Belastungen ausgelöst werden, hier besonders der Rückenschmerz, (vgl. Harvey, Henderson, Leliott & Hotopf, 2009, S. 202). So erhöht beispielsweise das Aufweisen von depressiven Symptomen und Angstzuständen das Risiko, an Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule zu leiden. Dies wurde von den StudienautorInnen neben den Arbeitsbedingungen auch mit der erhöhten physischen Inaktivität von depressiven oder angstempfindenden Personen in Zusammenhang gebracht (vgl. Gotfryd et. al., 2015, S. 247). Liu und seine KollegInnen identifizierten Eintönigkeit in Arbeitsabläufen bzw. -aufgaben aber auch ständiger Wechsel im Arbeitsprozess, ungenügende Erholungsmöglichkeiten und Personalmangel als

Hauptprädiktoren für die Entstehung von arbeitsbedingten muskuloskelettalen Erkrankungen (vgl. Liu et al., 2015, S. 632f.).

Arbeitsbedingter Stress als Auslöser von kardiovaskulären Erkrankungen wird durch den direkten Zusammenhang zwischen der Aktivierung des autonomen Nervensystems und des neuroendokrinen Systems und einer niedrigen Herzvariabilität beim Erleben von arbeitsbedingtem Stress bestätigt. Die Tragweite des immensen Effektes von arbeitsbedingtem Stress auf koronare Herzkrankheiten zeigt sich in der Tatsache, dass sich nicht einmal die Vermeidung gesundheitsschädigender Handlungen, wie zum Beispiel Alkoholkonsum, positiv auf das Risiko, an einer kardiovaskulären Erkrankung zu leiden, auswirkt (vgl. Chandola et al., 2008, S. 644).

4.3.4 Stress

„Aus biologischer Sicht bezeichnet Stress einen psychophysischen Zustand, bei dem Abweichungen von der Homöostase vorliegen“ (Becker, 2006, S. 62). Angelehnt an die Definition des Begründers der Stressforschung und Mediziners Hans Selye wird Stress *„[...] als unspezifisches Reaktionsmuster des Körpers auf jede Art von erhöhter Anforderung (darunter nicht nur als negativ erlebte Bedingung) [...]“* definiert (ebd.). Eine weitere Definition des Begriffes, die jedoch den positiven Aspekt beiseitelässt, beschreibt Stress als *„eine Belastung, Störung oder bei zu hoher Intensität eine Überforderung der psychischen und/oder physischen Anpassungskapazität“* (Rensing, Koch, Rippe & Rippe, 2013, S.4).

Der Stressforscher Selye unterscheidet zwei Arten von Stress:

Als Eustress wird der positive, kurz anhaltende Stresszustand bezeichnet, welcher den Körper für eine bestimmte Leistung aktivieren bzw. zur Bewältigung des Stressors befähigen soll. Im Gegensatz dazu beschreibt der Begriff Distress den negativen Stresszustand, welcher aus einer lang anhaltenden bzw. nicht enden wollenden Stressreaktion resultiert. Diese Art von Stress hat negative Auswirkungen auf den Organismus (vgl. ebd. S.4f).

Die Stressreaktion im Körper, die bei Bedrohung der körperlichen Homöostase ausgelöst wird, durchläuft verschiedene Phasen: Alarmphase, Widerstandsphase bzw. Resistenzphase und Erschöpfungsphase. Der Körper versucht durch verschiedene physiologische Prozesse dem Verlust der Homöostase entgegenzuwirken und sich für die Bewältigung des Stressors durch Kampf oder Flucht zu wappnen. Durch die Aktivierung der Sympathikus-Nebennierenmark- Achse und Hypo-

thalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse, kommt es zu physiologischen Veränderungen wie Erhöhung der Atemtätigkeit, Steigerung der Herzfrequenz, Anregung des Stoffwechsels und verbesserte Durchblutung der Muskulatur (vgl. Franke, 2010, S.103f.). Abbildung 6 veranschaulicht die Aktivierung des Sympathikus durch den Stressor und der dadurch ausgelösten Produktion der Stresshormone Adrenalin, Noradrenalin und Cortisol.

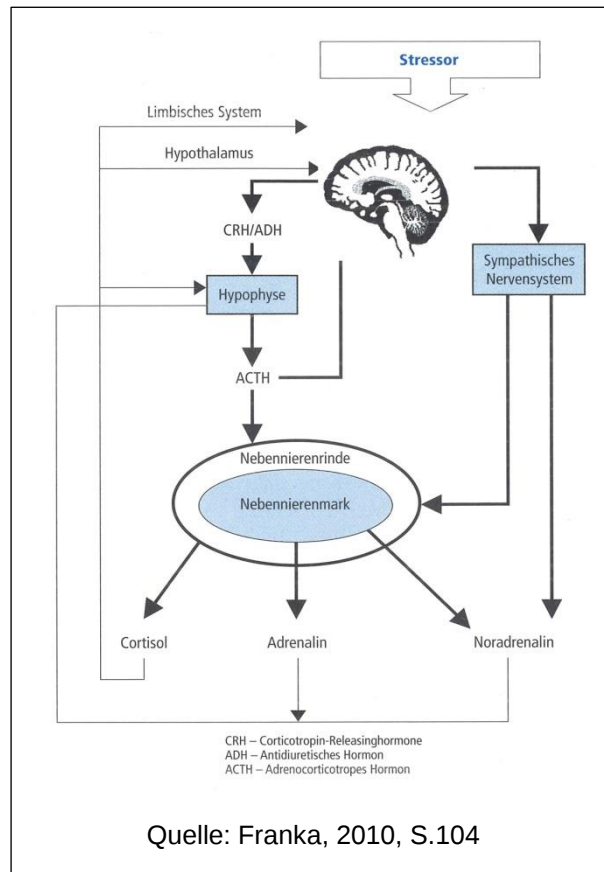


Abbildung 6: Die zwei Achsen der körperlichen Stressreaktion

Kommt es zu keiner Bewältigung des Stressors bzw. hält der Stress länger an, ist der Körper nach einer gewissen Zeit nicht mehr fähig, den Zustand der Homöostase aufrecht zu erhalten bzw. wieder aufzubauen. Die Folge des Abweichens vom homöostatischen Zustand ist die Entstehung von Krankheit (vgl. Franka, 2010, S. 103). Dies äußert sich im neuronalen System mit Gedächtnis- und Konzentrationsschwächen sowie Apathie und Nervosität. Überdies findet man im Blut eine erhöhte Konzentration von Stresshormonen. Die Schwächung des Immunsystems bedingt ein erhöhtes Infektionsrisiko und oftmalige Krankheitszustände (vgl. Rensing et al., 2013, S.9).

4.3.4.1 Stress am Arbeitsplatz

Die Europäische Kommission versteht unter Arbeitsstress:

„[...] the emotional, cognitive, behavioural and physiological reaction to aversive and work organization. It is a state characterized by high levels of arousal and distress and often by feeling of not coping” (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, 1999, S.3).

Stressoren am Arbeitsplatz werden in drei Arten gegliedert: Umgebungsstressoren, Arbeitsstressoren und soziale Stressoren. Umgebungsstressoren umfassen alle äußeren Faktoren, die auf den/die Arbeitnehmenden wirken. Dazu gehören beispielsweise klimatische Bedingungen (Kälte, Wärme, Luftbedingungen), Lärm, toxische Substanzen etc. Stressoren wie hohe Arbeitsanforderungen, wenig Entscheidungsspielraum, fehlende Qualifizierung, undeutliche Auftragsstellung, schlechte Kooperationen unter den ArbeitskollegInnen, Termindruck etc. in Zusammenhang mit ausbleibender Erholung und Regeneration zählen zu den Arbeitsstressoren. Die dritte Stressoren-Art, jene der sozialen Stressoren, betrifft alle Umstände, die mit einer nicht intakten Beziehung zwischen ArbeitskollegInnen untereinander bzw. der Beziehung zwischen ArbeitnehmerIn und ArbeitgeberIn in Zusammenhang stehen. Beispiele dafür wären: starke Konkurrenzbedingungen zwischen den KollegInnen, Mangel an Anerkennung, Spannungen zwischen ArbeitgeberIn und ArbeitnehmerIn und eventuelle Ängste der ArbeitnehmerInnen vor Arbeitsplatzverlust (vgl. Rensing et al., 2013, S.30ff.). Abbildung 7 zeigt negative Faktoren, die am Arbeitsplatz für die Entstehung von Stress verantwortlich sein können, sowie protektive Faktoren die die Resilienz gegenüber Stress fördern. Zusätzlich dazu spielt das individuelle Gesundheitsverhalten eine Rolle, welches die Stresswahrnehmung positiv oder negativ beeinflusst. Zum Beispiel kann ein ausgeprägtes Bewegungsverhalten die Stresswahrnehmung reduzieren.

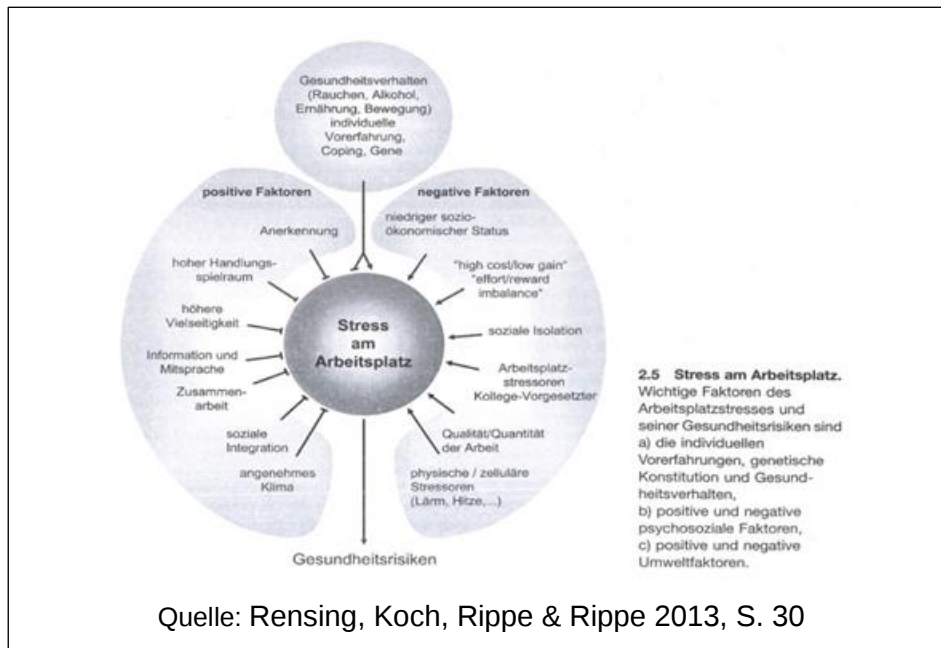


Abbildung 7: Stress am Arbeitsplatz

Wie in Kapitel 4.2.3. und Kapitel 4.3.4.2. beschrieben, sagen die Stressoren alleine wenig über die Entstehung von Stress bzw. die persönliche Identifikation als psychische Belastung aus. Die Gegebenheiten am Arbeitsplatz werden von dem/der Arbeitnehmenden individuell empfunden, was für eine Person eine Belastung darstellt, wird von der anderen nicht als solche wahrgenommen.

Maßnahmen zur Gesundheitserhaltung am Arbeitsplatz müssen daher immer zwei Ebenen berücksichtigen: die Ebene des Verhaltens (beim Arbeitnehmenden) und die Ebene der Verhältnisse (Organisationsebene). Bei einseitiger Betrachtung eines Problems (z.B.: bei Rückenschmerzen nur die Arbeitsergonomie zu verändern und ev. einmal wöchentlich eine Rückenschule anzubieten) ist zu hinterfragen, wie erfolgreich die angebliche Lösung ist. Überdies würde diese einseitige Betrachtung Gesundheit nicht als Produkt aus biologischen, psychischen sowie sozialen Wohlbefinden definieren, sondern die biomedizinische Definition verfolgen und Krankheit nur auf biologische/organische Ursachen zurückführen (vgl. Schneider, 2012, S.31ff.).

Die „richtige“ Gestaltung der Arbeitsbedingungen, der Arbeitsumgebung und der Arbeitsaufgabe stellt einen Ansatzpunkt für die Gesundheitserhaltung am Arbeitsplatz dar. Deswegen ist

„[...] die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit

und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiter“ für die Gesundheitserhaltung und -förderung am Arbeitsplatz essenziell (Badura & Steinke, 2009, S.4).

In der folgenden Grafik gibt Badura einen guten Überblick, welche personellen und organisatorischen Faktoren für die ArbeitnehmerInnen gesundheitsfördernd bzw. gesundheitsschädigend sind.

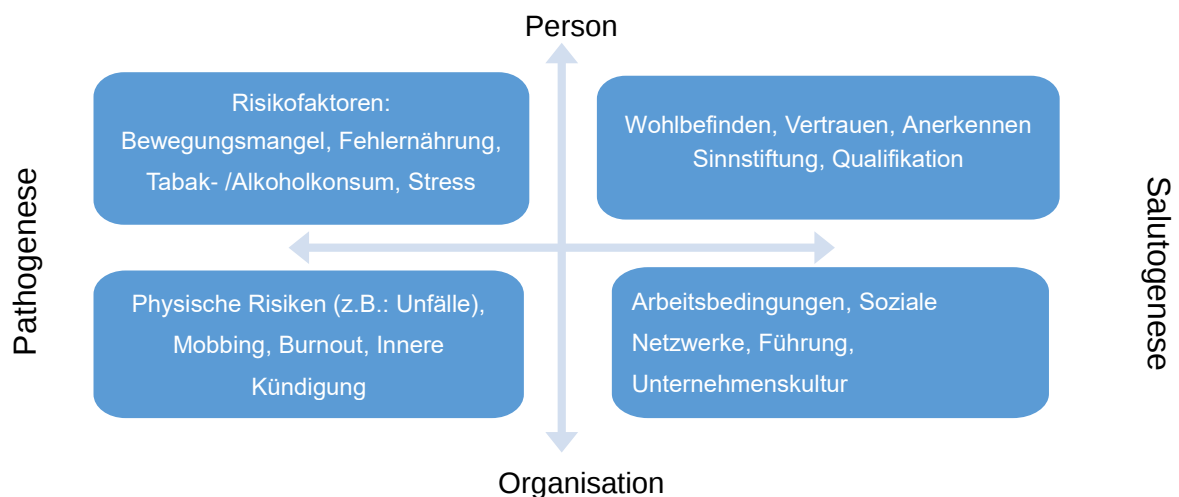


Abbildung 8: Gesundheitsbeeinflussende organisatorische und personelle Faktoren
In Anlehnung an Badura, 2010. S.42

Badura und seine Kollegen (2010, S.47) ergänzen die Abbildung:

„Für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung relevant sind insbesondere die Kriterien Sinnhaftigkeit der Aufgabe, Klarheit der Ziele, Vermeidung chronischer Über- oder Unterforderung, angemessene Handlungsspielräume, anerkennende Rückmeldung. Zu einer unterstützenden Arbeitsumgebung gehören unterstützende soziale Netzwerke, eine fördernde Führung, Partizipation, Transparenz, mitarbeiterorientierte Kultur [...]“.

Gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen zu schaffen und nachhaltig in einem Betrieb zu verankern, ist in der heutigen Arbeitswelt ein wichtiger Parameter, um ArbeitnehmerInnen lange, gesund und motiviert am Arbeitsplatz zu halten. Die gesundheitliche Gestaltung des Arbeitsplatzes umfasst dabei immer die Verhaltensprävention sowie Verhältnisprävention (vgl. Hasselhorn & Portunè, 2010, S. 366ff.).

„Bei der Verhaltensprävention handelt es sich um Maßnahmen mit direktem Bezug auf das Verhalten bzw. die Verhaltensänderung des einzelnen Mitarbeiters. [...] Bei der Verhältnisprävention geht es um strukturelle Aspekte der Gesundheitsförderung, z.B. die konkrete Arbeitsplatzgestaltung, das Angebot in der Kantine, Arbeitsorganisation [...]“ (Schneider, 2012, S.167)

In der Praxis werden häufig nur einseitige Maßnahmen in Erwägung gezogen, nämlich die der Verhaltensprävention. Ursache dafür ist einerseits die leichtere Umsetzbarkeit von Verhaltensprävention, die mit geringen Kosten und einfacheren Evaluationsmöglichkeiten möglich ist. Es sollte Abstand davon genommen werden, den Grund für Stress und für schlecht empfundene Arbeitsbedingungen in erster Linie bei den MitarbeiterInnen zu suchen. Stattdessen ist es besonders wichtig, nicht nur die MitarbeiterInnen alleine zu betrachten, zu analysieren und durch entsprechende Maßnahmen zu fördern, sondern auch die arbeitsbedingten Rahmenbedingungen zu überprüfen (vgl. Hasselhorn et al., 2010, S. 366ff.).

4.3.4.2 Systemisches Anforderungs- Ressourcenmodell

Der Psychologe Peter Becker verfolgt in seinem Systemischen Anforderungs- und Ressourcenmodell (SAR-Modell) einen biopsychosozialen Ansatz. Der Grundgedanke aus Beckers Überlegungen zum SAR-Modell ist, dass die externen und internen Anforderungen bzw. Herausforderungen nicht alleine dafür maßgeblich sind, über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand einer Person zu entscheiden. Ob eine Person in einer stressauslösenden Situation ihre Gesundheit erhält oder erkrankt, ist abhängig von den ihr zur Verfügung stehenden internen und externen Ressourcen (vgl. Schneider, 2012, S.32f.). Die Bewertung einer Situation als Belastung und die Einschätzung, diese Situation nicht mit den eigenen Fähigkeiten und Ressourcen bewältigen zu können, ist demnach ausschlaggebend für die Entwicklung einer Krankheit (siehe Übersicht SAR- Modell auf S.41) (vgl. Reimann & Hammelstein, 2006, S.23).

Becker unterscheidet in seinem SAR-Modell zwei Arten von Gesundheit. Die „aktuelle körperliche Gesundheit“ bezeichnet jenen Gesundheitszustand, den der Mensch im Moment gerade empfindet. Dieser Zustand ist kein konstanter Faktor und abhängig davon, ob sich die Person in einer von ihr als belastend bewertenden Situation befindet (vgl. ebd., S.23).

Als „habituelle Gesundheit“ wird jener Gesundheitszustand definiert, über den die Person die meiste Zeit verfügt. Personen, die über einen längeren Zeitraum über

eine gute Gesundheit verfügen, werden von Becker als „Hochgesunde“ bezeichnet. Im Gegensatz dazu formuliert Becker den Begriff der „Mindergesunden“ für Personen, die häufiger Krankheiten ausgesetzt sind. *„Hochgesunde lassen sich von Mindergesunden demnach auf dem Niveau des habituellen körperlichen Gesundheitszustandes unterscheiden“* (ebd., S.24).

Für die Bewältigung von Stressoren werden bei Becker Copingstrategien eingesetzt. Diese Betrachtungsweise ist vergleichbar mit den generalisierten Widerstandsressourcen im salutogenetischen Modell von Antonovsky. Becker definiert Copingstrategien als gesundheitsförderliche Faktoren, die dem Menschen zur Bewältigung einer stressauslösenden Situation dienen (vgl. ebd., S.23f.).

Interne Ressourcen, die einer Person für die Bewältigung schwieriger Situationen bereitstehen, sind unter anderem: Selbstvertrauen, Wissen, sichere Identität, Optimismus, niedrige Resignationstendenz, aber auch ein guter genetischer körperlicher Gesundheitszustand etc. Sie umfassen all jene Stärken, die die Person aus sich selbst schöpft (vgl. Schneider, 2012, S.33). *„Unter internen Ressourcen verstehen wir psychosoziale und physische Merkmale einer Person, die sich als vorteilhaft erweisen, weil sie es erleichtern, externe und interne Anforderungen zu bewältigen und externe Ressourcen zu erwerben oder zu bewahren“* (Becker, 2006, S.137).

Neben internen Ressourcen benötigt der Mensch externe Ressourcen, auf die er in gewissen Situationen zurückgreifen kann. *„Um seine Gesundheit zu bewahren, zu fördern oder wiederherzustellen, ist der Mensch als „bedürftiges“ (d.h. mit Bedürfnissen ausgestattetes) Lebewesen auf Ressourcen in der Umwelt (=externe Ressourcen) angewiesen* (Becker, 2006, S.133). Diese Ressourcen können aus den Bereichen Familie, Partnerschaft, Arbeit, Freunde, Freizeit, Wohngemeinde etc. kommen und betreffen beispielsweise soziale Unterstützung, großen Entscheidungs- und Handlungsspielraum, Wertschätzung für die geleistete Tätigkeit, gute Arbeitsbedingungen und -strukturen, klare Aufgabenstellung, gute Zusammenarbeit unter KollegInnen etc. Diese sind von der Person selbst nicht beeinflussbar, sondern aus deren Umfeld zu beziehen (vgl. ebd., S.133f.).

Interne und externe Ressourcen werden zur Bewältigung von Anforderungen oder Hindernissen eingesetzt. Diese von der Umwelt gestellten Aufgaben an das Individuum definiert Becker als externe Anforderungen.

„Dabei kann es sich entweder um von außen an eine Person herangetragene Aufgaben, Forderungen, Wünsche oder Erwartungen handeln (...). Externe Anforderungen sind also nicht nur äußere Reize (...) sondern auch Hindernisse, die sich in einem (aktiven) Individuum bei seinen Versuchen einer Einflussnahme auf die Umwelt in den Weg stellen“ (Becker, 2006, S.127).

Zusätzlich zu den externen Belastungen, denen eine Person ausgesetzt sein kann, erwähnt Becker auch „interne Anforderungen“. Diese definieren sich beispielsweise aus den Erwartungen an sich selbst, Persönlichkeitsstrukturen wie Perfektionismus, Wunsch nach Anerkennung aber auch das Stillen lebensnotwendiger Bedürfnisse etc. (vgl. Reimann, Hammelstein, 2006, S.24). Unter lebensnotwendigen Bedürfnissen versteht Becker nicht Faktoren, die für die Erhaltung physiologischer Prozesse des Körpers existenziell sind. Er meint damit Bedürfnisse, die sich in der menschlichen Entwicklung ausbilden und führt als Beispiele an: Explorationsbedürfnis, Selbstaktualisierungsbedürfnis, Bedürfnis nach Orientierung, Sicherheit und Kontrolle, Bedürfnis nach Bindung und Liebe und Bedürfnis nach Achtung und Wertschätzung (vgl. Becker, 2006, S.112ff.).

„Die Genese von Gesundheit und Krankheit oder die Position auf dem Gesundheits-Krankheit-Kontinuum sind demnach abhängig von der Relation interner und externer Anforderungen und Ressourcen“ (Landmann, Kloock, König & Berg, 2007, S.11). Abbildungen 9 führt Beispiele zu internen sowie externen Ressourcen an, welche eine Person gegenüber internen und externen Anforderungen einsetzen kann.

