

Gesund arbeiten in der Kita

Handbuch für Kita-Träger und Kita-Leitungen zum Arbeitsschutz
und zur betrieblichen Gesundheitsförderung



Vorwort



© Götz Schleser/SMWA

Martin Dulig

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit der letzten Überarbeitung des Handbuchs sind einige Jahre vergangen. Die Weiterentwicklung von Fachthemen und veränderte Rechtsgrundlagen haben uns bewegt, gemeinsam mit dem Sächsischen Staatsministerium für Kultus eine Neuauflage des seit 2008 erfolgreichen Handbuchs „Erzieherinnengesundheit“ vorzunehmen.

Im Juli 2015 verabschiedete der Bundestag das Präventionsgesetz. Es sieht unter anderem vor, die Kooperation, Koordination und die Finanzierung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten Kita, Schule, Betrieb und stationäre Pflege zu stärken. Für die Lebenswelt Kita ist neben dem Zielbereich „Gesund aufwachsen“ der Zielbereich „Gesund leben und arbeiten“ relevant. Das, was die Sächsischen Staatsministerien für Soziales und Verbraucherschutz sowie Kultus engagiert beim sächsischen Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ im Handlungsfeld „Erzieherinnengesundheit“ initiiert haben, wollen wir unter dem Dach der Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung des Präventionsgesetzes im Freistaat Sachsen fortsetzen.

Optimale Arbeitsbedingungen für pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen sind eine wesentliche Grundlage für eine gute Bildung und Erziehung der Kinder. Arbeitsschutz, betriebliche Gesundheitsförderung und die pädagogische Qualität gehören zusammen. Das spiegelt sich im gemeinsamen Engagement der für Bildung, Gesundheit und Arbeit zuständigen Ministerien wider. Ein wichtiger Beitrag ist die stufenweise Verbesserung der Personalschlüssel, die jeweils ab September 2015 und 2016 für Kindergärten wirk-

sam wurde und nun in zwei Schritten 2017 und 2018 für die unter 3-Jährigen im Krippenbereich vollzogen wird.

Mit der überarbeiteten Neuauflage des Handbuchs haben wir für Sie als Kita-Träger und Kita-Leitung einen Wegweiser erstellt, der Sie bei Ihrer Arbeit mit wichtigen und aktuellen Informationen, Regelungen, Fördermöglichkeiten sowie praktischen Beispielen aus dem Bereich Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung unterstützt. Als Arbeitgeber und Führungskräfte stehen Sie täglich vor der Herausforderung, nicht nur für das gesundheitliche Wohlergehen der Ihnen anvertrauten Kinder zu sorgen, sondern auch die Arbeitsfähigkeit Ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Blick zu haben. Prävention und Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext heißt auch, Arbeitsorganisation, Arbeitsumfeld und das Miteinander so zu gestalten, dass Menschen sich mit ihrer Leistungsfähigkeit voll und ganz einbringen können – zum Wohle der Kinder und natürlich auch zu Ihrem eigenen Wohlbefinden.

Mein besonderer Dank gilt all denjenigen, die diese Neuauflage mit viel Engagement und umfassendem Fachwissen ermöglicht haben.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Martin Dulig', with a stylized flourish at the end.

Martin Dulig
Sächsischer Staatsminister für Wirtschaft,
Arbeit und Verkehr

Autorinnen und Autoren:

Susanne Bastian, Reinhild Benterbusch, Heidrun Böhm (alle Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz), Anke Fritzsche (Gesundheitsamt Pfaffenhofen a. d. Ilm), Anke Gießler-Lachmann (Kita Pünktchen des Kinderschutzbundes Ortsverband Dresden e. V.), Karla Heinicke (Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr), Claudia Hruska (Universität Leipzig), Marleen Jacobi (Personal- und Organisationsberatung Jacobi), Dagmar Jenschke (Sächsisches Staatsministerium für Kultus), Attiya Khan (Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr), Grit Klimke-Neumann (LebensBild gGmbH), Stephan Koesling (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V.), Katrin Lattner (Universität Leipzig), Simone Schubert (IKK classic), Carmen Scholtissek, Marina Selbig (beide Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr), Jörg Stojke (Akademie der BGW), Ingrid Metzger, Bernhard Müller (beide Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr), Franziska Ziebura (Deutsche Rentenversicherung Bund)

Redaktion:

Marleen Jacobi und Attiya Khan unter Mitarbeit von Jana Hammermüller und Beate Weisbach (beide Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr)

Endredaktion:

Attiya Khan und Dagmar Jenschke

1. Einleitung

6. Notizen	5. Eigene Kopiervorlagen	4. Handlungsfelder	3. Organisatorische Grundlagen	2. Rechtliche Grundlagen	1. Einleitung
------------	--------------------------	--------------------	--------------------------------	--------------------------	---------------

Inhalt

1	Einleitung: Notwendigkeit von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung bei Personal in Kindertageseinrichtungen	5
1.1	Berufliche und gesundheitliche Situation von Kita-Personal in Deutschland	5
1.2	Zielgruppen und Inhalt des Handbuchs	7
	Literatur	8

1 Einleitung: Notwendigkeit von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung bei Personal in Kindertageseinrichtungen

Marleen Jacobi, Attiya Khan, Dagmar Jenschke

Im Sächsischen Bildungsplan spielt die somatische Bildung und damit auch Gesundheit und Wohlbefinden der betreuten Kinder eine grundlegende Rolle. Die Gesundheit und Zufriedenheit der Kita-Beschäftigten ist eine wesentliche Bedingung, um den Bildungsauftrag mit Leben zu füllen. Wenn eine Erzieherin¹ während der Ausübung ihrer Tätigkeit unzufrieden ist und negative Beanspruchungsfolgen wie Stress und Burnout aufweist, kann sie schwer kinderorientiert arbeiten.

Damit die pädagogischen Fachkräfte ihre Tätigkeit möglichst lange mit einem hohen fachlichen Anspruch ausüben können, müssen der Erhalt und die Förderung von Gesundheit und Ar-

beitsfähigkeit demnach ein zentraler Bestandteil der Trägerphilosophie und des Führungsverhaltens sein. Zwar muss jede einzelne Person selbst sich gesundheitsgerecht und sicher verhalten, jedoch liegt die Verantwortung für die Sicherheit und Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch beim Kita-Träger.

In der Umsetzung eines betrieblichen Arbeitsschutz- und Gesundheitsmanagements in Kitas benötigen viele Träger Unterstützung, zum einen in der Information zu gesetzlichen Pflichten und zum anderen in Form konkreter Handlungsanleitungen.

1.1 Berufliche und gesundheitliche Situation von Kita-Personal in Deutschland

Kindertageseinrichtungen² sind Angebote der Kinder- und Jugendhilfe (§§ 22 ff SGB VIII) deren Aufgabe die Betreuung, Erziehung und Bildung von Kindern im Alter von 0 bis 10 Jahren bzw. bis zum Ende der Grundschule ist (§ 2 SächsKitaG). Sie stellen gewissermaßen auch die erste öffentliche Ebene des Bildungssystems dar. Vor dem Hintergrund einer komplexeren gesellschaftlichen Wirklichkeit und damit einhergehenden unterschiedlichen Bedingungen, unter denen Kinder heute aufwachsen, haben sich die Anforderungen an das Erzieherpersonal bzw. an die Fachkräfteteams in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht. Bereits 2005 charakterisierte das Deutsche Jugendinstitut (DJI) die tägliche Arbeit der Kita-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen ihrer regulären

Betreuungs- und Erziehungsaufgaben u. a. durch diese Schwerpunkte:

- präventiv mit Kindern und ihren Familien arbeiten,
- die sprachliche Entwicklung der Kinder effektiver unterstützen,
- die Entwicklung der Kinder kontinuierlich dokumentieren,
- die Kinder besser auf den Schuleintritt vorbereiten,
- zu den Eltern eine partnerschaftliche Beziehung aufbauen,
- mit anderen Personen bzw. Stellen kooperieren,
- parallel dazu ihre eigene Arbeit permanent selbst reflektieren und
- regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen.

¹ Im gesamten Handbuch beziehen sich die Berufsbezeichnungen stets auf Frauen und Männer.

² Im Folgenden werden synonym unter dem Begriff Kindertageseinrichtungen (bzw. Kita) Krippen, Kindergärten und Horte sowie Einrichtungen, die zwei oder alle drei Angebotsformen vorhalten, verstanden.

Im Kontext der Umsetzung des Sächsischen Bildungsplans wird deutlich, dass die pädagogischen Fachkräfte vielfältige und vor allem komplexe Aufgaben wahrzunehmen haben. Hinzu treten vielfältige Arbeitsbelastungen, die Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit und somit die Leistungsbereitschaft und Qualität der Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsarbeit der pädagogischen Fachkräfte beeinträchtigen können.

Insbesondere die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Kindertagesbetreuung in den einzelnen Bundesländern spielen hierbei eine Rolle, wie z. B. die Inanspruchnahme längerer Öffnungszeiten und damit einhergehende lange Tages- und Wochenbetreuungszeiten der Kinder. Wie der Bertelsmann-Ländermonitor 2015 zeigt, haben in Sachsen 69 % der Kinder einen Betreuungsvertrag mit 45 und mehr Stunden, d. h. mindestens neun Stunden am Tag (Bock-Famulla et al. 2015).

In der arbeitswissenschaftlichen Praxis erhielten die Arbeits- und Organisationsbedingungen in Kitas sowie der Arbeitsschutz und die Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher jedoch erst in den letzten Jahren zunehmend Beachtung. Mitte der 1990er Jahre waren erste Forschungsaktivitäten zu Erzieherinnen und Erziehern mit der Untersuchung von Motiven zur Berufsbindung bzw. von Belastungserleben in Abhängigkeit vom Alter zu verzeichnen. Jedoch erst mit der im Jahr 1999 initiierten „Kasseler Studie“ von Buch und Frieling (2001) wurde mit der Untersuchung von Belastungsfaktoren und des Gesundheitszustandes von Kita-Personal die arbeitswissenschaftliche Bearbeitung dieser Thematik verstärkt. Inzwischen wurden auch von zahlreichen anderen Forschungsgruppen Untersuchungen durchgeführt. Zu den weiteren bekannten Veröffentlichungen gehören folgende Untersuchungen:

- die Befragungen von Kita-Personal im Auftrag der Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) durch Rudow (2004),
- die Befragung sächsischer Kita-Beschäftigter durch Seibt et al. (2005) und Thinschmidt et al. (2008),
- die Untersuchung von Kita-Personal in Nordrhein-Westfalen im Rahmen der STEGE-Studie durch Viernickel et al. (2013),
- die einzige deutschlandweite Untersuchung pädagogischer Beschäftigter in der AQUA-Studie (Schreyer et al. 2014) und
- die Interventionsstudie „ErgoKiTa“, die in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Hessen durchgeführt wurde (DGUV 2015).

Die letztgenannte Studie hat als eine der wenigen die Wirksamkeit der Intervention zur Rückengesundheit untersucht. Auch Erhebungen bei Fachberaterinnen (Hruska und Lattner 2017) bestätigen die Ergebnisse der genannten Studien. All diese und noch viele weitere Studien, die im Rahmen dieses Handbuches themenbezogen aufgeführt werden, belegen immer wieder branchentypische Belastungsfaktoren (vgl. [Infobox 1.1](#)).

➤ Infobox 1.1

Arbeitsbelastungen und –anforderungen pädagogischer Fachkräfte:

1. Arbeitsumgebung:

- Lärm (Schalldruck, Frequenz, Nachhallzeit),
- Temperatur,
- Beleuchtung (Kontrast, Helligkeit),
- Luftbeschaffenheit (Luftfeuchtigkeit, Luftbewegungen),
- Gerüche,
- räumliche Bedingungen (Raumgröße, Anzahl zu nutzender Räume),
- Gefahrenquellen (Treppen, Spielzeug und Ausstattung, Nässe),
- vorhandene Mittel (Ausstattung mit Möbeln, Spiel- und Beschäftigungsmaterialien),
- chemische Stoffe (Desinfektions- und Reinigungsmittel).

2. Organisatorische Bedingungen:

- Art und Größe der Kita,
- pädagogisches Konzept der Kita,
- Gruppengröße (Anzahl der Kinder und Zusammenarbeit mit anderen Personen),
- Gruppenzusammensetzung (Altersbereich der betreuten Kinder) oder offene Arbeit,
- Anzahl der Mitarbeiter im Team (Kompensation von Krankheit und Urlaub),
- Arbeitszeit- (Arbeitszeitumfang, Schichtarbeit) und Pausenregelung.

3. Anforderungen aus der Arbeitsaufgabe:

- Aufgabeninhalte (Komplexität, Vielfalt, Sinnhaftigkeit, Kontrollmöglichkeiten),
- Informationsdichte (Anzahl parallel auszuführender Aufgaben; Entwicklungsbeobachtung der Kinder),
- Zeitdruck (Zeit für die direkte Arbeit mit dem Kind, Vor- und Nachbereitungszeiten für die pädagogische Arbeit),
- Daueraufmerksamkeit (Beaufsichtigung der Kinder),

- Verantwortlichkeit (für die Gesundheit der Kinder),
- physische Belastung (Heben und Tragen der Kinder, ungünstige Körperhaltungen),
- Sprechbelastung,
- emotionale Anforderungen (Diskrepanz zwischen äußerer und innerer Gefühlslage),
- berufliche Entwicklung (Fort- und Weiterbildungen).

4. Soziale Bedingungen:

- Sozialstruktur des Klientels (Migrationshintergrund, Schichtzugehörigkeit der Kinder und Eltern),
- Teammerkmale (Altersstruktur, Qualifikationsniveau, Rolle),
- Betriebsklima (Kooperation, Kommunikation, persönliche Akzeptanz, sozialer Rückhalt),
- Führung (Führungsstil, Kommunikation, Fairness),
- soziale Kontakte (zu Kindern, Eltern, anderen Personen).

5. Gesellschaftliche Bedingungen:

- gesetzliche Anforderungen (Bildungsauftrag),
- kulturelle Normen und Umgang mit kultureller Vielfalt,
- wirtschaftliche Lage (regional unterschiedliche Arbeitsmarktsituation, erhöhter Wettbewerb zwischen den Trägern, Zertifizierung, Qualitätssicherung),
- Berufsstatus und -image,
- Bezahlung.

In mehreren Studien wurde der Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und der gesundheitlichen Situation untersucht. Aufgrund vieler anderer Einflussfaktoren aus dem privaten Bereich und der Konstitution des Einzelnen ist es nicht immer eindeutig, einen kausalen Zusammenhang zwischen einer Arbeitsbelastung und einer körperlichen Reaktion nachzuweisen. Meist handelt es sich um Belastungskonstellationen, die gesundheitlich beeinträchtigend wirken.

Neben den Belastungsfaktoren konnten in verschiedenen Studien jedoch auch zahlreiche Ressourcen – also Schutzfaktoren – im Erzieherinnen- und Erzieherberuf ermittelt werden. Diese reichen über soziale Aspekte wie direkte Arbeit mit Kindern, Kommunikation und Unterstützung durch Kollegen/Vorgesetzte bis hin zu organisationalen Ressourcen wie Möglichkeiten der Mitbestimmung, Unterstützung durch das Team, große zeitliche Spielräume, das Einbringen eigener Fähigkeiten und Interessen in die tägliche Arbeit sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Dazu gehört auch ein hoher Grad an persönlicher Verantwortung für die zu betreuenden Kinder. Als wichtiger persönlicher Schutzfaktor in der alltäglichen Arbeit gelten berufliche Kompetenz und Selbstwirksamkeitsüberzeugung sowie die hohe Identifikation mit dem Beruf (Thinschmidt und Gruhne, 2008).

1.2 Zielgruppen und Inhalt des Handbuchs

Das Wissen um gefährdende und krankmachende, aber auch die Gesundheit erhaltende und begünstigende Faktoren der Arbeit helfen **Kita-Trägern und Kita-Leitungen** bei einer sicheren und gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitsbedingungen und Ausrichtung des eigenen Führungsverhaltens. Dieses Handbuch richtet sich daher insbesondere an diese beiden Zielgruppen, aber auch an die **Kita-Fachberatung**. Kenntnisse zum Arbeitsschutz und zur Gesundheitsförderung sind für die fachliche Zusammenarbeit mit Experten wie dem Arbeits- und Betriebsmediziner, der Fachkraft für Arbeitssicherheit oder Kranken- und Unfallversicherungsträgern unverzichtbar.

Ziel dieses Handbuches ist es, insbesondere die Kita-Träger und Kita-Leitung bei Maßnahmen zur Organisation des betrieblichen Gesundheitsmanagements für alle Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen zu unterstützen und dazu bei-

zutragen, arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren vorzubeugen, Arbeitsunfälle zu verhindern und das Wohlbefinden zu steigern.

In komprimierter Form sind in **Kapitel 2** die wesentlichen rechtlichen Grundlagen von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung für das pädagogische Personal in Kindertageseinrichtungen zusammengefasst. Zum besseren Verständnis wird die jeweilige Rolle aller daran beteiligten Institutionen verdeutlicht. Vervollständigt wird dies durch die Regelungen des Präventionsgesetzes.

Kapitel 3 enthält Vorschläge und Beispiele für die praktische Organisation und Umsetzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements – basierend auf den drei Säulen: betrieblicher Arbeitsschutz, Eingliederungsmanagement und Gesundheitsförderung.

In **Kapitel 4** werden sechs typische Handlungsfelder in Kindertageseinrichtungen näher betrachtet. Dabei werden mögliche Problemkonstellationen, ihre Diagnose, die speziellen rechtlichen Grundlagen sowie gesundheitsförderliche Maßnahmen und Präventionstipps zur Gefährdungsvermeidung und Gesundheitsförderung erläutert. Diese werden anhand von „Gute-Praxis-Beispielen“ verdeutlicht. Des Weiteren werden Hinweise für Maßnahmen gegeben, die ergriffen werden können, wenn doch „mal etwas passiert“. Es werden Antworten auf häufige Fragen gegeben sowie auf weiterführende Literatur und Links hingewiesen.

Die konkrete Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements erfordert jedoch Geduld, Beharrlichkeit und den „langen Atem“ bei allen Beteiligten. Schließlich geht es darum, das Problembewusstsein zu schärfen und neue Strukturen aufzubauen bzw. diese mit bestehenden Strukturen wie zum Beispiel dem Qualitätsmanagement zu verbinden. Es gilt, Widerstände ernst zu nehmen, Ängste abzubauen und unter der Einbeziehung aller Beteiligten die Sensibilität für die eigene Gesundheit und die anderer zu erhöhen. Das gilt auch für die Führungskräfte selbst, denn sie setzen durch ihr eigenes Verhalten Maßstäbe, an denen sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter orientieren, sowohl beim Kita-Träger als auch bei der Kita-Leitung.

Literatur:

Bock-Famulla, K.; Lange, J.; und Strunz, E.: Länderreport Frühkindliche Bildungssysteme 2015. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung

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

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) e. V. (Hrsg.): Projekt ErogKiTa – Prävention von Muskel-Skelett-Belastungen bei Erzieherinnen und Erziehern in Kindertageseinrichtungen. Berlin: DGUV 2015
Verfügbar unter: <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/rep0215gesamt.pdf>

Deutsches Jugendinstitut (DJI) e. V.: Zahlenspiegel 2005. Kindertagesbetreuung im Spiegel der Statistik. München: Online-Publikation 2005

Hruska, C.; Lattner, K.: Zukunft Fachberatung: Was erwarten die im Feld Tätigen selbst? Untersuchungsergebnisse aus einer SWOT-Analyse im Bundesland Sachsen. Theorie und Praxis der Sozialpädagogik, 5 (2017)

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

Sächsisches Staatsministerium für Kultus (Hrsg.): Der sächsische Bildungsplan. Verlag das Netz 2011 Verfügbar unter: <http://www.kita-bildungsserver.de/downloads/download-starten/?did=37>

Schreyer, I.; Krause, M.; Brandl, M.; Nicko, O.; Pirker, J.: AQUA – Arbeitsplatz und Qualität in Kitas. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. München: Staatsinstitut für Frühpädagogik 2014
Verfügbar unter: http://www.aqua-studie.de/Dokumente/AQUA_Endbericht.pdf

Seibt, R.; Khan, A.; Thinschmidt, M.; Dutschke, D.; Weidhaas, J.: Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2005 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschung, Fb 10)

Thinschmidt, M.; Gruhne, B.: Sensibilisierung, Professionalisierung und Teamentwicklung. Kita spezial (Sonderausgabe) (2008), 2, 14–19

Thinschmidt, M.; Gruhne, B.; Hoesl, S.: Forschungsbericht zur beruflichen und gesundheitlichen Situation von Kita-Personal in Sachsen. Ein Vergleich des Landkreises Torgau-Oschatz mit der Stadt Zwickau. Dresden: Eigenverlag der TU Dresden 2008

Viernickel, S.; Voss, A.; Mauz, E.; Gerstenberg, F.; Schumann, M.: STEGE – Strukturqualität und Erzieher_innengesundheit in Kindertageseinrichtungen. Berlin: Alice Salomon Hochschule 2013
Verfügbar unter: https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/praevention_in_nrw/praevention_nrw_55.pdf

2. Rechtliche Grundlagen

Inhalt

2	Rechtliche Grundlagen	11
2.1	Arbeits- und Gesundheitsschutz – Was fordert der Gesetzgeber?	11
2.1.1	Arbeitsschutzgesetz	12
2.1.1.1	Arbeitsstättenverordnung	14
2.1.1.2	Betriebssicherheitsverordnung	16
2.1.1.3	Gefahrstoffverordnung	18
2.1.1.4	Biostoffverordnung	22
2.1.1.5	Lastenhandhabungsverordnung	26
2.1.1.6	Lärm- und Vibrationsarbeitsschutzverordnung	27
2.1.1.7	Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge	28
2.1.2	Siebttes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung	31
2.1.2.1	Berufskrankheitenverordnung	32
2.1.3	Arbeitssicherheitsgesetz	32
2.1.4	Infektionsschutzgesetz	32
2.1.5	Mutterschutzgesetz	36
2.1.6	Jugendarbeitsschutzgesetz	38
2.1.7	Arbeitszeitgesetz	38
2.1.8	Betriebsverfassungsgesetz	39
2.1.9	Unfallverhütungsvorschriften der Unfallversicherungsträger	40
2.1.9.1	DGUV Vorschrift 1 – Grundsätze der Prävention	41
2.1.9.2	DGUV Vorschrift 2 – Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit	42
2.1.9.3	DGUV Vorschrift 3 – Elektrische Anlagen und Betriebsmittel	42
2.1.9.4	Bauliche und technische Anforderungen für KITAS gemäß DGUV Vorschrift 82 und DGUV Regel 102-002	43
2.1.10	Anforderungen an Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit im Zuge von Neu- und Umbaumaßnahmen	46
2.2	Präventionsgesetz	47
2.2.1	Vorbemerkungen	47
2.2.2	Rechtliche Grundlagen	48
	Literatur	50
	Anlage 1	55

2 Rechtliche Grundlagen

2.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz – Was fordert der Gesetzgeber?

Marleen Jacobi unter Mitarbeit von Reinhild Benterbusch, Karla Heinicke, Attiya Khan, Bernhard Müller, Ingrid Metzger, Carmen Scholtissek, Marina Selbig und Susanne Bastian

Das deutsche Arbeitsschutzrecht ist umfangreich, vielfältig gegliedert und unterliegt einer ständigen Veränderung und Anpassung, die stark durch die rechtlichen Vorgaben der Europäischen Union beeinflusst sind. Es ist in verschiedene Ebenen unterteilt:

1. Grundgesetz,
2. Gesetze,
3. Verordnungen, Tarifverträge, Unfallverhütungsvorschriften,
4. Regeln, Richtlinien und Normen (z. B. DIN).

Das deutsche Arbeitsschutzrecht ist ein sog. duales System, in dem staatliches Recht und das autonome Recht der Unfallversicherungsträger (Unfallverhütungsvorschriften) auf einer Ebene angesiedelt sind. Das bedeutet auch, dass beide Institutionen – Staat und Unfallversicherungsträger – für den überbetrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz zuständig sind, wobei es dabei keine Doppelregelungen gibt bzw. geben soll. **Es wird darauf verwiesen, dass die angegebenen Gesetzeszitate mit der zum Anwendungszeitpunkt gültigen Fassung der jeweiligen Rechtsnorm verglichen werden müssen.**

Gemäß Art. 2. Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes (GG) hat jeder Bürger in Deutschland das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Dieses Recht hat diese Person auch während der Ausübung einer Erwerbsarbeit. Der Arbeitgeber

hat in diesem Zusammenhang eine Fürsorgepflicht seinen Beschäftigten gegenüber und muss diese durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes gewährleisten. Aufgrund der **Fürsorgepflicht** ist der Arbeitgeber auch zur Abführung der Sozialversicherungsbeiträge (u. a. alleinige Abführung von Beiträgen zur gesetzlichen Unfallversicherung) verpflichtet.

Nahezu alle Regelungen im Arbeitsschutz basieren heute auf der Umsetzung von EU-Richtlinien in nationales Recht. In Deutschland gelten für die Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit insbesondere folgende Gesetze und Verordnungen, die auch in Kindertageseinrichtungen (Kita) anzuwenden sind:

- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG)¹,
- Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) einschließlich der neu integrierten Anforderungen zur Bildschirmarbeit und dazugehörige Technische Regeln für Arbeitsstätten (ASR),
- Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV) und die Technischen Regeln für Betriebssicherheit (TRBS),
- Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) und Technische Regeln für Gefahrstoffe (TRGS),
- Biostoffverordnung (BioStoffV) und Technische Regeln für Biostoffe (TRBA),
- Lastenhandhabungsverordnung (LasthandhabV),
- Lärm- und Vibrationsarbeitsschutzverordnung (Lärm- und VibrationsArbSchV) und Technische Regeln zur Lärm- und Vibrationsarbeitsschutzverordnung (TRLV),

¹ Der Vollständigkeit halber werden hier noch das Chemikaliengesetz (ChemG), das Produktsicherheitsgesetz (ProdSG), die Arbeitsschutzverordnung zu künstlicher optischer Strahlung (OStrV) mit den zugehörigen Technischen Regeln zu künstlicher optischer Strahlung (TROS) sowie die Arbeitsschutzverordnung zu elektromagnetischen Feldern (EMFV) genannt. Ob Gefährdungen aus diesen Bereichen für eine einzelne Kita bestehen, muss im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung in Zusammenarbeit mit der Fachkraft für Arbeitssicherheit entschieden werden.

- Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (Arb-MedVV) und Arbeitsmedizinische Regeln (AMR),
- Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) – Gesetzliche Unfallversicherung,
 - Berufskrankheitenverordnung (BKV),
- Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG),
- Infektionsschutzgesetz (IfSG),
- Mutterschutzgesetz (MuSchG),
- Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG),
- Arbeitszeitgesetz (ArbZG),
- Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG)

sowie durch die von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – DGUV) als Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungsverbände erlassenen Unfallverhütungsvorschriften (DGUV- und GUV-Vorschriften). Diese Arbeitsschutzregelungen werden ergänzt um Aspekte des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung, insbesondere die Regelungen zur betrieblichen Eingliederung nach SGB IX ([Kap. 3.2](#)) und des Präventionsgesetzes (PrävG) ([Kap. 2.2](#)).

Alle staatlichen Rechtsgrundlagen werden von den Gewerbeaufsichtsämtern des jeweiligen Bundeslandes kontrolliert; in Sachsen ist dies die Abteilung Arbeitsschutz der Landesdirektion Sachsen. Die Aufsichtspersonen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung wiederum kontrollieren alle ihre Vorschriften umfassenden Aspekte.

Diese gesetzlichen Regelungen gelten für alle Arbeitgeber, d. h. für alle Unternehmer, die mindestens einen Beschäftigten haben. Für Tagespflegepersonen, die in der Regel selbstständig tätig sind und keine Angestellten haben, stellen diese Rechtsvorschriften eine Orientierung für eine gesundheitsgerechte Arbeitsorganisation und -umgebung dar, die die Voraussetzung für eine sichere und gesunde Betreuung von Tagespflegekindern sind (Ausnahme: Infektionsschutzgesetz!).

2.1.1 Arbeitsschutzgesetz

Das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) ist seit 1996 das deutsche Gesetz zur nationalen Umsetzung der europäischen Rahmenrichtlinie über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (Richtlinie 89/391/EWG) aus dem Jahr 1989. Es ist zudem die Ermächtigungsgrundlage zum Erlass von verschie-

den Rechtsverordnungen auf dem Gebiet Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, auf die im weiteren Verlauf dieses Kapitels Bezug genommen wird.

Arbeitsschutz ist Aufgabe des Kita-Trägers!

In diesem Sinne umfasst moderner Arbeitsschutz neben Unfallverhütung und Arbeitssicherheit auch medizinische und psychologische Gesundheitsvorsorge und -förderung. Entsprechend § 2 ArbSchG ist der **Arbeitgeber** verpflichtet, die Sicherheit und Gesundheit seiner Beschäftigten während der Arbeit zu gewährleisten durch die:

- Verhütung von Arbeitsunfällen,
- Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und
- menschengerechte Gestaltung der Arbeit.

Um dies sicherzustellen, muss der Arbeitgeber laut § 3 ArbSchG ([Infobox 2.1](#)) Arbeitsschutzmaßnahmen planen und innerhalb seines Betriebes durchführen.

➤ Infobox 2.1

§ 3 ArbSchG – Grundpflichten des Arbeitgebers

- (1) Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Er hat die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Dabei hat er eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben.
- (2) Zur Planung und Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 1 hat der Arbeitgeber unter Berücksichtigung der Art der Tätigkeiten und der Zahl der Beschäftigten
 1. für eine geeignete Organisation zu sorgen und die erforderlichen Mittel bereitzustellen sowie
 2. Vorkehrungen zu treffen, dass die Maßnahmen erforderlichenfalls bei allen Tätigkeiten und eingebunden in die betrieblichen Führungsstrukturen beachtet werden und die Beschäftigten ihren Mitwirkungspflichten nachkommen können.
- (3) Kosten für Maßnahmen nach diesem Gesetz darf der Arbeitgeber nicht den Beschäftigten auferlegen.

§ 21 SGB VII – Verantwortung des Unternehmers, Mitwirkung der Versicherten

(1) Der Unternehmer ist für die Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, für die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe verantwortlich.

...

Bei der Umsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen sind gemäß § 4 ArbSchG folgende allgemeine Grundsätze zu beachten:

- Gestaltung der Arbeit so, dass eine Gefährdung für das Leben und die physische und psychische Gesundheit vermieden oder möglichst gering ist,
- Bekämpfung der Gefahren an ihrer Quelle,
- Berücksichtigung des Standes der Technik, Arbeitsmedizin, Hygiene und sonstiger gesicherter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse bei der Gestaltung der Maßnahmen,
- Verknüpfung von Technik, Arbeitsorganisation, sonstigen Arbeitsbedingungen, sozialen Beziehungen und Umweltbedingungen bei der Maßnahmenplanung,
- Nachrangigkeit individueller Schutzmaßnahmen (z. B. das Tragen von Gehörschutz) zu anderen Maßnahmen (z. B. lärmakustischen Maßnahmen),
- Berücksichtigung besonderer Gefahren bei besonders schutzbedürftigen Beschäftigtengruppen (z. B. Schwangere, Jugendliche, Menschen mit Behinderung),
- Erteilen geeigneter Anweisungen an die Beschäftigten (z. B. im Rahmen von Unterweisungen),
- Zulässigkeit geschlechtsspezifisch wirkender Regelungen nur bei Vorliegen zwingender biologischer Gründe.

Dazu sind die arbeitsbedingten Gefährdungen der Beschäftigten zu beurteilen, angemessene Maßnahmen zu ihrer Vermeidung abzuleiten und auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. In diesem Zusammenhang hat der Arbeitgeber die Arbeitsbedingungen einer Tätigkeit mithilfe von **Gefährdungsbeurteilungen** zu bewerten und daraus Arbeitsschutzmaßnahmen abzuleiten (§ 5 Absatz 1 ArbSchG, **Kap. 3.1.3**). Der Gesetzgeber gibt in § 5 Absatz 2 ArbSchG auch konkrete Hinweise, wodurch eine solche Gefährdung insbesondere entstehen kann:

- Gestaltung und Einrichtungen einer Arbeitsstätte/eines Arbeitsplatzes,
- physikalische, chemische und biologische Einwirkungen,
- Gestaltung/Auswahl/Einsatz von Arbeitsmitteln (Arbeitsstoffe, Maschinen, Geräte) sowie der Umgang damit,
- Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen, Arbeitszeiten und deren Zusammenwirken,
- unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten,
- psychische Belastungen bei der Arbeit.

Die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilungen müssen gemäß § 6 ArbSchG ebenso dokumentiert werden wie die festgelegten Maßnahmen des Arbeitsschutzes und die Ergebnisse ihrer Überprüfung.

Arbeitsschutz ist auch Aufgabe der Kita-Leitung!

Doch nicht nur die Kita-Träger sind für die Erfüllung der Pflichten des Arbeitsschutzes verantwortlich, sondern gemäß § 13 Absatz 1 Punkt 4 ArbSchG auch die Leitung der Kita im Rahmen der ihr „übertragenen Aufgaben und Befugnisse“ (**Infobox 2.2**).

Infobox 2.2

§ 13 ArbSchG – verantwortliche Personen

- (1) Verantwortlich für die Erfüllung der sich aus diesem Abschnitt ergebenden Pflichten sind neben dem Arbeitgeber ...
4. Personen, die mit der Leitung eines Unternehmens oder eines Betriebes beauftragt sind, im Rahmen der ihnen übertragenen Aufgaben und Befugnisse,
- ...

Das heißt, wenn die Kita-Leitung nicht über haushaltsrechtliche Kompetenzen verfügt, kann sie auch keine Neuanschaffungen im Sinne des Arbeitsschutzes anordnen. Jedoch muss die Kita-Leitung den Träger darauf hinweisen, wenn Verstöße gegen das geltende Arbeitsschutzrecht bekannt werden. Das könnte beispielsweise zutreffen, wenn die vorhandene Ausstattung des PC-Arbeitsplatzes der Kita-Leitung gegen die Anforderungen nach Anhang 6 der ArbStättV verstößt. Durch eine Übertragung der Verantwortung für den Arbeits- und

Gesundheitsschutz vor Ort vom Kita-Träger auf die Kita-Leitung erlischt jedoch **nicht** die generelle Verantwortung des Kita-Trägers als Arbeitgeber!

Arbeitsschutz ist auch Aufgabe des Kita-Teams!

Auch die Beschäftigten selbst haben Pflichten in der betrieblichen Umsetzung des Arbeitsschutzes. In § 15 ArbSchG ist die **Pflicht zur Unterstützung des Arbeitgebers** bei der Durchführung der betrieblichen Arbeitsschutzmaßnahmen festgelegt (z. B. Weisungen zu befolgen, Arbeitsmittel und Schutzausrüstungen sachgemäß zu verwenden). Des Weiteren haben Beschäftigte laut § 16 ArbSchG eine **besondere Unterstützungspflicht** (z. B. unverzügliche Mitteilung von erheblichen Gefahren oder Defekten an Schutzsystemen).

Andererseits haben die Beschäftigten auch **Rechte** im Arbeits- und Gesundheitsschutz. So dürfen sie dem Arbeitgeber Vorschläge zu diesem Thema unterbreiten (§ 17 ArbSchG).

2.1.1.1 Arbeitsstättenverordnung

Die neue und wesentlich geänderte Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) trat am 3. Dezember 2016 in Kraft. Die ArbStättV dient der Sicherheit und dem Gesundheitsschutz beim Einrichten und Betreiben von Arbeitsstätten, um die Arbeit menschengerecht zu gestalten. Zu Arbeitsstätten gehören nicht nur Arbeitsräume, sondern auch Sanitärräume, Pausen- und Bereitschaftsräume, Kantinen, Erste-Hilfe-Räume, Lager-, Maschinen- und Nebenräume, Verkehrs- und Fluchtwege, Notausgänge sowie Sicherheitseinrichtungen wie z. B. Brandmelder und Feuerlöscher (vgl. § 2 ArbStättV). Gemäß § 3 ArbStättV hat der Arbeitgeber die Arbeitsstätten so einzurichten und zu betreiben, dass von ihnen keine Gefährdungen für die Sicherheit und Gesundheit, wie physische und psychische Belastungen (bei Bildschirmarbeitsplätzen zusätzlich keine Belastungen der Augen) ausgehen. Er hat dies fachkundig durch eine **Gefährdungsbeurteilung** gemäß § 3 ArbStättV vor Aufnahme der Tätigkeit zu ermitteln und festzuhalten. Notwendig dafür sind eine entsprechende Instandhaltung, hygienische Reinigung, Verhütung oder Beseitigung von (Unfall-) Gefahren, das Vorhandensein von Sicherheitseinrichtungen, Fluchtwegen und Notausgängen sowie die Bereitstellung von Mitteln zur Ersten Hilfe. Beschäftigt der Arbeitgeber Menschen mit Behinderungen sind ebenso die Belange einer barrierefreien Gestaltung zu berücksichtigen.

Auf Grundlage der Gefährdungsbeurteilung hat der Arbeitgeber seine Beschäftigten durch eine **Unterweisung** gemäß § 6 ArbStättV ausreichend und angemessen zu informieren

- zum sicheren und gesundheitsrelevanten Ausführen der Tätigkeit an der Arbeitsstätte,
- zu Maßnahmen im Notfall (z. B. Bedienung von Warneinrichtungen, Mittel und Einrichtungen der Ersten Hilfe) und
- zu Maßnahmen der Brandverhütung und im Brandfall (v. a. Nutzung der Fluchtwege und Notausgänge, Bedienung von Feuerlöscheinrichtungen).

Die Unterweisungen müssen vor Aufnahme der Tätigkeit und danach mindestens jährlich oder bei wesentlichen betrieblichen Veränderungen wiederholt werden.

§ 5 ArbStättV verpflichtet den Arbeitgeber zum **Nichtraucherschutz**. Das generelle Rauchverbot in sächsischen Kindertageseinrichtungen gemäß § 7 Absatz 4 SächsKitaG wird hierdurch bekräftigt.

Dem Anhang der ArbStättV „Anforderungen und Maßnahmen für Arbeitsstätten nach § 3 Absatz 1“ sind allgemeine Anforderungen an Arbeitsstätten, die auch für Kitas gelten, zu entnehmen. Dazu gehören insbesondere:

- eine ausreichende Grundfläche und Raumhöhe in Abhängigkeit der Art der zu verrichtenden Tätigkeit und der Anzahl von Personen im Raum,
- Kennzeichnung von Sicherheits- und Gesundheitsrisiken,
- stromschlaggesicherte Energieverteilungsanlagen,
- Auswahl zweckdienlicher und gesundheitsschützender Materialien für Fußböden, Wände, Decken und Dächer und ggf. Kennzeichnung von Gefährdungsquellen (z. B. durchsichtige oder lichtdurchlässige Wände),
- sicher zu bedienende und zu reinigende Fenster und Oberlichter,
- Einrichtung von zweckdienlichen und sicheren Türen bzw. Toren und ggf. Kennzeichnung von Gefährdungsquellen (z. B. durchsichtige Türen),
- sichere Verkehrswege (einschließlich Treppen),
- absturzesicherte Laderampen (z. B. im Küchen- oder Reinigungsbereich).

Mit der neu gefassten ArbStättV wurde die seit 1996 geltende **Bildschirmarbeitsverordnung** (BildscharbV) außer Kraft gesetzt und ihre Inhalte in zum Teil modernisierter Form in die ArbStättV integriert. Damit werden die Pflichten des Arbeitgebers nunmehr in einer Verordnung klar geregelt.

Die rechtlichen Grundlagen für die Arbeit an Bildschirmarbeitsplätzen sind in der ArbStättV im § 1 Absatz 4 – Anwendungsbereich, § 2 Absätze 5 und 6 – Begriffe, § 3 Absatz 1 – Gefährdungsbeurteilung und im Anhang Nummer 6 – Maßnahmen zur Gestaltung von Bildschirmarbeitsplätzen, enthalten.

Bildschirmarbeitsplätze sind Arbeitsplätze, die sich in Arbeitsräumen befinden und mit Bildschirmgeräten und sonstigen Arbeitsmitteln wie Eingabegeräten (Tastatur, Maus), Software, Zusatzgeräten sowie Bürotisch und -stuhl ausgestattet sind. Der Bildschirmarbeitsplatz unterliegt derselben Begriffsbestimmung wie alle anderen Arbeitsplätze einer Arbeitsstätte. Nach allgemeiner Auffassung liegt ein Arbeitsplatz² dann vor, wenn sich Beschäftigte entweder mindestens 2 Stunden täglich oder mindestens 30 Arbeitstage im Jahr zur Verrichtung ihrer Arbeitsaufgabe dort aufhalten müssen (vgl. LASI-Veröffentlichung LV 40 „Leitlinien zur Arbeitsstättenverordnung“, März 2009, zur Zeit in Überarbeitung durch den LASI).

Das trifft üblicherweise bei Kita-Leitungen und teilweise auch bei stellvertretenden Leitungen mit einem entsprechenden administrativen Anteil zu. Durch die generelle Zunahme an administrativen Tätigkeiten und Dokumentationsarbeiten am PC arbeiten jedoch auch immer mehr Kita-Beschäftigte ohne Leitungsfunktion an PC-Arbeitsplätzen. Auch diese Arbeitsplätze sollten sicher und ergonomisch eingerichtet sein.

Die häufigsten Belastungen bei der Bildschirmarbeit ergeben sich aus dem dauerhaft konzentrierten Sehen auf den Bildschirm, die Informationsverarbeitung und dem langanhaltenden Sitzen ohne Bewegung. Daher ist Bildschirmtätigkeit weiterhin so zu organisieren, dass sie insbesondere durch andere Tätigkeiten oder regelmäßige Pausen unterbrochen wird, um einen Belastungswechsel zu ermöglichen und die Belastungen insgesamt durch die Bildschirmarbeit zu verringern.

Die Untersuchungen der Augen und des Sehvermögens sind ebenso weiterhin anzubieten wie auch die Bereitstellung spezieller Sehhilfen – dies wird geregelt durch die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV, vgl. **Kap. 2.1.1.7**).

Der Anhang der ArbStättV zu „Anforderungen und Maßnahmen für Arbeitsstätten nach § 3 Absatz 1“ beinhaltet Anforderungen an Raumabmessungen, Türen, Verkehrswege, Flucht- und Rettungswege sowie Anforderungen zur Beleuchtung, Lüftung, Raumtemperatur und zum Lärm in Arbeitsräumen, Pausen-, Bereitschafts- und Sanitärräumen. Konkretisiert werden diese allgemeinen Anforderungen durch die **Technischen Regeln für Arbeitsstätten (ASR)**, die den aktuellen Stand der Technik widerspiegeln. Die ASR sind Technische Regeln, bei deren Einhaltung der Arbeitgeber davon ausgehen kann, dass die entsprechenden Anforderungen der Verordnungen erfüllt sind. Wählt der Arbeitgeber eine andere Lösung, muss er damit mindestens die gleiche Sicherheit und den gleichen Gesundheitsschutz für die Beschäftigten erreichen.

Beim Einrichten und Betreiben, am besten bereits in der Planungsphase von Kitas, sind die nachfolgenden Anforderungen und diesbezüglichen Arbeitsstättenregeln (ASR) zu berücksichtigen (vgl. **Infobox 2.3**).

Nach der ASR A3.5 „Raumtemperatur“ muss beispielsweise die **Lufttemperatur** in Arbeitsräumen bei leichter Arbeitsschwere und in überwiegend sitzender Körperhaltung mindestens 20°C, bei überwiegendem Stehen/Gehen mindestens 19°C betragen und soll höchstens bei 26°C liegen; in Ausnahmefällen kann sie auch höher ausfallen (z. B. bei darüberliegenden Außentemperaturen). In den übrigen Betriebsräumen (Pausen-, Sanitär-, Sanitätsräume) muss während der Nutzung eine Mindest-Lufttemperatur von 21°C gewährleistet werden; in Wasch- und Duschräumen 24°C. An Fenstern, Oberlichtern oder Glaswänden müssen wirksame **Sonnenschutzvorrichtungen** installiert sein, um eine Überhitzung der Räume zu vermeiden. Bei mehr als 30°C Raumtemperatur müssen dann wirksame Maßnahmen (siehe Gefährdungsbeurteilung – **Kap. 3.1.3**) ergriffen werden, um die Beanspruchung und eine damit einhergehende mögliche Gesundheitsgefährdung der Beschäftigten zu verringern. Ab 35°C Raumtemperatur ist ein Arbeitsraum ohne Schutzmaßnahmen nicht mehr als Arbeitsraum zulässig.

Sanitärräume – dazu gehören Umkleide-, Wasch- und Toilettenräume – werden in der ASR A4.1 geregelt. **Toiletten-**

² Entsprechend der Übergangsbestimmung in § 8 Abs. 2 ArbStättV gilt die bisherige Arbeitsplatzdefinition gemäß § 2 Abs. 2 ArbStättV vom 12. August 2004, zuletzt geändert am 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474), weiter fort. Sie gilt so lange, bis diese vom Ausschuss für Arbeitsstätten (ASTA) überprüft und erforderlichenfalls vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Gemeinsamen Ministerialblatt neu bekannt gemacht worden ist. Demnach sind „Arbeitsplätze ... Bereiche von Arbeitsstätten, in denen sich Beschäftigte bei der von ihnen ausübenden Tätigkeit regelmäßig über einen längeren Zeitraum oder im Verlauf der täglichen Arbeitszeit nicht nur kurzfristig aufhalten müssen.“

räume müssen in ausreichender Anzahl vorhanden und verschließbar sein sowie Handwaschgelegenheiten beinhalten. **Waschräume** müssen mit fließend warmem und kaltem Wasser, Reinigungs- und ggf. Desinfektionsmittel ausgestattet sein und Mittel zum Abtrocknen der Hände haben.

Infobox 2.3	
Anforderungen an Räume (Arbeits-, Pausen- und Sanitärräume, Flure)	Arbeitsstättenregel (ASR)
Abmessung Bewegungsflächen	→ ASR A1.2 „Raumabmessungen und Bewegungsflächen“
Beschaffenheit (Fußböden, Wände, Fenster, Türen)	→ ASR A1.5 „Fußböden, Wände, Decken, Dächer“ → ASR A1.6 „Fenster, Oberlichter, lichtdurchlässige Wände“ → ASR A1.7 „Türen und Tore“
Verkehrswege Ausstattung	→ ASR A1.8 „Verkehrswege“ → ASR A2.1 „Schutz vor Absturz und herabfallenden Gegenständen, Betreten von Gefahrenbereichen“
Beleuchtung	→ ASR A3.4 „Beleuchtung“
Raumtemperatur (Sonneneinstrahlung)	→ ASR A3.5 „Raumtemperatur“
Lüftung	→ ASR 3.6 „Lüftung“
Lärm (Raumakustik)	→ ASR A3.7 „Lärm“ (Entwurf)
Erfordernis von Wasch- und Umkleieräumen, Anzahl der Toiletten Reinigung der Sanitärräume	→ ASR A4.1 „Sanitärräume“
Fluchtwege	
Abmessung Aufschlagrichtung der Türen Anforderungen an Notausgänge Kennzeichnung Beleuchtung Flucht- und Rettungsplan Übung	→ ASR A2.3 „Fluchtwege und Notausgänge, Flucht- und Rettungsplan“ → ASR A3.4/7 „Sicherheitsbeleuchtung, optische Sicherheitsleitsysteme“

Brandschutz	
Feuerlöscheinrichtungen (Anzahl, Art)	→ ASR A2.2 „Maßnahmen gegen Brände“
Erste Hilfe	
Meldeeinrichtungen Erste-Hilfe-Material (Anzahl, Art, Aufbewahrung)	→ ASR A4.3 „Erste-Hilfe-Räume, Mittel und Einrichtungen zur Ersten Hilfe“
Kennzeichnung	
Fluchtwege Notausgänge Feuerlöscheinrichtungen Erste-Hilfe-Einrichtungen	→ ASR A1.3 „Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung“

Wenn es die Art der Tätigkeit erfordert, muss eine ausreichende Anzahl Duschen vorhanden sein. Ist das Tragen besonderer Arbeitskleidung erforderlich, ist ein Kleidungswechsel in einem anderen Raum für die Beschäftigten nicht zumutbar, ist ein Umkleieraum – ggf. mit Sitzgelegenheiten und Aufbewahrungsmöglichkeiten für die Kleidung – erforderlich.

Pausenräume müssen ab mindestens zehn gleichzeitig in der Einrichtung tätigen Beschäftigten, die laut ArbZG (vgl. Kap. 2.1.7) einen Anspruch auf Ruhepausen haben, zur Verfügung stehen. Sie müssen leicht erreichbar und ausreichend groß sein sowie einfache zu reinigende Tische und Sitzgelegenheiten mit Rückenlehnen aufweisen (ASR A4.2).

Einrichtungen der Ersten Hilfe (ASR A4.3) müssen als ständig zugängliche Meldeeinrichtungen (z. B. Telefon) zum Absetzen eines sofortigen Notrufs vorhanden sein. Erste-Hilfe-Räume sind für Kitas aufgrund ihrer Größe (weniger als 1.000 Beschäftigte) bzw. Unfall- und Gesundheitsgefahren (kein höheres Risiko gegenüber anderen Branchen) nicht erforderlich. Mehr Informationen zur Arbeitsstättenverordnung und den Regeln: → <https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/ASR/ASR.html>

2.1.1.2 Betriebssicherheitsverordnung

Die Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV) regelt folgende Bereiche:

- die Verwendung von Arbeitsmitteln durch die Beschäftigten während der Arbeit,

- deren Zurverfügungstellung durch den Arbeitgeber sowie
- den Schutz anderer Personen („Dritter“, z. B. Kinder, Eltern, Dienstleister) in Gefahrenbereichen bei der Verwendung überwachungsbedürftiger Anlagen.

Unter „Arbeitsmitteln“ werden alle Werkzeuge, Geräte, Maschinen oder Anlagen, die für die Arbeit verwendet werden – davon gibt es in der Kita zahlreiche – sowie überwachungsbedürftige Anlagen verstanden (§ 2 Absatz 1 BetrSichV). Die „Verwendung von Arbeitsmitteln“ umfasst jegliche Tätigkeit mit diesen, also z. B. das Montieren und Installieren, das Bedienen, An- oder Abschalten oder Einstellen, den Gebrauch und das Betreiben, das Instandhalten, Reinigen, Prüfen, Umbauen, Erproben, Demontieren, Transportieren und das Überwachen (§ 2 Absatz 2 BetrSichV).

Kernpunkt der BetrSichV ist ein **Schutzkonzept**, welches folgende Aspekte umfasst:

- die Gefährdungsbeurteilung als zentrales Element für die Festlegung von Schutzmaßnahmen bzgl. aller Arbeitsmittel,
- den „Stand der Technik“ bei der Verwendung von Arbeitsmitteln als einheitlichen Sicherheitsmaßstab,
- die Wirksamkeitsprüfung der Schutzmaßnahmen,
- ein abgestuftes Prüfkonzepkt für Arbeitsmittel sowie
- Anforderungen an die Zurverfügungstellung von Arbeitsmitteln.

Die Arbeitsmittel müssen dabei laut § 5 BetrSichV für die auszuführenden Arbeiten geeignet, den gegebenen Einsatzbedingungen und vorhersehbaren Beanspruchungen angepasst und mit der erforderlichen sicherheitsrelevanten Ausrüstung ausgestattet sein. Sie dürfen keine Mängel aufweisen, die die sichere Verwendung beeinträchtigen. Neue, auch ausschließlich für die eigene Verwendung hergestellte Arbeitsmittel müssen den grundlegenden Sicherheits- und Gesundheitsschutzanforderungen des Binnenmarktrechtes entsprechen. Auch hat der Arbeitgeber dafür zu sorgen, dass seine Beschäftigten nur durch ihn selbst zur Verfügung gestellte oder solche Arbeitsmittel verwenden, deren Verwendung er ihnen ausdrücklich gestattet hat.

Der in § 3 BetrSichV geforderten **Gefährdungsbeurteilung** kommt eine große Bedeutung zu; sie ist für die sichere Verwendung der Arbeitsmittel unter Berücksichtigung der Arbeitsumgebung und der Gegenstände, an denen die entsprechende Tätigkeit ausgeführt wird, vorzunehmen, und soll bereits vor der Auswahl und Beschaffung eines Arbeitsmittels begonnen werden (z. B. einem Industriespüler für die Küche

oder einem Rasenmäher für das Außengelände). Einbezogen werden müssen dabei:

- die Gebrauchstauglichkeit (unter Berücksichtigung ergonomischer sowie alters- und altersngerechter Gesichtspunkte),
- die Zusammenhänge des Kontextes, in dem das Arbeitsmittel zum Einsatz kommt (z. B. Arbeitsplatz, -mittel, -verfahren, -organisation, -ablauf, -zeit und -aufgabe),
- die körperlichen und psychischen Belastungen der Beschäftigten bei der Verwendung der Arbeitsmittel sowie
- vorhersehbare Betriebsstörungen und die Gefährdungen bei Maßnahmen zu deren Beseitigung.

Der Arbeitgeber ist laut § 3 Absatz 3, 4, 7 und 8 BetrSichV für das Beschaffen entsprechender Informationen, die fachkundige Erstellung der Gefährdungsbeurteilung, deren Dokumentation und regelmäßige Überprüfung mit ggf. Aktualisierung verantwortlich. Verfügt er selbst nicht über diese Kompetenzen, so hat er sich fachkundig beraten zu lassen (z. B. durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit, vgl. **Kap. 3.1.2**).

Aus der Gefährdungsbeurteilung hat der Arbeitgeber gemäß §§ 4, 6, 8 und 9 BetrSichV **Schutzmaßnahmen** nach dem aktuellen Stand der Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene bei der Verwendung von Arbeitsmitteln abzuleiten, die in z. B. Technischen Regeln zur Betriebssicherheit (TRBS) und anderen arbeits- und sicherheitstechnischen Erkenntnissen von Unfallversicherungsträgern sowie Fachverbänden zu finden sind. Dabei haben technische Maßnahmen Vorrang vor organisatorischen und danach erst personenbezogenen Maßnahmen. Die dafür notwendigen finanziellen, personellen und organisatorischen Voraussetzungen sind durch den Arbeitgeber zur Verfügung zu stellen. Die Schutzmaßnahmen sind vor der erstmaligen Verwendung der Arbeitsmittel auf ihre Wirkung hin zu überprüfen und deren Ergebnisse zu dokumentieren.

Auch um die **Prüfung der Arbeitsmittel** und die damit zusammenhängenden **Fristen** hat sich der Arbeitgeber laut § 3 Absatz 6 bzw. §§ 14, 15 und 16 BetrSichV zu kümmern. Prüfungen von Arbeitsmitteln, deren Sicherheit von den Montagebedingungen abhängt, sind durch eine zur Prüfung befähigte Person auszuführen, bevor das Arbeitsmittel erstmals zum Einsatz kommt (mit Ausnahme von Prüfinhalten, die im Rahmen von Konformitätsbewertungsverfahren geprüft und dokumentiert wurden). Bei erforderlichen wiederkehrenden Prüfungen sind die Fristen (Monat und Jahr!) so festzulegen, dass eine sichere Verwendung der Arbeitsmittel

zwischen zwei Prüfterminen gewährleistet ist (!**Beachte:** in Anhang 2 und 3 BetrSichV genannte **Höchstfristen!**). Prüfungen vor der Wiederinbetriebnahme sind auch nach prüfpflichtigen Änderungen bzw. Schadensfällen durchzuführen. Die Prüfergebnisse sind zu dokumentieren und mindestens bis zur nächsten Prüfung, besser jedoch vollständig, aufzubewahren und auf Verlangen den zuständigen Behörden vorzuzeigen.

Maßnahmen der **Instandhaltung und Änderung** von Arbeitsmitteln werden in § 10 BetrSichV geregelt. Durch Prüfung und Instandhaltung sollen Betriebsstörungen, Unfälle und Schadensfälle möglichst verhindert werden. Treten sie doch auf oder sind instabile Betriebszustände vorhersehbar, so werden in § 11 BetrSichV Kriterien für das **Notfallmanagement** – wie Maßnahmen der Erste Hilfe, Zugangs- bzw. Absperrungsmöglichkeiten, Warneinrichtungen, notwendige Informationen – vorgegeben.

Der Arbeitgeber hat weiterhin seine Beschäftigten gemäß § 12 BetrSichV anhand der **Gefährdungsbeurteilung**, der daraus abgeleiteten Schutzmaßnahmen sowie zum Notfallmanagement angemessen zu informieren. Er hat die Beschäftigten zu **unterweisen**

- vor erstmaliger Aufnahme der Tätigkeit und Verwendung der Arbeitsmittel und
- danach in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch einmal pro Jahr.

Zeitpunkt und Inhalt der Unterweisung sowie die Namen der Unterwiesenen sind zu dokumentieren. Zusätzlich muss er den Beschäftigten vor erstmaliger Verwendung eines Arbeitsmittels eine entsprechende **Betriebsanweisung** in schriftlicher Form zur Verfügung stellen.

Besondere Vorschriften gelten gemäß der BetrSichV u. a. für **Aufzugsanlagen** (§§ 15 und 16 BetrSichV, Anhang 1 Nr. 4 und Anhang 2 Abschnitt 2 BetrSichV). Es besteht die Pflicht des Arbeitgebers zur Prüfung vor Inbetriebnahme und zur wiederkehrenden Prüfung. Zur Instandhaltung im Sinne des Notfallmanagements ist bei Personenaufzügen ein Zweiweg-Notruf zum Notdienst, ein Notfallplan beim Notdienst sowie die erforderlichen Notbefreiungseinrichtungen und eine Notbefreiungsanleitung vor Ort vorzuhalten. Die Prüffrist für Aufzugsanlagen („Hauptprüfung“) darf zwei Jahre nicht überschreiten. In der Mitte des Prüfzeitraumes zwischen zwei Hauptprüfungen ist eine Zwischenprüfung durchführen zu lassen. Die Prüfungen müssen durch zugelassene Überwa-

chungsstellen (ZÜS, z. B. TÜV, DEKRA) durchgeführt werden (Anhang 2 Abschnitt 2 BetrSichV). In der Aufzugskabine ist eine Prüfkennzeichnung anbringen zu lassen, die Jahr und Monat der nächsten wiederkehrenden Prüfung und die zuletzt prüfende ZÜS erkennen lässt.

2.1.1.3 Gefahrstoffverordnung

Die Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) regelt seit 2010 (letzte Änderung vom 29. März 2017) den Schutz von Beschäftigten und Umwelt beim Umgang mit gefährlichen Stoffen, Gemischen und Erzeugnissen. Die Verordnungsermächtigungen liegen im Chemikaliengesetz (ChemG) und im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG).

In § 2 GefStoffV Absatz 1 wird begrifflich präzisiert, welche Stoffe, Gemische und Erzeugnisse in den Geltungsbereich der GefStoffV fallen (vgl. **Infobox 2.4**).

Gefahrstoffe finden sich auch in Kitas: Dazu gehören beispielsweise Reinigungs- und Flächendesinfektionsmittel, Händedesinfektion, Leim und andere Klebstoffe, Lösungsmittelhaltige Farben, Geschirrspülmittel und Entkalker für Wasserkocher oder Kaffeemaschinen, um nur einige zu nennen. Relevante Tätigkeiten mit Gefahrstoffen, die auch in der Kita auftreten können, umfassen die Herstellung, Mischung, den Ge- und Verbrauch, die Lagerung und Aufbewahrung, die Ab- und Umfüllung, Entfernung und Entsorgung (§ 2 Absatz 5 GefStoffV).

Mit der Neufassung der GefStoffV im Jahr 2010 wurde das bis dahin gültige Schutzstufenkonzept abgelöst und im zweiten Abschnitt der aktuellen Fassung der GefStoffV in § 3 auf **Gefahrenklassen** in Bezug auf physikalische Gefahren, Gesundheitsgefahren, Umweltgefahren und als weitere Gefahren die Ozonschicht schädigend umgestellt.

➤ Infobox 2.4

§ 2 GefStoffV – Begriffsbestimmung

- (1) Gefahrstoffe im Sinne dieser Verordnung sind
1. gefährliche Stoffe und Gemische nach § 3,
 2. Stoffe, Gemische und Erzeugnisse, die explosionsfähig sind,
 3. Stoffe, Gemische und Erzeugnisse, aus denen bei der Herstellung oder Verwendung Stoffe nach Nummer 1 oder Nummer 2 entstehen oder freigesetzt werden,

4. Stoffe und Gemische, die die Kriterien nach den Nummern 1 bis 3 nicht erfüllen, aber aufgrund ihrer physikalisch-chemischen, chemischen oder toxischen Eigenschaften und der Art und Weise, wie sie am Arbeitsplatz vorhanden sind oder verwendet werden, die Gesundheit und die Sicherheit der Beschäftigten gefährden können,
5. alle Stoffe, denen ein Arbeitsplatzgrenzwert zugewiesen worden ist

....

(2a) Umweltgefährlich sind, über die Gefahrenklasse gewässergefährdend nach der Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 hinaus, Stoffe oder Gemische, wenn sie selbst oder ihre Umwandlungsprodukte geeignet sind, die Beschaffenheit von Naturhaushalt, Boden oder Luft, Klima, Tieren, Pflanzen oder Mikroorganismen derart zu verändern, dass dadurch sofort oder später Gefahren für die Umwelt herbeigeführt werden können.

(3) Krebserzeugend, keimzellmutagen oder reproduktionstoxisch sind

1. Stoffe, die in Anhang VI der Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 in der jeweils geltenden Fassung als karzinogen, keimzellmutagen oder reproduktionstoxisch eingestuft sind,

2. Stoffe, welche die Kriterien für die Einstufung als karzinogen, keimzellmutagen oder reproduktionstoxisch nach Anhang I der Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 in der jeweils geltenden Fassung erfüllen,

3. Gemische, die einen oder mehrere der in § 2 Absatz 3 Nummer 1 oder 2 genannten Stoffe enthalten, wenn die Konzentration dieses Stoffs oder dieser Stoffe die stoffspezifischen oder die allgemeinen Konzentrationsgrenzen nach der Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 in der jeweils geltenden Fassung erreicht oder übersteigt, die für die Einstufung eines Gemischs als karzinogen, keimzellmutagen oder reproduktionstoxisch festgelegt sind,

4. Stoffe, Gemische oder Verfahren, die in den nach § 20 Absatz 4 bekannt gegebenen Regeln und Erkenntnissen als krebserzeugend, keimzellmutagen oder reproduktionstoxisch bezeichnet werden,

(4) Organische Peroxide im Sinne des § 11 Absatz 4 und des Anhangs III sind Stoffe, die sich vom Wasserstoffperoxid dadurch ableiten, dass ein oder beide Wasserstoffatome durch organische Gruppen ersetzt sind, sowie Gemische, die diese Stoffe enthalten. ...

Die Einstufung und Kennzeichnung von Gefahrstoffen als solche muss laut § 4 Absatz 3 GefStoffV in deutscher Sprache erfolgen. Seit Mitte 2015 werden Gefahrstoffe weltweit mit einheitlichen Symbolen gekennzeichnet (Globally Harmonized System – GHS, vgl. [Infobox 2.5](#)).

Den Nutzern bzw. Verwendern müssen weiterhin Informationen in Form von Sicherheitsdatenblättern oder anderen Sicherheitsinformationen über die Art des Gefahrstoffes, mögliche Gefährdungen, einen sicheren Umgang, Präventionsmaßnahmen sowie Maßnahmen im Gefahrenfall durch den Anbieter zur Verfügung gestellt werden (§§ 4 und 5 GefStoffV).

Infobox 2.5

Gefahrensymbole gemäß GHS-Kennzeichnung

Piktogramm	Beschreibung	Gefahrenbezeichnung
	GHS01 explodierende Bombe	explosive, selbstentzündliche Stoffe
	GHS02 Flamme	(hoch/leicht) entzündbar, etc.
	GHS03 Flamme über einem Kreis	entzündend (oxidierend wirkend)
	GHS04 Gasflasche	Gase unter Druck
	GHS05 Ätzwirkung	korrosiv wirkend auf Metall, Ätz-/Reizwirkungen auf die Haut, Augenreizung und -schädigung
	GHS06 Totenkopf mit gekreuzten Knochen	toxisch (oral, dermal, inhalativ)
	GHS07 dickes Ausrufezeichensymbol	toxisch (oral, dermal, inhalativ), Haut- und Augenreizung, etc.
	GHS08 Gesundheitsgefahr	keimzellmutagen, kanzerogen, toxisch, etc.
	GHS09 Umwelt	gewässergefährdend

Der dritte Abschnitt der Gefahrstoffverordnung regelt die **Gefährdungsbeurteilung** und die Grundpflichten des Arbeitgebers. Bezugnehmend auf § 5 ArbSchG muss der Arbeitgeber laut § 6 GefStoffV im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung ermitteln, ob und wie die Beschäftigten während der Ausübung ihrer Tätigkeit mit Gefahrstoffen in Berührung kommen können und welche gefährlichen und/oder gesundheitlichen Auswirkungen dies auf sie hätte (! **Beachte:** Einzel- und Kombinationswirkungen!). Die in Infobox 2.6 genannten Kriterien sind dabei relevant.

➤ Infobox 2.6

§ 6 GefStoffV – Informationsermittlung und Gefährdungsbeurteilung

(1) Im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung als Bestandteil der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach § 5 des Arbeitsschutzgesetzes hat der Arbeitgeber festzustellen, ob die Beschäftigten Tätigkeiten mit Gefahrstoffen ausüben oder ob bei Tätigkeiten Gefahrstoffe entstehen oder freigesetzt werden können. Ist dies der Fall, so hat er alle hiervon ausgehenden Gefährdungen der Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten unter folgenden Gesichtspunkten zu beurteilen:

1. gefährliche Eigenschaften der Stoffe oder Gemische, einschließlich ihrer physikalisch-chemischen Wirkungen,
2. Informationen des Lieferanten zum Gesundheitsschutz und zur Sicherheit insbesondere im Sicherheitsdatenblatt,
3. Art und Ausmaß der Exposition unter Berücksichtigung aller Expositionswege; dabei sind die Ergebnisse der Messungen und Ermittlungen nach § 7 Absatz 8 zu berücksichtigen,
4. Möglichkeiten einer Substitution,
5. Arbeitsbedingungen und Verfahren, einschließlich der Arbeitsmittel und der Gefahrstoffmenge,
6. Arbeitsplatzgrenzwerte und biologische Grenzwerte,
7. Wirksamkeit der ergriffenen oder zu ergreifenden Schutzmaßnahmen,
8. Erkenntnisse aus arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge. ...

Die Beurteilung muss vor der erstmaligen Nutzung des Gefahrstoffs erfolgen, ist regelmäßig zu überprüfen, ggf. zu aktualisieren und ihre Ergebnisse sind zu dokumentieren. Dabei

kann der Arbeitgeber alle durch den Lieferanten zur Verfügung gestellten Informationen sowie bereits vorhandene Gefährdungsbeurteilungen verwenden.

So der Arbeitgeber selbst nicht fachkundig ist, muss er sich durch eine fachkundige Person (z. B. Betriebsarzt oder Fachkraft für Arbeitssicherheit – vgl. **Kap. 3.1.2**) beraten lassen. Bei der Gefährdungsbeurteilung sind Gefährdungen durch physikalisch-chemische Eigenschaften (insbesondere Brand- und Explosionsgefahren), durch toxische Eigenschaften und durch besondere Eigenschaften im Zusammenhang mit bestimmten Tätigkeiten unabhängig voneinander zu beurteilen.

! Beachte! Treten bei den Tätigkeiten mit bestimmten Gefahrstoffen nur geringe Gefährdungen auf, z. B. typisch für Kita:

- Schaumdesinfektion kleiner Flächen in geringem Umfang mit Produkten ohne Gefahrstoffkennzeichnung,
- haushaltsübliche Reinigung mit Spülmittel oder Allzweck-/Neutralreiniger ohne Alkohol,
- Körperpflege und -hygienemittel bei der Pflege von U3-Kindern oder
- Haushaltsprodukte (wie Spülmaschinen-Tabs) in haushaltüblichen Mengen,

so kann der Arbeitgeber auf eine detaillierte Dokumentation (Gefahrstoffverzeichnis) sowie schriftliche Betriebsanweisungen und die mündliche Unterweisung der Beschäftigten bei diesen Gefahrstoffen verzichten!

Alle anderen Gefahrstoffe sind nach § 6 Absatz 12 GefStoffV durch den Arbeitgeber in einem **Gefahrstoffverzeichnis** aufzuführen, welches folgende Informationen enthält:

- die Bezeichnung des Gefahrstoffes,
- seine Einstufung bzw. Angaben zu den gefährlichen Eigenschaften,
- den verwendeten Mengen und
- den Arbeitsbereichen, in denen die Beschäftigten dem Gefahrstoff ausgesetzt sind.

In § 7 GefStoffV werden detailliert die **Grundpflichten** des Arbeitgebers in Bezug auf den **betrieblichen Umgang mit Gefahrstoffen** aufgeführt. Dazu gehören neben der bereits genannten Gefährdungsbeurteilung auch eine Substitutionsprüfung (d. h. ein Austausch durch einen weniger oder gar nicht gefährlichen Stoff), die Ableitung geeigneter v. a. technischer und organisatorischer, aber auch personenbezogener

Schutzmaßnahmen mit dem Ziel, ein Risiko für die Beschäftigten auszuschließen oder zumindest zu minimieren.

Die notwendige **persönliche Schutzausrüstung (PSA)** – dazu gehören z. B. Schutzhandschuhe oder Schutzbrille – muss vom Arbeitgeber bereitgestellt, geprüft und ggf. gereinigt bzw. bei Schadhaftheit ersetzt werden. Weiterhin muss der Arbeitgeber sicherstellen, dass die Schutzausrüstung von den Beschäftigten auch benutzt wird.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung stellen weitergehende branchenspezifische Informationen für typische Arbeitsplatzbedingungen sowie deren Gefährdungsbeurteilung zur Verfügung. Darin sind auch Hinweise enthalten, ob z. B. Grenzwerte in Bezug auf Gefahrstoffe einzuhalten sind oder nicht. Nur wenn diese Informationen und eine Beratung durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nicht ausreichend sein sollten, können im Einzelfall **Messungen** zur Kontrolle der Arbeitsplatzbedingungen durch akkreditierte Messstellen durchgeführt werden. Aufgrund von neuen Erkenntnissen, wie z. B. geänderten Arbeitsbedingungen, ist die Gefährdungsbeurteilung zu aktualisieren und entsprechende Schutzmaßnahmen abzuleiten.

Abschnitt 4 der GefStoffV konkretisiert die durch den Arbeitgeber vorzunehmenden **Schutzmaßnahmen** für den Umgang mit sowie den Transport und die Aufbewahrung/Lagerung von Gefahrstoffen in allgemeine Schutzmaßnahmen (§ 8 GefStoffV) und zusätzliche Schutzmaßnahmen (§ 9 GefStoffV). In § 8 Absätze 3 bis 7 GefStoffV wird explizit auf die **Lagerung von Gefahrstoffen** eingegangen. Gefahrstoffe müssen so gelagert werden, dass keine Gefahr für Mensch und Umwelt von ihnen ausgeht, d. h.:

- Aufbewahrung in Behältnissen, die nicht mit Lebensmitteln verwechselt werden können,
- übersichtliche Anordnung und Lagerung nicht in unmittelbarer Nähe von Arzneimitteln, Lebens- oder Futtermitteln.

Das gilt auch für **Abfälle**, die sachgerecht gelagert und entsorgt werden müssen. Toxische (giftige) Stoffe und Gemische dürfen nur unter Verschluss und nur für fachkundige Personen zugänglich gelagert werden.

In § 11 GefStoffV werden besondere Schutzmaßnahmen bei physikalisch-chemischen Einwirkungen gefordert, die insbesondere zu **Brand- und Explosionsgefährdungen** führen können. Dazu gehören:

- die Vermeidung gefährlicher Mengen und/oder Konzentrationen der Gefahrstoffe,
- die Vermeidung von Zündquellen oder brand- und explosionsauslösenden Bedingungen und
- Maßnahmen, die die schädigenden Auswirkungen von Bränden und Explosionen verhindern.

Zur adäquaten Begegnung von **Betriebsstörungen, Unfällen und Notfällen** müssen nach § 13 GefStoffV Notfallmaßnahmen festgelegt, angemessene Erste-Hilfe-Einrichtungen bereitgestellt und Sicherheitsübungen in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden. Im Notfall muss der Arbeitgeber die betroffenen Beschäftigten unverzüglich informieren, die Folgen des Notfalls mindern und schnellstmöglich die Wiederherstellung des Normalzustandes sicherstellen. Die Mitarbeiter sind vor Aufnahme der Tätigkeit mit geeigneter Schutzausrüstung (z. B. Schutzhandschuhen) auszustatten bzw. sind spezielle Sicherheitseinrichtungen (z. B. Anmisch-einrichtungen für Reinigungs- oder Desinfektionslösungen) und besondere Arbeitsmittel zur Verfügung zu stellen. Weiterhin hat der Arbeitgeber für die Bereitstellung von Warn- und Kommunikationssystemen zur Anzeige einer erhöhten Gefährdung zu sorgen und muss ggf. Informationen an betriebsfremde Unfall- und Notfalldienste über innerbetriebliche Notfallmaßnahmen übermitteln.

Nach § 14 GefStoffV müssen die Beschäftigten durch den Arbeitgeber zu folgenden Themen in Form einer **schriftlichen Betriebsanweisung unterrichtet** werden:

- am Arbeitsplatz auftretende Gefahrstoffe,
- angemessene Vorsichts- und Schutzmaßnahmen (Hygienevorschriften, Expositionsverhütung, Schutzausrüstung und -kleidung) und
- Notfallmaßnahmen.

Diese Betriebsanweisung muss bei maßgeblichen Veränderungen der Arbeitsbedingungen angepasst werden. Des Weiteren sind die Beschäftigten **auf Grundlage der Betriebsanweisung mündlich**:

- vor Aufnahme der Beschäftigung und
- danach mindestens einmal jährlich arbeitsplatzbezogen

zu **unterweisen**. Die Unterweisungen sind zu dokumentieren. Darüber hinaus muss der Arbeitgeber für alle betroffenen Beschäftigten eine allgemeine arbeitsmedizinisch-toxikologische Beratung mit Hinweis auf arbeitsmedizinische Vorsorgen nach ArbMedVV (vgl. **Kap. 2.1.1.7**), besondere Ge-

sundheitsgefahren sowie getroffene Gegenmaßnahmen durchführen.

Eine aktuelle Zusammenstellung zu Gefahrstoffen in Grundschulen und Kindertagesstätten und zum Umgang damit findet sich in der Schrift 02-16 der Unfallkasse Sachsen (→ <https://www.unfallkassesachsen.de> → Service → Mediathek → Druckschriften).

2.1.1.4 Biostoffverordnung

Die Biostoffverordnung (BioStoffV) regelt Schutzmaßnahmen für Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen, von denen Gefährdungen der Sicherheit und Gesundheit für die Beschäftigten ausgehen können, z. B. die Infektion mit Krankheitserregern. Neben dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) zählt auch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) zu ihrer Verordnungsermächtigung. Seit Inkrafttreten im Jahr 1999 wurde sie mehrfach geändert. Die Neufassung aus dem Jahr 2013 ist in insgesamt sechs Abschnitte gegliedert, in denen vor allem die Grundpflichten des Arbeitgebers sowie die Schaffung eines Sicherheitsbewusstseins bei den Beschäftigten betont werden.

Im ersten Abschnitt der BioStoffV werden zentrale Begriffe definiert. So werden laut § 2 Absatz 1 und 2 BioStoffV u. a. Mikroorganismen (z. B. Viren, Bakterien, Pilze) oder Endo- bzw. Ektoparasiten (z. B. Würmer, Läuse) als Biostoffe verstanden, die auch in Kitas auftreten können. Gefährdungen durch Biostoffe können infektiöser, sensibilisierender, toxischer oder sonstiger, die Gesundheit schädigender Art (z. B. fruchtschädigend – Varizellen- oder Rötelnvirus) sein. Gemäß § 2 Absatz Absatz 7 und 8 BioStoffV gilt es zu unterscheiden, ob es sich bei den zu betrachtenden Tätigkeiten, die zu einem Kontakt mit Infektionserregern führen, um **gezielte** oder nicht **gezielte Tätigkeiten** handelt. Gezielte Tätigkeiten liegen dann vor, wenn:

1. die Tätigkeiten auf einen oder mehrere Biostoffe unmittelbar ausgerichtet sind,
2. der Biostoff oder die Biostoffe mindestens der Spezies nach bekannt sind und
3. die Exposition der Beschäftigten im Normalbetrieb hinreichend bekannt oder abschätzbar ist.

Nicht gezielte Tätigkeiten liegen laut BioStoffV dann vor, wenn mindestens eine dieser Voraussetzungen nicht gegeben ist. Die Arbeit in Kitas gehört zu den nicht gezielten Tätigkei-

ten mit Biostoffen, denn es handelt sich um die berufliche Arbeit mit Menschen, bei der Biostoffe auftreten und die Beschäftigten damit in Kontakt kommen können. Für Kitas kann davon ausgegangen werden, dass dies für alle pflegerischen Tätigkeiten wie Wickeln oder Hilfen beim Toilettengang, jedoch auch beim Füttern zutrifft. Demnach liegen nicht gezielte Tätigkeiten mit Biostoffen zumindest im U3- sowie im Integrativ-Bereich vor, für Kindergärten und Horte ist dies auf Grundlage der jeweiligen Gefährdungsbeurteilung zu prüfen.

Die biologischen Arbeitsstoffe, denen Beschäftigte ausgesetzt sind, werden laut § 3 BioStoffV einer von vier Risikogruppen zugeordnet (**Infobox 2.7**). Die Einstufung erfolgt laut Anhang III der EU-Richtlinie 2000/54/EG sowie durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) nach Beratung mit dem Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe.

Infobox 2.7

§ 3 BioStoffV – Einstufung von Biostoffen in Risikogruppen

Biologische Arbeitsstoffe werden entsprechend dem von ihnen ausgehenden Infektionsrisiko nach dem Stand der Wissenschaft in eine der folgenden Risikogruppen eingestuft:

- 1. Risikogruppe 1:**
Biostoffe, bei denen es unwahrscheinlich ist, dass sie beim Menschen eine Krankheit hervorrufen.
- 2. Risikogruppe 2:**
Biostoffe, die eine Krankheit beim Menschen hervorrufen können und eine Gefahr für Beschäftigte darstellen könnten; die Gefahr einer Verbreitung in der Bevölkerung ist unwahrscheinlich; eine wirksame Vorbeugung oder Behandlung ist normalerweise möglich.
- 3. Risikogruppe 3:**
Biostoffe, die eine schwere Krankheit beim Menschen hervorrufen und eine ernste Gefahr für Beschäftigte darstellen können; die Gefahr einer Verbreitung in der Bevölkerung kann bestehen, doch ist normalerweise eine wirksame Vorbeugung oder Behandlung möglich.
- 4. Risikogruppe 4:**
Biostoffe, die eine schwere Krankheit beim Menschen hervorrufen und eine ernste Gefahr für Beschäftigte darstellen; die Gefahr einer Verbreitung in der Bevölkerung ist unter Umständen groß; normalerweise ist eine wirksame Vorbeugung oder Behandlung nicht möglich.

Der zweite Abschnitt (§§ 4–7) der BioStoffV regelt die Gefährdungsbeurteilung für Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen. In der Gefährdungsbeurteilung müssen laut § 4 BioStoffV alle auftretenden biologischen Arbeitsstoffe identifiziert werden und deren gesundheitsschädigende – auch toxische und sensibilisierende – Wirkung, sowie deren Übertragungswege (z. B. über Haut, Mund oder Atemwege) – und das getrennt für jeden einzelnen Biostoff. Ferner ist festzuhalten, bei welchen Tätigkeiten, wie genau, wie häufig und wie lange ein Kontakt zwischen Beschäftigten und dem/n Biostoff/en besteht.

Die **Gefährdungsbeurteilung** ist:

- vor Aufnahme der Tätigkeit mit biologischen Arbeitsstoffen vorzunehmen und
- bei maßgeblichen Veränderungen der Arbeitsbedingungen oder
- bei als nicht wirksam erkannten Schutzmaßnahmen,
- jedoch mindestens jedes zweite Jahr zu überprüfen.

Da es sich in KITAS hauptsächlich um nicht gezielte Tätigkeiten mit Biostoffen handelt, werden laut § 6 BioStoffV keine Schutzstufen zugeordnet. Alle Erkenntnisse der Gefährdungsbeurteilung sind laut § 7 BioStoffV schriftlich zu dokumentieren. Bestandteil der Gefährdungsbeurteilung muss ein Biostoffverzeichnis sein, das folgende Bestandteile hat:

- alle Biostoffe,
- ihre Risikogruppe und
- ihre gesundheitsschädigende Wirkung.

Das Biostoffverzeichnis muss allen betroffenen Beschäftigten und der Mitarbeitervertretung zugänglich sein. Die Gefährdungsbeurteilung ist laut § 17 BioStoffV auf Verlangen den zuständigen Behörden zu übermitteln.

In Abschnitt 3 (§§ 8–14) der BioStoffV werden die Grundpflichten sowie die Schutzmaßnahmen für den Arbeitgeber festgelegt. Zu den in § 8 BioStoffV beschriebenen Grundpflichten gehören neben der Gefährdungsbeurteilung und den daraus abgeleiteten Schutzmaßnahmen (vgl. § 4 BioStoffV) auch:

- die Schaffung der notwendigen personellen, finanziellen und organisatorischen Voraussetzungen für den Schutz der Beschäftigten,
- die Beteiligung der Mitarbeitervertretung bei allen Maßnahmen des Arbeitsschutzes und

- die Schaffung eines Sicherheitsbewusstseins bei den Beschäftigten für den Umgang mit biologischen Arbeitsstoffen.

Der Arbeitgeber hat laut § 9 BioStoffV dafür Sorge zu tragen, dass allgemeine Schutzmaßnahmen durchgeführt werden. Es sind in jedem Fall mindestens die allgemeinen Hygienemaßnahmen einzuhalten. Diese werden in der TRBA 500 präzisiert (**Infobox 2.8**).

Diese Mindestanforderungen umfassen bauliche, technische und organisatorische Regelungen, wie z. B. die regelmäßige Reinigung von Arbeitsplätzen und Arbeitsmitteln oder das Vorhandensein von Waschegelegenheiten für die Beschäftigten sowie vom Arbeitsplatz getrennte Umkleidemöglichkeiten, sofern Arbeitskleidung bei Bedarf zu wechseln ist.

➤ Infobox 2.8

TRBA 500 – Grundlegende Maßnahmen bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen

4. Schutzmaßnahmen

4.1 Allgemeines

- (1) Wird in der Gefährdungsbeurteilung festgestellt, dass Gefährdungen vorhanden sind, hat der Arbeitgeber zuerst die erforderlichen technischen und baulichen sowie die organisatorischen Maßnahmen zu ergreifen. Dies gilt auch, wenn die Tätigkeiten aufgrund fehlender oder geringer Infektionsgefährdung der Schutzstufe 1 zugeordnet wurden aber sensibilisierende oder toxische Gefährdungen vorliegen. Zusätzlich kann der Einsatz von persönlicher Schutzausrüstung notwendig werden. Eine Abweichung von der Rangfolge der Schutzmaßnahmen ist in der Gefährdungsbeurteilung zu begründen.
- (2) Die erforderlichen Schutzmaßnahmen und Verhaltensregeln sowie Anweisungen über das Verhalten bei Unfällen und Betriebsstörungen und zur Ersten Hilfe sind in einer Betriebsanweisung festzulegen [...].
- (3) Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die Arbeitnehmer regelmäßig anhand der Betriebsanweisung über die möglichen Gefahren für die Gesundheit, die Durchführung der getroffenen Schutzmaßnahmen und das Tragen von persönlicher Schutzausrüstung und in einer für die Beschäftigten verständlichen Form und Sprache zu unterweisen. Die erfolgten Maßnahmen und Unterweisungen sind zu dokumentieren.
- (4) Die in dieser TRBA beschriebenen Maßnahmen sind entsprechend der jeweiligen Branche und der betrieblichen Situation auszuwählen und anzupassen.

- (5) Bei Tätigkeiten, für die fachbezogene TRBA vorliegen, sind diese vorrangig umzusetzen.

4.2 Technische und bauliche Maßnahmen

- (1) Arbeitsmittel (Maschinen, Betriebseinrichtungen) Fußböden und Wände im Arbeitsbereich sollen leicht zu reinigen sein.

[...]

- (3) Es sind leicht erreichbare Waschgelegenheiten mit fließendem Wasser, Einrichtungen zum hygienischen Trocknen der Hände sowie geeignete Hautschutz- und Hautpflegemittel vorzuhalten. [...]

[...]

- (5) Vom Arbeitsplatz getrennte Umkleidemöglichkeiten sind vorzusehen.

[...]

4.3 Organisatorische Maßnahmen

Der Arbeitgeber hat dafür zu sorgen, dass die nachfolgenden Maßnahmen umgesetzt werden. Dafür muss er den Beschäftigten ausreichend Zeit und Möglichkeiten zur Verfügung stellen.

- (1) Die Zahl der Beschäftigten, die biologischen Arbeitsstoffen ausgesetzt sind oder sein können, ist auf das für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe notwendige Maß zu begrenzen.

- (2) Es ist für grundlegende Hygienemaßnahmen zu sorgen. Dazu gehört das Waschen der Hände vor Eintritt in die Pausen und nach Beendigung der Tätigkeit; weiterhin die regelmäßige und bedarfsweise Reinigung des Arbeitsplatzes und das Reinigen/Wechseln von Arbeitskleidung und persönlicher Schutzausrüstung. Die Maßnahmen sind in einem Reinigungs- und Hygieneplan festzuhalten [...].

Beschäftigte dürfen an Arbeitsplätzen, an denen die Gefahr einer Verunreinigung durch biologische Arbeitsstoffe besteht, keine Nahrungs- und Genussmittel zu sich nehmen. [...]

Sofern entsprechend der Gefährdungsbeurteilung Desinfektionsmaßnahmen erforderlich sind, müssen diese mit geprüften Desinfektionsmitteln durchgeführt werden.

- (3) Pausen- und Bereitschaftsräume dürfen nicht mit mikrobiell verunreinigter Arbeitskleidung betreten werden.
- (4) Abfälle mit biologischen Arbeitsstoffen sind in geeigneten Behältnissen zu sammeln.
- (5) Arbeitskleidung und persönliche Schutzausrüstung sind von der Privatkleidung getrennt aufzubewahren.
- (6) Mikrobiell verunreinigte Kleidung darf nicht zu Hause gereinigt werden.

- (7) Sofern Privatkleidung als Arbeitskleidung getragen wird und die Möglichkeit der mikrobiellen Verunreinigung bei der Arbeit besteht, gelten sinngemäß die Absätze (3), (5) und (6).

- (8) Sofern Schädlinge wie Nagetiere, Tauben, Insekten und andere Tiere im Arbeitsbereich vorkommen, ist eine regelmäßige Schädlingsbekämpfung durchzuführen.

- (9) Lagerbedingungen, die eine Vermehrung biologischer Arbeitsstoffe begünstigen, sind zu vermeiden, sofern dies betriebsbedingt möglich ist.

4.4 Persönliche Schutzausrüstung

- (1) Im Einzelfall muss aufgrund der Gefährdungsbeurteilung persönliche Schutzausrüstung getragen werden.

- (2) Die erforderliche persönliche Schutzausrüstung (z. B. Hautschutz, Schutzkleidung, Schutzschuhe, [...]) ist auf der Basis der Unterweisung bestimmungsgemäß zu benutzen.

[...]

- (4) Persönliche Schutzausrüstung ist nach Benutzung zu pflegen und gegebenenfalls auszutauschen, um eine zusätzliche Exposition durch die mikrobielle Verunreinigung der persönlichen Schutzausrüstung zu vermeiden.

Der Arbeitgeber muss auch diese Schutzmaßnahmen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüfen und ggf. anpassen.

Nach § 14 BioStoffV muss der Arbeitgeber auf der Grundlage der Gefährdungsbeurteilung **schriftlich** eine arbeitsbereichs- und stoffbezogene **Betriebsanweisung** erstellen. Diese Betriebsanweisung soll:

- auf die mit der Tätigkeit verbundenen Gefahren hinweisen (Grundlage: Biostoffverzeichnis, vgl. § 47 BioStoffV),
- die erforderlichen Schutzmaßnahmen (z. B. Hygienemaßnahmen, Tragen persönlicher Schutzausrüstung wie Handschuhe und Schutzkleidung) und Verhaltensregeln festlegen,
- Anweisungen über das Verhalten bei Unfällen und Betriebsstörungen einschließlich der Ersten Hilfe geben und
- zur sachgerechten Inaktivierung oder Entsorgung von Biostoffen informieren.

Die Betriebsanweisung muss so abgefasst sein, dass sie von allen Beschäftigten verstanden werden kann. Sie ist allen Beschäftigten zur Verfügung zu stellen.

Auf der Grundlage der Betriebsanweisung hat der Arbeitgeber eine arbeitsplatz- und tätigkeitsbezogene **mündliche Unterweisung** der Beschäftigten (dazu zählen auch Praktikantinnen/Praktikanten!) nach folgendem Modus durchzuführen:

- vor Aufnahme der Tätigkeit und
- anschließend einmal jährlich.

Die Unterweisung soll ein Sicherheitsbewusstsein bei den Beschäftigten schaffen und eine allgemeine arbeitsmedizinische Beratung enthalten, bei der die Beschäftigten unter Beteiligung des Betriebsarztes über Infektionsgefährdungen, arbeitsmedizinische Vorsorgen und mögliche Impfungen unterrichtet werden. Die Unterweisung ist **schriftlich zu dokumentieren** und von den Unterwiesenen **per Unterschrift zu bestätigen**.

So der Arbeitgeber selbst nicht fachkundig ist, muss er sich durch eine Ärztin oder einen Arzt nach § 7 ArbMedVV (Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“) sowie eine Fachkraft für Arbeitssicherheit beraten lassen (vgl. **Kap. 3.1.2**).

Hilfestellung bei der Umsetzung der Anforderungen der BioStoffV erhalten die Kita-Träger durch verschiedene Technische Regeln Biologische Arbeitsstoffe (TRBA). So wird z. B. in der TRBA 400 „Handlungsanleitung zur Gefährdungsbeurteilung und für die Unterrichtung der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen“ erläutert, wie die Gefährdungsbeurteilung in den Unternehmen durchzuführen ist.

Eine genaue Erläuterung der Risikogruppen (§ 3 BioStoffV) geben die TRBA 462 „Einstufung von Viren in Risikogruppen“ und die TRBA 466 „Einstufung von Bakterien in Risikogruppen“. Hier werden u. a. die Erreger von Grippe, Hepatitis A, Masern, Mumps, Röteln, Ringelröteln, Windpocken, Zytomegalie und Keuchhusten, die in Kitas hauptsächlich vorkommen, der Risikogruppe 2 zugeordnet (vgl. **Infobox 2.7**).

Genaue Erläuterungen zum praktischen Umgang mit Biostoffen finden sich in der TRBA 250 „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“, die im Jahr 2016 überarbeitet wurde. Obgleich die TRBA 250 mit dem Schwerpunkt auf medizinische und pflegerische Berufe erstellt wurde, sind folgende Schutzmaßnahmen für die Arbeit in Kitas anzuwenden, sofern Biostoffe auftreten (**Infobox 2.9**):

Infobox 2.9

Technische Regel für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) 250:

...

4.1 Mindestschutzmaßnahmen

1. Bereitstellung leicht erreichbarer **Handwaschplätze** (mit Armaturen, die ohne Handberührungen bedienbar sind) mit fließend warmem und kaltem Wasser, Spendern für Hautreinigungsmittel und Einmalhandtücher
2. **Desinfektionsmittelspender**, wenn hygienische Händedesinfektion erforderlich ist
3. Zur Verfügung stellen **geeigneter Hautreinigungs-, -schutz- und -pflegemittel** auf Grundlage eines **Hautschutzplans** und Unterweisung der Mitarbeiter in deren regelmäßiger und richtiger Anwendung
4. Verwendung leicht zu reinigender **Oberflächen** (Fußböden, Arbeitsflächen, Oberflächen von Arbeitsmitteln), die beständig gegen verwendete Reinigungsmittel und ggf. Desinfektionsmittel sind
5. Schriftliche Festlegung von **Maßnahmen zur Vermeidung einer Infektionsgefährdung** durch Regelungen zu Desinfektion, Reinigung, ggf. Sterilisation sowie zur Ver- und Entsorgung in Form eines **Hygieneplans** und Überwachung dessen Befolgung
6. **Verbot von Nahrungs- und Genussmitteln** an Arbeitsplätzen (z. B. Wickelbereich), an denen die Gefahr einer Kontamination durch biologische Arbeitsstoffe besteht
7. **Verbot des Tragens von Schmuckstücken**, Ringen (auch Eheringe), Armbanduhren, Piercings, **künstlichen Fingernägeln** oder Freundschaftsbändern an Händen und Unterarmen bei **Tätigkeiten**, die eine **hygienische Händedesinfektion** erfordern
8. **Wechsel der Arbeitskleidung** (Kleidung, die anstelle oder in Ergänzung der Privatkleidung bei der Arbeit getragen wird, ohne spezielle Schutzfunktion); Arbeitskleidung ist regelmäßig sowie bei Bedarf zu wechseln und zu reinigen

[...]

10. Ausübung von Tätigkeiten mit Biostoffen nur von **fachlich geeigneten Personen** (abgeschlossene Berufsausbildung) oder wenn diese Person den Ausführenden unterwiesen hat und beaufsichtigt (z. B. bei Praktikantinnen/Praktikanten)
11. Beachtung des **Jugendarbeitsschutzgesetzes** und des **Mutterschutzgesetzes**

4.2 Schutzmaßnahmen bei Tätigkeiten der Schutzstufe 2

1. Benutzung von **Oberflächen**, die **beständig** gegen **Desinfektionsmittel** sind

2. **getrennte Toiletten** für Beschäftigte und Betreute, die mindestens **täglich gereinigt** und ggf. desinfiziert werden

[...]

6. Bereitstellung und Nutzung geeigneter **Persönlicher Schutzausrüstung** (z. B. Handschuhe) sowie **Schutzkleidung** (Kleidung, die Beschäftigte vor schädigenden Einwirkungen bei der Arbeit schützen oder die Kontamination der Arbeits- oder Privatkleidung durch biologische Arbeitsstoffe vermeiden soll) sowie deren Reinigung, Desinfektion, Instandhaltung und ggf. sachgerechte Entsorgung

7. Bereitstellung von **Schutzkleidung**, wenn bei der Tätigkeit mit **Kontaminationen der Arbeitskleidung** (nicht immer sichtbarer Kontakt mit Körperflüssigkeiten (z. B. Speichel, Blut), Körperausscheidungen (z. B. Stuhl) oder Körpergewebe) gerechnet werden muss (z. B. beim Wickeln).

- Die Schutzkleidung muss die Arbeitskleidung an allen Stellen bedecken, die tätigkeitsbedingt kontaminiert werden können.

- Kontaminierte Arbeitskleidung ist zu wechseln und vom Arbeitgeber wie Schutzkleidung zu desinfizieren und zu reinigen.

- Schutzkleidung oder kontaminierte Arbeitskleidung darf von den Beschäftigten nicht zur Reinigung nach Hause mitgenommen werden. Pausen- und Bereitschaftsräume dürfen nicht mit Schutzkleidung oder kontaminierter Arbeitskleidung betreten werden.

8. Tragen von Schutzhandschuhen bei Tätigkeit bei der ein Kontakt der Hände mit potenziell infektiösem Material zu erwarten ist (z. B. beim Wickeln oder Waschen von U3-Kindern)

Das Hinzuziehen von **arbeitsmedizinischem Sachverstand** ist bei der Beurteilung von Tätigkeiten mit Biostoffen dringend geboten, insbesondere bei Tätigkeiten, die

- Hygienemaßnahmen oder spezielle Desinfektionsmaßnahmen oder
- das Tragen persönlicher Schutzausrüstung erfordern und
- hautbelastend sind bzw. Maßnahmen zum Hautschutz erforderlich machen.

Weiterhin ist die Einbeziehung von Betriebsärzten bei der Pflicht- und Angebotsvorsorge bei Tätigkeiten mit Biostoffen gemäß ArbMedVV vorgeschrieben.

2.1.1.5 Lastenhandhabungsverordnung

Die Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der manuellen Handhabung von Lasten bei der Arbeit – kurz Lastenhandhabungsverordnung (LasthandhabV) – hat zum Ziel, das manuelle Handhaben von Lasten, welches für die Beschäftigten zu einer Gefährdung der Sicherheit und Gesundheit führen kann, insbesondere Rückenerkrankungen (v. a. der Lendenwirbelsäule), zu vermeiden bzw. zu minimieren (§ 1 LasthandhabV). Das betrifft jedes Befördern oder Abstützen einer Last (z. B. Gegenstände, Kinder) durch menschliche Kraft (Heben, Absetzen, Schieben, Ziehen, Tragen, Bewegen, vgl. **Kap. 4.2**).

Der Arbeitgeber ist nach § 2 LasthandhabV verpflichtet **Schutzmaßnahmen durchzuführen**, insbesondere:

- organisatorische Maßnahmen zu treffen oder geeignete Arbeitsmittel einzusetzen (v. a. mechanische Ausrüstung), um manuelle Handhabung von Lasten zu vermeiden oder,
- so eine Vermeidung manueller Lastenhandhabung nicht möglich ist, Maßnahmen zu treffen, durch welche die Gefährdung möglichst geringgehalten wird.

Die Gefährdung muss im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung unter Berücksichtigung verschiedener Merkmale der Last (z. B. der Möglichkeit unvorhergesehener Bewegungen), der zu erfüllenden Arbeitsaufgabe oder der Beschaffenheit des Arbeitsplatzes/der Arbeitsumgebung erfolgen (vgl. Anhang LasthandhabV).

Bei der Beurteilung der Gefährdungen sowie der Schutzmaßnahmen hat der Arbeitgeber nach § 3 LasthandhabV die körperlichen Voraussetzungen der Beschäftigten zu berücksichtigen. Zur Gefährdungsbeurteilung bei der Handhabung von Lasten sollte die Leitmerkalmethode der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zum Einsatz kommen (→ https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Physische-Belastung/Leitmerkalmethode/Leitmerkalmethode_node.html). Sie werden insbesondere vom Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) zur Anwendung empfohlen.

Darüber hinaus hat der Arbeitgeber nach § 4 LasthandhabV die Mitarbeiter regelmäßig über die Gefahren, denen die Beschäftigten v. a. bei unsachgemäßer Ausführung der Tätigkeit ausgesetzt sind, sowie über den sachgemäßen Umgang mit manuellen Lasten (Gegenstände und Kinder) zu unterweisen.

2.1.1.6 Lärm- und Vibrationsarbeitsschutzverordnung

Die Lärm- und Vibrationsarbeitsschutzverordnung (Lärm-VibrationsArbSchV) dient dem Schutz der Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten vor tatsächlichen oder möglichen Gefährdungen durch Lärm oder Vibrationen bei der Arbeit. Für Kitas relevant ist vor allem der Schutz vor Lärm im Sinne einer Gehörschädigung (vgl. [Kap. 4.1](#)).

Demnach ist der Arbeitgeber verpflichtet, geeignete Schutzmaßnahmen nach dem Stand der Technik durchzuführen, um die Gefährdung der Beschäftigten durch Lärm auszuschließen oder so weit wie möglich zu verringern (**Minimierungsgebot**). Abzugrenzen sind hier die Regelungen für die Gestaltung von Arbeitsstätten im Rahmen der ArbStättV (vgl. [Kap. 2.1.1.1](#)), bei der es auch um die möglichen psychovegetativen Beeinträchtigungen durch Lärm geht.

Nach § 3 LärmVibrationsArbSchV ist im Rahmen der **Gefährdungsbeurteilung** deshalb zunächst festzustellen, ob die Beschäftigten Lärm ausgesetzt sind oder sein können. Wenn ja, hat der Arbeitgeber die auftretenden Expositionen zu ermitteln und zu bewerten. Die Gefährdungsbeurteilung muss dann mindestens Folgendes ausweisen:

- Art, Ausmaß und Dauer der Lärmbelastung,
- Auslöse- und Expositionswerte,
- die Verfügbarkeit alternativer Arbeitsmittel und Ausrüstungen,
- Erkenntnisse aus arbeitsmedizinischer Vorsorge und allgemein zugänglichen und veröffentlichten Informationen hierzu,
- die zeitliche Ausdehnung der beruflichen Exposition über eine Achtstundenschicht hinaus,
- die Verfügbarkeit und Wirksamkeit von Gehörschutzmitteln,
- die Auswirkungen auf Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten, die besonders gefährdeten Gruppen angehören (z. B. Schwangere) und
- Herstellerangaben zur Lärmexposition.

Sofern **Lärmmessungen** erforderlich sind, muss der Arbeitgeber gemäß §§ 4 und 5 LärmVibrationsArbSchV sicherstellen, dass diese nach dem aktuellen Stand der Technik und von fachkundigen Personen mit an die Arbeitsplatz- und Expositionsbedingungen angepassten Messverfahren und -geräten durchgeführt werden. Dabei gelten nach § 6 LärmVibrationsArbSchV für einen achtstündigen Arbeitstag folgende **Aus-**

lösewerte für den Tages-Lärmexpositionspegel und den Spitzenschalldruckpegel (vgl. [Kap. 4.1](#)):

1. obere Auslösewerte: $L_{EX, 8h} = 85 \text{ dB(A)}$ beziehungsweise $L_{pC, peak} = 137 \text{ dB(C)}$
2. untere Auslösewerte: $L_{EX, 8h} = 80 \text{ dB(A)}$ beziehungsweise $L_{pC, peak} = 135 \text{ dB(C)}$

(bei der Anwendung dieser Auslösewerte ist die dämmende Wirkung eines persönlichen Gehörschutzes der Beschäftigten nicht zu berücksichtigen!).

Entsprechend dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung sind **Maßnahmen zur Vermeidung oder Verringerung der Lärmexposition** nach § 7 LärmVibrationsArbSchV festzulegen (vgl. [Kap. 4.1](#)). Dabei haben technische Maßnahmen, insbesondere zur Verhinderung von Lärm am Entstehungsort, Vorrang vor organisatorischen Maßnahmen und der Bereitstellung von persönlichem Gehörschutz (§ 8 LärmVibrationsArbSchV).

Wird einer der **unteren Auslösewerte** auch nach Durchführung technischer und organisatorischer Maßnahmen erreicht oder überschritten, sind die Beschäftigten über das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung und die mit der Lärmexposition verbundenen Gefährdungen zu unterweisen, ihnen ist geeigneter persönlicher Gehörschutz zur Verfügung zu stellen sowie ihre allgemeine arbeitsmedizinische Beratung sicherzustellen. Zudem ist ihnen vor Aufnahme der Tätigkeit und danach in regelmäßigen Abständen arbeitsmedizinische Vorsorge anzubieten (Angebotsvorsorge).

Wird einer der **oberen Auslösewerte** für Lärm überschritten, sind die betroffenen Arbeitsbereiche als Lärmbereiche zu kennzeichnen und, falls technisch möglich, abzugrenzen. Der Zugang zu diesen Bereichen ist, soweit möglich, einzuschränken und nur unter Verwendung geeigneter persönlicher Schutzausrüstung zulässig. Es ist arbeitsmedizinische Vorsorge vor Aufnahme der Tätigkeit und danach in regelmäßigen Abständen vom Arbeitgeber zu veranlassen (Pflichtvorsorge). Die Beschäftigten müssen in diesem Fall den persönlichen Gehörschutz, der so auszuwählen ist, dass der unter Berücksichtigung seiner Dämmwirkung auf das Gehör einwirkende Lärm die maximal zulässigen Expositionswerte $L_{EX, 8h} = 85 \text{ dB(A)}$ und $L_{pC, peak} = 137 \text{ dB(C)}$ nicht überschreitet, bestimmungsgemäß verwenden. Zudem ist vom Arbeitgeber ein Programm mit technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Verringerung der Lärmexposition auszuarbeiten und durchzuführen (Lärmminderungsprogramm).

Ohne geeignete Schallschutzmaßnahmen ist insbesondere bei ungünstigen raumakustischen Voraussetzungen eine Überschreitung des unteren Auslösewertes $L_{EX, 8h} = 80 \text{ dB(A)}$ in Kitas durchaus möglich.

Die LärmVibrationsArbSchV wird hinsichtlich Lärms durch vier Technische Regeln Lärm (TRLV) konkretisiert (→ <https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/TRLV/TRLV.html>).

2.1.1.7 Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

Die §§ 11 und 18 ArbSchG stellen die Ermächtigungsgrundlage für die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) dar. Diese schafft eine rechtliche Basis für eine zukunftsfähige Gesundheitsvorsorge in Betrieben, die mit der demografischen Entwicklung und dem Wandel der Arbeitswelt zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Die arbeitsmedizinische Vorsorge ist Teil der arbeitsmedizinischen Präventionsmaßnahmen im Betrieb und somit eine wichtige Ergänzung der technischen und organisatorischen Arbeitsschutzmaßnahmen (§ 2 ArbMedVV). So sollen **arbeitsbedingte Erkrankungen** einschließlich **Berufskrankheiten** verhütet, die individuelle **Beschäftigungsfähigkeit** erhalten und der betriebliche Gesundheitsschutz fortentwickelt werden (§ 1 ArbMedVV). Die arbeitsmedizinische Vorsorge umfasst dabei laut § 2 Absatz 1 ArbMedVV:

- ein ärztliches Beratungsgespräch mit (Arbeits-)Anamnese und
- körperliche sowie klinische Untersuchungen, so diese für Aufklärung und Beratung notwendig sind und der Beschäftigte diese nicht ablehnt.

§ 3 ArbMedVV regelt die **Pflichten des Arbeitgebers** zur arbeitsmedizinischen Vorsorge. Der Arbeitgeber muss auf der Grundlage einer Gefährdungsbeurteilung für eine angemessene arbeitsmedizinische Vorsorge sorgen und dazu – gemäß § 2 ASiG – einen Arbeits- bzw. Betriebsmediziner bestellen. Diesem hat der Arbeitgeber alle notwendigen Informationen über einen Beschäftigten zur Verfügung zu stellen (Arbeitsplatzverhältnisse, Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung, Anlass der Untersuchung, Einsicht in die Vorsorgekartei) sowie Arbeitsplatzbegehungen zu ermöglichen.

Die **Pflichten des Betriebsarztes** werden in § 6 ArbMedVV geregelt: Der Betriebsarzt muss

- sich Kenntnisse über die Arbeitsplatzverhältnisse verschaffen (d. h. die Arbeitsplätze begehen!),
- die zu untersuchende Person über Inhalte und Zweck der Vorsorge aufklären (v. a. bei körperlichen und klinischen Untersuchungen),
- Befund und Ergebnis der Untersuchung schriftlich festhalten,
- die untersuchte Person zu den Ergebnissen beraten und auf Wunsch das Ergebnis zur Verfügung stellen,
- der Person eine Vorsorgebescheinigung ausstellen, die den Anlass und den Tag enthält sowie die Angabe, wann eine weitere arbeitsmedizinische Vorsorge aus ärztlicher Sicht veranlasst/angeboten werden sollte.

Dabei hat er die Informationen der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung zu nutzen, um der arbeitsmedizinischen Vorsorge auch gerecht zu werden. Der Betriebsarzt hat die Erkenntnisse der Untersuchung auszuwerten und ggf. bei unzureichenden Schutzmaßnahmen dem Arbeitgeber **Veränderungsvorschläge** zu unterbreiten. Ist aus ärztlicher Sicht ein **Tätigkeitswechsel** aufgrund von in der Person des Beschäftigten liegenden Gründen erforderlich, darf der Betriebsarzt dies nur mit Einverständnis des Beschäftigten an den Arbeitgeber mitteilen (hier sind dann nach § 8 ArbMedVV auch zwingend der Betriebs- bzw. Personalrat sowie die zuständigen Behörden zu unterrichten).

In § 3 ArbMedVV wird weiterhin festgeschrieben, dass **arbeitsmedizinische Vorsorgen während der Arbeitszeit** stattfinden müssen und nicht zusammen mit beruflichen Eignungsuntersuchungen stattfinden sollen. Des Weiteren ist der Arbeitgeber zur Führung einer sog. **Vorsorgekartei** verpflichtet, in der er Zeitpunkte und Anlässe der arbeitsmedizinischen Vorsorgen festhält.

Die ArbMedVV unterscheidet bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge in

- **Pflichtvorsorge** (§ 4 ArbMedVV), die bei im Anhang der ArbMedVV definierten besonders gefährlichen Tätigkeiten veranlasst werden muss (auch die Teilnahme des Beschäftigten ist Pflicht!). Diese muss vor Tätigkeitsaufnahme und anschließend in regelmäßigen zeitlichen Abständen veranlasst werden.

- **Angebotsvorsorge** (§ 5 ArbMedVV), die bei definierten gefährlichen Tätigkeiten angeboten werden muss. Diese muss ebenfalls vor Tätigkeitsaufnahme und anschließend in regelmäßigen zeitlichen Abständen angeboten werden (auch wenn ein Beschäftigter sie nicht wahrnimmt). Weiterhin ist der Arbeitgeber verpflichtet, Angebotsvorsorgen anzubieten, wenn ein Verdacht besteht, die Erkrankung eines Beschäftigten könnte in Zusammenhang mit der Tätigkeit stehen.
- **Wunschvorsorge** (§ 5a ArbMedVV, auch § 11 ArbSchG), bei denen ein Gesundheitsschaden nicht ausgeschlossen werden kann bzw. die auf Wunsch des Beschäftigten ermöglicht werden muss. Ausnahmen bestehen dann, wenn laut Gefährdungsbeurteilung und abgeleiteten Schutzmaßnahmen nicht mit einem Gesundheitsschaden zu rechnen ist.

Die **Arbeitsmedizinischen Regeln (AMR)** konkretisieren die ArbMedVV. Sie stellen den Stand der Arbeitsmedizin dar und geben gesicherte arbeitsmedizinische Erkenntnisse wieder. Auf Grundlage dieser Empfehlungen soll der Arbeitgeber mehr Sicherheit für den Gesundheitsschutz bei seinen Beschäftigten erlangen. Folgende für Kitas relevante AMR stehen derzeit zur Verfügung und sind auf der Homepage der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) nachzulesen (→ <https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/AMR/AMR.html>):

- AMR Nr. 2.1: Fristen für die Veranlassung/das Angebot von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen,
- AMR Nr. 3.1: Erforderliche Auskünfte/Informationsbeschaffung über die Arbeitsplatzverhältnisse,
- AMR 3.2: Arbeitsmedizinische Prävention,
- AMR Nr. 5.1: Anforderungen an das Angebot von arbeitsmedizinischer Vorsorge,
- AMR Nr. 6.1: Fristen für die Aufbewahrung ärztlicher Unterlagen,
- AMR Nr. 6.2: Biomonitoring,
- AMR Nr. 6.3: Vorsorgebescheinigung,
- AMR Nr. 6.4: Mitteilungen an den Arbeitgeber nach § 6 Absatz 4 ArbMedVV,

- AMR Nr. 6.5: Impfungen als Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen,
- AMR Nr. 13.2: Tätigkeiten mit wesentlich erhöhten körperlichen Belastungen mit Gesundheitsgefährdungen für das Muskel-Skelett-System,
- AMR Nr. 14.1: Angemessene Untersuchung der Augen und des Sehvermögens.

Konkrete Angaben zu Pflicht- und Angebotsvorsorgen, die relevant für Beschäftigte in Kitas sind, werden im Anhang „Arbeitsmedizinische Pflicht- und Angebotsvorsorgen sowie weitere Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge“ der ArbMedVV geregelt (**Infobox 2.10**).

Eignungsuntersuchungen fallen nicht in den Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge.

Gemäß der ArbMedVV muss der Arbeitgeber arbeitsmedizinische Vorsorgen mindestens aufgrund des Auftretens von Infektionsgefährdungen (vgl. **Kap. 2.1.1.4**) veranlassen, da ein regelmäßiger Kontakt zu Kindern besteht und mit bestimmten Erregern zu rechnen ist (d. h. der Hausmeister oder die Mitarbeiterin in der Hauswirtschaft einer Kita müssen deshalb u. U. diese Vorsorge nicht absolvieren).

Laut Anlage der ArbMedVV sind bei nicht gezielten Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen **Pflichtvorsorgen** durch den Arbeitgeber zu veranlassen. Pflichtvorsorge muss vor Aufnahme der Tätigkeit und anschließend in regelmäßigen Abständen veranlasst werden. Der Arbeitgeber darf eine Tätigkeit nur ausüben lassen, wenn der oder die Beschäftigte an der Pflichtvorsorge teilgenommen hat.

Alle die in **Infobox 2.10** aufgeführten biologischen Arbeitsstoffe sind impfpräventabel, d. h. es handelt sich um durch Impfung zu verhindernde Infektionskrankheiten. Damit hat der Arbeitgeber zu veranlassen, dass im Rahmen der Pflicht- und Angebotsvorsorge nach entsprechender Kontrolle des Immunstatus sowie ärztlicher Beratung ein **Impfangebot** unterbreitet wird.

Infobox 2.10

Arbeitsmedizinische Vorsorgen speziell in Kitas

Bereich	Bemerkungen	Pflichtvorsorge	Angebotsvorsorge
Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung			
Einrichtungen der vorschulischen Kinderbetreuung	Biostoffe (Keuchhusten, Masern, Röteln, Mumps, Windpocken)	enger Körperkontakt (Tröpfcheninfektion)	
	Hepatitis A	regelmäßiges Wickeln, Toilettenbegleitung (Schmierinfektion)	
	Hepatitis B	Betreuung von mit Hepatitis B infizierten Kindern	
Waldkindergarten und Aufenthalt im Freigelände/ Wald	Beratung zu Borreliose und FSME	regelmäßiger Aufenthalt in Wäldern und Freigelände (Zeckenbisse)	
	alle Beschäftigten in Tätigkeitsbereichen mit Infektionsgefährdung		bei Ausscheiden aus der Tätigkeit und/oder Arbeitgeberwechsel
Tätigkeiten mit Muskel-Skelettbelastung			
Einrichtungen der vorschulischen Kinderbetreuung	Heben und Tragen (bei Dauer > 5 Sek. → Anzahl halbieren) Fehlbelastungen durch ungünstige Körperhaltungen		♀ Frauen 5-10 kg, > 100 x/Tag 10-15 kg, > 50 x/Tag ♂ Männer 10-15 kg, > 100 x/Tag 15-20 kg, > 50 x/Tag Schieben über kurze Distanzen > 40 x/Tag
Tätigkeiten mit Hautbelastung			
Einrichtungen der vorschulischen Kinderbetreuung	Feuchtarbeit (häufiges Händewaschen, Umgang mit Desinfektionsmitteln, Tragen flüssigkeitsdichter Handschuhe)	> 4 Std./Tag (ggf. in Küche und Reinigung)	> 2 Std./Tag (ggf. in Küche und Reinigung, pflegerische Tätigkeiten)
Bildschirmtätigkeit			
administrative Tätigkeiten	Belastung der Augen, Untersuchung des Sehvermögens		Arbeit an Bildschirmgeräten

Dessen Inanspruchnahme muss durch den Arbeitgeber bezahlt werden. Die ArbMedVV schreibt nicht fest, wie der Immunstatus zu ermitteln ist. Zur Feststellung des Immunschutzes kann die Kontrolle des Impfpasses ausreichend sein. Falls dieser nicht vorhanden ist und auch sonst keine nachweisbaren Angaben möglich sind, kann es sinnvoll sein, über eine genaue Titerbestimmung die Immunität festzustellen.

In Anlehnung an den Anhang der ArbMedVV werden für Beschäftigte in Kindertageseinrichtungen bei fehlendem Immunstatus Impfangebote gegen Keuchhusten (Pertussis), Masern, Mumps, Röteln und Windpocken (Varizellen) vorgesehen ([Infobox 2.10](#)). Für die Beschäftigten, die vorrangig in der Betreuung von U3-Kindern und behinderten Menschen regelmäßig und mehrmals täglich Kontakt zu Stuhl, z. B. beim

Windelwechsel haben, sollte auch eine entsprechende Immunisierung bezüglich Hepatitis A erfolgen. Das gleiche trifft auf das Impfangebot für Hepatitis B zu, wenn regelmäßiger Kontakt zu Körperflüssigkeiten und -ausscheidungen besteht, wie in der Arbeit mit behinderten Personen. Bei fehlendem Immunstatus gegenüber impfpräventablen Erregern bietet eine Impfung den sichersten Schutz vor einer Infektion.

! Beachte: Die Beschäftigten haben laut Grundgesetz das Recht, mit Bezug auf die Unversehrtheit des Körpers, diese Impfungen abzulehnen ! Gemäß Anhang der ArbMedVV führt eine Ablehnung der entsprechenden Impfung nicht zu gesundheitlichen Bedenken gegen die Ausübung einer Tätigkeit.

Erhält der Arbeitgeber Kenntnis über ein Ausbruchsgeschehen der genannten biologischen Erreger in einer Kita und ist eine Infektion/Erkrankung von Beschäftigten bereits erfolgt bzw. es ist mit dieser zu rechnen und es sind noch Maßnahmen einer nachträglichen Prophylaxe möglich, hat er ebenfalls eine Angebotsvorsorge anzubieten. Das betrifft:

- **Masern, Mumps** – Impfung möglichst innerhalb von 3 Tagen nach Kontakt zu Erkrankten (Exposition),
- **Pertussis** – Antibiotikatherapie bei engem Kontakt mit einer betroffenen Person,
- **Varizellen** – Impfung innerhalb von 5 Tagen nach Kontakt zu Erkrankten (Exposition) oder innerhalb von 3 Tagen nach Beginn des Ausschlags beim Indexfall,
- **Hepatitis A** – Riegelungsimpfung,
- **Hepatitis B** – Immunprophylaxe.

Dabei muss der Arbeitgeber – da es sich um meldepflichtige Krankheiten (Infektionsschutzgesetz) handelt – Rücksprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt halten.

Bei Bildschirmarbeit hat der Arbeitgeber eine Angebotsvorsorge gemäß § 5 ArbMedVV zur Untersuchung der Augen und des Sehvermögens anzubieten. Hierzu gehört auch, dass eine ärztliche Augenuntersuchung zu ermöglichen ist, wenn sich dies im Ergebnis der Untersuchung der Augen herausgestellt hat. Spezielle Sehhilfen müssen dann bereitgestellt werden, wenn die Angebotsvorsorge ergibt, dass spezielle Sehhilfen für die Bildschirmarbeit notwendig und normale Sehhilfen nicht geeignet sind (vgl. ArbMedVV, Anhang Teil 4 Abs. 2 Nr. 1).

Der Betriebsarzt/Die Betriebsärztin können sich bei der Durchführung an den **Berufsgenossenschaftlichen Grund-**

sätzen (sog. „G-Grundsätze“) (DGUV 2016) orientieren. Diese formulieren Mindeststandards für spezielle Untersuchungen aufgrund besonderer beruflicher Gefährdungen und geben den jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft wieder. Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin entscheidet nach seinem/ihrer medizinischen Dafürhalten selbst, welche Untersuchung er/sie für angemessen hält und somit nutzt, um eine gute individuelle Beratung und Aufklärung der Beschäftigten zu erreichen. Für Kitas relevant sind folgende Grundsätze:

- G 24 „Hauterkrankungen“,
- G 37 „Bildschirmarbeitsplätze“,
- G 42 „Tätigkeiten mit Infektionsgefährdung“ und
- G 46 „Belastungen des Muskel- und Skelettsystems einschließlich Vibration“.

Nach AMR 1.2 dürfen die Nachuntersuchungsintervalle dieser Vorsorgen drei Jahre nicht überschreiten.

2.1.2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung

Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) stellt die Rechtsgrundlage der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland dar. Es regelt die Verhütung von **Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten** und **arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren**, aber auch – treten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten dennoch ein – Leistungen wie medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation bzw. finanzielle Entschädigung. Ebenso enthält es Regelungen zur Organisation der Unfallversicherungsträger.

Der Gesetzgeber legt in § 21 Absatz 1 SGB VII den **Unternehmer** als **Hauptverantwortlichen für die Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren** sowie für eine wirksame Erste Hilfe fest. In § 21 Absatz 3 SGB VII stellt er jedoch klar, dass die **Versicherten** (also die Beschäftigten) dabei eine **Mitwirkungspflicht** haben und den entsprechenden Anweisungen des Unternehmers Folge leisten müssen. Für die Realisierung des betrieblichen Arbeitsschutzes muss der Unternehmer entsprechende Personen bestimmen (z. B. Sicherheitsbeauftragte laut § 22 SGB VII, siehe **Kap. 3.1.2**), die er aus- und fortzubilden hat.

In § 14 SGB VII erhalten die Unfallversicherungsträger vom Gesetzgeber den Auftrag, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten

ten Mitteln zu verhüten (**Präventionsauftrag**). Dazu können sie gemäß § 15 SGB VII eigenständige verbindliche Regelungen erlassen und Unternehmen bei der Umsetzung dieser Regelungen kontrollieren und beraten (§ 17 SGB VII).

2.1.2.1 Berufskrankheitenverordnung

Die Berufskrankheitenverordnung (BKV) legt fest, welche Krankheiten bei versicherten Beschäftigten aufgrund der beruflichen Tätigkeit unter den Versicherungsschutz gemäß §§ 2, 3 und 6 SGB VII fallen. Diese Krankheiten sind in der **Liste der anerkannten Berufskrankheiten** aufgeführt (Anlage 1 zur BKV), die nach Bedarf aktualisiert wird. Bei Beschäftigten in Kitas wurden in der Vergangenheit hauptsächlich folgende Berufskrankheiten anerkannt.:

- **BK 5101** (schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen),
- **BK 2108** (bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule),
- **BK 3101** (Infektionskrankheiten),
- **BK 3102** (von Tier auf Mensch übertragbare Erkrankungen),
- **BK 4301** (durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankung).

Neu in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen wurde z. B. die BK 5103 – multiple „aktinische Keratosen“ als Vorstufen des Plattenepithelkarzinoms (weißer Hautkrebs) sowie das Plattenepithelkarzinom selbst – aufgrund von natürlicher UV-Strahlung. Sie kann drohen, wenn die Haut einer beschäftigten Person aufgrund von Außenarbeit langfristig einer zu starken Sonnenstrahlung ausgesetzt ist. Auch Kita-Personal hält sich ggf. sehr häufig und lange unter freiem Himmel auf, daher ist es möglich, dass es auch für diese Berufsgruppe zukünftig Verdachtsanzeigen auf Vorliegen einer Berufskrankheit mit dieser Bezeichnung geben kann.

Laut § 3 BKV sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung verpflichtet, alle **geeigneten Maßnahmen** dagegen zu ergreifen, dass bei versicherten Personen Berufskrankheiten entstehen, wiederaufleben oder sich verschlimmern – im extremsten Fall kann das für die Versicherten bedeuten, die gefährdende Tätigkeit zeitweise bis zur Ursachenklärung zu unterlassen oder sogar ganz aufzugeben.

2.1.3 Arbeitssicherheitsgesetz

Im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) werden die Pflichten eines Arbeitgebers zur schriftlichen Bestellung von **Betriebsärzten** und **Fachkräften für Arbeitssicherheit** (**Infobox 2.11**) geregelt und die betriebliche Zusammenarbeit bei Arbeitsschutz und Unfallverhütung gefordert (z. B. im Arbeitsschutzausschuss).

Dabei sind die Bestimmungen an die Bestellung und die Aufgabenstellungen sowie die Qualifikations-Anforderungen an Betriebsärzte in den §§ 2-4 ASiG und von Fachkräften für Arbeitssicherheit in den §§ 5-8 ASiG festgelegt. Die konkreten Anforderungen und der Umfang der Arbeit der Fachkräfte für Arbeitssicherheit und der Betriebsärzte (**Kap. 3.1.2**) werden in der DGUV Vorschrift 2 festgelegt.

Infobox 2.11

§ 1 ASiG – Grundsatz

Der Arbeitgeber hat nach Maßgabe dieses Gesetzes Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen. Diese sollen ihn beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung unterstützen. Damit soll erreicht werden, dass

1. die dem Arbeitsschutz und der Unfallverhütung dienenden Vorschriften den besonderen Betriebsverhältnissen entsprechend angewandt werden,
2. gesicherte arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Erkenntnisse zur Verbesserung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung verwirklicht werden können,
3. die dem Arbeitsschutz und der Unfallverhütung dienenden Maßnahmen einen möglichst hohen Wirkungsgrad erreichen.

Als umsetzendes Gremium für den Arbeits- und Gesundheitsschutz vor Ort ist nach § 11 ASiG die Einrichtung eines **Arbeitsschutzausschusses** vorgesehen (**Kap. 3.1.2**).

2.1.4 Infektionsschutzgesetz

Zweck des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen sowie ihre Weiterverbreitung zu unterbinden. Besonders am IfSG ist der Umstand, dass zum Zweck der Gefahrenabwehr verschiedene Grundrechte ein-

geschränkt werden können, wie beispielsweise das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 GG) oder die Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Art. 12 GG), die ganz oder teilweise untersagt werden kann. Dafür sollen alle beteiligten Institutionen wie Bundes-, Landes- oder kommunale Behörden, (veterinär)-medizinisches Fachpersonal und Einrichtungen oder wissenschaftliche Einrichtungen zusammenarbeiten, um eine rasche Ausbreitung von Infektionen und Epidemien zu verhindern. Eine zentrale Aufgabe kommt dabei dem Robert Koch-Institut (RKI) zu. Wichtige Abschnitte sind die Verhütung (Abschnitt 4 IfSG) und die Bekämpfung (Abschnitt 5 IfSG) von übertragbaren Krankheiten und das hierfür notwendige Meldewesen (Abschnitt 3). Zudem werden die Gesundheitsanforderungen an das Personal beim Umgang mit Lebensmitteln festgelegt (Abschnitt 8 IfSG).

In § 1 Absatz 2 IfSG wird die **Eigenverantwortung** von Trägern und Leitern von Gemeinschaftseinrichtungen (z. B. Kita) sowie jedes Einzelnen selbst für die Prävention von übertragbaren Krankheiten bei Menschen betont. Wesentlich dafür ist nach § 3 IfSG die Prävention durch Information und Aufklärung der Bevölkerung sowie die Bereitstellung von Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsangeboten als öffentliche Aufgabe, die in Sachsen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (§ 11 SächsGDG) realisiert werden.

Die §§ 6 (Infektionskrankheiten) und 7 (Erreger) IfSG regeln **meldepflichtige Krankheiten**. Das heißt, dass bereits der Verdacht auf einen der laut IfSG genannten Erreger sowie dessen Nachweis, eine vorliegende Erkrankung oder Tod des Betroffenen an das Gesundheitsamt gemeldet werden müssen. Auch die **Leitung von Kitas** ist nach § 34 Absatz 6 IfSG zur Meldung von Infektionskrankheiten verpflichtet.

Spezielle Regelungen im Infektionsschutz für Kitas

Im sechsten Abschnitt des IfSG sind spezielle Vorschriften für Schulen und sonstige Gemeinschaftseinrichtungen festgelegt (Definition siehe § 33 IfSG, vgl. **Infobox 2.12**).

➤ Infobox 2.12

§ 33 IfSG – Definition von Gemeinschaftseinrichtungen

Gemeinschaftseinrichtungen [...] sind Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden, insbesondere Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen.

In § 34 IfSG wird das **Aufenthaltsverbot für Erkrankte und Ausscheider** in Gemeinschaftseinrichtungen bestimmt (**Infobox 2.13**). Diese Schutzmaßnahmen gelten dabei **sowohl für das Personal und die betreuten Kinder als auch für ihre Kontaktpersonen in Familie bzw. Wohngemeinschaft (§ 34 Absatz 3 IfSG)**. Sie dienen dazu, die Verbreitung von Krankheitserregern in der Gemeinschaftseinrichtung zu vermeiden, indem Kontaktmöglichkeiten unterbrochen werden. Zusätzlich gilt das Aufenthaltsverbot in der Kita auch für Kinder bis zu ihrem 6. Geburtstag, die an einer ansteckenden Magen-Darm-Entzündung (infektiöse Gastroenteritis) leiden. Dabei ist es unerheblich, um welchen Erreger es sich handelt.