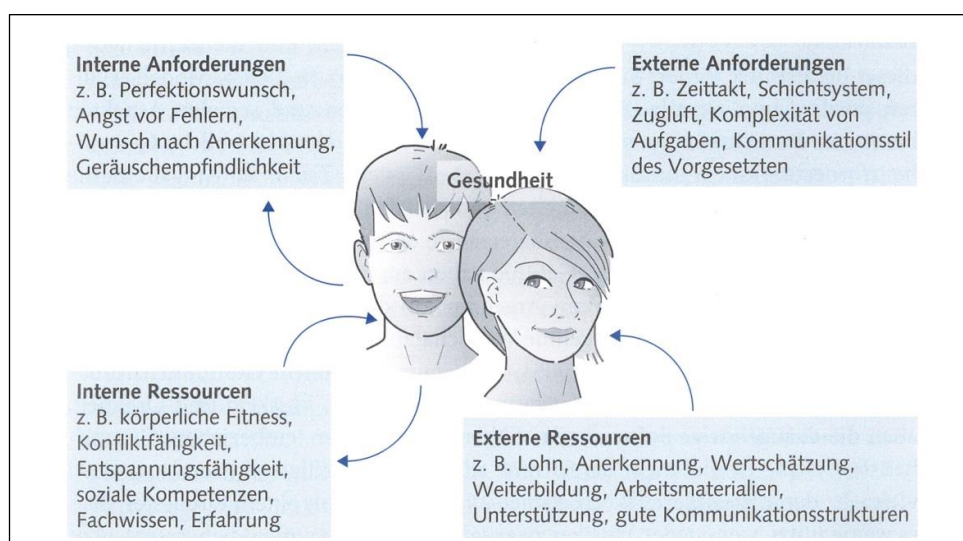


Abbildung 9: Das vereinfacht dargestellte SAR- Modell bezogen auf den Arbeitsplatz

5 FORSCHUNGSHYPOTHESE

Die Forschungshypothese basiert einerseits auf der Tatsache, dass des Öfteren Demonstrationen von in Wien tätigen Pädagoginnen stattfinden. Anlass dieser Demonstrationen sind meistens die als "unzumutbar" definierten Arbeitsrahmenbedingungen. Andererseits gründet sich die Forschungshypothese auf das Erhebungs-Ergebnis, dass Pädagoginnen ihren Gesundheitszustand verhältnismäßig schlechter einschätzen als gleichaltrige Frauen mit gleichem Bildungsstand (Viernickel & Voss, 2012, S.8).

Alternativhypothese: Es besteht ein Zusammenhang zwischen den als Belastung wahrgenommenen Arbeitsrahmenbedingungen von Kindergartenpädagoginnen öffentlicher Wiener Kindergärten und ihrer Gesundheitseinschätzung.

Das Forschungsziel dieser Arbeit ist es, die formulierte Alternativhypothese zu verifizieren oder zu falsifizieren und somit die bestehenden Arbeitsbelastungen der Wiener Kindergartenpädagoginnen als einen oder keinen Einflussfaktor auf die Gesundheitseinschätzung der Pädagoginnen zu identifizieren. Neben den Arbeitsbelastungen der Kindergartenpädagoginnen werden noch weitere Einflussfaktoren auf die Gesundheitseinschätzung geprüft. Diese zusätzlichen Einflussfaktoren werden als Gesundheitsdeterminanten (Arbeit, Soziales Umfeld, angeborene Erkrankungen und Lebensstil) definiert und stellen jene Bereiche dar, denen die Kindergartenpädagoginnen bewusst eine positive oder negative Wirkung auf ihre Gesundheit zuschreiben. Des Weiteren resultiert aus der Erhebung der Gesundheitsdeterminanten Gesundheitsressourcen von Kindergartenpädagoginnen, welche für die Gesunderhaltung jener Pädagoginnen und ihrer Resilienz gegenüber Belastungen von Bedeutung sind. Die folgende Grafik (Abbildung 10) schafft einen Überblick, welche Einflussbereiche auf die Gesundheitseinschätzung der Kindergartenpädagoginnen erhoben und auf eine Korrelation mit der Gesundheitseinschätzung geprüft werden.

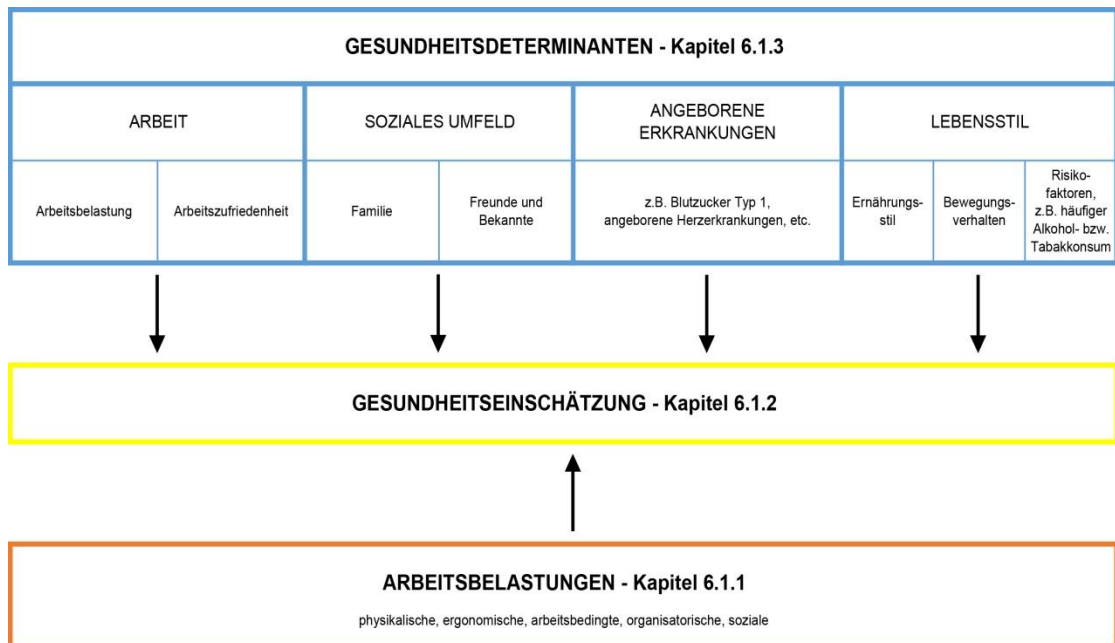


Abbildung 10: Darstellung der Forschungsfrage

6 **UNTERSUCHUNGSDESIGN**

6.1 **Erhebungsparameter**

Mithilfe eines Fragebogens werden die vorherrschenden Belastungen am Arbeitsplatz, die subjektive Gesundheitswahrnehmung und die gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren der Pädagoginnen erhoben. Diese drei Erhebungsparameter werden im Anschluss (Kapitel 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3) operationalisiert und näher beschrieben.

6.1.1 **Arbeitsbelastung**

- **Zieldimension:**

Arbeitsrahmenbedingungen, welche im Arbeitsalltag als belastend empfunden werden, definieren

- **Definition:**

Alle Rahmenbedingungen im Arbeitsalltag, die auf die Arbeitnehmerin/den Arbeitnehmer negativ wirken

- **Indikatoren:**

- Indikator 1: Physikalische Arbeitsbelastungen
- Indikator 2: Ergonomische Arbeitsbelastungen
- Indikator 3: Arbeitsbedingte Arbeitsbelastungen
- Indikator 4: Organisatorische Arbeitsbelastungen
- Indikator 5: Soziale Arbeitsbelastungen

- **Fragen zu den Indikatoren:**

- Fragen zu Indikator 1:
 - Ich fühle mich vom Lärmpegel in der Arbeit belastet.
 - Ich fühle mich von den Lichtverhältnissen in meinem Gruppenraum belastet.
 - Ich fühle mich von der Gruppenraumtemperatur belastet.
 - Ich fühle mich von der Luftqualität im Gruppenraum belastet.
- Fragen zu Indikator 2:
 - Ich muss am Arbeitsplatz oft belastende Körperhaltungen einnehmen.

- Das Arbeiten auf kindgerechten Möbeln ist körperlich belastend.
- Das Heben und Tragen von Kindern ist körperlich belastend.
- Ich fühle mich in meiner beruflichen Tätigkeit körperlich belastet.
- Fragen zu Indikator 3:
 - Ich habe viele Aufgaben in meinem Arbeitsalltag auf einmal zu tun.
 - Die Anforderungen in meinem Beruf nehmen zu (Dokumentationsarbeit, nicht nur Betreuungs- sondern auch Erziehungsauftrag, Erfüllung bildungspolitischer Vorgaben etc.)
 - Ich stehe in der Arbeit häufig unter Zeitdruck.
 - Ich leide darunter, nicht genügend Zeit für die spezielle Förderung einzelner Kinder zu haben.
 - Ich habe keine Möglichkeit regelmäßig Pause zu machen.
- Fragen zu Indikator 4:
 - Mir fehlt die Unterstützung im Arbeitsalltag durch fachlich geschultes Personal (z.B.: Fachpersonal für Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch, Fachpersonal für Kinder mit Entwicklungsauffälligkeit etc.)
 - Mein/e AssistentIn ist für die erforderliche Tätigkeit unzureichend ausgebildet.
 - Für meine Arbeit stehen mir nicht genügend Ressourcen zur Verfügung (materiell, räumlich, personell etc.).
 - Ich empfinde die Anzahl an zu betreuenden Kindern pro Pädagogin zu hoch.
 - Ich empfinde meine beruflichen Weiterbildungs- und Aufstiegschancen als unzureichend.
- Fragen zu Indikator 5:
 - Ich nehme Probleme und Aufgaben aus der Arbeit in mein Privatleben.
 - Der soziale Umgang unter den KollegInnen ist schwierig.
 - Ich fühle mich in meiner Arbeit und mit den Anforderungen in meiner Arbeit alleine gelassen.
 - Die finanzielle Entlohnung für meine geleistete Arbeit ist gering.
 - Meine Arbeit wird von der Gesellschaft gering wertgeschätzt.

- **Antwortkategorien zu den Fragen**

- Trifft nicht zu
- Trifft kaum zu
- Trifft eher zu
- Trifft völlig zu

6.1.2 Subjektive Gesundheitseinschätzung

- **Zieldimension:**

Erhebung der subjektiven Gesundheitseinschätzung der Kindergartenpädagoginnen

- **Definition:**

Unter subjektiver Gesundheitseinschätzung wird die selbst empfundene und als gut oder schlecht bewertete Gesundheit definiert.

- **Indikator:**

- Gesundheitseinschätzung

- **Frage zu Indikator:**

- Wie schätzen Sie Ihr gesundheitliches Befinden auf einer Skala von 1- 10 ein?

- **Antwortkategorien zu den Fragen:**

- Skala zwischen „1 – 10“, wobei „1“ einen sehr schlechten und „10“ einen sehr guten Gesundheitszustand definiert.

6.1.3 Gesundheitsdeterminanten

- **Zieldimension:**

Identifizierung von Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Kindergartenpädagoginnen

- **Definition:**

Unter Gesundheitsdeterminanten werden all jene Einflussfaktoren definiert, denen eine positive oder negative Wirkung auf die Gesundheit zugeschrieben werden.

- **Indikatoren:**

- Indikator 1: Arbeit
- Indikator 2: Soziales Umfeld
- Indikator 3: Angeborene Erkrankungen
- Indikator 4: Lebensstil

- **Fragen zu den Indikatoren:**

- Fragen zu Indikator 1:
 - Welchen Einfluss nimmt der Bereich „Arbeitsbelastung“ auf ihr gesundheitliches Befinden?
 - Welchen Einfluss nimmt der Bereich „Arbeitszufriedenheit“ auf ihr gesundheitliches Befinden?
- Fragen zu Indikator 2:
 - Welchen Einfluss nimmt der Bereich „Familie“ auf ihr gesundheitliches Befinden?
 - Welchen Einfluss nimmt der Bereich „Freunde und Bekannte“ auf ihr gesundheitliches Befinden?
- Frage zu Indikator 3:
 - Welchen Einfluss nimmt der Bereich „Angeborene Erkrankungen wie z.B.: Blutzucker Typ 1, Herzfehler etc.“ auf ihr gesundheitliches Befinden?
- Fragen zu Indikator 4:
 - Welchen Einfluss nimmt der Bereich „Ernährungsstil“ auf ihr gesundheitliches Befinden?
 - Welchen Einfluss nimmt der Bereich „Bewegungsverhalten“ auf ihr gesundheitliches Befinden?
 - Welchen Einfluss nimmt der Bereich „Risikofaktoren (Tabak- und oder häufiger Alkoholkonsum etc.“ auf ihr gesundheitliches Befinden?

- **Antwortkategorien zu den Fragen:**

-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
-4 sehr stark negativen Einfluss			0 keinen Einfluss			4 sehr stark positiven Einfluss		

6.2 Untersuchungsteilnehmerinnen

Die Probandengruppe setzt sich aus weiblichen Kindergartenpädagoginnen zusammen, die alle in einem öffentlichen Kindergarten in Wien ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen.

Wie die folgende Grafik zeigt, ist die Probandengruppe hinsichtlich der Alterszusammensetzung sehr heterogen. Die meisten Probandinnen sind zwischen 25 und 30 Jahre alt, das Schlusslicht bildet die Gruppe der 45 bis 50 Jährigen.

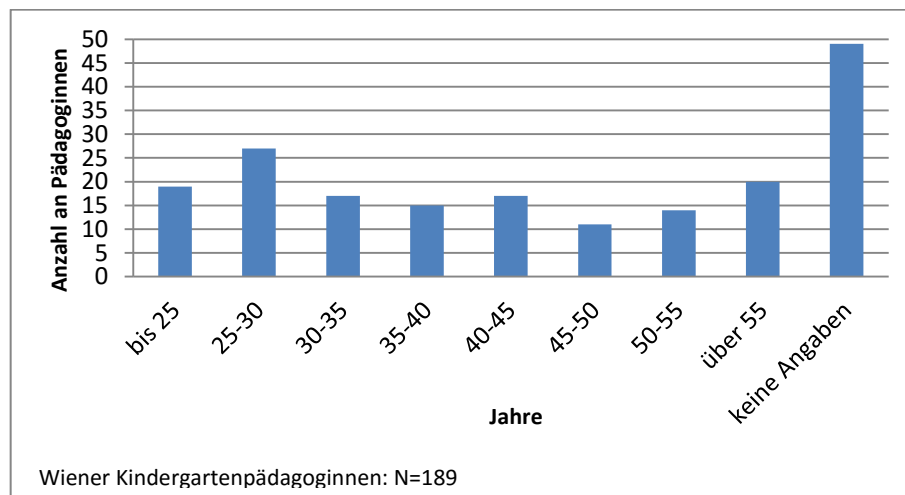


Abbildung 11: Altersstruktur der Probandinnen

Von den befragten Teilnehmerinnen befinden sich die meisten Pädagoginnen in den ersten zehn Jahren ihrer Berufstätigkeit oder üben bereits über dreißig Jahre diesen Beruf aus. Die wenigsten Pädagoginnen aus der Probandinnengruppe sind erst im ersten Berufsjahr.

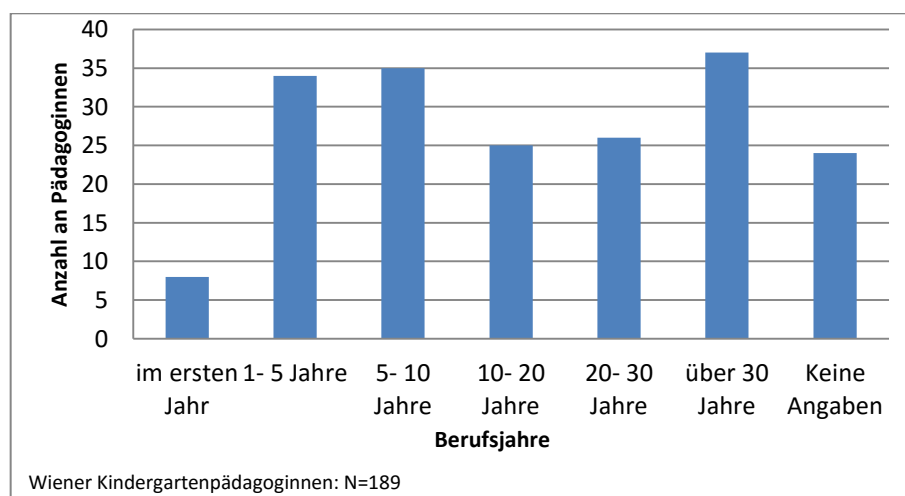


Abbildung 12: Berufsjahre der Probandinnen

Der Großteil der Pädagoginnen arbeitet in der Kindergartengruppe der 3-6 Jährigen. Fast die Hälfte der Teilnehmerinnen arbeitet entweder in einer Familien- oder einer Integrationsgruppe. Nur ein kleiner Anteil der Probandinnen besteht aus Hortpädagoginnen.

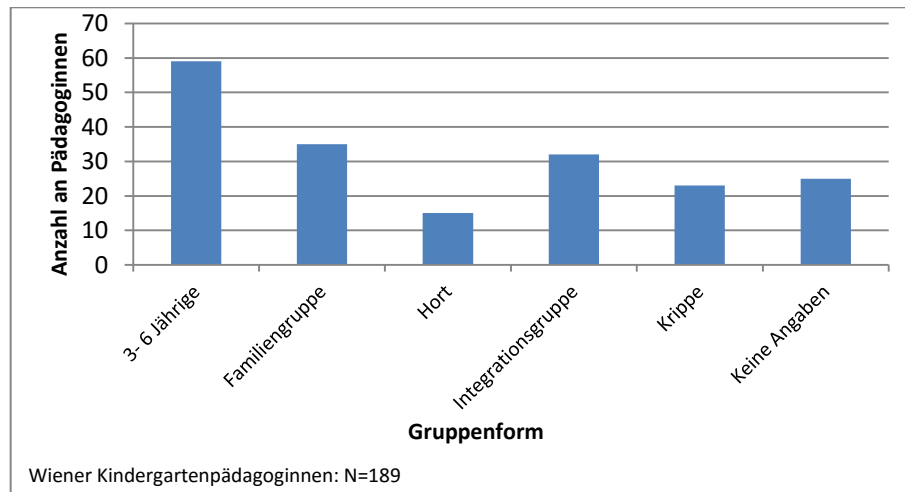


Abbildung 13: Gruppenform in der die Probandinnen tätig sind

Wie die Abbildungen 16 bis 20 zeigen, unterscheiden sich die einzelnen Kindergartengruppen innerhalb der gleichen Kindergruppenform in der Gruppengröße der zu betreuenden Kinder.

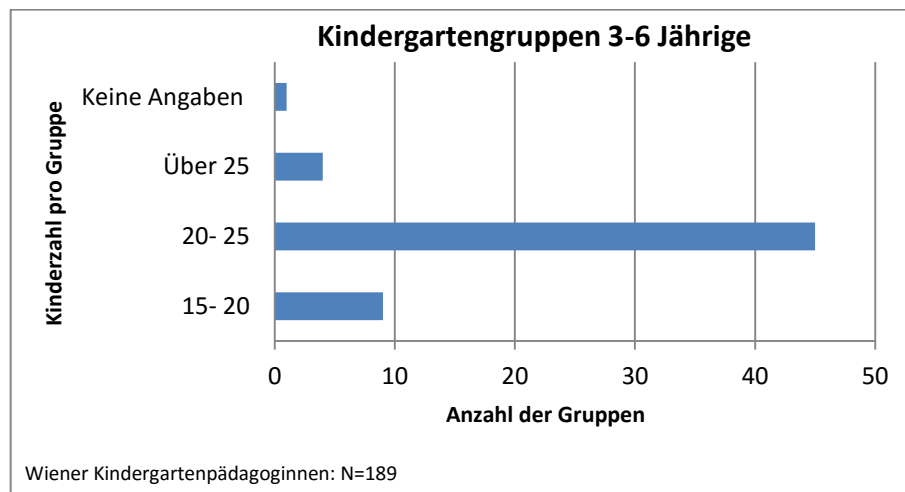


Abbildung 14: Kinderanzahl in den Kindergartengruppen der 3-6 Jährigen

Die Kindergartengruppe der 3-6 Jährigen sowie die Familien- und Hortgruppe gleichen sich in der Anzahl an Kindern, die sie am häufigsten zu betreuen haben. Diese Gruppen bestehen aus 20 bis 25 Kindern.

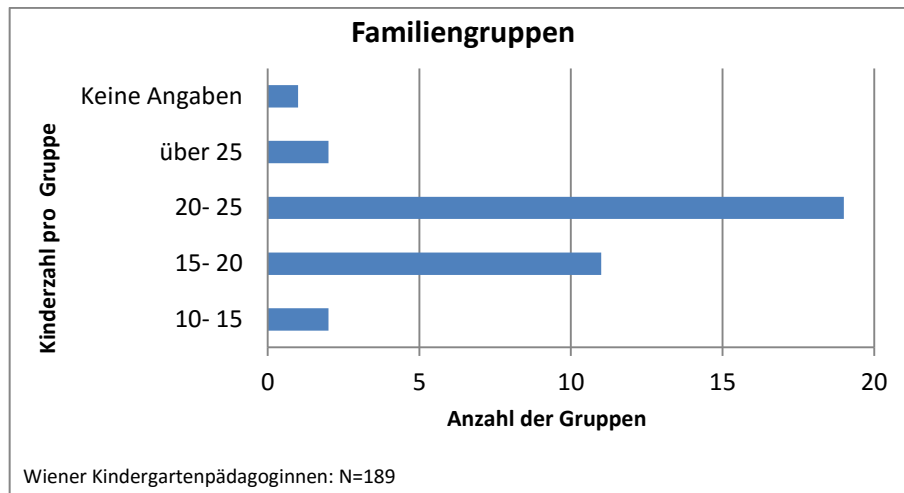


Abbildung 15: Kinderanzahl in Familiengruppen

In den Familiengruppen dominiert ebenfalls die Anzahl von 20 bis 25 Kindern, jedoch gibt es hier relativ mehr Gruppen mit einer kleineren Größe. 31,4% der Befragten haben in der Familiengruppe 15 bis 20 Kinder zu betreuen, 15,3% nur in der Gruppe der 3-6 Jährigen und 6,7% in der Hortgruppe.

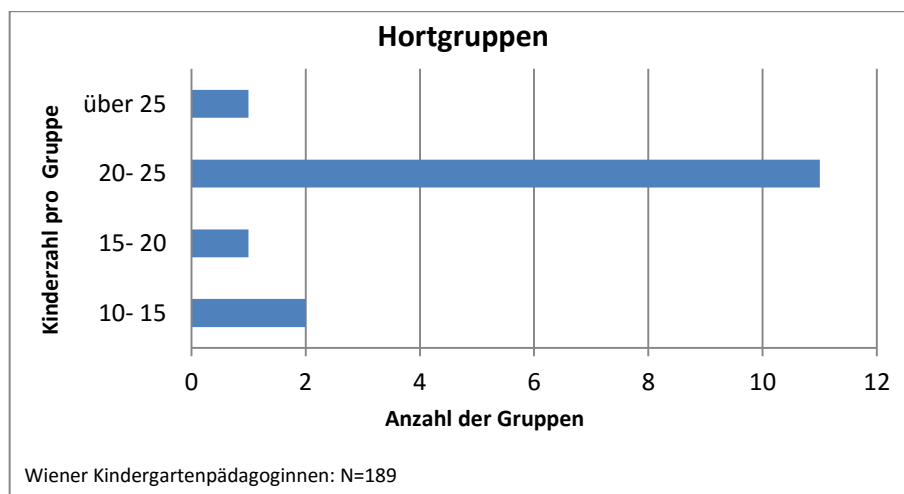


Abbildung 16: Kinderanzahl in Hortgruppen

In der Hortgruppe überwiegt eine Gruppengröße zwischen 20 und 25 Kindern. In der Hortgruppe kommt es, ebenso wie in der Kindergartengruppe der 3-6 Jährigen und in der Familiengruppe, relativ selten vor, über 25 Kinder betreuen zu müssen.

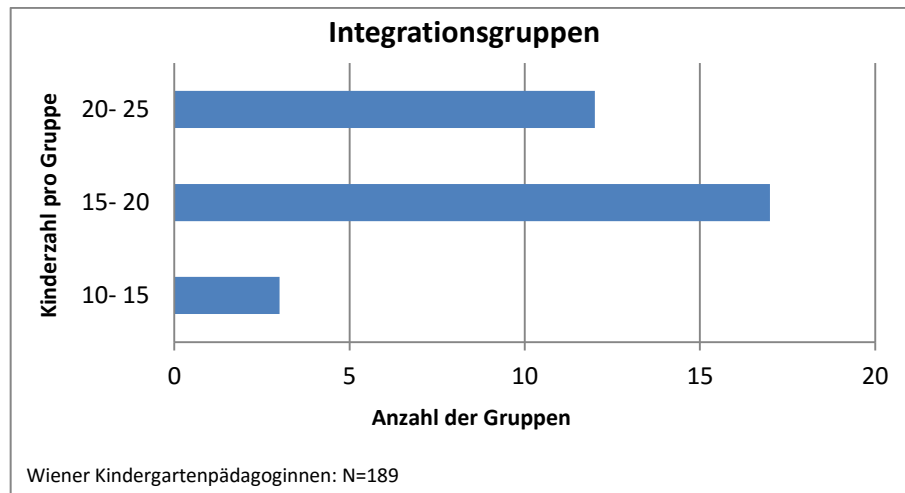


Abbildung 17: Kinderanzahl in Integrationsgruppen

Von den befragten Teilnehmerinnen sind die Pädagoginnen aus den Integrationsgruppen am häufigsten für 15 bis 20 Kinder in ihrer Gruppe verantwortlich. Kaum weniger oft kommt es in der Integrationsgruppe vor, dass die Pädagoginnen sich um 20 bis 25 Kindern kümmern. Im Gegensatz zu den vorher erwähnten Gruppenformen gibt keine Pädagogin aus der Integrationsgruppe an, über 25 Kinder betreuen zu müssen.

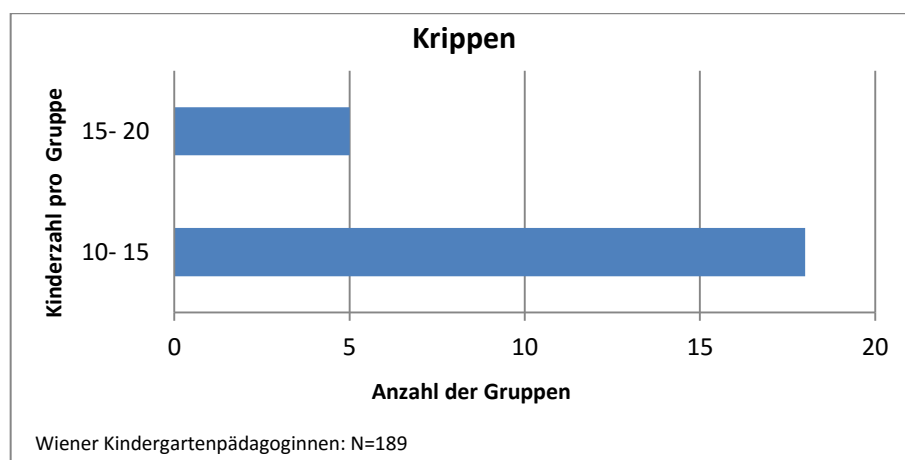


Abbildung 18: Kinderanzahl in Krippen

Die meisten der befragten Kindergartenpädagoginnen die in der Krippe tätig sind, geben an für 10 bis 15 Kinder zuständig zu sein. Keine in einer Krippe arbeitende Pädagogin hat mehr als 20 Kinder zu betreuen.

Aus der nachstehenden Grafik ist zu erkennen, dass die Mehrheit der befragten Kindergartenpädagoginnen 40 Stunden in der Woche arbeitet. Mehr als 40 Stunden arbeiten zu müssen oder Teilzeit zu arbeiten, ist bei den Probandinnen eher die Ausnahme.

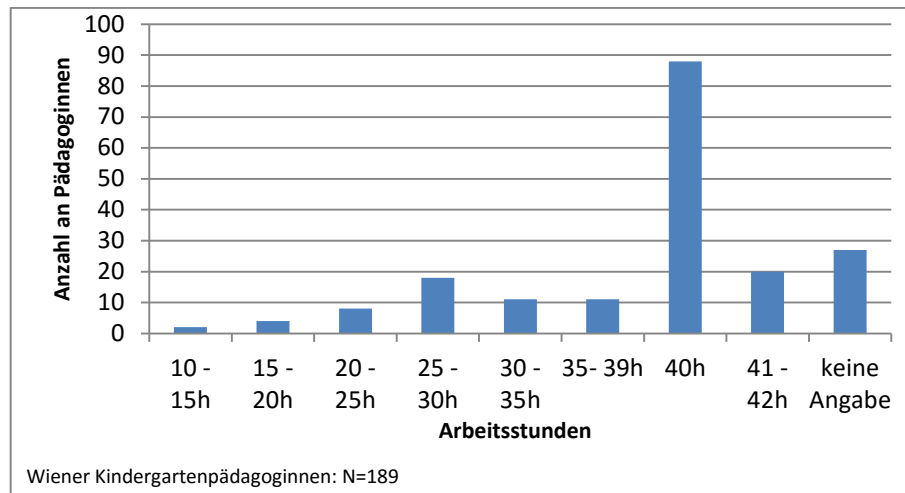


Abbildung 19: Arbeitsstunden der Probandinnen

In der folgenden Abbildung wird grafisch dargestellt, wieviel Prozent der Arbeitszeit den Pädagoginnen eine Assistentin/ein Assistent als Unterstützung zur Seite steht.

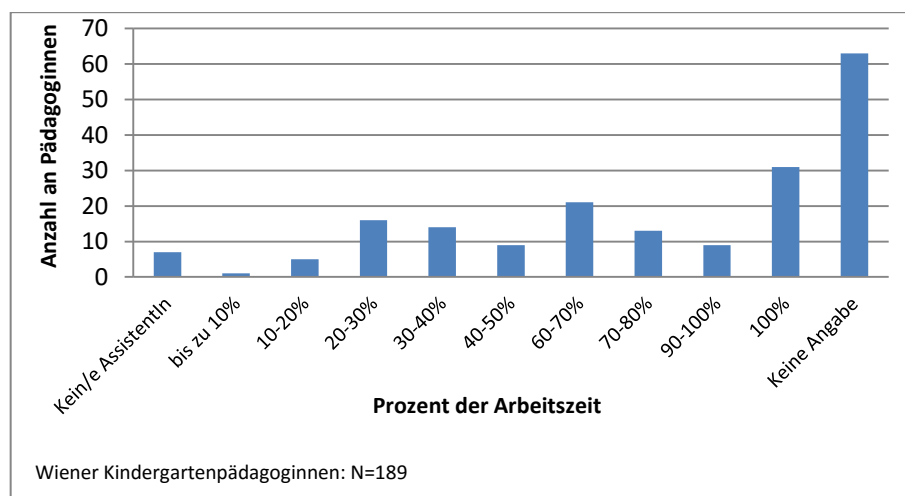


Abbildung 20: Unterstützung durch eine Assistentin/einen Assistent

Die meisten Kindergartenpädagoginnen haben ihre Assistentin/ihren Assistent die gesamte Arbeitszeit in ihrer Gruppe. Etwas weniger häufig kommt es vor, die Unterstützung nicht die ganze Zeit, sondern nur 60 bis 70% der Arbeitszeit zur Verfügung zu haben.

Der überwiegende Probandinnenanteil ist in einem Kindergarten im 21., 22., 10., 23. oder 2. Bezirk tätig. Keine Umfrageteilnehmerin führt ihren Beruf im 1., 7., 8., oder 13. Bezirk aus.

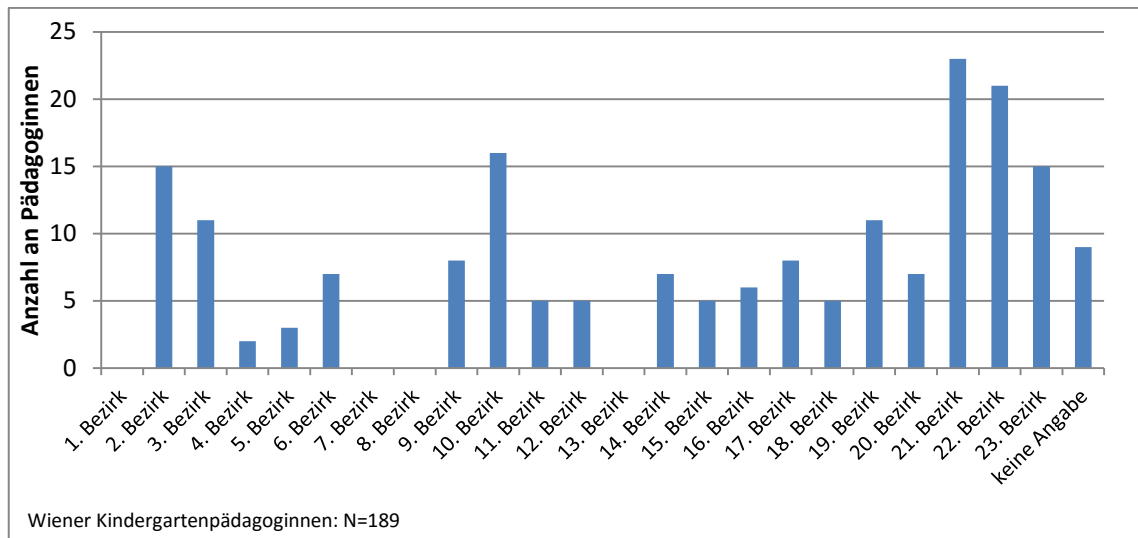


Abbildung 21: Arbeitsbezirk der Kindergartenpädagoginnen

6.3 Datenerhebung

Mittels Fragebogen über die Online- Plattform Limesurvey wurden Pädagoginnen, die in Wien in einem öffentlichen Kindergarten tätig sind, zu ihrer aktuellen Arbeitssituation und Gesundheitseinschätzung befragt. Der Link zur Umfrage wurde an die Pädagoginnen versendet, sodass es möglich war, den Fragebogen elektronisch auszufüllen. Die Umfrage war im Zeitraum vom 24.01.16 bis 06.03.16 für die Probandinnen online zugänglich.

6.3.1 Der Fragebogen

Mithilfe des Fragebogens wurden die vorherrschenden Belastungen am Arbeitsplatz, die subjektive Gesundheitswahrnehmung und die gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren der Pädagoginnen, erhoben. Der selbstentwickelte Fragebogen beruht auf dem im theoretischen Abschnitt beschriebenen Wissen sowie den Ergebnissen bisheriger Studien (vgl. Almstadt et al., 2012; Böchliger et al., 2014; Bogaert et al., 2014; Dragano, 2007; Gan et al., 2011; Jungbauer et al., 2013; Koch et al., 2015; Viernickel et al., 2012) und verfolgt das Ziel, Daten für die Verifizierung oder Falsifizierung der Forschungshypothese zu liefern.

Zu Beginn der Umfrage wird der Inhalt des Fragebogens erklärt und die geschätzte Inanspruchnahme von Zeit für das Ausfüllen mitgeteilt. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, wie wichtig die Teilnahme als Pädagogin und gleichzeitig Expertin für diesen Arbeitsplatz ist, und die Dankbarkeit für diese Möglichkeit der Befra-

gung zum Ausdruck gebracht. Überdies wird vor Beginn der Erhebung auf die Anonymität der Teilnahme aufmerksam gemacht.

Der Fragebogen gliedert sich in drei Teilabschnitte:

Im ersten Abschnitt wird ermittelt, welche arbeitsbedingten Belastungen vorherrschen und wie hoch diese ausgeprägt sind. Die Beantwortung erfolgt auf einer vierstufigen Skala von `trifft nicht zu`, `trifft kaum zu`, `trifft eher zu` und `trifft völlig zu`.



Die subjektive Gesundheitswahrnehmung von Pädagoginnen

0% 100%

Arbeitsbelastungen

* Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft völlig zu
Ich fühle mich vom Lärmpegel in der Arbeit belastet.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich von den Lichtverhältnissen in meinem Gruppenraum belastet.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich von der Gruppenraumtemperatur belastet.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich von der Luftqualität im Gruppenraum belastet.	☐	☐	☐	☐
Ich muss am Arbeitsplatz oft belastende Körperhaltungen einnehmen.	☐	☐	☐	☐
Das Arbeiten auf kindgerechten Möbeln ist körperlich belastend.	☐	☐	☐	☐
Das Heben und Tragen von Kindern ist körperlich belastend.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich in meiner beruflichen Tätigkeit körperlich belastet.	☐	☐	☐	☐
Ich habe viele Aufgaben in meinem Arbeitsalltag auf einmal zu tun.	☐	☐	☐	☐
Die Anforderungen in meinem Beruf nehmen zu (Dokumentationsarbeit, nicht nur Betreuungs- sondern auch Erziehungsauftrag, Erfüllung bildungspolitischer Vorgaben, etc.)	☐	☐	☐	☐
Ich stehe in der Arbeit häufig unter Zeitdruck.	☐	☐	☐	☐
Ich leide darunter nicht genügend Zeit für die spezielle Förderung einzelner Kinder zu haben.	☐	☐	☐	☐
Ich habe keine Möglichkeit regelmäßig Pause zu machen.	☐	☐	☐	☐
Mir fehlt die Unterstützung im Arbeitsalltag durch fachlich geschultes Personal (z.B.: Fachpersonal für Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch, Fachpersonal für Kinder mit Entwicklungsauffälligkeit etc.)	☐	☐	☐	☐
Mein/e Assistentin ist für die erforderliche Tätigkeit unzureichend ausgebildet.	☐	☐	☐	☐
Für meine Arbeit stehen mir nicht genügend Ressourcen zur Verfügung (materiell, räumlich, personell, etc.).	☐	☐	☐	☐
Ich empfinde die Anzahl an zu betreuenden Kindern pro Pädagogin zu hoch.	☐	☐	☐	☐
Ich empfinde meine beruflichen Weiterbildungs- und Aufstiegschancen als unzureichend.	☐	☐	☐	☐
Ich nehme Probleme und Aufgaben aus der Arbeit in mein Privatleben.	☐	☐	☐	☐
Der soziale Umgang unter den KollegInnen ist schwierig.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich in meiner Arbeit und mit den Anforderungen in meiner Arbeit alleine gelassen.	☐	☐	☐	☐
Die finanzielle Entlohnung für meine geleistete Arbeit ist gering.	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeit wird von der Gesellschaft gering wertgeschätzt.	☐	☐	☐	☐

Abbildung 22: Erhebungitems der Arbeitsbelastungen

Die einzelnen Items aus der Erhebung der Arbeitsplatzbelastungen können in fünf Hauptdimensionen zusammengefasst werden: physische, ergonomische, arbeitsbezogene, organisatorische und soziale Belastungen. Diese Hauptdimensionen wurden aus dem Report „Arbeitsbelastungen, arbeitsbedingte Krankheiten und Invalidität“ vom Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung entnommen.

Die physischen sowie die ergonomischen Arbeitsbelastungen werden anhand von vier Items (Items 1 bis 4 und Items 5 bis 8) erhoben. Die restlichen Arbeitsbelastungen werden durch jeweils fünf Items ermittelt - die arbeitsbezogenen Belastungen (Items 9 bis 13), die organisatorischen Belastungen (Items 14 bis 18) und die sozialen Arbeitsbelastungen (Items 19 bis 23).

Die einzelnen Items wurden aus den Ergebnissen der Studien mit KindergartenerzieherInnen extrahiert und den fünf Hauptdimensionen zugeordnet, die im Kapitel 4.1.4 beschrieben worden sind.

Im zweiten Abschnitt des Fragebogens positionieren sich die Pädagoginnen mit ihrem Gesundheitszustand auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Der theoretische Bezug basiert auf den Forschungen von Anton Antonovsky, der den Gesundheitszustand eines Menschen nicht entweder als gesund oder krank definiert, sondern von einem Gesundheit-Krankheits-Kontinuum spricht, welches täglichen Schwankungen ausgesetzt sein kann (siehe Kapitel 4.2.3).

UNIVERSITÄT SALZBURG

Die subjektive Gesundheitswahrnehmung von Pädagoginnen

0% 100%

Gesundheitseinschätzung

Wie schätzen Sie Ihr gesundheitliches Befinden auf einer Skala von 1 - 10 ein?
 Dabei bedeuten 1 „sehr schlecht“ und 10 „sehr gut“. Kreuzen Sie ggf. dazwischen an.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gesundheitliches Befinden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Umfrage verlassen und Antworten löschen Später fortfahren Weiter ▶

Abbildung 23: Erhebung der Gesundheitseinschätzung

Im dritten Abschnitt werden Determinanten erfragt, welche für die Gesundheit der Pädagoginnen relevant sind. Hier werden der bio-psycho-soziale Gesundheitsansatz (siehe Kapitel 4.2) und die damit zusammenhängenden unterschiedlichen Gesundheitsdeterminanten berücksichtigt.

Welche der folgenden Bereiche nehmen einen Einfluss auf Ihr gesundheitliches Befinden?

Geben Sie die Stärke und Richtung des vermuteten Einflusses jedes Bereiches an!

Dabei bedeuten -4 „nimmt einen sehr stark negativen Einfluss“, 0 „nimmt keinen Einfluss und +4 nimmt einen sehr stark positiven Einfluss“ auf ihr gesundheitliches Befinden.

	sehr stark negativen Einfluss		keinen Einfluss						sehr stark positiven Einfluss	
	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	
Arbeitsbelastungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Arbeitszufriedenheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Familie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Freunde und Bekannte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Angeborene Erkrankungen wie z.B.: Blutzucker, Herzfehler, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Ernährungsstil	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Bewegungsverhalten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
Risikofaktoren (Tabak-, und oder häufiger Alkoholkonsum, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

Umfrage verlassen und Antworten löschen

Später fortfahren

Weiter ▶

Abbildung 24: Erhebung der Gesundheitsdeterminanten

Zum Schluss der Befragung werden soziodemografische Daten und gewisse berufliche Rahmenbedingungen der teilnehmenden Pädagoginnen erhoben:

- Alter
- Familienstand (im Haushalt lebende Kinder)
- Geburtsland
- Berufsjahre
- Kinderanzahl in der betreuten Kindergruppe
- Gruppenart der betreuten Kindergruppe (Krippe, 3-6 Jährige, Familiengruppe, Integrationsgruppe, Hort)
- Anzahl der Arbeitsstunden und der Vorbereitungsstunden
- Anzahl an Stunden, in denen eine Assistentin/ein Assistent zur Verfügung steht
- Bezirk, in welchem die Pädagogin tätig ist

6.4 Statistisches Auswertungsverfahren

Aus der Ordinalskalierung der Daten aus der Belastungserhebung, resultiert die statistische Berechnung mithilfe der Rangkorrelation nach Spearman.

Die Variablen aus der Erhebung der Gesundheitseinschätzung und die Variablen, die die einzelnen Gesundheitsdeterminanten erheben, weisen jeweils die Eigenschaften der Intervallskalierung auf. Bei der Prüfung der Daten, die die Gesundheitseinschätzung der Pädagoginnen repräsentieren, wird mithilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests gezeigt, dass diese keine Normalverteilung aufweisen. Das führt dazu, auch die Korrelation zwischen den intervallskalierten Daten mithilfe des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman zu analysieren.

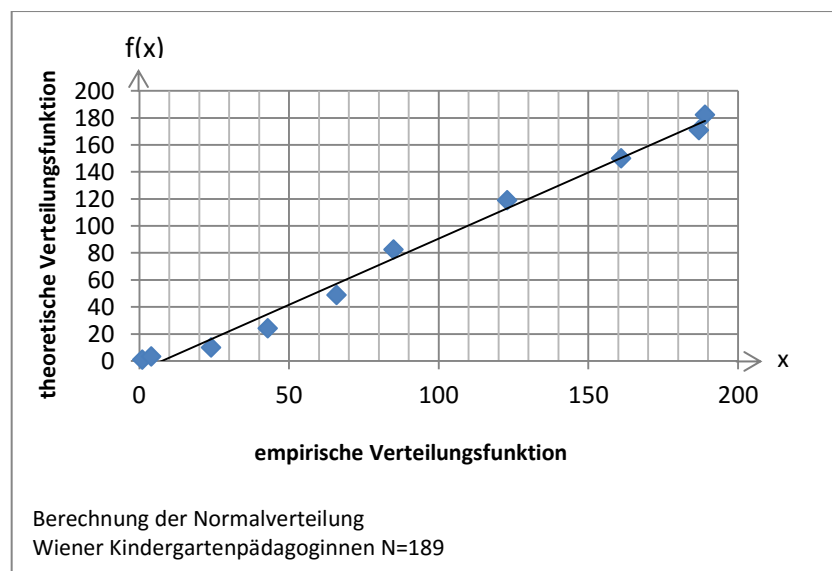


Abbildung 25.: Daten der Gesundheitseinschätzung

Bei den nachfolgenden Rang-Korrelationsberechnungen nach Spearman wird stets mit einem 95%-Signifikanzniveau gerechnet, somit gilt für alle Berechnungen $p < .05$. Ebenfalls wird darauf aufmerksam gemacht, dass bei den nachfolgenden Korrelations-Diagrammen die Skalenwerte der nachfolgenden Grafiken (Abbildungen 32, 33, 38, 39 und 40) nicht den Erhebungswerten entsprechen, sondern den Rängen der Rangkorrelation nach Spearman.

7 ERGBNISDARSTELLUNG

Insgesamt nahmen 189 Wiener Kindergartenpädagoginnen an der Umfrage teil. Zusätzlich kamen 77 weitere Fragebögen von Pädagoginnen, die nicht in Wien als Kindergartenpädagogin tätig sind, dazu (davon waren 49 Pädagoginnen aus einem anderen österreichischen Bundesland, 24 Pädagoginnen aus Deutschland, 2 Pädagoginnen aus der Schweiz und jeweils eine Pädagogin aus Luxemburg und Ungarn).