Betroffen davon sind alle Tätigkeiten innerhalb und im Rahmen von Veranstaltungen (z. B. Wandertagen) auch außerhalb der Gemeinschaftseinrichtung. Wenn die entsprechenden Situationen auftreten, so ist durch die betreffende Person (bzw. bei Kindern deren Sorgeberechtigten) der Gemeinschaftseinrichtung **unverzüglich Mitteilung** zu machen. Des Weiteren ist die **Kita-Leitung** verpflichtet, dem zuständigen Gesundheitsamt sofort krankheits- und ggf. personenbezogene Angaben zu machen, so die in Infobox 2.13 genannten Infektionen auftreten.

Dies gilt nach § 34 Absatz 6 IfSG auch beim Auftreten von **zwei oder mehr** gleichartigen, schwerwiegenden Erkrankungen, wenn als deren Ursache Krankheitserreger anzunehmen sind.

Das Kita-Personal und die **Personensorgeberechtigten**, insbesondere bei neu zu betreuenden Kindern, müssen durch die Kita-Leitung **über diese Mitwirkungspflicht belehrt** werden (§ 34 Absatz 5 IfSG). Insbesondere die Sorgeberechtigten sind nach § 34 Absatz 10 IfSG durch die Gesundheitsämter und die Kita-Leitung über die Bedeutung eines vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutzes und über die Prävention übertragbarer Krankheiten aufzuklären. In diesem Zusammenhang wurde durch Artikel 8 Absatz 5 PräVG (**Kap. 2.2**), in dem das IfSG geändert wurde, neu bestimmt, dass **bei Erstaufnahme in eine Kita** die Personensorgeberechtigten der Kita einen **schriftlichen Nachweis** darüber zu erbringen haben, dass zeitnah vor der Aufnahme eine **ärztliche Beratung** in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der STIKO ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Wenn dieser Nachweis nicht erbracht wird, muss die Leitung der Kindertageseinrichtung das Gesundheitsamt benachrichtigen und personenbezogene Angaben übermitteln. Das Gesundheitsamt kann die Personensorgeberechtigten dann zu einer Beratung laden (§ 34 Absatz 10a IfSG).

Die Meldepflicht gemäß § 6 IfSG bzw. Mitwirkungspflicht gemäß § 34 IfSG gilt ebenso beim Auftreten von Influenza (-Verdachtsfällen) bei einer Influenza-Pandemie.

➤ Infobox 2.13

§ 34 IfSG – Gesundheitliche Anforderungen, Mitwirkungspflichten, Aufgaben des Gesundheitsamtes

(1) Personen, die an

1. Cholera
2. Diphtherie
3. Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC)
4. virusbedingtem hämorrhagischen Fieber
5. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis
6. Impetigo contagiosa (ansteckende Borkenflechte)
7. Keuchhusten
8. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose
9. Masern
10. Meningokokken-Infektion
11. Mumps
12. Paratyphus
13. Pest
14. Poliomyelitis
- 14a. Röteln
15. Scharlach oder sonstigen Streptococcus pyogenes Infektionen
16. Shigellose
17. Skabies (Krätze)
18. Typhus abdominalis
19. Virushepatitis A oder E
20. Windpocken

erkrankt oder dessen verdächtig oder die verlaust sind, dürfen in den in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen keine Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben, bis nach ärztlichem Urteil eine Weiterverbreitung der Krankheit oder der Verlaustung durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Satz 1 gilt entsprechend für die in der Gemeinschaftseinrichtung Betreuten mit der Maßgabe, dass sie die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume nicht betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung nicht teilnehmen dürfen. Satz 2 gilt auch für Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und an infektiöser Gastroenteritis erkrankt oder dessen verdächtig sind.

(2) Ausscheider von

1. Vibrio cholerae O 1 und O 139
2. Corynebacterium spp., Toxin bildend

3. Salmonella Typhi
4. Salmonella Paratyphi
5. Shigella sp.
6. enterohämorrhagischen E. coli (EHEC)

dürfen **nur mit Zustimmung des Gesundheitsamtes** und unter Beachtung der gegenüber dem Ausscheider und der Gemeinschaftseinrichtung verfügbaren Schutzmaßnahmen die dem Betrieb der Gemeinschaftseinrichtung dienenden Räume betreten, Einrichtungen der Gemeinschaftseinrichtung benutzen und an Veranstaltungen der Gemeinschaftseinrichtung teilnehmen.

(3) Absatz 1 Satz 1 und 2 gilt entsprechend für Personen, in deren Wohngemeinschaft nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung an oder ein Verdacht auf

1. Cholera
2. Diphtherie
3. Enteritis durch enterohämorrhagische E. coli (EHEC)
4. virusbedingtem hämorrhagischem Fieber
5. Haemophilus influenzae Typ b-Meningitis
6. ansteckungsfähiger Lungentuberkulose
7. Masern
8. Meningokokken-Infektion
9. Mumps
10. Paratyphus
11. Pest
12. Poliomyelitis
- 12a. Röteln
13. Shigellose
14. Typhus abdominalis
15. Virushepatitis A oder E
16. Windpocken

aufgetreten ist.

Weiterhin ist in § 35 IfSG die **Informations- und Unterweisungspflicht** der in Gemeinschaftseinrichtungen tätigen Personen durch den Arbeitgeber bzw. Dienstherren festgelegt. Diese Unterweisung thematisiert die gesundheitlichen Anforderungen, die Mitwirkungspflichten und die Verbote nach § 34 IfSG und muss:

- vor der erstmaligen Aufnahme der Tätigkeit und
- danach mindestens alle zwei Jahre erfolgen.

Die Unterweisungen sind schriftlich zu protokollieren, für die Dauer von drei Jahren aufzubewahren und auf Anfrage des Gesundheitsamtes vorzulegen. Damit sind alle pädagogischen Fachkräfte und weitere Beschäftigte von Gemeinschaftsein-

richtungen verpflichtet, ihren Arbeitgeber unverzüglich über die in § 34 IfSG genannten Sachverhalte zu informieren.

Die Erstellung von **Hygieneplänen** (Infobox 2.14) zur Festlegung der innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Kitas sowie die Überwachung durch das Gesundheitsamt regelt § 36 IfSG. Mittels eines Hygieneplans sollen die Beschäftigten und die betreuten Kinder vor einer Infektion bzw. vor einer möglichen Ansteckung geschützt werden.

Gesetzlich gibt es keine Vorgaben für Form und Umfang der Pläne, sondern dies wird weitgehend dem Ermessen der einzelnen Kita aufgrund unterschiedlicher Bedingungen vor Ort überlassen. Der Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen empfiehlt in diesem Zusammenhang, auch Maßnahmen der Gesundheitserhaltung und -förderung in den Plänen anzusprechen, die über die klassische Infektionshygiene hinausgehen (Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG 2007, → https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/RHPI_Kita.pdf). Bei der Erstellung eines Hygieneplans sind europäische, Bundes- und Landesregelungen ebenso zu berücksichtigen wie fachliche Empfehlungen von Fachgesellschaften, Vorschriften des Arbeitsschutzes oder technische Regelwerke (z. B. EN, DIN, ISO).

Verantwortlich für das **Hygienemanagement** einer Einrichtung ist neben dem **Kita-Träger** insbesondere die **Kita-Leitung** vor Ort, das sie durch Anleitung und Kontrolle sicherstellen soll.

➤ Infobox 2.14

Inhalte des Hygieneplans

A Basisanforderung der Hygiene

- 1 Hygieneanforderungen an Standort, Gebäude, Räume, Ausstattung
 - 1.1 baurechtliche Anforderungen
 - 1.2 Instandhaltung und Renovierung
 - 1.3 Schimmelpilzbefall
- 2 Reinigung und Desinfektion
 - 2.1 Händehygiene (für Personal und Kinder)
 - 2.2 Fußböden, andere Flächen, Gegenstände
 - 2.3 Bekleidung, Wäschehygiene
- 3 Umgang mit Lebensmitteln (Berücksichtigung HACCP-Programm)

4 sonstige hygienische Anforderungen

- 4.1 Abfallbeseitigung
- 4.2 Tierhaltung
- 4.3 Schädlingsprophylaxe und -bekämpfung
- 4.4 Vermeidung einer Gefährdung durch Giftpflanzen
- 4.5 Trink-/Badewasser
- 4.6 Wasserspiel- und Erlebnisbereiche
- 4.7 Spielsand
- 4.8 Bällebäder
- 4.9 besondere gesundheitsfördernde Maßnahmen als Zusatzangebote (z. B. Kneipp-Ansatz, Sauna)

5 Erste Hilfe

6 Umgang mit Arzneimitteln

B Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes

1 Gesundheitliche Anforderungen

- 1.1 Personal in Küchen-/Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG)
- 1.2 Betreuungs-, Erziehungs- und Aufsichtspersonal (§ 34 IfSG)
- 1.3 Kinder (§ 34 IfSG)

2 Mitwirkungs- und Mitteilungspflicht (§ 34 IfSG)

3 Unterweisung

- 3.1 Personal in Küchen-/Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG)
- 3.2 Betreuungs-, Erziehungs- und Aufsichtspersonal (§ 35 IfSG)
- 3.3 Kinder und ihre Eltern (§ 34 Absatz 5 IfSG)

4 Vorgehen bei meldepflichtigen Erkrankungen

- 4.1 Wer muss melden? (Meldeweg, -inhalt und Maßnahmen)
- 4.2 Information der Betreuten/Sorgeberechtigten über das Auftreten von Infektionskrankheiten in der Kita, Maßnahmeneinleitung
- 4.3 Besuchsverbot und Wiedermöglung

5 Schutzimpfungen

C Anforderungen nach der Biostoffverordnung

- 1 Gefährdungsbeurteilung
- 2 Arbeitsmedizinische Vorsorge
- 3 Impfungen des Personals

D Sondermaßnahmen bei Auftreten von Magen-Darm-Erkrankungen (Durchfall und/oder Erbrechen)

E Sondermaßnahmen beim Auftreten von Kopfläusen

F Sondermaßnahmen beim Auftreten von Krätze

Dabei kann ein Hygienebeauftragter oder ein Hygieneteam unterstützen:

- Der Hygieneplan ist jährlich auf seine Aktualität zu prüfen und ggf. zu ändern.
- Dem Kita-Personal muss der Hygieneplan jederzeit zugänglich und einsehbar sein.
- Mindestens einmal pro Jahr müssen die Beschäftigten über den Hygieneplan unterwiesen werden (schriftliche Dokumentation).

Das Vorliegen und die Einhaltung des Hygieneplans werden routinemäßig durch das örtliche Gesundheitsamt sowie die Lebensmittelhygiene kontrolliert. Nähere Informationen sowie **Muster-Vordrucke** zum Thema Hygiene und Hygieneplan finden sich im Rahmenhygieneplan für Kindereinrichtungen (Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen, 2007) bzw. einem **Musterhygieneplan für Kindertagesstätten** des Bundeslandes Baden-Württemberg, der sich speziell mit Regelungen des Infektionsschutzes in Gemeinschaftseinrichtungen beschäftigt (Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2014, verfügbar als pdf-Datei unter → www.kindergaerten-in-aktion.de → Downloads → Musterhygieneplan Kita).

Das Auftreten **besonders bedrohlicher Krankheitserreger** erfordert die Einhaltung besonderer Verhaltensregeln. Beim Verdacht, Kontakt mit einer infizierten Person in der Kita gehabt zu haben, ist es dringend erforderlich, dass nicht nur das Erzieherpersonal, sondern auch alle anderen beteiligten Personengruppen diese Verhaltensregeln einhalten, um eine weitere Verbreitung dieser Erreger zu verhindern. In **Anlage 1 dieses Teilkapitels** sind die Verhaltensregeln des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz (Stand August 2016) im Falle einer Influenza-Pandemie nachzulesen.

Gemäß § 43 IfSG müssen Personen, die in **Küchen** von Gemeinschaftseinrichtungen an der Zubereitung sowie Ausgabe von Essen beteiligt sind, vor erstmaliger Aufnahme dieser Tätigkeit durch das örtliche Gesundheitsamt mündlich und schriftlich zu ihren Verpflichtungen gemäß §§ 42 und 43 IfSG belehrt werden sowie eine vom Gesundheitsamt oder von einem vom Gesundheitsamt beauftragten Mediziner erstellte **Bescheinigung über diese Belehrung** vorweisen, die nicht älter als drei Monate sein darf. Der Arbeitgeber muss die in einer Küche Beschäftigten danach alle zwei Jahre wiederholt über diese Inhalte unterweisen (Dokumentationspflicht).

§ 42 Absatz 1 IfSG stellt die Grundlage für **Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote** für diese in einer Küche beschäftig-

ten Personen dar, wenn bei ihnen (der Verdacht auf) eine Erkrankung bzw. der Nachweis von Erregern bestimmter Krankheiten, wie u. a. Salmonellen, Durchfallerkrankungen aufgrund von E. coli-Bakterien oder Virushepatitis A oder E vorliegt. Für das Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot hat der Arbeitgeber nach § 43 Absatz 2 und 3 IfSG generell bei Bekanntwerden von Hinweisen auf eine Infektion Sorge zu tragen, ebenso wie für die mindestens zweijährige Unterweisung zu den Bestimmungen des Tätigkeits- und Beschäftigungsverbots sowie deren Dokumentation. Das zuständige Gesundheitsamt kann auch in enger Zusammenarbeit mit dem Lebensmittelüberwachungs- und Veterinäramt das Vorliegen der gesundheitlichen Bescheinigung sowie die Protokolle der Unterweisung überprüfen. Das Gesundheitsamt stellt bei Notwendigkeit Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote bzw. Ausnahmen für dieses Beschäftigungsverbot aus, wenn der Arbeitgeber wirksame Schutzmaßnahmen vorweist, die eine Übertragung der Erkrankung bzw. der Krankheitserreger verhindern (§ 42 Absatz 4 IfSG).

Unterstützt wird diese Regelung durch die **Lebensmittelhygieneverordnung** (LMHV 2007), die insbesondere die Einführung des Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP)-Programms beinhaltet. Dieses präventive System soll die Sicherheit von Lebensmitteln und Verbrauchern in allen Unternehmen gewährleisten, in denen Lebensmittel produziert, behandelt, verarbeitet oder vertrieben werden, d. h. die Lebensmittel dürfen der Gesundheit des Endverbrauchers nicht schaden, wenn diese zubereitet und/oder verzehrt werden. Im Bereich Kita betrifft das nicht nur die Einrichtungen, die eine eigene Küche betreiben, sondern auch die, in denen Nahrungsmittel in irgendeiner Form verarbeitet, zubereitet und ausgegeben werden (z. B. auch im Rahmen eines Projektes zur gesunden Ernährung, Kinder-Küchen o. ä.). Dabei stellt das HACCP-Programm keine allgemeine Hygienemaßnahme dar, sondern baut auf einem bereits bestehenden Hygieneplan auf, der gemäß § 36 IfSG hygienische Anforderungen an räumliche und technische Ausstattung, Personalhygiene, Reinigung, Desinfektion, Ungezieferbekämpfung usw. regelt.

2.1.5 Mutterschutzgesetz

Das Mutterschutzgesetz (MuSchG) wurde novelliert und tritt vollständig ab Januar 2018 in Kraft. Es soll werdende und stillende Mütter sowie die (un)geborenen Kinder vor Gefährdungen während der beruflichen Tätigkeit schützen. Zu den zentralen Bestimmungen gehören die Gestaltung des Arbeits-

platzes und der Arbeitsbedingungen (**Infobox 2.15**) bei einem Gefährdungsrisiko (§ 9 MuSchG). Damit zählt es zu den Gesetzen des sozialen Arbeitsschutzes, in dessen Wirkungskreis besonders schutzbedürftige Beschäftigtengruppen fallen.

➤ Infobox 2.15

§ 9 MuSchG – Gestaltung der Arbeitsbedingungen; unverantwortbare Gefährdung

- (1) Der Arbeitgeber hat bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen einer schwangeren oder stillenden Frau alle aufgrund der Gefährdungsbeurteilung nach § 10 erforderlichen Maßnahmen für den Schutz ihrer physischen und psychischen Gesundheit sowie der ihres Kindes zu treffen. Er hat die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls den sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Soweit es nach den Vorschriften dieses Gesetzes verantwortbar ist, ist der Frau auch während der Schwangerschaft, nach der Entbindung oder in der Stillzeit die Fortführung ihrer Tätigkeit zu ermöglichen. Nachteile aufgrund der Schwangerschaft, der Entbindung oder der Stillzeit sollen vermieden oder ausgeglichen werden.
- (2) Der Arbeitgeber hat die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass Gefährdungen einer schwangeren oder stillenden Frau oder ihres Kindes möglichst vermieden werden und eine unverantwortbare Gefährdung ausgeschlossen ist. [...]
- (3) Der Arbeitgeber hat sicherzustellen, dass die schwangere oder stillende Frau ihre Tätigkeit am Arbeitsplatz, soweit es für sie erforderlich ist, kurz unterbrechen kann. Er hat darüber hinaus sicherzustellen, dass sich die schwangere oder stillende Frau während der Pausen und Arbeitsunterbrechungen unter geeigneten Bedingungen hinlegen, hinsetzen und ausruhen kann.
[...]
- (6) Kosten für Maßnahmen nach diesem Gesetz darf der Arbeitgeber nicht den Personen auferlegen, die bei ihm beschäftigt sind. Die Kosten für Zeugnisse und Bescheinigungen, die die schwangere oder stillende Frau auf Verlangen des Arbeitgebers vorzulegen hat, trägt der Arbeitgeber....

Grundlage dafür ist laut § 10 MuSchG die Beurteilung der Arbeitsbedingungen (Gefährdungsbeurteilung), die der Arbeitgeber verpflichtend durchzuführen hat. Er hat nach Maßgabe der Gefährdungsbeurteilung die erforderlichen Schutzmaßnahmen festzulegen. Er darf eine schwangere Frau keine unzulässigen Tätigkeiten nach § 11 MuSchG ausführen lassen

sowie stillende Frauen keine unzulässigen Tätigkeiten nach § 12 MuSchG.

Nach § 16 MuSchG dürfen werdende Mütter nicht beschäftigt werden, soweit nach ärztlichem Zeugnis Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Weiterführung der Beschäftigung gefährdet ist (**ärztliches Beschäftigungsverbot**). Auch dürfen werdende Mütter in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigt werden (§ 3-Schutzfristen), es sei denn, sie erklären sich ausdrücklich (und jederzeit widerruflich) dazu bereit (Beginn des gesetzlichen Mutterschutzes).

Die §§ 11 und 12 MuSchG regeln die **unzulässigen Tätigkeiten für schwangere oder stillende Frauen**, die unabhängig von den individuellen Gegebenheiten vorliegen. So sind folgende Tätigkeiten für werdende und stillende Mütter verboten: Tätigkeiten, bei denen sie

- einer unverantwortbaren Gefährdung durch Gefahrstoffe ausgesetzt sind (§ 11 Absatz 1; § 12 Absatz 1),
- Kontakt mit Biostoffen der Risikogruppe 2, 3 oder 4 haben (§ 11 Absatz 2; § 12 Absatz 2),
- physikalischen Einwirkungen (z. B. Strahlen, Lärm, Vibrationen, Kälte, Hitze usw.) ausgesetzt sind (§ 11 Absatz 3; § 12 Absatz 3),
- einer belastenden Arbeitsumgebung (z. B. Überdruck, sauerstoffreduzierte Atmosphäre, unter Tage) ausgesetzt sind (§ 11 Absatz 4; § 12 Absatz 4),
- körperlichen Belastungen (Heben, Tragen, ständiges Stehen, Beugen, Hocken, Sturzgefahr, Schutzausrüstung) ausgesetzt sind (§ 11 Absatz 5),
- Akkordarbeit leisten müssen (§ 11 Absatz 6; § 12 Absatz 5).

Kann der Arbeitgeber die genannten Gefährdungen trotz Schutzmaßnahmen oder Arbeitsplatzwechsel nicht ausschließen, darf er die schwangere oder stillende Frau nicht weiter beschäftigen (**betriebliches Beschäftigungsverbot**).

Die werdende Mutter soll nach § 15 MuSchG dem Arbeitgeber ihre **Schwangerschaft und den voraussichtlichen Entbindungstermin umgehend mitteilen** (ggf. mit Bescheinigung eines Arztes oder einer Hebamme). Der Arbeitgeber hat diese Information vertraulich zu behandeln und unverzüglich die Aufsichtsbehörde zu informieren. Das dafür notwendige Formular ist unter **www.arbeitsschutz.sachsen.de** (linke Navigationsspalte → Themen von A bis Z → Mutterschutz → Mitteilung über die Beschäftigung einer werdenden Mutter) zu finden und an die zuständige Arbeitsschutzbehörde zu senden.

Nach § 3 Abs. 2 MuSchG dürfen Mütter acht Wochen, bei Früh- und Mehrlingsgeburten zwölf Wochen, **nach der Entbindung nicht beschäftigt** werden. Stillenden Müttern ist nach § 7 Abs. 2 MuSchG eine Stillzeit von mind. zweimal täglich einer halben oder einmal täglich einer Stunde einzuräumen, die als Arbeitszeit gewertet wird.

Während der Schwangerschaft und bis zum Ablauf von vier Monaten nach der Entbindung besteht für die Frau nach § 17 MuSchG ein **Kündungsverbot**. § 18 MuSchG sieht für die Dauer der Beschäftigungsverbote eine Entgeltfortzahlungspflicht vor. §§ 19 und 20 MuSchG regeln die Zahlung des Mutterschaftsgeldes durch die Krankenkassen sowie den Zuschuss zum Mutterschaftsgeld durch den Arbeitgeber.

2.1.6 Jugendarbeitsschutzgesetz

Das Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) dient dem Schutz in Ausbildung befindlicher bzw. arbeitender Kinder (unter 15 Jahre) und Jugendlichen (15 bis unter 18 Jahre). Auch Kinder und Jugendliche, die ein Betriebspraktikum während ihrer Vollschulzeitpflicht absolvieren, fallen unter diese Regelung. Es zählt, ebenso wie das Mutterschutzgesetz, zu den Gesetzen des sozialen Arbeitsschutzes.

§ 8 JArbSchG begrenzt die **Wochenarbeitszeit** auf 40 Stunden bei einer Fünf-Tage-Woche. Wird die Arbeitszeit an einzelnen Werktagen verkürzt, kann die Arbeitszeit an anderen Tagen auf maximal 8,5 Stunden verlängert werden. Mehrarbeit ist nicht zulässig. An Sonn- und Feiertagen besteht, bis auf wenige Ausnahmen, grundsätzlich Beschäftigungsverbot.

Der § 11 JArbSchG regelt regelmäßige **Pausenzeiten** in Abhängigkeit von der Gesamtarbeitszeit pro Tag, die bei viereinhalb bis sechs Stunden Arbeitszeit 30 Minuten und bei mehr als sechs Stunden Arbeitszeit 60 Minuten betragen muss. Als Ruhepause gelten dabei nur Arbeitsunterbrechungen von mindestens 15 Minuten Länge. Besucht ein Auszubildender die Berufsschule, hat der Arbeitgeber ihn gemäß § 9 JArbSchG für diese Zeit von der Arbeit freizustellen. Zudem werden Beschäftigungsverbote für die Schulphasen geregelt. Die Freistellung gilt ebenso für Prüfungen sowie außerbetriebliche Ausbildungsmaßnahmen (§ 10 JArbSchG).

Jugendliche haben laut § 15 JArbSchG eine **5-Tage-Woche** mit möglichst zwei aufeinanderfolgenden Ruhetagen. **Samstags- bzw. Sonntagsarbeit** sowie Arbeit an **gesetzlichen Feiertagen** ist gemäß § 16 bis 18 JArbSchG nicht zulässig, es

gibt jedoch Ausnahmen (z. B. für Kinderheime). In § 19 JArbSchG wird der **Urlaubsanspruch** von Jugendlichen geregelt. Je nach Alter zum 1. Januar eines Jahres hat ein Jugendlicher Anspruch auf unterschiedlich viel Urlaub: 15-Jährige haben Anspruch auf 30 Werktage, 16-Jährige auf 27 Werktage und 17-Jährige auf 25 Werktage Urlaub.

Analog zu **Beschäftigungsverboten** im Mutterschutz werden auch im Jugendarbeitsschutz Tätigkeiten definiert, die von Kindern und Jugendlichen nicht ausgeübt werden dürfen (§§ 22-25 JArbSchG), es sei denn, sie sind Bestandteil der Ausbildung und finden unter Aufsicht einer fachkundigen Person statt. Der Arbeitgeber ist in diesem Zusammenhang zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit der Jugendlichen (§ 28 JArbSchG), zur **Gefährdungsbeurteilung** des Arbeitsplatzes des Jugendlichen (§ 28a JArbSchG) sowie zu mindestens halbjährlichen **Unterweisungen** zu Gefahren (§ 29 JArbSchG) verpflichtet. Dabei soll er mit Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit zusammenarbeiten.

Voraussetzung für die Beschäftigung eines Jugendlichen ist nach § 32 JArbSchG die **Bescheinigung eines Arztes** im Rahmen einer Erstuntersuchung (max. 14 Monate alt). Ein Jahr nach Aufnahme der Tätigkeit muss diese Bescheinigung im Rahmen der ersten Nachuntersuchung wieder erbracht werden (§ 33 JArbSchG), sonst darf der Jugendliche nicht weiter beschäftigt werden. Enthält diese Bescheinigung einen Vermerk über Arbeiten, die der Jugendliche nicht ausführen darf, darf der Arbeitgeber nach § 40 JArbSchG den Jugendlichen nicht mit solchen Arbeiten beschäftigen. Weitere Nachuntersuchungen sind im jährlichen Abstand möglich (§ 34 JArbSchG).

Die Vorschriften des JArbSchG sind nicht abdingbar, d. h. es darf auch bei Festlegung im Arbeitsvertrag nicht davon abgewichen werden.

2.1.7 Arbeitszeitgesetz

Das deutsche Arbeitszeitgesetz (ArbZG) setzt Rahmenbedingungen für die Arbeitszeiten der Arbeitnehmer in Deutschland und ist für Arbeitgeber und Arbeitnehmer verbindlich. Ziel des Gesetzes ist es nach § 1 ArbZG

- die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeitszeitgestaltung zu gewährleisten,
- die Rahmenbedingungen für flexible Arbeitszeiten zu verbessern und

- den Sonntag und die staatlich anerkannten Feiertage als Tage der Arbeitsruhe und der seelischen Erhebung der Beschäftigten zu schützen.

Das ArbZG gibt einen Rahmen vor, der durch Vereinbarungen zwischen den Tarifparteien (Tarifvertrag, Betriebsvereinbarung) oder Ausnahmegenehmigungen der zuständigen Behörde im Rahmen des Gesetzes erweitert werden kann.

Arbeitszeit im Sinne dieses Gesetzes ist die Zeit vom Beginn bis zum Ende der Arbeit ohne die Ruhepausen. Nach der Grundregelung in § 3 ArbZG darf die werktägliche Arbeitszeit der Arbeitnehmer acht Stunden nicht überschreiten. Sie kann auf bis zu zehn Stunden nur verlängert werden, wenn innerhalb von sechs Kalendermonaten oder innerhalb von 24 Wochen im Durchschnitt acht Stunden werktäglich nicht überschritten werden.

Nach § 4 ArbZG ist die Arbeit durch im Voraus feststehende **Ruhepausen** von mindestens 30 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als sechs bis zu neun Stunden und 45 Minuten bei einer Arbeitszeit von mehr als neun Stunden insgesamt zu unterbrechen. Die Ruhepausen können in Zeitabschnitte von jeweils mindestens 15 Minuten aufgeteilt werden. Eine durchgängige und ununterbrochene Beschäftigung von mehr als sechs Stunden ohne Ruhepause ist hierbei nicht zulässig.

Nach Beendigung der täglichen Arbeit steht Arbeitnehmern nach § 5 ArbZG eine ununterbrochene **Ruhezeit** von mindestens elf Stunden (in Ausnahmefällen nur zehn Stunden) zu. Rufbereitschaften in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen zur Behandlung, Pflege und Betreuung von Personen haben dabei andere Regelungen.

Nacht- und Schichtarbeit sind in Kitas selten anzutreffen. Rechtliche Regelungen dazu, z. B. die maximale Nachtarbeitszeit, zu gewährende freie Tage oder die intensivere arbeitsmedizinische Betreuung für Nachtarbeiter, sind in § 6 ArbZG nachzulesen.

Laut § 9 ArbZG dürfen Arbeitnehmer an **Sonn- und Feiertagen** nicht beschäftigt werden. Ausnahmen sind gemäß § 10 ArbZG u. a. in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen zur Behandlung, Pflege und Betreuung von Personen (z. B. Kinderheime) möglich. Für diese Sonn- und Feiertagsbeschäftigung ist nach § 11 ArbZG ein **Ersatzruhetag** zu gewähren. Der Ersatzruhetag für die Beschäftigung an einem Sonntag ist innerhalb der nächsten zwei Wochen zu gewähren. Soweit keine technischen oder arbeitsorganisatorischen Gründe entgegen-

stehen, ist der Ersatzruhetag unmittelbar in Verbindung mit einer Ruhezeit zu gewähren.

Bei unaufschiebbaren Arbeiten zur Behandlung, Pflege und Betreuung von Personen kann an einzelnen Tagen von den oben genannten Regelungen nach § 14 Absatz 2 Nummer 2 ArbZG abgewichen werden, wenn dem Arbeitgeber andere Vorkehrungen nicht zugemutet werden können.

2.1.8 Betriebsverfassungsgesetz

Das Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) ist Bestandteil des kollektiven Arbeitsrechtes. Prinzipiell können in Betrieben mit mind. fünf ständigen wahlberechtigten Arbeitnehmern, von denen drei wählbar sind, laut § 1 BetrVG Personal- bzw. Betriebsräte eingesetzt werden.

In Trägerorganisationen mit **Personal- bzw. Betriebsrat** haben die Mitarbeitervertreter im Sinne des § 87 Absatz 1 Ziff. 7 und den §§ 90-91 BetrVG umfangreiche **Mitbestimmungs-, Unterrichts- und Beratungsrechte** bzw. laut § 80 sowie § 89 Absatz 2 BetrVG **Überwachungs- und Informationsrechte**. Das betrifft Planungen von:

- baulich-räumlichen Aspekten,
- technischen Anlagen,
- Arbeitsverfahren und -abläufen oder
- Arbeitsplätzen.

Sie haben demnach weitgehende Möglichkeiten, die Angelegenheiten des Arbeitsschutzes wie Regelungen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie den Gesundheitsschutz im Rahmen der Entscheidungsspielräume des Arbeitgebers mitzugestalten (z. B. in Betriebsvereinbarungen, **Kap. 3.1.2**).

Werden sich Arbeitgeber und Betriebsrat nicht einig, entscheidet nach § 87 Absatz 2 eine Einigungsstelle.

Beispielsweise steht dem Personal- bzw. Betriebsrat nach dem Beschluss des Bundesarbeitsgerichts vom 8. Juni 2004 – 1 ABR 13/03 – NZA 2004, 1175 bei der Festlegung der Einzelheiten der Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsplätze das volle Mitbestimmungsrecht zu, da die Regelungen im Arbeitsschutzgesetz lediglich Rahmenregelungen seien, die im Betrieb vor Ort noch ausgestaltet werden müssten. Das heißt, dass bei der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung Betriebs- oder Personalrat beteiligt werden müssen.

Zudem hat der Arbeitnehmer nach § 84 BetrVG die Möglichkeit der **förmlichen Beschwerde** bei den staatlichen Aufsichtsämtern (Gewerbeaufsicht).

Nach § 9 ASiG (vgl. **Kap. 2.1.3**) sind Personal- bzw. Betriebsräte weiterhin berechtigt, mit dem Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit zusammenzuarbeiten.

2.1.9 Unfallverhütungsvorschriften der Unfallversicherungsträger

Die Unfallverhütungsvorschriften (UVV) der Unfallversicherungsträger stellen die konkreteste Form von Arbeits- und Gesundheitsschutznormen dar. Seit der Gründung des gemeinsamen Spitzenverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen der öffentlichen Hand – der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (**DGUV**) – werden sie als DGUV-Vorschriften bezeichnet (davor Berufsgenossenschaftliche Vorschriften (BGV) im Bereich der Gewerblichen Unfallversicherungsträger bzw. GUV-Vorschriften (GUV-V) im Bereich der Unfallkassen und Gemeindeunfallversicherungen). Die Unfallversicherungsträger haben nach § 14 SGB VII einen gesetzlichen Auftrag zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, den sie in Form von Unfallverhütungsvorschriften umsetzen (§ 15 SGB VII; **Infobox 2.16**). Sie existieren dort, wo es keine staatlichen Regelungen gibt. Unterhalb dieser Vorschriftenebene haben die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung ein umfassendes Regelwerk (Regeln, Informationen und Grundsätze) erarbeitet, welches der Unterstützung der Unternehmer und Versicherten bei der Wahrnehmung ihrer Pflichten im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz dienen soll.

Sie besitzen zwar nicht den Rang einer Verordnung, gehören jedoch zum sog. „Stand der Technik“. Das bedeutet, sie konkretisieren die in den Unfallverhütungsvorschriften definierten Schutzziele und geben Hinweise für deren Erreichen. Sie können bei der Gefährdungsbeurteilung als Entscheidungsgrundlage dienen und liegen damit im Spielraum des Arbeitgebers.

➤ Infobox 2.16

§ 14 SGB VII – Grundsatz

- (1) Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen

dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen.

- (2) Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen.

...

§ 15 SGB VII – Unfallverhütungsvorschriften

- (1) Die Unfallversicherungsträger können unter Mitwirkung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. als autonomes Recht Unfallverhütungsvorschriften über Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren oder für eine wirksame Erste Hilfe erlassen, soweit dies zur Prävention geeignet und erforderlich ist und staatliche Arbeitsschutzvorschriften hierüber keine Regelung treffen; in diesem Rahmen können Unfallverhütungsvorschriften erlassen werden über

1. Einrichtungen, Anordnungen und Maßnahmen, welche die Unternehmer zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren zu treffen haben sowie die Form der Übertragung dieser Aufgaben auf andere Personen,
2. das Verhalten der Versicherten zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren,
3. vom Unternehmer zu veranlassende arbeitsmedizinische Untersuchungen und sonstige arbeitsmedizinische Maßnahmen vor, während und nach der Verrichtung von Arbeiten, die für Versicherte oder für Dritte mit arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit verbunden sind,
4. Voraussetzungen, die der Arzt, der mit Untersuchungen oder Maßnahmen nach Nummer 3 beauftragt ist, zu erfüllen hat, sofern die ärztliche Untersuchung nicht durch eine staatliche Rechtsvorschrift vorgesehen ist,
5. die Sicherstellung einer wirksamen Ersten Hilfe durch den Unternehmer,
6. die Maßnahmen, die der Unternehmer zur Erfüllung der sich aus dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit ergebenden Pflichten zu treffen hat,
7. die Zahl der Sicherheitsbeauftragten, die nach § 22 unter Berücksichtigung der in den Unternehmen für Leben und Gesundheit der Versicherten bestehenden arbeitsbedingten Gefahren und der Zahl der Beschäftigten zu bestellen sind.

In der Unfallverhütungsvorschrift nach Satz 1 Nr. 3 kann bestimmt werden, dass arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen auch durch den Unfallversicherungsträger veranlasst werden können.

...

Ziel der UVV ist die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren. Daher beinhalten sie Schutzmaßnahmen und Regelungen des allgemeinen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, für Einwirkungen am Arbeitsplatz, für die Arbeitsbedingungen besonderer Betriebsarten und Arbeitsplätze sowie für technische Arbeitsverfahren.

Diese autonomen Rechtsnormen bauen auf den Aussagen des ArbSchG auf und sind durch Arbeitgeber und versicherte Beschäftigte verpflichtend einzuhalten. Werden sie verletzt, kann es neben einer strafrechtlichen Verfolgung bei schuldhafter Gesundheitsverletzung auch gemäß § 45 des Achten Sozialgesetzbuches (SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe) zu einem **Entzug der Betriebserlaubnis** für die Kita kommen, so das Wohl der Kinder oder der Jugendlichen gefährdet ist. Der Unternehmer ist im Rahmen der UVV verpflichtet, die gesetzlichen Regelungen insbesondere des ArbSchG und des ASiG sowie aller nachgeordneten Verordnungen umzusetzen (§ 2 Absatz 2 DGUV Vorschrift 1).

2.1.9.1 DGUV Vorschrift 1 – Grundsätze der Prävention

In der DGUV Vorschrift 1 sind die **Grundpflichten des Arbeitgebers** noch einmal konkret benannt. Der Arbeitgeber hat demnach:

- alle erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie einer wirksamen Erste Hilfe zu treffen (§ 2 Absatz 1 DGUV Vorschrift 1),
- alle damit in Verbindung stehenden Kosten zu tragen (§ 2 Absatz 5 DGUV Vorschrift 1),
- Arbeitsbedingungen zu beurteilen, ggf. Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz festzulegen, zu überprüfen und diese zu dokumentieren (§ 3 DGUV Vorschrift 1),
- die Arbeitnehmer regelmäßig (mindestens einmal jährlich) zu unterweisen und dies zu dokumentieren (§ 4 DGUV Vorschrift 1),
- Mitarbeiter für Tätigkeiten so zu befähigen, dass sie sicher und gesundheitsgerecht ausgeübt werden können (§ 7 DGUV Vorschrift 1),
- Mängel an Arbeitsmitteln oder der Betriebseinrichtung zu beheben bzw. deren Nutzung zu untersagen oder den Bereich stillzulegen, bis der Mangel behoben ist (§ 11 DGUV Vorschrift 1),
- Vorschriften und Regeln zur Verfügung zu stellen (§ 12 DGUV Vorschrift 1).

Der Unternehmer ist weiter zur Zusammenarbeit mit dem Unfallversicherungsträger im Rahmen von Besichtigungen, dem Erteilen von Auskünften oder dem Nachweis der Dokumentation von Unterweisungen (§ 10 DGUV Vorschrift 1) verpflichtet. Auch darf der Unternehmer nach § 7 DGUV Vorschrift 1 nur Arbeitsaufgaben auf Arbeitnehmer übertragen, die fähig sind, die Anforderungen an Sicherheit und Gesundheitsschutz einzuhalten. § 13 DGUV Vorschrift 1 ermöglicht einem Arbeitgeber jedoch auch, zuverlässigen und fachkundigen Personen schriftlich die Umsetzung seiner **Pflichten** im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu übertragen. Damit erlischt jedoch nicht seine Verantwortung.

Doch auch die **versicherten Arbeitnehmer** haben durch die UVV **Pflichten** hinsichtlich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (§§ 15–18 DGUV Vorschrift 1): Sie müssen den Arbeitgeber nach ihren Möglichkeiten bei der Umsetzung von Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz unterstützen und diesbezüglich alle Anordnungen des Arbeitgebers befolgen (**Infobox 2.17**).

Werden von den Versicherten Gefahren für Sicherheit und Gesundheit bemerkt, haben sie ihren Vorgesetzten unverzüglich davon in Kenntnis zu setzen.

➤ Infobox 2.17

§ 15 DGUV Vorschrift 1 – Drittes Kapitel: Pflichten der Versicherten – Allgemeine Unterstützungspflichten und Verhalten

- (1) Die Versicherten sind verpflichtet, nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung und Weisung des Unternehmers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit sowie für Sicherheit und Gesundheitsschutz derjenigen zu sorgen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen betroffen sind. Die Versicherten haben die Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe zu unterstützen. Versicherte haben die entsprechenden Anweisungen des Unternehmers zu befolgen. Die Versicherten dürfen erkennbar gegen Sicherheit und Gesundheit gerichtete Weisungen nicht befolgen.
- (2) Versicherte dürfen sich durch den Konsum von Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Mitteln nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können.
- (3) Absatz 2 gilt auch für die Einnahme von Medikamenten.

Als Unterstützung in der Umsetzung der Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz hat der Arbeitgeber bei mindestens 20 Beschäftigten in einem Betrieb einen **Sicherheitsbeauftragten** zu benennen (§ 22 SGB VII, § 20 DGUV Vorschrift 1). **In diesem Zusammenhang werden die betreuten Kinder während des Kita-Besuchs gemäß § 2 Absatz 8a SGB VII auch mit einbezogen.** Der Sicherheitsbeauftragte sollte in Abhängigkeit der Betriebsart, der damit verbundenen Unfall- und Gesundheitsgefahren sowie der betrieblichen Belange aus- und fortgebildet werden (**Kap. 3.1.2**).

Entsprechend der DGUV Vorschrift 1 hat der Arbeitgeber dafür zu sorgen, dass zur Ersten Hilfe und zur Rettung der Versicherten die erforderlichen Einrichtungen, Sachmittel und geeignete Personen zur Verfügung stehen (§§ 24–28 DGUV Vorschrift 1, **Kap. 3.1.2**). Über Aushänge oder andere geeignete schriftliche Hinweise müssen den Versicherten aktuelle Informationen zu Notruf, Erste-Hilfe- und Rettungs-Einrichtungen gegeben werden. Des Weiteren ist der Arbeitgeber verpflichtet, Erste-Hilfe-Leistungen zu dokumentieren (Aufbewahrungsfrist fünf Jahre). Art und Anzahl der Verbandkästen sind abhängig von der Zahl der Versicherten und der Betriebsart. Verbrauchte (z. B. Einmalhandschuhe oder Pflaster) bzw. abgelaufene Materialien müssen umgehend ersetzt werden und es sind **regelmäßige Bestandskontrollen der Erste-Hilfe-Kästen** durchzuführen. Neben dem Verbandmaterial kann in Abhängigkeit von der Gefährdungsbeurteilung auch weiteres Erste-Hilfe-Material notwendig sein (z. B. Desinfektionsmittel, Antidote, Sauerstoffgerät). Arzneimittel wie Kopfschmerztabletten oder Hustenmittel gehören nicht in den Verbandkasten.

Laut § 26 DGUV Vorschrift 1 hat der Unternehmer für eine ausreichende Zahl an geschulten Ersthelfern zu sorgen (Kap. 3.1.2). Für Kindertageseinrichtungen ist ein Ersthelfer pro Kindergruppe festgelegt. Der Ersthelfer hat bei möglichen Kontakten zu Körperflüssigkeiten oder Ausscheidungen Einmalhandschuhe zu tragen, Händedesinfektionsmaßnahmen sind je nach Gefährdung vorzunehmen. Parallel zur Erstversorgung ist vom Ersthelfer zu entscheiden, ob sofortige ärztliche Hilfe zur weiteren Versorgung des Verletzten hinzuzuziehen ist.

Die Einrichtungsleitung hat dafür Sorge zu tragen, dass die Beschäftigten entsprechend der staatlichen Arbeitsschutzvorschriften in Verbindung mit der DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“:

- vor der erstmaligen Aufnahme der Tätigkeit und
- danach mindestens jährlich

zu Gefahren und Maßnahmen zum Schutz einschließlich der Ersten Hilfe unterwiesen werden.

2.1.9.2 DGUV Vorschrift 2 – Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit

Eine weitere Unfallverhütungsvorschrift ist für Unternehmen im Allgemeinen – und somit auch für Kitas – von Relevanz: zum einen die DGUV Vorschrift 2, die den Einsatz von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit regelt. Darauf wird umfassend in Kap. 3.1.2 eingegangen.

2.1.9.3 DGUV Vorschrift 3 – Elektrische Anlagen und Betriebsmittel

Die DGUV Vorschrift 3 regelt den Betrieb mit und die Prüfung von elektrischen Anlagen und Betriebsmitteln (also alles, was mit Netzspannung betrieben wird) und ist für alle Unternehmen verbindlich. Das betrifft folgende zwei Arten von Anlagen bzw. Geräten:

- **ortsfest/stationär** (z. B. Monitore, Computer, Kaffeemaschinen, Kopierer, Netzteile, Lampen, Mehrfach-Steckdosen, Drucker, Heißklebepistolen) und
- **ortsveränderlich/nicht stationär** (z. B. Stromverteilungen, Steckdosen, Einbauleuchten, Sicherungen).

Nach § 3 Absatz 2 DGUV Vorschrift 3 muss ein Unternehmer diese elektrischen Anlagen und Betriebsmittel **gemäß den elektronischen Regeln**, d. h. den allgemein anerkannten Regeln der Elektrotechnik (Bestandteil der VDE-Bestimmungen) **betreiben**. Nach § 5 dieser Vorschrift ist ein Unternehmer verpflichtet, elektrische Anlagen und Geräte **auf ihren ordnungsgemäßen Zustand zu überprüfen**

- vor der erstmaligen Inbetriebnahme,
- nach Änderung oder Instandsetzung sowie
- innerhalb bestimmter Zeiträume (Fristen).

Für die Wiederholungsprüfungen ortsfester elektrischer Anlagen und Betriebsmittel wird eine Prüffrist von vier Jahren vorgegeben (Tab. 1A DGUV Vorschrift 3). Bei ortsveränderlichen Betriebsmitteln, Verlängerungskabeln mit/ohne Mehrfachverteilerdosen, Anschlussleitungen mit Stecker oder beweglichen Leitungen mit Stecker und Festanschluss gelten Richtwerte von sechs Monaten (wird bei der Prüfung eine Fehlerquote von weniger als 2 % ermittelt, kann die Prüffrist

auch verlängert werden). Zu beachten sind jedoch Maximalwerte von einem Jahr in Fertigungs- und Werkstätten bzw. zwei Jahre in Büros oder Arbeitsstätten mit ähnlichen Bedingungen.

Die Prüfung darf laut § 2 Absatz 3 DGUV Vorschrift 3 nur von einer **Elektrofachkraft** (nachweispflichtig!) bzw. unter Leitung und Aufsicht einer solchen sowie unter Verwendung kalibrierter Mess- und Prüfgeräte durchgeführt werden. Die Messergebnisse müssen dokumentiert werden. Wird bei dieser Prüfung ein Mangel festgestellt, so hat der Unternehmer nach § 3 Absatz 2 DGUV Vorschrift 3 dafür zu sorgen, dass der Mangel entweder unverzüglich behoben oder die Anlage bzw. das Betriebsmittel in diesem mangelhaften Zustand nicht mehr verwendet wird.

2.1.9.4 Bauliche und technische Anforderungen für Kitas gemäß DGUV Vorschrift 82 und DGUV Regel 102-002

Die seit April 2009 geltende Unfallverhütungsvorschrift „Kindertageseinrichtungen“ DGUV Vorschrift 82 (ehemals GUV-V S2) sowie deren Konkretisierung in Form der DGUV Regel 102-002 (ehemals BG/GUV-SR S2) schreiben die sicherheitstechnischen Anforderungen an die Gestaltung von Bau und Ausstattung (Abschnitt 1, **Infobox 2.18**), zusätzliche Bestimmungen für besondere Räume und Ausstattung (Abschnitt 2, **Infobox 2.19**) sowie Bestimmungen für Außenanlagen (Abschnitt 3, **Infobox 2.20**) in Kitas vor.

Zwar zielen diese Angaben schwerpunktmäßig auf den Schutz der betreuten Kinder ab, jedoch stellen diese Regelungen auch die Voraussetzung für sichere Arbeitsbedingungen hinsichtlich Stolper-, Rutsch-, Stoß- und Verletzungsgefahren für das Kita-Personal dar.

Mit der DGUV Vorschrift 82 sowie der DGUV Regel 102-002 werden die besonderen baulichen Voraussetzungen sowie Anforderungen an die Ausstattung für die Aufnahme und Betreuung von U3-Kindern festgelegt.

Ergänzt werden diese Schriften um Planungshinweise für die Außen- und Innenausstattung von Kindertageseinrichtungen der Unfallkasse Sachsen (→ www.unfallkassesachsen.de/service/mediathek/hauseigene-druckschriften/ → Bestell-Nr. UK Sachsen 02-01, 02-03 bzw. 02-04)

Infobox 2.18

DGUV Vorschrift 82 – Maßnahmen zur Verhütung von Gefahren für Leben und Gesundheit beim Aufenthalt in Kitas

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen für Bau und Ausstattung

§ 4 Raumgröße

ausreichend große Spiel- und Bewegungsflächen für Kinder, dabei Beachtung des pädagogischen Konzepts und der Altersstufen der Kinder (Landesregelungen beachten!),

§ 5 Tageslicht, künstliche Beleuchtung

Belichtung durch Tageslicht und/oder Beleuchtung von Aufenthaltsbereichen entsprechend der Nutzung,

§ 6 Bau- und Raumakustik

Einhaltung bau- und raumakustischer Anforderungen in Räumen und innen liegenden Aufenthaltsbereichen,

§ 7 Natürliche Lüftung, Raumklima

- (1) ausreichende Be- und Entlüftung aller Aufenthaltsräume (Dimensionierung der Fenster entsprechend Raumtiefe und -höhe sowie Anzahl sich gleichzeitig dort aufhalten der Kinder, Querlüftungen müssen möglich sein),
- (2) in Aufenthaltsbereichen gesundheitlich zuträgliche Temperaturen und Vermeidung von Zugluft (20 °C in allgemeinen Räumen, 24 °C in Umkleide-, Wasch- und Wickelräumen),
- (3) Abschirmung gegenüber Hitze in Bereichen, in denen durch äußere Einflüsse eine starke Aufheizung erfolgen kann (äußerer Sonnenschutz wie Markisen, Jalousien, Sonnensegel),

§ 8 Böden

- (1) Verwendung rutschhemmender und leicht zu reinigender Bodenbeläge,
- (2) Vermeidung von Stolperstellen (z. B. nicht bündig liegende Fußmatten oder Abdeckungen, Aufkantung und Unebenheiten im Fußbodenbereich, Türpuffer oder -festhalter, lose auf dem Boden liegende Leitungen, vorstehende Fußgestelle von Einrichtungsgegenständen),
- (3) Vermeidung von Einzelstufen (wenn nicht möglich, dann deutliche Unterscheidung von angrenzenden Flächen, z. B. durch kontrastreiche Farbgebung, Wechsel in Materialstruktur, Stufenbeleuchtung),
- (4) Maßnahmen zur Zurückhaltung von Schmutz und Nässe im Eingangsbereich zur Erhaltung rutschhemmender Eigenschaften der Bodenbelege (z. B. Schuhabstreifmatten),

§ 9 Wände, Stützen

Vermeidung von Verletzungen durch scharfe Kanten und spitzig-raue Oberflächen bis zur Höhe von 2,00 m (z. B. Abrundungsradius $r \geq 2$ mm oder entsprechend stark gefasste bzw. gebrochene Ecken und Kanten, gerundete Eckputzschie-

nen, voll verfugtes Mauerwerk mit glatter Steinoberfläche, geglätteter Putz, entgratete Betonoberflächen, ebene Holzverschalungen mit gerundeten oder gefassten Kanten),

§ 10 Verglasung, lichtdurchlässige Flächen

- (1) Vermeidung von Verletzungsgefahren bei Glasbruch bei Verglasungen oder sonstigen lichtdurchlässigen Flächen bis 2,00 m Höhe in Aufenthaltsbereichen
 - bruchssichere Werkstoffe (siehe GUV-SI 8027) oder
 - ausreichende Abschirmung (z. B. 80 cm hohe Fensterbrüstung bei 20 cm tiefen Fensterbänken, Anpflanzungen im Außenbereich mit Tiefe von mind. 1,00 m),
- (2) deutliche Erkennbarkeit von Verglasungen und lichtdurchlässigen Flächen (z. B. durch farbige Aufkleber, Querriegel, strukturierte Glasflächen, Brüstungselemente bei Fenstern),

§ 11 Absturzsicherung, Umwehrungen

- (1) Sicherung von Absturzgefahren in Aufenthaltsbereichen:
 - bis 1,00 m Höhe: z. B. Pflanzentröge, Anpflanzungen als Schutzstreifen, Umwehrungen (Geländer, Brüstungen),
 - Umwehrungen mind. 1 m hoch in Aufenthaltsbereichen, die mehr als 1,00 m über einer anderen Fläche liegen,
- (2) Gestaltung von Umwehrungen so, dass keine Verleitung zum Rutschen, Klettern, Aufsitzen oder Ablegen von Gegenständen erfolgt,

§ 12 Treppen, Rampen

- (1) Treppen und Rampen müssen sicher benutzt werden können (große und rutschhemmende Trittplächen (mind. 28 cm), gleichmäßige Treppensteigung, die mit üblichem Schrittmaß übereinstimmt (max. 17 cm), Treppen mit Setzstufen, rutschhemmende Ausführung von Treppenstufen (siehe BGR/GUV-R 181), Rampen mit max. 6 % Neigung),
- (2) Treppenstufen gut erkennbar und nicht scharfkantig
 - Vorderkanten markiert oder beleuchtet,
 - ausreichende Beleuchtung des Treppenhauses,
 - Verletzungsgefahr minimieren durch Abrundungsradius ≥ 2 mm, gebrochene bzw. gefasste Kanten,
- (3) Handläufe an beiden Seiten von Treppen und Rampen, Hängenbleiben ausschließen (gute Erreichbarkeit (z. B. 80 cm Höhe), leichte Umfassbarkeit, keine frei vorstehenden Enden, innere Fortführung über Treppenabsätze),
- (4) Verletzungsgefahren durch unbeabsichtigtes Unterlaufen von offen zugänglichen Flächen unter Treppenläufen und -podesten vermeiden (Absperrung durch Geländer, Absicherung mit Ausstattungsgegenständen),

§ 13 Türen und Fenster

- (1) Vermeidung von Gefährdung durch aufschlagende Türflügel (v. a. in Fluren, Eingangshallen und Räumen für Bewegungserziehung),
- (2) leicht zu öffnende und zu schließende Türen (z. B. bei schweren Rauch- und Brandschutztüren, Offenhaltung mit Magnethalterungen oder Selbstschließfunktion),
- (3) Vermeidung von Scherstellen an Nebenschließkanten von Türen,
- (4) Vermeidung von Gefährdung beim Öffnen und Schließen von Fenstern durch entsprechende Gestaltung (z. B. Kipp- oder Schwingflügel mit Sperrelementen oder Öffnungsbegrenzern, Dreh-/Kippbeschläge mit Verschlussperren für die Drehrichtung),
- (5) Vermeidung von Gefährdung bei Gebrauch von Griffen, Hebeln und Schließern durch entsprechende Beschaffenheit und Anordnung (z. B. gerundete Griffe und Hebel ≥ 25 mm zur Gegenschließkante angeordnet),

§ 14 Ausstattung, Spielzeug

- (1) sichere und ergonomische Gestaltung, Befestigung und Aufstellung der Ausstattungen gemäß ihres Bestimmungszwecks (z. B. Feststellvorrichtungen für rollbare Elemente, Sicherung gegen Herausfallen von Schubladen, kipp- und standsichere Aufstellung von Regalen oder Schränken),
- (2) Vermeidung von Verletzungsgefahren durch scharfe Kanten oder Ecken, raue Oberflächen oder vorstehende Teile bis zur Höhe von 2,00 m durch Sicherung der Ausstattung (z. B. durch Abrundungsradius ≥ 2 mm, gebrochene bzw. gefasste Kanten, geeignete Abschirmung),
- (3) keine Gefährdung durch Scherstellen an beweglichen Teilen von Ausstattungsgegenständen,
- (4) Auswahl von Spielzeug und Bastelmaterial so, dass keine Gefährdung davon ausgeht,

§ 15 Heiße Oberflächen und Flüssigkeiten

Schutz vor Verbrennungs- und Verbrühungsgefahren (bei kurzzeitigem Kontakt mit heißen Oberflächen ≤ 60 °C oder Flüssigkeiten ≤ 43 °C keine Verbrennungs- bzw. Verbrühungsgefahr anzunehmen),

§ 16 Elektrische Anlagen

Berücksichtigung der Sicherheit bei Errichtung, Bereitstellung und Betreibung von elektrischen Anlagen und Betriebsmitteln (z. B. Steckdosen mit erhöhtem Berührungsschutz, Vermeidung von Berührung leitfähiger Teile, elektrische Dekoration mit Schutzkleinspannung).

Infobox 2.19

DGUV Vorschrift 82 – Maßnahmen zur Verhütung von Gefahren für Leben und Gesundheit beim Aufenthalt in Kitas (Auszüge)

2. Abschnitt: Zusätzliche Bestimmungen für besondere Räume und Ausstattungen

§ 17 Haustechnik und Lagerung

Sicherung gegen unbefugtes Betreten von Räumen oder Einrichtungsgegenständen für die Aufbewahrung von Reinigungsmitteln oder sonstigen gesundheitsgefährdenden Substanzen sowie Standorte für technische Bereiche (z. B. abschließbare Türen, Türen mit feststehendem Türknauf, verschließbare Behältnisse),

...

§ 19 Waschräume, Toiletten, Hygiene

...

(2) Vermeidung von Quetsch- und Scherstellen an Türen von Sanitärkabinen,

...

(4) Treffen geeigneter Hygienemaßnahmen zur Beseitigung von Abfällen in Bereichen, in denen Kinder von Körperausscheidungen gereinigt werden (z. B. dicht schließende Windeleimer),

§ 20 Werkräume

...

(3) Treffen geeigneter Maßnahmen gegen die Abgabe von Gefahrstoffen in die Raumluft (Belüftung, Abluft ins Freie, Verwendung ungefährlicher Substanzen),

...

§ 24 Räume und Ausstattungen zur Bewegungserziehung

(1) Vermeidung einer Gefährdung durch entsprechend gestaltete Fußböden und Wände (nachgiebige Fußbodenbeläge, ebenflächige und glatte Wände bis 2,00 m Höhe, abgerundete Ecken und Kanten mit einem Radius von 10 mm bzw. entsprechend starke Fassung, nicht übersehbare Fensterbänke),

...

(3) gesonderte Aufbewahrung von Spiel- und Sportgeräten,

§ 25 Erhöhte Spielebenen im Innenbereich

(1) sichere Gestaltung von erhöhten Spielebenen durch sichere Aufstiege,

- Treppen mit Umwehrungen sind Leitern vorzuziehen,
- sind Leitern nicht vermeidbar, dann Auslegung möglicher Fallbereiche mit stoßdämpfenden Bodenbelägen und Ausstattung der Einstiegsöffnung mit einem Querriegel als Absturzsicherung,

(2) Gestaltung der Umwehrungen erhöhter Spielebenen so, dass Aufenthaltsbereich dahinter sofort einsehbar ist,

(3) Verhinderung des unbeabsichtigten Herunterfallens von Gegenständen aus dem Fußbereich.

Infobox 2.20

DGUV Vorschrift 82 – Maßnahmen zur Verhütung von Gefahren für Leben und Gesundheit beim Aufenthalt in Kitas (Auszüge)

3. Abschnitt: Zusätzliche Bestimmungen für Außenanlagen

§ 26 Spielflächen

...

(2) befestigte Bodenbeläge von Außenflächen müssen auch bei Nässe rutschhemmend und so beschaffen sein, dass Verletzungen bei Stürzen vermieden werden (geeignet sind z. B. Asphalt, nicht scharfkantige Pflasterung, gesägte Natursteinplatten, Tennenbeläge),

§ 27 Aus- und Zugänge, Einfriedungen

(1) sichere Gestaltung von Aus- und Zugängen an verkehrsreichen Straßen (z. B. durch Geländer unmittelbar vor der Fahrbahn bzw. vor einem Radweg, Anordnung entsprechender Pflanzstreifen, geeignete Anordnung von Parkflächen),

(2) Sicherung von Türen und Toren, die direkt in den öffentlichen Verkehrsraum führen (z. B. elektrische Verriegelungssysteme oder entsprechende Anordnung von Türklinken so, dass Kinder sie nicht betätigen können),

(3) Sicherung des Aufenthaltsbereiches im Außengelände gegen unerlaubtes Verlassen/Betreten,

(4) ausreichend hohe Einfriedung des Außengeländes (mind. 1,00 m, keine leiterähnlichen Gestaltungselemente, keine spitzen, scharfkantigen oder hervorstehenden Teile),

(5) ausreichende Beleuchtung der Aus- und Zugänge sowie der dorthin führenden Verkehrswege,

§ 28 Spielplatzgeräte, naturnahe Spielräume

...

(3) Vermeidung nicht erkennbarer Gefahren bei Spiel mit naturnahen Elementen (z. B. Steine, Bäume, Buschwerk, Erdgräben, Hügel, Schlammhöhlen) und zum Spielen, Bauen und Gestalten einladenden Geräten:

- Vermeiden spitzer und scharfer Gegenstände und Materialien,
- kein Hängenbleiben oder Einklemmen in Zwischenräumen, Spalten etc.,
- dauerhafte und standsichere Ausführung von Verbindungs- und Konstruktionselementen,
- Sicherung von Absturzstellen,
- stoßdämpfender Untergrund in Fallbereichen,

§ 29 Wasserflächen, Anpflanzungen

(1) sichere Gestaltung von Feuchtbiosphären und Teichanlagen:

- bei Wassertiefen ≤ 20 cm im Uferbereich eine 1,00 m breite, flach geneigte und trittsichere Flachwasserzone,
- bei Wassertiefe > 20 cm eine mind. 1,00 m hohe Einfriedung,

(2) Beachtung möglicher Verletzungs- und Gesundheitsgefährdungen bei Bepflanzungen im Aufenthaltsbereich (z. B. lange und spitze Dornen, giftige Pflanzen, Ast- und Zweigenden in Kopf- und Augenhöhe).

2.1.10 Anforderungen an Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit im Zuge von Neu- und Umbaumaßnahmen

Es gibt zahlreiche Regelungen für eine sichere Gestaltung von Kitas aus der Perspektive der dort betreuten Kinder. Die Begehungen der Gesetzlichen Unfallversicherungsträger und auch das Betriebserlaubnisverfahren durch das Landesjugendamt zielen insbesondere auf die Einhaltung dieser Vorschriften im Sinne der Gefahrenabwendung und der Sicherung des Kindeswohles ab. Außerdem muss beachtet werden, dass die Kita für die Beschäftigten auch Arbeitsstätte ist und für diese alle Regelungen zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Beachtung finden müssen.

Im Rahmen der Erteilung einer Betriebserlaubnis nach § 45 SGB VIII durch das Landesjugendamt werden hinsichtlich der zu nutzenden Räume und des Außengeländes von verschiedenen örtlich zuständigen Institutionen Stellungnahmen eingeholt, die indirekt ebenfalls arbeits- und gesundheitsschutzrelevante Aspekte für die Kita-Beschäftigten berücksichtigen. Folgende Institutionen sind am Betriebserlaubnisverfahren beteiligt:

- Unfallkasse Sachsen (ggf. Abteilung Arbeitsschutz der Landesdirektion Sachsen),
- Gesundheitsamt,
- Bauamt,
- Brand- und Katastrophenschutz,
- Lebensmittelüberwachung- und Veterinäramt.

Damit soll erreicht werden, dass die Lage, das Gebäude, die Räumlichkeiten, die Außenanlagen und die Ausstattung der Kita den Aufgaben gemäß § 2 SächsKitaG genügen. Bei Neu- und Umbaumaßnahmen kann es daher sinnvoll sein, eine fachliche Expertise frühzeitig in die Planung und Umsetzung mit einzubeziehen.

Im Jahr 2005 wurde vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales eine Empfehlung herausgegeben, in der die räumlichen Anforderungen an Kindertageseinrichtungen beschrieben sind ([vgl. Infobox 2.21](#)). Dabei werden insbesondere Regelungen gemäß den Vorgaben aus dem IfSG, der Bio-StoffV bzw. TRBA 250, ArbStättV sowie der Regelungen der DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“ aufgegriffen. Im Einzelfall ist zu prüfen, ob die Empfehlungen des SMS den aktuellen Rechtsgrundlagen entsprechen.

Infobox 2.21

Empfehlung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales zu den räumlichen Anforderungen an Kindertageseinrichtungen – Personalrelevante Ausstattungshinweise (Auszüge)

[...]

4. Ausstattungshinweise

[...]