Die angeführte Grafik soll einen groben Überblick über das Auswertungsverfahren geben. Zu Beginn werden die Arbeitsbelastungen der Wiener Kindergartenpädagoginnen in ihren jeweiligen Kategorien zusammengefasst und nach Belastungsintensität gegliedert. Daraufhin wird geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen den Arbeitsbelastungen und der Gesundheitseinschätzung besteht. Im nächsten Schritt werden die Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu den jeweiligen Gesundheitsdeterminanten zusammengefasst und nach gesundheitsbeeinflussender Effektstärke aufgelistet. Abschließend wird ein Zusammenhang zwischen den Gesundheitsdeterminanten und der Gesundheitseinschätzung sowie der Arbeitsbelastung geprüft.

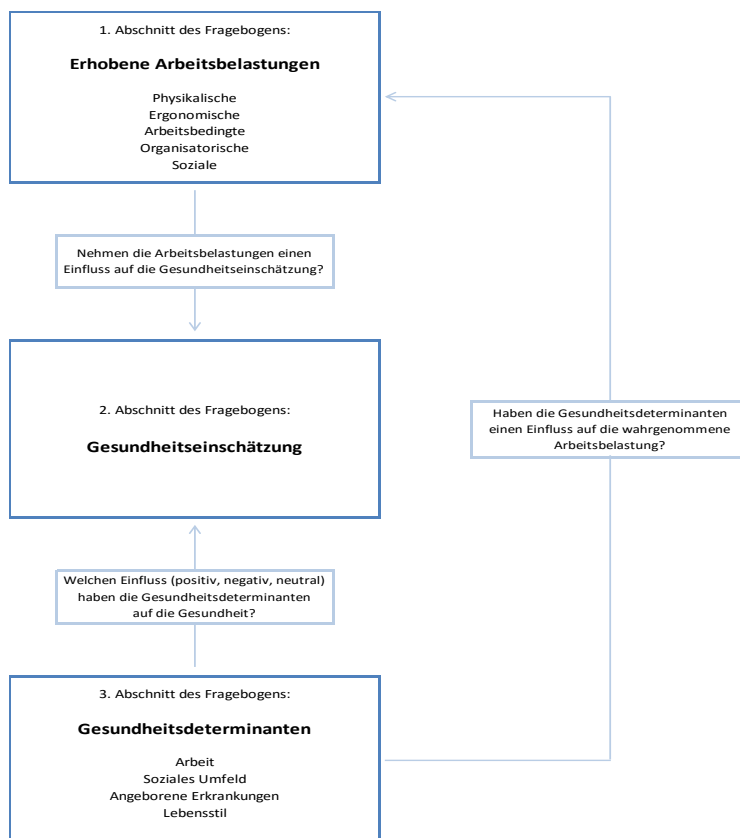


Abbildung 26: Übersicht des Auswertungsverfahrens

7.1 Belastungen am Arbeitsplatz

Zu Beginn der Analyse werden die erhobenen Arbeitsbelastungen zusammengefasst und dabei spezifiziert, welche Belastungskategorie (physikalische, ergonomische, arbeitsbedingte, organisatorische und soziale Belastungen) bei den Kindergartenpädagoginnen am stärksten ausgeprägt ist und welches Belastungsitem dabei am häufigsten zutrifft. Die ersten beiden Belastungsdimensionen (physikalische und ergonomische Belastungen) werden jeweils mithilfe von vier Items erfragt. Die letzten drei Dimensionen (arbeitsbedingte, organisatorische und soziale Belastungen) werden anhand von fünf Items erhoben. Die Teilnehmerinnen haben zwischen den Antwortmöglichkeiten „trifft nicht zu“, „trifft kaum zu“, „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ zu wählen.

Die Summe der physikalischen, ergonomischen, arbeitsbedingten, organisatorischen und sozialen Belastungsitems ergibt die Gesamt-Arbeitsbelastung der Kindergartenpädagoginnen.

Die Antwortmöglichkeit „trifft völlig zu“ wird am häufigsten bei den Items der arbeitsbedingten Belastungen gewählt. Für über die Hälfte (53,3%) der Pädagoginnen treffen in ihrem Arbeitsalltag arbeitsbedingte Belastungen völlig zu, für 31,1% eher, für 12,5% kaum und für 3,1% gar nicht. Das Item „Die Anforderungen in meinem Beruf nehmen zu (Dokumentationsarbeit, nicht nur Betreuungs- sondern auch Erziehungsauftrag, Erfüllung bildungspolitischer Vorgaben etc.)“ wird am häufigsten von den Pädagoginnen mit „trifft völlig zu“ beantwortet. Die Erhebungen identifizierten die arbeitsbedingten Belastungen als die höchste Belastungsdimension am Arbeitsplatz von Pädagoginnen.

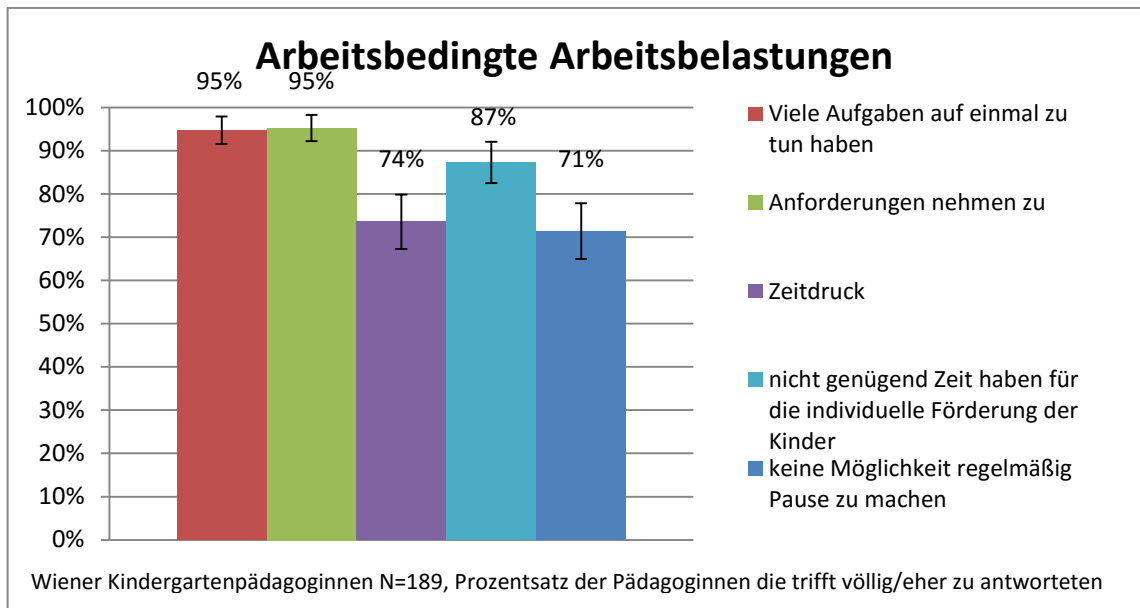


Abbildung 27: Pädagoginnen die bei den arbeitsbedingten Belastungsitems die Antwortmöglichkeiten „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ angekreuzt haben.

Im Arbeitsalltag spielen am zweithäufigsten die ergonomischen Belastungen eine Rolle. Für 49,1% der Pädagoginnen treffen ergonomische Belastungen in der Arbeit völlig zu, für 32,9% eher, für 13,9% kaum und für 4,1% nicht zu. „Das Arbeiten auf kindgerechten Möbeln ist körperlich belastend“ stellt sich als das Item heraus, welches für die Pädagoginnen in ihrem Arbeitsalltag am häufigsten völlig zutrifft. Dicht gefolgt von dem Item „Das Heben und Tragen von Kindern ist körperlich belastend“.

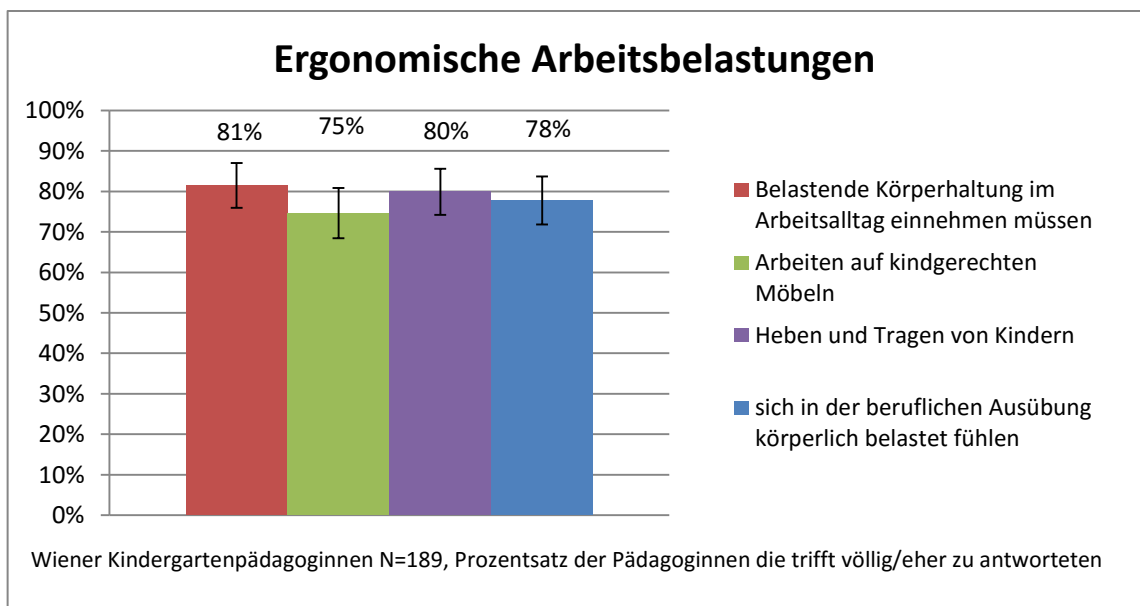


Abbildung 28: Pädagoginnen die bei den ergonomischen Belastungsitems die Antwortmöglichkeiten „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ angekreuzt haben.

Für 29,9% der Pädagoginnen treffen die Items, die die organisatorische Belastungsdimension erheben, völlig zu. 30,3% empfinden die organisatorischen Belastungen eher, 24,9% kaum und 14,9% nicht zutreffend. Am häufigsten wird unter den organisatorischen Erhebungselementen deutlich das Item „Ich empfinde die Anzahl an zu betreuenden Kindern zu hoch“ mit „trifft völlig zu“ beantwortet.

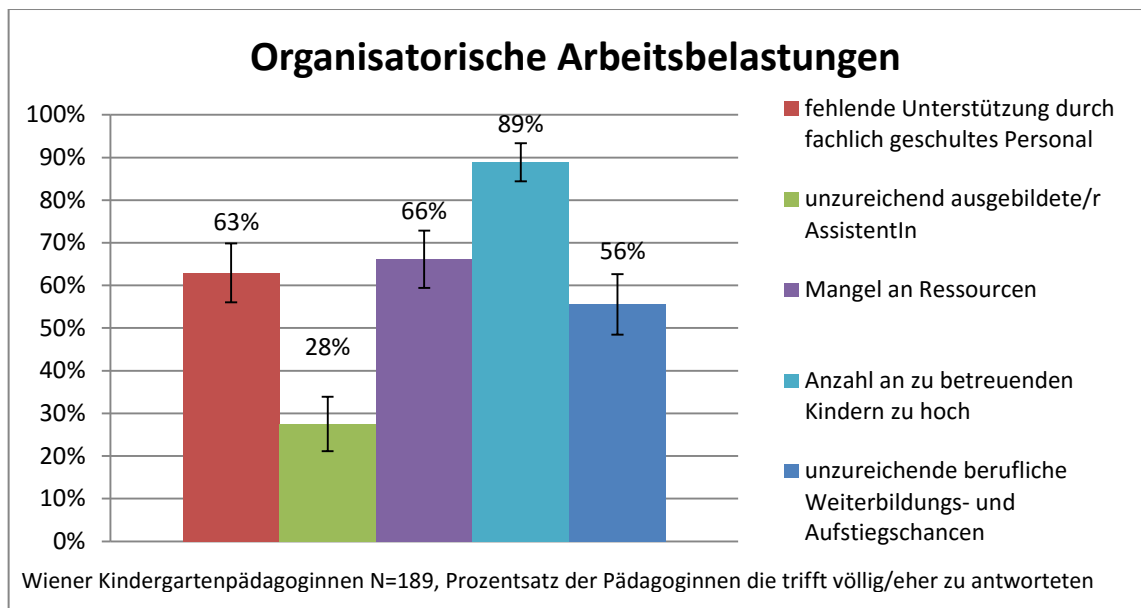


Abbildung 29: Pädagoginnen die bei den organisatorischen Belastungselementen die Antwortmöglichkeiten „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ angekreuzt haben.

Soziale Belastungen am Arbeitsplatz empfinden 26,1% der Teilnehmerinnen als völlig, 33,6% als eher, 27,9% als kaum und 12,3% nicht zutreffend. Dabei wird am häufigsten als „völlig zutreffend“ das Item „Die finanzielle Entlohnung für meine geleistete Arbeit ist gering“ angekreuzt, gefolgt von „Meine Arbeit wird von der Gesellschaft gering wertgeschätzt“.

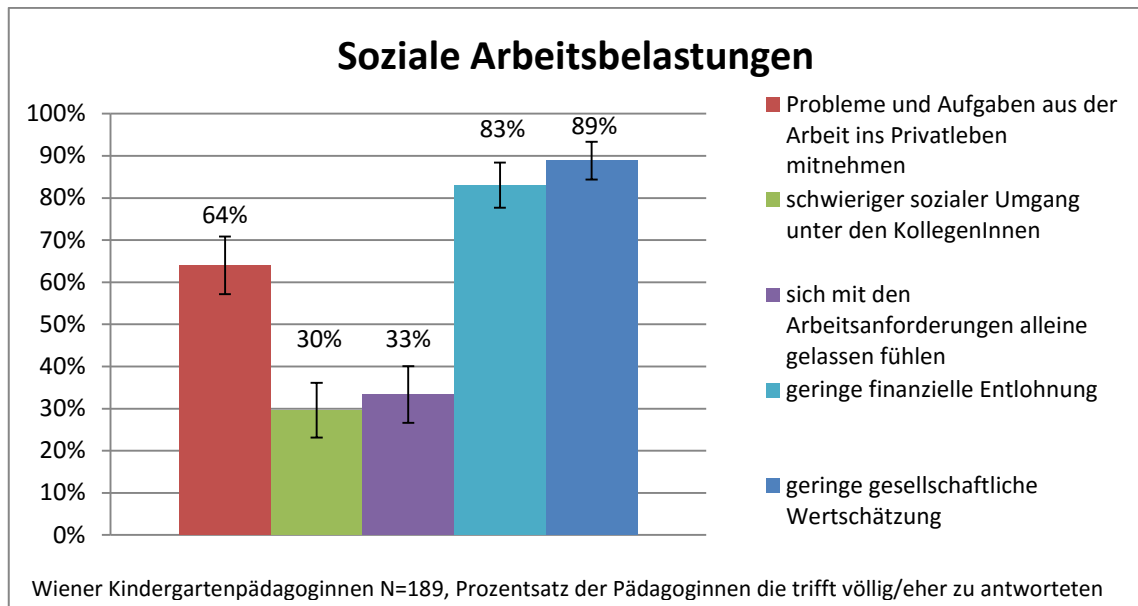


Abbildung 30: Pädagoginnen, die bei den sozialen Belastungsitems die Antwortmöglichkeiten „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ angekreuzt haben.

Die Belastungsdimension welche am wenigsten häufig mit „trifft völlig zu“ beantwortet wird, ist jene der physikalischen Belastungen. Dabei spielen für 25,3% der Teilnehmerinnen die physikalischen Belastungen völlig, für 32,5% eher und für 29,5% kaum eine Rolle. Für 12,7% treffen physikalische Belastungen nicht zu. Das Item „Ich fühle mich vom Lärmpegel in der Arbeit belastet“ wird mit großem Abstand am häufigsten mit „trifft völlig zu“ bewertet.

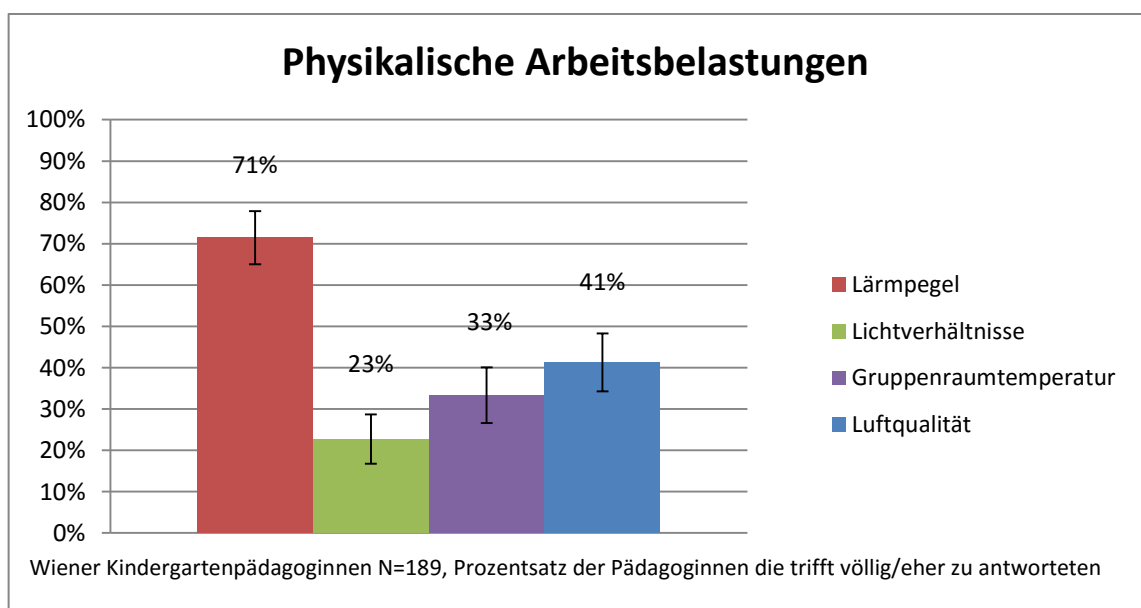


Abbildung 31: Pädagoginnen die bei den physikalischen Belastungsitems die Antwortmöglichkeiten „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ angekreuzt haben.

Vergleicht man die Arbeitsbelastungen der Wiener Kindergartenpädagoginnen mit denen der Pädagoginnen aus anderen österreichischen Bundesländern ist das gleiche Belastungsmuster zu erkennen. An der Spitze der Belastungsdimensionen stehen, ebenso wie bei den Wiener Pädagoginnen, die arbeitsbedingten Belastungen. Darauf folgen die ergonomischen Belastungen, dann die organisatorischen Belastungen, gefolgt von den sozialen Belastungen und abschließend die physikalischen Belastungen.

Bis auf die ergonomische Belastungsdimension, bei der das Item „Das Heben und Tragen von Kindern ist körperlich belastend“ – anders als bei den Wiener Pädagoginnen - vor dem Item „Das Arbeiten auf kindgerechten Möbeln ist körperlich belastend“ am häufigsten mit „trifft völlig zu“ beurteilt und somit als größte Belastung definiert wird, gleichen die Belastungen der Wiener Pädagoginnen denen der Pädagoginnen anderer Bundesländer, auch in der Identifizierung der höchsten Belastungsitems.

Um zu ermitteln, ob sich die Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen von denen ihrer Kolleginnen aus anderen Bundesländern unterscheiden, werden die Daten mithilfe des Mann-Whitney U-Tests miteinander verglichen. Durch den Vergleich der Wiener Kindergartenpädagoginnen ($MR = 66.44$, $n=189$) mit den Kindergartenpädagoginnen aus anderen Bundesländern ($MR = 61.31$, $n=49$), $z = 1.56$, bei einem 5%-Signifikanzniveau, wird die Nullhypothese abgelehnt und ein Unterschied zwischen den Arbeitsbelastungen der Wiener Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagoginnen aus anderen Bundesländern festgestellt. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Kindergartenpädagoginnen anderer Bundesländer ihre Arbeitsbedingungen als weniger belastend bewerten als ihre Wiener Kolleginnen.

7.2 Gesundheitseinschätzung von Kindergartenpädagoginnen

Mit dem Item „Wie schätzen Sie Ihr gesundheitliches Befinden auf einer Skala von 1 bis 10 ein. Dabei bedeutet 1 `sehr schlecht` und 10 `sehr gut`“, wird die subjektive Gesundheitswahrnehmung der teilnehmenden Pädagoginnen erfragt. Der Durchschnitt der 189 befragten Wiener Pädagoginnen liegt bei einem Mittelwert von $M= 6,32$. Aus den 49 Stichproben der Fragebögen der anderen Bundesländer wird ein Mittelwert von $M= 7,27$ errechnet.

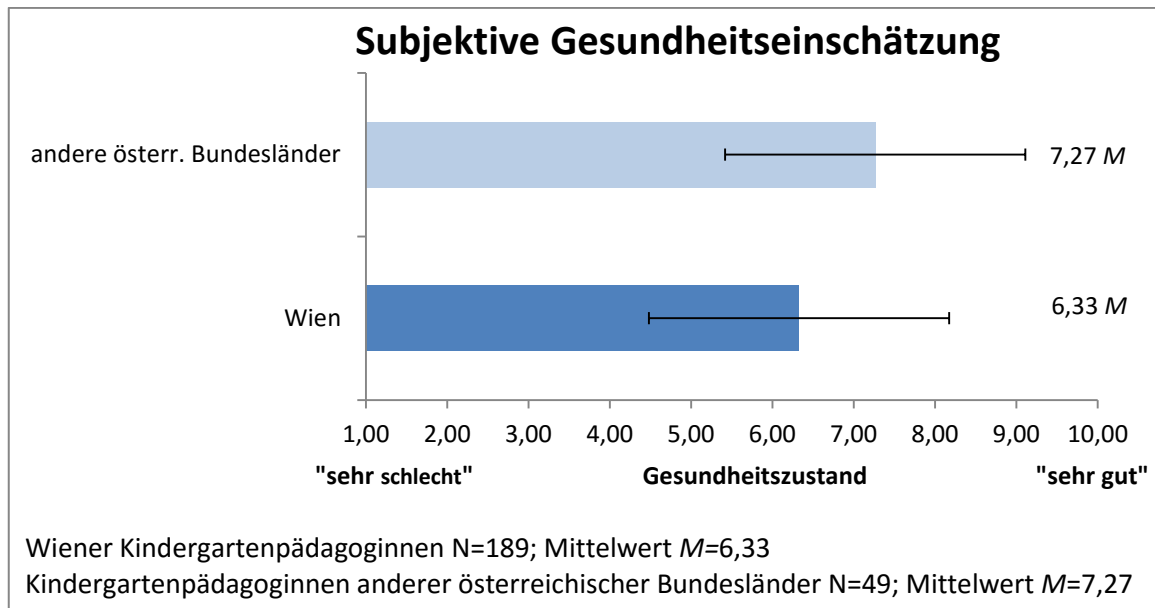


Abbildung 32: Vergleich Subjektive Gesundheitseinschätzung

Zur Überprüfung, ob ein Unterschied zwischen dem wahren Mittelwert der Gesundheitseinschätzung der Wiener Pädagoginnen und dem Mittelwert der Gesundheitseinschätzung der Pädagoginnen aus anderen österreichischen Bundesländern besteht, wird nach der Prüfung der Varianzhomogenität durch den F -Test $F(188, 48) = 1.51, p < .05, = 1,23$ der T -Test für unabhängige Stichproben mit homogener Varianz zur Berechnung herangezogen.