4.3.5 Für Personal:

Für das in der Kindertageseinrichtung tätige Personal sollen ausreichend Toiletten und Handwaschbecken vorhanden sein. Gesonderte Toiletten sollen zur Verfügung stehen für:

- a. Personal mit besonderen Gesundheitsanforderungen nach §§ 42 und 43 IfSG,
- b. Personal ohne besondere Gesundheitsanforderungen nach §§ 42 und 43 IfSG / Gäste.

Für das Personal sollen ausreichend geeignete Umkleidemöglichkeiten, erforderlichenfalls mit Trennung von Berufs- und Privatkleidung, sowie für Küchenpersonal eine Dusche zur Verfügung stehen. Darüber hinaus soll die Einrichtung mit einem Ausguss für Reinigungsmittel und Brauchwasser ausgestattet sein.

[...]

4.6 Folgende zusätzliche Räume sollen vorgesehen werden:

- a. Raum für Leiterin mit Möglichkeiten der kurzzeitigen Unterbringung erkrankter Kinder,
- b. Aufenthaltsraum für Personal,
- c. Werkräume bzw. Projekträume nach Erfordernis,
- d. verschließbarer Raum oder Schrank zur Aufbewahrung für Reinigungsgeräte und -mittel,

[...]

6. Sonstige Anforderungen

6.5 In der Einrichtung müssen für erste Hilfe entsprechende Materialien sowie ein jederzeit zugängliches Notruftelefon vorhanden sein.

[...]

7. Anderweitige Nutzung

Die Räume der Einrichtung können von dem Träger außerhalb der Öffnungszeiten für andere Zwecke zur Verfügung gestellt werden, wenn die anderweitige Nutzung mit dem Zweck der Einrichtung vereinbar ist, der Betrieb der Einrichtung nicht beeinträchtigt wird sowie die pädagogischen und hygienischen Anforderungen erfüllt werden.

8. Katastrophen- und Brandschutz

Der Träger hat für jede Einrichtung einen Maßnahmenplan zu erstellen, der bei drohenden oder bestehenden Gefahren (zum Beispiel Havarien, Hochwasser, Bombendrohung, Feueralarm) anzuwenden ist. Ziel der Bemühungen muss sein, die Kinder schnellstens aus dem Gefahrenbereich zu bringen und die zuständigen Stellen sofort über die Gefahr zu informieren. Für die Einrichtung ist der Brandschutz zu gewährleisten.

Diese Empfehlung wird bei Entscheidungen des Landesjugendamtes über Erteilung, Rücknahme oder Widerruf der Betriebserlaubnis herangezogen. Sie soll beim Neubau von Kindertageseinrichtungen, berücksichtigt werden und Architekten und Kita-Trägern auch als Orientierung für die Gestaltung der Kita als Arbeitsstätte dienen.

Auf dem Internetportal → www.sichere-kita.de der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen können für den Neu- und Umbau von Kindertageseinrichtungen viele wichtige Informationen und deren aktuelle Rechtsbezüge sowie Gestaltungshinweise

nachgelesen werden. Dabei kann sehr anschaulich virtuell durch eine Kita und deren verschiedene Funktionsräume und Bereiche gegangen werden.

Weitere Empfehlungen für Neu- und Umbaumaßnahmen, unterlegt mit konkreten Untersuchungsergebnissen, bietet der IFA Report „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kita – Die Muster-Kita als Beispiel guter Praxis“ der DGUV aus dem Jahr 2017 (→ <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/rep0417.pdf>).

2.2 Präventionsgesetz

Marleen Jacobi, Reinhild Benterbusch, Attiya Khan

2.2.1 Vorbemerkungen

Die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland wird derzeit durch folgende Trends bestimmt:

- eine steigende Lebenserwartung,
- die Dominanz chronischer Erkrankungen,
- sozial bedingte Ungleichheiten von Gesundheitschancen sowie
- veränderte Anforderungen in der Arbeitswelt.

Die Erhaltung und Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen ist, neben der Aufgabe eines jeden Einzelnen, auch als gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen, an der eine Vielzahl von Institutionen mitwirken: z. B. gesetzliche Krankenversicherung, öffentlicher Gesundheitsdienst, gesetzliche Unfallversicherung.

Die Aufgabe der **Krankenkassen** ist es, als Wegbereiter und kompetente Unterstützer in gesundheitlichen Belangen ihren Versicherten zur Verfügung zu stehen (**Infobox 2.22**). Der Bundesgesetzgeber hat in diesem Zusammenhang bestimmt, dass die gesetzlichen Krankenkassen u. a. Leistungen für Prävention und Gesundheitsförderung, einschließlich betrieblicher Gesundheitsförderung, anbieten (§§ 20a und 20b SGB V).

Von **primärpräventiven Maßnahmen** im medizinischen Sinn wird dann gesprochen, wenn diese das Auftreten einer Krankheit verhüten sollen, z. B. Impfungen oder Fluorid-Prophylaxe bei Kleinkindern zur Verhütung von Karies. Prävention zielt auf eine Veränderung des Verhaltens und/oder eine

Veränderung der Verhältnisse, das heißt zum Beispiel der Lebens- und Arbeitsbedingungen, ab.

➤ Infobox 2.22

§ 1 SGB V – Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

Unter **Gesundheitsförderung** werden die Maßnahmen zusammengefasst, die der Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen von Menschen dienen. Das kann sich sowohl auf das individuelle Verhalten als auch auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen beziehen. Wenn es um das Lebensumfeld geht, wird auch häufig der Begriff der **Lebenswelt** genutzt. Nach der Empfehlung der Nationalen Präventionskonferenz sind Lebenswelten für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme – dazu gehören beispielsweise auch Kitas und Betriebe. Das bedeutet, dass sowohl die

Strukturen dieser Lebenswelten betrachtet werden müssen als auch alle Menschen, die in dem sozialen System leben und hier interagieren. In der Kita sind das die Kinder, die Eltern, die Beschäftigten und der Träger. **Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)** umfasst alle Maßnahmen, die auf der Grundlage der Freiwilligkeit im Betrieb durchgeführt werden. Davon grenzt sich der gesetzlich vorgeschriebene Arbeitsschutz ab.

Das Engagement der Krankenkassen in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung erfolgt auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben, den von den Krankenkassen selbst entwickelten Kriterien sowie den betrieblichen Bedarfen.

2.2.2 Rechtliche Grundlagen

Ab dem Jahr 2016 trat das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vollständig in Kraft. Es beinhaltet die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung entlang der Lebensphasen und Lebenswelten als gemeinsame Aufgabe der Sozialversicherungsträger. Mit Blick auf Betriebe zielt das PräVG ferner darauf ab, die betriebliche Gesundheitsförderung und den Arbeitsschutz, die bislang oft nebeneinander existierten, nunmehr enger im Sinne eines **betrieblichen Gesundheitsmanagements** (vgl. Kap. 3) zu verknüpfen. Weiterhin ermöglicht das PräVG u. a. die Wirksamkeit und Qualität von Präventionsmaßnahmen zu verbessern, die Früherkennung von Krankheiten (neu: „Gesundheitsuntersuchungen“) altersunabhängig zu nutzen, das Impfwesen zu fördern sowie Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung auf Zielgruppen zu fokussieren, die ihre gesundheitlichen Chancen weniger wahrnehmen.

Das PräVG ist als Artikelgesetz konzipiert. Das bedeutet, dass dieses Gesetz Änderungen bestehender Gesetze beinhaltet. Der Grund hierfür liegt darin, dass die Gesetze zu den unterschiedlichen Sozialversicherungsträgern in verschiedenen Gesetzen zusammengefasst sind, die wiederum zeitgleich zu ändern sind, um u. a. die gewollte trägerübergreifende Zusammenarbeit in Sachen Prävention und Gesundheitsförderung zu ermöglichen; z. B.:

- Artikel 1 und 2: SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung,
- Artikel 3: SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung,
- Artikel 4: SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung,
- Artikel 5: SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe,
- Artikel 8: IfSG – Infektionsschutzgesetz bzw.
- Artikel 8a: JArbSchG – Jugendarbeitsschutzgesetz.

Die für die Gesundheitsförderung relevanten §§ 20 bzw. (neu) 20b und 20c SGB V legen den Handlungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung für die Primärprävention und die (betriebliche) Gesundheitsförderung fest (**Infobox 2.23**).

Infobox 2.23

§ 20 SGB V Absatz 1 und 2 – Primärprävention

- (1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.
- (2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt unter Einbeziehung von unabhängigen, insbesondere gesundheitswissenschaftlichen, ärztlichen, arbeitsmedizinischen, psychotherapeutischen, psychologischen, pflegerischen, ernährungs-, sport-, sucht-, erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Sachverständigen sowie des Sachverständigen der Menschen mit Behinderung einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen nach Absatz 1 fest, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalt, Methodik, Qualität, intersektoraler Zusammenarbeit, wissenschaftlicher Evaluation und der Messung der Erreichung der mit den Leistungen verfolgten Ziele. Er bestimmt außerdem die Anforderungen und ein einheitliches Verfahren für die Zertifizierung von Leistungsangeboten durch die Krankenkassen, um insbesondere die einheitliche Qualität von Leistungen nach Absatz 4 Nummer 1 und 3 sicherzustellen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen stellt sicher, dass seine Festlegungen nach den Sätzen 1 und 2 sowie eine Übersicht der nach Satz 2 zertifizierten Leistungen der Krankenkassen auf seiner Internetseite veröffentlicht werden. [...]
- (3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention:
 1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln,
 2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen,
 3. Tabakkonsum reduzieren,
 4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
 5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken,
 6. depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln und

- 7. gesund älter werden und
- 8. Alkoholkonsum reduzieren.
- ...

(4) Leistungen nach Absatz 1 werden erbracht als

1. Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach Absatz 5,
2. Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten für in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte nach § 20a und
3. Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) nach § 20b.

(5) Bei ihrer Entscheidung über eine Leistung zur verhaltensbezogenen Prävention berücksichtigt die Krankenkasse eine Präventionsempfehlung nach § 25 Absatz 1 Satz 2, nach § 26 Absatz 1 Satz 3 oder eine im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung schriftlich abgegebene Empfehlung. Die Krankenkasse darf die sich aus der Präventionsempfehlung ergebenden personenbezogenen Daten nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach dieser Vorschrift an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen. Für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention, die die Krankenkasse wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände wohnortfern erbringt, gilt § 23 Absatz 2 Satz 2 entsprechend.

(6) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 und nach den §§ 20a und 20c sollen insgesamt im Jahr 2015 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 3,17 Euro und ab dem Jahr 2016 einen Betrag in Höhe von 7 Euro umfassen. Ab dem Jahr 2016 wenden die Krankenkassen von dem Betrag nach Satz 1 für jeden ihrer Versicherten mindestens 2 Euro jeweils für Leistungen nach §§ 20a und 20b auf. Unterschreiten die jährlichen Ausgaben einer Krankenkasse den Betrag nach Satz 2 für Leistungen nach § 20a, so stellt die Krankenkasse diese nicht ausgegebenen Mittel im Folgejahr zusätzlich für Leistungen nach § 20a zur Verfügung. Die Ausgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches anzupassen.

§ 20b SGB V – Betriebliche Gesundheitsförderung

(1) Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu ergeben sich unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erhe-

ben und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln und deren Umsetzung zu unterstützen. § 20 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(2) Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. § 88 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

§ 20c SGB V – Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

(1) Die Krankenkassen unterstützen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei ihren Aufgaben zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Insbesondere erbringen sie in Abstimmung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung auf spezifisch arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken ausgerichtete Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b und informieren diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(2) Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen eng mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. Dazu sollen sie und ihre Verbände insbesondere regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Zehnten Buches und § 219 gelten entsprechend.

Das PräVG verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen mehr Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen.

Die Krankenkassen unterstützen die Versicherten weiterhin bei ihrer individuellen Prävention von Krankheiten, indem sie bei der Auswahl helfen und Leistungen bezuschussen. Sowohl die Betriebsärzte als auch niedergelassene Ärzte können den Versicherten mithilfe eines speziellen Formulars präventive Maßnahmen anraten, sogenannte **Präventionsempfeh-**

lungen. Nach dem PräVG sollen die Krankenkassen diese ärztlichen Empfehlungen bei ihren Leistungsentscheidungen berücksichtigen. Mit der Einführung der Präventionsempfehlung beabsichtigt der Gesetzgeber, die Motivation von Patientinnen und Patienten mittels ärztlicher Empfehlung zu erhöhen, präventive Maßnahmen der Krankenkasse gezielt in Anspruch zu nehmen. In der Regel bieten die Krankenkassen diese Maßnahmen zur Individualprävention gegenwärtig für folgende Handlungsfelder an: Ernährung, Bewegung, Stress/Entspannung und Suchtprävention. Der Grund dafür, dass gerade diese Handlungsfelder im Fokus stehen, liegt darin, dass Verhaltensänderungen in diesem Bereich ein hohes präventives Potenzial mit Blick auf weit verbreitete Zivilisationskrankheiten zugesprochen wird.

Nach wie vor können Versicherte aber auch ohne ärztliche Präventionsempfehlung Leistungen zur individuellen Prävention in Anspruch nehmen.

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen hat im „Leitfaden Prävention“ die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung festgelegt. Der Leitfaden wird nach den Vorgaben aus dem Präventionsgesetz aktualisiert (mehr Informationen: → www.gkv-spitzenverband.de → Krankenversicherung → Prävention, Selbsthilfe, Beratung → Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung → Leitfaden Prävention).

Für die Versicherten ist es notwendig, sich im Vorfeld rechtzeitig bei ihrer Krankenkasse zu informieren. Nur Maßnahmen, die nach dem genannten Leitfaden zertifiziert sind, werden angeboten bzw. finanziell bezuschusst.

Die länderspezifische Umsetzung des PräVG im Hinblick auf gemeinsame Vorhaben der Sozialversicherungsträger erfolgt

gemäß § 20f SGB V in den **Landesrahmenvereinbarungen** der einzelnen Bundesländer. Die Landesrahmenvereinbarung für den Freistaat Sachsen wurde am 1. Juni 2016 von Vertretern der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz unterzeichnet. Der bis Juni 2016 engagiert umgesetzte sächsische Gesundheitszieleprozess wurde in die Landesrahmenvereinbarung überführt.

Die an der sächsischen Landesrahmenvereinbarung beteiligten Institutionen haben sich im Zielbereich „gesund leben und arbeiten“ auf folgende Handlungsfelder geeinigt:

- Bewegung (Erkrankungen im Muskel-Skelettbereich),
- Ernährung und Verpflegung (Fokus auf Diabetesprävention sowie Prävention von Übergewicht und Adipositas),
- psychische Gesundheit,
- Lebenskompetenz,
- Impfschutz,
- Suchtprävention und Reduzierung des Genussmittelkonsums,
- Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes zur Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Unfällen,
- Förderung und Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit.

Zielgruppen sind hierbei weniger die Individuen, sondern Betriebe, zu denen auch Kitas gehören. Für Kitas ist insbesondere der Zielbereich „gesund aufwachsen“ von Bedeutung (vgl. **Kap. 1**). Nach dem Ansatz der Lebenswelt gehören die pädagogischen Fachkräfte zu den Zielgruppen in der Kita. Unter dem Blickwinkel der Lebenswelten fallen Kitas in beide Zielbereiche.

Literatur

Achtes Buch Sozialgesetzbuch – Kinder und Jugendhilfe – SGB VIII (idF v. 8. September 2012). BGBl. I S. 2022, zuletzt geändert durch Art. 1 d. Gesetzes (v. 28. Oktober 2015). BGBl. I S. 1802

Arbeitsmedizinische Regel – AMR Nr. 2.1: Fristen für die Veranlassung/das Angebot arbeitsmedizinischer Vorsorge (Ausgabe: Juli 2016) GMBI Nr. 28 (20. Juli 2016), S. 558

Arbeitsmedizinische Regel – AMR Nr. 3.1: Erforderliche Auskünfte/Informationsbeschaffung über die Arbeitsplatzverhältnisse (Ausgabe: Februar 2014) GMBI Nr. 5 (24. Februar 2014), S. 86

Arbeitsmedizinische Regel – AMR Nr. 3.2: Arbeitsmedizinische Prävention (Ausgabe: März 2017) GMBI Nr. 7 (15. März 2017), S. 118

Arbeitsmedizinische Regel – AMR Nr. 5.1: Anforderungen an das Angebot von arbeitsmedizinischer Vorsorge (Ausgabe: Februar 2014) GMBI Nr. 5 (24. Februar 2014), S. 88, zuletzt geändert und ergänzt: GMBI Nr. 76-77 (23. Dezember 2014), S. 1569

Arbeitsmedizinische Regel – AMR Nr. 6.1: Fristen für die Aufbewahrung ärztlicher Unterlagen (Ausgabe: Februar 2014) GMBI Nr. 5 (24. Februar 2014), S. 90

Arbeitsmedizinische Regel – AMR Nr. 6.2: Biomonitoring (Ausgabe: Februar 2014) GMBI Nr. 5 (24. Februar 2014), S. 91

Arbeitsmedizinische Regel – AMR Nr. 6.3: Vorsorgebescheinigung (Ausgabe: Februar 2014) GMBI Nr. 5 (24. Februar 2014), S. 100

Arbeitsmedizinische Regel – AMR Nr. 6.4: Mitteilungen an den Arbeitgeber nach § 6 Absatz 4 ArbMedVV (Ausgabe: Juni 2014) GMBI Nr. 37 (23. Juni 2014), S. 792

Arbeitsmedizinische Regel – AMR Nr. 6.5: Impfungen als Bestandteil der arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (Ausgabe: Dezember 2014) GMBI Nr. 76-77 (23. Dezember 2014), S. 1577

Arbeitsmedizinische Regel – AMR Nr. 13.2: Tätigkeiten mit wesentlich erhöhten körperlichen Belastungen mit Gesundheitsgefährdungen für das Muskel-Skelett-System (Ausgabe: Dezember 2014) GMBI Nr. 76-77 (23. Dezember 2014), S. 1571

Arbeitsmedizinische Regel – AMR Nr. 14.1: Angemessene Untersuchung der Augen und des Sehvermögens (Ausgabe: Dezember 2013) GMBI Nr. 63 (17. Dezember 2013), S. 1264

Arbeitszeitgesetz – ArbZG (idF v. 6. Juni 1994). BGBl. I S. 1170, 1171, zuletzt geändert durch Art. 12a d. Gesetzes (v. 11. November 2016). BGBl. I S. 2500

Berufskrankheiten-Verordnung – BKV (idF v. 31. Oktober 1997). BGBl. I S. 2623, zuletzt geändert durch Art. 1 d. Verordnung (v. 22. Dezember 2017). BGBl. I S. 2397

Betriebsverfassungsgesetz – BetrVG (idF d. Bek. v. 25. September 2001). BGBl. I S. 2518, zuletzt geändert durch Art. 6 d. Gesetzes (v. 17. Juli 2016). BGBl. I S. 3234

Bürgerliches Gesetzbuch – BGB (idF d. Bek. v. 2. Januar 2002). BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738, zuletzt geändert durch Art. 1 d. Gesetzes (v. 20. November 2015). BGBl. I S. 2018

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.) DGUV Grundsätze für Arbeitsmedizinische Untersuchungen (6. vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Gentner 2016

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Regel Grundsätze der Prävention – DGUV Regel 100-001 (idF v. Mai 2014)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Regel Kindertageseinrichtung – DGUV Regel 102-002 (idF v. April 2009)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Unfallverhütungsvorschrift 1: Grundsätze der Prävention – DGUV Vorschrift 1 (idF v. 1. Oktober 2014)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Unfallverhütungsvorschrift 2: Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit – DGUV Vorschrift 2 (idF v. 1. Januar 2011)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Unfallverhütungsvorschrift 3: Elektrische Anlagen 1997 (idF v. 1. Januar 1997, mit Durchführungsanweisungen v. April 1998)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Unfallverhütungsvorschrift Kindertageseinrichtungen – DGUV Vorschrift 82 (idF v. Mai 2007)

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – SGB V (idF v. 20. Dezember 1988). BGBl. I S. 2477, zuletzt geändert durch Art. 4 d. Gesetzes (v. 14. August 2017). BGBl. I S. 3214

Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit – Arbeitssicherheitsgesetz – ASiG (idF v. 12. Dezember 1973). BGBl. I S. 1885, zuletzt geändert durch Art. 3 Absatz 5 d. Gesetzes (v. 20. April 2013). BGBl. I S. 868

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen – SächsGDG (idF v. 11. Dezember 1991). GVBl. 1991 S. 413, zuletzt geändert durch Art. 3 d. Gesetzes (v. 2. April 2014). SächsGVBl. S. 266

Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit – Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG (idF v. 7. August 1996). BGBl. I S. 1246, zuletzt geänd. durch Art. 427 d. Verordnung (v. 31. August 2015). BGBl. I S. 1474

Gesetz zum Schutz der arbeitenden Jugend – Jugendarbeitsschutzgesetz – JArbSchG (idF v. 12. April 1976). BGBl. I S. 965, zuletzt geänd. durch Art. 13 d. Gesetzes (v. 10. März 2017). BGBl. I S. 420

Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium – Mutterschutzgesetz – MuSchG (v. 23. Mai 1977). BGBl. Nr. 30 (v. 29. Mai 1977) S. 1228

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention – Präventionsgesetz (PrävG) (idF. vom 17. Juli 2015) BGBl. 2015 Teil 1 Nr. 31

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen – Infektionsschutzgesetz – IfSG (idF v. 20. Juli 2000) BGBl. I S. 1045, zuletzt geänd. durch Art. 4 Absatz 20 d. Gesetzes (v. 18. Juli 2016). BGBl. I S. 1666

Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG (Hrsg.): Rahmenhygieneplan nach § 36 IfSG für Kindereinrichtungen. Online-Dokument. Stand: Juni 2007
Verfügbar unter:
https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/RHPI_Kita.pdf

Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI): LASI-Veröffentlichung (LV) 40 – Leitlinien zur Arbeitsstättenverordnung vom 12. August 2004 (Ausgabe März 2009)
Verfügbar unter: http://lasi-info.com/uploads/media/lv40_01.pdf

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart (Hrsg.): Musterhygieneplan für Kindertagesstätten. Teil 1: Infektionsschutz (3., neu überarb. Aufl.) Stand: April 2010
Verfügbar unter: http://www.kindergaerten-in-aktion.de/downloads/Musterhygieneplan_Kita.pdf

Landesrahmenvereinbarung für den Freistaat Sachsen gemäß § 20f SGB V zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Verfügbar unter:
<https://www.slfg.de/files/2016/06/PraevG-Landesrahmenvereinbarung-Sachsen-01.06.16.pdf>

Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes
Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – SGB IX (idF. v. 19. Juni 2001). BGBl. I S. 1046, zuletzt geänd. durch Art. 2 d. Gesetzes (v. 23. Dezember 2016). BGBl. I S. 3234

Siebttes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII (idF der Bek. v. 7. August 1996). BGBl. I S. 1254, zuletzt geänd. durch Art. 8 d. Gesetzes (v. 23. Dezember 2016). BGBl. I S. 3234

Siegmann, S.; Rose, D.-M.; Meyer-Falcke, A.: Verordnung zur Rechtsvereinfachung und Stärkung der arbeitsmedizinischen Vorsorge: Erste Betrachtungen zu den Auswirkungen in der Praxis. ErgoMed 1 (2009), 10-14

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A1.2: Raumabmessungen und Bewegungsflächen (Ausgabe: September 2013), GMBI 2013, S. 910, zuletzt geändert GMBI 2017, S. 398

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A1.3: Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung (Ausgabe: Februar 2013), GMBI 2013, S. 334, zuletzt geändert GMBI 2017, S. 398

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A1.5: Fußböden (Ausgabe: Februar 2013), GMBI 2013, S. 348, zuletzt geändert GMBI 2017, S. 398

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A1.6: Fenster, Oberlichter, lichtdurchlässige Wände (Ausgabe: Januar 2012), GMBI 2012, S. 5, zuletzt geändert GMBI 2017, S. 399

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A1.7: Türen und Tore (Ausgabe: November 2009), GMBI 2009, S. 1619, zuletzt geändert GMBI 2017, S. 399

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A1.8: Verkehrswege (Ausgabe: November 2012), GMBI 2012, S. 1210, zuletzt geändert GMBI 2016, S. 442

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A2.1: Schutz vor Absturz und herabfallenden Gegenständen, Betreten von Gefahrenbereichen (Ausgabe: November 2012), GMBI 2012, S. 1220, zuletzt geändert GMBI 2017, S. 400

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A2.2: Maßnahmen gegen Brände (Ausgabe: November 2012), GMBI 2012, S. 1225, zuletzt geändert GMBI 2014, S. 286

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A2.3: Fluchtwege und Notausgänge, Flucht- und Rettungsplan (Ausgabe: August 2007), GMBI 2007, S. 902, zuletzt geändert GMBI 2017, S. 8

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A3.4: Beleuchtung (Ausgabe: April 2011), GMBI 2011, S. 303, zuletzt geändert GMBI 2014, S. 287

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A3.4/7: Sicherheitsbeleuchtung, optische Sicherheitsleitsysteme (Ausgabe: Mai 2009), GMBI 2009, S. 684, zuletzt geändert GMBI 2017, S. 400

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A3.5: Raumtemperatur (Ausgabe: Juni 2010), GMBI 2010, S. 751, zuletzt geändert GMBI 2017, S. 400

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A3.6: Lüftung (Ausgabe: Januar 2012), GMBI 2012, S. 92, zuletzt geändert GMBI 2017, S. 10

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A4.1: Sanitärräume (Ausgabe: September 2013), GMBI 2013, S. 919, zuletzt geändert GMBI 2017, S. 401

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A4.2: Pausen- und Bereitschaftsräume (Ausgabe: August 2012), GMBI 2012, S. 660, zuletzt geändert GMBI 2017, S. 401

Technische Regeln für Arbeitsstätten – ASR A4.3: Erste-Hilfe-Räume, Mittel und Einrichtungen zur Ersten Hilfe (Ausgabe: Dezember 2010), GMBI 2010, S. 1764, zuletzt geändert GMBI 2017, S. 401

Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe – TRBA 250: Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (idF v. 27. März 2014). GMBI 2014 Nr. 10/11, zuletzt geändert in 3. Änderung (v. 17. Oktober 2016). GMBI 42, S. 838

Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe – TRBA 400: Handlungsanleitung zur Gefährdungsbeurteilung und für die Unterrichtung der Beschäftigten bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen. (idF v. März 2017) GMBI Nr. 10-11 v. 31. März 2017, S. 158-182

Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe – TRBA 462: Einstufung von Viren in Risikogruppen (idF v. 25. April 2012). GMBI Nr. 15-20, zuletzt geändert am 21. Juli 2015, GMBI Nr. 29

Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe – TRBA 500: Grundlegende Maßnahmen bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen (idF v. April 2012)

Technische Regel zur Lärm- und Vibrations-Arbeitschutzverordnung – TRLV Lärm – Allgemeines. Verfügbar unter: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/TRLV/TRLV-Laerm-Allgemeines.html;jsessionid=95C3EE5858E4CD380DC886C160893B0A.s2t1>

Technische Regel zur Lärm- und Vibrations-Arbeitschutzverordnung – TRLV Lärm – Beurteilung der Gefährdung durch Lärm. Verfügbar unter: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/TRLV/TRLV-Laerm-Teil-1.html>

Technische Regel zur Lärm- und Vibrations-Arbeitschutzverordnung – TRLV Lärm – Messung von Lärm. Verfügbar unter: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/TRLV/TRLV-Laerm-Teil-2.html>

Technische Regel zur Lärm- und Vibrations-Arbeitschutzverordnung – TRLV Lärm – Lärmschutzmaßnahmen. Verfügbar unter: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/TRLV/TRLV-Laerm-Teil-3.html>

Unfallkasse Sachsen (Hrsg.): Gefahrstoffe in Grundschulen und Kindertagesstätten. Ausgabe November 2015
Verfügbar unter: https://www.unfallkassesachsen.de/fileadmin/user_upload/Mediathek/hauseigene/Druckschriften/UK_Sachsen_02-16.pdf

Unfallverhütungsvorschrift 1 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.), (idF v. Juli 2014), Stand 09/2014

Unfallverhütungsvorschrift 2 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – DGUV Vorschrift 2 „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.), (idF v. 1. Januar 2011), Stand 07/2016

Unfallverhütungsvorschrift 3 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – DGUV Vorschrift 3 „Elektrische Anlagen und Betriebsmittel“. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.), (idF v. 1. April 1979), Stand 1. Januar 1997, mit Durchführungsanweisungen von 01/2005

Verordnung über Anforderungen an die Hygiene beim Herstellen, Behandeln und Inverkehrbringen von Lebensmitteln – Lebensmittelhygiene-Verordnung – LMHV: (idF v. 8. August 2007), BGBl. I S. 1816, 1817, zuletzt geänd. durch Art. 1 d. Verordnung (v. 14. Juli 2010). BGBl. I S. 929

Verordnung über Arbeitsstätten – Arbeitsstättenverordnung – ArbStättV (idF v. 12. August 2004). BGBl. I S. 2179, zuletzt geänd. durch Art. 1 d. Verordnung (v. 1. November 2016), BGBl. I S. 2681

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Verwendung von Arbeitsmitteln – Betriebssicherheitsverordnung – BetrSichV (idF v. 3. Februar 2015), BGBl. I S. 49, zuletzt geänd. durch Art. 2 d. Verordnung (v. 15. November 2016), BGBl. I S. 2549

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der manuellen Handhabung von Lasten bei der Arbeit – Lastenhandhabungsverordnung – LasthandhabV (idF v. 4. Dezember 1996), BGBl. I S. 1842, zuletzt geänd. durch Art. 428 d. Verordnung (v. 31. August 2015), BGBl. I S. 1474

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen – Biostoffverordnung – BioStoffV (idF v. 15. Juli 2013), BGBl. I S. 2514, zuletzt geänd. durch Art. 146 d. Gesetzes (v. 29. März 2017), BGBl. I S. 626

Verordnung zum Schutz der Beschäftigten vor Gefährdungen durch Lärm und Vibrationen – Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung – LärmVibrationsArbSchV (idF v. 6. März 2007), BGBl. I S. 261 zuletzt geänd. durch Art. 2 d. Verordnung (v. 15. November 2016), BGBl. I S. 2531

Verordnung zum Schutz vor Gefahrstoffen – Gefahrstoffverordnung – GefStoffV (idF v. 26. November 2010), BGBl. I S. 1643, 1664, zuletzt geänd. durch Art. 1 d. Verordnung (v. 15. November 2016), BGBl. I S. 2549

Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge – ArbMedVV (idF v. 18. Dezember 2008), BGBl. I S. 2768, zuletzt geändert durch Art. 3 Absatz 1 d. Verordnung (v. 15. November 2016), BGBl. I S. 2549

von Langen, T.: Rechte und Gesetze für KiTa und Kindergarten. Kindergarten heute – das Leitungsheft 1 (2008), S. 11-13

Hinweise zum Vorgehen bei Auftreten von Influenza-Verdachtsfällen in Kindertageseinrichtungen bei einer Influenza-Pandemie

Stand: August 2016

Gegenmaßnahmen

Gegenmaßnahmen bei Auftreten einer Influenzapandemie können ein gezielter Expositionsschutz und allgemeine antiepidemische Maßnahmen sein.

Antiepidemische Maßnahmen können dazu beitragen, eine weitere Ausbreitung der Pandemie-Erreger zu verzögern bzw. zu reduzieren. Sie haben eine große Bedeutung in der Frühphase einer Pandemie.

Im §28 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) ist festgeschrieben, dass die zuständige Behörde die notwendigen Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten wie die Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen wie z.B. Kindertagesstätten und Schulen festlegt. Das Gesundheitsamt ist die zuständige Behörde und damit die Institution, die die Schließung von Kindertageseinrichtungen als notwendige antiepidemische Maßnahme veranlassen kann.

Bei Auftreten von Influenza-Verdachtsfällen – Vorliegen einer Atemwegserkrankung/Husten, Fieber und schwere Krankheits- und Müdigkeitsgefühle – sollte die betroffene Person in einem separaten Raum isoliert und ein Arzt hinzugezogen werden. Der Arzt entscheidet dann vor Ort über das weitere Vorgehen. Bestätigt sich der Verdachtsfall erfolgt eine Meldung an das zuständige Gesundheitsamt und ggf. eine Krankenhaus-einweisung.

Während einer Pandemie sollte jede Atemwegserkrankung bei Personal, Kindern und Familienangehörigen ärztlich abgeklärt werden.

Allgemeine Hygieneregeln

Folgende Hygieneregeln sollten von allen eingehalten und mit den Kindern thematisiert werden:

- das Vermeiden von Händegeben, Anniesen und Anhusten (Nicht mit vorgehaltener Hand husten oder niesen, sondern in den Ärmel!)
- das Vermeiden von Berührungen der Augen, Nase und Mund
- die Nutzung und sichere Entsorgung von Einmaltaschentüchern in Plastetaschen oder Kunststoff-beuteln
- intensive Raumbelüftung
- gründliches Händewaschen mehrmals am Tag, vor allem beim Betreten der Einrichtung, nach Personenkontakt, nach der Toilettenbenutzung und vor dem Essen, ggf. Händedesinfektion
- ggf. Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (Maske)

Weitergehende Maßnahmen werden ggf. durch das Gesundheitsamt in Absprache mit dem Sächsischen Ministerium für Soziales und Verbraucherschutz festgelegt.

Die Ermittlung von Kontaktpersonen und die Anordnung von Desinfektionsmaßnahmen in den Einrichtungen liegen in der Verantwortung des Gesundheitsamtes.

Eine Schließung der Einrichtung durch das Gesundheitsamt erfolgt in Abhängigkeit vom klinischen Verlauf und der Anzahl der Erkrankten sowie unter Berücksichtigung der epidemiologischen Lage.

3. Organisatorische Grundlagen

Inhalt

3	Organisatorische Grundlagen zur Umsetzung des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung	59
3.1	Betrieblicher Arbeitsschutz	59
3.1.1	Wie wird der betriebliche Arbeitsschutz organisiert?	59
3.1.2	Wer leistet bei der Umsetzung des Arbeitsschutzes Unterstützung?	61
3.1.3	Wie kann Gefahren systematisch vorgebeugt werden? – Gefährdungsbeurteilung	65
3.1.4	Gute-Praxis-Beispiel: Arbeits- und Gesundheitsschutz der Erzieherinnen und Erzieher in der LebensBild gGmbH	68
3.2	Betriebliche Eingliederung im Sinne des SGB IX	70
3.2.1	Vorbemerkungen	70
3.2.2	Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements im Unternehmen	70
3.2.3	Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) im Bereich Prävention, Rehabilitation und Nachsorge – eine Übersicht	72
3.3	Betriebliche Gesundheitsförderung	73
3.3.1	Vorbemerkungen	73
3.3.2	Durchführung der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen	73
3.3.3	Aktivitäten der IKK classic in Sachsen zur Gesundheitsförderung in Kitas	74
3.3.3.1	Vorbemerkungen	74
3.3.3.2	IKK Gesundheitsbericht „Erzieher*innen in Sachsen“ (Zeitraum 01.01.2016 bis 31.12.2017)	74
3.3.3.3	Gute-Praxis-Beispiel: Arbeiter-Samariter-Bund Königstein/Pirna e. V.	79
	Literatur	81

3 Organisatorische Grundlagen zur Umsetzung des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung

Jörg Stojke unter Mitarbeit von Marleen Jacobi und Attiya Khan

Nachdem im Kapitel 2 die rechtlichen Grundlagen dargestellt wurden, werden im Folgenden die organisatorischen Grundlagen für ein **betriebliches Gesundheitsmanagement** in der Kita näher beschrieben. Dazu gehören der gesetzlich vorgeschriebene **Arbeitsschutz**, das **Eingliederungsmanagement** (BEM) und die **Gesundheitsförderung** (BGF). Darüber hinaus wird ein Einblick in das Aufgaben- und Leistungsspektrum der gesetzlichen Unfallversicherung, Krankenversicherung und Rentenversicherung gegeben.

In den vergangenen Jahren wurden diese drei Bereiche häufig getrennt voneinander betrachtet (nicht zuletzt aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Handlungsaufträge und Akteure). Gegenwärtig findet ein Prozess einer zunehmenden Integration auf betrieblicher Ebene statt, welcher durch das Präventionsgesetz (PrävG, vgl. **Kap. 2.2**) forciert wird.

3.1 Betrieblicher Arbeitsschutz

3.1.1 Wie wird der betriebliche Arbeitsschutz organisiert?

Das in Deutschland seit mehr als 100 Jahren bestehende „duale System“ im Arbeitsschutz stützt sich auf zwei Säulen: zum einen auf die staatliche Arbeitsschutzaufsicht der Länder – das sind die Ämter für Arbeitsschutz oder Gewerbeaufsichtsämter – und zum anderen auf die gesetzliche Unfallversicherung, deren Träger die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen sind. Die staatlichen Arbeitsschutzämter haben die Aufgabe, branchenübergreifend die betriebliche Umsetzung staatlicher Rechtsvorschriften zu kontrollieren (**Kap. 2.1**). Gemäß § 21 ArbSchG und § 20 SGB VII sollen die beiden Säulen des Arbeitsschutzsystems bei der Überwachung der Betriebe eng zusammenwirken.

Die gesetzliche Unfallversicherung ist ein Zweig der Sozialversicherung und ebenso wie die Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung eine Pflichtversicherung. Die gesetzlichen Grundlagen sind seit 1996 im SGB VII geregelt (früher: Reichsversicherungsordnung). Seit dem 1. Juni 2007 werden die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand von einem gemeinsamen Spitzenverband vertreten, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

Die Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung lassen sich in drei große Bereiche gliedern (**Infobox 3.1**). Die Prävention besitzt dabei einen hohen Stellenwert. Durch Prävention, also Vorbeugung, soll die Gesundheit der Versicherten geschützt werden, noch bevor ein Schadensfall eintritt.

Infobox 3.1

Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung

- **Prävention:** Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren,
- **Rehabilitation:** Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten bei der versicherten Person,
- **Entschädigung:** Geldleistungen an Versicherte oder hinterbliebene Angehörige.

Mit der **Beratung** der Unternehmer, der **Schulung** von Unternehmen und Mitarbeitern sowie der **Betreuung** vor Ort gilt es, gezielt Unfällen und Erkrankungen vorzubeugen. Auch die **Forschung** auf dem Gebiet des Arbeits- und Gesundheitsschutzes soll neuen Gefahren begegnen. **Informationsschriften** und Kampagnen runden das Präventionsangebot der Unfallversicherungsträger ab.

Sollte dennoch ein Schadensfall eintreten, sorgen Rehabilitations- sowie Geldleistungen für Genesung und Entschädigung. Welche Leistungen im Einzelnen für die Versicherten in Kindertageseinrichtungen zur Verfügung stehen, wird in **Infobox 3.2** beschrieben.

Im Gegensatz zur Kranken- oder Rentenversicherung ist die gesetzliche Unfallversicherung Sache des Arbeitgebers. Er meldet seinen Betrieb bei einer Berufsgenossenschaft oder einem anderen zuständigen Unfallversicherungsträger an (z. B. Unfallkasse Sachsen) und zahlt den kompletten Versicherungsbeitrag.

Jeder, der in einem Arbeits-, Ausbildungs- oder Dienstverhältnis steht, ist kraft Gesetzes versichert; der Versicherungsschutz besteht ohne Rücksicht auf Alter, Geschlecht, Familienstand oder Nationalität. Er erstreckt sich auf Arbeits- und Wegeunfälle sowie Berufskrankheiten.

Infobox 3.2

Rehabilitationsleistungen sowie Geldleistungen an Verletzte/ Erkrankte durch die gesetzliche Unfallversicherung

Rehabilitationsleistungen:

Medizinische Maßnahmen (Heilbehandlung)	■ ärztliche und zahnärztliche Behandlung, ■ Arznei- und Verbandmittel, ■ Heilmittel (einschließlich Krankengymnastik u. a.), ■ Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, ■ Belastungserprobung und Arbeitstherapie, ■ häusliche Krankenpflege.
Berufliche Wiedereingliederung (Berufshilfe)	■ Umschulungs-, Aus- und Fortbildungsmaßnahmen, ■ Arbeitserprobung, Berufsfindung, ■ Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme, einschließlich Eingliederungsbeihilfe an Arbeitgeber.
Soziale (gesellschaftliche) Wiedereingliederung	■ Kraftfahrzeughilfe, ■ Wohnungshilfe, ■ ärztlich verordneter Rehabilitationssport, ■ sonstige Leistungen, z. B. Erholungsaufenthalte für Schwerverletzte.
Pflege	■ Pflegegeld, ■ Hauspflege, ■ Heimpflege.

Geldleistungen an Verletzte/Erkrankte:

Verletztengeld	Verletztengeld während der medizinischen Rehabilitation
Übergangsgeld	Übergangsgeld während der beruflichen Rehabilitation
Verletztenrente	Verletztenrente, vorläufige Entschädigung, Rente auf unbestimmte Zeit.

Ein wichtiges Instrument im überbetrieblichen Arbeitsschutz ist die Befugnis der Unfallversicherungsträger, **Unfallverhütungsvorschriften** (UVV) zu erlassen (**Kap. 2.1.9**). Diese gelten nur für die Mitgliedsunternehmen und deren Beschäftigte als Versicherte der Berufsgenossenschaft. Sie gelten nicht für die Allgemeinheit. Sie werden als autonomes Satzungs-

recht von den Selbstverwaltungsorganen, den Vertreterversammlungen der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, beschlossen. Sie bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, dem Bundesminister für Arbeit und Soziales (§ 15 Abs. 4 SGB VII). Der Unternehmer hat im Rahmen seiner Sorgfaltspflicht eigenständig Maßnahmen zum Arbeitsschutz zu ergreifen, darf aber nur in Ausnahmefällen von den bindenden UVV abweichen.

Im Folgenden werden die **Leistungsfälle**, die bei der gesetzlichen Unfallversicherung zum Tragen kommen – also das, **was verhindert werden soll** – aufgeführt und kurz erläutert.

Arbeitsunfall

Versicherte sind bei ihrer Arbeit und auf Dienst- und Arbeitswegen gegen Unfälle und Berufskrankheiten versichert. Die Entschädigung erfolgt dabei nach dem **Schadensersatzprinzip**. Das gilt auch für Tätigkeiten, die mit der Arbeit in Zusammenhang stehen, wie beispielsweise:

- bei der Verwahrung, Beförderung, Instandhaltung oder Erneuerung von Arbeitsgeräten,
- auf einem mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit,
- Teilnahme am Betriebssport,
- Betriebsausflüge und -feiern,
- Versicherungsschutz besteht auch bei Familienheimfahrten,
- wenn Versicherte den unmittelbaren Weg nach oder von der Arbeitsstätte verlassen, um ihr Kind wegen der beruflichen Abwesenheit der Eltern fremder Obhut anzuvertrauen,
- auf Umwegen als Teilnehmer einer Fahrgemeinschaft nach oder von dem Ort der Tätigkeit.

Ein Arbeitsunfall, der zu einer **Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Kalendertagen** führt, muss dem zuständigen Unfallversicherungsträger durch eine Unfallanzeige gemeldet werden, und zwar sowohl vom Arbeitgeber als auch vom behandelnden Arzt.

Wegeunfall

Wegeunfälle sind Unfälle, die Beschäftigte auf dem Weg zur oder von der Arbeit erleiden. Versichert sind auch Umwege, die zum Beispiel nötig werden:

- um Kinder während der Arbeitszeit unterzubringen,
- bei Fahrgemeinschaften,
- bei Umleitungen oder
- weil der Arbeitsplatz über einen längeren Weg schneller erreicht werden kann.

Berufskrankheiten

Berufskrankheiten (BK) sind Krankheiten, die sich ein Versicherter durch die Arbeit zuzieht und die:

- entweder in der Berufskrankheiten-Verordnung verzeichnet oder
- nach neuen medizinischen Erkenntnissen durch den Beruf verursacht sind (**vgl. Kap. 2.1.2.1**).

Als Berufskrankheiten kommen nur solche Erkrankungen in Frage, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Die sog. Volkskrankheiten wie Muskel- und Skeletterkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen können deshalb in der Regel keine Berufskrankheiten sein.

Der Verdacht auf eine Berufskrankheit muss dem Unfallversicherungsträger gemeldet werden. Hierzu sind Unternehmer und Ärzte jeder Fachrichtung verpflichtet.

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren sind Einflüsse infolge von Arbeit, die zu einer Beeinträchtigung oder Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit führen können.

3.1.2 Wer leistet bei der Umsetzung des Arbeitsschutzes Unterstützung?

Fast alle Pflichten im Arbeits- und Gesundheitsschutz richten sich laut ArbSchG (**Kap. 2.1.1**) an den Unternehmer – für die Kindertageseinrichtungen sind das zumeist die Träger. Für Kitas in kommunaler Trägerschaft ist das der oberste Dienstherr, z. B. der haupt- oder ehrenamtliche Bürgermeister, und bei Kitas in freier Trägerschaft sind das in der Regel die Geschäftsführer der jeweiligen Institution. Speziell in kirchlichen

Kitas kann das auch, je nach Organisation, der Pfarrer einer Gemeinde oder auch der Bischof sein.

Um den Arbeits- und Gesundheitsschutz in den einzelnen Einrichtungen umsetzen zu können, hat der Unternehmer die Möglichkeit, Aufgaben auf Mitarbeiter zu übertragen (siehe § 13 DGVV Vorschrift 1, [Kap. 2.1.9.1](#)). Jedoch entbindet ihn das nicht von der grundsätzlichen Verantwortung für den Arbeitsschutz.

Neben dem Unternehmer befassen sich auf betrieblicher Ebene unterschiedliche Personen und Institutionen mit Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes:

- Fachkraft für Arbeitssicherheit,
- Sicherheitsbeauftragte,
- Betriebsarzt,
- Personalvertretung,
- Arbeitsschutzausschuss.

Die Aufgaben und Rollen der Akteure im betrieblichen Arbeitsschutz regeln die §§ 3, 6, 11 des ASiG ([Kap. 2.1.3](#)), das SGB VII ([Kap. 2.1.2](#)), die DGVV Vorschrift 2 ([Kap. 2.1.9.2](#)) und das Recht der betrieblichen Mitbestimmung (BetrVG, [Kap. 2.1.8](#)).

Im Arbeitsprogramm „Organisation“ der [Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie](#) (GDA) sind viele Arbeitshilfen zur Umsetzung dieser Forderung entwickelt. Auf der Internetseite → www.gda-orgacheck.de können diese Praxishilfen entweder heruntergeladen bzw. bearbeitet werden.

Sehr umfangreiche und gut aufbereitete kita-spezifische Arbeitshilfen und Wissensbausteine können auf der Internetseite [Prima-Kita](#) (präventiver und mitarbeiterorientierter Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kindertageseinrichtungen) eingesehen und auch heruntergeladen werden (→ www.prima-kita.info).

Fachkraft für Arbeitssicherheit

Die Fachkraft für Arbeitssicherheit ist der Profi in Sachen Arbeitssicherheit und Unfallverhütung. Sie berät den Arbeitgeber u. a. bei der Beschaffung technischer Arbeitsmittel und persönlicher Schutzausrüstung sowie bei der Gestaltung ergonomischer Arbeitsplätze ([Infobox 3.3](#)). Außerdem unterstützt die Fachkraft für Arbeitssicherheit ihn bei der Gefährdungsbeurteilung, begutachtet die Arbeitsplätze der

Mitarbeiter und unterbreitet Vorschläge, wie eventuell vorhandene Defizite behoben werden können (§ 6 ASiG, [Kap. 2.1.3](#)).

Die Fachkräfte für Arbeitssicherheit bedürfen einer besonderen Fachkunde (Ingenieure, Techniker, Meister). Sie werden vom Arbeitgeber schriftlich bestellt.

➤ Infobox 3.3

Aufgaben der Fachkraft für Arbeitssicherheit

Die Fachkraft für Arbeitssicherheit berät den Unternehmer und dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus sicherheitstechnischer Sicht bei der:

- Durchführung des Arbeitsschutzes,
- Gefährdungsbeurteilung,
- Planung von Arbeitsplätzen,
- Gestaltung der Arbeitsabläufe,
- Auswahl technischer Arbeitsmittel,
- Auswahl der persönlichen Schutzausrüstung.

Betriebsarzt

Der Betriebsarzt ist der Ansprechpartner für alle Fragen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung aus medizinischer Sicht. Für diese Aufgaben sind nur Mediziner mit einer speziellen Ausbildung zugelassen. Sie führen die Bezeichnung „Betriebsmediziner“ oder „Facharzt für Arbeitsmedizin“.

Der Betriebsarzt unterstützt den Unternehmer nach § 3 Arbeitssicherheitsgesetz bei der Durchführung von Arbeitsschutzmaßnahmen ([Infobox 3.4](#)).

➤ Infobox 3.4

Aufgaben des Betriebsarztes

Der Betriebsarzt berät den Unternehmer und dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus medizinischer Sicht bei der:

- Durchführung des Arbeitsschutzes,
- Gefährdungsbeurteilung,

- Planung von Arbeitsplätzen,
- Gestaltung der Arbeitsabläufe,
- Auswahl der persönlichen Schutzausrüstung und des Hautschutzes,
- Organisation der Ersten Hilfe,
- Wiedereingliederung von Mitarbeitern,

Darüber hinaus führt er Beratungen und Untersuchungen der Beschäftigten durch.

- Achtung auf den Zustand der persönlichen Schutzausrüstungen und deren Benutzung,
- Meldung sicherheitstechnischer Mängel an den Vorgesetzten,
- Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über den sicheren Umgang mit Maschinen und Arbeitsstoffen,
- Kümmern um neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,
- Teilnahme an Betriebsbegehungen und Untersuchungen von Unfall- und Berufskrankheiten.

Er hilft, Arbeitsplätze und Arbeitsabläufe so zu gestalten, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Arbeit gesund bleiben. Er berät das Unternehmen in allen Fragen der medizinischen Vorsorge, z. B. zum Thema Belastungen der Wirbelsäule. Er informiert über erforderliche Impfungen, mögliche Gefährdungen und wie diese behoben werden können. Außerdem gehört es zu seinen Aufgaben, den Unternehmer bei der Organisation der Ersten Hilfe im Betrieb sowie bei der Wiedereingliederung von Mitarbeitern zu unterstützen, die nach einer längeren Erkrankung wieder einsteigen (§ 3 ASiG, [Kap. 2.1.3](#)).

Sicherheitsbeauftragte

Der Sicherheitsbeauftragte ist ein wichtiges Bindeglied zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern. Er trägt den Gedanken des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung in die Praxis und hält den Unternehmer über die aktuelle Sicherheits- und Gefährdungssituation auf dem Laufenden ([Infobox 3.5](#)). Deshalb sollte für diese wichtige und ehrenamtliche Funktion eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter mit Weitblick, Verantwortungsgefühl und hoher sozialer Kompetenz ausgewählt werden.

➤ Infobox 3.5

Aufgaben der/s Sicherheitsbeauftragten

- Unterstützen aller Mitarbeiter bei der Durchführung des Arbeitsschutzes,
- Geben von Anstößen zur Verbesserung der Sicherheit und Gesundheit,
- Information über Sicherheitsprobleme, dabei v. a.:
 - Achtung auf den Zustand der Schutzeinrichtungen und deren Benutzung,

Dennoch muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die/der Sicherheitsbeauftragte keine Weisungsbefugnis gegenüber den Kolleginnen und Kollegen hat.

Laut § 20 Absatz 1 DGUV Vorschrift 1 gelten folgende Kriterien für die Bestellung der Sicherheitsbeauftragten ([Kap. 2.1.9](#)):

- Ab einer Unternehmensgröße von **20 Beschäftigten** (in Kitas werden Beschäftigte **und** betreute Kinder zusammengezählt!) ist die Bestellung eines Sicherheitsbeauftragten Pflicht.
- Kriterien für die Anzahl der Sicherheitsbeauftragten (Sib) sind:
 - im Unternehmen **bestehende Unfall- und Gesundheitsgefahren**,
 - **räumliche Nähe** der zuständigen Sib zu den Beschäftigten,
 - **zeitliche Nähe** der zuständigen Sib zu den Beschäftigten,
 - **fachliche Nähe** der zuständigen Sib zu den Beschäftigten,
 - **Anzahl** der Beschäftigten.

In speziellen von der Unfallversicherung angebotenen Seminaren hat der Unternehmer die Möglichkeit, seine Sicherheitsbeauftragten qualifizieren zu lassen.

Personal-/Mitarbeitervertretung

Der Betriebs-/Personalrat bzw. die Mitarbeitervertretung müssen über Angelegenheiten des Arbeitsschutzes informiert und zu entsprechenden Vorschlägen gehört werden. Bei der Gefährdungsbeurteilung hat die Personalvertretung Mitbestimmungsrechte (vgl. BetrVG, [Kap. 2.1.8](#)).

Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte arbeiten mit der Personalvertretung – soweit vorhanden – zusammen. Personal- und Betriebsräte haben darüber zu wachen, dass die zugunsten der Arbeitnehmer geltenden Gesetze, Verordnungen, Unfallverhütungsvorschriften, Tarifverträge und Dienstvereinbarungen bzw. Betriebsvereinbarungen umgesetzt werden (**Infobox 3.6**).

Infobox 3.6

Aufgaben der Personalvertretung

- Mitbestimmung bei betrieblichen Regelungen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Gesundheitsschutz,
- Mitbestimmung bei der Bestellung von und Zusammenarbeit mit Vertrauensärzten/Betriebsarzt und der Fachkraft für Arbeitssicherheit,
- Beteiligung am betrieblichen Eingliederungsmanagement,
- Behandlung von Beschwerden von Arbeitnehmer/innen (z. B. Überlastungsanzeigen),
- Unterbreitung von Vorschlägen zur betrieblichen Gesundheitsförderung,
- Initiierung von entsprechenden Dienst- bzw. Betriebsvereinbarungen.

Jedes Mitglied des Personal-/Betriebsrates hat für die Ausübung dieser Anforderungen grundsätzlich einen Anspruch auf Grundkenntnisse im Arbeits- und Gesundheitsschutz und der Unfallverhütung und muss zu diesem Zweck vom Arbeitgeber für Schulungen freigestellt werden. Verschiedenen Gewerkschaften der Branche stehen als Ansprechpartner für Personal-/Betriebsräte bzw. Mitarbeitervertretungen in KITAS zur Verfügung. Folgende Angebote werden durch die Gewerkschaften gemacht:

- Beratung zu Arbeits-, Tarif- und Sozialrechtsfragen (nur für Mitglieder),
- Beratung und Schulung von Personal- und Betriebsräten,
- regionale Erzieherinnentage,
- Angebot von Info-Materialien.

Organisation des Arbeitsschutzausschusses

Im **Arbeitsschutzausschuss**, kurz ASA genannt, wird der Arbeits- und Gesundheitsschutz koordiniert, Probleme thematisiert, Anregungen und Ideen interdisziplinär zusammengetragen und Entscheidungen vorbereitet. Mögliche Themen können dabei Gefährdungsbeurteilungen, die Festlegung von Schutzmaßnahmen sowie einheitliche Vorgehensweisen im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzmanagement sein. Der ASA ist kein Entscheidungsgremium, sondern hat ausschließlich eine beratende Funktion.

In Betrieben mit **mehr als 20 Vollbeschäftigten** (Teilzeitbeschäftigte werden entsprechend anteilig bewertet) ist der Arbeitgeber **verpflichtet** einen Arbeitsschutzausschuss einzurichten, der mit folgenden Mitgliedern auszustatten ist:

- Arbeitgeber (oder ein von ihm bestellter Beauftragter),
- Betriebsrat,
- Betriebsarzt,
- Fachkraft für Arbeitssicherheit und
- Sicherheitsbeauftragte(r).

In dem ASA können nach Bedarf weitere Betroffene, betriebliche Fachleute, andere Beauftragte (z. B. Qualitäts-Beauftragte, Hygienebeauftragte), Sachverständige oder Aufsichtspersonen des zuständigen Unfallversicherungsträgers einbezogen werden. Rechtliche Grundlage des ASA bildet § 11 ASiG (**Kap. 2.1.3**). Hier wird auch festgelegt, dass der Arbeitsschutzausschuss mindestens einmal vierteljährlich zusammenkommen muss.

Erste Hilfe

Sollte es trotz aller Vorsichtsmaßnahmen dennoch einmal zu einer Verletzung kommen, so sind erforderliche Notfalleinrichtungen und Sachmittel sowie entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unverzichtbar. Hierzu gehört, dass:

- **Erste-Hilfe-Material** schnell erreichbar und leicht zugänglich bereitgestellt und rechtzeitig ergänzt bzw. erneuert wird,
- eine **Übersicht über Erste-Hilfe-Maßnahmen** sowie
- **funktionierende Meldeeinrichtungen** vorhanden sind und
- **Ersthelfer** in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen.

Ersthelfer können nur Beschäftigte sein, die in Erster Hilfe ausgebildet wurden. Die Mindestanzahl der Ersthelfer richtet sich dabei nach den anwesenden Versicherten. Die Vorschriften § 26 DGUV Vorschrift 1 und die dazugehörige DGUV Re-

gel 100-001 legen fest, dass bei zwei bis zu 20 anwesenden Versicherten ein Ersthelfer und bei mehr als 20 Versicherten in Kindertageseinrichtungen ein Ersthelfer je Kindergruppe zur Verfügung stehen muss.

Die Ausbildung der Ersthelfer darf nur von zugelassenen Ausbildungsträgern durchgeführt werden. Die Voraussetzungen für eine Zulassung werden durch die zuständigen Unfallversicherungsträger festgelegt, die auch – meist nach Antrag auf Kostenübernahme – die Kosten für die Ausbildung der Ersthelfer tragen.

Die Dauer der Grundausbildung der Ersthelfer beträgt seit April 2015 neun Unterrichtseinheiten (jeweils 45 min). Innerhalb von zwei Jahren ist eine Fortbildung von ebenfalls neun Unterrichtseinheiten notwendig. Die Kosten werden ebenfalls durch die Unfallversicherungsträger nach Antrag übernommen.

3.1.3 Wie kann Gefahren systematisch vorgebeugt werden? – Gefährdungsbeurteilung

Aus bereits eingetretenen Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren kann gelernt werden, wie zukünftige Ereignisse vermieden werden können. Leider ist dann aber schon ein gesundheitlicher Schaden bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Kita eingetreten.

Aus diesem Grund fordert der Gesetzgeber den Unternehmer auf, dass er – noch bevor ein Arbeitnehmer seine Arbeit aufnimmt – die Gefahren für die Beschäftigten systematisch beurteilt und Maßnahmen zum Schutz ableitet (**Infobox 3.7**).

Auf der Grundlage der Forderungen nach §§ 5 und 6 ArbSchG (**Kap. 2.1.1**) wird von der sog. Gefährdungsbeurteilung gesprochen, die als wichtigstes Instrument im Arbeits- und Gesundheitsschutz bezeichnet werden kann.

➤ Infobox 3.7

§ 5 ArbSchG – Beurteilung der Arbeitsbedingungen

- (1) Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind.

- (2) Der Arbeitgeber hat die Beurteilung je nach Art der Tätigkeiten vorzunehmen. Bei gleichartigen Arbeitsbedingungen ist die Beurteilung eines Arbeitsplatzes oder einer Tätigkeit ausreichend.

- (3) Eine Gefährdung kann sich insbesondere ergeben durch
 1. die Gestaltung und die Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes,
 2. physikalische, chemische und biologische Einwirkungen,
 3. die Gestaltung, die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie den Umgang damit,
 4. die Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeit und deren Zusammenwirken,
 5. unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten,
 6. psychische Belastungen bei der Arbeit.

§ 6 Dokumentation

- (1) Der Arbeitgeber muss über die je nach Art der Tätigkeiten und der Zahl der Beschäftigten erforderlichen Unterlagen verfügen, aus denen das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung, die von ihm festgelegten Maßnahmen des Arbeitsschutzes und das Ergebnis ihrer Überprüfung ersichtlich sind. Bei gleichartiger Gefährdungssituation ist es ausreichend, wenn die Unterlagen zusammengefasste Angaben enthalten.
- (2) Unfälle in seinem Betrieb, bei denen ein Beschäftigter getötet oder so verletzt wird, dass er stirbt oder für mehr als drei Tage völlig oder teilweise arbeits- oder dienstunfähig wird, hat der Arbeitgeber zu erfassen.

Was der Gesetzgeber nicht festlegt, ist die Art und Weise, wie die Gefährdungsbeurteilung erstellt werden soll. Aus diesem Grund gibt es zahlreiche Handlungshilfen von verschiedenen Institutionen, darunter auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die den Unternehmer bei der Erstellung einer Gefährdungsbeurteilung unterstützen.

Um eine einheitliche Vorgehensweise bei der systematischen Beurteilung der Gefährdungen zu erreichen, haben die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sowie das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein Grundsatzpapier verabschiedet.

Im Rahmen der „Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie“ existiert seit Juni 2008 (letzte Aktualisierung im Mai

2017) somit eine Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation, die sieben Prozessschritte und die Dokumentation beinhaltet. In diesem Zusammenhang werden zahlreiche Arbeitshilfen zur Erstellung der Gefährdungsbeurteilung zur Verfügung gestellt. Solche Hilfen sind beispielsweise sog. Checklisten in Papierform oder online, die eine vereinfachte Dokumentation der Gefährdungen ermöglichen.

Die Unfallkasse Sachsen hat seit Oktober 2015 in der UK Sachsen 02-01 (vormals GUV-SI 8459) eine „Checkliste zur Gefährdungsbeurteilung in Kindertageseinrichtungen“ veröffentlicht (→ www.unfallkassesachsen.de → Schulen und Kindertageseinrichtungen → Checkliste Gefährdungsbeurteilung). Für die ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung in Kitas hat die BGW eine Handlungshilfe entwickelt (→ www.bgw-online.de → Gefährdungsbeurteilung → sieben Schritte → Gefährdungsbeurteilung für Kindertagesstätten).

Im Vorfeld gilt es noch die Frage zu klären, wer die Gefährdungsbeurteilung erstellt bzw. **wer an der Erstellung beteiligt werden sollte**. Generell liegt die Pflicht zur Erstellung beim Unternehmer. Dieser kann die Aufgabe zur Erstellung delegieren, nicht aber die Pflicht als solche. Üblicherweise werden die Fachkräfte für Arbeitssicherheit mit der Erstellung betraut. Diese sollten neben den Betriebsärzten und Sicherheitsbeauftragten auch die Führungskräfte und die Beschäftigten einbinden (partizipativer Ansatz). Bei bestimmten Fachthemen sollten sie weitere Experten hinzuziehen. Das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung sollte wiederum allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kita transparent gemacht werden.

In den nachfolgenden Ausführungen werden die einzelnen Schritte der Gefährdungsbeurteilung beschrieben. Grundlage der Systematik ist die bereits erwähnte Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation (Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz 2017).

Schritt 1: Festlegen von Arbeitsbereichen und Tätigkeiten

Die Erstellung der Gefährdungsbeurteilung ist ein komplexer Prozess und bedarf deshalb einer gründlichen Vorbereitung nach folgenden Gesichtspunkten:

1. Informationen beschaffen (**Infobox 3.8**),
2. Festlegen der Betriebsstruktur,
3. Abgrenzen des Arbeitssystems.

Im Rahmen der Vorbereitung sollten die Arbeitsschutzziele des Unternehmens festgelegt werden. Die genaue Definition der Sicherheitskultur im Unternehmen sollte als Grundlage für die Erstellung der Gefährdungsbeurteilung dienen. Viele Träger haben ein sog. Leitbild entwickelt, das den Schutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, also auch den Arbeits- und Gesundheitsschutz beinhaltet.

Infobox 3.8

Informationsbeschaffung nach der Technischen Regel Betriebssicherheit (TRBS) 1111:

- rechtliche Grundlagen,
- vorliegende Gefährdungsbeurteilungen,
- Hersteller- und Lieferinformationen,
- Informationen zu Arbeitsstoffen und zur Arbeitsumgebung,
- Erfahrungen der Beschäftigten,
- Unfallgeschehen,
- Fähigkeiten und Eignung der Beschäftigten.