Die Gesundheitseinschätzung der Wiener Kindergartenpädagoginnen ($M = 6.33$) unterscheidet sich von der Gesundheitseinschätzung der Kindergartenpädagoginnen aus anderen Bundesländern ($M = 7.27$). $t(236) = 0.62, p < .05$. Wiener Kindergartenpädagoginnen schätzen ihren Gesundheitszustand somit schlechter ein als Kindergartenpädagoginnen anderer Bundesländer.

7.3 Arbeitsbelastungen und Gesundheit von Pädagoginnen

Im folgenden Kapitel wird analysiert, ob die Gesundheitseinschätzung von der vorherrschenden Arbeitsbelastung beeinflusst wird. Die einzelnen Belastungsdimensionen (physikalische, ergonomische, arbeitsbedingte, organisatorische und soziale Belastungen) werden zu der Gesamtbelastung zusammengefasst und hinsichtlich eines Zusammenhangs mit der Gesundheitseinschätzung der Pädagoginnen geprüft.

Bei der Berechnung der Rangkorrelation der Gesamtbelastung und der Gesundheitswahrnehmung ergibt sich $R(N=189) = -.38$, weswegen mit einer 95%igen

Wahrscheinlichkeit auf einen geringen negativen Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Gesundheitswahrnehmung zu schließen ist. Aus der folgenden Abbildung ist zu erkennen, dass jene Kindergartenpädagoginnen die ihre Arbeitsbedingungen als weniger belastend identifizieren, ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ bewerten. Jene Kindergartenpädagoginnen, die eine hohe Arbeitsbelastung in ihrem Arbeitsalltag angeben, bewerten ihren Gesundheitszustand demnach schlechter.

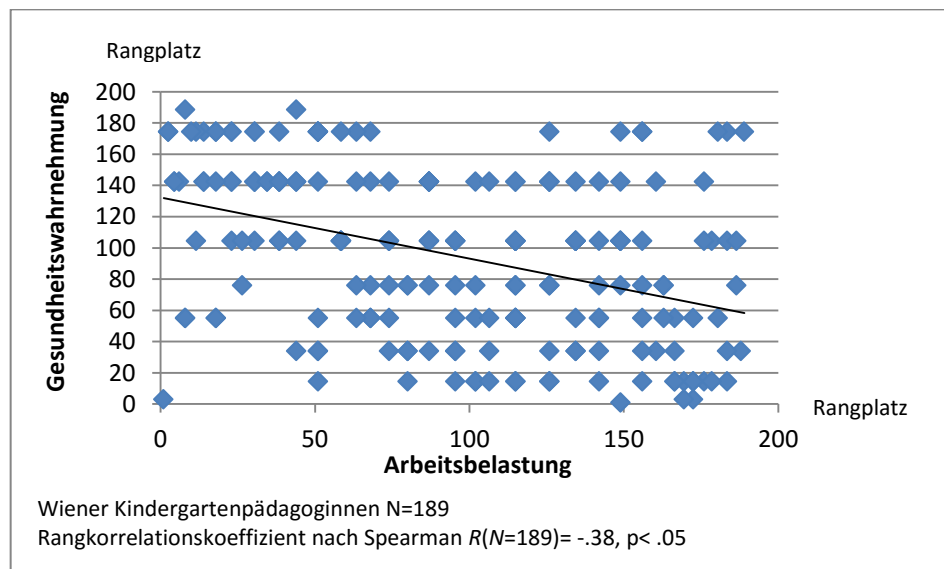


Abbildung 33: Korrelation Arbeitsbelastung und Gesundheitseinschätzung

Um zu prüfen, ob die fünf Belastungsdimensionen gleichermaßen einen Zusammenhang mit der Gesundheitswahrnehmung aufweisen oder ein höherer Zusammenhang zwischen einer bestimmten Belastungsdimension und der Gesundheitswahrnehmung besteht, werden die einzelnen Belastungsdimensionen mit der Gesundheitswahrnehmung mithilfe des Spearman-Tests überprüft.

Die anführende Grafik zeigt, dass die soziale Arbeitsbelastung, $R(N=189) = -.32, p < .05$, - die höchste Korrelation mit der Gesundheitswahrnehmung aufweist. Somit schätzen vor allem jene Kindergartenpädagoginnen ihren Gesundheitszustand schlechter ein, die sich von sozialen Arbeitsbelastungen (Probleme aus der Arbeit ins Privatleben mitnehmen, sich mit den Arbeitsbelastungen alleine gelassen fühlen, die fehlende finanzielle Entlohnung sowie die geringe gesellschaftliche Anerkennung) stark belastet fühlen.

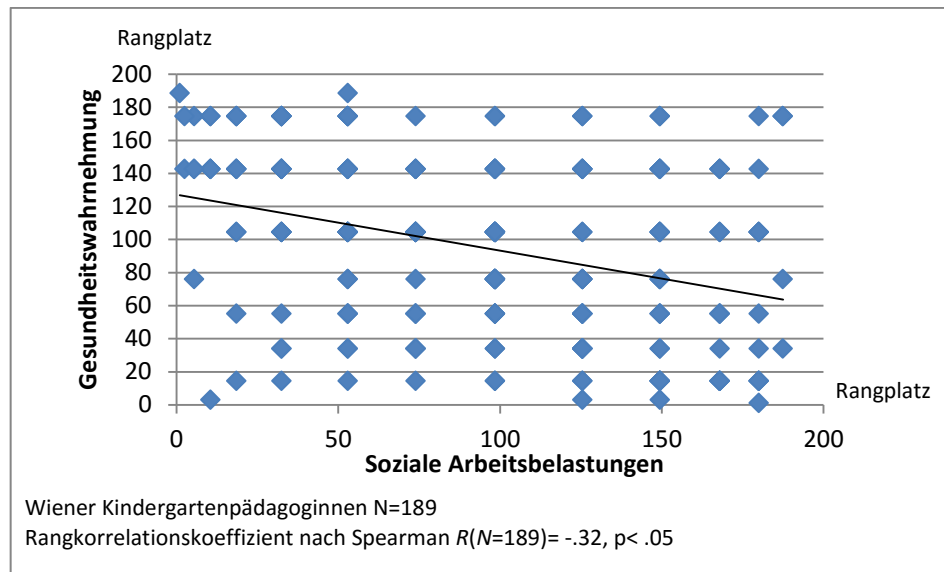


Abbildung 34: Korrelation Soziale Arbeitsbelastung und Gesundheitseinschätzung

Die restlichen Belastungsdimensionen (physikalische Arbeitsbelastung $R(N=189) = -.25, p < .05$; ergonomische Arbeitsbelastung $R(N=189) = -.27, p < .05$; arbeitsbedingte Arbeitsbelastung $R(N=189) = -.24, p < .05$; organisatorische Arbeitsbelastung $R(N=189) = -.22, p < .05$) zeigen einen sehr geringen negativen Zusammenhang mit der Gesundheitswahrnehmung. Das Empfinden dieser Belastungsdimensionen (physikalische, ergonomische, organisatorische und arbeitsbedingte) hat demnach eine geringere negative Wirkung auf die Gesundheitswahrnehmung als die Empfindung von hohen sozialen Arbeitsbelastungen.

7.4 Gesundheitsdeterminanten

Die Frage „Welche der folgenden Bereiche nehmen einen Einfluss auf Ihr gesundheitliches Befinden?“ erfasst, welche Lebensbereiche der Kindergartenpädagoginnen einen Einfluss auf ihre Gesundheit haben. Die Antwortmöglichkeiten sind zwischen „-4“ bis „+4“ zu wählen. Dabei zeigen Bewertungen mit „-4“, „-3“, „-2“ und „-1“, dass diese Gesundheitsdeterminante einen negativen Einfluss auf die Kindergartenpädagogin ausübt. Die Bewertung der Determinante mit „0“ bedeutet, dass diese Determinante keinen Einfluss auf ihre Gesundheit besitzt und die Bewertungen „+1“, „+2“, „+3“ und „+4“ lassen auf eine positive gesundheitsbeeinflussende Wirkung schließen.

Die Auswahl an Lebensbereichen, die einen gesundheitsbeeinflussenden Charakter haben können, berücksichtigt die bio-psycho-soziale Gesundheitsdefinition und lässt sich zu vier Hauptkategorien zusammenfassen:

Arbeit:

- Arbeitsbelastung
- Arbeitszufriedenheit

Soziales Umfeld:

- Familie
- Freunde und Bekannte

Biologische Faktoren:

- Angeborene Erkrankungen (wie z.B.: Blutzucker Typ 1, Herzfehler, etc.)

Lebensstil:

- Ernährungsstil
- Bewegungsverhalten
- Risikofaktoren (Tabak-, und/- oder häufiger Alkoholkonsum etc.)]

Aus den Antwortmöglichkeiten der 189 Wiener Pädagoginnen wird das Item „Familie“ als der am stärksten positiv auf die Gesundheit wirkende Faktor identifiziert. Für 77,6% der Befragten hat die Familie einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit, davon sogar für 61,2% einen starken oder sehr starken positiven Einfluss. Für 13,7% hat sie hingegen gar keinen und für 8,8% einen negativen Einfluss.

Als zweitwichtigster auf die Gesundheit positiv wirkender Faktor folgt das Item „Freunde und Bekannte“. 76,8% geben eine positiv beeinflussende Wirkung auf die Gesundheit an, 18,8% empfinden keine. 4,5% bewerten den Einfluss auf ihre Gesundheit durch Freunde und Bekannte als negativ.

58,2% der Pädagoginnen schreiben ihrer Arbeitszufriedenheit eine positive Wirkung auf ihre Gesundheit zu. 5,5% nehmen keinen Einfluss durch ihre Arbeitszufriedenheit wahr. 36,24% vertreten die Meinung, dass ihre fehlende Zufriedenheit mit der Arbeitssituation negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit hat.

Etwas mehr als die Hälfte, 55,3%, postulieren positive Auswirkungen ihres Bewegungsverhaltens auf ihre Gesundheit. Im Gegensatz dazu beurteilen 34,8% der Pädagoginnen ihr Bewegungsverhalten als negativen Einflussfaktor auf ihre Ge-

sundheit. Für 9,9% der Befragten hat ihr Bewegungsverhalten keinen Bezug zu ihrer Gesundheit.

Dem Item „Ernährung“ schreiben 45,4% der Befragten einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit zu. Für fast 10% weniger, nämlich 35,9%, ist das Gegenteil der Fall. 18,8% sind der Meinung, dass ihr Ernährungsstil keinen Einfluss auf ihre Gesundheit nimmt.

Für 87,4% der Pädagoginnen haben die Arbeitsbelastungen einen negativen Effekt auf ihre Gesundheit. 4,95% bemerken keinen Einfluss, 7,7% einen positiven.

Angeborene Erkrankungen wie Diabetes Typ 1, ein angeborener Herzfehler etc. wirken sich bei 28,2% der teilnehmenden Pädagoginnen negativ, bei 5,5% sogar positiv auf ihre Gesundheit aus. 66,3% sind davon gar nicht betroffen.

Ein von bestimmten Risikofaktoren geprägter Lebensstil, wie z.B.: durch Rauchen oder häufigen Alkohol- bzw. Drogenkonsum, übt für 24,9% der Pädagoginnen eine negative Wirkung auf ihre Gesundheit aus. 7,7% beschreiben eine positive Auswirkung. Die Mehrheit, 67,4%, geben keinen Einfluss durch einen durch Risikofaktoren geprägten Lebensstil an.

In den folgenden Grafiken (Abbildung 34 bis 36) ist zusammengefasst, welche Gesundheitsdeterminanten einen positiven, welche einen negativen und welche gar keinen Einfluss auf die Gesundheit der Pädagoginnen ausüben.

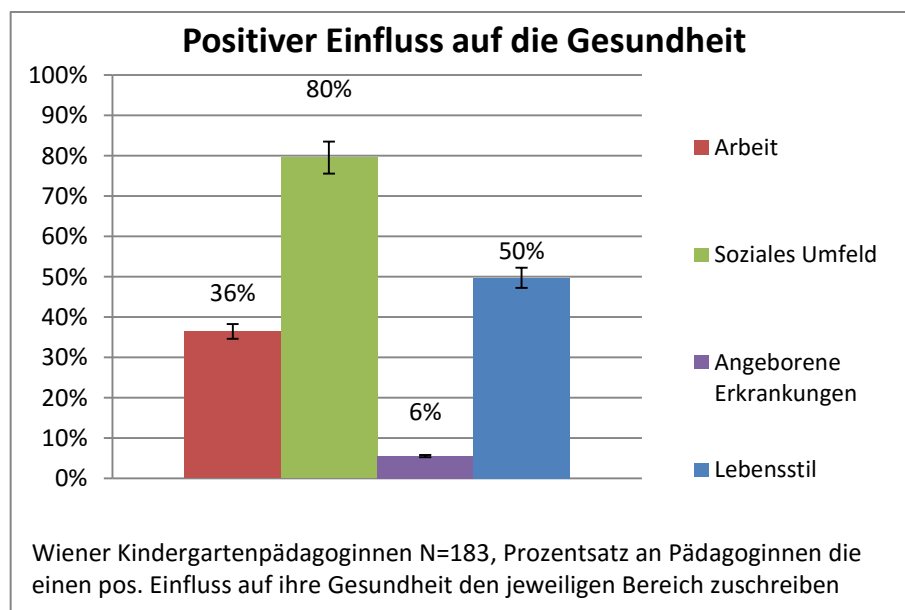


Abbildung 35: Pädagoginnen, die den jeweiligen Gesundheitsdeterminanten einen positiven Einfluss auf ihre Gesundheit zuschreiben

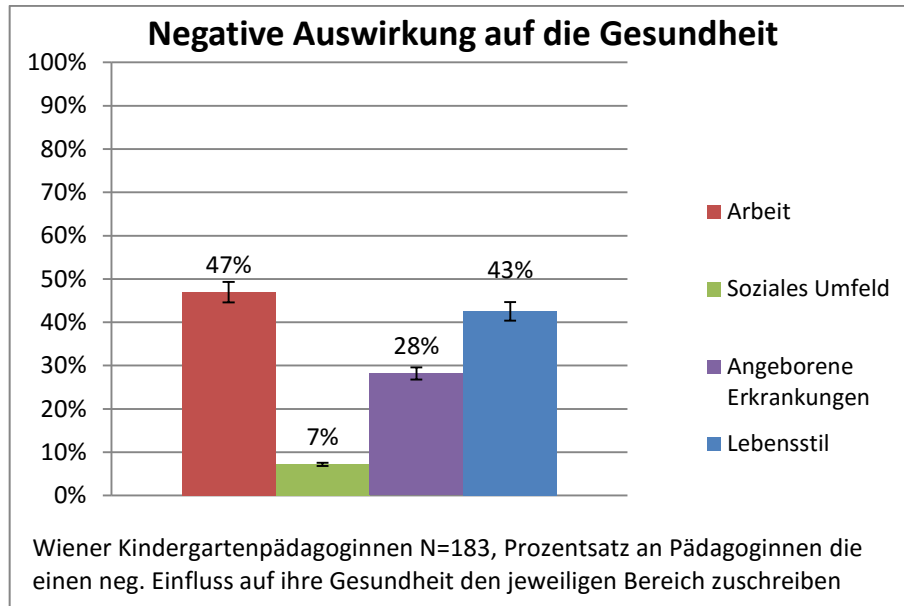


Abbildung 36: Pädagoginnen, die den jeweiligen Gesundheitsdeterminanten einen negativen Einfluss auf ihre Gesundheit zuschreiben

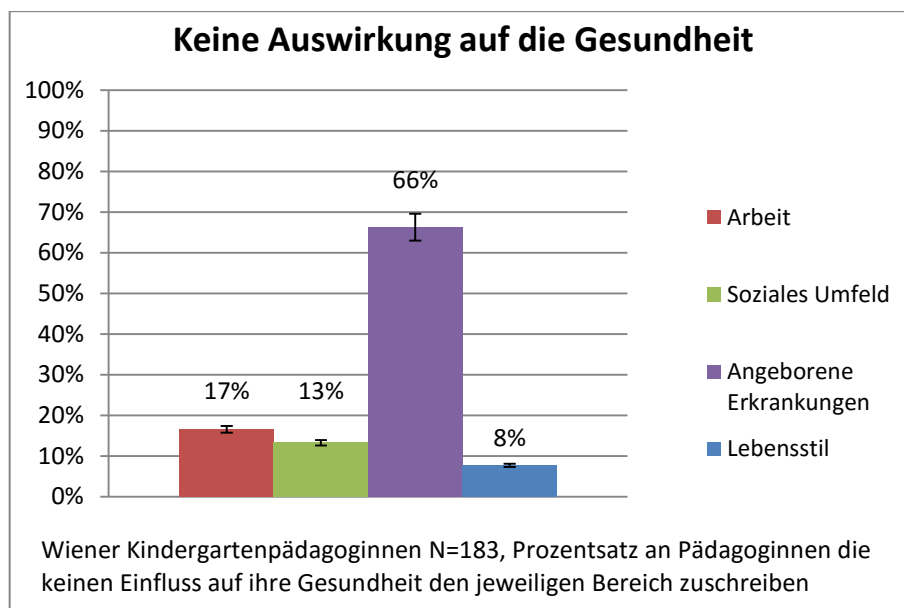


Abbildung 37.: Pädagoginnen, die den jeweiligen Gesundheitsdeterminanten keinen Einfluss auf ihre Gesundheit zuschreiben

Zusammenfassend stellt das soziale Umfeld (Familie, Freunde und Bekannte) den wichtigsten positiv auf die Gesundheit wirkenden Faktor dar ($M = 2,26$). Neben dem sozialen Umfeld hat der Lebensstil (Ernährungsstil, Bewegungsverhalten und Risikofaktoren) eine positive Wirkung ($M = 0,2$). Der Lebensbereich Arbeit (Arbeitsbelastungen und Arbeitszufriedenheit) und angeborene Erkrankungen werden als negativ für die Gesundheit bewertet (Arbeit: $M = - 0,55$; angeborene Erkrankungen: $M = - 0,56$). Die Arbeitsbelastungen, die die Gesundheit - laut

Angaben der Pädagoginnen - am häufigsten negativ beeinflussen ($M = -1,86$), werden von der positiv auf die Gesundheit wirkenden Arbeitszufriedenheit ($M = 0,75$) minimiert. Diese Ergebnisse decken sich mit der Literaturrecherche aus dem Kapitel 4.1.6.

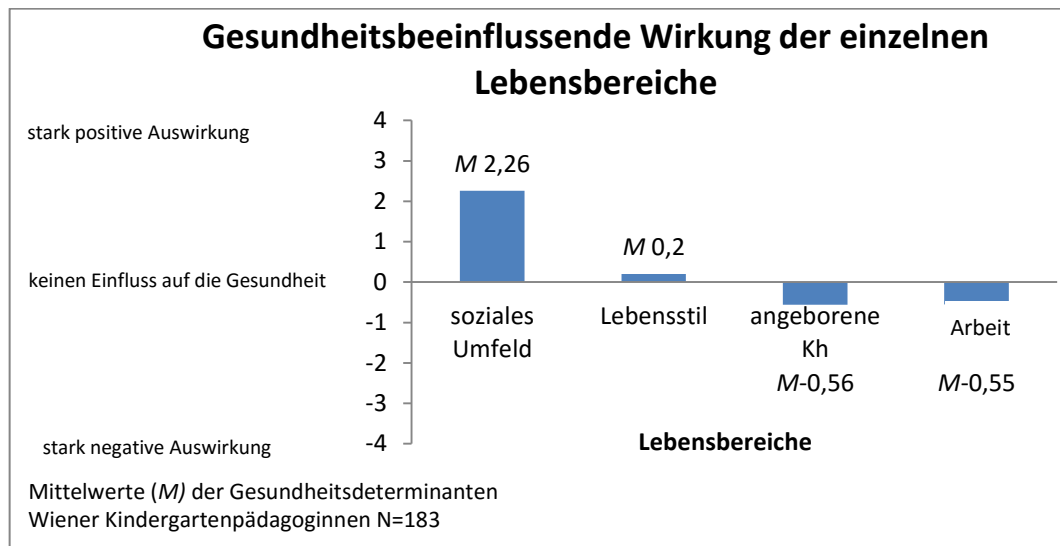


Abbildung 38: Gesundheitsbeeinflussende Wirkung der einzelnen Lebensbereiche

7.5 Korrelation der Gesundheitsdeterminanten und der Gesundheitseinschätzung

Im vorigen Kapitel sind die einzelnen Gesundheitsdeterminanten (Arbeit, soziales Umfeld, Angeborene Erkrankungen und Lebensstil) nach dem Einfluss, den die Pädagoginnen ihnen auf ihre Gesundheit zuschreiben, zusammengefasst. In diesem Kapitel wird näher beschrieben, welche Auswirkungen die subjektive Bewertung der einzelnen Gesundheitsdeterminanten (Arbeit, Soziales Umfeld, Angeborene Erkrankungen, Lebensstil) auf die Einschätzung des Gesundheitszustandes haben.

Die Gesundheitsdeterminante „Arbeit“ ergibt sich aus der Zusammenfassung der Bereiche „Arbeitsbelastung“ und „Arbeitszufriedenheit“. 87,4% der Pädagoginnen schreiben der Arbeitsbelastung eine negative Wirkung auf ihre Gesundheit zu. Gegensätzlich dazu bewerten 58,2% der Befragten ihre Arbeitszufriedenheit als positiv auf ihre Gesundheit wirkend. Aus der Prüfung, ob eine Korrelation zwischen der Gesundheitseinschätzung und der Gesundheitsdeterminante „Arbeit“ besteht, resultiert das Ergebnis eines geringen Zusammenhanges mit dem Wert $R(N=183) = .4$, $p < .05$. Die Gesundheitsdeterminante „Arbeit“ stellt jene Gesundheitsdeterminante dar, welche die höchste Korrelation zu der Gesundheitsein-

schätzung aufweist. Dies bedeutet, dass der zugeschriebene Einfluss der Arbeit auf die Gesundheit sich in der Bewertung des Gesundheitszustandes widerspiegelt. Kindergartenpädagoginnen, die ihre Arbeit als schädlichen Faktor für ihre Gesundheit beurteilen, schätzen ihren Gesundheitszustand auch schlechter ein.

Überdies wird untersucht, ob und wie die Bereiche „Arbeitsbelastung“ und „Arbeitszufriedenheit“ mit der Gesundheitsdeterminante „Arbeit“ zusammenhängen. Ein mittlerer Zusammenhang ($R(N=183) = .42, p < .05$) besteht zwischen den einzelnen Gesundheitsdeterminanten der Arbeit. Die folgende Grafik zeigt: Je eher der Arbeitszufriedenheit eine positiv gesundheitsbeeinflussende Wirkung zugeschrieben wird, umso geringer wird die negative Wirkung auf die Gesundheit durch die Arbeitsbelastung eingeschätzt. Aus der angeführten Grafik ist abzulesen: Je höher der Wert = Rang auf der x-Achse ist, umso geringer wird die negative Beeinflussung der Arbeitsbelastung auf die Gesundheit eingeschätzt bzw. der Arbeitsbelastung kein Einfluss zugeschrieben. Je höher der Wert = Rang auf der y-Achse ist, umso positiver wird die Auswirkung der Arbeitszufriedenheit auf die Gesundheit bewertet.