Schritt 2: Ermitteln der Gefährdungen

Anhand der Gefährdungsfaktoren werden die Gefährdungen tätigkeitsbezogen für den Arbeitsplatz oder einzelne Personen ermittelt. Das Zusammenwirken mehrerer Gefährdungen ist dabei zu beachten.

Folgende **Gefährdungskategorien** sind durch die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) verbindliche in der Gefährdungsbeurteilung zu berücksichtigen (siehe § 3 DGUV Regel 100-001):

1. Mechanische Gefährdungen,
2. Elektrische Gefährdungen,
3. Gefahrstoffe,
4. Biologische Arbeitsstoffe,
5. Brand- und Explosionsgefährdungen,
6. Thermische Gefährdungen,
7. Gefährdungen durch spezielle physikalische Einwirkungen,
8. Gefährdungen durch Arbeitsumgebungsbedingungen,
9. Physische Belastungen/Arbeitsschwere,
10. Psychische Faktoren,
11. Sonstige Gefährdungen.

Für die Erfassung der Gefährdungen in den verschiedenen Arbeitsfeldern innerhalb der Kitas stellen die Unfallversicherungsträger umfangreiche Arbeitshilfen auf ihren Internetseiten zur Verfügung.

Schritt 3: Beurteilen der Gefährdungen

Die ermittelten Gefährdungen werden in diesem Schritt nach ihrem Risiko bewertet. In diesem Zusammenhang sollten Schutzziele definiert werden. Das Setzen von Zielen sowie die Bewertung eines möglichen Risikos können im Zusammenhang dargestellt werden. Dabei sind die in der Vorbereitung festgelegten Unternehmensziele zum Arbeits- und Gesundheitsschutz zu berücksichtigen. Während es bei vielen Gefährdungsfaktoren festgelegte Grenzwerte gibt, gestaltet sich die Risikoeinschätzung für psychische Gefährdungsfaktoren deutlich schwieriger (vgl. [Kap. 4.4](#)).

Schritt 4: Festlegen konkreter Arbeitsschutzmaßnahmen

Auf Grundlage der Bewertung der ermittelten Gefährdungen werden notwendige Maßnahmen festgelegt. Die aus den Anforderungen des Arbeitsschutzgesetzes abgeleitete Maßnahmenhierarchie ist dabei zu beachten. Sie dient als Erweiterung des bekannten S-T-O-P-Modells ([Infobox 3.9](#)).

➤ Infobox 3.9

Maßnahmehierarchie im Arbeitsschutz

1. Gefahrenquelle beseitigen,
 2. sicherheitstechnische Maßnahmen,
 3. organisatorische Maßnahmen,
 4. personenbezogene Maßnahmen,
 5. verhaltensbezogene Maßnahmen,
- oder

S-T-O-P-Modell (vereinfacht):

1. Substitution,
2. Technische Maßnahmen,
3. Organisatorische Maßnahmen,
4. Personenbezogene Maßnahmen.

Schritt 5: Durchführen der Maßnahmen

In diesem Schritt werden die Voraussetzungen geschaffen und Sorge dafür getragen, dass die festgelegten Maßnahmen

durchgeführt und eingehalten werden. Die mit der Durchführung betrauten Beschäftigten sollten benannt werden und verantwortlich handeln können. Außerdem ist ein eindeutiger Zeitrahmen festzulegen.

Schritt 6: Überprüfen der Wirksamkeit der Maßnahmen

Die Wirksamkeit der Maßnahmen ist zu kontrollieren. Es gilt festzustellen, ob die Maßnahmen geeignet und ausreichend sind und sich aus diesen Maßnahmen keine neuen Gefährdungen für die Beschäftigten ergeben haben. Sollten die Maßnahmen nicht ausreichend sein bzw. das Ziel nicht erreicht werden, muss der Prozess erneut durchlaufen werden.

Schritt 7: Fortschreiben der Gefährdungsbeurteilung

Eine Gefährdungsbeurteilung einschließlich ihrer Dokumentation ist zunächst als erste Bestandsaufnahme durchzuführen. Mit ihr wird die Grundlage für einen ständigen Verbesserungsprozess der Arbeitsbedingungen geschaffen. Sie sollte regelmäßig überprüft werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn:

- neue Vorschriften und Regeln eingeführt werden,
- neue Lösungen bekannt werden,
- der Stand der Technik, Hygiene, Arbeitsmedizin und der gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse sich verändert.

!Ausnahme: Die BioStoffV (vgl. [Kap. 2.1.1.4](#)) schreibt vor, die Gefährdungsbeurteilung bei Tätigkeiten mit Biostoffen **alle zwei Jahre** zu aktualisieren!

Auch eingetretene Unfälle, Beinahe-Unfälle, arbeitsbedingte Erkrankungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen sind Anlässe zur Überprüfung und Fortschreibung der Gefährdungsbeurteilung. Die Gefährdungsbeurteilung ist auch dann fortzuschreiben, wenn sich die Arbeitsbedingungen verändern. Anlass sind jegliche Veränderungen in den Arbeitssystemen und den Arbeitsstätten, insbesondere:

- Baumaßnahmen,
- Beschaffung von Maschinen und Anlagen,
- wesentliche Änderungen der Arbeitsaufgaben und -verfahren, der Arbeitsabläufe, der Arbeitsorganisation, der technischen Ausstattung, des Einsatzes von Arbeitsstoffen.

In solchen Fällen ist die Gefährdungsbeurteilung möglichst vorausschauend durchzuführen, also in den Planungsphasen und vor der tatsächlichen Änderung der Arbeitssysteme.

Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung

Der Arbeitgeber muss über eine Dokumentation verfügen, aus der das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung sowie die von ihm festgelegten Maßnahmen des Arbeitsschutzes und das Ergebnis ihrer Überprüfung ersichtlich sind.

Darüber hinaus sollte eine gesamte Dokumentation des Prozesses selbst vorhanden sein. Die Dokumentation ist demnach nicht als eigenständiger Schritt zu verstehen, sondern gilt von der Vorbereitung bis zur Fortschreibung für die gesamte Gefährdungsbeurteilung.

In diesem Zusammenhang stellt die BGW seit November 2015 eine **online-Gefährdungsbeurteilung mit Dokumentation** für Kindertageseinrichtungen zur Verfügung (→ www.bgw-online.de → Gefährdungsbeurteilung).

3.1.4 Gute-Praxis-Beispiel: Arbeits- und Gesundheitsschutz der Erzieherinnen und Erzieher in der LebensBild gGmbH

Grit Klimke-Neumann

Die LebensBild gGmbH ist ein anerkannter Träger der freien Jugendhilfe. Wir betreiben Kindertageseinrichtungen in Dresden und streben die Übernahme von Einrichtungen auch in anderen sächsischen Städten und Gemeinden an. Unsere pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewährleisten in den Einrichtungen eine gute Erziehung, Bildung und Betreuung für die ihnen anvertrauten Kinder. Damit unsere Mitarbeiter eine qualitativ hochwertige Arbeit leisten können, müssen wir als Arbeitgeber unsere Fachkräfte gesund erhalten sowie einen Beitrag zur Gesundheitsförderung unserer Fachkräfte leisten. Deshalb gilt unsere (Vor)sorge nicht nur den Kindern, sondern auch unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Neben den vorgeschriebenen gesetzlichen Schutz- und Vorsorgemaßnahmen, erbringen wir auch weitere Beiträge zur Erzieher/innengesundheit (Fachkräftegesundheits). Die Umsetzung der nachfolgend genannten Maßnahmen hat bisher gute Erfolge gebracht. Weniger Ausfallzeiten und keine Fluk-

tuation in den Einrichtungen sind die erkennbaren Konsequenzen.

Gesundheitsförderung im Unternehmen

Bei der Gesundheitsförderung unserer Erzieher/innen stützen wir unsere Aufmerksamkeit auf folgende Bereiche: Arbeitsmedizinische und arbeitssicherheitstechnische Betreuung, ergonomische Arbeitsplätze, Hautreinigung, Hautpflege und Hautschutz, auf Lärmschutz, Entspannung, Aktivität und verlässliche Strukturen. Dabei obliegen dem Arbeitgeber die Bereitstellung der finanziellen Mittel zur Umsetzung und die Sensibilisierung der pädagogischen Leiter/innen. Ausführende Organe sind die Leiter/innen mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den jeweiligen Kindertageseinrichtungen.

Arbeitsmedizinische und arbeitssicherheitstechnische Betreuung: Für diesen Bereich arbeiten wir mit ansässigen Unternehmen zusammen. Die Arbeitssicherheit wird durch ein Ingenieurbüro überwacht. Dieses steht für die Einhaltung der Arbeitssicherheit sowie für Beratung zur Verfügung. Für die arbeitsmedizinische Betreuung wurde ein Vertrag mit einem Betriebsarzt abgeschlossen, welcher sowohl in seiner Praxis als auch in den Einrichtungen die Betreuung sowie Beratung übernimmt. Durch eine gute Vorsorge, regelmäßige Untersuchungen, Impfberatung und Überwachung des Immunschutzes ist es uns gelungen, auch schwangere Mitarbeiterinnen bis zum Mutterschutz im Erziehungsdienst zu belassen und nicht sofort ein Beschäftigungsverbot auszusprechen.

Ergonomische Arbeitsplätze: In jeder Gruppe achten wir auf gut ausgestattete Arbeitsplätze. Erzieher/innenstühle, Schreibtische, gute Beleuchtung und moderne Technik stehen den Erzieher/innen für Dokumentationsarbeiten zur Verfügung. Büroarbeitsplätze werden regelmäßig auf Ergonomie und Arbeitssicherheit geprüft. Aktuell beziehen wir Erzieher/innenstühle über den Fachhandel, welche eine flexible Rückenlehne haben und eine gute Stütze beim Vorlesen bieten.

→ **Tipp:** Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem orthopädischen Befund können beim zuständigen Rentenversicherungsträger einen Antrag auf Finanzierung eines persönlichen Erzieherstuhls (Gesundheitsstuhl) stellen.

Hautschutz/Hautpflege/Hautreinigung: Durch den Arbeitgeber werden die Hautschutz- und -pflegemittel zur Verfügung gestellt. Eine Beratung zur Anwendung, jährliche Belehrung und regelmäßige Sensibilisierung gehören zu den

Aufgaben der Leitungskräfte oder eines Hygienebeauftragten und sind sehr wichtig, denn „wir haben nur eine HAUT“. Bei eventuellen Unverträglichkeiten werden die notwendigen Mittel auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgestimmt. Jede Einrichtung verfügt über einen Rahmenhygieneplan; jede Gruppe über einen Reinigungs-, Desinfektions- und Hautpflegeplan.

Lärmschutz: unsere neuen Einrichtungen sind bereits mit Lärmschutzdecken ausgestattet, dennoch ist dies nicht als „Allheilmittel“ zu sehen. Sensibilisierung der Kinder und Erzieher/innen gehören zum Lärmschutz dazu. Große Gruppen bedeuten auch oft Lärm. Wir empfehlen unserem Fachpersonal daher die Arbeit in Kleingruppen bzw. Untergruppen. Zeit zum Toben im Freien und Sportraum oder auf dem Sportplatz schadet dem Gehör weniger als in einem normalen Gruppenraum. Zeit für stille Spiele und Entspannungsspiele ist ebenso wichtig wie Zeit zum Toben und Tollen. Zu viele Reize im Kita-Alltag vermeiden oder vermindern, um mehr Ruhe in den Alltag zu bringen und damit unseren Gehörsinn und den der Kinder zu schützen. Wohlfühloasen schaffen und Fortbildungen zur Verfügung stellen, sind weitere Maßnahmen.

Entspannung und Aktivität: Als Arbeitgeber fördern wir Möglichkeiten zur Entspannung und zur Aktivität. Im 14-tägigen Rhythmus bieten wir unseren Mitarbeiter/innen Massagen während der Arbeitszeit an. Die Kosten für die Behandlung werden von den Mitarbeiter/innen selbst getragen oder ein Rezept wird eingereicht. Für die Zeit während der Massage werden die Mitarbeiter/innen von der Arbeit freigestellt – sie bekommen die Zeit also geschenkt.

Zur aktiven Betätigung können unsere Mitarbeiter/innen in einem ansässigen Fitnessstudio vergünstigte Verträge abschließen und trainieren gehen. Ebenso wurde die Teilnahme an sportlichen Veranstaltungen, wie dem Drachenbootcup und der REWE-Teamchallenge durch uns gefördert. Aktive Teambildung war dabei ein Ziel.

Verlässliche Strukturen: Physische und psychische Belastungen bei Mitarbeiter/innen begegnen uns immer wieder.

Als Arbeitgeber versuchen wir diese zu vermeiden durch gute und verlässliche Strukturen sowie durch die Sensibilisierung der Mitarbeiter/innen in unserem Unternehmen. Wir behalten dabei die Bedürfnispyramide von Maslow im Blick. Wir sorgen für:

- gute Verwaltungsstrukturen bei der Gestaltung der Einsatzpläne,
- geregelte verlässliche Arbeitszeiten,
- Mehrstunden nur in Ausnahmefällen und gegen Zeitausgleich,
- Erfassen der Wunscharbeitszeit (wöchentliche Arbeitszeit nach Wahl des Mitarbeiters bzw. nach Belastbarkeit),
- langfristige und verlässliche Planung von Dienst- und Urlaubszeiten,
- regelmäßige Mitarbeitergespräche – wertschätzend, geplant und konstruktiv,
- Sicherung der Pausenzeiten,
- Beratung durch Arbeitgeber zu Themen wie Kur, Gleichstellung, Schwerbehinderung etc. und
- Unterstützung bei Anträgen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Ein strukturiertes Belegungsmanagement, transparente Arbeitsweise der Leitungskräfte und gemeinsam entwickelte verlässliche Strukturen in den Einrichtungen schaffen ein gutes Arbeitsklima sowie eine positive Unternehmenskultur.

Fazit: Erzieher/innen- bzw. Mitarbeiter/innengesundheit geht jeden Unternehmer, jede Leitungskraft, aber auch jede Fachkraft etwas an. Nur wenn dieses Thema allen Adressaten wichtig ist, wenn alle Festlegungen und Gesetze eingehalten werden und das Thema nie aus den Augen verloren wird, kann eine nachhaltige Verbesserung erreicht werden.

Die Verantwortung müssen wir alle tragen, ebenso Vorbild sein, für uns und für die Kinder in unseren Einrichtungen, denn unsere Kinder sind die Arbeitnehmer oder Arbeitgeber von morgen.

→ **Rahmenbedingungen schaffen – umsetzen – stetig dranbleiben – vorsorgen – Vorbild sein**

3.2 Betriebliche Eingliederung im Sinne des SGB IX

3.2.1 Vorbemerkungen

Das **betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM)** ist eine Aufgabe des Arbeitgebers und gehört zu seinen Fürsorgepflichten für kranke Beschäftigte. Es ist Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung. Das Bundesministerium für Gesundheit definiert die Zielsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements im Betrieb unter Beachtung der dort vorhandenen Akteure und Strukturen sowie unter Nutzung der dort gegebenen oder herstellbaren spezifischen Potenziale die Beschäftigten gesund und arbeitsfähig zu halten. Im weiten Sinne geht es um ein betriebliches Gesundheitsmanagement zum Schutz der Gesundheit der gesamten Belegschaft, nicht nur schwerbehinderter Beschäftigter. BEM wird zukünftig eine immer größere Rolle spielen, denn unter dem Einfluss des demografischen Wandels, d. h. mit der Erhöhung der Anzahl Älterer in den Belegschaften, sind Krankheitsfälle immer häufiger und von längerer Dauer.

3.2.2 Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements im Unternehmen

Die Rechtsgrundlage für das BEM stellt § 84 Absatz 2 des Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) dar ([Infobox 3.10](#)).

Einsetzen soll das BEM, wenn ein Arbeitnehmer im Laufe der letzten 12 Monate länger als **sechs Wochen** ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig war.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, im Einzelfall alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um:

- die Arbeitsunfähigkeit seines Mitarbeiters oder seiner Mitarbeiterin zu beenden und somit Fehlzeiten zu reduzieren,
- weiterer Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen sowie
- den Arbeitsplatz zu erhalten und die Fähigkeiten des Arbeitnehmers weiterhin zu nutzen.

Infobox 3.10

§ 84 Absatz 2 SGB IX – Prävention

(1) Der Arbeitgeber schaltet bei Eintreten von personen-, verhaltens- oder betriebsbedingten Schwierigkeiten im Arbeits- oder sonstigen Beschäftigungsverhältnis, die zur Gefährdung dieses Verhältnisses führen können, möglichst frühzeitig die Schwerbehindertenvertretung und die in § 93 genannten Vertretungen sowie das Integrationsamt ein, um mit ihnen alle Möglichkeiten und alle zur Verfügung stehenden Hilfen zur Beratung und mögliche finanzielle Leistungen zu erörtern, mit denen die Schwierigkeiten beseitigt werden können und das Arbeits- oder sonstige Beschäftigungsverhältnis möglichst dauerhaft fortgesetzt werden kann.

(2) Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement).

Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen.

Die betroffene Person oder ihr gesetzlicher Vertreter ist zuvor auf die Ziele des betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie auf Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten hinzuweisen.

Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Absatz 2 Satz 2 erbracht werden.

Die zuständige Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem die Schwerbehindertenvertretung, können die Klärung verlangen. Sie wachen darüber, dass der Arbeitgeber die ihm nach dieser Vorschrift obliegenden Verpflichtungen erfüllt.

(3) Die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter können Arbeitgeber, die ein betriebliches Eingliederungsmanagement einführen, durch Prämien oder einen Bonus fördern.

Diese Aufgabe obliegt zwar in erster Linie dem Arbeitgeber, er hat jedoch andere Stellen hinzuzuziehen. Das ist in erster Linie die betroffene Mitarbeiterin bzw. der betroffene Mitarbeiter selbst, denn nur mit deren/dessen Zustimmung können in Frage kommende Maßnahmen umgesetzt werden. Zum anderen sind in das BEM der Personal- oder Betriebsrat, Arbeits- und Betriebsmediziner, Krankenkassen und Rehabilitationsträger einzubeziehen.

Gemäß § 83 Absatz 2a Nr. 5 SGB IX können in einer **Integrationsvereinbarung** insbesondere Regelungen zur Durchführung einer betrieblichen Prävention (betriebliches Eingliederungsmanagement) und zur Gesundheitsförderung getroffen werden. Gemäß § 84 Absatz 3 SGB IX können die Rehabilitationsträger und die Integrationsämter Arbeitgeber, die ein Eingliederungsmanagement einführen, auch finanziell fördern (**Infobox 3.10**).

Ein **Konzept zum betrieblichen Eingliederungsmanagement** sollte über die Mindestanforderungen der Prävention gemäß § 84 Absatz 2 SGB IX hinausgehen. Die zu erfüllenden Aufgabenfelder des BEM sind in **Infobox 3.11** kurz erläutert.

➤ Infobox 3.11

Aufgabenfelder des BEM

Nach sechswöchiger Erkrankung eines Mitarbeiters bzw. wiederholter Arbeitsunfähigkeit von insgesamt sechs Wochen in 12 Monaten (§ 84 Absatz 2 SGB IX):

- Klärung durch den Arbeitgeber, wie Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden kann und welche Hilfen dazu notwendig sind,
- Einbeziehung der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters selbst, der Arbeitnehmervertretung und nach Möglichkeit des Betriebsmediziners.

Nach längerer oder schwerer Erkrankung stufenweise Wiedereingliederung als Leistung der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung (§ 28 SGB IX):

- Mitarbeiterin/Mitarbeiter wird nach Erkrankung wieder schrittweise an volle Arbeitsbelastung (möglichst) am bisherigen Arbeitsplatz herangeführt,
- Mitarbeiterin/Mitarbeiter bezieht während dieser Zeit noch Krankengeld.

Nach einem Arbeitsunfall und Rehabilitation durch die Berufsgenossenschaft:

- Vergleich des positiven Leistungsbildes des Mitarbeiters mit Arbeitsanforderungen des Arbeitsplatzes,
- technische oder organisatorische Anpassung des Arbeitsplatzes an das Leistungsbild des Mitarbeiters.

Im Rahmen des § 13 SGB IX sind zur Sicherung der Zusammenarbeit „Gemeinsame Empfehlungen“ durch die Rehabilitationsträger und andere beteiligte Akteure sowie Betroffenenvertretungen festgelegt, die die notwendigen Maßnahmen zur Verhinderung einer chronischen Krankheit oder einer Behinderung und die dafür notwendigen Kooperationen mit anderen Akteuren (z. B. Hausarzt, Arbeits- und Betriebsmediziner) beinhalten. Exemplarisch für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bietet bspw. die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in diesem Zusammenhang für die Durchführung von BEM einen Handlungsleitfaden an (➔ www.bgw-online.de ➔ Medien und Service ➔ Schlagwort BEM).

Das Wiedereingliederungsverhältnis begründet ein Rechtsverhältnis eigener Art. Es geht hierbei nicht um die übliche, vertraglich vereinbarte Arbeitsleistung, da im Vordergrund der Beschäftigung die Rehabilitation der betroffenen Mitarbeiterin bzw. des betroffenen Mitarbeiters steht.

Da der Arbeitnehmer bei der stufenweisen Wiedereingliederung nicht die arbeitsvertraglich vereinbarte Arbeitsleistung erbringt – und wegen seiner fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit auch nicht erbringen kann – hat er keinen Anspruch auf **Arbeitsentgelt** gegen den Arbeitgeber. Wenn jedoch Arbeitgeber und Arbeitnehmer eine Vergütung für die im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung erbrachten Tätigkeit vereinbaren, muss diese durch den Arbeitgeber auch getragen werden. Besteht aber für das Wiedereingliederungsverhältnis kein Entgeltzahlungsanspruch, bleibt die Krankenkasse verpflichtet, Krankengeld zu zahlen.

Einige Rehabilitationsträger sind nur für einen Bereich der Rehabilitation und Teilhabe zuständig – z. B. die Krankenkassen nur für die medizinische, die Bundesanstalt für Arbeit nur für die berufliche Rehabilitation. Andere – wie etwa die Renten- und Unfallversicherungsträger – haben sowohl medizinische als auch berufsfördernde Rehabilitationsleistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen (vgl. **Kap. 3.2.3**). Bestimmte Rehabilitationsträger erbringen neben medizinischen und beruflichen Rehabilitationsleistungen auch Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (soziale Rehabilitation); dazu gehört beispielsweise auch die Gesetzliche Unfallversicherung. Art und Umfang der einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen und Leistungen zur Teilhabe sind in den §§ 4-59 SGB IX sowie im Einzelnen in den speziellen sozialgesetzlichen Vorschriften geregelt (z. B. in den einzelnen Büchern des Sozialgesetzbuches, dem Bundesversorgungsgesetz oder dem Bundessozialhilfegesetz).

3.2.3 Leistungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV) im Bereich Prävention, Rehabilitation und Nachsorge – eine Übersicht

Franziska Zieburga

Die Rehabilitation stellt eine wichtige Aufgabe der gesetzlichen Rentenversicherung dar. Im Jahr 2015 sind bundesweit über 6 Milliarden Euro in Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe investiert worden. Das Leistungsspektrum der gesetzlichen Rentenversicherung ist vielfältig. Es erstreckt sich von Präventionsleistungen über medizinische Reha-Leistungen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bis hin zu den Nachsorgeleistungen. Ebenfalls gehören Reha-Leistungen für Kinder, für Abhängigkeitserkrankungen sowie onkologische Nachsorgeleistungen dazu. Auch eine stufenweise Wiedereingliederung nach einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation kann durch die Rentenversicherung initiiert und unterstützt werden. Weitere sogenannte ergänzende Leistungen, wie zum Beispiel das Übergangsgeld, die Erstattung von Reisekosten oder die Übernahme von Kinderbetreuungskosten runden das Leistungsspektrum ab.

Ziel der Rehabilitation durch die Rentenversicherung ist es, eine durch gesundheitliche Beeinträchtigung und die damit einhergehenden Funktions- und Fähigkeitsstörungen hervorgerufene erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit abzuwenden oder, wenn diese bereits gemindert ist, sie wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen. Somit sollen Rehabilitationsleistungen das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindern oder zumindest hinausschieben.

Einzelne Leistungen im Überblick:

Präventionsleistungen richten sich an Versicherte, die erste gesundheitliche Funktionseinschränkungen aufweisen, die die ausgeübte Beschäftigung gefährden, die aber noch keinen Bedarf an medizinischen Rehabilitationsleistungen begründen. Dies kann z. B. der Fall sein bei besonderen beruflichen Belastungen oder Gefährdungen oder bei erkennbaren persönlichen Risikofaktoren.

Präventionsleistungen der DRV sind modular aufgebaut und werden in Gruppen von 10 bis 15 Teilnehmern in dafür zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Weitere Informationen finden Sie unter → www.deutsche-rentenversicherung.de/prävention.

Medizinische Rehabilitationsleistungen können sowohl **stationär** als auch **ambulant** in rentenversicherungseigenen Rehabilitationseinrichtungen oder Vertragseinrichtungen durchgeführt werden. Für nahezu alle Indikationen gibt es Rehabilitationseinrichtungen, die unter einem Dach qualifizierte Therapiekonzepte anbieten. Sie basieren auf dem Prinzip der Eigenverantwortlichkeit des Rehabilitanden und erfordern seine aktive Mitarbeit. Die ganztägig ambulante Rehabilitationsmaßnahme erfolgt wohnortnah. Die erforderlichen Therapiemaßnahmen werden tagsüber durchgeführt, die Abende und das Wochenende verbringt der Rehabilitand zu Hause. Die ganztägig ambulante Rehabilitation ist eine gleichwertige Alternative zur stationären Rehabilitation. Medizinisch-therapeutischer Umfang und Intensität sind vergleichbar. Zudem bietet sie den Vorteil der Arbeitsplatznähe für eventuell erforderliche berufliche Wiedereingliederungsversuche.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können sowohl allein als auch in Ergänzung vorausgegangener medizinischer Rehabilitationsleistungen in Betracht kommen. Sie sollen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit des Rehabilitanden ausgleichen, um ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern. Beispielhaft seien hier benannt: Übernahme der Kosten für die Ausstattung eines behinderungsgerechten Arbeitsplatzes, Hilfsmittel zur Berufsausübung, Leistungen der Kraftfahrzeughilfe, Übernahme von Kosten für Qualifizierungsmaßnahmen wie Umschulung und Fortbildung.

Nachsorgeleistungen werden erbracht, um den Erfolg einer zuvor gewährten Teilhabeleistung zu sichern oder zu verbessern. Meist werden sie bereits aus der medizinischen Rehabilitationsleistung heraus von der Einrichtung empfohlen, welche die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt hat.

Kinder- und Jugendlichenrehabilitationsleistungen werden von der Deutschen Rentenversicherung mit dem Ziel erbracht, die spätere Erwerbsfähigkeit des Kindes/des Jugendlichen zu verbessern und den Eintritt in das Berufsleben zu unterstützen. Ebenfalls bietet die Deutsche Rentenversicherung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation längerfristige **Entwöhnungsbehandlungen** ambulant als auch stationär an und bietet speziell für die Diagnose Krebs onkologische Leistungen für Versicherte, Rentner, deren nichtversicherungspflichtige Ehegatten, Lebenspartner und Kinder.

Speziell zur Beratung von Unternehmen hat die Deutsche Rentenversicherung den Firmenservice ins Leben gerufen.

Unter → www.deutsche-rentenversicherung.de/firmen-service stehen Informationen und weitere Unterstützungsangebote zur Verfügung.

Alle weitergehenden Informationen rund um das Thema Rehabilitation durch die Rentenversicherung können im Internet unter → www.deutsche-rentenversicherung.de eingesehen werden.

3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

3.3.1 Vorbemerkungen

Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dabei können folgende Ansätze miteinander verknüpft werden (Luxemburger Deklaration, 2014):

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen,
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung,
- Stärkung persönlicher Kompetenzen im Sinne eines gesundheitsgerechten Verhaltens.

Für viele Unternehmen ist das wesentliche Motiv, um in die Gesundheit ihrer Beschäftigten und gute Arbeitsbedingungen zu investieren, ihre Fachkräfte zu halten. Unbeabsichtigte Fluktuationen kosten viel Geld durch vakante Stellen, die Akquise und Einarbeitung. Im pädagogischen Umfeld kommt es zudem noch zu einem Beziehungsabbruch für die Kinder und Eltern.

Insofern profitiert jedes Unternehmen davon, wenn es in die Gesundheit ihrer Beschäftigten investiert. In Zeiten des Fachkräftemangels ist dies auch eine Investition in die Arbeitgebermarke, also in das Image des Arbeitgebers.

3.3.2 Durchführung der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen

Geeignete Instrumente zur Erfassung der gesundheitlichen Situation bzw. der Arbeitsbedingungen im Betrieb sind:

- Arbeitsunfähigkeits-(AU-)Analysen Betriebs-/Arbeitsplatzbegehung,
- Gefährdungsbeurteilung,
- Auswertungen von arbeitsmedizinischen Untersuchungen Befragung der Zielgruppe/Mitarbeiterbefragung,
- Bewegungsanalyse am Arbeitsplatz.

- Screening, medizinische Untersuchung,
- Arbeitssituationsanalyse,
- Expertenbefragung,
- Dokumenten-/Literaturrecherche,
- betriebliche Gesundheitszirkel.

Auf der Grundlage dieser Erhebungen werden die passenden Maßnahmen entwickelt und durchgeführt. Hier wird auch die Verzahnung mit dem Arbeitsschutz deutlich. Die Abgrenzung zum Arbeitsschutz ist, dass dieser gesetzlich vorgeschrieben ist, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung jedoch für Arbeitgeber und Arbeitnehmer **freiwillig** erfolgen.

Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung fokussieren eine **Verbesserung der Verhältnisse** (also der Arbeitsbedingungen) und **des Verhaltens** der Beschäftigten. Um beispielsweise rückengerechtes Arbeiten zu fördern, können ergonomische Arbeitsmittel angeschafft und körperliches Training veranlasst werden.

Wichtig ist, dass die Beschäftigten mit ihren Ideen und Bedürfnissen sowohl bei der Bestimmung des Handlungsbedarfes als auch bei der Lösungsfindung beteiligt werden. Gerade in kleinen Betrieben liegen Problembenennung und -lösung eng beieinander. Ein dafür gut geeignetes Verfahren sind **Gesundheitszirkel**. Es handelt sich um temporäre Problemlösegruppen, in denen die Beschäftigten unter Anleitung einer externen Moderation zusammenstellen, was sie belastet und was ihnen gut tut. Auf der Grundlage dessen entwickeln sie Maßnahmen, um diese Belastungen zu reduzieren (Khan 2008). Bei dem Verfahren ergeben sich Überschneidungen mit der Gefährdungsbeurteilung.

Unterstützungsangebote für die Analyse und Maßnahmenentwicklung bieten die Krankenkassen. Sie erbringen die Leistungen entweder selbst oder beauftragen geeignete Dritte zu diesem Zweck. Aber auch die (personelle und finanzielle) Eigeninitiative der Betriebe sollten erkennbar sein, bevor eine Maßnahme installiert wird (ein Beispiel dazu ist in **Kap. 3.3.3** zu finden). Das **Präventionsgesetz** (vgl. **Kap. 2.2**) schreibt den Krankenkassen eine Unterstützungsfunktion für die Um-

setzung der ermittelten „Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten“ (§ 20b Absatz 1 SGB V) zu. Die ausdrückliche Verpflichtung der Arbeitgeber sowie der Unfallversicherungsträger zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln, bleibt weiterhin gültig. Eine Übertragung (von Teilen) dieser Verantwortung auf die Krankenkassen ist nicht beabsichtigt.

Auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung gelten die Kriterien des „Leitfaden Prävention“. Die Höhe der finanziellen Unterstützung und Regelungen zu Umfang und Dauer der Interventionen legen die einzelnen Krankenkassen fest.

Im Portal www.bgf-koordinierungsstelle.de werden alle Angebote der Krankenkassen zusammengefasst und koordiniert. Hier ist es auch möglich, um [Unterstützung durch Krankenkassen](#) zu bitten, ohne die einzelnen Versicherungen der Beschäftigten anschreiben zu müssen.

Für Arbeitgeber ist auch hilfreich zu wissen, dass seit dem Jahr 2009 Arbeitgeber Kosten für betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen bis zu einer Höhe von 500 EUR pro Beschäftigten und Jahr lohnsteuerfrei investieren können. Bedingung für Steuerbefreiung ist, dass diese Maßnahmen hinsichtlich Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit den Anforderungen der §§ 20 und 20b Absatz 1 SGB V genügen müssen. Das sollte deren Bereitschaft erhöhen, Arbeitnehmern Leistungen zur Verbesserung ihres Gesundheitszustandes anzubieten und Zuschüsse für die Durchführung von Maßnahmen zu gewähren.

3.3.3 Aktivitäten der IKK classic in Sachsen zur Gesundheitsförderung in Kitas

[Simone Schubert](#)

3.3.3.1 Vorbemerkungen

Sven Hutt, Landesgeschäftsführer der IKK classic in Sachsen, zur Gesundheitsförderung in Kindereinrichtungen:

Wenn man von Gesundheitsförderung in Kindereinrichtungen spricht, dann denkt man als erstes an die Gesundheit der Kinder. Mittlerweile gibt es unzählige Programme und Angebote, die Kindereinrichtungen bei der frühkindlichen Gesundheits-erziehung begleitend unterstützen. Auch die IKK classic hat

mit ihrem Programm „Die Kleinen stark machen“ schon viele sächsische Kitas besucht. Begegnet sind uns dort nicht nur aufgeweckte, fröhliche Kinder, sondern auch sehr engagierte und liebevolle Erzieherinnen und Erzieher. Für sie ist es selbstverständlich, die frühkindliche Gesundheitserziehung als eine ihrer pädagogischen Aufgaben wahrzunehmen. Doch wer kümmert sich eigentlich um ihre Gesundheit?

Komplexere Arbeitsinhalte, wachsende pädagogische Anforderungen, aber auch soziale Besonderheiten in den Kindereinrichtungen stellen Erzieherinnen und Erzieher vor besondere Herausforderungen. Der Gesundheitsbericht der IKK classic zeigt, dass neben körperlichen auch die psychischen Belastungen bei Erzieherinnen und Erzieher eine zunehmende Rolle spielen (vgl. [Kap. 3.3.3.2](#)). Psychische und Verhaltensstörungen verursachen 19,7 Prozent aller Krankschreibungen. Ihr Anteil als Ursache für Arbeitsunfähigkeit ist knapp 9 Prozentpunkte höher als im Durchschnitt bei allen Versicherten der IKK classic in Sachsen.

Erzieherinnen und Erzieher tragen eine hohe Verantwortung in einem anspruchsvollen Beruf. Umso wichtiger ist es, dass sie ein Arbeitsumfeld vorfinden, das sie in ihrer Tätigkeit unterstützt und den gesundheitlichen Belastungen Rechnung trägt.

Als Krankenkasse mit langjähriger Erfahrung im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements wissen wir, dass es für jedes Unternehmen – auch für Kindereinrichtungen – vielfältige Ansätze und Möglichkeiten gibt, um nicht nur die Gesundheitssituation im Unternehmen zu verbessern, sondern auch die Motivation und Leistungsfähigkeit zu stärken. Neben den gesetzlichen Schutz- und Vorsorgemaßnahmen hilft die Einführung eines nachhaltigen [betrieblichen Gesundheitsmanagements](#). Hierbei wird die individuelle Situation der Einrichtung analysiert und es werden gemeinsam mit dem Betrieb Lösungsmöglichkeiten entwickelt und umgesetzt. Wie das beispielhaft funktionieren kann, lesen Sie im Gute-Praxis-Beispiel (vgl. [Kap. 3.3.3.3](#)).

3.3.3.2 IKK Gesundheitsbericht „Erzieher*innen in Sachsen“ (Zeitraum 01.01.2016 bis 31.12.2016)

Gesundheitsbericht Allgemeines

Dieser Gesundheitsbericht beschreibt die gesundheitliche Situation bei Erzieherinnen und Erziehern, die im Jahr 2016 in der IKK classic in Sachsen versichert waren.

Datengrundlage¹ und Vorgehensweise:

- Für diesen Bericht wurden die Daten aller bei der IKK pflicht- und freiwillig versicherten Beschäftigten ausgewertet.
- Die errechneten Krankheitstage beziehen sich auf den Zeitraum 01.01.2016 bis 31.12.2016.
- Bei der Berechnung der Arbeitsunfähigkeitstage wurden Wochenenden und Feiertage innerhalb einer Phase der Arbeitsunfähigkeit mitgezählt.
- Arbeitsunfähigkeitstage ohne Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (bis drei Tage) wurden nicht berücksichtigt.
- Zum Vergleich wurden die Arbeitsunfähigkeitsdaten aller beschäftigten Versicherten bei der IKK classic in Sachsen herangezogen.
- Alle Berichtsdaten wurden durch eine automatisierte Berechnung ermittelt. Dadurch kann es zu Rundungsabweichungen kommen.
- Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Regel die Bezeichnung Erzieher*innen verwendet. Dieser Begriff soll als geschlechtsunabhängig verstanden werden.

Die Beschäftigten

Im Jahr 2016 waren bei der IKK classic 7.443 Personen – d. h. 6.002,31 ganzjährige Versicherte – als Erzieher*innen versichert. Davon waren

- 5.390,57 Frauen (89,8 %) und
- 611,75 Männer (10,2 %).

Im Vergleich: Der Frauenanteil bei allen Versicherten der IKK classic in Sachsen betrug 45,1 %.

Die Altersstruktur sah wie folgt aus ([Abb. 3.1](#)). Das Durchschnittsalter der IKK classic-versicherten Erzieher*innen lag 2016 mit 41,6 Jahren etwas niedriger als in der Vergleichsgruppe mit 43,2 Jahren.

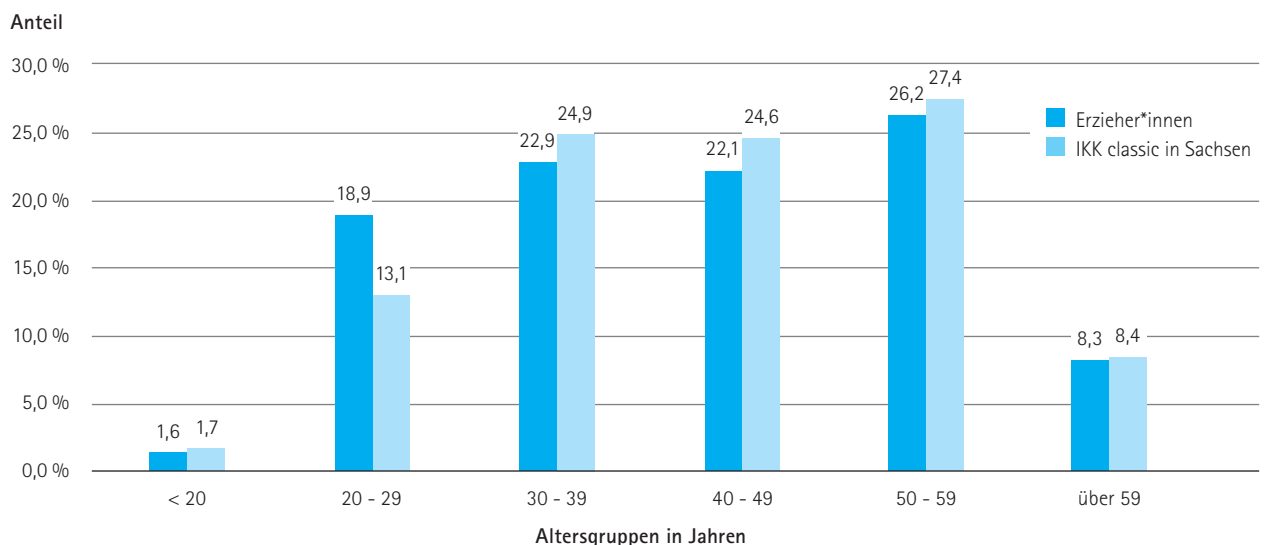


Abb. 3.1: Altersstruktur der bei der IKK classic in Sachsen versicherten Erzieher*innen im Vergleich zu allen Versicherten der IKK classic in Sachsen

¹ Hinweise:

Bei der Auswertung wurden die geltenden Datenschutzbestimmungen beachtet, es wurden ausschließlich anonymisierte Daten ausgewertet.

Wenn in diesem Bericht von „Beschäftigten“ oder „IKK-Versicherten“ die Rede ist, sind keine konkret zählbaren Personen gemeint. Vielmehr handelt es sich um eine statistische Größe, gleichbedeutend mit einem vollen „Versichertenjahr“ (VJ) bzw. mit „ganzjährig Versicherten“.

Die Gesundheitssituation

Die wichtigsten Ergebnisse zur Gesundheitssituation bei den IKK classic-versicherten Erzieher*innen fasst die folgende Übersicht (Tab. 3.1) zusammen:

Tab. 3.1: Überblick zur Gesundheitssituation von Erzieher*innen im Vergleich zu allen Versicherten der IKK classic in Sachsen

	Erzieher*innen	IKK classic in Sachsen
Krankenstand in %	6,5	5,3
Gesundheitsquote in %	27,0	38,5
AU-Fälle je Beschäftigten*	2,1	1,5
durchschnittliche Falldauer in Tagen	11,1	12,8
AU-Tage je Beschäftigten*	23,8	19,3

* = ganzjährig IKK-Versicherter

Die einzelnen Kennzahlen werden in den folgenden Abschnitten erläutert.

Krankenstand

Im Jahr 2016 lag der Krankenstand der IKK-versicherten Erzieher*innen bei 6,5 % und somit höher als in der Vergleichsgruppe mit 5,3 %.

Gesundheitsquote

Die Gesundheitsquote ist der Anteil Sollarbeitszeit, den die Beschäftigten während eines Jahres formal anwesend und einsatzfähig waren. Sie ist der Anteil tatsächlich erbrachter Arbeitsleistung.

- 27,0 % der IKK classic-versicherten Beschäftigten waren im gesamten Jahresverlauf anwesend – nicht arbeitsunfähig gemeldet.
- 73,0 % der Beschäftigten waren mindestens einmal arbeitsunfähig – Vergleichswert IKK classic in Sachsen: 61,5 %.

Somit waren die IKK classic-versicherten Erzieher*innen im Jahr 2016 häufiger krank als im Vergleich zu allen IKK classic Versicherten in Sachsen.

AU-Tage und AU-Fälle

Im Durchschnitt war eine IKK-versicherte Erzieher*in im gesamten Kalenderjahr 2016 23,8 Tage arbeitsunfähig – Vergleichswert: 19,3 Tage.

Somit fehlten die Erzieher*innen im Jahresverlauf insgesamt mehr als 4 Tage länger. Ein erheblicher Teil der Arbeitsunfähigkeit ist gewöhnlich durch lang andauernde Erkrankungen bedingt (Abb. 3.2).

Langzeiterkrankungen (länger als 42 Tage) hatten einen Anteil von 37,7 % an Fehltagen – Vergleichswert: 41,9 %. Der Anteil der Langzeitfälle an allen Krankheitsfällen lag bei 3,8 % (Abb. 3.3).

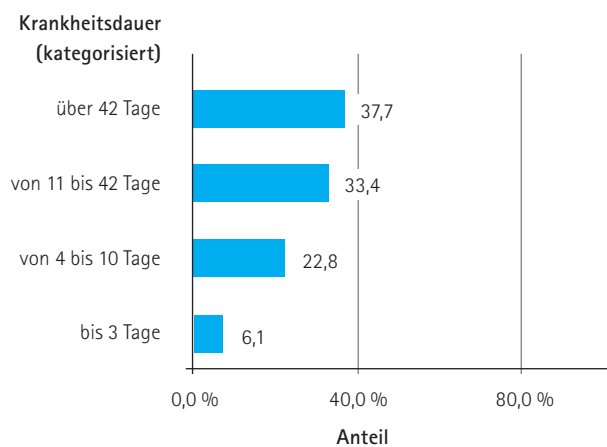


Abb. 3.2: Kategorisierte Krankheitsdauer bei IKK classic-versicherten Erzieher*innen in Sachsen

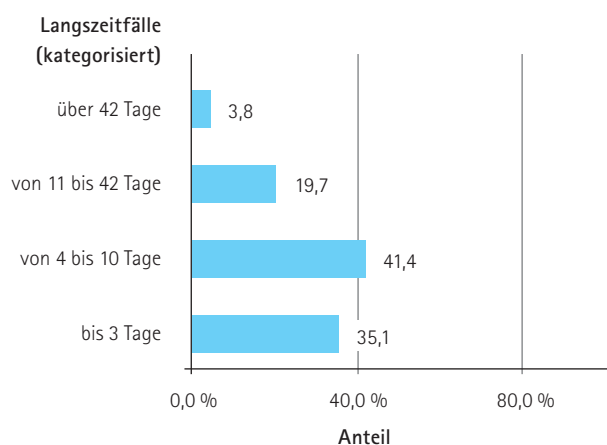


Abb. 3.3: Anteil Langzeitfälle bei IKK classic-versicherten Erzieher*innen in Sachsen

Gesundheitsfakten nach Alter

Je nach Alter variiert die Gesundheitssituation. [Tab. 3.2](#) zeigt die wichtigsten Kennzahlen für die Erzieher*innen in den Altersgruppen.

Jüngere Arbeitnehmer sind im Allgemeinen häufiger, dafür aber kürzer krank. Ältere Arbeitnehmer erkranken seltener,

dafür sind die Krankheitsfälle jedoch oft langwieriger. Diese Aussage trifft auf die Untersuchungsgruppe überwiegend zu, denn der Krankenstand sowie die durchschnittliche Dauer eines Krankheitsfalles nehmen bei den Erzieher*innen mit dem Alter zu. Fallhäufigkeit und Falldauer in den einzelnen Altersgruppen zeigt folgende Grafik ([Abb. 3.4](#)).

Tab. 3.2: Gesundheitliche Situation von IKK classic-versicherten Erzieher*innen in Sachsen in Abhängigkeit vom Alter

Erzieher*innen – Altersgruppen (in Jahren)						
	unter 20	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	über 59
Krankenstand in Prozent	7,6	4,4	4,9	6,4	7,8	11,5
Gesundheitsquote in Prozent	28,0	31,1	31,8	25,7	21,3	25,9
AU-Tage je Beschäftigtem*	27,7	16,0	18,0	23,5	28,6	42,0
AU-Fälle je Beschäftigtem*	4,7	2,2	2,0	2,1	2,1	2,2
Durchschnittliche Falldauer in Tagen	5,9	7,3	8,9	11,4	13,4	19,4

*= ganztätig IKK-Versicherter

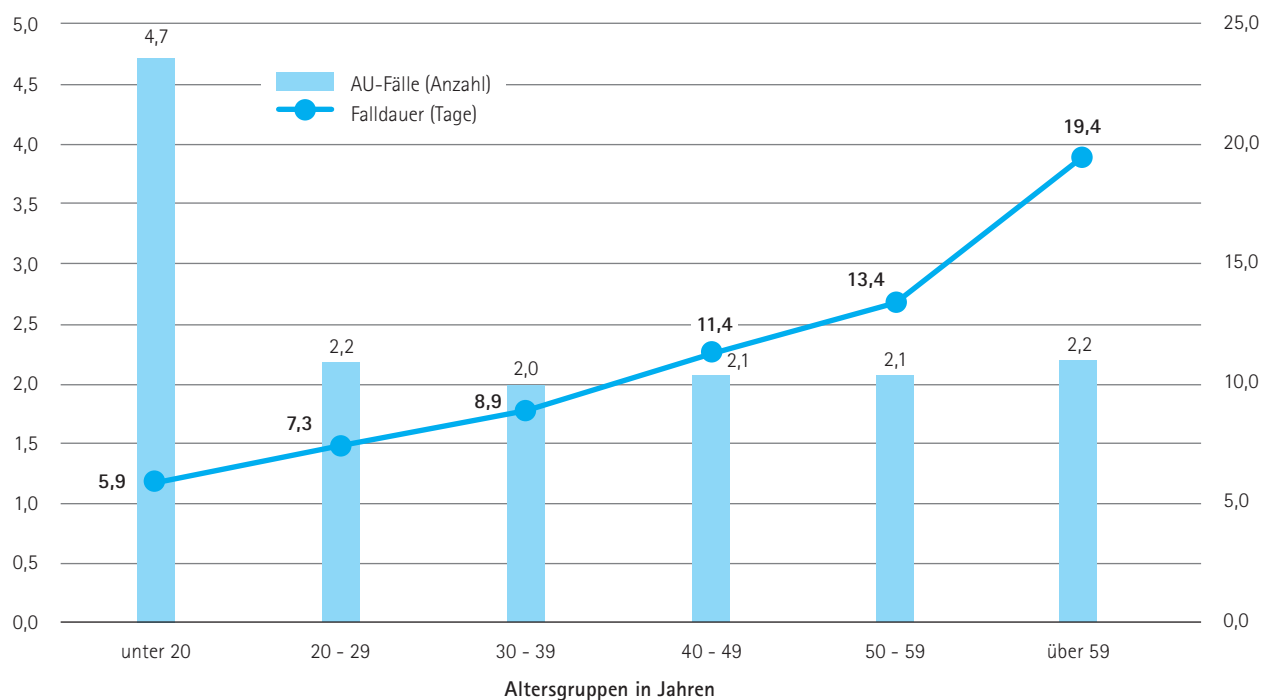


Abb. 3.4: Durchschnittliche Fallhäufigkeit und Falldauer von IKK classic-versicherten Erzieher*innen in Sachsen in Abhängigkeit vom Alter

Die Krankheitsarten

Insgesamt gibt es 21 Gruppen von Krankheiten – dabei werden Krankheiten mit ähnlichen Diagnosen zu Krankheitsgruppen zusammengefasst. Die Abb. 3.5 zeigt den Anteil der häufigsten Krankheitsarten an den Fehltagen. Diese sind für 66,7 % aller Arbeitsunfähigkeitstage verantwortlich. An erster Stelle stehen Krankheiten des Atmungssystems mit 21,1 % mit einem wesentlich höheren Anteil als in der Vergleichsgruppe mit 15,8 %. Psychische und Verhaltensstörungen folgen an zweiter Stelle mit 19,7 % und damit knapp 9 Prozentpunkte mehr als bei allen Versicherten der IKK classic in Sachsen mit 11,0 %. Muskel- und Skeletterkrankungen haben mit 18,1 % an allen Krankheitsarten einen wesentlich geringeren Anteil als zur Vergleichsgruppe mit 25,3 %. An vierter Stelle der Hauptkrankheitsarten folgen Verletzungen und Vergiftungen mit 7,9 % (IKK classic in Sachsen 13,7 %).

Krankheitsarten nach Alter

Die häufigsten Krankheitsarten treten in den verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich häufig auf. Im Allgemeinen nimmt mit steigendem Alter der Anteil an Muskel- und Skeletterkrankungen zu, die Verletzungshäufigkeit nimmt dagegen ab. Diese allgemeingültige Aussage trifft bei den Verletzungen und Vergiftungen in der Untersuchungsgruppe nicht zu. Der Anteil nimmt mit dem Alter zu. In Bezug auf das Alter überwiegen bei den bis 39-Jährigen Atemwegserkrankungen, bei den 40-49-Jährigen Psychische und Verhaltensstörungen und bei den ab 50-Jährigen die Muskel- und Skeletterkrankungen. Abb. 3.6 zeigt, wie sich die häufigsten Krankheitsarten in den Altersgruppen darstellen.

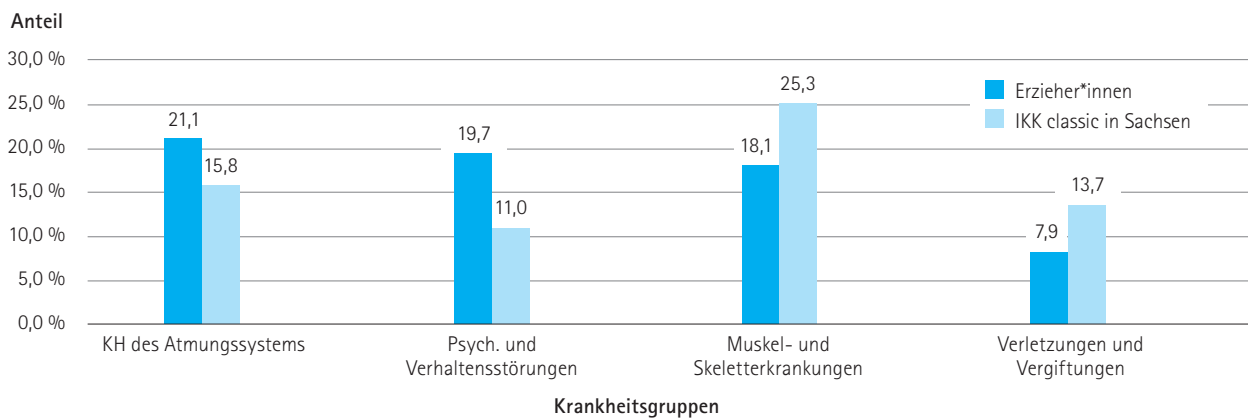


Abb. 3.5 Die häufigsten bei krankheitsbedingten Fehltagen diagnostizierten Krankheitsarten von IKK classic-versicherten Erzieher*innen im Vergleich zu allen Versicherten der IKK classic in Sachsen

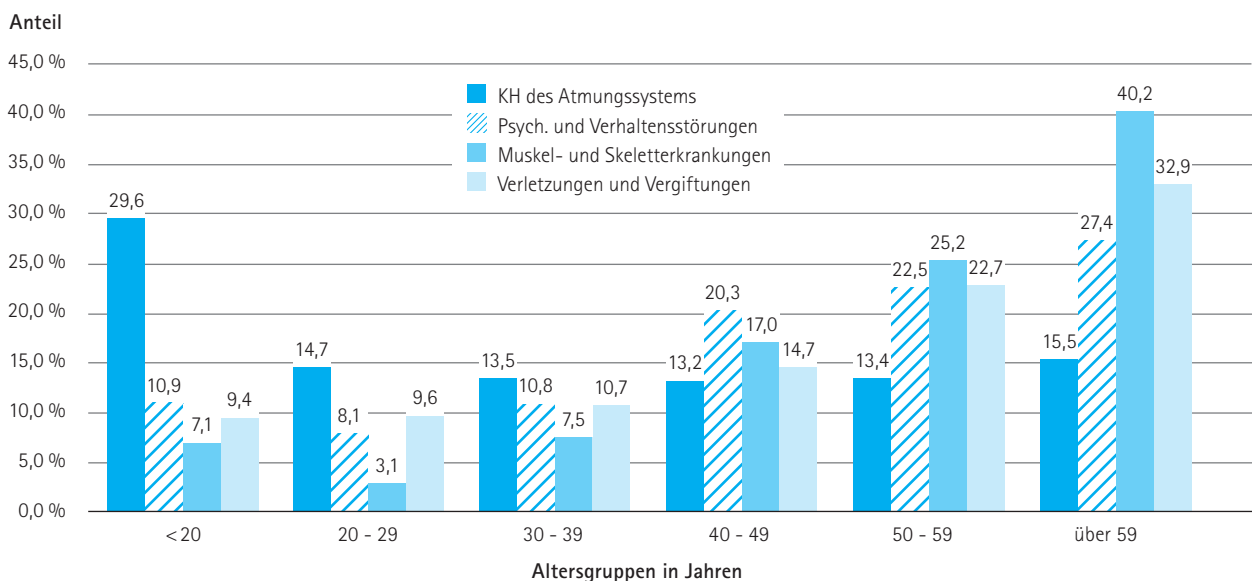


Abb. 3.6 Krankheitsarten von IKK classic-versicherten Erzieher*innen in Sachsen in Abhängigkeit vom Alter

Das Unfallgeschehen

Bei den IKK-versicherten Erzieher*innen wurden 3,8 % der Fehltage durch Arbeit- und Wegeunfälle verursacht (Abb. 3.7). Sonstige Unfälle – das sind Sport- und Freizeitunfälle – hatten einen Anteil von 4,3 %.

Die Gesamtunfallquote lag bei 8,1 % und damit wesentlich niedriger als in der Vergleichsgruppe mit 14,1 %.

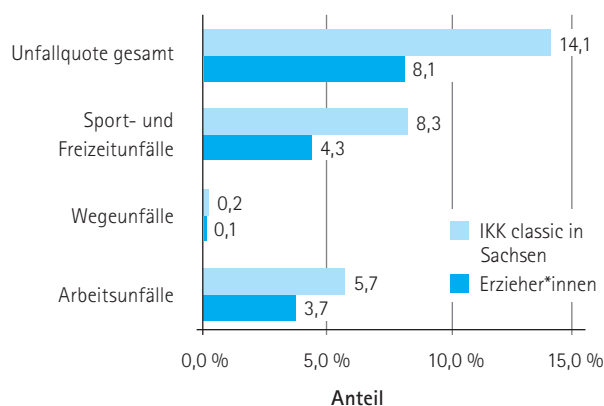


Abb. 3.7 Unfallgeschehen von IKK classic-versicherten Erzieher*innen im Vergleich zu allen Versicherten der IKK classic in Sachsen

Die Kennzahlen im Überblick

In nachfolgender Übersicht (Tab. 3.3) sind die wichtigsten Ergebnisse für die Erzieher*innen im Vergleich zur IKK classic in Sachsen 2016 noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Tab. 3.3: Zusammenfassung gesundheitsbezogener Kennzahlen IKK classic-versicherter Erzieher*innen im Vergleich zu allen IKK classic Versicherten in Sachsen für 2016

2016		
	Erzieher*innen	IKK classic in Sachsen
ganzjährig IKK-Versicherte	6.002,3	262.342,53
Männeranteil	10,2 %	54,9 %
Frauenanteil	89,8 %	45,1 %
Durchschnittsalter	41,6	43,2
Krankenstand	6,5 %	5,3 %
Gesundheitsquote (Beschäftigte ohne Krankheitsfall)	27,0 %	38,5 %

AU-Tage je ganzjährig IKK-Versicherten	23,8	19,3
AU-Tage absolut	142.666	5.640.825
AU-Fälle absolut	12.896	396.104
AU-Fälle je ganzjährig IKK-Versicherten	2,1	1,5
Durchschnittliche Falldauer (in Tagen)	11,1	12,8
Anteil Langzeiterkrankungen (über 42 Tage)	37,7 %	41,9 %
Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems	18,1 %	25,3 %
Verletzungen und Vergiftungen	7,9 %	13,7 %
Krankheiten des Atmungssystems	21,1 %	15,8 %
Psychische und Verhaltensstörungen	19,7 %	11,0 %
Arbeitsunfälle	3,7 %	5,7 %
Wegeunfälle	0,1 %	0,2 %
Sport- und Freizeitunfälle	4,3 %	8,3 %

3.3.3.3 Gute-Praxis-Beispiel: Arbeiter-Samariter-Bund Königstein/Pirna e.V.

Der Arbeiter-Samariter-Bund Königstein/Pirna e. V. (ASB) ist ein sozialer Dienstleister im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge. Der ASB bietet Menschen ein breitgefächertes Hilfsangebot von Pflege über Fahrdienste und Kinderbetreuung. In ihrer Trägerschaft befinden sich sieben Kindertagesstätten mit Kinderkrippe, Kindergarten und teilweise Hort, zwei Ganztagsbetreuungen und ein Kinderheim. Insgesamt sorgen 145 Erzieherinnen und Erzieher in den Kindereinrichtungen für das Wohl der Kinder.

Die Entscheidung, ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) aufzubauen, fiel, als das Unternehmen sein Projekt „Gesund arbeiten beim ASB Königstein/Pirna e. V.“ startete. Die Geschäftsführerin Alies Domaschke dazu: „Uns war klar: Wir wollen ein betriebliches Gesundheitsmanagement im Unternehmen implementieren, denn gerade uns ist sehr bewusst, wie wichtig die Gesundheit ist. Zugleich ist unser Unternehmen sehr vielfältig. Wie sollten wir dieser Vielfalt also gerecht werden? Wie sollten wir aus den vielen Möglichkeiten für uns den richtigen und passenden Weg finden? Wir haben

dann Kontakt zu diversen Krankenkassen aufgenommen. Die klare und strukturierte Vorgehensweise der IKK classic hat uns einfach überzeugt."

Ein wesentlicher Baustein der erfolgreichen Einführung nachhaltiger Gesundheitsförderung im Unternehmen war der Aufbau eines Steuerungskreises „Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Er überwacht das gesamte Projekt, setzt Ziele und Prioritäten, plant die Maßnahmen und setzt sie um. Als Anlauf- und Koordinierungsstelle ist er Garant für eine nachhaltige Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen.

Der Steuerungskreis nutzte neben den Ergebnissen des Gesundheitsberichtes eine umfangreiche Mitarbeiterbefragung zur Analyse der Gesundheitssituation und erhielt so einen guten Überblick der Problemstellungen. Neben hohen körperlichen Belastungen stellten sich insbesondere in der Pflege und in Kindereinrichtungen psychische Belastungsfaktoren als gesundheitliche Schwerpunkte heraus. Auf Basis der Auswertungen wurden gemeinsam mit dem IKK-Gesundheitsmanager Maßnahmenpläne für die verschiedenen Bereiche und Einrichtungen erstellt. Unter anderem wurden folgende Maßnahmen umgesetzt bzw. auf den Weg gebracht:

- Für alle Mitarbeiter wurden IKK-Trainings zu arbeitsbedingten körperlichen und psychosozialen Belastungen (Sensibilisierung für Stressbelastungen, Arbeitstechniken, Ausgleichs- und Kräftigungsübungen) angeboten. Ziel ist es, allen Mitarbeitern eine Teilnahme während der Arbeitszeit zu ermöglichen.
- Zur gesundheitsfördernden Optimierung der Mitarbeiterführung wurden mehrere IKK-Seminare „Gesundes Führen“ für ASB-Führungskräfte durchgeführt.
- Zur Förderung des Betriebsklimas und der Gemeinschaft gab es regelmäßige Teamevents.

- Es erfolgte die Umstrukturierung von Prozessen und Arbeitsabläufen zur Stressreduktion.
- Es wurde ein Pausenraum im Kitabereich eingerichtet.
- In einer Kita wurde ein Fahrstuhl zum Transport von Mahlzeiten eingebaut.
- Es wurden höhenverstellbare Tische angeschafft.
- Es wurden Spezialstühle für die Kita-Erzieherinnen angeschafft.

Inzwischen ist das BGM ein fester Unternehmensbestandteil des ASB. „Es ist schön zu erleben, dass unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur an sich selbst gearbeitet haben. Sie haben vielmehr angefangen, auch besser aufeinander zu achten und sich gegenseitig zu unterstützen“, freut sich die ASB-Geschäftsführerin. „Außerdem hat es strukturelle Veränderungen in den Einrichtungen gegeben, sodass wir hier aus unserer Sicht eine wirkliche Nachhaltigkeit erreicht haben.“

Als **Erfolgsfaktoren** für die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements nennt ASB-Geschäftsführerin Alies Domaschke folgende:

- Ein **Chef**, der von **betrieblichem Gesundheitsmanagement überzeugt** ist.
- **Viele Mitarbeiter für das Projekt gewinnen**: Mitarbeiter, die besondere Ergebnisse mit dem Projekt erreicht haben (bspw. gesundheitliche Erfolge), sind die besten Multiplikatoren!
- **Sensible Auswahl der Maßnahmen**: Sie müssen zu den Bedürfnissen der Mitarbeiter und den betrieblichen Rahmenbedingungen passen – Gesundheitsmaßnahmen dürfen nicht selbst zu einer Belastung für die Beschäftigten werden.
- **Durchhaltevermögen und Kontinuität**: BGM ist ein Prozess!

Literatur:

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Gefährdungsbeurteilung in der Kinderbetreuung. TP-13 GB. Hamburg: BGW, 2008 (Stand 01/2016)

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Sicherheitsbeauftragte im Betrieb. Hamburg: BGW Stand 08/2017

Betriebsverfassungsgesetz – BetrVG (idF d. Bek. v. 25. September 2001). BGBl. I S. 2518, zuletzt geänd. durch Art. 6 d. Gesetzes (v. 17. Juli 2016). BGBl. I S. 3234

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Regel Grundsätze der Prävention – DGUV Regel 100–001 (idF v. Mai 2014)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Regel Kindertageseinrichtung – DGUV Regel 102–002 (idF v. April 2009)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Unfallverhütungsvorschrift 1: Grundsätze der Prävention – DGUV Vorschrift 1 (idF v. 1. Oktober 2014)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – Unfallverhütungsvorschrift 2: Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit – DGUV Vorschrift 2 (idF v. 1. Januar 2011)

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – SGB V (idF v. 20. Dezember 1988). BGBl. I S. 2477, zuletzt geänd. durch Art. 4 d. Gesetzes (v. 14. August 2017). BGBl. I S. 3214

Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz: Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation. Stand: 22. Mai 2017 – Verfügbar unter: <http://www.gda-portal.de/de/pdf/Leitlinie-Gefahrungsbeurteilung.pdf>

Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit – Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG (idF v. 7. August 1996). BGBl. I S. 1246, zuletzt geänd. durch Art. 427 d. Verordnung (v. 31. August 2015). BGBl. I S. 1474

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention – Präventionsgesetz (PrävG) (idF. vom 17.7.2015) BGBl 2015 Teil 1 Nr. 31

Khan, A. (2008): Gesundheitszirkel in Kindertagesstätten. AV Akademikerverlag

Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (2014). verfügbar unter <http://www.bkk-dachverband.de/gesundheitsfoerderung-selbsthilfe/betriebliche-gesundheitsfoerderung-bgf/luxemburger-deklaration>

Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – SGB IX (idF. v. 19. Juni 2001). BGBl. I S. 1046, zuletzt geänd. durch Art. 2 d. Gesetzes (v. 23. Dezember 2016). BGBl. I S. 3234

Siebttes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII (idF der Bek. v. 7. August 1996). BGBl. I S. 1254, zuletzt geänd. durch Art. 8 d. Gesetzes (v. 23. Dezember 2016). BGBl. I S. 3234

Technische Regel für Betriebssicherheit – TRBS 1111: Gefährdungsbeurteilung und sicherheitstechnische Bewertung. (idF v. 9. Dezember 2006) BAnz. 232a, S. 7

Unfallkasse Sachsen – Checklisten zur Gefährdungsbeurteilung in Kindertageseinrichtungen – UK Sachsen 02–01 (idF v. Oktober 2015)

4. Handlungsfelder

Inhalt

4	Handlungsfelder – Probleme erkennen und lösen	85
4.1	Verringerung der Lärmbelastung	86
4.1.1	Vorbemerkungen „Lärm – was ist das?“	86
4.1.2	Rechtliche Grundlagen	87
4.1.3	Probleme erkennen	88
4.1.4	Maßnahmen zur Lärmreduzierung	88
4.1.5	Gute-Praxis-Beispiel: Erhalt der Erzieher/innengesundheit durch Lärmprävention	90
	Literatur	91
4.2	Rückengerechtes Arbeiten	92
4.2.1	Vorbemerkungen	92
4.2.2	Rechtliche Grundlagen	92
4.2.3	Probleme erkennen	93
4.2.4	Primärpräventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Reduktion von Rückenproblemen	93
4.2.5	Gute-Praxis-Beispiel: Erhalt der Erzieher/innengesundheit durch rückengerechtes Arbeiten	95
4.2.6	Gute-Praxis-Beispiel: Bewegungs-Übungen für Kita-Beschäftigte aus der Mappe „Gesund bleiben in der Kita“	96
	Literatur	100
4.3	Infektionsschutz	100
4.3.1	Vorbemerkungen	100
4.3.2	Rechtliche Grundlagen	101
4.3.3	Probleme erkennen	102
4.3.4	Maßnahmen des Arbeitsschutzes zum Infektionsschutz	102
4.3.5	Gute-Praxis-Beispiel: Desinfektion in der Kita – ein wichtiges Instrument zur Infektionsprophylaxe	104
4.3.6	Gute-Praxis-Beispiel: Schmuck an Unterarmen und Händen, lackierte und künstliche Fingernägel (inklusive Gelnägel) bei der Betreuung und Pflege von Kindern	111
4.3.7	Gute-Praxis-Beispiel: Hinweise zum Infektions- und Hautschutz für Waldkindergärten	112
	Literatur	115

4.4	Schutz und Stärkung bei psychischen Belastungen	117
4.4.1	Vorbemerkungen	117
4.4.2	Rechtliche Grundlagen	119
4.4.3	Erkennen von Quellen psychischer Belastung	119
4.4.4	Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung bei psychischen Belastungen	120
	Literatur	121
4.5	Brandschutz in der Kita	122
4.5.1	Vorbemerkungen	122
4.5.2	Rechtliche Grundlagen	122
4.5.3	Probleme erkennen	122
4.5.4	Maßnahmen des Brandschutzes	123
4.6	Alternsgerechtes Arbeiten in der Kita	124
4.6.1	Vorbemerkungen	124
4.6.2	Rechtliche Grundlagen	125
4.6.3	Probleme erkennen	126
4.6.4	Maßnahmen der alternsgerechten Arbeitsgestaltung	126
	Literatur	127

4 Handlungsfelder – Probleme erkennen und lösen

Marleen Jacobi, Attiya Khan

Die Sicherheit und Gesundheit des Personals zu gewährleisten ist eine wesentliche Aufgabe von Arbeitgebern und Führungskräften. Dazu gehört Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten und die Arbeit menschengerecht zu gestalten ([Kap. 2](#) und [Kap. 3](#)).

Bevor Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden, muss erstmal erfasst und beurteilt werden, wo Handlungsbedarf besteht. Dafür hat der Gesetzgeber die Gefährdungsbeurteilung vorgesehen (vgl. [Kap. 2.1.1](#)).

Nicht zuletzt durch das Präventionsgesetz hat betriebliche Gesundheitsförderung in den letzten Jahren viel Aufmerksamkeit erlangt. Trotzdem bleibt festzustellen, dass gerade kleine Betriebe – und dazu gehören auch Kitas – seltener Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Die meisten Ansätze und Methoden der Prävention und Gesundheitsförderung sind für Großunternehmen in Industrie und Handel entwickelt worden. Obwohl für das Setting Kindertageseinrichtung eine große Anzahl von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung entwickelt und auch umgesetzt wurden, bedarf es noch immer großer Anstrengungen, um für alle Einrichtungen zum einen die gesetzlichen Bestimmungen zum Arbeitsschutz zu realisieren und zum anderen die Gesundheit der Fachkräfte zu erhalten und zu fördern.

Berufliche Belastungsfaktoren in der Kita gestalten sich sehr vielfältig ([Kap. 1.1](#), [Infobox 1.1](#)). Nicht jede beeinträchtigende Bedingung ist gleichermaßen in jeder Kita vorhanden. Jede einzelne Kindertageseinrichtung weist ihre eigenen, unverwechselbaren situativen, strukturellen und personellen Be-

dingungen auf. Die Konsequenzen dieser belastenden Bedingungen unterscheiden sich dabei nicht nur von Kita zu Kita, sondern auch von Person zu Person, und sind abhängig von den jeweiligen Voraussetzungen sowie den Möglichkeiten der Bewältigung im Team bzw. in der Person selbst.

Trotz der Vielfalt der belastenden Arbeitsbedingungen und Unterschiede zwischen den einzelnen Beschäftigten werden im Folgenden sechs Handlungsfelder vorgestellt, die typischerweise präventiven und gesundheitsförderlichen Handlungsbedarf in Kitas aufzeigen. Dabei handelt es sich um:

- Verringerung der Lärmbelastung ([Kap. 4.1](#)),
- rückengerechtes Arbeiten ([Kap. 4.2](#)),
- Infektionsschutz ([Kap. 4.3](#)),
- psychische Belastungen ([Kap. 4.4](#)),
- Brandschutz ([Kap. 4.5](#)) und
- alternsgerechtes Arbeiten ([Kap. 4.6](#)).

Zu jedem Handlungsfeld werden zunächst einführende Bemerkungen gemacht, um dessen Verbreitung und Charakteristik zu verdeutlichen (Vorbemerkungen). Es folgt die rechtliche Einordnung im Sinne des Arbeits- und Gesundheitsschutzes mit Verweisen auf [Kap. 2](#) (rechtliche Grundlagen). Danach sollen Möglichkeiten erörtert werden, wie Risiken in Bezug auf dieses Handlungsfeld erkannt werden können (Probleme erkennen). Zuletzt werden Vorschläge und Ansätze im Sinne präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen erläutert, die einer Optimierung der Arbeitsbedingungen dienen (Prävention und Gesundheitsförderung). Ggf. schließen sich „Gute-Praxis-Beispiele“ als Illustration an.

Finanzierung von Maßnahmen im Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie der Gesundheitsförderung

Bereits hier soll Stellung genommen werden zu einer wesentlichen Frage, die über Erfolg und Misserfolg von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Kita entscheidet: „**Wer soll das bezahlen!?**“

Wie eingangs beschrieben, trägt der Arbeitgeber im Sinne der gesetzlichen Fürsorgepflicht die Verantwortung für sichere Arbeitsbedingungen seiner Angestellten. Das bedeutet, dass der Arbeitgeber entsprechende Maßnahmen auch finanzieren muss. Grundlage dafür ist die Gefährdungsbeurteilung. Doch auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Kita können sowohl im Rahmen ihrer gesetzlichen Mitwirkungspflicht als auch aus eigenem gesundheitlichen Interesse mitwirken (z. B. Anschaffen und Tragen geschlossener Schuhe oder Teilnahme an sportlichen Aktivitäten).

Bei der Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes unterstützen auch die Unfallversicherungsträger im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags (z. B. durch Beratung oder Weiterbildung).

Darüber hinaus sind weitere Unterstützungsmöglichkeiten denkbar: Im Rahmen des Präventionsgesetzes ([Kap. 2.3](#)) bieten auch die gesetzlichen Krankenkassen viel Unterstützung bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Eine weitere Möglichkeit stellt die Projektförderung dar. Dabei bietet der Gesetzgeber selbst (z. B. Bundes- oder Landesministerien) unter bestimmten Voraussetzungen an, Maßnahmen in Kitas finanziell zu unterstützen. Die Förderung von Projekten weist jedoch folgende Besonderheiten auf:

- eigenständige Ausarbeitung eines Projektes durch die Kita,
- Beachtung der jeweiligen Förderrichtlinien (Förderbedingungen, z. B. Verwendungsnachweise, Verfassen eines Abschlussberichtes),
- Aufbringen eines Eigenanteils,
- zeitlicher und personeller Aufwand,
- zeitliche Befristung des Projektes.

Für den Freistaat Sachsen sind Projektfinanzierungsmöglichkeiten in der Fördermitteldatenbank Sachsen aufgelistet. Mehr Infos unter: → <http://www.foerderung.sachsen.de>.

Kitas bzw. Kita-Träger können sich auch als Praxispartner in wissenschaftliche Projekte einbringen, die von Universitäten oder anderen Forschungseinrichtungen durchgeführt werden. Auch diese Forschungsprojekte sind zeitlich begrenzt. Da die Inhalte der Forschungsprojekte meist sehr spezifisch sind, muss die Kita gut prüfen, ob das Projekt in Inhalt und Umfang zu ihrem Bedarf passt.

Zu guter Letzt kann eine Kita natürlich auch selbst aktiv werden und sich über Sponsoren oder Spendengelder finanzielle Unterstützung für die Umsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen suchen.

4.1 Verringerung der Lärmbelastung

Jörg Stojke

4.1.1 Vorbemerkungen „Lärm – was ist das?“

„Kinder machen Lärm, das ist nun einmal so!“ Diese und andere Aussagen haben wir alle schon einmal gehört. Und gerade wenn mehrere Kinder zusammenkommen, spielen und toben, dann kann der Geräuschpegel deutlich steigen. Allen, die mit Kindern Umgang haben, ist dies bekannt, ob von der letzten Geburtstagsfeier oder dem Besuch auf einem überfüllten Kinderspielplatz. Spätestens wenn die Anzahl der Kinder sich verringert hat, wird es merklich ruhiger.

Anders hingegen sieht es in Kindertageseinrichtungen aus. Gerade beim beruflichen Umgang mit Kindern ist das Personal ständig von Kindern in Gruppenstärke umgeben. Viele Erzieherinnen und Erzieher wissen, dass über einen Acht-Stunden-Tag verteilt einiges an Lärm zusammenkommt. Dies bringt der Beruf mit sich, sagen einige und versuchen mit dem einen oder anderen Trick die tägliche Belastung für die Ohren zu vermindern. In diesem Handlungsfeld soll sich dem Thema Lärm etwas genauer gewidmet und Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie eine professionelle Lärmreduzierung in Kitas erreicht werden kann.

Das Wort Lärm kommt ursprünglich aus dem Italienischen und beschreibt das Geschrei bzw. den Krach von Soldaten unter Waffen. Umgangssprachlich gibt es noch viele weitere Varianten wie Radau, Bohei oder Getöse. Für den Zweck des Handbuches bietet sich die Definition in [Infobox 4.1](#) an.

➤ Infobox 4.1

Definition von Lärm

„Lärm ist jene Form von Schall, welche die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen beeinträchtigen kann.“

Lexikon Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (11. Aufl.)
Wiesbaden: Universum 2006

Die Belastung durch Lärm kann demnach einen Menschen krankmachen. Dabei sind die physischen und psychischen Voraussetzungen eines jeden einzelnen Menschen zu beachten, denn jeder hat ein individuelles Lärmempfinden, welches Schwankungen unterliegt.

Während man in der Nacht zum Beispiel bereits leise Geräusche als störend empfindet, werden sie bei Tag fast gar nicht registriert. Doch auch die Bewertung von Lärm durch verschiedene Personen unterscheidet sich teilweise gravierend voneinander – was der eine als sehr angenehm empfindet, kann für den anderen bereits extrem störend und belastend sein.

Lärm ist demnach selbst nicht messbar, sondern wird indirekt über die physikalischen Eigenschaften des Schalls – insbesondere den [Schalldruckpegel](#) – ermittelt ([Infobox 4.2](#)).

➤ Infobox 4.2

Informationen zum Schalldruckpegel

Nach Alexander Graham Bell wurde die Hilfsmaßeinheit BEL (abgekürzt B) u. a. für den Pegel einer akustischen Größe benannt. In der Praxis ist die Verwendung des zehnten Teils (dezi, abgekürzt d) eines Bels, also Dezibel (dB) üblich.

Um bei einer Messung den Frequenzgang des Ohres und somit das menschliche Gehör nachzubilden, werden verschiedene Filter eingesetzt. Am häufigsten wird der Filter A verwendet und somit entsteht die Maßeinheit dB(A).

Da für die Lärmwirkung auch der sog. [Tages-Lärmexpositionspegel](#) herangezogen wird, ist bei der Beurteilung der Lärmbelastung der gesamte Arbeitstag (acht Stunden) zu betrachten ([Kap. 4.1.2](#)). Kritisch für die Lärmexposition sind auch die sog. [Nachhallzeiten](#) ([Infobox 4.3](#)).

➤ Infobox 4.3

Informationen zur Nachhallzeit

Als Nachhallzeit wird die Zeit bezeichnet, in der nach Abschalten einer Schallquelle der Schalldruck auf 1/1.000 abgesunken ist.

Verschiedene Untersuchungen zu Belastungsfaktoren in Kitas zeigen, dass sich viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter subjektiv stark durch Lärm belastet fühlen (z. B. STEGE-Studie, AQUA-Studie).

Die STEGE-Studie aus Nordrhein-Westfalen hat nachgewiesen, dass die Wahrnehmung von Lärm im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit steht. Die Fachkräfte, die weniger Lärm ausgesetzt waren, berichteten tendenziell eine bessere Arbeitsfähigkeit (Viernickel und Voss 2013).

Lärm beeinträchtigt auch die Sprachverständlichkeit für Kinder und Erwachsene. Damit beeinflusst eine laute Umgebung auch die Sprachentwicklung, vor allem der Kinder, die auf die Förderung in der Kita angewiesen sind (Dittmann o. J.).

4.1.2 Rechtliche Grundlagen

Neben der allgemeinen Fürsorgepflicht des Arbeitgebers nach BGB ist die Thematik Lärm in folgenden Gesetzen und Verordnungen geregelt:

- ArbSchG ([Kap. 2.1.1](#)),
- MuSchG ([Kap. 2.1.6](#)),
- ArbStättV ([Kap. 2.1.1.1](#)) und
- LärmVibrationsArbSchV ([Kap. 2.1.12](#)).

Der § 3 LärmVibrationsArbSchV legt fest, dass bei Lärm eine Gefährdungsbeurteilung zu erstellen ist, die Art, Ausmaß und Dauer der Lärmbelastung ausweist. Nach § 7 Lärm-VibrationsArbSchV sind auf dieser Basis Maßnahmen zur Vermeidung und Verringerung der Lärmexposition festzuschreiben.

Von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern wurden einige Materialien zu Wirkungen von Lärm bereitgestellt (z. B. von der Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM 2013) und der DGUV (2015). Demnach liegen **für Geräusche**, die **stören** und **zu vegetativen Reaktionen** und **Leistungsbeeinträchtigungen** beim Menschen führen sogenannte Lärmminderungszielwerte vor. Diese liegen bei routinemäßiger Büroarbeit bei **55 dB(A)** bzw. bei Tätigkeiten, die eine besondere Konzentration erfordern, bereits bei **45 dB(A)**. Gerade bei geistigen Tätigkeiten, die auch eine einwandfreie Sprachverständlichkeit erfordern wie zum Beispiel die Lehrtätigkeit, sollte dieser Grenzwert nicht überschritten werden. Die Gestaltung der Arbeitsbedingungen bei störenden Geräuschen wird zukünftig in der ASR A3.7 „Lärm“ geregelt (www.baua.de). Der Bereich der **Gehörgefährdung** beginnt bei über **80 dB(A)**. Nach § 4 MuSchG dürfen bei Überschreitung dieses Grenzwertes keine Schwangeren beschäftigt werden (**Kap. 2.1.5**).

4.1.3 Probleme erkennen

Bei der Einordnung von Lärm ist zu beachten, dass nicht nur objektiv die spezifische Wirkung des Schalldruckpegels auf das Hörsystem von Bedeutung ist (im Sinne einer drohenden Schädigung des Innenohrs). Vor allem auch die außerhalb des Hörorganes gelegenen körperlichen Reaktionen (z. B. Anstieg des Blutdrucks, der Herzfrequenz oder der Cortisol-Konzentration) und subjektiven psychischen Bewertungen („Ich finde es schön“ oder „Es stört mich.“) bzw. Auswirkungen (z. B. Freude und Aktivierung vs. Konzentrationsverminderung, Kopfschmerzen, Müdigkeit oder Gereiztheit) spielen eine wesentliche Rolle bei der Wirkung von Lärm und bestimmen v. a. seine negativen gesundheitlichen Folgen.

Folgende Verfahren können im Rahmen der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung bei der Messung und Bewertung von Lärm Einsatz finden:

- **Untersuchung der Geräuschkulisse** mithilfe von Schalldosimetern (auch an der Person tragbar über einen ganzen Arbeitstag hinweg) und durch stationäre Schallpegelmesser,
- **Feststellung der Hörfähigkeit** von Personen (Audiometrie),
- **Erfassung von Lärm-assoziierten Beschwerden** (z. B. mit Beschwerdefragebögen),
- **Erhebung der Lärmempfindlichkeit** als Ausmaß der Lärmbelästigung durch Befragungen.

Maßgeblich für Auswertung von Lärmmessungen sind die Raumgröße und -höhe, räumliche Gegebenheiten (z. B. Deckenverkleidungen, Bodenbeläge, Fensterbehänge, Mobiliar etc.) sowie die Anzahl der im Raum befindlichen Personen.

Ergänzt werden können diese Informationen um physiologische Daten (z. B. Herzfrequenz und Blutdruck im Rahmen einer 24-Stunden-Messung, Hormonkonzentrationen), Tätigkeitsprotokolle und die subjektive Lärmempfindung für bestimmte zu beurteilende Zeiträume.

Einen sehr umfangreichen und mit vielen Hintergrundinformationen ausgestatteten Leitfaden zur Gefährdungsbeurteilung von Lärmbelastungen in der Kita sowie zu Umsetzungshilfen für Schutzmaßnahmen (Gebauer et al. 2014) bietet die Internetseite Prima-Kita ([→ www.prima-kita.info](http://www.prima-kita.info) [→ Materialien](#) [→ Leitfäden Prima-Kita](#)).

4.1.4 Maßnahmen zur Lärmreduzierung

Der Lärm und dessen Belastung für die Erzieherinnen und Erzieher können zu Beeinträchtigungen der Gesundheit führen und deshalb sind geeignete Maßnahmen zur Lärmreduzierung zwingend notwendig.

Wie bereits in **Kap. 2.1.12** dargestellt, kann bei ungünstigen raumakustischen Bedingungen der untere Auslösewert von 80 dB(A) überschritten und damit das Gehör geschädigt werden.

Das ArbSchG (**Kap. 2.1.1**) sowie die LärmVibrationsArbSchV (**Kap. 2.1.12**) schreiben eine Maßnahmenhierarchie vor, die bei allen Arbeitsschutzmaßnahmen anzuwenden ist (**Kap. 3.3, Infobox 3.9**). Diese Hierarchie ist nicht statisch, denn die Verknüpfung der Maßnahmen auf den einzelnen Ebenen bringt meist den größeren Erfolg.

Die Broschüre „Lärmprävention in Kindertageseinrichtungen“ (Herausgeber Unfallkasse NRW, [→ https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/Sonderschriften/S_07_Laermpraevention_Kitas.pdf](https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/Sonderschriften/S_07_Laermpraevention_Kitas.pdf)) liefert detaillierte Informationen zur Lärmproblematik in solchen Einrichtungen und stellt geeignete Maßnahmen zur Verringerung der Lärmexposition der Beschäftigten vor.

1) Lärm muss nicht sein – bautechnische Maßnahmen

Schon vor der Inbetriebnahme einer Kita können bauliche Maßnahmen dazu beitragen, dass ein zu hoher Schalldruck-

pegel und zu hohe Nachhallzeiten erst gar nicht entstehen. Beim Neubau von Kindertageseinrichtungen sollten alle an der Planung Beteiligten ein vorsorgliches Raumakustikkonzept erarbeiten, welches den Begebenheiten und Nutzungsbedingungen einer Kita gerecht wird (**Infobox 4.4**).

➤ Infobox 4.4

Auswahl technischer Maßnahmen zur Lärmreduzierung

- Dämmung aller Außen- und Innenwände,
- Schallschutzfenster und -türen,
- Abdichtung von Mauerdurchbrüchen,
- Einbau von Akustikdecken,
- Verkleidung von Wänden,
- Lärmdämpfende Bodenbelege,
- Einsatz von Schallabsorbern an Wänden und/oder Decke.

Durch die Verwendung von Schalldämmungen wie speziell abgestimmten Mineralwolle-Dämmstoffen oder Schallschutzfenstern werden nicht nur störende Außengeräusche ferngehalten, sondern auch Nachbarräume vor Lärm geschützt. Für den Nutzer der Einrichtung ist die Beachtung von präventiven Maßnahmen in der Planung von Vorteil, da eine nachträgliche Sanierung oder Dämmung immer kostenintensiver ist.

Zur Reduzierung von hohen Nachhallzeiten und Schalldruckpegeln sollten schallabsorbierende Elemente in ausreichendem Maße bereits bei der Planung der Kitas Berücksichtigung finden. Diese können auch in schon bestehenden Kita-Gebäuden nachgerüstet werden. Gerade sog. schallharte Oberflächen wie glatte Böden oder verputzte bzw. überstrichene Mauern bieten wenig Schallabsorption. Generell gilt, je härter und glatter das Material, desto geringer ist die Schallabsorption.

In vielen Kitas wird durch einfache Maßnahmen versucht, die Ausbreitung von Lärm zu mindern. Gerne werden dazu Stoffbahnen an Wände und Decken gehängt. Dabei ist jedoch wie bei allen anderen Maßnahmen zu beachten, dass keine neuen Gefährdungen entstehen. So sollten nur schwer entflammbare und absorbierende Stoffe zum Beispiel aus dem Theaterrbereich verwendet werden.

Der Einsatz von hängenden oder an der Wand befestigten Schallabsorbern ist in vielen Kindertageseinrichtungen verbreitet. Durch diese Maßnahmen können leichte Verbesserungen erzielt werden. Sie sind aber kein Ersatz für ganzheit-

liche Schallreduzierungsmaßnahmen. Aus Sicht des Trägers sollte bei Bekanntwerden von Lärmbelastungen zuerst eine Messung erfolgen. Nach fachkompetenter Beratung können dann die meist einrichtungsbezogenen Maßnahmen umgesetzt werden. Eine weitere Messung nach der Umsetzung bringt dann Gewissheit, dass die Maßnahmen wirken. Dies entspricht auch der Vorgehensweise bei der Erstellung der Gefährdungsbeurteilung (**Kap. 3.3**).

Der IFA Report 4/2017 zur „MusterKiTa“ belegt ganz konkret, dass bauliche Maßnahmen zur Lärmprävention nach der Umbauphase in einer Kita zu deutlichen Verbesserungen der Raumakustik geführt haben (Herausgeber DGUV, ➔ <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/rep0417.pdf>).

2) Ein Plan gegen Lärm – organisatorische (und kleine technische) Maßnahmen

Neben den meist mit Kosten verbundenen baulichen Maßnahmen kann durch einfache, organisatorische Maßnahmen der Lärm in Kindertageseinrichtungen reduziert werden. Wie in der Einleitung dieses Handlungsfeldes bereits beschrieben, ist der Lärm von der Anzahl der Kinder abhängig. Durch eine Verbesserung der Arbeitsabläufe und der Nutzung der Räumlichkeiten können Lärmquellen reduziert werden. In der Broschüre „Lärmprävention in Kindertagesstätten“ der Unfallkasse NRW und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) werden zahlreiche Hinweise gegeben, um Lärmquellen zu identifizieren (**Infobox 4.5**).

➤ Infobox 4.5

Auswahl organisatorischer Maßnahmen zur Lärmreduzierung

- Alle geeigneten Flächen sollten genutzt werden, um die Personenzahl in einzelnen Räumen gering zu halten.
- Durch eine räumliche Auslagerung von lauten Aktivitäten lässt sich der Geräuschpegel effektiv senken.
- Die Entzerrung von Stoßzeiten und eine Verteilung von Freispielphasen kann wirksam dazu beitragen, dass es in der Kita erheblich leiser wird.

Erfahrungen aus Kitas zeigen, dass es schon durch einfache organisatorische bzw. teilweise technische Maßnahmen zur

Lärminderung kommt. Die Verwendung von **Platzdeckchen** oder **Tischdecken** reduziert das tägliche „Geklapper“ bei den Mahlzeiten. Filzgleiter unter Stühlen und Stoßfänger an Schranktüren sind kleine Beiträge, um die Geräuschkulisse einzudämmen. Selbst ein Teewagen mit **Gummirädern** und **Gummibelag** trägt zur Lärmreduzierung bei.

Besonders laute Vorgänge wie die Bring- und Abholzeiten oder das Mittagessen können entzerrt werden. Da, wo die räumlichen Begebenheiten vorhanden sind, können Eltern kurz zusammenkommen. Einen nützlichen Nebeneffekt dieses Vorgehens stellen die Förderung der Erziehungspartnerschaft zwischen Kita und Elternhaus sowie der Austausch der Eltern untereinander dar. Weiterhin könnten Essenpläne so gestaltet werden, dass die einzelnen Gruppen abwechselnd ihr Essen erhalten.

Ein besonderer Aspekt zum Thema Lärmreduzierung wurde unter anderen vom dänischen Sozialministerium bekannt gemacht – das Spielzeug. Gerade batteriebetriebene Spielzeuge verursachen teilweise Schalldruckpegel von über 100 dB(A). Auch die Art und Weise, wie Spielzeuge benutzt werden, führt oft zu hohem Lärm. So kann beispielsweise auch die Aufbewahrung zu einem erhöhten Lärmpegel führen, wie zum Beispiel die Suche in einer Box mit Plastikspielsteinen oder das Ausschütten von Kisten mit harten Gegenständen auf glattem Untergrund.

3) Spielend leise – pädagogische Maßnahmen

Mittlerweile existieren zahlreiche pädagogische Konzepte, um die betreuten Kinder für das Thema Lärm zu sensibilisieren. Neben der Funktionsweise des menschlichen Gehörs, wird den Kindern spielerisch der Unterschied zwischen laut und leise erklärt. Dabei sollen die Kinder ihre eigenen Erfahrungen einbringen und ausprobieren können.

Durch sog. **Sprach- und Flüsterspiele** können Kinder phonologisch geschult werden und erlangen ein Bewusstsein für das gegenseitige Zuhören. Diese Spiele können mit dem Angebot von Ruhephasen kombiniert werden. Falls die Möglichkeit besteht, ist eine räumliche Trennung zu anderen Bereichen während der Ruhepausen sinnvoll.

Um den Kindern eine Orientierung zu bieten, wann das Maß an schädlichem Lärm erreicht ist, empfiehlt sich der Einsatz von Warnsignalen. Dies kann ein Gong oder ein zuvor fest-

gelegtes Ritual sein. Bei vielen Unfallversicherungsträgern können auch sog. **Lärmampeln** oder **Sound-Ears** ausgeliehen und eingesetzt werden. Diese sollten aber immer mit besonderen Spielen ergänzt werden, um eine Nachhaltigkeit zu erreichen. Darüber hinaus sind die Effekte zeitlich begrenzt und die Methode nutzt sich über einen längeren Zeitraum ab.

Zu guter Letzt können kleinere Projekte die Auseinandersetzung mit dem Thema Lärm in Kindertageseinrichtungen fördern. Ein „Tag des Lärms“ könnte z. B. Erzieherinnen und Erziehern sowie Kindern und deren Eltern wertvolle Informationen liefern. Wichtig ist jedoch die Nachhaltigkeit, d. h. dass die Reduzierung der Lärmbelastung eine ständige Aufgabe in allen Kitas wird.

4.1.5 Gute-Praxis-Beispiel: Erhalt der Erzieher/innengesundheit durch Lärmprävention

Anke Gießler-Lachmann

Verringerung der Lärmbelastung

„Im Rahmen der Sanierung hatten wir das Glück, dass in alle Räume, in denen sich Kinder aktiv aufhalten, **Schallschutzdecken** eingezogen wurden.

Nach und nach statteten wir die Stühle und Tische mit professionellen **Filzgleitern** aus (2 cm stark). Das war für den Hausmeister ziemlich aufwendig in der Anbringung. Allerdings ist das Ergebnis sehr erstaunlich gewesen. Der Lärm, der durch das Schieben oder Herunterstellen von Stühlen entsteht, konnte deutlich vermindert werden. Als positiven Nebeneffekt haben wir die Schonung des Fußbodens beobachtet.

Aufgrund der hohen Lärmbelastung durch die großen Gruppenstärken oder in Übergangssituationen im Früh- und Spätdienst entschlossen wir uns, professionelle persönliche Schutzausrüstungen, sogenannte Lärmstöpsel, anzuschaffen. Diese **Lärmstöpsel** ermöglichen uneingeschränkte Kommunikation. Sie verhindern durch ihre Lamellen allerdings das Durchdringen von hohen Frequenzen. Gerade Kolleginnen mit Migräneneigung empfinden diese Hörstöpsel als Erleichterung.

Stimmschonung

Garderobensituationen sind bei voller Gruppenstärke akut lärmbelastet. Um das ständige laute Reden über die wettergerechte Kleidung zu mindern, hängen die Kollegen/innen an einer **Memo-Line Anziehkärtchen** auf. Auf diesen sind z. B. Gummistiefel, Regenhose, Wollmütze oder Sonnenmützen zu sehen. Wenn man die Kärtchen der aktuellen Wetter-

lage anpasst, können die Kinder selbstständig ablesen, was sie anziehen sollen. Hiermit wird das laute Reden zu Kleidungshinweisen reduziert. Gleichzeitig kann man mit den Kindern sehr gut Bildungsinhalte zum Wetter erarbeiten. Diese Idee und ein Großteil der Karten stammt aus einer Weiterbildung mit der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung.“

Literatur

Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) – Information Lärm am Arbeitsplatz – DGUV Information 209-023 (idF v. November 2013/Februar 2017)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.): Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kita – Die MusterKiTa als Beispiel guter Praxis (IFA Report 4/2017). Berlin: DGUV

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV): Information Bildschirm- und Büroarbeitsplätze – Leitfaden für die Gestaltung – DGUV Information 215-410 (idF v. September 2015)

Dittmann, A.: Unser Gehör: „Vom Klangerlebnis zum Verständigungsproblem“ in Entspannung für alle Ohren Weniger Lärm in Kindertagesstätten. Broschüre der Unfallkasse Nord, o. J.

Gebauer, G.; Hagen, H.; Winkler, H.: Leitfaden mit Hintergrundinformationen zur Prävention von Lärmbelastungen. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft 2014

Verfügbar unter: http://prima-kita.info/dokus/2_Leitfaden_L_rmbelastungen.pdf

Landesunfallkasse NRW; BGW (Hrsg.): Lärmprävention in Kindertagesstätten. Düsseldorf: Landesunfallkasse NRW 2007

Schreyer, I.; Krause, M.; Brandl, M.; Nicko, O.: AQUA – Arbeitsplatz und Qualität in Kitas. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. München: Staatsinstitut für Frühpädagogik (ifp) 2014

Verfügbar unter: <http://www.aqua-studie.de>

Viernickel, S.; Voss, A.: STEGE -Strukturqualität und Erzieher_innengesundheit in Kindertageseinrichtungen.

Verfügbar unter: https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/PDF_2013/studie_stege.pdf, 03.03.2017

4.2 Rückengerechtes Arbeiten

Marleen Jacobi

4.2.1 Vorbemerkungen

Die Bundesagentur für Arbeit stuft die Tätigkeit von Erzieherinnen und Erziehern als leichte bis mittelschwere, die Behindertenpädagogik teilweise auch als schwere körperliche Arbeit ein. Diese körperlichen Anforderungen resultieren aus dem Beugen bzw. Bücken, Hocken und Knien (z. B. bei spielerischen Aktivitäten), Heben und Tragen der Kinder (z. B. beim Wickeln von Krippenkindern) oder aus länger andauerndem Stehen. Der Wechsel zwischen den verschiedenen Haltungen kann zwar als ergonomisch günstig angesehen werden, doch als typisch für Kita ist die Arbeitsumgebung an den Körpermaßen der Kinder orientiert. Fest steht, dass dieses kindgerechte Mobiliar den ergonomischen Anforderungen von Erzieherinnen und Erziehern nicht gerecht wird. Die Beschäftigten sitzen häufig zu niedrig (Sitzhöhe ca. 30 cm) auf Stühlen mit zu kleiner Sitzfläche, stützen sich an zu niedrige Lehnen und verdrehen ihren Rumpf, wenn es darum geht am Tisch zu sitzen, zu basteln oder zu essen. Eine massive körperliche und psychische Belastung ist in vielen Einrichtungen der hohe Lärmpegel, der über längere Zeiträume gesetzliche Grenzwerte erreichen kann (Kap. 4.1). Als psychische Belastungen werden auch Überforderung und Stress, bedingt durch hohe Gruppenstärken, lange Arbeitszeiten, Zeitdruck und Schwierigkeiten im Umgang mit den Eltern genannt. In der Summe können diese Belastungen durchaus psychosomatische Reaktionen als Verspannungen der Nacken- und Rückenmuskulatur auslösen und Rückenschmerzen begünstigen und verstärken.

Rückenleiden gelten in Deutschland mittlerweile als Volkskrankheit Nr. 1. Dabei sind Personen, die vorwiegend im Sitzen tätig sind, genauso betroffen wie solche, die vorwiegend gehen oder stehen oder solche, die schwere körperliche Arbeit verrichten.

Auch für pädagogische Beschäftigte in Kitas ist die Angabe von Muskel-Skelett-Beschwerden im oberen (Schultern, Nacken) bzw. unteren Rücken (Kreuz, Lendenwirbelsäule – sog. „low back pain“) charakteristisch. Belege finden sich dazu in der Mehrzahl der Studien zur Erzieher/innen-Gesundheit.

Doch Rückenproblemen und -erkrankungen kann man vorbeugen. Die ergonomische Arbeitsplatzgestaltung nach den gesetzlichen Vorgaben in Verantwortung des Arbeitgebers kann sinnvoll ergänzt werden durch Angebote der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und individuelle Angebote zur Verbesserung der persönlichen gesundheitlichen Situation.

4.2.2 Rechtliche Grundlagen

Rechtliche Grundlagen im Sinne eines rückengerechten Arbeitens sind zu finden im

- ArbSchG (Kap. 2.1.1),
- MuSchG (Kap. 2.1.6) und
- LasthandhabV (Kap. 2.1.1.5).

Die Zielsetzung des ArbSchG fordert in den §§ 1 und 2 die Durchführung von Arbeitsschutzmaßnahmen zur Verhinderung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie zur Gestaltung menschengerechter Arbeit. Im Rahmen der Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen nach § 5 ArbSchG sind sowohl die Zwangshaltungen wie (verdrehtes) Sitzen auf Kinderstühlen, als auch die körperlichen Anstrengungen wie das Heben und Tragen der Kinder mit zu berücksichtigen.

In einem Projekt der DGUV zur Prävention von Muskel-Skelett-Belastungen bei Erzieherinnen und Erziehern in Kindertageseinrichtungen, der sog. „ErgoKiTa-Studie“, wurden erstmals mithilfe von sog. CUELA¹-Messungen die Muskel-Skelett-Belastungen während der pädagogischen Arbeit in der Kita aufgezeichnet, mit computergestützten Tätigkeitsanalysen zusammengeführt und hinsichtlich ihrer Beanspruchung ausgewertet (Sinn-Behrendt et al. 2015). Besonders Tätigkeiten mit gebeugtem Oberkörper in niedrigen Arbeitshöhen, die Nutzung ungeeigneter Transportmittel (v. a. bei der Arbeit mit unter Dreijährigen) und der relativ hohe Anteil an knienden Haltungen konnten hier als Belastungsschwerpunkte identifiziert werden. Die ebenfalls durch die DGUV durchgeführte Fallstudie „MusterKiTa“ bestätigt diese Belastungsschwerpunkte für den Muskel-Skelett-Apparat für Kita-Beschäftigte (DGUV 2017).

¹ computerunterstützte Erfassung und Langzeit-Analyse von Belastungen des Muskel-Skelett-Systems

Diese gesetzliche Forderung wird durch die Lastenhandhabungsverordnung (LasthandhabV) konkretisiert, die Gesundheitsgefahren, insbesondere Rückenerkrankungen (v. a. der Lendenwirbelsäule), bei der manuellen Handhabung von Lasten minimieren will. Hier wird in § 3 LasthandhabV festgelegt, dass in der Gefährdungsbeurteilung verschiedener Merkmale der Last die Möglichkeit unvorhergesehener Bewegungen, die Beschaffenheit des Arbeitsplatzes/der Arbeitsumgebung sowie die körperliche Eignung der Beschäftigten zur Ausführung der Aufgaben berücksichtigt werden müssen.

Der Arbeitgeber ist trotz der Unvermeidbarkeit des manuellen Hebens nach §§ 2 und 3 LasthandhabV verpflichtet, unter Berücksichtigung der körperlichen Voraussetzungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Schutzmaßnahmen zu treffen, durch welche eine Gefährdung möglichst geringgehalten wird. Das können zum Beispiel geeignete Möbel oder organisatorische Lösungen sein. Bei der Betreuung von Kindern im Krippenalter kann das Heben der Kinder oder Tragen nicht vollständig ausgeschlossen werden. Die körperliche Belastung rührt auch nicht allein vom Gewicht des Kindes, da diese durch ihre Bewegung die Belastung verstärken oder mindern können (Kinder machen sich bspw. „schwer“ oder strampeln). Im Fachjargon wird hier von „schwer handhabbaren Lasten“ bzw. „schwerer dynamischer Arbeit“ gesprochen.

Für werdende und stillende Mütter gelten in diesem Zusammenhang strengere Regeln (vgl. [Kap. 2.1.5](#)).

4.2.3 Probleme erkennen

Arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken in Bezug auf rückengerechtes Arbeiten können zum einen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung ermittelt werden (vgl. [Kap. 2.1.1.5](#)).

Zum anderen können Hinweise auf Rückenerkrankungen und -beschwerden bei den regelmäßigen betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchungen erhoben und rückerkrankungsspezifische Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen hinzugezogen werden. Des Weiteren können gezielt mündlich oder schriftlich Informationen bei den Beschäftigten erfragt werden.

4.2.4 Primärpräventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen zur Reduktion von Rückenproblemen

Zur Verminderung körperlicher Fehlbelastungen sind sowohl Kita-Träger als auch die Erzieherinnen und Erzieher selbst gefordert. Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements können mit Unterstützung der Krankenkassen und zuständigen Unfallversicherungsträgern eine Reihe von Maßnahmen zur Verminderung von Rückenproblemen durchgeführt werden. Dabei wird von den Krankenkassen folgendes Vorgehen favorisiert:

- Risiko- und Bedarfsermittlung in der jeweiligen Einrichtung,
- Etablierung eines Gesundheitszirkels,
- Umsetzung von Maßnahmen.

Als Angebote zur **betrieblichen Gesundheitsförderung** in den Präventionsbereichen **arbeitsbedingte körperliche Belastungen und psychosoziale Belastungen** ([Kap. 3.3](#)) bieten sich folgende Maßnahmen in der Umsetzungsphase an:

- theoretisch-praktische Schulungseinheiten als arbeitsplatzbezogene Rückenschule ([Infobox 4.6](#)),
- praktische Einheiten zur Anwendung der erworbenen Kenntnisse am Arbeitsplatz (richtiges Sitzen, Heben, Tragen, Bücken, Stehen),
- Vorschläge zur Veränderung des Bewegungsverhaltens bei der Arbeit und in der Freizeit (Lockerungs- und Ausgleichsübungen, Entspannungsübungen),
- Vorschläge für Bewegungs- und Entspannungsübungen gemeinsam mit Kindern (Gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Haltungsschäden treten bereits bei Kindern auf – deshalb sollten schon in Kindergärten gemeinsam mit den Kindern Bewegungsübungen bzw. Rückenschule in den Alltag der Einrichtung integriert werden, z. B. Bewegungsspiele und Dehnübungen sowie kleine Übungen zur Entspannung bestimmter Muskelpartien),
- Vorschläge zur Veränderung von Bedingungen des Arbeitsplatzes (rückengerechtes Mobiliar als höhenverstellbare Tische und Stühle in Gruppen- und Pausenräumen, Änderungen in der Arbeitsorganisation, Möglichkeiten für Ausgleichsübungen und Entspannung),
- Seminare für Führungskräfte (gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung).

Erfolgreich ist betriebliche Gesundheitsförderung nur dann, wenn gestalterische und organisatorische Maßnahmen sowie

das individuelle rückschonende Verhalten miteinander verknüpft und dauerhaft durchgeführt werden. Isolierte und einmalig getragene Aktivitäten haben sich hinsichtlich einer langfristigen Wirksamkeit nicht bewährt.

Infobox 4.6

Hinweise für richtiges Stehen (von Krause et al. 2006, S. 20):

- hüftbreiter Stand, möglichst Knie leicht gebeugt,
- aufrechte Haltung des Oberkörpers (aber nicht verspannen!),
- auf Entlastung der Beine achten (z. B. Wechsel des Körpergewichts von einem Bein auf das andere, Setzen des Fußes auf Schemel oder Stütze),
- möglichst anlehnen,
- gutes, gesundes Schuhwerk bevorzugen,
- Ausgleichsübungen für Wirbelsäule, Gefäße und Schultern.

Hinweise für richtiges Heben und Tragen (von Krause et al. 2006, S. 21):

- Heben und Tragen von Kindern möglichst vermeiden,
- falls doch Hochheben eines Kindes:
 - stabiler, hüftbreiter Stand,
 - Anspannung der Rumpfmuskulatur,
 - möglichst gerades Halten des Rückens beim Anheben,
 - in die Knie gehen und ruckfreies Anheben des Kindes aus der Hocke,
- tragen eines Kindes mit geradem Rücken möglichst nahe am Körper,
- Oberkörper beim Tragen und Absetzen nicht verdrehen,
- zum Trösten eines Kindes auf Sitzkissen o. ä. auf den Boden setzen oder andere „Rituale“ (z. B. Ruhe-Bank) nutzen,
- bequeme Arbeitsschuhe mit flachen Absätzen und federnden Sohlen (Unterstützung der Wirbelsäule und besserer Stand),
- Ausgleichsübungen speziell für Rückenmuskulatur,
- Kindern erklären, warum schweres Heben und Tragen schadet,
- regelmäßiges gegenseitiges Erinnern an rückengerechtes Verhalten im Kollegenkreis oder Aufhängen einer optische „Gedankenstütze“,
- Tische und Stühle grundsätzlich nicht tragen, sondern ziehen,
- schwere Spielgeräte oder Kochtöpfe nicht allein tragen, sondern mithilfe von Kolleginnen und Kollegen oder Nutzung von Arbeitshilfen (z. B. Küchenwagen, Sackkarren).

Die Bereitstellung von erwachsenengerechtem und ergonomischem Mobiliar durch den Arbeitgeber stellt dabei die wichtigste aller Maßnahmen zur Gesundheitsförderung des Personals dar, jedoch gibt es dabei keine allgemeine optimale Lösung. **Infobox 4.7** gibt einen Überblick zu verschiedenen ergonomischen Möglichkeiten.

„Auf Dauer hilft nur bewusstes, dynamische Sitzen in rückschonender Haltung auf einem ergonomischen Sitz“ (von Krause et al. 2006, S. 17). Doch auch die eigene Verhaltensänderung darf nicht vernachlässigt werden. Die besten Sitzmöbel vermögen wenig auszurichten, wenn der Arbeitstag in einer einzigen Sitzposition absolviert wird.

Infobox 4.7

Ergonomische Sitzmöglichkeiten in der Kita (von Krause et al. 2006, S. 16)

1. Höhenverstellbare Spezialstühle für Erzieher/innen

Sitzen auf Kindhöhe an Kindertischen mithilfe von höhenverstellbaren Spezialstühlen, die bis auf 31 cm Sitzhöhe abgesenkt werden können.

Vorteile: Sitzen auf der ganzen Sitzfläche mit optimaler Rückenunterstützung; evtl. Lehnen als Aufstehhilfe, benutzbar als normaler Bürostuhl sowie im Stuhlkreis.

Nachteile: Kniewinkel mehr als 90 Grad; Unterfahren der Kindertische nur möglich, wenn wenig bis keine Tischzarge vorhanden ist.

2. Hochstühle für die Kinder

Die Kinder sitzen zum kreativen Gestalten, Malen usw. an einem Tisch mit normaler Arbeitshöhe (72 cm), der auch als Arbeitstisch für die Vorbereitungszeit genutzt werden kann. Dazu müssen ein ergonomischer (Büro-) Stuhl (hier sind alle Varianten ergonomischer Sitzmöbel möglich) für die Betreuungsperson und Hochstühle für die Kinder angeschafft werden. Wichtig ist, dass die Hochstühle einfach in der Höhe zu verstellen sind und dass sie, falls sie weggeräumt werden müssen, leicht trag- oder fahrbar sind.

Vorteil: Optimal ergonomisches Sitzen der Erwachsenen und der Kinder möglich

Nachteil: Platzbedarf und Anschaffungskosten

3. Podeste

Eine weitere gute Möglichkeit ergonomischer Gestaltung sind Tische an Podesten, mit Kinderstühlen auf dem Podest und Erwachsenensitzplätzen unterhalb.

- Vorteil:** Ergonomisches Sitzen auf normalen Kindergartenstühlen bzw. einem ergonomischen Erwachsenenstuhl
- Nachteil:** Fester Einbau, daher unflexibel, Anschaffungskosten

4. Alternative Sitzgelegenheiten

Im Stuhlkreis bieten sich für die Erwachsenen mittelgroße Fitnessbälle oder die oben genannten niedrig einstellbaren Bürostühle an. Sitzen die Kinder auf dem Teppich, können die Erwachsenen zur Unterstützung einer ergonomischen Sitzhaltung entsprechende Sitzkissen oder Bänke benutzen.

5. Zargenfreie, möglichst höhenverstellbare Tische

Für die Tische gilt, dass grundsätzlich nur zargenfreie, einfach höhenverstellbare Tische (möglichst mit feststellbaren Rollen, sodass sie nicht getragen werden müssen) angeschafft werden sollten. Die Höhenverstellbarkeit garantiert die Einsatzmöglichkeiten zum Basteln in normaler Tischhöhe, zum Essen in niedriger Höhe sowie die bestmögliche Anpassung an die Körpergröße der Kinder.

Doch auch die Beschäftigten selbst können außerhalb ihrer Arbeit im persönlichen Verhalten etwas für ihre Rückengesundheit tun. Ein gesunder Rücken mit einer trainierten Muskulatur hat auch mit höheren Belastungen und im höheren Alter geringere Probleme.

Zu Schmerzen kommt es erst, wenn das Zusammenspiel von Wirbelsäule und Rückenmuskulatur durch einseitige oder falsche Belastungen gestört ist oder wenn die Rückenmuskulatur nicht genügend ausgebildet ist.

Durch ein auf die persönlichen Belange zugeschnittenes Bewegungsprogramm kann man die wichtigen Muskelgruppen und zugleich die Wirbelsäule kräftigen, dehnen, stabilisieren und entspannen. In diesem Zusammenhang sind Angebote nach **dem individuellen primärpräventiven Ansatz** in den Präventionsbereichen **Bewegungsgewohnheiten und Stressbewältigung/Entspannung** möglich:

- Teilnahme an einer Wirbelsäulengymnastik oder Rückenschule,
- Teilnahme an einem Stressbewältigungs- oder Entspannungsangebot,
- Gesunder Sport und Bewegung in der Freizeit (Rücken- und gelenkschonende Sportarten wie Walking, Schwimmen als Rückenschwimmen, Gymnastik, Radfahren in aufrechter Haltung und Skilanglauf).

In all diesen Angeboten sollen die Teilnehmer dazu befähigt und motiviert werden, nach Abschluss der Interventionen das erworbene Wissen bzw. die erworbenen Fertigkeiten/Übungen selbstständig anzuwenden und fortzuführen sowie in ihren (beruflichen) Alltag zu integrieren.

Einen sehr umfangreichen und mit vielen Hintergrundinformationen ausgestatteten Leitfaden zur Gefährdungsbeurteilung von Muskel-Skelett-Erkrankungen in der Kita sowie zu Umsetzungshilfen für Schutzmaßnahmen bietet die Internetseite Prima-Kita (→ www.prima-kita.info → Materialien → Leitfäden Prima-Kita).

Bei der Umsetzung von Vorhaben unterstützen auch die Krankenkassen, diese Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20b SGB V durchzuführen (vgl. **Kap. 3.3**). Das können Maßnahmen sein, die arbeitsbedingten Beschwerden und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems entgegenwirken. Bei der Erkennung möglicher arbeitsbedingter muskuloskelettaler Beschwerden und Erkrankungen helfen auch **Betriebsärzte** weiter, da diese nach dem PräVG – ergänzend zur arbeitsmedizinischen Vorsorge – Gesundheitsuntersuchungen durchführen und Präventionsempfehlungen sowie Empfehlungen für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, medizinischer Vorsorgeleistungen und über Heilmittelversorgung geben können.

4.2.5 Gute-Praxis-Beispiel: Erhalt der Erzieher/innengesundheit durch rückengerechtes Arbeiten

Anke Gießler-Lachmann

„Beim Einrichten der Gruppenzimmer bekamen der/ die Erzieher/innen in allen Gruppenzimmern die vor Jahren abgeschafften **Schreibtische** mit entsprechenden rückengerechten Stühlen zurück. Schreibarbeiten können somit in aufrechter Haltung erledigt werden.

Um mit den Kindern auf Augenhöhe zu kommunizieren, die Kleinen zu füttern oder mit den Großen am Tisch zu arbeiten, wurden die **fahrbaren Rollhocker** mit Lehne angeschafft. Diese sind höhenverstellbar und in der Handhabung sehr leicht und flexibel. Diese Stühle sind für den Krippen- und Kindergartenbereich erhältlich.

Für den Garderobenbereich wurden **Anziehhocker** gekauft, auf welche die Kinder die Füße stellen können. Damit müssen

sich die Mitarbeiter nicht bis zum Fußboden bücken, um den Kindern beim Schuhanziehen zu helfen.

Im Krippenbereich wurden **Wickelkommoden** mit Treppen angeschafft, damit das Heben der größeren Kinder reduziert werden kann.“

4.2.6 Gute-Praxis-Beispiel: Bewegungs-Übungen für Kita-Beschäftigte aus der Mappe „Gesund bleiben in der Kita“

Stephan Koesling, Attiya Khan

In einem Projekt² der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (SLfG) zur altersgerechten Beschäftigung in Kindertagesstätten wurden auf Anregung von Erzieherinnen und Erziehern Materialien für die Praxis entwickelt.

Die Fachkräfte wünschten sich eine Unterstützung im Alltag, die ihnen dabei hilft, fit zu bleiben. Viele sagten, dass sie nach der Arbeit zu erschöpft seien, um noch Sport zu treiben und eher praxistaugliche Übungen – im besten Fall mit den Kindern – während der Arbeit durchführen möchten.

Nach eingehender Beratung und Erprobung mit der Physiotherapeutin Susan Kehr³ hat die Grafikerin Malika Wichtendahl⁴ die Übungen zur Dehnung und Kräftigung für Erwachsene und Kinder umgesetzt. Ansprechend bebildert bieten die kleinen Poster Anregungen, um die Beweglichkeit des Körpers zu verbessern.

Mit Ausnahme der Übungen zur Schulter-/Nackmuskulatur bieten sich diese beim Sport auch gemeinsam mit den Kindern an.

Die Erzieherinnen wünschten ebenfalls, dass sie in dem Prozess der Verhaltensänderung unterstützt werden. Dafür eignen sich die Visualisierungen, die als Erinnerungsstütze genau an den entsprechenden Stellen im Raum angebracht werden können. Viele Fachkräfte haben zum Beispiel die Karte zum rückenfreundlichen Aufrichten der Wickelkinder am Wickeltisch aufgehängt. Durch den Blickkontakt und den kurzen Impuls in der Handfläche richten sich die Kinder häufig schon selbstständig auf und benötigen nicht die „Muskelfraft“ der Erwachsenen.

Die Trainingsblätter sind Teil einer Mappe, die noch mehr Materialien für den bewegungsfreundlichen Alltag und Hilfen zur entspannteren Gestaltung der oft belastenden An- und Auskleidezeit in der Garderobe enthält (SLfG 2013).

Ein paar Hinweise zur Durchführung der Übungen

Alle Übungen sind so gestaltet, dass sie sich für die Durchführung sowohl in der Einrichtung als auch zu Hause eignen. Der beste Effekt wird erreicht, indem täglich jede Übung ca. 3 x je Seite für ungefähr 20 Sekunden trainiert wird. Die Muskeln sollten vorher erwärmt sein, das heißt: nicht direkt nach dem Aufwachen dehnen.

Der Pfeil zeigt die Richtung der Bewegung.

Der schmale Strich betont die besonders zu spürenden Muskeln. Nach Abschluss der Übungen bitte die Muskulatur nach Lust und Laune ausschütteln.

Übrigens: Die uns oft nicht bekannten Sitzbeinhöcker lassen sich beim Sitzen auf den Händen spüren.

² Im Rahmen der Demografie-Richtlinie gefördert von der Sächsischen Staatskanzlei

³ Susan Kehr <http://www.heilendehaende-physio.de>

⁴ Malika Wichtendahl <http://www.gestaltungsmerkmal.de/index.htm>

Grundspannung „Pinguin“

Füße hüftbreit in leichter V-Stellung, Belastung auf Großzehenballen, Füße am Boden ansaugen

Knie entspannt (nicht durchgedrückt!), Kniescheiben zeigen gerade nach vorn

Becken in Mittelposition einpendeln, Sitzbeinhöcker Richtung gegenüber liegende Fersen, Leisten geöffnet

Sitzbeinhöcker zueinander ziehen, um den Beckenboden zu aktivieren
ACHTUNG - Schließmuskulatur locker lassen

Bauchnabel leicht nach innen oben ziehen

Wirbelsäule in die Länge wachsen lassen
ACHTUNG - Gesäß und unterer Rücken bleiben entspannt

Schultern nach unten außen richten, Brustbein dabei etwas absinken lassen

Kopf gerade aufgerichtet, Blick geradeaus, Krone schiebt sich nach oben

Unterkiefer locker (Zähne berühren sich nicht)

Die Spannung immer wieder verstärken.

Jede Übung pro Seite 3-mal 15-mal wiederholen. Das heißt links 15-mal üben, dann rechts 15-mal, dann links 15-mal und immer so weiter bis jede Seite insgesamt 45 Male gekräftigt wurde.



Seitliche Hüfte außen

„Pinguin“ - Gerade auf Standbein, Fußspitze Bewegungsbein leicht nach innen drehen. Bein zur Seite führen, Becken dabei oben halten, Verdrehung vermeiden. Seitenwechsel.



Gesäß

„Pinguin“ - Rücken und Becken gerade, Standbein leicht eingeknickt. Bewegungsbein abgewinkelt nach hinten schieben, Becken oben halten. Seitenwechsel.



Bauch

„Pinguin“ - Gerade stehen, Standbein stabil, gerade bleiben. Linker Ellbogen trifft rechtes Knie in Nabelhöhe. Seitenwechsel.



Oberer Rücken

„Pinguin“ - Gerader Stand und Rücken, Bauch anspannen, Arme auf Rücken. Hände gegeneinander drücken, Richtung Kreuzbein und abwärts spannen.



Schulter / Arme

„Pinguin“ - Lockerer Stand, Rücken gerade, Schultern nach unten. Handflächen ohne Finger über dem Kopf zusammendrücken.

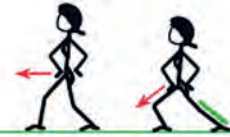


Dehnungsübungen

Jede Übung je Seite 3-mal 20 Sekunden dehnen.

Wade

Ferse nach unten, Schrittstellung, Fußstellung gerade nach vorn.
Hüfte nach vorn schieben und halten. Seitenwechsel.



Kniestrecker

Beine parallel, Hand am Unterschenkel, gestrecktes Bein locker.
Unterschenkel zum Gesäß ziehen und halten. Seitenwechsel.



Hüftbeuger

Übungsbein auf Hocker o. ä. hoch legen, Hüfte gerade nach vorn.
Becken nach vorn schieben, Gewicht nach vorn-unten. Seitenwechsel.



Innerer Oberschenkel

Leichte Grätsche, mit geradem Rücken etwas in die Knie gehen.
Gewicht auf eine Seite verlagern und halten. Seitenwechsel.



Hüftdreher

Gerader Rücken, Bein auf Knie legen, Kopf hoch, Brust raus.
Langsam, wie zum Hinsetzen, in die Hocke gehen. Seitenwechsel.



Körperrückseite

Arme lang strecken und ablegen, Brust nach vorn raus.
Rücken und Gesäß nach hinten ziehen.



Seitlicher Rumpf

Stand gerade, ohne zu verdrehen ein Bein vor das Andere stellen.
Arm über den Kopf Richtung Standbein ziehen. Rumpf zur Standbeinseite neigen.
Seitenwechsel.



Unterer Rücken „Fröschelein“

Hocken, Gesäß nach unten, Knie auseinander, Fersen auf Boden.
Oberarme drücken von innen gegen das Schienbein, ziehen damit den Oberkörper vor.



Hintere Schulter

Schultern entspannen, rechte Hand locker auf linke Schulter, Arm am Körper.
Linke Hand schiebt rechten Ellbogen zur linken Schulter hoch. Seitenwechsel.



Vordere Schulter

Lockerer Stand, Arme auf dem Rücken.
Rechte Hand fasst linken Unterarm und zieht nach rechts. Seitenwechsel.

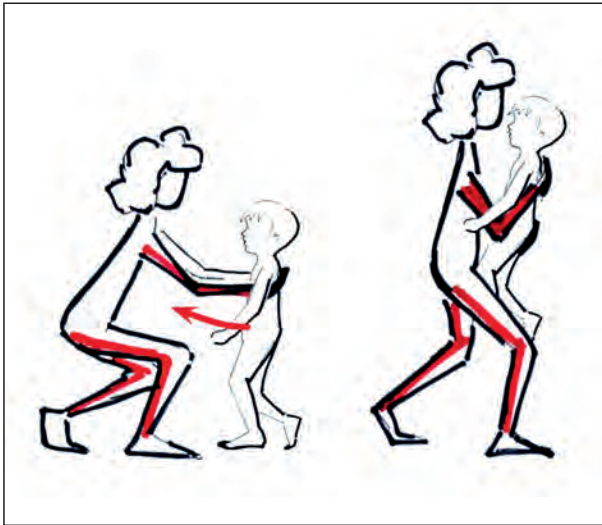


Schulter / Nacken

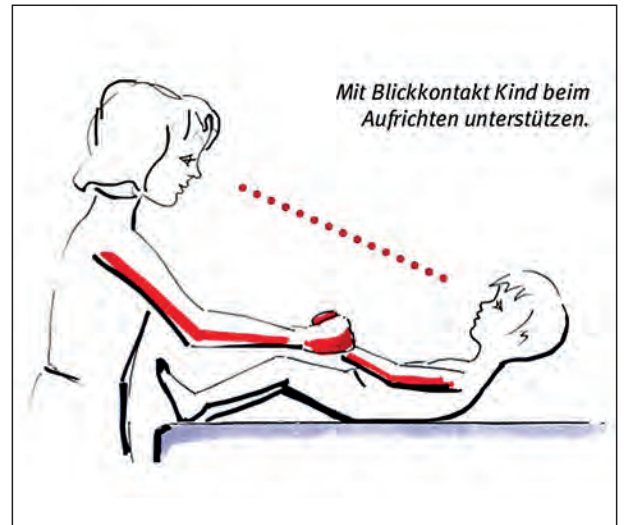
Lockerer Stand, gerader Rücken. Kopfnach links neigen, rechte Schulter nach unten schieben. Erst Schulter, danach Kopf lockern. Seitenwechsel.



Rückengerechtes Arbeiten



Heben



Augenkontakt



Rollen



Abstützen

(Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. 2013)

Literatur

Beer, B.; Gebauer, G.; Westermann, P.: Leitfaden mit Hintergrundinformationen zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft 2014
Verfügbar unter: http://prima-kita.info/dokus/3_Leitfaden_MSE.pdf

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.): Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kita – Die MusterKiTa als Beispiel guter Praxis (IFA Report 4/2017). Berlin: DGUV
Verfügbar unter: <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/rep0417.pdf>

Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit – Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG (idF v. 7. August 1996). BGBl. I S. 1246, zuletzt geändert durch Art. 427 d. Verordnung (v. 31. August 2015). BGBl. I S. 1474

Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium – Mutterschutzgesetz – MuSchG (v. 23. Mai 2017). BGBl. Nr. 30 (v. 29. Mai 2017) S. 1228

Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. (2013): Mappe „Gesund bleiben in der Kita.“
mehr Infos: <http://www.slfg.de/arbeitsfelder/betriebliche-gesundheitsfoerderung/>

Sinn-Behrendt, A.; Sica, L.; Bopp, V.; Bruder, R.; Brehmen, M.; Groneberg, D.; Burford, E.-M.; Schreiber, P.; Weber, B.; Ellegast, R.: Projekt ErgoKiTa – Prävention von Muskel-Skelett-Belastungen bei Erzieherinnen und Erziehern in Kindertageseinrichtungen (IFA Report 2/2015). Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2015

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der manuellen Handhabung von Lasten bei der Arbeit – Lastenhandhabungsverordnung – LasthandhabV (idF v. 4. Dezember 1996), BGBl. I S. 1842, zuletzt geändert durch Art. 428 d. Verordnung (v. 31. August 2015), BGBl. I S. 1474

Von Krause, J.; Drenckberg, K.; Ludwig, S.; Seblen, K.: Gesundes Arbeiten in Kindertagesstätten. Gesundheitsförderung für Erzieherinnen. München: Bayrischer Gemeindeunfallversicherungsverband, Bayrische Landesunfallkasse (Hrsg.) 2006

4.3 Infektionsschutz

Heidrun Böhm, Marleen Jacobi

4.3.1 Vorbemerkungen

Immer wieder kann man Erzieherinnen und Erzieher beobachten, die beim Wickeln der Kinder, bei der Hilfe beim Toilettengang oder bei der Versorgung kleinerer Wunden keine Handschuhe tragen. Wenn dann aus Zeitgründen womöglich auch die Händedesinfektion „vergessen“ wird und stattdessen mal eben die Hände nur schnell gewaschen werden, setzen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einem großen gesundheitlichen Risiko aus: Infektionskrankheiten sind eine oftmals unterschätzte Gefahr.