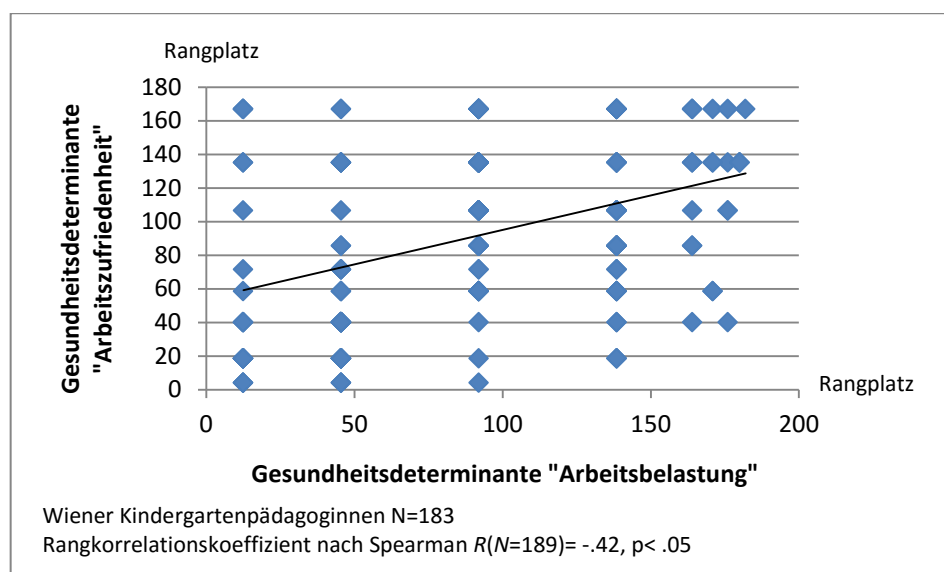


Abbildung 39: Korrelation Gesundheitsdeterminante „Arbeitsbelastung“ und Gesundheitsdeterminante „Arbeitszufriedenheit“

Die stärkste positive Beeinflussung auf ihre Gesundheit schreiben die Pädagoginnen ihrer Familie zu. Dieser am stärksten positiv auf die Gesundheit wirkende Faktor, zeigt mit dem Wert $R(N=181) = .3, p < .05$ einen geringen Zusammenhang mit der Gesundheitseinschätzung auf. Ebenso wichtig für ihre Gesundheit schätzen die Teilnehmerinnen Freunde und Bekannte ein. Hier wird ein sehr geringer Zu-

sammenhang mit der Gesundheitseinschätzung, $R(N=181) = .17$, $p < .05$, analysiert.

Zwischen der Gesundheitsdeterminante „Soziales Umfeld“ und der Gesundheitseinschätzung ist mit dem Wert $R(N=181) = .26$, $p < .05$ die geringste Korrelation zwischen einer Gesundheitsdeterminante und der Gesundheitseinschätzung zu definieren. Daran lässt sich erkennen, dass je positiver der Einfluss des sozialen Umfeldes bewertet wird umso positiver wirkt dies auf die Gesundheitswahrnehmung. Jedoch zeigt sich auch, dass der Faktor „soziales Umfeld“ nicht am prägendsten für die Gesundheitseinschätzung ist.

Aus den Bereichen „Bewegungsverhalten“, „Ernährung“ und „Risikofaktoren“ setzt sich die Hauptkategorie „Lebensstil“ zusammen. Diese Hauptkategorie stellt, neben der Hauptkategorie „Soziales Umfeld“, einen Bereich dar, denen die Pädagoginnen eine positive Wirkung auf ihre Gesundheit zuordnen. Eine geringe Korrelation besteht zwischen der Determinante „Lebensstil“ und der Gesundheitseinschätzung mit dem Wert $R(N=181) = .3$, $p < .05$.

Wird die Hauptkategorie „Lebensstil“ in ihren einzelnen Komponenten betrachtet, erweisen sich die Bereiche „Ernährungsstil“ und „Bewegungsverhalten“ mit einem Wert von $R(N=181) = .3$, $p < .05$, als einen auf die Gesundheit der Pädagoginnen positiv wirkenden Faktoren der Hauptkategorie „Lebensstil“.

Die Gesundheitsdeterminanten „Angeborene Erkrankungen“ und „ein durch bestimmte Risikofaktoren geprägter Lebensstil“ (rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum etc.), lassen einen sehr geringen Zusammenhang mit der Gesundheitseinschätzung erkennen („Angeborene Erkrankungen“ $R(N=181) = .01$, $p < .05$; „Risikofaktoren“ $R(N=181) = .14$, $p < .05$).

Ein positiver Lebensstil, vor allem in Bezug auf Ernährungs- und Bewegungsverhalten und der fehlenden Belastung durch Rauchen, Alkoholkonsum etc., hat demzufolge einen günstigen Einfluss auf die Gesundheitswahrnehmung.

7.6 Korrelation Gesundheitsdeterminanten und Arbeitsbelastung

In dem folgenden Kapitel wird analysiert, ob die von den Kindergartenpädagoginnen bewerteten Gesundheitsdeterminanten (Arbeit, soziales Umfeld, angeborene Erkrankungen, Lebensstil) die Wahrnehmung der Arbeitsbelastung beeinflussen.

Zwecks Begriffsklärung muss in diesem Abschnitt auf die zweideutige Verwendung des Wortes Arbeitsbelastung hingewiesen werden. Die Arbeitsbelastung, die mit den einzelnen Gesundheitsdeterminanten anführend verglichen wird, betrifft die Belastung, die im ersten Abschnitt des Fragebogens erhoben worden ist und sich aus physikalischer, ergonomischer, arbeitsbedingter, organisatorischer und sozialer Arbeitsbelastung zusammensetzt. Dem gegenüber wird die Gesundheitsdeterminante „Arbeit“ gestellt. Dieser Begriff setzt sich aus den Gesundheitsdeterminanten „Arbeitsbelastung“ und „Arbeitszufriedenheit“ zusammen. Der erste Begriff meint die Arbeitsbelastung, die im ersten Abschnitt des Fragebogens erhoben wird (Summe der physikalischen, ergonomischen, arbeitsbedingten, organisatorischen und sozialen Arbeitsbelastung). Der zweite Begriff bezieht sich auf die Gesundheitsdeterminante „Arbeitszufriedenheit“, welche für die Bewertung steht, die die Kindergartenpädagoginnen dieser auf ihre Gesundheit zuschreiben (und die im dritten Abschnitt des Fragebogens erhoben wird).

Um zu überprüfen, ob die Bewertung der Gesundheitsdeterminante „Arbeit“ (=Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit) als positiv bzw. negativ auf die Gesundheit wirkend mit einer anhand der Belastungsitems erhobenen niedrigen bzw. hohen Arbeitsbelastung zusammenhängt, wird für die beiden Bereiche ein Korrelationskoeffizient berechnet. Bei der Gesundheitsdeterminante „Arbeit“ wird mit einem Wert von $R(N=182) = -.5, p < .05$ ein mittlerer negativer Zusammenhang mit der Arbeitsbelastung ermittelt. Wie die folgende Abbildung zeigt, bedeutet dies, dass je positiver die Beeinflussung von der Gesundheitsdeterminante „Arbeit“ auf die Gesundheit eingeschätzt wird, umso niedriger wird die Arbeitsbelastung wahrgenommen.

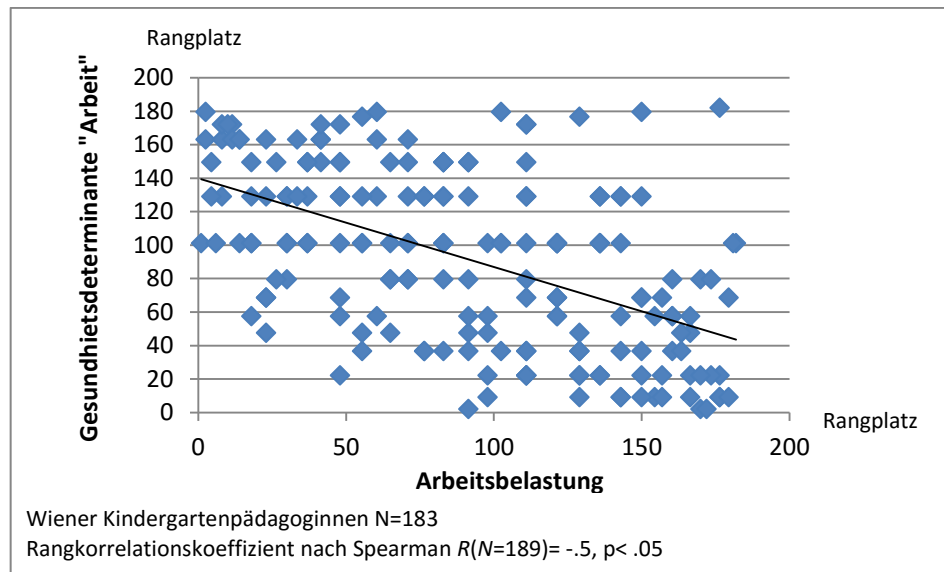


Abbildung 40: Korrelation Arbeitsbelastung und Gesundheitsdeterminante „Arbeit“

Die Kindergartenpädagoginnen, die eine hohe Arbeitsbelastung wahrnehmen, bewerten diese auch negativ in Bezug auf ihre Gesundheit. Dies wird durch die Korrelationsberechnung mit der Arbeitsbelastung (die sich aus physikalischer, ergonomischer, arbeitsbedingter, organisatorischer und sozialer Arbeitsbelastung zusammensetzt) mit der Gesundheitsdeterminante „Arbeitsbelastung“ (die die Bewertung der Arbeitsbelastung auf die Gesundheit der Pädagoginnen darstellt) mit einem Wert von $R(N=182) = -.51, p < .05$ bedingt.

In der angeführten Grafik ist erkennbar: Je höher die Arbeitszufriedenheit der Kindergartenpädagoginnen ist, umso weniger werden die Arbeitsbedingungen als belastend wahrgenommen. Dieser gering negative Zusammenhang wird mit einem Wert von $R(N=182) = -.39, p < .05$ festgestellt.

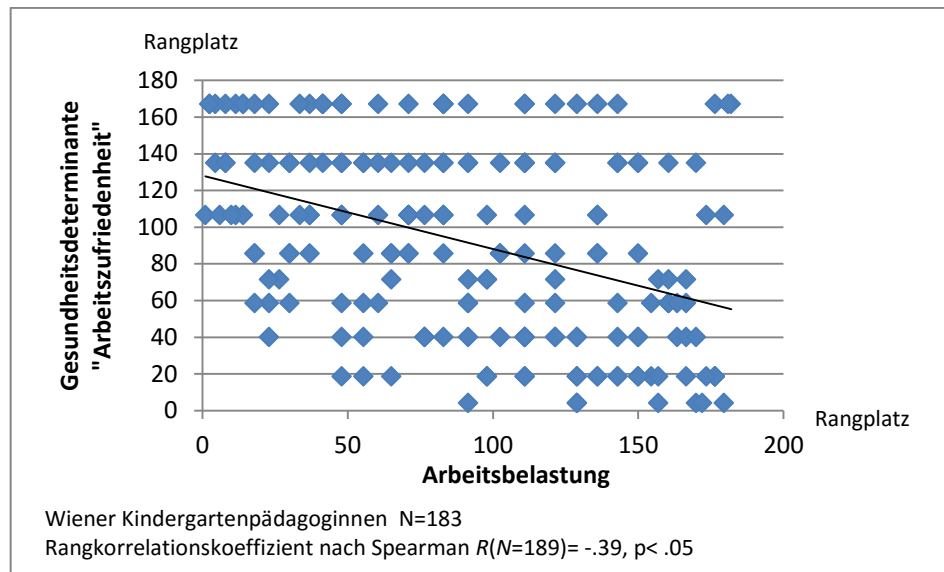


Abbildung 41: Korrelation Arbeitsbelastung und Gesundheitsdeterminante „Arbeitszufriedenheit“

Die stärkste Suggestion auf die Wahrnehmung der Arbeitsbelastung stellt somit die Gesundheitsdeterminante „Arbeit“ (=Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit) dar. Die restlichen Gesundheitsdeterminanten (Soziales Umfeld, Angeborene Erkrankungen, Lebensstil) weisen auf eine sehr geringe Korrelation mit der empfundenen Arbeitsbelastung hin („Soziales Umfeld“ $R(N=182) = -.12, p < .05$; „Angeborene Erkrankungen“ $R(N=182) = -.01, p < .05$; „Lebensstil“ $R(N=182) = -.18, p < .05$).

Eine Einschätzung des Gesundheitszustandes als gut ist demgemäß bei jenen Kindergartenpädagoginnen feststellbar, die ihrer Arbeit sowie ihrem Lebensstil und ihrem sozialen Umfeld eine positive Wirkung auf ihre Gesundheit zuschreiben.

7.7 Einfluss von soziodemografischen Faktoren und beruflichen Rahmenbedingungen auf die Arbeitsbelastung

Um soziodemografische Faktoren und Arbeitsrahmenbedingungen als mögliche Einflussfaktoren auf die Arbeitsbelastung von Kindergartenpädagoginnen in Betracht zu ziehen, wird mithilfe des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman ein möglicher Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und den Faktoren Alter, Berufsjahre, Kinderanzahl pro Gruppe, Gruppenform, Arbeitsstunden, AssistentInnen-Stunden und Bezirk untersucht. Alle soziodemografischen Faktoren weisen nach den Untersuchungen auf einen sehr geringen Zusammenhang mit der Arbeitsbelastung hin (Werte von $R(N=164) = .04$ bis $R(N=164) = .28$). Daraus lässt sich schließen, dass bestimmte Arbeitsrahmenbedingungen, wie eine hohe

Kinderanzahl pro Gruppe, bestimmte Gruppenformen, hohe Anzahl an Arbeitsstunden und eine geringe AssistentInnen-Unterstützung, sowie manche soziodemografische Faktoren, wie der Bezirk der Berufsausübung, die Berufsjahre bzw. das Alter der Kindergartenpädagogin, die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen als Belastung begünstigen.

7.8 Einfluss von soziodemografischen Faktoren und beruflichen Rahmenbedingungen auf die Gesundheitseinschätzung

Die möglichen Einflüsse von soziodemografischen Faktoren und beruflichen Rahmenbedingungen auf die Gesundheitseinschätzung der Kindergartenpädagoginnen zeigen durch die Berechnung des Korrelationskoeffizienten nach Spearman jeweils einen sehr geringen Zusammenhang (höchster Wert von $R(N=164) = -.2$ beim Faktor „Berufsjahre“ in Zusammenhang mit der Gesundheitseinschätzung).

8 DISKUSSION

Die Untersuchungen der Belastungen am Arbeitsplatz von Kindergartenpädagoginnen decken sich mit den Erhebungen aus den im Kapitel 4.1.4. angeführten Studien. Über 60% der befragten Kindergartenpädagoginnen fühlen sich in ihrer beruflichen Ausübung belastet. Für über 80% treffen arbeitsbedingte Arbeitsbelastungen, für über 70% ergonomische Arbeitsbelastungen, für 60% organisatorische Arbeitsbelastungen, für 59% soziale Arbeitsbelastungen und für 57% physikalische Arbeitsbelastungen völlig oder eher zu. Rahmenbedingungen, die am stärksten für die Arbeitsbelastung ausschlaggebend sind, sind nur bei den arbeitsbedingten Arbeitsbelastungen und der als zu hoch empfundenen Anzahl an Kindern festzustellen.

Aus der Erhebung der Gesundheitseinschätzung auf einer Skala zwischen „1 - sehr schlecht“ bis „10 - sehr gut“, resultiert ein Mittelwert von $M = 6,32$. Somit schätzen die Wiener Kindergartenpädagoginnen, die an der Befragung teilgenommen haben, ihre Gesundheit mittelmäßig ein und liegen dabei unter dem Durchschnitt der Kindergartenpädagoginnen, die in einem anderen österreichischen Bundesland beruflich tätig sind ($M = 7,27$).

Ein Grund für diese mittelmäßige Gesundheitseinschätzung der Wiener Pädagoginnen sind die vorherrschenden Arbeitsbelastungen in ihrem Arbeitsalltag. Zwischen dem Empfinden der Arbeitsbedingungen als Belastung und der Gesundheitseinschätzung der Pädagoginnen wird ein geringer Zusammenhang ermittelt. Die Forschungshypothese zur Überprüfung, ob ein Zusammenhang zwischen den als Belastung wahrgenommenen Arbeitsrahmenbedingungen von Kindergartenpädagoginnen öffentlicher Wiener Kindergärten und ihrer Gesundheitseinschätzung besteht, wird demgemäß verifiziert.

Das Ausmaß der Gesundheitsbeeinflussung durch die Arbeitsbelastung, trotz der hohen Bewertung der Arbeitsbelastungen am Arbeitsplatz, ist mit einem Wert von $R(N=189) = -.38$ gering. Im Gegensatz dazu besteht allerdings ein mittel-hoher Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und der Gesundheitsdeterminante „Arbeit“ (=Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit). Jene Kindergartenpädagoginnen, die sich an ihrem Arbeitsplatz stark belastet fühlen, schreiben dieser Belastung auch eine gesundheitsschädliche Beeinflussung zu.

Der geringe Zusammenhang und somit die geringe Auswirkung der Arbeitsbelastung auf die subjektive Gesundheitseinschätzung ist anhand der erhobenen Ge-

sundheitsdeterminanten zu erklären. Die Angaben der Kindergartenpädagoginnen, welche Bereiche einen Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen, weisen auf ein bio-psycho-soziales Gesundheitskonzept hin. Über 75% definieren ihr soziales Umfeld (Familie, Freunde und Bekannte) als wichtigsten auf ihre Gesundheit positiv wirkenden Faktor. Für annähernd 60% wirkt ihre Arbeitszufriedenheit positiv auf ihre Gesundheit. Etwa die Hälfte der Befragten gibt ihr Bewegungsverhalten und/oder ihren Ernährungsstil als positiven Einfluss auf ihre Gesundheit an. Somit erweisen sich diese Faktoren als wichtige Lebensbereiche für die Gesunderhaltung der Kindergartenpädagoginnen. Überdies beweist die Erhebung der Gesundheitsdeterminanten, dass nicht aus den Arbeitsrahmenbedingungen alleine die Belastung resultiert, sondern eben die Bewertung dieser als Belastung sie als solche definieren.

Dass weitere Faktoren für die Gesundheitswahrnehmung der Pädagoginnen eine Rolle spielen, ist anhand der Korrelationsberechnungen zwischen der Gesundheitseinschätzung und den Gesundheitsdeterminanten zu erschließen, da diese Ergebnisse- „nur“ geringe Korrelationen (Gesundheitseinschätzung und Gesundheitsdeterminanten „Arbeit“ $R(N=183) = .4, p < .05$; „Arbeitsbelastung“ $R(N=183) = .33, p < .05$; „Arbeitszufriedenheit“ $R(N=183) = .35, p < .05$; „Familie“ sowie „Lebensstil“ $R(N=181) = .3, p < .05$) bzw. sehr geringe Korrelationen (Gesundheitseinschätzung und Gesundheitsdeterminanten „Soziales Umfeld“ $R(N=181) = .26, p < .05$ „Freunde und Bekannte“ $R(N=181) = .17, p < .05$ „angeborene Krankheiten“ $R(N=181) = .1, p < .05$) aufweisen.

Während das soziale Umfeld, die Arbeitszufriedenheit und das Bewegungs- und Ernährungsverhalten positiv beeinflussend bewertet werden, empfinden 87% die am Arbeitsplatz herrschenden Belastungen als negativ auf ihre Gesundheit wirkend. 28% schreiben ihren angeborenen Erkrankungen und 25% ihrem von Risikofaktoren geprägten Lebensstil einen negativen Einfluss zu.

Die Gesundheitseinschätzung der Kindergartenpädagoginnen wird trotz der stark negativen Beurteilung der Arbeitsbelastung, nicht stärker negativ beeinflusst. Dies erklärt sich durch das Phänomen, welches im Kapitel 4.2.3 beschrieben ist und Antonovsky als „generalisierte Widerstandressourcen“ bzw. Coping-Strategien bezeichnet.

Als größte Widerstandsressource gegenüber den Arbeitsbelastungen wird die Arbeitszufriedenheit identifiziert. Dies resultiert auch aus den Korrelationsberechnungen zwischen der Arbeitsbelastung und den einzelnen Gesundheitsdetermi-

nanten, bei der die Gesundheitsdeterminante „Arbeitszufriedenheit“ eine geringe Korrelation von $R(N=183) = .39$, $p < .05$ aufweist. Kindergartenpädagoginnen, die mit ihrer beruflichen Tätigkeit zufrieden sind, nehmen ihre beruflichen Rahmenbedingungen als keine Belastung wahr oder zumindest als geringere Belastung als jene Kolleginnen, die eine niedrigere Arbeitszufriedenheit aufweisen. Dies zeigt sich ebenso in der Korrelationsberechnung zwischen den Gesundheitsdeterminanten „Arbeitsbelastung“ und „Arbeitszufriedenheit“. So besteht eine geringe Korrelation mit einem Wert von $R(N=183) = .42$, $p < .05$, woraus resultiert, dass je höher Kindergartenpädagoginnen ihre Arbeitszufriedenheit als positiv beeinflussenden Faktor bewerten, umso geringer wird die negative Beeinflussung der Arbeitsbelastung auf die Gesundheit eingeschätzt.

Die mehrheitliche Bewertung der am Arbeitsplatz vorherrschenden Arbeitsbedingungen als Belastung, ist nur teilweise durch soziodemografische Faktoren und gewisse berufliche Rahmenbedingungen (Kinderanzahl pro Gruppe, Gruppenform, Unterstützung durch AssistentInnen etc.) bedingt.

Ein weiterer Aspekt ist die Diskrepanz im Berufsalltag zwischen der in die Arbeit investierten Leistung der Kindergartenpädagoginnen und der dafür wahrgenommenen Anerkennung sowie der finanziellen Entlohnung. Die Items der Arbeitsbelastungen, die am häufigsten mit „trifft völlig zu“ bzw. „trifft eher zu“ beantwortet werden, deuten auf eine hohe Diskrepanz zwischen ihrem Arbeitseinsatz und der nicht entsprechend würdigenden Entlohnung. So geben über 90% der Kindergartenpädagoginnen an, dass die Anforderungen im Berufsalltag zunehmen und der Aufgabenbereich wächst, jedoch trotzdem die berufliche Tätigkeit gering wertgeschätzt wird. Dies beinhaltet einerseits die geringe gesellschaftliche Wertschätzung der beruflichen Tätigkeit - dies geben annähernd 90% der Befragten an - und andererseits die geringe finanzielle Entlohnung, welche 80% der Pädagoginnen anführen. Außerdem stellt der Kontrast zwischen dem Wunsch, die Arbeit besonders gut zu machen und den dafür jedoch fehlenden Voraussetzungen durch die herrschenden Arbeitsrahmenbedingungen, eine weitere große Belastung dar. Über 85% der Pädagoginnen fühlen sich durch die nicht ausreichende vorhandene Zeit für individuelle Förderung einzelner Kinder und die hohe Anzahl an zu betreuenden Kindern belastet.