Dabei sind Erzieherinnen und Erzieher allein schon wegen des gehäuften Auftretens von Infektionskrankheiten einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt. Neben den sog. „klassischen Kinderkrankheiten“ (z. B. Windpocken, Mumps, Masern, Röteln, Keuchhusten, Scharlach) sind in Kitas insbesondere

fäkal-oral übertragbare Infektionen wie Durchfallerkrankungen oder Hepatitis A von Bedeutung (z. B. RKI 2011). Ringelröteln und Zytomegalie (z. B. Elsner et al. 2009) stellen besonders für schwangere Mitarbeiterinnen eine hohe Gefährdung dar, weil diese Erkrankungen nicht impfpräventabel sind, d. h. diesen Erkrankungen kann nicht durch Impfungen vorgebeugt werden.

Die erhöhte Infektionsgefährdung in Kindertageseinrichtungen ergibt sich sowohl aus dem engen Körperkontakt mit den zu betreuenden Kindern als auch aus den spezifischen Tätigkeiten, wie Windelwechsel, Wundversorgung, Begleitung beim Toilettengang u. ä. Tätigkeiten, bei denen die Beschäftigten mit Körperflüssigkeiten oder Ausscheidungen in Kontakt kommen. Ansteckungen erfolgen durch Tröpfcheninfektion und/oder Schmier- bzw. Kontaktinfektion.

Ein besonders hohes Infektionsrisiko haben dabei Beschäftigte, die keine Immunität besitzen, die also weder die Krankheit durchlaufen haben noch gegen sie geimpft worden sind. Erfahrungsgemäß verlaufen nämlich die sogenannten „Kinderkrankheiten“ bei Erwachsenen häufig deutlich schwerer und weisen öfter Komplikationen auf.

Da in den Einrichtungen vielfach Mitarbeiterinnen oder Praktikantinnen beschäftigt werden, die im gebärfähigen Alter sind, bergen die „Kinderkrankheiten“ noch ein spezifisches Gefährdungspotenzial. Im Falle einer Schwangerschaft kann es bei nichtimmunen Mitarbeiterinnen durch die genannten Infektionskrankheiten zu Früh- und Fehlgeburten oder Missbildungen des Kindes kommen.

4.3.2 Rechtliche Grundlagen

Der Gesetzgeber hat sich u. a. in den folgenden Vorschriften mit der Problematik auseinandergesetzt und dem Arbeitgeber detaillierte Vorgaben für den Infektionsschutz gemacht:

- ArbSchG (Kap. 2.1.1),
 - BioStoffV (Kap. 2.1.1.4) mit der TRBA 250 (Biologische Arbeitsstoffe),
 - GefStoffV (Kap. 2.1.1.3),
 - ArbMedVV (Kap. 2.1.1.7),
- IfSG (Kap. 2.1.4),
- MuSchG (Kap. 2.1.5),
- PräVG (Kap. 2.2),
- Unfallverhütungsvorschriften der Unfallversicherungsträger (Kap. 2.1.9), wie DGUV Vorschrift 1,
- Weitere Berufsgenossenschaftliche Veröffentlichungen und Informationen.

Neben den rechtlichen Grundlagen gibt es auch Empfehlungen zur Umsetzung des Infektionsschutzes, z. B. des Robert Koch-Instituts oder des Verbunds für Angewandte Hygiene e. V.

Die Infektionserreger sind Mikroorganismen (Bakterien, Viren, Pilze, u. a.), die nach der BioStoffV zu den biologischen Arbeitsstoffen zählen. Die BioStoffV ist also auch in Kindertageseinrichtungen anzuwenden, sie bildet somit neben dem IfSG die wichtigste Grundlage für den Infektionsschutz aller Beschäftigten.

Die Internetseiten des Robert Koch-Instituts (RKI, → <https://www.rki.de> → Infektionsschutz) oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, → www.infektionsschutz.de → Erregersteckbriefe) bieten wertvolle

Hintergrundinformationen für alle laut IfSG meldepflichtigen Erkrankungen und den Umgang damit.

Das ArbSchG in Verbindung mit §§ 4 und 8 BioStoffV schreibt vor, dass alle Einrichtungen unter Verantwortung des Arbeitgebers eine **Gefährdungsbeurteilung** durchführen müssen, d. h. es muss ermittelt werden, ob biologische Arbeitsstoffe zu einer Gefährdung der Beschäftigten führen können. Diese biologischen Arbeitsstoffe werden in Risikogruppen eingeteilt, aus denen sich bestimmte Schutzstufen ableiten.

Bei der Bewertung des Infektionsrisikos im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung und der auf dieser Grundlage erfolgten Zuordnung von Schutzstufen sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- die Auftrittswahrscheinlichkeit bestimmter Keime,
- die Übertragungswege bestimmter Keime und
- die Abwehr- und Immunsituation des Personals in Abhängigkeit vom Alter der betreuten Kinder.

Neben den allgemein vorhandenen Infektionsgefährdungen müssen die in bestimmten Bereichen vorhandenen spezifischen Gefährdungen berücksichtigt werden. Zu beachten ist dabei, dass die konkrete Gefährdungssituation für die einzelnen Beschäftigten vom jeweiligen Arbeitsbereich und den von ihnen ausgeführten Tätigkeiten abhängt. So wird vom Grundsatz her für die Beschäftigten in der Tagesbetreuung von Kindern über drei Jahre die Einordnung in die Schutzstufe 1 zunächst als ausreichend angesehen. Hinsichtlich spezifischer Tätigkeiten, wie z. B. Wickeln der Kinder, Begleitung und Unterstützung der Kinder beim Toilettengang, die Betreuung von aggressiven und verhaltensgestörten Kindern, die Tätigkeiten in Waldkindergärten oder die Gestaltung von Waldtagen bestehen jedoch besondere Infektionsrisiken (siehe Kap. 4.3.7) – hier sollte eine Einordnung in die Schutzstufe 2 erfolgen.

Wird im Ergebnis der Gefährdungsermittlung festgestellt, dass Gefährdungen durch biologische Arbeitsstoffe für die Beschäftigten vorliegen, müssen je nach festgelegter Schutzstufe geeignete **Schutzmaßnahmen** umgesetzt werden.

Laut BioStoffV hat der Arbeitgeber die erforderlichen technischen, baulichen, organisatorischen und hygienischen Schutzmaßnahmen zu veranlassen (**allgemeine Hygienemaßnahmen**, Kap. 2.1.1.4). Darüber hinaus kann auch die Bereitstellung einer Persönlichen Schutzausrüstung (PSA) notwendig sein. Die innerbetriebliche Verfahrensweise zur

Infektionshygiene ist gemäß § 36 IfSG in den Kitas in Form von **Hygieneplänen** (**Kap. 2.1.1.4**) festzulegen.

§ 6 Satz 2 ArbMedVV legt fest, dass Beschäftigten, die biologischen Arbeitsstoffen ausgesetzt sein können, eine **Impfung** anzubieten ist, wenn ein wirksamer Impfstoff zur Verfügung steht. **!Beachte:** Es besteht keine Impfpflicht des Arbeitnehmers, d. h. er kann eine Schutzimpfung durchaus ablehnen. Er unterliegt auch in diesem Falle weiterhin dem Versicherungsschutz des Unfallversicherungsträgers.!

Rechtliche Grundlage für Schutzmaßnahmen wie den Ausschluss von Personen aus der Kita, die an bestimmten Infektionskrankheiten leiden bzw. Erreger nachgewiesen werden konnten, bilden § 34 IfSG, die Wiederzulassungsregelungen des Robert Koch-Instituts sowie ggf. die rechtlichen Grundlagen des jeweiligen Bundeslandes (z. B. für den Freistaat Sachsen die „Empfehlungen zur Wiederzulassung in Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen“ der Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) 2015).

Die Gefährdungsbeurteilung ist bei gegebenem Anlass zu wiederholen bzw. zu überarbeiten, z. B. wenn Infektionskrankheiten wie Hepatitis in der Einrichtung aufgetreten sind und bis dato nicht in der Gefährdungsbeurteilung erfasst waren. Auch die Erweiterung des Leistungsangebotes der Kindertagesstätte, wie z. B. die Aufnahme und Betreuung von sich selbst- oder fremdgefährdenden Kindern sollte die Überarbeitung der Gefährdungsbeurteilung nach sich ziehen.

Schwangere und **stillende Mitarbeiterinnen** haben ein erhöhtes Risiko durch Infektionen. Daher ist die Gefährdungsbeurteilung gemäß Mutterschutzgesetz (MuSchG, vgl. **Kap. 2.1.5**) von großer Bedeutung. Sie gilt als rechtzeitig vorgenommen, wenn sie stattfindet, bevor eine Gefährdung für die Schwangere oder das ungeborene Kind eintreten kann. Die Beurteilung ist für jede einzelne Tätigkeit vorzunehmen, bei der werdende oder stillende Mütter durch chemische Gefahrstoffe, biologische Arbeitsstoffe oder physikalische Schadfaktoren gefährdet werden können. Zweck der Beurteilung ist es, alle Gefahren für Sicherheit und Gesundheit sowie alle Auswirkungen auf Schwangerschaft oder Stillzeit der betroffenen Beschäftigten abzuschätzen und die zu ergreifenden Schutzmaßnahmen zu bestimmen. Können Infektionsgefährdungen für schwangere Mitarbeiterinnen nicht durch geeignete Maßnahmen abgewendet werden, muss es zu einem **Beschäftigungsverbot** kommen. Hier hat die (werdende) Mutter Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts. Für den Arbeitgeber entstehen daraus keine finanziellen Nachteile. Seit 2006 sind alle Arbeitgeber nach dem Aufwendungs-

ausgleichsgesetz zur Umlage 2 (Erstattung der Aufwendungen für Mutterschaftsleistungen) an die zuständige Krankenkasse verpflichtet. Auf dieser Grundlage erstattet die Krankenkasse dann die Vergütungsleistungen, die dem Arbeitgeber im Rahmen von Beschäftigungsverboten entstehen.

4.3.3 Probleme erkennen

Der Identifikation von Infektionsrisiken im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung und der Ableitung spezifischer Schutzmaßnahmen kommt auch in Kitas eine große Bedeutung zu. Da Fehlentscheidungen bei der Auswahl und Umsetzung von Maßnahmen direkt Gesundheitsgefährdungen für die Beschäftigten bedeuten können, muss der Arbeitgeber sachkundige Berater hinzuziehen, sofern er nicht selbst über das entsprechende Fachwissen verfügt. Diese Fachkenntnis besitzen die **Fachkräfte für Arbeitssicherheit** sowie **Arbeits- und Betriebsärzte**. Die Kindertageseinrichtungen sollten also die von ihnen bestellte Fachkraft für Arbeitssicherheit und die Betriebsärztin oder den Betriebsarzt unbedingt bei der Gefährdungsbeurteilung einbeziehen. Darüber hinaus kann sich der Arbeitgeber aber auch durch andere externe Fachleute fachkundig beraten lassen.

Für alle impfpräventablen Erreger gilt, dass die Abklärung des Impfstatus allein im Rahmen einer ärztlichen Befragung erfolgen kann. Nur ein Arzt kann die jeweiligen Angaben und die Impfdokumentation im Impfpass fachgerecht werten und ggf. Informationen zu weiteren Impfindikationen geben. Die Erstuntersuchung vor Tätigkeitsaufnahme bzw. während der Tätigkeit ist daher auf jeden Fall erforderlich. Bei nachgewiesener Immunität gegenüber den genannten Erregern kann eine Immunisierung jedoch entfallen.

4.3.4 Maßnahmen des Arbeitsschutzes zum Infektionsschutz

Hinsichtlich der Infektionsgefährdungen der Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen kann die Umsetzung der für den Arbeitgeber vorgeschriebenen Maßnahmen eine deutliche Risikominimierung herbeiführen (**Kap. 2.1.1.4**). Dabei handelt es sich um:

- die Gefährdungsbeurteilung,
- die Erstellung von Hygieneplänen,
- die Unterweisung der Beschäftigten,
- die Betriebsanweisung (arbeitsbereichs- und stoffbezogen),

- die Ermittlung und Durchsetzung von Präventionsmaßnahmen im Rahmen des Hygieneplans (z. B. Tragen von Schutzhandschuhen) sowie
- die Durchführung von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen.

Die jeweiligen hygienischen Maßnahmen müssen dabei an die Bedingungen in der jeweiligen Kita angepasst sein (Beispiele siehe **Infobox 4.8**). Der Einhaltung dieser allgemeinen hygienischen Grundregeln muss erhöhte Aufmerksamkeit gewidmet werden. Angemessene Flächen- und Händedesinfektion und das konsequente Tragen von Einmalhandschuhen beim Windelwechsel, Unterstützung beim Toilettengang und der Versorgung kleiner Wunden helfen, Infektionen zu verhindern.

➤ Infobox 4.8

Beispiele hygienischer Maßnahmen in Kitas

- leicht erreichbare Händewaschplätze mit Direktspendern für die Hautreinigung und -desinfektion,
- die Bereitstellung geeigneter Hautreinigungs- und Hautschutzmittel und Einmalhandtücher,
- Durchführung von Maßnahmen zur Desinfektion und Reinigung von Flächen, die in einem Hygieneplan schriftlich festzulegen sind,
- Verzicht auf Schmuck an Händen und Unterarmen (Armbänder, Fingerringe etc.) sowie Kunstnägel und Nagellack bei Tätigkeiten, die eine hygienische Händedesinfektion erfordern (z. B. Windelwechsel, Wundversorgung usw.),
- Bereitstellung der notwendigen persönlichen Schutzausrüstung, insbesondere dünnwandige, flüssigkeitsdichte und allergenarme Handschuhe in ausreichender Menge.

Damit Handschuhe auch genutzt werden, müssen sie jederzeit in den richtigen Größen verfügbar und erreichbar sein, über guten Tragekomfort verfügen und allergenarm sein. Wegen der Gefahr von Latexallergien sollten deshalb latexfreie und puderfreie Handschuhe zur Verfügung gestellt werden. Hier bieten sich Vinyl- oder Nitril-Handschuhe an, die über einen hohen Tragekomfort verfügen. Da das längere Tragen von flüssigkeitsdichten Handschuhen, häufiges Händewaschen und der Gebrauch von Händedesinfektionsmitteln eine Hautbelastung darstellen, ist den Beschäftigten geeigneter Hautschutz zur Verfügung zu stellen.

Hinsichtlich der Auswahl und der Beschaffung der genannten Produkte bieten u. a. die Schulungs- und Beratungszentren (schu.ber.z) der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) den Betrieben umfangreiche und kostenfreie Beratung an.

Wie auch schon für die Bereiche Lärm und rückengerechtes Arbeiten bietet die Internetseite Prima-Kita auch für den Infektionsschutz umfangreiche Handlungshilfen (Gebauer et al. 2014) für Kitas an, beispielsweise werden für typische hygienerelevante Alltagssituationen wie das Wickeln von Kindern, die Toilettenbegleitung, aber auch der Umgang mit kranken Kindern Optimierungsvorschläge gegeben (➔ www.prima-kita.info ➔ Materialien ➔ Leitfäden Prima-Kita).

Neben der aktiven Umsetzung des Hygieneplans kommt den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen und dem damit verbundenen Impfangebot eine weitere große Bedeutung bei der Minimierung des Infektionsrisikos zu.

Das Beratergremium zu Impffragen in Sachsen, die Sächsische Impfkommision (SIKO), formuliert kontinuierlich Impfempfehlungen für den Freistaat (**Infobox 4.9**). Basierend darauf veröffentlicht das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz regelmäßig eine Verwaltungsvorschrift über öffentlich empfohlene und zur unentgeltlichen Durchführung bestimmte Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe (Verwaltungsvorschrift (VwV) Schutzimpfungen).

➤ Infobox 4.9

SIKO-Empfehlung relevanter Impfungen für Erzieherinnen und Erzieher in Kindertageseinrichtungen

Erkrankung Impfung bei beruflicher Indikation

Hepatitis A	Personal in Kindertageseinrichtungen, Kinderheimen u. ä.
Hepatitis B	Personen mit engem Kontakt zu HBsAg-positiven Personen in einer Gemeinschaft (z. B. Kindertageseinrichtungen, Kinderheimen)
Influenza	jährlich alle Personen
Masern	alle empfänglichen Personen
Mumps	alle empfänglichen Personen, insbesondere Personal von Kindertageseinrichtungen, Kinderheimen

Röteln	alle empfänglichen Personen, insbesondere Personal von Kindertageseinrichtungen, Kinderheimen
Keuchhusten (Pertussis)	alle Erwachsenen: Boosterung alle 10 Jahre
Windpocken (Varizellen)	seronegatives Personal ... sowie bei Neueinstellungen in Kindertageseinrichtungen und Kinderheimen

Die jeweils aktuellen Empfehlungen der SIKO und die geltende Verwaltungsvorschrift sind nachzulesen unter → <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/17391-VwV-Schutzimpfungen>.

Zur rechtlichen Absicherung sollte sich der Arbeitgeber von den Beschäftigten, die das Angebot der Immunisierung ablehnen, per Unterschrift bestätigen lassen, dass sie über die angebotenen Präventionsmaßnahmen unterrichtet und ihnen Immunisierungen angeboten wurden. Für die Bestätigung des Angebots ist keine Form vorgeschrieben.

Bei der Beschäftigung **werdender oder stillender Mütter** hat der Arbeitgeber in Bezug auf das Risiko durch Infektionskrankheiten für Mutter und Kind – neben den allgemeinen Aufgaben (vgl. **Kap. 2.1.5**) – vor allem zu prüfen, ob eine schwangere Beschäftigte bestimmte Infektionskrankheiten bereits durchlaufen oder die entsprechenden Impfungen erhalten hat. Bei ausreichendem Immunschutz besteht somit hinsichtlich der Infektionsgefährdung kein weiterer Handlungsbedarf. Problematisch ist allerdings, dass hinsichtlich der Gefährdung durch Ringelröteln und Zytomegalie keine Impfungen möglich sind. Hat eine schwangere Beschäftigte hierzu keine Immunität erworben und kann der Arbeitgeber keinen gefahrungsfreien alternativen Arbeitsplatz anbieten, muss unverzüglich eine Freistellung erfolgen und ein Beschäftigungsverbot für die Dauer der Gefährdung ausgesprochen werden. Gleiches trifft natürlich auch zu, wenn bezüglich der anderen Infektionsgefährdungen kein Immunschutz vorliegt.

Voraussetzung für ein funktionierendes Hygienemanagement in der gesamten Kindertageseinrichtung ist neben der Einbeziehung der Beschäftigten zum Infektionsschutz auch die **Aufklärung der Personensorgeberechtigten** der betreuten Kinder. In diesem Zusammenhang sollen die Personensorgeberechtigten über die Bedeutung eines vollständigen, alters-

gemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (im Freistaat Sachsen der SIKO) ausreichenden Impfschutzes und über die Prävention übertragbarer Krankheiten durch das zuständige Gesundheitsamt und durch die Kita aufgeklärt werden (§ 34 Abs. 10 IfSG). Dabei ist die in Sachsen gültige VwV Schutzimpfungen zu beachten.

4.3.5 Gute-Praxis-Beispiel: Desinfektion in der Kita – ein wichtiges Instrument zur Infektionsprophylaxe

Anke Fritzsche

Das Händewaschen nach dem Toilettenbesuch und vor dem Essen ist selbstverständlich eine der wichtigsten Hygienemaßnahmen in der täglichen Kita-Routine – auch für das Kita-Personal. Das Reinigen von verschmutzten Oberflächen gehört ebenfalls zu den gängigen Aufgaben von Erzieherinnen und Erziehern. Durch das Waschen bzw. Abwischen von Händen und/oder Flächen werden mögliche Krankheitserreger in hoher Anzahl abgespült. Manchmal reicht dies allein jedoch nicht, da bereits geringe Keimengen bestimmter Erreger genügen, um Infektionsgeschehen auszulösen. Hier sind **Desinfektionsmaßnahmen** angezeigt.

Händedesinfektion

Da die Hände als Infektionsquelle fungieren können, gehören das Händewaschen und auch die anlassbezogene Händedesinfektion, die das Personal durchführt, zu den wichtigsten Maßnahmen der Infektions-Prophylaxe in der Kita. Das dient sowohl dem Schutz der betreuten Kinder als auch dem Schutz des Personals selbst. Händedesinfektion ist **notwendig**, wenn der Kontakt zu Krankheitserregern stattgefunden hat oder wahrscheinlich ist. Eine Händewaschung kann Keime auf den Händen zwar um maximal 99 % reduzieren; da ein Milligramm Stuhl jedoch über eine Milliarde Bakterien oder auch Viren enthalten kann, stellt die Händedesinfektion die einzige wirksame Methode der Keimeliminierung bzw. Keim-inaktivierung dar.

Besonders bei der Betreuung von Krippenkindern ist durch das häufige Wickeln oder bei der Toilettenhilfe die Möglichkeit der Weiterverbreitung von Krankheitsgeschehen bei nicht sachgemäßer Arbeitsfolge gegeben. Doch auch bei älteren Kindern, bei denen der Pflegeaufwand nicht mehr so hoch ist, besteht ein Infektionsrisiko, vor allem im Rahmen der

klassischen „Erkältungszeiten“ und wenn beispielsweise Magen-Darm-Erkrankungen kursieren.

Wird die Händedesinfektion nicht korrekt durchgeführt, werden bestimmte Flächen auf der Hand nicht ausreichend benetzt. Die Folge ist, dass dort befindliche Krankheitserreger **nicht** abgetötet werden und **weiterhin infektiös** sind. Um Benetzungslücken während der Händedesinfektion zu vermeiden, ist die Durchführung gemäß standardisierter Methode zur Prüfung von Händedesinfektionsmitteln nach EN 1500 angeraten (**Infobox 4.10**).

Bereitet die Umsetzung der in der EN 1500 festgelegten Reihenfolge von Bewegungen in der täglichen Kita-Praxis Schwierigkeiten, kann auch die „eigenverantwortliche Applikation“ des Händedesinfektionsmittels zur Anwendung kommen. Der Erfolg der Einreibung hängt zudem auch von der Menge des verwendeten Händedesinfektionsmittels ab. Deshalb müssen die Beschäftigten in der Technik der Händedesinfektion geschult werden (z. B. mithilfe einer Schwarzlichtlampe, Praxis-Koffer im Projekt „Hygienetipps für Kids“). Bei einer ausreichenden Verwendung des Händedesinfektionsmittels erscheinen die Hände „nass“.

Um Hautschäden durch Händedesinfektionsmittel zu vermeiden, ist zu beachten, dass beim Tragen von Einmalhandschuhen Desinfektionsmittelreste in Verbindung mit dem feuchten Milieu unter dem Handschuh Hautirritationen begünstigen können.

➤ Infobox. 4.10

Hygienische Händedesinfektion: Standard-Einreibungsmethode nach EN 1500

3–5 ml Hände-Desinfektionsmittel in die trockenen Hände geben. Nach im Folgenden aufgeführten Verfahren das Produkt 30 Sekunden in den Händen bis zu den Handgelenken einreiben (Herstellerangabe beachten).

1. **Schritt:** Handfläche auf Handfläche, Achtung: Handgelenke nicht vergessen,
2. **Schritt:** rechte Handfläche über linken Handrücken und linke Handfläche über rechten Handrücken,
3. **Schritt:** Handfläche auf Handfläche mit verschränkten, gespreizten Fingern,
4. **Schritt:** Außenseite der Finger auf gegenüberliegende Handfläche mit verschränkten Fingern,

5. **Schritt:** kreisendes Reiben des rechten Daumens in der geschlossenen linken Handfläche und umgekehrt,
6. **Schritt:** kreisendes Reiben hin und her mit geschlossenen Fingerkuppen der rechten Hand in der linken Handfläche und umgekehrt.

Nach der Beendigung des 6. Schrittes werden die einzelnen Schritte bis zur angegebenen Einreibedauer wiederholt (ca. fünfmal). Dabei ist darauf zu achten, dass die Hände die gesamte Einreibezeit feucht bleiben. Im Bedarfsfall muss erneut Händedesinfektionsmittel entnommen werden.

! Ausnahme! Bei Verdacht auf bestimmte virale Erreger (z. B. Noroviren, Erreger der Hand-Fuß-Mund-Krankheit, Hepatitis A-Viren) verlängert sich u. U. die notwendige Einwirkzeit deutlich. Die Händedesinfektion muss in diesen Fällen zweimal durchgeführt werden. In Kitas sollten bei derartigen Ausbruchsgeschehen generell Desinfektionsmittel zur Anwendung kommen, die gemäß der Liste des Robert Koch-Instituts (RKI) auf viruzide Wirksamkeit (AB-Listung) geprüft wurden.

Deshalb sollen Schutzhandschuhe nach durchgeführter Händedesinfektion erst nach vollständiger Lufttrocknung der Hände angelegt werden. Relevant ist dieser Sachverhalt im Krippenbereich, insbesondere beim Wickeln oder bei der Toilettenhilfe (Zeitfaktor einplanen). Ein weiterer Aspekt ist ebenfalls anzumerken: Das Perforationsrisiko für Handschuhe erhöht sich, wenn der Handschuh über desinfektionsmittelfeuchte Hände gezogen wird.

! Achtung! praktische Hinweise zur Händedesinfektion:

- Bei Händedesinfektionsmitteln ist auf die Haltbarkeit zu achten!
- Die Haltbarkeit der Produkte reduziert sich im Wandspender oder unter Verwendung einer Pumpe drastisch. Die Vorgaben können variieren und müssen daher beim Hersteller angefragt werden.
- Beim Anbringen eines Wandspenders ist darauf zu achten, dass Kinder den Spender nicht erreichen können.
- Eine Kontamination des Gebindes der Desinfektionsmittelflasche (außen) ist möglich, wenn kein Wandspender vorhanden ist.
Folge → Auch die Flasche muss anschließend desinfiziert werden!
- Der Händedesinfektionsmittelspender ist in den Reinigungsprozess zu involvieren (gemäß Herstellerangaben).

- Das Umfüllen von Händedesinfektionsmitteln ist nur unter bestimmten Kriterien erlaubt. Diese Voraussetzungen sind in der Kita nicht gegeben.
- Bei wahrscheinlicher oder erfolgter Kontamination der Hände gilt Folgendes:
 1. Desinfektion der Hände,
 2. Reinigung (Waschen bei Bedarf).
- Grobe Verunreinigungen werden vorab mit einem mit Händedesinfektionsmittel getränkten Einmalhandtuch entfernt.

Flächendesinfektion

Desinfektion hat immer das Ziel, Keime von Oberflächen zu entfernen, dabei abzutöten oder so zu inaktivieren, dass keine Gefährdung durch Krankheitserreger mehr zu befürchten ist. In diesem Rahmen dient die Desinfektion der Eindämmung und Verhütung der Weiterverbreitung von Krankheitserregern bei den Kita-Beschäftigten, den betreuten Kindern und deren Angehörigen. Flächendesinfektion ist eines der wichtigsten Verfahren zur Prävention der Übertragung von Krankheitserregern.

Eine **gezielte Desinfektion** von Oberflächen in Kitas (**Infobox. 4.11**) ist bei Verunreinigungen mit organischen Substanzen (z. B. Speichel, Urin, Stuhl, Blut, Erbrochenes) dringend erforderlich und daher Bestandteil des Hygieneplans.

Infobox. 4.11

Allgemeine Informationen zur Desinfektion

Ziel: Abtötung bzw. Inaktivierung von Mikroorganismen zur Verhinderung von Infektionen.

Einwirkzeit: Die Einwirkzeit definieren die Desinfektionsmittel-Hersteller aufgrund von Gutachten. Die Daten sind in den Listen der VAH (Verbund für angewandte Hygiene e. V.) bzw. des RKI zu finden. Die Einwirkzeit ist primär abhängig von der Desinfektionsmittelkonzentration. Die Einhaltung ist **zwingend**, um eine Desinfektionswirkung zu erreichen.

Konzentration/Ansetzen der Desinfektionslösung: Eine Desinfektionslösung wird aus einer definierten Menge kaltem Wasser und einer daraus resultierenden, vom Hersteller angegebenen Menge Desinfektionsmittelkonzentrat hergestellt. Die exakte Dosierung ist Grundvoraussetzung für die Wirksamkeit. **Dosiertabellen** (beim Hersteller erfragen) und **Dosierhilfen** (z. B. Messbecher, Dosierpumpen) müssen Verwendung finden.

In Ausbruchssituationen (u. a. Noro- oder Rotavirus-Ausbrüche, Ausbrüche von Hand-Fuß-Mund-Krankheit) dienen Maßnahmen der Flächendesinfektion dazu, die Weiterverbreitung der Krankheitserreger sicher und rasch zu verhindern.

Grundlage für den praktischen Einsatz von Flächendesinfektionsmitteln ist die Anlage „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ der Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (RKI 2004). Aus der Gegenüberstellung in **Infobox 4.12** wird der Unterschied zwischen Reinigung und Desinfektion deutlich.

Infobox. 4.12

Vergleich von Reinigung und Desinfektion

	Reinigung	Desinfektion
Definition	Prozess zur Entfernung von Verunreinigungen (z. B. Staub, chemische Substanzen, Mikroorganismen, organische Substanzen) unter Verwendung von Wasser mit reinigungsverstärkenden Zusätzen. Abtötung bzw. Inaktivierung von Mikroorganismen ist nicht beabsichtigt	Abtötung oder Inaktivierung vermehrungsfähiger Mikroorganismen
Ziel	Sauberkeit	Gegenstand oder Fläche in einen Zustand versetzen, von dem keine Infektionsgefährdung mehr ausgeht
Verfahren	Reinigungswirkung bisher nicht quantifiziert oder in anderer Weise standardisiert	Wirkungsnachweis standardisiert, quantifiziert
Keimreduktion	alleinige Reinigung kann zu einer Keimreduktion von ca. 50–80 % führen Ausnahme: kontaminiertes Putzwasser (→ Keimverschleppung)	wirksame Desinfektionsverfahren erreichen statistisch signifikante Reduktion auf mind. 84–99,9 %

Der **Hygieneplan** (vgl. **Kap. 2.1.1.4**), der nach § 36 IfSG für Kitas verpflichtend ist, legt die allgemeinen innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Einhaltung der Infektionshygiene fest. Einen allgemeingültigen Hygieneplan kann es dabei nicht geben, da jede Kita andere strukturelle und personelle Merkmale aufweist. Anhaltspunkte kann jedoch der Rahmenhygieneplan für Kindereinrichtungen des Länder-Arbeitskreises zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG geben.

In dieser Planung sind anhand einer Risikoanalyse zur Desinfektionsthematik u. a. festzuschreiben:

- Informationen zu Desinfektionsmaßnahmen beim Auftreten von Infektionen,
- Reinigungsintervalle für alle häufig genutzten Flächen und Gegenstände in der Einrichtung (gilt auch für Reinigungsunternehmen),
- Nötig ist eine **Kompatibilitätsprüfung** aller auf Flächen zur Anwendung kommenden Produkte (Reiniger, Desinfektionsmittel, Pflegemittel). Hierzu sind ggf. die jeweiligen Hersteller zu kontaktieren. Auch Produkte von Fremdfirmen sind dabei zu berücksichtigen. Achtung: Vertreteraussage reicht nicht,
- klare Vorgaben, Zuständigkeiten und den „Bedarf“ definieren: (wann ist eine Desinfektion notwendig, wer führt sie wo, wie, womit durch),
- zum Einsatz gelangende Desinfektionsmittel und Verfahren in Abhängigkeit vom Infektionsrisiko (Konzentration, Einwirkzeit aufzeigen),
- Arbeitsschutzmaßnahmen, Schulungsbedarf festlegen.

Jährlich ist die **Aktualität** des Hygieneplans zu prüfen und bei Bedarf (z. B. bei Umstellung der Desinfektionsmittel) muss die Planung angepasst werden. Die Unterlagen sollten jederzeit für alle Mitarbeiter der Kita zugänglich sein. Zudem ist angeraten, dass durch interne Hygienebegehungen im Rahmen der Qualitätssicherung die korrekte Umsetzung der in den Planungsunterlagen vorgegebenen Punkte überprüft wird. Hierbei ist auch die Leistung von Fremdfirmen u. a. in der Reinigung zu überprüfen.

Werden **behördlich angeordnete Entseuchungen** (§ 18 IfSG) in einer Kita durchgeführt, dürfen nur Desinfektionsmittel zum Einsatz gelangen, die in der Listung der zuständigen Bundesoberbehörde im Bundesgesundheitsblatt aufgeführt sind (Liste der vom RKI geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren (2013)).

Bei Desinfektionen müssen die Herstellerangaben und Sicherheitsdatenblätter der zum Einsatz kommenden Produkte Beachtung finden. Dies ist wichtig, da bei nicht entsprechender Anwendung das Personal und die betreuten Kinder gefährdet werden. Es handelt sich dabei besonders um Brand- und Explosionsgefahren sowie Gefährdungen durch sensibilisierende und toxische Bestandteile des Desinfektionsmittels selbst. Bereits vor dessen Beschaffung hat eine **Gefährdungsbeurteilung** für den Einsatz bestimmter Zubereitungen und der Praktikabilität hinsichtlich Einwirkzeiten und entsprechender Konzentrationen durch den **Arbeitgeber** in Zusammenarbeit mit dem **Kita-Team** (Praxistauglichkeit) zu erfolgen. Das zu vermittelnde Wissen und auch die Vorschläge zur Umsetzung der Flächendesinfektion (**Infobox 4.13**) müssen gemeinsam mit dem Kita-Personal entwickelt sein und an die Routinen und Verfahrensregeln anknüpfen, die in der jeweiligen Kita vorherrschen. Nur so können die Praxistauglichkeit und die Voraussetzungen für eine tatsächliche Umsetzung durch das Kita-Team gewährleistet werden. Weiterhin ist zu beachten, ob ein Produkt als gebrauchsfertige Lösung oder Konzentrat, welches vor Gebrauch entsprechend verdünnt werden muss, vorliegt.

Die Herstellerangaben und die Listung (VAH-Liste, RKI-Liste) der zur Verwendung kommenden Produkte müssen Beachtung finden (Schwarzkopf 2008; Gundermann et al. 1991; Beier und Kaulfersch 2008). Entscheidend für die Akzeptanz des Desinfektionsmittels durch die Kita-Beschäftigten ist die Praktikabilität der erforderlichen Infektionsschutzmaßnahmen, die in der Kita im Bedarfsfall rasch und sachgerecht durchgeführt werden müssen. Eine längerfristige Sperrung von Räumlichkeiten, Spielecken und Sanitärbereichen ist in der Regel in der Kita nicht möglich. Es ist zu beachten, in welcher Form ein Konzentrat vorliegt und wie Gebrauchslösungen hergestellt werden können.

Folgende Hinweise können die Wahl des Desinfektionsmittels erleichtern:

- Verwendung von Flächendesinfektionsmitteln, deren Wirkung durch den „Verbund für Angewandte Hygiene e. V.“ (VAH) oder das Robert Koch-Institut (RKI-Liste) nachgewiesen wurde. Achtung: Produkte aus Drogeriemärkten erfüllen diese Kriterien im Regelfall nicht.
- Im Sanitärbereich, bei Erbrechen oder Durchfällen wird empfohlen auf „viruzide“ Flächendesinfektionsmittel zurückzugreifen. Gerade „unbehüllte“ Viren, wie Noroviren, Adenoviren oder auch Erreger der Hand-Fuß-Mund-Krankheit können mit „begrenzt viruziden“ Flächendesin-

fektionsmitteln nicht ausreichend abgetötet oder inaktiviert werden.

- Bei gezielten Desinfektionsmaßnahmen während des Kita-Betriebes sind Mittel mit kurzen Einwirkzeiten zu wählen, wenn Oberflächen oder Räumlichkeiten zeitnah wieder genutzt werden müssen (Konzentrations-Zeit-Relationen).
- Sind lange Einwirkzeiten eines Desinfektionsmittels vorgeschrieben, ist die Anwendung außerhalb der Betreuungszeiten durchzuführen.
- Auf Produkte, die Formaldehyd und Chlor beinhalten, sollte verzichtet werden.
- Es ist auf minimale Geruchsbelästigung durch die verwendeten Produkte und ausreichende Lüftung zu achten.
- Es sind v. a. einfache Verfahren der Dosierung und Anwendung zu wählen.

➤ Infobox. 4.13

Durchführung einer Flächendesinfektion

- (1) Sichtbare Verunreinigungen sind unter Verwendung der **Hygiene-Box (Infobox 4.14)** vorab zu entfernen. Ein feuchter Film bleibt auf den Flächen zurück und trocknet an.
- (2) Mit einem **geeigneten** Wischverfahren wird Desinfektionslösung auf die **kontaminierten aber bereits wie vorab beschrieben vorgereinigten** Flächen ausgebracht. Lediglich „nebelfeuchtes“ Wischen oder „Feuchtreinigen“ führt nicht zu einer ausreichenden Benetzung mit Wirkstoffen. Die zu desinfizierende Oberfläche muss mit einer ausreichenden Menge des Mittels unter leichtem Druck abgerieben werden (Nass-Wischen).
- (3) Sprühdesinfektionen sollen aus Gründen des Arbeitsschutzes und wegen eventueller **Benetzungslücken nicht** durchgeführt werden.
- (4) Bezüge und Tücher, die in der Kita Verwendung finden, sollen eine hohe Aufnahmefähigkeit für Flüssigkeit haben, beständig gegen Reinigungsdetergenzien und Desinfektionsmittel sein sowie möglichst wenig flusend. Eine hohe **Temperaturbeständigkeit** des Materials ist Voraussetzung für die leichte Aufbereitung. Tücher und Wischbezüge, die zum mehrmaligen Gebrauch vorgesehen sind, sollen maschinell thermisch (95 °C) bzw. chemothermisch desinfizierend (> 60 °C) möglichst in einer Industriemaschine aufbereitet werden. Sie sind so aufzubewahren, dass es nicht zu einer Vermehrung von Mikroorganismen kommen kann (keine feuchte Lagerung, möglichst Trocknung im Trockner, Aufbewahrung kontaminationsgeschützt). Sollte eine Aufbereitung von Reinigungsutensilien in der Kita nicht möglich sein, müssen Einmalwischtücher bzw. -wischbezüge zur Anwendung

kommen. Die Anwendung des Farbsystems (Lappen in verschiedenen Farben, die definierten Bereichen zugeordnet sind) ist empfehlenswert, da dadurch die richtige Abfolge der Reinigungstätigkeiten besser nachvollziehbar ist.

- (5) Eine gründliche Reinigung und ggf. Desinfektion der Putzeimer und anderer Behälter sowie der Gerätschaften (z. B. Wischgerät) müssen **täglich** nach Abschluss der Reinigungs-/Desinfektionstätigkeit erfolgen.
- (6) Angesetzte Gebrauchslösungen, die nach Herstellerangaben aufbewahrt werden können, müssen sachgerecht gelagert und vor Kontamination geschützt werden.
- (7) Die Anlage „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ der RKI-Richtlinie weist darauf hin, dass das Wiedereintauchen der benutzten Bezüge/ Tücher in die Reinigungs- bzw. Desinfektionsmittellösung zur Vermeidung der Kontamination der Tücher (bei Reinigung) bzw. Minimierung (bei Desinfektion) verhindert werden muss. D. h. es müssen neue Bezüge bzw. Tücher bei jedem neuen Eintauchen benutzt werden.

Schutzkleidung

Die Vorgaben des Sicherheitsdatenblatts des Desinfektionsmittel-Herstellers sind zu beachten. In der Regel sind dies:

- chemikalienbeständige Handschuhe mit Stulpen (werden nach Verrichten der Tätigkeit desinfiziert, bzw. zwischen den Tätigkeiten gewechselt und verworfen),
- geeignete chemikalienbeständige Einmalhandschuhe (Tragezeiten definieren),
- flüssigkeitsbeständige Einmalschürze,
- Mundschutz bei möglicher Aerosolbildung,
- ggf. Schutzbrille (siehe Sicherheitsdatenblatt z. B. beim Ansetzen der Desinfektionslösung).

! Praktischer Tipp: Einsatz der Hygiene-Box!

Die Anwendung der sog. Hygiene-Box (**Infobox 4.14**) ist eine einfache Verfahrensweise für den Einsatz in der Kita.

➤ Infobox. 4.14

Inhalt der Hygiene-Box

Die Hygiene-Box (stabile Plastikbox mit verschließbarem Deckel, desinfizierbar) sollte nur für Mitarbeiter zugänglich sein und alle wichtigen Utensilien für eine effektive Desinfektion beinhalten. Es empfiehlt sich zusätzlich **in jedem Gruppenraum Einweg-Spuckbeutel** (reißfester Beutel aus Polyethy-

len, möglichst mit Mundstück, mit sehr hoher Aufnahmekapazität von ca. 1 Liter) vorzuhalten. Im Falle des plötzlichen Erbrechens kann so eine großflächige Kontamination des Umfeldes in der Regel verhindert werden.

1. **Anti-Viren-Sortiment zur Anwendung auf Flächen** (Desinfektionsmittel mit Dosierhilfe, möglichst kleine Gebinde bestehend aus einem Schnelldesinfektionsmittel oder gebrauchsfertigen Desinfektionstüchern und einem Konzentrat zur Wischdesinfektion), Haltbarkeit beachten!
- a. **viruswirksames Flächendesinfektionsmittel** (Wischdesinfektion) **mit Dosierhilfe** zur wirkungsvollen Desinfektion großer Flächen z. B. Fußböden (Ablaufcheckliste sinnvoll),
- b. gebrauchsfertige **Schnelldesinfektionsmittel** oder Desinfektionstücher zur schnellen und zuverlässigen Desinfektion von kleinen Flächen, Türgriffen, Handläufen, Toilettenbrillen usw.,
2. **chemikalienbeständige Einmal- und ggf. Haushaltshandschuhe** zum Eigenschutz des Personals,
3. **Schutzkleidung** (Einmalartikel),
4. **Schutzbrille** zum Ansetzen der Desinfektionslösung,
5. **Mundschutz FFP2** (für Akzeptanz bei pädagogischem Personal werben),
6. **viruzides Händedesinfektionsmittel** (Wirkungsbereich AB lt. RKI-Liste, möglichst kurze Einwirkzeit),
7. **Messbecher mit Skalierung 1 Liter** (Voraussetzung, um eine genaue Dosierung der benötigten Wassermenge sicherzustellen/wenn der 5-Liter-Eimer eine Literskala aufweist, entfällt der Messbecher),
8. **5-Liter-Eimer** (in diesem Eimer ist die Desinfektionsmittellösung anzusetzen),
9. **Papierhandtücher** (zur Entfernung grober Verunreinigungen, z. B. Erbrochenem),
10. **Müllbeutel** (benutzte Papierhandtücher werden entsorgt/ Abwurf von verwendeten Wischtüchern),
11. **Wischtücher** (Bei Anwendung ist darauf zu achten, dass sie sofort nach Verwendung einer sachgerechten Aufbereitung zugeführt werden.),
12. **Einweg-Spuckbeutel**,
13. **Anleitung zur Vorgehensweise** (Ablauf-Checkliste, Zubereitung und Durchführung der Desinfektionsmaßnahmen, Benutzerhinweise sowie einen Dosier- und Desinfektionsplan),
14. **Packliste** (Inhaltsangabe).

Diese Box bündelt alle Materialien, die nötigen Maßnahmenpläne sowie eine Handlungsvorgabe zur Desinfektion. Sie ist zwar nicht im Handel erhältlich, kann jedoch von jeder Kita selbst unter fachkundiger Hilfe des zuständigen Gesundheitsamtes zusammengestellt werden.

Diese Praxishilfe schafft Sicherheit in der praktischen Umsetzung nötiger Maßnahmen bei den Kita-Beschäftigten. Bei Unsicherheiten reicht ein kurzer Blick auf den Handlungsablauf aus. Die in der Box befindliche **Schnelldesinfektion oder die gebrauchsfertigen Desinfektionstücher** sind auf kleinen Flächen sofort einsatzfähig.

Gebrauchsfertige Tuchspendersysteme mit bereits vorge-tränkten Tüchern sind ebenso auf dem Markt erhältlich. Diese Tuchspendersysteme werden in festen Behältern oder auch Softpacks angeboten und sind bereits durch den Hersteller mit einer Desinfektionsmittellösung getränkt. Die festen Behälter können in den meisten Fällen mit einem Nachfüllbeutel erneut befüllt werden.

➤ Infobox. 4.15

Bei Ingebrauchnahme aller befüllbaren Tuchspendersysteme sind zwingend die Hinweise der Hersteller zu beachten!

- Tragen von frischen und chemikalienbeständigen Einmalhandschuhen bei Aufbereitung und jeder Nutzung des Systems,
- Überprüfung des hygienisch einwandfreien Befüllungs- und Aufbereitungsprozesses des Systems,
- Vermeidung des Eintrags von Erregern durch kontaminierte Gegenstände (z. B. Lappen),
- strikte Einhaltung der vom Hersteller vorgegebenen Tränkmenge,
- Beachtung des richtigen Gebrauchs (z. B. Schließen des Deckels nach jeder Entnahme, die Einhaltung der angegebenen Standzeit),
- Kennzeichnung des Systems nach Befüllung (Produkt, Konzentration, Einwirkzeit, Befülldatum, Standzeit).

Schulungsmaßnahmen und ausreichend Zeit – entscheidende Faktoren zur Verhinderung der Keimverbreitung durch Reinigungsutensilien und Geräte

Im Falle einer Kontamination, z. B. mit Erbrochenem, muss das Personal der Kita in der Lage sein, sofort fachgerecht zu

desinfizieren. Das pädagogische Personal, das die Desinfektionsmittellösung dosiert und anwendet, muss deshalb **umfassend geschult** sein, denn die Wirkung und Dosierung dieser Mittel müssen für einen erfolgreichen Einsatz bekannt sein. Eine Verwendung von Universaldesinfektionsmitteln in der Kita-Praxis, die von vielen pädagogischen Mitarbeitern gewünscht wird, ist jedoch nicht möglich.

Auch Reinigungskräfte, die einerseits Fremdfirmen angehören und andererseits bei den Trägern angestellt sind, müssen ausreichend qualifiziert sein, um mögliche Infektionsgeschehen in der Kita wirkungsvoll eindämmen zu können, denn gerade Reinigungsgeräte und Utensilien der Reinigungsfirma sind häufig Ursachen für eine Keimverschleppung und somit Weiterverbreitung infektiöser Geschehen (**Abb. 4.3.1**).

Bei unzureichender oder fehlerhafter Durchführung von Reinigungs- und Desinfektionsverfahren entstehen Risiken für Betreute und Personal. Eine definierte Zusammenarbeit zwischen Einrichtung und Reinigungspersonal ist zwingend erforderlich. Aussagen darüber sind Bestandteil eines jeden Hygieneplans.

Bei der Vergabe von Reinigungs- und Desinfektionsaufgaben an Fremdfirmen muss der Kita-Träger deshalb dem Aspekt der Schulung der Reinigungskräfte und dessen Nachweis unbedingt Beachtung schenken. Bei hauseigenem Personal sollte eine Schulung sowie eine regelmäßige Unterweisung und ggf. Beaufsichtigung (Beobachten der Durchführung) durch vom Kita-Träger bestimmtes Fachpersonal sichergestellt sein.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Zeitfaktor. Es ist **ausreichend** Zeit für die ordnungsgemäße Durchführung der Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten einzuplanen.



(1) Keimverschleppung durch verunreinigte Arbeitsgeräte



(3) Mopps lagern über längeren Zeitraum in der Kita-Brutstätte für Keime



(2) Lappen werden nicht der vorgeschriebenen Aufbereitung zugeführt



(4) Lappen verschiedener Reinigungsbereiche hängen neben- und übereinander am Wagen

Abb. 4.3.1 Keimverschleppung durch Reinigungsutensilien (Fritzsche 2008)

4.3.6 Gute-Praxis-Beispiel: Schmuck an Unterarmen und Händen, lackierte und künstliche Fingernägel (inklusive Gelnägel) bei der Betreuung und Pflege von Kindern

Anke Fritzsche

Die Beschäftigten in Kitas führen in der Regel keine besonders riskanten Arbeiten aus. Jedoch erfordern Handlungen, bei denen ein Kontakt zu biologischen Arbeitsstoffen besteht, spezifische Schutzmaßnahmen baulich-technischer, organisatorischer oder auch persönlicher Art, damit das Infektionsrisiko in Kitas vermindert wird. Dazu zählen u. a. der berufliche Umgang mit Kindern, wenn bei bestimmten Tätigkeiten oder in Situationen biologische Materialien freigesetzt werden können (z. B. Körperflüssigkeiten) und dabei Mitarbeiter mit diesen direkt in Kontakt kommen können (z. B. durch Einatmen, Haut- bzw. Schleimhautkontakt). Nach Biostoffverordnung sind dies nicht gezielte Tätigkeiten.

Die Technische Regel „Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege“ (TRBA 250, vgl. [Kap. 2.1.1.4](#)) gibt den Stand der sicherheitstechnischen, arbeitsmedizinischen, hygienischen sowie arbeitswissenschaftlichen Anforderungen bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen wieder. Mit diesem Verständnis wären typische Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen in der Kita z. B.:

- Windelwechsel,
- Hilfestellung beim Toilettengang,
- Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten,
- Erstversorgung von Wunden,
- Kontakt zu akut Erkrankten, mit Erbrochenem, Blut und/oder Sekreten,
- Wechseln und Waschen der mit Körperflüssigkeiten und -ausscheidungen kontaminierten Wäsche und Kleidung in der Kita,
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme.

Infobox 4.16 umfasst die Vorgaben bzgl. der Händedesinfektion.

Infobox. 4.16

Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (TRBA 250)

Punkt: 4.1.7

Schmuck und Fingernägel

Bei Tätigkeiten, die eine hygienische Händedesinfektion erfordern, dürfen an Händen und Unterarmen z. B. keine

- Schmuckstücke,
- Ringe, einschließlich Eheringe,
- Armbanduhrn,
- Piercings,
- künstlichen Fingernägel,
- sogenannten Freundschaftsbänder getragen werden.

Fingernägel sind kurz und rund geschnitten zu tragen und sollen die Fingerkuppe nicht überragen.

Hinweis: Lackierte Fingernägel können den Erfolg einer Händedesinfektion gefährden. Deswegen ist im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung zu entscheiden, ob auf Nagellack verzichtet werden muss.

Für **Nagellack** und **künstliche Fingernägel** liegen eine Reihe von wissenschaftlichen Veröffentlichungen vor, die Kontaminationen mit Keimen und auch die Verursachung von Infektionen belegen (z. B. Hirschmann et al. 2008). Fingerkuppen und Daumen sind am häufigsten in direktem Kontakt mit potenziell verunreinigten Oberflächen, Körperteilen usw. An den Fingerkuppen findet sich deshalb die höchste Keimdicke im Vergleich zu anderen Handarealen. Sie sind daher relevant in der Infektionsschutzprophylaxe. Um eine wesentliche Voraussetzung für eine sachgerechte Händedesinfektion zu erfüllen, müssen Fingernägel kurz- und rund geschnitten sein, mit den Fingerkuppen abschließen und eine glatte Oberfläche aufweisen.

Das Problem bei künstlichen und lackierten Fingernägeln ist einerseits die Länge der Nägel, andererseits können sich aufgetragene Lacke, das Gel oder die Verzierungen durch das Auftragen der Desinfektionslösung (ab)lösen und es besteht die Gefahr, dass sich in Nischen Mikroorganismen festsetzen und vermehren. Eine weitere Einschränkung ist in der Finger-

fertigkeit zu sehen. Tätigkeiten können u. U. nicht mehr hygienisch einwandfrei ausgeführt werden.

Im Rahmen der bundesweiten „Aktion Saubere Hände“ wurden Fehlerquellen der Händedesinfektion aufgezeigt (Reichardt 2013):

- Die natürlichen Nägel sind zu lang.
 - höhere Keimzahlen unter dem Nagel
→ Die Hände sind schlechter zu desinfizieren.
- Die natürlichen Nägel sind lackiert.
 - höhere Keimzahlen bei rissigem Nagellack
→ Die Hände sind schlechter zu desinfizieren.
- Die Nägel sind künstlich, lackiert und lang.
 - höhere Keimzahlen bei rissigem Nagellack
 - höhere Keimzahlen unter Nagel/am Nagelbett
→ Die Hände sind schlechter zu desinfizieren.
- Gelnägel
 - höhere Keimzahlen unter Nagel/am Nagelbett
→ Die Hände sind schlechter zu desinfizieren.

Die Kita-Beschäftigten haben nach § 15 ArbSchG die Pflicht, die ihnen übertragenen Arbeiten so auszuführen, dass sie eine Gefährdung ihrer Person (Eigenschutz) und Dritter (Personal der Kita, Betreute und deren Angehörige) durch biologische Arbeitsstoffe möglichst verhindern. Dabei haben sie entsprechend der durch den Arbeitgeber erteilten Unterweisungen und erstellten Arbeitsanweisungen durch die Anwendung technischer, organisatorischer und persönlicher Maßnahmen zu handeln.

Das gilt natürlich ebenso für die Einhaltung der Hygiene. Um Hygienemaßnahmen gemäß Rahmenhygieneplan ordnungsgemäß umsetzen zu können, sollte während der Dienstzeit zum Schutz der Betreuten, des Personals und zum Eigenschutz auf künstliche und lackierte Fingernägel aus Gründen des Infektionsschutzes verzichtet werden. Arm- und Handschmuck (u. a. Uhr) ist bei Infektionsschutz-relevanten Tätigkeiten abzulegen (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V. 2010). Im Rahmen einer Dienstanweisung sind die Kita-Mitarbeiter durch den Kita-Träger und die Kita-Leitung darüber zu informieren; Praktikanten müssen vor Beschäftigungsbeginn dazu belehrt werden.

4.3.7 Gute-Praxis-Beispiel: Hinweise zum Infektions- und Hautschutz für Waldkindergärten

Anke Fritzsche (unter Mitarbeit von Susanne Bastian)

Gemäß § 36 IfSG (vgl. [Kap. 2.1.1.4](#)) sind Einrichtungen, in denen Säuglinge, Kinder und Jugendliche betreut werden, seit 2001 verpflichtet, in [Hygieneplänen](#) innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Einhaltung der Infektionshygiene festzulegen. [Dieser gesetzliche Rahmen schließt die Betreuung in Waldkindergärten mit ein.](#) Für Waldkindergärten gelten demzufolge grundsätzlich dieselben Hygieneanforderungen wie für jede andere Einrichtung der Kindertagesbetreuung auch.

Mit dem Hygieneplan wird der Zweck verfolgt, Infektionsrisiken in der besonderen Betreuungsform zu minimieren. Diese Teamausarbeitung hat immer unter Berücksichtigung der folgenden Schritte und der Gegebenheiten vor Ort zu erfolgen:

1. Analyse der Infektionsgefahren,
2. Bewertung der Risiken,
3. Risikominimierung ermöglichen,
4. Überwachungsverfahren festlegen,
5. turnusmäßige Überprüfung des Hygieneplans beschreiben,
6. Zuständigkeiten klar definieren, Dokumentations- und Schulungsbedarf festschreiben.

Zudem sind u. a. bestimmte Aspekte des Arbeitsschutzes, der Unfallverhütung, der Lufthygiene und der allgemeinen Hygiene mit einzuflechten.

In diesem Zusammenhang sollte in Waldkindergärten für extreme Witterungsverhältnisse und als Rückzugsort ein Schutzraum auf dem Waldgrundstück vorhanden sein. Im Regelfall ist dies ein wärmegeprägtes Gebäude, ein Bauwagen oder eine Hütte. In Bezug auf die Bauweise und Oberflächengestaltung der Räumlichkeit ist zu achten auf:

- ausreichende natürliche Belüftbarkeit,
- möglichst mit Fliegengittern ausgestattete Fenster (Schutz vor Insekten wie Mücken und Wespen),
- ausreichende Tageslichtbeleuchtung aller Räume, die von Kindern genutzt werden,
- trittsichere, rutschhemmende und leicht zu reinigende Fußbodengestaltung (Desinfektionsmittel-beständig),
- wischdesinfizierbare Oberflächen,
- ausreichend Lagermöglichkeiten für Materialien und textile Spielzeuge, Decken, Kissen, die waschmaschinen-tauglich sein sollten.

Im Wald mitzuführen oder im Schutzraum vorzuhalten ist mindestens die in **Infobox 4.17** aufgelistete Ausrüstung (modifiziert nach Geisel 2014):

Weiterhin sind Festlegungen zu treffen, wie die Einrichtung der **Meldepflicht** entsprechend § 34 IfSG gegenüber dem Gesundheitsamt nachkommt und wie Informationen zu aktuellen Erkrankungsgeschehen kommuniziert werden.

➤ Infobox. 4.17

Grundausrüstung in Waldkindergärten (nach Geisel 2014) – Mindeststandard:

- Mobiltelefon mit Telefonliste
 - Giftzentrale,
 - Eltern bzw. Bezugspersonen,
 - nächstliegende Arztpraxen und Rettungsdienst (sollten mit Gründung der Einrichtung über Standort informiert werden),
 - Forstamt,
 - Jugendamt,
 - Gesundheitsamt,
 - ...
- Bestimmungsbuch für (giftige) Pflanzen,
- ggf. Notfallmedikamente für Allergiker (Herstellerangaben zur Lagerung beachten), Erste-Hilfe-Material und Händedesinfektionsmittel, zusätzlich Instrument zur Zeckenentfernung, wärmeisolierte Decke,
- ausreichend Wasser zur Händehygiene in einem für Lebensmittel zugelassenen Wasserkanister mit Wasserhahn,
- Flüssigseife (das Waschen mit Heil- oder Lavaerde ist nicht ausreichend),
- Einmalhandtücher (personenbezogene Handtücher sind geeignet, wenn sie berührungsfrei gelagert werden können),
- ausreichend Toilettenpapier,
- ggf. personenbezogene Nagelbürsten (berührungsfrei aufbewahren),
- wetterangepasste Kleidung gemäß „Zwiebelsystem“ (Regenkleidung, Sonnenhut) und Wechselsachen,
- festes und geschlossenes Schuhwerk,
- Sonnenschutzmittel,
- ggf. eine Plane zum Bauen eines Daches,
- Trillerpfeife,
- Abfallsäcke oder Behälter,
- Sitzkissen,
- Schaufel zum Vergraben von Fäkalien,
- gebrauchsfertige Tücher zur Flächendesinfektion nach Kontamination z.B. im Schutzraum (für Kinder unzugänglich aufbewahren).

Für das Personal der Waldkindergärten gilt das Arbeitsschutzrecht. Die Arbeitsstättenregel ASR A 4.1 (vgl. **Kap. 2.1.1.1**) gilt für das Einrichten und Betreiben von Sanitärräumen sowie von Waschgelegenheiten in Arbeitsstätten. Im Regelfall sind im Wald keine festen Gebäude mit Sanitäreinheit vorhanden. Aufgrund dessen sind die Verhältnisse vor Ort vergleichbar mit den Regelungen, die für Baustellen gelten. Es ist daher erforderlich, dass dem Personal eine mobile, anschlussfreie **Toilettenkabine** zur Verfügung steht. Diese darf nicht weiter als 100 m vom Ausgangspunkt (Schutzraum) oder dem Hauptaufenthaltort entfernt bzw. sollte sie in fünf Minuten erreichbar sein. Die Kinder können eine Natur- bzw. Waldtoilette benutzen. Keinesfalls darf der Standort in den Trinkwasserschutzzonen I und II liegen. Die örtlichen Wasserversorger können hierzu Auskunft geben. Die Plätze, die als Toilette ausgewiesen werden, sollten zudem regelmäßig gewechselt werden. Fäkalien und Toilettenpapier sind mittels Spaten, der ausschließlich zu diesem Zweck vorgehalten wird, zu vergraben. In strengen Wintern kann es vorkommen, dass die Bodenverhältnisse ein Vergraben nicht zulassen. In diesen Fällen können die Fäkalien auch in Plastiktüten (z. B. Beutel für Hundekot) gesammelt und mitgenommen werden. Auch vorab ausgehobene Vertiefungen eignen sich bei Dauerfrostperioden als Toilette. Hierbei ist das Abdecken der Fäkalien mit Rindenmulch zwingend erforderlich.

Bei **noch einnässenden Kleinkindern**, besteht im Rahmen dieser Betreuungsform die Gefahr der Unterkühlung. Kinder sollten daher erst ab einem Alter von zwei Jahren aufgenommen werden. Sind Kinder in der Gruppe, die noch eine Windel tragen, wird empfohlen, dass der Wickelvorgang im Schutzraum am Wickelplatz (beachte: rückengerechte Höhe für das Personal) durchgeführt wird. Bei der Ausstattung dessen sind neben den hygienischen Erfordernissen auch die Vorgaben der Gesetzlichen Unfallversicherung zu beachten. Ebenso müssen im Sinne des Infektionsschutzes eine ausreichende Händehygiene und die Voraussetzungen für eine Händedesinfektion gemäß TRBA 250 (vgl. **Kap. 2.1.1.4**) sichergestellt sein. Das Tragen chemikalienbeständiger Einmalhandschuhe ist beim Wickelvorgang obligat. Sollten keine **Einmalauflagen** im Wickelbereich genutzt werden, ist eine Desinfektion des Wickelplatzes nach jedem Wickeln angezeigt. Das Zusammenfalten und wiederholte Verwenden von Einmalauflagen kann zur Weiterverbreitung infektiöser Geschehen beitragen und sollte daher unterlassen werden. Grundsätzlich sind Behälter zum Abwurf von Einmalhandschuhen und Windeln mit Deckel zu versehen, arbeitstäglich zu leeren und zu desinfizieren.

Für Kinder und auch pädagogische Fachkräfte, die sich täglich im Wald aufhalten, werden Impfungen empfohlen, die im jeweils aktuellen Kalender der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut aufgelistet werden. Die länderspezifischen Regelungen in Bezug auf die FSME-Impfung sind in diesem Zusammenhang ebenso bedeutsam.

In Waldkindergärten sollte verstärkt auf Zecken geachtet werden, denn diese können Infektionskrankheiten übertragen, insbesondere

1. die Lyme-Borreliose und
2. die Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME).

Gerade im Unterholz des Waldes, aber auch auf Wiesen, fühlen sich Zecken heimisch. Durch bloßes Vorbeigehen werden sie abgestreift und gelangen so auf den Menschen. Daher müssen sowohl das Personal als auch die Eltern speziell über dieses Risiko informiert werden und es sind Verfahrensweisen festzuschreiben, was bei einem Zeckenstich zu tun ist. Zecken sollten grundsätzlich so schnell wie möglich entfernt werden. Die Wunde ist anschließend mit einem Wunddesinfektionsmittel (Haltbarkeit und Lagerungsvorgaben der Hersteller beachten) zu desinfizieren. Erfolgt die Entfernung bei einem Kind durch Beschäftigte der Einrichtung, ist das schriftliche Einverständnis der Eltern erforderlich (z. B. im Aufnahmevertrag).

Die Vorgehensweisen der Entfernung und der Desinfektion sind detailliert zu beschreiben und im Hygieneplan zu hinterlegen. Keinesfalls sollte der Zeckenlaib verletzt bzw. die Zecke durch Öl, Klebstoff oder Creme erstickt werden.

Generell empfiehlt sich das Tragen geschlossener, heller Kleidung und von geschlossenem Schuhwerk im Wald. Hosenbeine sind – wenn möglich – in die Socken zu stecken. Körper und Kleidung sollten täglich nach Zecken abgesucht werden. Auch die Eltern sollten dazu aufgefordert werden, ihr Kind täglich nach dem Kitabesuch genau auf Zecken zu kontrollieren.

In Sachsen kommt der Fuchsbandwurm endemisch vor. Er wird selten, aber doch hin und wieder nachgewiesen. Das Übertragungs- und Erkrankungsrisiko in Bezug auf den Fuchsbandwurm ist zwar generell sehr gering, dennoch kann das Risiko weiter minimiert werden:

- Händewaschen,
- keine Müllbehälter stehen lassen, damit Füchse nicht angelockt werden,
- Füchse nicht direkt oder indirekt (durch frei zugängliche Heimtierfutterplätze, Kompost, etc.) füttern,

- keine ungewaschenen Waldfrüchte, Pilze und Kräuter essen (Insbesondere in Gebieten mit erhöhtem Infektionsrisiko sollten diese Lebensmittel vor dem Verzehr möglichst gekocht oder getrocknet werden.),
- kein Anfassen von toten aber auch lebenden Füchsen.

Generell gilt, dass der direkte Kontakt mit toten, kranken, verletzten oder auffälligen Tieren vermieden werden sollte. Neben dem Fuchs können auch von anderen Tieren (wie z. B. Mäusen, Fledermäusen, Waschbären) für den Menschen relevante Krankheiten übertragen werden. Sollte es dennoch zu einem Personenkontakt mit einem kranken oder verendeten Tier gekommen sein, besteht die Möglichkeit einer Ausschlussdiagnostik beim Tier, was vor allem in Bezug auf Tollwut von Bedeutung wäre. Dazu kann man sich an den zuständigen Amtstierarzt wenden.

Bei einem Tierbiss sollten unbedingt die Hinweise zu Erste-Hilfe-Maßnahmen (ausgiebig mit fließendem Wasser und Seifenlösung reinigen, desinfizieren und entsprechend mit Pflaster/Kompressen bedecken) beachtet werden, da Wunden durch Tierbisse, vor allem Bisse von fleischfressenden Tieren, stark infektionsgefährdend sind. In jedem Fall sollte die Wunde einem Arzt vorgestellt werden.

Auch der Sonnenschutz spielt in Waldkindergärten eine große Rolle. In den Stunden zwischen 11 und 15 Uhr sollten schattige Plätze aufgesucht werden. Gerade in den Sommermonaten ist eine Kopfbedeckung mit Nackenschutz und luftige, weite Kleidung auch im Wald angebracht. Kinder sollten bereits vorab noch im häuslichen Umfeld mit Sonnenschutzmittel (empfohlen: Lichtschutzfaktor 50) eingecremt werden. Doch auch die Erwachsenen dürfen den Sonnenschutz nicht vergessen! Bei Bedarf, z. B. nach dem Planschen an einem See oder Bach, ist ein Nachauftragen während des Tageslaufs angebracht.

! Beachte!: Der Sonnenschutz verlängert sich auch durch wiederholtes Auftragen des Produktes nicht. Die Augen können durch eine Kappe mit Blende oder eine Sonnenbrille vor UV-Einstrahlung geschützt werden.

Im Wald können außerdem weitere Gefahren lauern: z. B. der Riesenbärenklau und der Eichenprozessionsspinner. Beide verursachen unter anderem schwere Hautreaktionen. Über den Fundort bzw. das Auftreten des Eichenprozessionspinners sollte zudem der Forst informiert werden.

Der Umgang mit Lebensmitteln im Wald stellt an Kinder und pädagogische Fachkräfte hohe Anforderungen. Das Personal

sollte gemäß §§ 42 und 43 IfSG informiert und unterwiesen sein. Vor der Essenseinnahme sind die Hände gründlich mit fließendem Trinkwasser (keine Waschschüssel) und Seife (biologisch abbaubar) zu waschen.

Alle Personen sollten ein Platzdeckchen haben, auf dem die Brotzeitbox auf dem Boden abgelegt werden kann. Diese Platzdeckchen sollten täglich mitgenommen und unter fließend, warmen Wasser mit Spülmittel gereinigt werden. Der Platz für Brotzeiten muss frei von Tierfäkalien sein.

Im Regelfall sind keine Kühlmöglichkeiten für Lebensmittel im Wald vorhanden, was bei der Mitnahme von Speisen und Getränken von der Kita und auch den Eltern zwingend beachtet werden muss. Ziel sollte es sein, dass keine leicht verderblichen Lebensmittel als Brotzeit/Vesper mitgenommen werden.

! Beachte! Auch Getränke können kühlungspflichtig sein. Der mitgeführte Wasserkanister ist täglich neu mit Trinkwasser zu befüllen. Wasser aus diesem Kanister darf ausschließlich zum Händewaschen verwendet werden. Beim Transport durch den Wald sollte er, um eine Keimvermehrung im Inneren zu verhindern, vor Sonneneinstrahlung geschützt werden

(z. B. durch eine sonnenabweisende Folie). Im Winter ist durch geeignete Maßnahmen ein Gefrieren des Wassers zu verhindern (z. B. durch Thermobehälter). Sollte Brunnenwasser für die Händehygiene zur Verfügung stehen, sind die Eltern über dessen Nutzung in Kenntnis zu setzen. Eine Wasseraufbereitung (z. B. mithilfe von Chlortabletten) wird im Kita-Bereich als nicht geeignet angesehen (Geisel 2014).

Tierhaltung in Kitas, so auch im Waldkindergarten, kann ein gesundheitliches Risiko darstellen (Infektion, Allergien, Parasitenbefall, Biss- und Kratzverletzungen). Vor der Mitnahme von Hunden in den Wald sind die Rahmenbedingungen festzulegen und im Hygieneplan zu verankern. Gesundheitliche und pädagogische Aspekte sind dabei zu betrachten. Das Elterngremium ist immer aktiv einzubeziehen.

Geeignete, mitgeführte Hunde sind regelmäßig dem Tierarzt vorzustellen. Entwurmungen müssen durchgeführt und dokumentiert werden. Bei Erkrankung des Tieres (z. B. Durchfall) darf es die Gruppen nicht in den Wald begleiten. Futter und Pflegeutensilien für das Tier sind separat mitzunehmen. Die Kinder und das Personal sind im Umgang mit dem Tier zu schulen. Eine regelmäßige Händehygiene ist sicherzustellen.

Literatur

Beier, D.; Kaulfersch, M.: Die Desinfektionsmittel – Liste des VAH. LUA – Mitteilungen, Dresden, 17 (2008) 1, S. 50-57.

Elsner, G.; Petereit-Haack, G.; Nienhaus, A.: Berufsbedingte Infektionen bei Erzieherinnen und Erziehern in Kindergärten. Zbl Arbeitsmed 59 (2009) 2, S. 34-42

Geisel, B.: Hygieneleitfaden für die Kindertagesbetreuung. Baden-Württemberg. 2014
verfügbar unter: https://www.gesundheitsamt-bw.de/SiteCollectionDocuments/03_Fachinformationen/Fachpublikationen+Info-Materialien/kita_hygieneleitfaden.pdf (abgerufen am: 05.08.2016)

Gebauer, G.; Seibicke, N.; Winkler, H.: Leitfaden mit Hintergrundinformationen zur Prävention von Infektionserkrankungen. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft
Verfügbar unter: http://prima-kita.info/dokus/1_Leitfaden_Infektionserkrankungen.pdf

Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit – Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG (idF v. 7. August 1996). BGBl. I S. 1246, zuletzt geändert durch Art. 427 d. Verordnung (v. 31. August 2015). BGBl. I S. 1474

Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium – Mutterschutzgesetz – MuSchG (v. 23. Mai 1917). BGBl. Nr. 30 (v. 29. Mai 1917) S. 1228

Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention – Präventionsgesetz – PräVG (idF v. 17. Juli 2015) BGBl. 31, S. 1368

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen – Infektionsschutzgesetz – IfSG (idF v. 20. Juli 2000) BGBl. I S. 1045, zuletzt geändert durch Art. 4 Absatz 20 d. Gesetzes (v. 18. Juli 2016). BGBl. I S. 1666

Gundermann, K.; Rüden, H.; Sonntag, H.: Lehrbuch der Hygiene. Stuttgart: Gustav Fischer 1991.

Hirschmann, H.; Aschenbrenner, N.; Conrad, C.: Künstliche Fingernägel aus krankenhaushygienischer Sicht. Krhs.-Hyg. + Inf.verh. (2008), 5, S.174-175

Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA) Sachsen: Empfehlungen für die Wiederzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen im Freistaat Sachsen. Stand: März 2015
Verfügbar unter: www.gesunde.sachsen.de/download/lua/LUA_HM_Wiederzulassung_in_Schulen_2015_03.pdf

Länder-Arbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG: Rahmen-Hygieneplan für Kindereinrichtungen.
verfügbar unter:
http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tllv/medizin/untersuchung/krankenhaushygiene/rhpl-kita-th__rendfassung_august_2011.pdf

Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V.: Empfehlung der DGKH: Schmuck, Piercing und künstliche Fingernägel in Arztpraxen und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.
verfügbar unter: www.krankenhaushygiene.de/informationen/fachinformationen/empfehlungen-der-dgkh/279

Reichardt, C.: Uhren, Ringe, Fingernägel und Handschuhe ... sorgen häufig für mehr Diskussion als die Indikationen zur HD.2013
verfügbar unter: www.aktion-sauberehaende.de

Robert Koch-Institut (RKI): Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen. Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 47 (2004), S. 51-61

Robert Koch-Institut (RKI): Liste der vom Robert Koch-Institut geprüften und anerkannten Desinfektionsmittel und -verfahren. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56 (2013), 1706-1728.
verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Desinfektionsmittel/Desinfektionsmittelliste.pdf?__blob=publicationFile

Robert Koch Institut (RKI): Zu einem Ausbruch durch Hepatitis A in einer Kindertageseinrichtung in Hamburg. Epidemiologisches Bulletin (2011) 9, S. 65-69
Verfügbar unter: www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2011/Ausgaben/09_11.pdf?__blob=publicationFile

Schwarzkopf, A.: Praxiswissen für Hygienebeauftragte (2. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer 2008

Technische Regeln für Arbeitsstätten. ASR A4.1 Sanitärräume. (idF v. September 2013) GMBI 2013, S. 919
verfügbar unter: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/ASR/ASR-A4-1.html> (abgerufen am: 17. Februar 2017)

Technische Regeln für Biologische Arbeitsstoffe – TRBA 250: Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (idF v. 27. März 2014). GMBI. 2014 Nr. 10/11, zuletzt geänd. in 3. Änderung (v. 17. Oktober 2016). GMBI. 42, S. 838

Unfallverhütungsvorschrift 1 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.). (idF v. Juli 2014), Stand 09/2014

Verbund für angewandte Hygiene e. V.: Desinfektionsmittel-Liste des VAH:
verfügbar unter: www.vah-online.de

Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei Tätigkeiten mit biologischen Arbeitsstoffen – Biostoffverordnung – BioStoffV (idF. v. 15. Juli 2013), BGBl. I S. 2514, zuletzt geänd. durch Art. 146 d. Gesetzes (v. 29. März 2017), BGBl. I. S. 626

Verordnung zum Schutz vor Gefahrstoffen – Gefahrstoffverordnung – GefStoffV (idF. v. 26. November 2010), BGBl. I S. 1643, 1664, zuletzt geänd. durch Art. 1 d. Verordnung (v. 15. November 2016), BGBl. I S. 2549

Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge – ArbMedVV (idF v. 18. Dezember 2008), BGBl. I S. 2768, zuletzt geändert durch Art. 3 Absatz 1 d. Verordnung (v. 15. November 2016), BGBl. I S. 2549

4.4 Schutz und Stärkung bei psychischen Belastungen

Marleen Jacobi, Attiya Khan, unter Mitarbeit von Claudia Hruska und Katrin Lattner

4.4.1 Vorbemerkungen

Psychische Belastungen und deren Folgen nehmen auch im Arbeitsschutz und der Gesundheitsförderung eine zunehmend wichtige Rolle ein. Wie bereits in [Kap. 2](#) beschrieben, sind Arbeitgeber verpflichtet, auch die psychischen Gefährdungen zu erfassen und gegen diese etwas zu unternehmen.

Für die Kita lässt sich überspitzt formulieren, dass das wesentliche Arbeitsmittel der pädagogischen Fachkraft ihre Psyche ist. Ihr Denken, Fühlen und Handeln wirkt sich unmittelbar auf die Beziehung zu dem Kind aus und bestimmt die Qualität ihrer Arbeit. Daher kommt den psychischen Belastungen in der pädagogischen Arbeit eine besondere Bedeutung zu.

Was sind eigentlich psychische Belastungen und Beanspruchungen? Die Antwort hierfür ist genormt: die EN ISO 10075 Teil 1 definiert die Begriffe der psychischen Belastung, Beanspruchung und deren Folgen ([Infobox 4.18](#)). Fest steht, dass **jede Tätigkeit mit psychischen Belastungen** einhergeht – das ist normal und notwendiger Bestandteil der Arbeit! Der Begriff der psychischen Belastung wird im wissenschaftlichen Sinne – entgegen der häufig negativen Bedeutung in der Umgangssprache – als wertneutral verstanden. Psychische Belastungen wirken auf alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gleichermaßen, weil sie das Denken, Handeln und Fühlen beeinflussen.

➤ Infobox 4.18

EN ISO 10075 Teil 1 – Definitionen

Unter **psychischer Belastung** wird „die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ verstanden.

Von **psychischer Beanspruchung** wird als „die unmittelbare (nicht langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“ gesprochen.

Es handelt sich dabei nicht um isolierte Einzelbelastungen, sondern um eine Vielzahl von gleichzeitig auf eine beschäftigte Person einwirkenden Belastungen unterschiedlichster Art. Die einzelnen Einflüsse stehen oft in einer Wechselbeziehung zueinander.

Das bedeutet nicht, dass alle Belastungen negativ wirken. Hier gilt es, die individuellen Ressourcen der Beschäftigten und die der Einrichtung zu betrachten.

Entsprechend der Definition treffen die objektiv gleichen Belastungen auf den Menschen, können jedoch verschiedene Beanspruchungen auslösen. Die Beanspruchung ist die Reaktion des Menschen auf die Belastung. Dabei wird zwischen positiven und negativen Beanspruchungsfolgen unterschieden. Ob die Beanspruchung positiv oder negativ ist, hängt auch von den individuellen Ressourcen ab. Zu den internen Ressourcen zählen neben dem gesundheitlichen Allgemeinzustand und dem eigenen Gesundheitsverhalten (Bewegung, Ernährung, Kompetenzen der eigenen Stressbewältigung usw.) auch Persönlichkeitseigenschaften und Kenntnisse sowie Fähigkeiten, die stark mit der persönlichen und beruflichen Lebenserfahrung zusammenhängen. Bei den externen Ressourcen spielt vor allem die soziale Unterstützung durch das berufliche (z. B. Kollegen, Führungskräfte) oder das private (z. B. Freunde, Familie) Umfeld eine zentrale Rolle.

Wenn durch die tätigen Personen selbst diese Ressourcen nicht aktiviert werden bzw. diese nicht vorhanden sind und somit keine Bewältigung stattfindet, werden aus akuten Beanspruchungsfolgen chronische Beanspruchungsfolgen, nämlich:

- chronische Stressreaktion,
- resultierende Erschöpfungszustände sowie
- psychische und körperliche Beschwerden oder Erkrankungen (z. B. Rückenverspannungen und -schmerzen, Magen-Darm-Probleme oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen), verbunden mit daraus folgender Arbeitsunfähigkeit bis hin zu Berufsunfähigkeit und Frühverrentung.

Sichtbare Kennzeichen dieser negativen Beanspruchungsfolgen sind zwischenmenschliche Konflikte, die auf der Ebene des Kita-Teams in Mobbing enden können. Auch in der pädagogischen Arbeit können diese Fehlbeanspruchungen in Form

von aggressivem Verhalten gegenüber den Kindern offen zu Tage treten, insbesondere bei mangelnden Bewältigungsstrategien. Dies hat natürlich auch Stressauswirkungen auf die Kinder selbst – ein Teufelskreis, wird nicht gegengesteuert. Das kann mit Arbeitsunzufriedenheit einhergehen, verbunden mit Gedanken, den Beruf zu wechseln.

Ändert sich an diesem Zustand nichts, sind Bewältigungsstrategien der einzelnen Personen unzureichend oder gar nicht ausgeprägt, werden diese negativen Auswirkungen weiter verstärkt.

In einer sehr umfassenden Studie, die andere Untersuchungen ausgewertet hat, wurde festgestellt, dass folgende arbeitsbedingte psychische Belastungen Risikofaktoren für eine Vielzahl von Krankheiten sind (Rau, 2016):

- hohe Arbeitsintensität verbunden mit geringem Handlungsspielraum,
- geringe soziale Unterstützung,
- Überstunden/ lange Arbeitszeit/ Schichtarbeit,
- Rollenstress,
- Gratifikationskrise (Ungleichgewicht zwischen erlebter Leistung und erhaltener Belohnung/ Wertschätzung),
- aggressives Verhalten am Arbeitsplatz,
- Arbeitsplatzunsicherheit.

Psychische Belastungen werden in vier Kategorien zusammengefasst. Beim pädagogischen Personal in Kindertageseinrichtungen bedingen sich die Belastungen vor allem aus:

- Arbeitsinhalten (z. B. durch pädagogische Anforderungen wie Beobachtungen, Einschätzung des Entwicklungsstands, Vorbereitung und Durchführung von Entwicklungsgesprächen, Qualitätsmanagement, Zusammenarbeit mit Eltern),
- Arbeitsorganisation (z. B. durch pädagogische Konzepte, die nicht zum Personal passen, Ausgleich von Krankheit und Urlaub im Kollegenkreis, Dienstberatungen, andere organisatorische Aufgaben, Öffnungszeiten der Einrichtung),
- sozialen Beziehungen (z. B. Führungsqualität der Vorgesetzten, Konkurrenzdenken im Team) und
- Arbeitsumgebung (z. B. Lärm, Licht, Raumgröße).

Eine weitere Besonderheit der Arbeitsstätte Kita besteht zusätzlich darin, dass sich das personelle Umfeld ständig verändert und sich die darin tätige Person immer wieder neu an Kinder und Eltern sowie wechselnde Gruppenstrukturen anpassen und gewöhnen muss.

Die besondere Rolle der Führungskraft und eines guten Teams

Insbesondere der **Führung** – sei es die eines Kita-Trägers im Großen oder die der Kita-Leitung im Kleinen – kommt im Bereich der psychischen Belastungen eine Schlüsselfunktion zu. Überall dort, wo Menschen an Aufgaben arbeiten oder gemeinsame Ziele verfolgen, ist es notwendig, das Miteinander abzustimmen, die Menschen zu motivieren und zu beeinflussen. Dabei werden Individuen entweder aus organisatorischer Sicht durch Strukturen gelenkt (z. B. Technik, Verfahrensanweisungen, Dienstanweisungen und Regelungen) oder aus sozialer Sicht personal geführt (durch Vorgesetzte).

Führung ist im ersten Kontext als reine bürokratische Umsetzung organisationaler Erfordernisse anzusehen, in der die Führungskräfte die ihnen zugedachten Funktionen übernehmen und im Sinne der festgelegten Organisationsziele agieren. Im zweiten Kontext ist Führung jedoch weniger rational, denn diejenige Person, die führt, wird von den Geführten als Person mit all ihren Eigenheiten und Fähigkeiten wahrgenommen. Ihr werden Absichten zugeschrieben und Vertrauen entgegengebracht. Dadurch gewinnt die Führung eine zusätzliche, gefühlsmäßig eingefärbte Bedeutung.

Führung ist daher sowohl eine wichtige Unterstützungsressource für Beschäftigte in Bezug auf die Bewältigung von Belastungen der Arbeitswelt. Sie kann jedoch auch Entstehungsbedingung von Belastungen sein, wenn das Zusammenwirken von Personen und Situation nicht „auf die richtige Art und Weise“ stattfindet. Sie nimmt Einfluss auf die Ausführungsbedingungen der Arbeit, auf das soziale Miteinander und die individuelle Befindlichkeit. Führung kann motivieren und Handlungsspielräume schaffen, unterstützen und Perspektiven aufzeigen. Führung kann aber auch desorientieren, demotivieren, einengen, unzufrieden machen und stressen.

Auch fehlende Teamentwicklungsprozesse können die Gesundheit und das Wohlbefinden von pädagogischen Fachkräften beeinträchtigen. Zum einen ist durch den laufenden Generationswechsel eine hohe Fluktuation in den Teams zu verzeichnen. Zum anderen sind die Arbeitsbedingungen in den einzelnen Einrichtungen nebst der pädagogischen Ausrichtung sehr unterschiedlich.

In den Münchner Krippenstudien haben Wertfein, Müller und Kofler (2012) einen hohen Zusammenhang zwischen Prozessqualität in der pädagogischen Arbeit und der Teamqualität

sowie entsprechender Diskontinuitäten z. B. durch Fluktuation des Personals festgestellt. Somit stellt eine hohe Teamqualität eine stützende Ressource für die einzelne pädagogische Fachkraft dar und stützt gleichzeitig das emotionale Klima, welches sich wiederum auf die Beziehungsgestaltung zu den Kindern und deren Eltern auswirkt (Wertfein und Spies-Kofler, 2008). Gute Teams stärken sich wechselseitig durch positive Teamarbeit, wie z. B. Teamtreffen. Hierbei sind klare Absprachen und eine Unterstützung durch die Leitung wichtige Aspekte für eine hohe Teamqualität. Begleitende und an der Weiterentwicklung der Teams sowie der einzelnen Fachkräfte ausgerichtete regelmäßige Mitarbeitergespräche stützen die Entwicklung gesunder Organisationen.

4.4.2 Rechtliche Grundlagen

Für „psychische Belastungen“ waren die Rechtsgrundlagen lange Zeit weniger klar ersichtlich. Doch mit der Novellierung des ArbSchG (Kap. 2.1.1) im September 2013 wurden psychische Belastungen explizit in die Rechtsgrundlagen aufgenommen. So schreibt § 4 Abs. 1 ArbSchG vor „Die Arbeit ist so zu gestalten, dass eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die **psychische Gesundheit** möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird.“ In § 5 Abs. 3 ArbSchG werden **psychische Belastungen** bei der Arbeit konkret als mögliche Gefährdung benannt, die im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung erfasst werden müssen.

Doch auch nachgeordnete Verordnungen im Arbeitsschutzrecht wirken mittelbar auf die Reduzierung psychischer Gefährdung hin, so z. B. die LärmVibrationsArbSchV und die ArbStättV mit ihren Regelungen zur Gestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsumgebungsbedingungen (wie Lärm, Klima, Beleuchtung, Ergonomie usw.) oder das ArbZG mit seinen Regelungen zur werktäglichen Arbeitszeit inkl. Ruhezeiten (vgl. Kap. 2.1). Die DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“ enthält ebenfalls Vorgaben zur Vermeidung psychischer Gefährdungen.

4.4.3 Erkennen von Quellen psychischer Belastung

Für den Arbeitsschutz wichtig sind insbesondere jene mit der Arbeit einhergehenden psychischen Belastungen, die zu negativen Beanspruchungsfolgen führen. Doch auch gesundheitserhaltende Faktoren dürfen nicht vernachlässigt werden,

da hier bereits bestehende personelle und betriebliche Ressourcen genutzt werden können und müssen.

Doch vielen Unternehmen fällt es schwer, psychische Belastungen angemessen in der Gefährdungsbeurteilung zu berücksichtigen. Bislang existiert auch noch kein Instrument oder Ansatz, der dies umfassend und unternehmensübergreifend ermöglichen könnte. Daher hat die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) in der Periode 2013-2018 als eines von drei Arbeitsschutzzielen den „Schutz und die Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung“ bestimmt. Dafür wurden Unterstützungsangebote und Handlungshilfen entwickelt:

- Internetportal → www.gda-psyche.de mit vielen Informationen für betriebliche Verantwortliche,
- Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen,
- Handlungshilfen für die betriebliche Praxis.

Die Arbeitsschutzbehörden und die Unfallversicherungsträger haben sich verpflichtet, ihr Aufsichtspersonal bzgl. der psychischen Belastungen zu qualifizieren, sodass diese die Betriebe angemessen beraten und besichtigen können.

Wie in den Empfehlungen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen (S. 5) beschrieben, gibt es „keine Pflicht dazu, psychische Belastungen in einer gesonderten Gefährdungsbeurteilung zu behandeln. Vielmehr umfasst die Gefährdungsbeurteilung die Beurteilung aller mit der Tätigkeit verbundenen Belastungen mit Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit. Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung muss daher nicht als eigenständiger Prozess organisiert sein, sondern kann in bestehende Prozesse der Gefährdungsbeurteilung integriert werden. In jedem Falle empfehlenswert ist eine Vernetzung mit bereits bestehenden Gremien und Strukturen, zum Beispiel mit dem Arbeitsschutzausschuss, ggf. auch mit dem Qualitäts- und/oder Betrieblichen Gesundheitsmanagement.“

Identifikation der Belastungen

Um psychische Gefährdungen zu minimieren und die Arbeit gut zu gestalten, ist es in erster Linie notwendig, diese zunächst in einer **Gefährdungsbeurteilung** zu erfassen. In Ergänzung zu den in Kap. 4.1, 4.2 und 4.3 aufgeführten betrieblichen Risikofaktoren gibt es neben der klassischen

Herangehensweise im Rahmen der oft eher technisch orientierten Gefährdungsbeurteilung weitere Verfahren zur Erfassung von Gefährdungen. Notwendig ist ein transparentes Vorgehen, um gegenüber dem Thema aufgeschlossen zu sein und Angst vor Stigmatisierung zu haben. Es bietet sich daher an, die Mitarbeiter einzubeziehen, da sie oft am besten über ihre Belastungen Bescheid wissen.

In der Praxis haben sich folgende Methoden bewährt, wie in den Empfehlungen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung (2016, S. 9ff) empfohlen:

Standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragungen:

Eine Möglichkeit besteht darin, die Beschäftigten zur psychischen Belastung ihrer Arbeit zu befragen. Standardisierte schriftliche Mitarbeiterbefragungen sind besonders gut geeignet, um sich einen Überblick darüber zu verschaffen, ob und welche Belastungsschwerpunkte es gibt. Sie ermöglichen es zudem, alle Beschäftigten in die Gefährdungsbeurteilung einzubeziehen. Sollten sich aus der Befragung Hinweise auf Gefährdungen ergeben, müssen diese für die Maßnahmenplanung in der Regel konkretisiert werden (zum Beispiel in Workshops oder durch Beobachtungsinterviews). Dieser Folgeschritt sollte in der Gesamtplanung berücksichtigt werden.

Beobachtung/Beobachtungsinterviews:

Bei dieser Vorgehensweise ermitteln fachkundige Personen (bspw. geschulte Führungskräfte, Betriebs-/Personalräte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte, externe Experten) die psychische Belastung anhand von Beobachtungen der jeweiligen Tätigkeit, in der Regel ergänzt um (Kurz-) Interviews mit den dort Beschäftigten zu Merkmalen ihrer Arbeit. Beobachtungen ermöglichen es, die Arbeitssituation auch unabhängig von dem subjektiven Erleben der Beschäftigten zu erfassen. Sie sind aber in Betrieben mit einer Vielzahl von Arbeitsplätzen zeitaufwendiger als andere Vorgehensweisen. Beobachtungen/Beobachtungsinterviews können als Fein- oder als Grobanalyse angelegt sein. Ist Letzteres der Fall, können weitergehende Analysen (zum Beispiel in Workshops oder durch tiefer gehende Beobachtungsinterviews) erforderlich sein. Dies sollte in der Gesamtplanung berücksichtigt werden.

Moderierte Analyseworkshops:

Bei dieser Vorgehensweise wird die psychische Belastung in einem moderierten Workshop beschrieben, unter Bezugnahme sowohl auf das Erfahrungswissen der Beschäftigten und Führungskräfte als auch auf das Fachwissen von Experten.

Analyseworkshops sind insbesondere für kleine Betriebe oder Organisationseinheiten empfehlenswert. Voraussetzungen sind eine offene Gesprächskultur und eine vertrauensvolle Atmosphäre im Unternehmen. Sofern diese Bedingungen gegeben sind, bieten Analyseworkshops eine gute Möglichkeit, psychische Belastungen bei der Arbeit differenziert zu beschreiben, zu beurteilen und ggf. Maßnahmenvorschläge zu erarbeiten.“

Speziell für die Kita gibt es **einfache Checklisten** für die Erfassung der Arbeitssituation und der Einwirkungsfaktoren für Führungskräfte, Experten und/oder Beschäftigte (z. B. unter → www.sichere-kita.de, Online-Gefährdungsbeurteilung der BGW, → www.bgw-online.de → Gefährdungsbeurteilung) oder auch Hinweise zu moderierten **Analyseworkshops** (z. B. Gesundheitszirkel, moderierte Gefährdungsbeurteilungen, → www.kindergaerten-in-aktion.de → Handlungshilfe zur Gefährdungsbeurteilung in Kindertageseinrichtungen).

Ergänzt werden können diese durch ergonomische Untersuchungen, allgemeine Ergebnisse arbeitsmedizinischer Vorsorgen und/oder auch Arbeitsunfähigkeitsanalysen von Krankenkassen (vgl. **Kap. 3.3**).

Das Aufsichtspersonal der Unfallversicherungsträger und der Arbeitsschutzbehörden, Vertreter der Krankenkassen, der Betriebsarzt, die Fachkraft für Arbeitssicherheit oder andere externe Experten können hierbei unterstützend tätig werden und Anstöße zu Lösungen geben. Der Ablauf der Gefährdungsbeurteilung orientiert sich an den Vorgaben wie sie in Kapitel 3 beschrieben sind. Das heißt nach der Erfassung und Beurteilung von Gefährdungen müssen Maßnahmen entwickelt, durchgeführt und evaluiert werden. All diese Schritte müssen dokumentiert werden.

4.4.4 Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung bei psychischen Belastungen

Bei den psychischen Belastungen geht es nicht einfach nur um weniger Belastungen, sondern vor allem darum, die Arbeit so zu gestalten, dass negativ wirkende Belastungen vermieden werden und positive gestärkt werden. Neben negativen Einflüssen aus der Arbeitsumgebung (Lärm, schlechte Raumgestaltung, nicht ausreichende Beleuchtung etc.) kommt in der Kita vor allem der Arbeitsorganisation eine wesentliche Bedeutung zu. Die Zusammenstellung von Stressoren und Ressourcen in **Infobox 4.19** gibt Hinweise darauf,

wie im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements negative Beanspruchungen in Kitas reduziert und Ressourcen gefördert werden können. Diese Ansatzpunkte können einzeln oder in beliebiger Kombination angewendet werden.

➤ Infobox 4.19

Ansatzpunkte in der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Optimierung psychischer Belastungen (in Anlehnung an BAuA 2014)

negative Beanspruchungen minimieren

- Störungen im Arbeitsablauf auf ein Minimum reduzieren (z. B. durch Telefon, Vertreter),
- Umgebungsfaktoren optimieren (Lärm, Temperatur, Gebäude),
- Unfallgefahren abbauen (z. B. Stolperquellen, Rutschgefahren),
- sozialen Stress und Rollenkonflikte vermindern (z. B. durch Konflikttrainings, Gesprächsführung),
- Umstellungsprozesse, Umlernen unterstützen (z. B. Qualitätsmanagement, pädagogische Konzeptarbeit),
- strategische Personalplanung (vorausschauende Personalakquise und -pflege für stabile Teams, Angst vor Arbeitsplatzverlust abbauen).

Ressourcen maximieren

- Handlungsspielräume nutzen und erweitern (z. B. Aufgabenaufteilung im Team),

- Arbeitsbedingungen mitarbeiterfreundlich und gesundheitsbewusst gestalten (z. B. im Rahmen von Gesundheitszirkeln, Berücksichtigung von Pausenzeiten, Schaffung entsprechend gestalteter Pausenräume, Wechsel zwischen unmittelbarer und mittelbarer Arbeitszeit wie Beobachtung und Dokumentation),
- soziale und betriebspolitische Kompetenzen stabilisieren und ausbauen (z. B. durch regelmäßige Arbeitstreffen und Dienstberatungen, Fallbesprechungen und Teamsupervision, flexible und partizipative Dienstplanung),
- fachliche Kompetenzen stabilisieren und ausbauen (z. B. durch Förderung der Qualifikation der Beschäftigten und Behebung vorhandener Defizite durch Schulungen individuell oder im Team, Zeit für pädagogische Konzeptarbeit, Teilnahme an Kita-übergreifenden Fachzirkeln),
- soziale Unterstützung fördern (z. B. durch teambildende und -fördernde Maßnahmen der Teamentwicklung),
- Sinngabe im Beruf fördern (z. B. durch Einbeziehung von Talenten und Interessen, Betonung des intuitiven Handelns),
- Selbstfürsorge und Achtsamkeit/Mentalisierung des Teams und des Einzelnen stärken (z. B. Selbstreflexion sowie Pausen, wechselseitiges Achten auf Befindlichkeiten und Bedarfen im Team, Angebot bzw. Förderung von Gesundheitskursen oder -trainings zur Stärkung der individuellen Ressourcen).

An dieser Stelle sei ausdrücklich darauf verwiesen, dass es sowohl der Mitwirkung der pädagogischen Fachkräfte als auch des Teams bedarf, um gesunderhaltende Maßnahmen zu implementieren.

Literatur

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrungen und Empfehlungen. Berlin: Erich Schmidt Verlag 2014

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie, Arbeitsprogramm Psyche (Hrsg.): Empfehlungen zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung 2016. Verfügbar unter: http://www.gda-psyche.de/SharedDocs/Publikationen/DE/broschuere-empfehlung-gefaehrungsbeurteilung.pdf;jsessionid=C78F8340D5AC00573D03AF6C611D6132?__blob=publicationFile&tv=11

Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit – Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG (idF v. 7. August 1996). BGBl. I S. 1246, zuletzt geändert durch Art. 427 d. Verordnung (v. 31. August 2015). BGBl. I S. 1474

Rau, R.: Risikobereiche für psychische Belastungen. Initiative Arbeit und Gesundheit 2016.

Verfügbar unter: <https://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/igareporte/igareport-31/>

Wertfein, M., Müller K. und Kofler, A.: Kleine Kinder – großer Anspruch! 2010. Zweite IFP-Krippenstudie zur Qualitätssicherung in Tageseinrichtungen für Kinder unter drei Jahren. Staatsinstitut für Frühpädagogik. IFP-Projektbericht 18/2012. Handlungsfeld: (Weiter-) Entwicklung von Curricula. http://www.ifp.bayern.de/imperia/md/content/stmas/ifp/projektbericht_nr18.pdf (2012).

Wertfein, M. und Spies-Kofler A.: Kleine Kinder – großer Anspruch! Studie zur Implementation des BayBEP und zur Qualitätssicherung in Kinderkrippen. IFP-Berichtsreihe 16/2008. München: Staatsinstitut für Frühpädagogik. (2008).

4.5 Brandschutz in der Kita

Jörg Stojke

4.5.1 Vorbemerkungen

Bestmöglicher Brandschutz sollte in Kitas ein ständiges Thema sein. Denn die meist hohe Anzahl der zu evakuierenden Kinder kann im Brandfall problematisch werden. Deshalb sollten die Verantwortlichen ihre Einrichtungen regelmäßig auf mögliche Brandgefahren überprüfen und geeignete Maßnahmen festlegen, um für den Ernstfall gewappnet zu sein.

Beim Brandschutz in einer Kita werden folgende drei Bereiche unterschieden:

- der bauliche Brandschutz,
- der anlagentechnische Brandschutz und
- der organisatorische Brandschutz.

Beim **baulichen Brandschutz** wird eine brandschutzsichere Bauweise durch die entsprechend verbauten Baustoffe sowie die Unterteilung des Gebäudes in bestimmte Brandabschnitte (z. B. durch Brandwände) betrachtet.

Der **anlagentechnische Brandschutz** (auch technischer Brandschutz) beschäftigt sich mit der Installation ortsfester Feuerlöschanlagen (je nach Größe der Kita).

Der **organisatorische Brandschutz**, welcher die größten Auswirkungen auf die tägliche Arbeit in der Kita hat, dreht sich um das eigentliche Brandschutzmanagement (Art der präventiven Maßnahmen, Verantwortliche für deren Umsetzung und Kontrolle).

4.5.2 Rechtliche Grundlagen

Gemäß des § 22 DGUV Vorschrift 1 müssen auch Kitas während eines Notfalls entsprechend handlungsfähig sein. Der Kita-Träger bzw. bei Delegation die Kita-Leitung haben in diesem Zusammenhang auch die Verantwortung für den Brandschutz.

Folgende Vorschriften/Regelwerke müssen beim Brandschutz befolgt werden:

- Musterbauordnung (MBO), Fassung von November 2002 bzw. die jeweilige Bauordnung der Länder in der aktuellen Fassung sowie
- Technische Regel für Arbeitsstätten (ASR A2.3), Fluchtwege und Notausgänge, Flucht- und Rettungsplan.

Weitere Informationen zum vorbeugenden Brandschutz finden sich in der DGUV-Information 205-001 (früher BGI560) und zu Brandschutzhelfern in der DGUV-Information 205-023 (früher BGI/GUV-I 5182).

4.5.3 Probleme erkennen

Bereits bei der **Planung von Kitas** ist der **vorbeugende Brandschutz** zu beachten. Die Rechtsgrundlage hierzu bilden die jeweiligen Brandschutzgesetze und Bauordnungen der Länder. Die Träger der Einrichtungen sollten zudem frühzeitig Brandschutzexperten einbinden, die beim Erstellen des Brandschutzkonzeptes die kindgerechte Gestaltung in den Fokus stellen. Werden Mängel erst im Nachhinein festgestellt, sind meist Mehrkosten für Umbauten oder Nachrüstungen notwendig.

Bei Neubauten müssen die gesamten rechtlichen Vorgaben des vorbeugenden Brandschutzes mit eingeplant werden. Anders verhält es sich bei der **Nutzung bestehender Gebäude**. Hier ist eine Überprüfung des vorbeugenden Brandschutzes, insbesondere des baulichen Brandschutzes, zwingend notwendig. Die Prüfung umfasst die verwendeten Baustoffe sowie Feuerbeständigkeit von Wänden und anderen Bauteilen wie Fenster und Türen. Größere Einrichtungen sollten je nach Nutzung in Brandabschnitte unterteilt werden, um die Ausbreitung eines Brandes zu verhindern.

4.5.4 Maßnahmen des Brandschutzes

Maßnahmen im Brandfall: Neben dem baulichen Brandschutz umfasst der vorbeugende Brandschutz auch technische Brandschutzmaßnahmen. Sie dienen der Brandbekämpfung und der Rettung von Personen. Um einen Brand rechtzeitig zu erkennen, müssen in Kitas Brandmeldeanlagen und optische oder akustische Alarmierungsanlagen installiert sein. Diese Meldeanlagen müssen turnusmäßig gewartet und geprüft werden. Bei der Auswahl sind die Rahmenbedingungen in der Kita zu beachten. Neben einer ausreichenden Lautstärke von Warnsignalen muss auch die Art der Alarmierung der Gefahrenwahrnehmung von Kindern entsprechen.

Die größte Gefahr im Brandfall sind giftige Rauchgase, die sich schnell ausbreiten und zur Bewusstlosigkeit führen können. Daher sollten Rauchgasabzugsanlagen in kritischen Bereichen installiert werden. Zur Brandbekämpfung selbst bieten sich in Kindertageseinrichtungen idealerweise automatische Feuerlöschanlagen wie zum Beispiel Sprinkleranlagen an. So bleibt den Beschäftigten mehr Zeit für die Evakuierung der Kinder. Wo das nicht möglich ist, sind die Kitas mit tragbaren Feuerlöschern in ausreichender Anzahl auszustatten.

Evakuierung im Brandfall: Im Durchschnitt befinden sich in einer Kindertageseinrichtung zwischen 80 und 100 Kinder, die im Brandfall evakuiert werden müssen. Dies stellt eine nicht zu unterschätzende Herausforderung für die Verantwortlichen dar. Die Besonderheit liegt im Verhalten der Kinder, die im Brandfall desorientierter und irrationaler reagieren als Erwachsene. Beispielsweise neigen Kinder eher dazu, sich vor den Flammen zu verstecken, was fatale Folgen haben kann. Aus diesem Grund sind die Kinder im Brandfall fast immer auf fremde Hilfe angewiesen, gerade im Krippenbereich.

Um bei Ausbruch eines Brandes die Kita schnellstens verlassen zu können, verfügt jede Einrichtung über einen ersten

Fluchtweg. Dieser führt zu einem Notausgang, von dem Beschäftigte und Kinder ins Freie oder in einen gesicherten Bereich gelangen. Da diese Fluchtwege auch zur Rettung von außen dienen, werden sie allgemein als Flucht- und Rettungswege bezeichnet. In der Regel ist der erste Flucht- und Rettungsweg einschließlich Notausgang mit den Fluren und Treppen der Kita sowie dem Ein- und Ausgang identisch. Je nach Bauart der Kita und rechtlichen Anforderungen ist oftmals ein zweiter Flucht- und Rettungsweg notwendig, der zu einem weiteren Notausgang oder -ausstieg führt.

Fluchtwege sicher gestalten: Wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Evakuierung ist immer, dass die Fluchtwege sowie Notausgänge und -ausstiege ausreichend und auch kindgerecht gekennzeichnet und je nach Anforderung beleuchtet sind. Darüber hinaus dürfen die Notausgänge und -ausstiege nicht versperrt oder verschlossen sein. Im Kita-Alltag zeigt sich, dass Ausgänge verriegelt werden, um den Kindern das selbstständige Verlassen der Kita zu erschweren. Hier können Panikschlösser hilfreich sein. Türen mit Panikschlössern lassen sich auch im abgeschlossenen Zustand von Kindern mühelos über die Klinke öffnen, lösen jedoch beim Betätigen einen Alarm aus.

Größere Probleme bereiten in den Kitas meist die zweiten Flucht- und Rettungswege. In den Bauordnungen der Länder ist ein zweiter Rettungsweg meist vorgeschrieben, wenn kein gegen Feuer und Rauch gesichertes Treppenhaus vorhanden ist. Dieser zweite Rettungsweg muss mindestens zu einer für Rettungsgeräte der Feuerwehr, zum Beispiel Drehleitern oder Hubrettungsbühnen, erreichbaren Stelle führen.

Einsatz von Rutschen und Podesten: In diesem Zusammenhang wird oft die Nutzung von Notrutschen oder Rettungspodesten in der Kita diskutiert. Verfügt die Kita über mehrere Etagen, ist ein Notausgang oder -ausstieg in jeder Etage notwendig, der im Idealfall zu einer Fluchttreppe führt. In genehmigten Ausnahmefällen können Notausstiege auch zu Not- und Evakuierungsrutschen führen, die jedoch keine Rettungswege im Sinne der Bauordnungen sind. Notrutschen sind zwar eine ergänzende Hilfe zur schnellen Evakuierung der Kinder, aber als Einstieg für die Einsatzkräfte der Feuerwehr in das Gebäude ungeeignet. Werden Notrutschen im Einzelfall genehmigt, müssen diese regelmäßig geprüft und gewartet werden.

Eine andere Lösung sind Rettungspodeste. Das sind außerhalb des Gebäudes liegende Flächen, die im Brandfall zur Evakuierung genutzt werden. Diese können auch ausreichend

große Balkone, Terrassen oder angrenzende Flachdächer sein, auf die Personen im Brandfall durch einen Notausgang oder -ausstieg gelangen. Die Rettung von diesen Podesten aus erfolgt meist durch die Rettungsgeräte der Feuerwehr. Für Kitas sind diese Podeste oft nur ergänzend geeignet, da die Kinder dort im Brandfall verweilen müssen und ein weiteres Risiko durch Abstürze, auch während der Rettung, nicht ausgeschlossen werden kann.

Gut organisiert für den Ernstfall: Nicht zu unterschätzen – vorbeugende Maßnahmen betreffen den organisatorischen Brandschutz. Für den Notfall gilt die Regel: Wer hat was zu tun! Die Verantwortlichen in Kitas sind verpflichtet, Maßnahmen für den Notfall zu treffen und zu überwachen. Idealerweise verfügt jede Kita über eine Brandschutzordnung und Alarmpläne sowie die notwendigen Flucht- und Rettungspläne. Anhand dieser Unterlagen sollten mindestens zweimal jährlich Räumungsübungen durchgeführt werden. Außerdem müssen die Beschäftigten mindestens einmal jähr-

lich zum Brandschutz unterwiesen werden. Hilfreich sind zusätzliche Löschübungen für die Beschäftigten, um auch die Nutzung der Feuerlöscher zu trainieren.

Auch die Kinder können spielerisch an das Thema Feuer herangeführt werden. So bereiten Erzieherinnen und Erzieher die Jungen und Mädchen auf Notfälle vor, indem sie auf die Gefahren hinweisen, die vom Feuer ausgehen. Zudem können sie die Kleinen im Umgang mit Feuer schulen. Zu guter Letzt sollten Verantwortliche darauf achten, dass es erst gar nicht zu einem Brandfall kommt. Technische Defekte als häufigste Brandursache können durch regelmäßige Prüfungen aller elektrischen Anlagen und Geräte vermieden werden, ebenso wie der unsachgemäße Umgang mit Feuer in der Kita.

Einen guten Überblick zum Thema bietet die Homepage der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) unter → www.bgw-online.de → Sichere Seiten → Kinderbetreuung → Brandschutz.

4.6 Alternsgerechtes Arbeiten in der Kita

Attiya Khan unter Mitarbeit von Dagmar Jenschke

4.6.1 Vorbemerkungen

Es liegt in der Natur der Sache, dass sich Arbeitsteams aus Beschäftigten unterschiedlichen Alters zusammensetzen. Idealerweise ist die Zahl der Kolleginnen und Kollegen in den einzelnen Altersgruppen möglichst gleich verteilt. Das bringt viele positive Effekte, z. B. für die fachlich-inhaltliche Arbeit oder die Arbeitsorganisation. In der Realität liegt diese Situation doch eher selten vor. Die Gründe dafür sind vielfältig und haben in der Regel längerfristige Wirkungen auf die Personalstruktur. Im Bereich der Kindertagesbetreuung werden im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfestatistik auch Daten zum Personal, so z. B. zum Alter des pädagogisch tätigen Personals und des Leitungspersonals in Kindertageseinrichtungen erhoben. Die nachfolgende Grafik zeigt die Situation in den Kindertageseinrichtungen (Krippe, Kindergarten und Hort) im Freistaat Sachsen insgesamt.

Die Anzahl des 2016 tätigen Personals (gesamt 31.893) ist für jede Altersstufe in einem Säulendiagramm dargestellt. Auffallend ist eine „Teilung“ in zwei Gruppen: In eine Gruppe „Jüngere“, d. h. Personal bis unter 40 Jahre und in eine Gruppe „Ältere“ im Alter von 40 Jahren und älter. Zur Gruppe der Jüngeren gehören 39 % (12.379) und zur Gruppe der Älteren

61 % (19.514). Zum Vergleich dazu sind die Daten für die Jahre 1994, 2002 und 2012 als Liniendiagramme eingefügt. Die quantitativen Veränderungen beim Kita-Personal sind auch ein Ausdruck der massiven Veränderungen, die sich im Bereich Kindertagesbetreuung seit 1994 in Sachsen vollzogen haben. An dieser Stelle soll der Fokus auf den bevorstehenden Generationswechsel gerichtet werden. Schaut man auf die „rentennahen“ Jahrgänge so kann Folgendes festgestellt werden: Die Gruppe der 56- bis 61-Jährigen umfasste 2012 3.945 Fachkräfte. 2016, d. h. vier Jahre später, beträgt die Anzahl der inzwischen 60- bis 65-Jährigen 2.509 Fachkräfte. Zwischen 2012 und 2016 sind demnach bereits 1.436 Personen ausgeschieden, das entspricht einem Anteil von 36,4 %. Die Gründe, die zum Ausscheiden aus dem Tätigkeitsfeld führten, werden von der Kinder- und Jugendhilfestatistik nicht erfasst. Unabhängig davon, ob hier der vorzeitige Renteneintritt, Erwerbsunfähigkeit oder andere Gründe eine Rolle spielen, kommt es darauf an, die Gruppe der „älteren“ und vor allem zahlenmäßig starken Gruppe gezielte Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

Allerdings lassen sich ältere Beschäftigte nicht einfach der „leistungsgeschwächten“ Gruppe zuordnen und wollen meist nicht geschont werden. Kompetenzen und Leistungen wan-

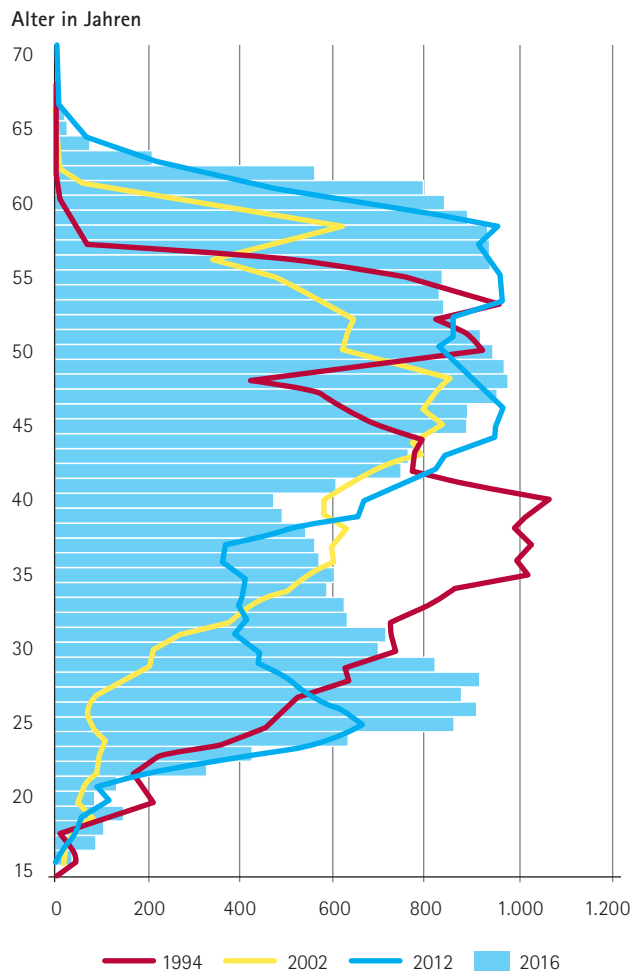


Abb.: Altersverteilung bei pädagogisch tätigen Personen in Kindertageseinrichtungen nach Alter zwischen 1994 und 2016 (Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2016)

deln sich während des Alterns. Verschiedene Studien zeigen, dass der Alterungsprozess sehr unterschiedlich voranschreitet. Mit zunehmendem Alter werden die Leistungsunterschiede in einer Altersgruppe größer. Die Differenzen innerhalb der älteren Altersklassen sind größer als die zu jüngeren Altersgruppen. Es gibt ältere Beschäftigte, die körperlich und psychisch fitter sind als manche jüngeren Kolleginnen. Beispielsweise fühlt sich manche junge Fachkraft mit kleinen Kindern belasteter als eine ältere, da sie weniger Freiräume für Erholung nutzen kann.

Trotz der beschriebenen Varianz verläuft der Alterungsprozess ähnlich, ist jedoch nicht ans kalendarische Alter gekoppelt. Arbeitsmedizinische Forschungen zeigen, dass gerade die Altersgruppe der 50- bis 65-Jährigen von vermehrten körperlichen Leistungsabnahmen betroffen ist (Nowak, 2005). Die körperlichen Konditionen, besonders die Beweglichkeit der

Gelenke und Sehnen nehmen ebenso wie die Sinnesleistungen ab. Für die Arbeit mit Kindern bedeutet dies, dass das Sitzen auf dem Boden oder kleinen Stühlen anstrengender ist. Trotz nachlassender Hörleistung fühlen sich die Beschäftigten vom Lärm stärker beeinträchtigt. Da die Anpassungsfähigkeit an unregelmäßige Arbeitszeiten und Witterungsbedingungen nachlässt, werden kurzfristig wechselnde Schichtarbeit und starke Hitze oder Kälte bei Aufenthalten im Freien als unangenehm erlebt. Das Kurzzeitgedächtnis wird schwächer, was die Konzentrationsnotwendigkeit vor allem während der Bring- und Holzeiten verstärkt. Auch das Arbeiten unter Zeitdruck, wie es bei Personalmangel häufig vorkommt, kann belastend wirken. Ältere benötigen oft mehrere kurze Pausen, um sich zu regenerieren.

Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Arbeitnehmern zeigen sich vor allem bei den Arbeitsunfähigkeitszeiten. Während die Jüngeren häufiger, jedoch mit kürzerer Dauer krank sind, steigt bei den Älteren die Krankheitsdauer, jedoch nehmen die Krankheitsfälle ab (vgl. [Kap. 3.3.3](#)).

Andererseits entwickeln die Beschäftigten mit zunehmendem Alter auch Potenziale, die ihnen ihre Arbeit erleichtern und von denen jüngere Fachkräfte und besonders die Kinder profitieren. Zu diesen Leistungen zählen z. B. die Problemlösefähigkeit und die sozialen und kommunikativen Kompetenzen. Aufgrund ihres reichen Erfahrungsschatzes können sie selbstständig handeln, prozessorientiert denken und bleiben in schwierigen Situationen zum Beispiel im Konfliktgespräch mit Eltern eher gelassen.

Annähernd gleichbleibend und unabhängig vom Alter sind die Begabungen, Intelligenz und Lernfähigkeit eines Menschen.

Für die Praxis bedeutet das, dass die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten nicht allein aufgrund des kalendarischen Alters beurteilbar ist, sondern immer im Prozess zu betrachten ist. Daher geht es um **alternsgerechte** und nicht die altersgerechte Arbeitsgestaltung. Damit ist auch der Gefahr der vermeintlichen Altersdiskriminierung vorgebeugt.

4.6.2 Rechtliche Grundlagen

Neben der im Arbeitsschutzgesetz beschriebenen Fürsorgepflicht des Arbeitgebers für die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten ist die Pflicht zur alternsgerechten Arbeitsgestaltung auch in folgenden Regelungen formuliert:

- Betriebssicherheitsverordnung,
- Arbeitsstättenverordnung,
- Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge.

4.6.3 Probleme erkennen

Da die Gefährdungsbeurteilung nicht individuell durchgeführt wird, bieten sich für die Erfassung von altersngerechten Besonderheiten vor allem Mitarbeitergespräche und die betriebsärztliche Vorsorge an. Aufgrund der unterschiedlichen Alterungsprozesse bietet das kalendarische Alter nur bedingt die Grundlage für die Auswahl der Maßnahmen. Wenn im persönlichen Gespräch zwischen Führungskraft und Mitarbeiterin bereits früh über Bedürfnisse und gesundheitliche Veränderungen gesprochen wird, sind diese Fragen nicht mehr an das Alter gekoppelt.

Die Beschäftigungsfähigkeit von Menschen ist nicht nur von der beruflichen Belastung abhängig, sondern auch von den individuellen Bedingungen. Deswegen sollten Arbeitgeber bzw. Führungskräfte die Beschäftigten unbedingt in die Gestaltung ihres Arbeitsplatzes einbeziehen. Im optimalen oder vermutlich eher seltenen Fall werden die Tätigkeiten den Bedürfnissen der Erzieherin oder des Erziehers angepasst. In der praktischen Umsetzung sieht es so aus, dass im Kontakt mit z. B. der älteren Kollegin geklärt wird, welche Aufgaben sie gut bewältigen kann und welche ihr schwerfallen. Vor dem Hintergrund aller Tätigkeiten, die in einer Kindertageseinrichtung anfallen, lässt sich prüfen, ob sie ihr Aufgabenfeld verändern kann. Wichtig ist, diese Gespräche in einer wertschätzenden Atmosphäre zu führen, da es sich beim Alter und der eigenen Leistungsfähigkeit um sensible und potenziell selbstwertbedrohende Themen handelt.

4.6.4 Maßnahmen der altersngerechten Arbeitsgestaltung

Jede Generation hat ihre Bedürfnisse und Besonderheiten, die im Arbeitsprozess bedeutsam sind. Beispielsweise möchten Jüngere eher eng geführt und Ältere eher konsultiert werden. Daher ist es wichtig allen Altersgruppen gerecht zu werden und somit auch den Veränderungen beim Altern. Bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen, der Personalführung aber auch der individuellen Einstellung sind die folgenden Gesichtspunkte hilfreich (Khan, 2016):

Altersgemischte Teams in der Kita

Gibt es ein Ungleichgewicht der Altersgruppen im Personal, kann es leicht zur Gruppenbildung („jung gegen alt“ bzw. „alt gegen jung“) kommen oder zu einseitigen Aufgabenstellungen führen, wie beispielsweise, dass die jüngeren Mitarbeiter/innen aus Rücksicht die überwiegend körperlich anstrengenden Arbeiten übernehmen. Deshalb ist es bei Maßnahmen zur altersngerechten Arbeitsgestaltung wichtig, auch die jüngeren Kolleginnen und Kollegen zu berücksichtigen und einzubeziehen, um die verschiedenen Begabungen und Kompetenzen überlegt einzusetzen. Denn nur so kann dieses Vorhaben gelingen und die Maßnahmen dienen zugleich als Prävention für die Jüngeren.

In Teams, in denen nur wenige junge Fachkräfte beschäftigt sind, ist es besonders wichtig, dass diese mit ihren neuen Ideen und möglicherweise anderen Kompetenzen einen gleichberechtigten Platz in der Einrichtung bekommen. Neben dem menschlichen Aspekt ist dies auch eine wichtige Voraussetzung, um die jüngeren Beschäftigten an das Unternehmen zu binden.

Arbeitszeit und Pausen

In vielen Einrichtungen gibt es keinen Personalraum für die Beschäftigten. Dies liegt teilweise an Rummangel, der aufgrund der Teilzeittätigkeit nicht gesetzlich vorgeschriebenen Pause und der weitverbreiteten Vorstellung, dass die Ruhephase der Kinder gleichzeitig auch eine Pause für die Erwachsenen ist. Viele erledigen jedoch in der Zeit (oft bei schlechtem Licht während der Schlafwache) administrative Aufgaben, sodass sie lediglich anders gefordert sind, sich jedoch nicht erholen. Gerade in einem Beruf, der hohe Präsenz und viel Kommunikation erfordert, ist es aus persönlichen und betrieblichen Gründen notwendig, in einem gesonderten Raum mit erwachsenengerechtem Mobiliar ohne Störungen „abschalten“ zu können und die Erholungspause auch als solche zu nutzen.

Für die Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden ist es hilfreich, wenn Beschäftigte ihre Arbeitszeiten flexibel gestalten können. So gelingt es oft leichter, die Balance zwischen Privatleben und Beruf zu wahren. Viele ältere Beschäftigte wünschen sich in den Jahren vor der Rente, ihre tägliche Arbeitszeit zu reduzieren. Wenn dies in der Einrichtung möglich ist, stehen verschiedene Teilzeitmodelle zur Verfügung. Die reduzierte Arbeitszeit kann z. B. gleichmäßig auf fünf Arbeitstage

oder individuell auf einige Tage verteilt werden. Alle Lösungen zur Arbeitszeitreduzierung müssen natürlich je nach betrieblichen und individuellen Bedingungen ausgehandelt werden. Eine weitere Möglichkeit, den Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand angenehmer zu gestalten, bietet das Modell der Altersteilzeit.

Wertschätzung und Kompetenzentwicklung

Junge Leitungskräfte, die ältere Kolleginnen führen, sind besonderen Herausforderungen ausgesetzt. Dabei kann es helfen, frühzeitig das Gespräch zu suchen und die Fähigkeiten sowie den Erfahrungsschatz der berufserfahrenen Fachkraft anzuerkennen. In einer vertrauensvollen Zusammenarbeit haben ältere Fachkräfte es nicht nötig, sich auf die Bastion des „das haben wir schon immer so gemacht“ zurückziehen zu müssen, um ihr Lebenswerk zu schützen.

Führungskräfte und Träger sollten ihr Personal frühzeitig gezielt unterstützen, um die beruflichen Ressourcen zu stärken und die Kompetenzen zu erhalten. Da es im Feld der pädagogischen Arbeit keine Schonarbeitsplätze gibt, bestehen für leistungsgewandelte Beschäftigte wenige Einsatzfelder außerhalb der direkten Arbeit mit dem Kind. Um die wenigen Nischen zu nutzen, ist es sinnvoll, frühzeitig die Handlungsfelder und entsprechende Kompetenzen zu entwickeln. Beispielsweise könnten sich ältere Fachkräfte in der Sprachförderung, der Elternberatung, als Qualitätsmanagementbeauftragte engagieren oder als Praxisanleiterinnen Verantwortung tragen.

Persönliches Engagement für die Gesundheit

Da die individuellen Voraussetzungen für die Arbeitsfähigkeit bedeutend sind, können auch die Beschäftigten selbst ihren Beitrag leisten und zum Beispiel Ausgleichssport treiben, sich geistig fit halten oder bewusste Erholung suchen. Dies lässt sich natürlich auch (teilweise mit Unterstützung der Krankenkassen) mit den Kollegen durchführen. Zahlreiche Übungen eignen sich auch für den sportlichen Einsatz mit Kindern oder können in den täglichen Kita-Ablauf mit eingebaut werden. Hierzu eignen sich auch die Übungen aus dem Abschnitt zum rückengerechten Arbeiten (vgl. [Kap. 4.2](#)).

Engagement des Trägers

Eine altersgerechte Gestaltung der Arbeit gelingt nur durch ausreichende Unterstützung und Förderung durch den Träger. Zu verhaltenspräventiven Maßnahmen, die der Träger ergreifen kann, gehören z. B. auch die Bezuschussung von Mitgliedschaften in Sportvereinen, verschiedenen Kursangeboten wie Rückenschule, Entspannungskurse, Sportkurse, aber auch zur Raucherentwöhnung, Suchtprävention und gesunden Ernährung. In der Veröffentlichung der Bundesvereinigung Evangelischer Tageseinrichtungen für Kinder e. V. (2014) sind zahlreiche gute Beispiele genannt. Auf der verhältnispräventiven Seite stehen die bereits erwähnten Maßnahmen des gesetzlichen Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung. In der Verantwortung für die Angestellten liegt es auch, dafür zu sorgen, dass der Übergang in die Rente unterstützt wird und das implizite Wissen der Beschäftigten für die Kita erhalten bleibt.

Literatur

Bundesvereinigung Evangelischer Tageseinrichtungen für Kinder e. V., Diakonisches Werk Hamburg: Alternsgerechte Gestaltung von Arbeit in evangelischen Tageseinrichtungen für Kinder. Berlin: Bundesvereinigung Evangelischer Tageseinrichtungen für Kinder e. V. 2014

Khan, A. (Hrsg.): Älter werden wir (alle). Alternsgerechtes Arbeiten in der Kita. Kronach, Köln: Carl Link 2016

Nowak, D.: Arbeitsmedizin. München, Jena: Urban und Fischer 2005

5. Eigene Kopiervorlagen

**Impressum:****Herausgeber:**

Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr
Abteilung Arbeit
Wilhelm-Buck-Straße 2 | 01097 Dresden
E-Mail: arbeitsschutz@smwa.sachsen.de
Internet: www.smwa.sachsen.de | www.arbeitsschutz.sachsen.de

Sächsisches Staatsministerium für Kultus
Abteilung Allgemeinbildende Schulen/Kindertagesbetreuung
Carolaplatz 1 | 01097 Dresden
E-Mail: poststelle@smk-sachsen.de-mail.de
Internet: www.smk.sachsen.de

Fotos:

Titelgrafik: helen_f (fotolia.com)

Gestaltung und Satz:

Initial Werbung und Verlag

Druck:

addprint AG

Redaktionsschluss:

31. August 2017

Kostenfreier Bezug:

Zentraler Broschürenversand der Sächsischen Staatsregierung
Hammerweg 30 | 01127 Dresden
Tel.: 0351 21 03 671
E-Mail: publikationen@sachsen.de
Internet: www.publikationen.sachsen.de

Die Gelder für die Veröffentlichung werden aus Steuermitteln auf Grundlage des von den Abgeordneten des Sächsischen Landtags beschlossenen Haushaltes bereitgestellt.

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben.

Sie darf weder von politischen Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung.

Copyright:

Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die des Nachdruckes von Auszügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.