Das häufige Empfindung von Belastung durch die herrschenden Arbeitsbedingungen lässt auf einen Handlungsbedarf bezüglich der Gesunderhaltung von Kindergartenpädagoginnen erschließen. Auch wenn aus den Berechnungen kein eindeu-

tiger Zusammenhang zwischen den Arbeitsbelastungen und der Gesundheitseinschätzung resultiert, stellt alleine schon die Bewertung des eigenen Arbeitsplatzes als Belastung keine gute Voraussetzung für eine langfristige, motivierte und gesunde Ausübung des Berufes dar.

9 ZUSAMMENFASSUNG

Das Forschungsziel dieser Arbeit war es, den Einfluss der beruflichen Arbeitsbelastungen von Wiener Kindergartenpädagoginnen auf deren subjektive Gesundheitseinschätzung zu untersuchen. Die Probandengruppe setzte sich aus Kindergartenpädagoginnen, die in Wien in einem öffentlichen Kindergarten tätig sind, zusammen. Mithilfe eines online auszufüllenden Fragebogens wurden die am Arbeitsplatz vorherrschenden Arbeitsbelastungen und anschließend daran die subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben. Darüber hinaus wurde der Einfluss der Gesundheitsdeterminanten „Arbeit“, „Soziales Umfeld“, „Angeborene Krankheiten“ sowie „Lebensstil“ auf die Gesundheit der Kindergartenpädagoginnen analysiert. Abschließend wurden soziodemografische Faktoren und Arbeitsrahmenbedingungen erfasst. Abbildung 42 stellt die unterschiedlichen Einflussfaktoren mit dem jeweiligen Effekt auf die Gesundheitseinschätzung und die Arbeitsbelastung grafisch dar. Die Stärke des Pfeiles spiegelt die Größe des Einflusses auf den jeweiligen Faktor wider. Positive Einflüsse eines Faktors werden mit einem grünen Pfeil, negative Einflüsse mithilfe eines roten Pfeiles veranschaulicht.

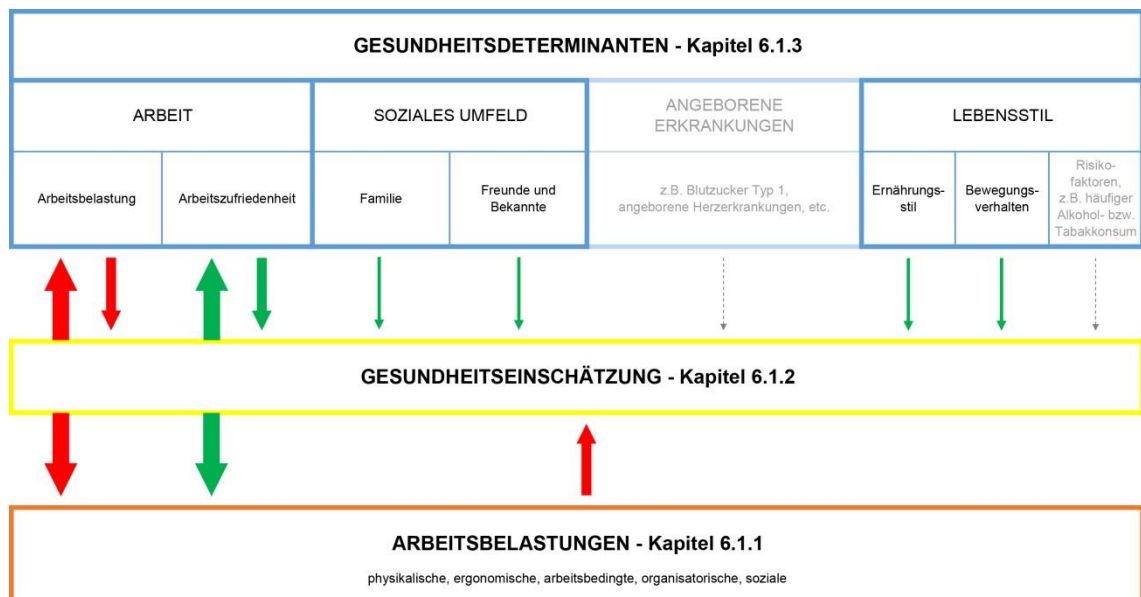


Abbildung 42: Grafische Ergebnisdarstellung der Forschungsfrage

Die stärkste Korrelation besteht zwischen der Gesundheitsdeterminante „Arbeit“ und der Arbeitsbelastung. Jene Kindergartenpädagoginnen, die eine hohe Arbeitsbelastung wahrnehmen, schreiben dieser auch eine negative gesundheitsbeeinflussende Wirkung zu. Im Gegensatz dazu stellt eine hohe Arbeitszufriedenheit eine protektive Wirkung gegenüber Arbeitsbelastungen dar. So empfinden jene

Kindergartenpädagoginnen, die mit ihrer Arbeit zufrieden sind, ihre Arbeitsbedingungen seltener als belastend. Überdies zeigen die Erhebungen der Arbeitsbelastungen, dass sich der Großteil der Pädagoginnen an ihrem Arbeitsplatz hohen Belastungen ausgesetzt fühlt. Es zeigt sich, dass die arbeitsbedingten und ergonomischen Arbeitsbereiche von Pädagoginnen am ehesten als belastend wahrgenommen werden. Vor allem die im Arbeitsalltag zunehmenden Arbeitsanforderungen, die vielen Aufgaben, welche oftmals gleichzeitig zu erledigen sind, die hohe Anzahl an zu betreuenden Kindern und die im Zusammenhang damit ungenügende Zeit für die individuelle Förderung einzelner Kinder, die geringe gesellschaftliche Wertschätzung der Arbeit sowie die geringe finanzielle Entlohnung und nicht zuletzt die belastende körperliche Tätigkeit im Arbeitsalltag.

Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit liegt mit dem Mittelwert $x = 6,32$ (von 1 = „sehr schlechter Gesundheitszustand“ bis zu 10 = „sehr guter Gesundheitszustand“) im mittleren Bereich. Die Korrelationsberechnung zeigt einen Zusammenhang zwischen Gesundheitseinschätzung und Arbeitsbelastung ($R(N=189) = -.38$, $p < .05$). Die stärkste Korrelation mit der Gesundheitseinschätzung wurde bei den sozialen Arbeitsbelastungen gemessen.

Diese Ergebnisse verifizieren die Forschungshypothese, dass ein Zusammenhang zwischen den als Belastung wahrgenommenen Arbeitsrahmenbedingungen von Kindergartenpädagoginnen öffentlicher Wiener Kindergärten und ihrer Gesundheitseinschätzung besteht.

Des Weiteren werden für die Gesunderhaltung der Kindergartenpädagoginnen die Bereiche „Soziales Umfeld“, „Arbeitszufriedenheit“ und „Lebensstil“ identifiziert. Wie in Abbildung 42 ersichtlich, erweist sich eine hohe Arbeitszufriedenheit nicht nur als größte Widerstandsressource gegenüber Arbeitsbelastungen, sondern beeinflusst auch positiv die Gesundheitseinschätzung der Kindergartenpädagoginnen.

Auch wenn die Gesundheitseinschätzung der Kindergartenpädagoginnen „nur“ gering unter den Arbeitsbelastungen leidet, gibt es hier Bedarf an Intervention. Die Ottawa-Charta besagt, dass Arbeit *„eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit“* sein soll. Aus diesem Grunde sollte jegliche Beeinflussung von der Gesundheitswahrnehmung durch die Arbeitsbelastung beachtet werden, um gegebenenfalls einem möglichen Anstieg der Gesundheitsgefährdung entgegenwirken zu können. Die hohe Einschätzung von Arbeitsbedingungen als Belastung beinhaltet eine potenzielle Gefahr für die Gesundheit.

Sowohl Maßnahmen, die die Empfindung der Arbeitsbedingungen als Arbeitsbelastungen minimieren, als auch Maßnahmen, die die Resilienz der Kindergartenpädagoginnen gegenüber empfundenen Belastungen stärken und somit der Gesunderhaltung am Arbeitsplatz dienlich sind, sind notwendig, um Kindergartenpädagoginnen motiviert und gesund am Arbeitsplatz zu erhalten.

10 AUSBLICK AUF WEITERE FORSCHUNG

Der Großteil der Kindergartenpädagoginnen definierte ihre Arbeitsbelastungen als sehr hoch. Dabei fielen die arbeitsbedingten und ergonomischen Arbeitsbelastungen am stärksten ins Gewicht. Die höchste Auswirkung auf die Gesundheitseinschätzung wurde jedoch bei den sozialen Arbeitsbelastungen identifiziert. Daraus resultiert eine Diskrepanz zwischen dem hohen Empfinden arbeitsbedingter und ergonomischer Arbeitsbelastungen und der gleichzeitig geringen Auswirkung dieser auf die Gesundheit bzw. das niedrige Empfinden sozialer Belastungen bei gleichzeitig hoher Korrelation mit der Gesundheitseinschätzung. Welche Maßnahmen zur Belastungsminimierung eingesetzt werden sollten, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht herausgefunden werden. Einerseits könnten Maßnahmen, die eine Änderung der Arbeitsrahmenbedingungen zur Folge haben und somit auf der Verhältnisebene ansetzen, eine effektive Wirkung haben. Andererseits sollten auch Interventionsansätze berücksichtigt werden, welche das Ziel der Minderung in der Bewertung von Arbeitsrahmenbedingungen als Belastung verfolgen und somit auf dem Bewusstsein der Kindergartenpädagoginnen ansetzen. Des Weiteren wäre von Bedeutung, welche Faktoren für die geringere Gesundheitseinschätzung von Wiener Kindergartenpädagoginnen im Vergleich zu Kindergartenpädagoginnen anderer Bundesländer ausschlaggebend sind. Ebenso wäre interessant, ob und inwiefern sich die Gesundheitseinschätzung von Wiener Kindergartenpädagoginnen und jene von Arbeitnehmerinnen anderer Berufsgruppen in Wien voneinander unterscheidet.

11 LITERATURVERZEICHNIS

- Aazami, S., Shamsuddin, K., Akmal, S. & Azami, G. (2015). The Relationship Between Job Satisfaction and Psychological/Physical Health among Malaysian Working Woman. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 22(4), 40-46.
- Almstadt, E., Gebauer, G. & Medjedovic, I. (2012). Arbeitsplatz Kita. Berufliche und gesundheitliche Belastungen von Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen im Land Bremen. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese- Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (A. Franke, Übers.). San Francisco: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie- Verlag.
- Arvidsdotter, T., Marklund, B., Taft, C. & Kylén, S. (2015). Quality of life, sense of coherence and experiences with three different treatments in patients with psychological distress in primary care: a mixed-methods study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15, 1-12.
- Badura, B., Schellschmidt, H. & Vetter, C. (2007). Fehlzeiten- Report 2006. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Chronische Krankheiten. Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Badura, B. & Steinke, M. (2009) Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen. Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Baierl, A. & Kaindl, M. (2011). Kinderbetreuung in Österreich- Rechtliche Bestimmungen und die reale Betreuungssituation. Wien: Universität Wien. Österreichisches Institut für Familienforschung.
- Bässler, R. (2014). Grundlagen für wissenschaftliches Arbeiten- Leitfaden für akademische Abschlussarbeiten (5. überarb. u. erw. Auflage). Wien: RB Research & Consulting Verlag
- Bauer, J. (2013). Arbeit- Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht. München: Karl Blessing Verlag
- Becker, P. (2006). Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung. Göttingen, Bern, Wien, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag.
- Biffl, G., Leoni, T. & Mayrhofer, C. (2009). Arbeitsplatzbelastungen, arbeitsbedingte Krankheiten und Invalidität. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Blum, S. & Kaindl, M. (2014). *Bund- Länder- Programm zum Betreuungsausbau- Fallstudien zur Umsetzung in sechs österreichischen Städten*. Wien: Universität Wien. Österreichisches Institut für Familienforschung.

- Böchliger, O & Bauer, G. (2014). *Arbeitsbedingungen und Gesundheit des Kindertagesstätten-Personals in der Stadt Zürich. Eine repräsentative, quantitative und qualitative Befragung des Personals in Kitas in der Stadt Zürich*. Zürich: Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Stadt Zürich.
- Bogaert, I., De Martelaer, K., Deforche, B., Clarys, P. & Zinzen, E. (2014). Associations between different types of physical activity and teachers' perceived mental, physical and work-related health. *BMC Public Health*, 14, 534-543
- Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (2013). *Landesrecht Wien. Wiener Frühförderungsgesetz (WFfG). Gesetz über die verpflichtende frühe Förderung in Kinderbetreuungseinrichtungen*. Zugriff am 14. Januar 2016 über <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000262>
- Bundeskanzleramt Rechtsinformationssystem (2016). Gesamte Rechtsvorschrift für Ausbau des institutionellen Kinderbetreuungsangebots (Bund - Länder), Fassung vom 01.04.2016. Zugriff am 09.01.2016 über <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20006158>
- Chandola, T., Britton, A., Brunner, E., Hemingway, H., Malik, M., Kumari, M., Badrick, E., Kivimäki, M. & Marmot, M. (2008). Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *European Heart Journal*, 29, 640-648
- Dech, H. (2009). Sozialmedizinische Aspekte von Burnout- Syndromen und psychosoziale Gesundheitsförderung als neuer Ansatz der Prävention. *Psychotherapie in Dialog*, 3(10), 209-214
- Diener, E. & Chan, M. (2011). Happy People Live Longer: Subjective Well- Being Contributes to Health and Longevity. *Applied Psychology*, 3 (1), 1- 43.
- Dragano, N. (2007). *Arbeit, Stress und krankheitsbedingte Frührenten- Zusammenhänge aus theoretischer und empirischer Sicht*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Eichmann, H. & Saupe, B. (2014). *Überblick über Arbeitsbedingungen in Österreich. Follow-up-Studie*. Studie im Auftrag des Sozialministeriums. Wien: Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA).
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2000). *Guidance on work- related stress. Spice of life or kiss of death? Employment & social affairs, Health & safety at work*. Zugriff am 14. Januar 2016 über: <https://osha.europa.eu/de/legislation/guidelines/guidance-on-work-related-stress>.
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Freitas, T., Andreoulakis, E., Alves, G., Miranda, H., Braga, L., Hyphantis, T. & Carvalho, A. (2015). Associations of sense of coherence with psychological distress and quality of life in inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*, 7, 21, 6713-6727.

- Fröhlich- Gildhoff ,K. & Rönna- Böse, M. (2011). *Resilienz*. (2. Auflage). München: Ernst Reinhard, GmbH & Co KG, Verlag.
- Gan, W., Davies, H. & Demers, P. (2011). Exposure to occupational noise and cardiovascular disease in the United States: the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2004. *Occupational and Environmental Medicine*, 68, 183- 190.
- Gilbert, F., Richard, J., Lapie-Legouis, P., Beck, F. & Vercambre, M. (2015). Health Behaviors: Is there Any Distinction for Teachers? A Cross-Sectional Nationwide Study. *PLoS ONE*, 10(3), 1-13.
- Gotfryd, A., Filho, E., Viola, D., Lenza, M., Da Silva, J., Emi, A., Tomiosso, R., Piccinato, C. Antonioli, E. & Ferretti, M. (2015). Analysis of epidemiology, life-style, and psychosocial factors in patients with back pain admitted to an orthopedic emergency unit. *Einstein*, 13,2, 243-8.
- Grotz C, Letenneur L, Bonsang E, Amieva H, Meillon C, Quertemont E, Salmon, E., Adan, S, & ICTUS/DSA group. (2015). Retirement Age and the Age of Onset of Alzheimer's Disease: Results from the ICTUS Study. *PLoS ONE*, 10, 2, 1-11.
- Gündel, H., Glaser, J. & Angerer, P. (2014). *Arbeiten und gesund bleiben. K.O durch den Job oder fit im Beruf*. Berlin, Heidelberg: Springer- Verlag.
- Harvey, S., Henderson, M., Lelliott, P. & Hotopf, M. (2009). Mental health and employment: much work still to be done. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 201-203.
- Harper, E., Castrucci, B., Bharthapudi, K. & Sellers, K. (2015). Job Satisfaction: A Critical, Understudied Facet of Workforce Development in Public Health. *Journal of Public Health Management Practice*, 21, 6, 46-55.
- Hasselhorn, H.M. & Portunè, R. (2010). Stress, Arbeitsgestaltung und Gesundheit. In Badura, B., Walter, U., Hehlmann, T. (Hrsg.). *Betriebliche Gesundheitspolitik* (361-376). Berlin, Heidelberg: Springer- Verlag.
- He, L., Zhai, Y., Engelgau, M., Li, W., Qian, H., Si, X., Gao, X., Sereny, M., Liang, J., Zhu, X. & Shi, X. (2013). Association of children's eating behaviors with parental education, and teachers' health awareness, attitudes and behaviors: a national school- based survey in China. *European Journal of Public Health*, 24, 6, 880-887
- Helmenstein, C., Hofmarcher, M., Kleissner, A., Riedel, M., Röhring, G. & Schnabl, A. (2004). *Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung*. Studie im Auftrag des Bundeskanzleramts, Sektion Sport. Wien: Institut für Höhere Studien.
- Herceg, M. (2013). Gender- bzw. Geschlechtsspezifische Aspekte in der Physikalischen Medizin und Rehabilitation. In Fialka- Moser, V. *Kompodium Physikalische Medizin und Rehabilitation- Diagnostische und therapeutische Konzepte* (33-43). Wien: Springer- Verlag.
- Hoffmann, S., Tug, S. & Simon, P. (2014). Child-caregivers' body weight and habitual physical activity status is associated with overweight in kindergartners. *BMC Public Health* , 14, 822.

- Hölzl, E. (2011). Arbeitsgestaltung. In Kirchler, E. (Hrsg.) *Arbeits- und Organisationspsychologie* (236- 293). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Hotchkiss, D., Banteyerga, H. & Tharaney, M. (2015). Job satisfaction and motivation among public sector health workers: evidence from Ethiopia. *Human Resources for Health*, 2015 (13), 1-12.
- http://www.gesundearbeit.at/cms/V02/V02_2/psychische-belastungen [04.04.2016]
- Jungbauer, J. & Ehlen, S. (2013). *Berufsbezogene Stressbelastungen und Burn-out- Risiko bei Erzieherinnen und Erziehern- Ergebnisse einer Fragebogenstudie- Abschlussbericht*. Aachen: Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie.
- Kleiveland, B., Natvig, G. & Jepsen, R. (2015). *Stress, sense of coherence and quality of life among Norwegian nurse students after a period of clinical practice*. In PeerJ.com. Zugriff am 04. Januar 2016 über <https://peerj.com/search/?q=Kleiveland%2C+B.%2C+Natvig%2C+G.+%26+Jepsen%2C+R.+Stress%2C+sense+of+coherence+and+quality+of+life+among+Norwegian+nurse+students+after+a+period+of+clinical+practice>.
- Koch, B. (2015). *Der Kindergarten als Arbeitsplatz für Frauen und Männer. Eine Herausforderung für Geschlechterpolitik*. In Koch, B. (Hrsg.). „sag mir, wo die Männer sind...“. 11. Mai 2005 in Innsbruck. University press, 1-16.
- Kraatz, S., Lang, J., Kraus, T., Münster, E. & Ochsmann, E. (2013). The incremental effect of psychosocial workplace factors on the development of neck and shoulder disorders: a systematic review of longitudinal studies. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 86, 375- 395.
- Kretowicz, K. & Bieniaszewski, L. (2015). Determinants of sense of coherence among managerial nursing staff. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22, 4, 713-717.
- Kuhn, A., Wuellrich, J. & Zweimüller, J. (2010). *Fatal Attraction? Access to Early Retirement and Mortality*. Zurich: University of Zurich, Institute for Empirical Research in Economics.
- Landmann, U., Kloock, B., König, D. & Berg, A. (2007). Sport und Salutogenese- körperliche Aktivität als Gesundheitsfaktor. *der mann- Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit*, 2007, 5(4), 10-15.
- Lange, M., Kamtsluris, P., Lange, C., Schaffrath- Rosario, A., Stolzenberg, H. & Lampert, T. (2007). Messung soziodemographischer Merkmale im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) und ihre Bedeutung am Beispiel der Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50, 578-589.
- Leoni, T. (2014). *Fehlzeitenreport 2014, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. Studie im Auftrag von Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Bundesarbeitskammer, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wirtschaftskammer Österreich. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.

- Liu, L., Chen, S., Tang, S., Wang, S., He, L., Guo, Z., Li, J., Yu, S. & Wang, Z. (2015). How Work Organization Affects the Prevalence of WMSDs: A Case-control Study. *Biomedical and Environmental Sciences*, 28(9), 627-633.
- Luca, M., Bellia, S., Bellia, M., Luca, A. & Calandra, C. (2014). Prevalence of depression and its relations with work characteristics in a sample of public workers. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 519-525.
- Mayer, J. & Thiel, A. (2014). Health in Elite Sports from a Salutogenetic Perspective: Athletes' Sense of Coherence. *PLoS ONE*, 9(7), 1-11.
- Maulbecker- Armstrong, C., Sturm, H. & Rebmann, B. (2011). *Gesundheitsbericht Hessen. Gesund Leben- Gesund Bleiben*. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium.
- Melamed, S. (2009). Burnout and risk of regional musculoskeletal pain- a prospective study of apparently healthy employed adults. *Stress and Health*, 25, 4, 281-380.
- Mueller, U. & Heinzel- Gutenbrunner, M. (2001). *Krankheiten und Beschwerden. Subjektive Gesundheit unter Bewertung der eigenen Gesundheit*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB).
- Ohta, M., Higuchi, Y., Yamato, H., Kumashiro, M. & Sugimura, H. (2015). Sense of coherence modifies the effect of overtime work on mental health. *Journal of Occupational Health*, 57, 297-301.
- Olsen, I., Overland, S., Reme, S. & Lovvik, C. (2014). *Exploring Work-Related Causal Attributions of Common Mental Disorders*. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25, 493-505.
- Pakarinen, E., Kiuru, N., Lerkkanen, M., Poikkeus, A., Siekkinen, M. & Nurmi, J. (2010). Classroom organization and teacher stress predict learning motivation in kindergarten children. *European Journal of Psychology of Education*, 2010, 25, 281- 300.
- Pan, B., Shen, X., Liu, L., Yang, Y. & Wang, L. (2015). Factors Associated with Job Satisfaction among University Teachers in Northeastern Region of China: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 12761-12775.
- Reimann, S. & Hammelstein, P. (2006). *Ressourcenorientierte Ansätze*. In: Renneberg, B. & Hammelstein, P. *Gesundheitspsychologie*. (13-26). Düsseldorf: Springer Medizin Verlag Heidelberg.
- Riedel- Heller, S., Stengler K. & Seidler, A. (2012). Psychische Gesundheit und Arbeit. Mental Health and Work. *Psychiatrische Praxis*, 39, 103-105.
- Rensing, L., Koch, M., Rippe, B. & Rippe, V. (2013). *Mensch im Stress. Psyche, Körper, Moleküle*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Robert Koch-Institut. (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Rohani, C., Abedi, H., Sundberg, K. & Langius- Eklöf, A. (2015). Sense of coherence as a mediator of health-related quality of life dimensions in patients with breast cancer: a longitudinal study with prospective design. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2015, 13, 1-9.
- Schallberger, U. (2006). Die zwei Gesichter der Arbeit und ihre Rolle für das Wohlbefinden: Eine Aktivierungstheoretische Interpretation. *Wirtschaftspsychologie Heft*, 2,3, 96-102.
- Scheider, C. (2012). *Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Nebenwirkung Gesundheit* (2. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber
- Sczesny, S. & Thau, S. (2004). Gesundheitsbewertung vs. Arbeitszufriedenheit: Zusammenhang von Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens mit selbstberichteten Fehlzeiten. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 48, 1, 17-24.
- Seibt, R., Spitzer, S., Druschke, D., Scheuch, K. & Hinz, A. (2008). Predictors Of Mental Health In Female Teacher. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 26(6), 856 – 869.
- Simonsson, B., Nilsson, K., Leppert, J. & Diwan, V. (2008). Psychosomatic complaints and sense of coherence among adolescents in a county in Sweden: a cross-sectional school survey. *BioPsychoSocial Medicine*, 2(4),1-8.
- Statistik Austria. (2013). *Arbeitsunfälle und Arbeitsbezogene Gesundheitsprobleme Modul der Arbeitskräfteerhebung 2013*. Wien.
- Statistik Austria. Bundesanstalt für Statistik Österreich. (2014a). Kindertagesheimstatistik 2013/14. Wien.
- Statistik Austria. Bundesanstalt für Statistik Österreich. (2015a). Kindertagesheimstatistik 2014/15. Wien.
- Statistik Austria. (2007). *Sozio-demographische und sozio- ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/ 2007*. Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- Statistik Austria. (2014b). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Statistik Austria. Die Informationsmanager (2014c). *Kinder in Kindertagesheimen nach der Staatsangehörigkeit und der Muttersprache*. Zugriff am 14. Januar 2016 über:
- Statistik Austria. Bundesanstalt für Statistik Österreich. (2015b). Jahresbuch der Gesundheitsstatistik 2014. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- Statistik Wien (2015c). *Statistik Journal Wien 1/2015- Elementare Bildung und Betreuung in Wien*. Wien: MA 23 Wirtschaft, Arbeit und Statistik.

- Steinhardt, M., Jaggars, S., Faulk, K. & Gloria, C. (2011). Chronic Work Stress and Depressive Symptoms: Assessing the Mediating Role of Teacher Burn-out. *Stress and Health*, 27, 420-429.
- Sterud, T. (2013). Work-related psychosocial and mechanical risk factors for work disability: a 3-year-follow-up study of the general working population in Norway. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 39(5), 468–476.
- Sozial- & Wirtschaftsstatistik. (2015). *Kinderbetreuung und Elementarbildung. Die Entwicklung in den letzten 10 Jahren*. Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte.
- Viernickel, S. & Vos, A. (2012). *STEGE- Strukturqualität und Erzieher_innengesundheit in Kindertageseinrichtungen*. Studie im Auftrag der Unfallkasse Nordrhein- Westfalen. Berlin: Alice Salomon Hochschule.
- Vorwerk & Co. KG (2011). *Familienstudie*. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage zur Familienarbeit in Deutschland. Allensbach: Institut für Demoskopie.
- Wang, Y., Ramos, A., Wu, H., Liu, L., Yang, X., Wang, J. & Wang, L. (2015). Relationship between occupational stress and burnout among Chinese teachers: a cross- sectional survey in Liaoning, China. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 2015, 88, 589- 597.
- Wegge, J. & Dick, R. (2006). Arbeitszufriedenheit, Emotion und Identifikation. In Fischer, L. (Hrsg.). *Arbeitszufriedenheit- Konzepte und empirische Befunde*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Wurm, S., Lampert, T. & Menning, S. (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter. Subjektive Gesundheit*. In Böhm, K., Tesch-Römer, C. & Ziese, T. (Hrsg.) Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch- Institut. Berlin. 79-92.
- Würtz, E., Fonager, K. & Mortensen, J. (2015). Association between sense of coherence in adolescence and social benefits later in life: a 12-year follow-up study. *BMJ Open*, 5, 1-8.

12 ANHANG

Häufigkeitstabellen Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu	Gesamt
Häufigkeiten	508	968	1370	1501	4347
Relative Häufigkeiten	0,12	0,22	0,32	0,35	1
Relative Prozenthäufigkeiten	11,69	22,27	31,52	34,53	100
Kumulierte Häufigkeiten	508	1476	2846	4347	
Kumulierte Prozenzhäufigkeiten	11,69	33,95	65,47	100	

Tabelle 2: Gesamt-Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen

Physikalische Arbeitsbelastungen:

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

- Ich fühle mich vom Lärmpegel in der Arbeit belastet.
- Ich fühle mich von den Lichtverhältnissen in meinem Gruppenraum belastet.
- Ich fühle mich von der Gruppenraumtemperatur belastet.
- Ich fühle mich von der Luftqualität im Gruppenraum belastet.

Physikalische Belastungen	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu	Gesamt
Häufigkeiten	191	246	223	96	756
Relative Häufigkeiten	0,25	0,33	0,29	0,13	1
Relative Prozenthäufigkeiten	25,26	32,54	29,5	12, 7	100
Kumulierte Häufigkeiten	191	437	660	756	
Kumulierte Prozenzhäufigkeiten	25,26	57,8	87,3	100	

Tabelle 3: Physikalische Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen

Ergonomische Arbeitsbelastungen:

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

- Ich muss am Arbeitsplatz oft belastende Körperhaltungen einnehmen.
- Das Arbeiten auf kindgerechten Möbeln ist körperlich belastend.
- Das Heben und Tragen von Kindern ist körperlich belastend.
- Ich fühle mich in meiner beruflichen Tätigkeit körperlich belastet.

Ergonomische Belastungen	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu	Gesamt
Häufigkeiten	31	105	249	371	756
Relative Häufigkeiten	0,04	0,14	0,33	0,49	1
Relative Prozenthäufigkeiten	4,1	13,89	32,94	49,07	100
Kumulierte Häufigkeiten	31	136	385	756	
Kumulierte Prozenzhäufigkeiten	4,1	17,99	50,93	100	

Tabelle 4: Ergonomische Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen

Arbeitsbedingte Belastungen:

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

- Ich habe viele Aufgaben in meinem Arbeitsalltag auf einmal zu tun.
- Die Anforderungen in meinem Beruf nehmen zu (Dokumentationsarbeit, nicht nur Betreuungs- sondern auch Erziehungsauftrag, Erfüllung bildungspolitischer Vorgaben, etc.)
- Ich stehe in der Arbeit häufig unter Zeitdruck.
- Ich leide darunter, nicht genügend Zeit für die spezielle Förderung einzelner Kinder zu haben.
- Ich habe keine Möglichkeit regelmäßig Pause zu machen.

Arbeitsbedingte Belastungen	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu	Gesamt
Häufigkeiten	29	118	294	504	945
Relative Häufigkeiten	0,03	0,12	0,31	0,53	1
Relative Prozenthäufigkeiten	3,07	12,49	31,11	53,33	100
Kumulierte Häufigkeiten	29	147	441	945	
Kumulierte Prozenzhäufigkeiten	3,07	15,56	46,67	100	

Tabelle 5: Arbeitsbedingte Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen

Organisatorische Arbeitsbelastungen:

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

- Mir fehlt die Unterstützung im Arbeitsalltag durch fachlich geschultes Personal (z.B.: Fachpersonal für Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch, Fachpersonal für Kinder mit Entwicklungsauffälligkeit etc.)
- Mein/e AssistentIn ist für die erforderliche Tätigkeit unzureichend ausgebildet.
- Für meine Arbeit stehen mir nicht genügend Ressourcen zur Verfügung (materiell, räumlich, personell, etc.).
- Ich empfinde die Anzahl an zu betreuenden Kindern pro Pädagogin zu hoch.
- Ich empfinde meine beruflichen Weiterbildungs- und Aufstiegschancen als unzureichend.

Organisatorische Belastungen	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu	Gesamt
Häufigkeiten	141	235	286	283	945
Relative Häufigkeiten	0,15	0,25	0,3	0,3	1
Relative Prozenthäufigkeiten	14,92	24,87	30,26	29,95	100
Kumulierte Häufigkeiten	141	376	662	945	
Kumulierte Prozenzhäufigkeiten	14,92	39,79	70,05	100	

Tabelle 6: Organisatorische Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen

Soziale Arbeitsbelastungen:

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

- Ich nehme Probleme und Aufgaben aus der Arbeit in mein Privatleben.
- Der soziale Umgang unter den KollegInnen ist schwierig.
- Ich fühle mich in meiner Arbeit und mit den Anforderungen in meiner Arbeit alleine gelassen.
- Die finanzielle Entlohnung für meine geleistete Arbeit ist gering.
- Meine Arbeit wird von der Gesellschaft gering wertgeschätzt.

Soziale Belastungen	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu	Gesamt
Häufigkeiten	116	264	318	247	945
Relative Häufigkeiten	0,12	0,28	0,34	0,26	1
Relative Prozenthäufigkeiten	12,28	27,94	33,65	26,14	100
Kumulierte Häufigkeiten	116	380	698	945	
Kumulierte Prozenzhäufigkeiten	12,28	40,21	73,86	100	

Tabelle 7: Soziale Arbeitsbelastung der Wiener Kindergartenpädagoginnen

Häufigkeitstabellen Arbeitsbelastungen der Kindergartenpädagoginnen anderer Bundesländer

	Trifft nicht zu	Trifft kaum zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu	Gesamt
Häufigkeiten	203	275	345	304	1127
Relative Häufigkeiten	0,18	0,24	0,31	0,27	1
Relative Prozenthäufigkeiten	18,01	24,4	30,61	26,97	100
Kumulierte Häufigkeiten	203	478	823	1127	
Kumulierte Prozenzhäufigkeiten	18,01	42,41	73,03	100	

Tabelle 8: Arbeitsbelastung von Kindergartenpädagoginnen anderer Bundesländer

Häufigkeitstabellen Gesundheitsdeterminanten

Arbeitsbelastung als gesundheitsbeeinflussender Faktor

	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	Ge- samt
Häufigkeiten	24	42	51	42	9	5	5	3	1	182
Relative Häufigkeiten	0,13	0,23	0,28	0,23	0,05	0,03	0,03	0,02	0,01	1
Kumulierte Prozent-häufigkeiten	13,2	23,1	28,0	23,1	4,95	2,75	2,75	1,65	0,55	100
Kumulierte Häufigkeiten	24	66	117	159	168	173	178	181	182	
Kumulierte Prozent-häufigkeiten	13,2	36,3	64,3	87,4	92,3	95,1	97,8	99,5	100	

Tabelle 9: Gesundheitsdeterminante „Arbeitsbelastung“

Arbeitszufriedenheit als gesundheitsbeeinflussender Faktor

	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	Ge- samt
Häufigkeiten	7	22	21	16	10	18	24	33	31	182
Relative Häufigkeiten	0,04	0,12	0,12	0,09	0,05	0,10	0,13	0,18	0,17	1
Relative Prozent-häufigkeiten	3,85	12,1	11,5	8,79	5,49	9,89	13,2	18,1	17,0	100
Kumulierte Häufigkeiten	7	29	50	66	76	94	118	151	182	
Kumulierte Prozent-häufigkeiten	3,85	15,9	27,5	36,3	41,8	51,6	64,8	83,0	100	

Tabelle 10: Gesundheitsdeterminante „Arbeitszufriedenheit“

Familie als gesundheitsbeeinflussender Faktor

	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	Ge- samt
Häufigkeiten	0	3	3	10	25	7	23	43	68	182
Relative Häufigkeiten	0	0,02	0,02	0,05	0,14	0,04	0,13	0,24	0,37	1
Relative Prozent-häufigkeiten	0	1,65	1,65	5,49	13,7	3,85	12,6	23,6	37,6	100
Kumulierte Häufigkeiten	0	3	6	16	41	48	71	114	182	
Kumulierte Prozent-häufigkeiten	0	1,65	3,3	8,79	22,5	26,4	39	62,6	100	

Tabelle 11: Gesundheitsdeterminante „Familie“

Freunde und Bekannte als gesundheitsbeeinflussender Faktor

	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	Ge- samt
Häufigkeiten	0	1	1	6	34	12	35	47	45	181
Relative Häufigkeiten	0	0,01	0,01	0,03	0,19	0,07	0,19	0,26	0,25	1
Relative Prozent-häufigkeiten	0	0,6	0,6	3,3	18,8	6,6	19,3	26	24,9	100
Kumulierte Häufigkeiten	0	1	2	8	42	54	89	136	181	
Kumulierte Prozent-häufigkeiten	0	0,6	1,1	4,4	23,2	29,8	49,2	75,1	100	

Tabelle 12: Gesundheitsdeterminante „Freunde und Bekannte“

Angeborene Erkrankungen als gesundheitsbeeinflussender Faktor

	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	Ge- samt
Häufigkeiten	14	9	13	15	120	2	4	3	1	181
Relative Häufigkeiten	0,08	0,05	0,07	0,08	0,66	0,01	0,02	0,02	0,01	1
Relative Prozent-häufigkeiten	7,73	4,97	7,18	8,29	66,3	1,10	2,21	1,66	0,55	100
Kumulierte Häufigkeiten	14	23	36	51	171	173	177	180	181	
Kumulierte Prozent-häufigkeiten	7,7	12,7	19,9	28,2	94,5	95,6	97,8	99,4	100	

Tabelle 13: Gesundheitsdeterminante „Angeborene Erkrankungen“

Ernährungsstil als gesundheitsbeeinflussender Faktor

	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	Ge- samt
Häufigkeiten	7	14	23	21	34	16	24	27	15	181
Relative Häufigkeiten	0,04	0,08	0,13	0,12	0,19	0,09	0,13	0,15	0,08	1
Relative Prozenzhäufigkeiten	3,87	7,73	12,7	11,6	18,8	8,84	13,3	14,9	8,29	100
Kumulierte Häufigkeiten	7	21	44	65	99	115	139	166	181	
Kumulierte Prozenzhäufigkeiten	3,87	11,6	24,3	35,9	54,7	63,5	76,8	91,7	100	

Tabelle 14: Gesundheitsdeterminante „Ernährungsstil“

Bewegungsverhalten als gesundheitsbeeinflussender Faktor

	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	Ge- samt
Häufigkeiten	8	15	19	21	18	13	28	34	25	181
Relative Häufigkeiten	0,04	0,08	0,1	0,12	0,1	0,07	0,15	0,19	0,14	1
Relative Prozenthäufigkeiten	4,42	8,29	10,5	11,6	9,94	7,18	15,5	18,8	13,8	100
Kumulierte Häufigkeiten	8	23	42	63	81	94	122	156	181	
Kumulierte Prozenthäufigkeiten	4,42	12,7	23,2	34,8	44,8	51,9	67,4	86,2	100	

Tabelle 15: Gesundheitsdeterminante „Bewegungsverhalten“

Risikofaktoren (Tabak-, und oder häufiger Alkoholkonsum, etc.) als gesundheitsbeeinflussender Faktor

	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	Ge- samt
Häufigkeiten	17	8	7	13	122	2	5	2	5	181
Relative Häufigkeiten	0,09	0,04	0,04	0,07	0,67	0,01	0,03	0,01	0,03	1
Relative Prozent-häufigkeiten	9,39	4,42	3,87	7,18	67,4	1,1	2,76	1,1	2,76	100
Kumulierte Häufigkeiten	17	25	32	45	167	169	174	176	181	
Kumulierte Prozent-häufigkeiten	9,39	13,8	17,7	24,9	92,3	93,4	96,1	97,2	100	

Tabelle 16: Gesundheitsdeterminante „Risikofaktoren“

Verbalklassifikation des Korrelationskoeffizienten

$0.00 < r \leq 0.30$	sehr geringer Zusammenhang
$0.30 < r \leq 0.50$	geringer Zusammenhang
$0.50 < r \leq 0.70$	mittlerer Zusammenhang
$0.70 < r \leq 0.90$	hoher Zusammenhang
$0.90 < r \leq 1.00$	sehr hoher Zusammenhang

Der Fragebogen

Die subjektive Gesundheitswahrnehmung von Pädagoginnen

Liebe Pädagoginnen!

Mein Name ist Kristina Seibold und ich studiere an der Universität Salzburg. Für den Abschluss meines Studiums „Health and Fitness“ verfasse ich eine Masterarbeit zum Thema „Die subjektive Gesundheitswahrnehmung von Pädagoginnen“.

Dazu benötige ich aber Ihre Hilfe – diese ist sehr wichtig, denn Sie sind die Experten für ihren Arbeitsplatz. Durch die Erfahrung, die Sie durch Ihre berufliche Tätigkeit besitzen, können Sie über diese Studie zu einer Verbesserung Ihrer Arbeitswelt beitragen.

Diese Erhebung ist vollkommen anonym und der Umgang mit den erhobenen Daten wird vertraulich behandelt.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird nicht länger als 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Ich bedanke mich ganz herzlich, dass Sie sich die Zeit nehmen den Fragebogen für meine Masterarbeit auszufüllen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Falls Interesse besteht, die vollendete Arbeit zu lesen, schreiben Sie mir dies an die folgende Emailadresse:

s1011318@stud.sbg.ac.at

Für weitere Fragen stehe ich Ihnen auch sehr gerne persönlich zur Verfügung:

Kristina Seibold: 0676/7195296

Arbeitsbelastungen

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft völlig zu
Ich fühle mich vom Lärmpegel in der Arbeit belastet.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich von den Lichtverhältnissen in meinem Gruppenraum belastet.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich von der Gruppenraumtemperatur belastet.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich von der Luftqualität im Gruppenraum belastet.	☐	☐	☐	☐
Ich muss am Arbeitsplatz oft belastende Körperhaltungen einnehmen.	☐	☐	☐	☐
Das Arbeiten auf kindgerechten Möbeln ist körperlich belastend.	☐	☐	☐	☐
Das Heben und Tragen von Kindern ist körperlich belastend.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich in meiner beruflichen Tätigkeit körperlich belastet.	☐	☐	☐	☐
Ich habe viele Aufgaben in meinem Arbeitsalltag auf einmal zu tun.	☐	☐	☐	☐
Die Anforderungen in meinem Beruf nehmen zu (Dokumentationsarbeit, nicht nur Betreuungs- sondern auch Erziehungsauftrag, Erfüllung bildungspolitischer Vorgaben, etc.)	☐	☐	☐	☐
Ich stehe in der Arbeit häufig unter Zeitdruck.	☐	☐	☐	☐
Ich leide darunter nicht genügend Zeit für die spezielle Förderung einzelner Kinder zu haben.	☐	☐	☐	☐
Ich habe keine Möglichkeit regelmäßig Pause zu machen.	☐	☐	☐	☐

	trifft nicht zu	trifft kaum zu	trifft eher zu	trifft völlig zu
Mir fehlt die Unterstützung im Arbeitsalltag durch fachlich geschultes Personal (z.B.: Fachpersonal für Kinder mit einer anderen Erstsprache als Deutsch, Fachpersonal für Kinder mit Entwicklungsauffälligkeit etc.)	☐	☐	☐	☐
Mein/e AssistentIn ist für die erforderliche Tätigkeit unzureichend ausgebildet.	☐	☐	☐	☐
Für meine Arbeit stehen mir nicht genügend Ressourcen zur Verfügung (materiell, räumlich, personell, etc.).	☐	☐	☐	☐
Ich empfinde die Anzahl an zu betreuenden Kindern pro Pädagogin zu hoch.	☐	☐	☐	☐
Ich empfinde meine beruflichen Weiterbildungs- und Aufstiegschancen als unzureichend.	☐	☐	☐	☐
Ich nehme Probleme und Aufgaben aus der Arbeit in mein Privatleben.	☐	☐	☐	☐
Der soziale Umgang unter den KollegenInnen ist schwierig.	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich in meiner Arbeit und mit den Anforderungen in meiner Arbeit alleine gelassen.	☐	☐	☐	☐
Die finanzielle Entlohnung für meine geleistete Arbeit ist gering.	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeit wird von der Gesellschaft gering wertgeschätzt.	☐	☐	☐	☐

Gesundheitseinschätzung

Wie schätzen Sie Ihr gesundheitliches Befinden auf einer Skala von 1 - 10 ein?

Dabei bedeuten 1 „sehr schlecht“ und 10 „sehr gut“. Kreuzen Sie ggf. dazwischen an.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Gesundheitsdeterminanten

Welche der folgenden Bereiche nehmen einen Einfluss auf Ihr gesundheitliches Befinden?

Geben Sie die Stärke und Richtung des vermuteten Einflusses jedes Bereiches an!

Dabei bedeuten -4 „nimmt einen sehr stark negativen Einfluss“, 0 „nimmt keinen Einfluss und +4 nimmt einen sehr stark positiven Einfluss“ auf ihr gesundheitliches Befinden.

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	sehr stark negativen Einfluss					keinen Einfluss				sehr stark positiven Einfluss
	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	
Arbeitsbelastungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Arbeitszufriedenheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Familie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Freunde und Bekannte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Angeborene Erkrankungen wie z.B.: Blutzucker Typ1, Herzfehler, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ernährungsstil	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bewegungsverhalten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Risikofaktoren (Tabak-, und oder häufiger Alkoholkonsum, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Angaben zur Person

Alter:

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Familienstand

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

ledig	in einer Partnerschaft	verheiratet	eingetragene Partnerschaft	getrennt/ in Scheidung lebend	geschieden	verwitwet	sonstiges
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Leben derzeit Kinder in ihrem Haushalt?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn Kinder in Ihren Haushalt leben, wie alt sind diese?

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

•

Sind Sie in Österreich geboren?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn Sie nicht in Österreich geboren sind, welcher Nationalität gehören Sie an?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Über wie viele Berufsjahre als Kindergartenpädagogin verfügen Sie? *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

im ersten Jahr 1- 5 Jahre 5- 10 Jahre 10- 20 Jahre 20- 30 Jahre über 30 Jahre

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Wie viele Kinder befinden sich maximal in Ihrer Gruppe? *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

10- 15 15- 20 20- 25 über 25

☐ ☐ ☐ ☐

In welcher Gruppe sind Sie tätig? *

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

Krippe 3- 6 Jährige Familiengruppe Hort Integrationsgruppe

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche als Pädagogin? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Wie viele Stunden dieser Zeit verbringen Sie in der Gruppe und wie viele sind davon Vorbereitungsstunden? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

- Stunden in der Gruppe

- Vorbereitungsstunden

Wie viele Stunden in der Woche haben Sie eine/n AssistentIn als Unterstützung in Ihrer Gruppe?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

In welchem Bezirk sind Sie als Pädagogin tätig? *

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!