



WOLFGANG HIEN · KRISTINA ENDERS · ANTONIA HÖFS · AMY STELTER · ERNST VON KARDORFF

Erste Ergebnisse aus einer Studie zu Gesundheit und Krankheit im Handwerk¹

Arbeiten im Handwerk: Hohe Belastungen, Präventionslücken, Präsentismus und andere Paradoxien (Teil 1 von 2)

Arbeiten im Handwerk ist nach wie vor von hohen körperlichen Belastungen gekennzeichnet. Im kleinbetrieblich-handwerklichen Milieu dominiert die Neigung, arbeitsbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen so lange zu ignorieren, bis sich manifeste Erkrankungen einstellen. Präventive und frühzeitige rehabilitative Maßnahmen greifen hier nicht oder nur unzureichend. Zu Ursachen und Hintergründen ist bislang wenig bekannt. In Teil 1 des Beitrags werden erste Ergebnisse aus einer hierauf bezogenen Studie vorgestellt und entlang eines Fallbeispiels diskutiert. Teil 2 in der folgenden Ausgabe der sis enthält Reflexionen und Schlussfolgerungen.

Rahmenbedingungen und Ausgangssituation

Das Handwerk ist in vielen Hinsichten ein für alle Gesellschaften unverzichtbarer Wirtschaftsbereich [1]. In Deutschland gibt es laut Zentralverband des Deutschen Handwerks etwa eine Million Handwerksbetriebe mit insgesamt 5,6 Millionen Beschäftigten [2]. Ein gutes Viertel davon entfällt auf das Bauhandwerk, insbesondere auf Maurer im Hoch- und Tiefbau, Fliesen- und Estrichleger,

Dachdecker und Maler. Diese Berufe sind mit über 98 % eindeutig männerdominiert [2]. Bei einem Durchschnitt von 5,6 Mitarbeitenden pro Betrieb [2] handelt es sich überwiegend um Kleinbetriebe, auch wenn es in einigen Branchen gelegentlich größere Betriebe gibt. Arbeiten im Handwerk ist nach wie vor stark von dauerhaften körperlichen Anforderungen und Belastungen geprägt, oft verbunden mit Zwangshaltungen und vor allem gesundheitlichen Spätfolgen, die oft erst im fortgeschrittenen Berufsleben sichtbar werden [3;4;5;6]; hinzu kommt ein im Vergleich zu anderen Branchen größerer Anteil an Berufsunfällen z. B. im Bauhandwerk [3]. Gerade hier, wo für den Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die Gesundheitsförderung und die Beschäfti-

¹ Das Forschungsvorhaben „Chronische Erkrankungen im Handwerk – exemplarische Bestandsaufnahme von Reha-Bedarfen, Reha-Zugang und Teilhabesicherung bei Bremer Handwerkswerksbetrieben. Strategien zur Unterstützung der Betriebe (ReHand)“ wird von der Berliner Werkstatt für Sozialforschung UG (haftungsbeschränkt) durchgeführt. Die Rentenversicherung Oldenburg-Bremen fördert die Studie zwischen Juli 2023 und Dezember 2025.

DIE AUTOR*INNEN



Dr. Wolfgang Hien

Arbeitswissenschaftler,
Inhaber des Forschungsbüros
für Arbeit, Gesundheit und
Biographie, Lehrbeauftragter
der Universität Bremen im
Studiengang Public Health/
Gesundheitswissenschaften.
kontakt@wolfgang-hien.de



Dr. des. Kristina Enders

Berliner Werkstatt für Sozial-
forschung UG (haftungs-
beschränkt) (BWS); Wissen-
schaftliche Mitarbeiterin im
Forschungsprojekt „Chroni-
sche Erkrankungen im Hand-
werk – exemplarische
Bestandsaufnahme von
Reha-Bedarfen, Reha-Zugang
und Teilhabesicherung bei
Bremer Handwerkswerks-
betrieben. Strategien zur
Unterstützung der Betriebe“
(ReHand);
<https://bws-institut.de/>

gungssicherung von gesundheitlich Beeinträch-
tigten ein besonders hoher Bedarf besteht, ze-
igen sich Mängel, die teils weit unterhalb des vom
Gesetzgeber geforderten Niveaus liegen [4;5;6].
Zwar kommen die Betriebsinhaber:innen – in der
Regel ein Meister oder eine Meisterin – in Kurz-
schulungen der Berufsgenossenschaften mit
Kernthemen der arbeitsplatzbezogenen Primär-
prävention in Berührung [7], doch deren Um-
setzung im betrieblichen Alltag findet zuweilen
gar nicht, oft nur sehr unzureichend statt. In den
Kleinstbetrieben gibt es auch unter Berücksich-
tigung des Unternehmermodells² in der Regel
keine kontinuierliche sicherheitstechnische und
betriebsärztliche Betreuung, abgesehen von der
im Bauhandwerk von der BG Bau angebotenen
arbeitsmedizinischen Vorsorge sowie Angebote
der (sekundären) Prävention wie Rücken- und
Kniekollegs [18].

Auch wenn für den Bereich der Kleinstbetriebe
keine genauen Zahlen verfügbar sind, ist davon
auszugehen, dass darüber hinaus auch Präsen-
tismus im Handwerk eine gewichtige Rolle spielt.
Die wenigen auf Kleinbetriebe zugeschnittenen
Krankenkassendaten zeigen einen mit abneh-
mender Betriebsgröße geringer werdenden
Krankenstand [8] – ein paradoxes Phänomen
angesichts der mit abnehmender Betriebsgröße
und gleichzeitigem Fachkräftemangel zuneh-
menden Arbeitsbelastung [3;9].

Im Laufe der Arbeitsbiografie chronifizieren
die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und
führen – meist ab dem 50. Lebensjahr – zu gra-
vierenden Problemen [4;5;6]: Es ist davon aus-
zugehen, dass sich älteren Handwerker:innen
die Frage stellt, ob ihre gesundheitlichen Schä-
den so weit rehabilitiert werden können, dass
ein Verbleiben im Beruf möglich ist, ob sie sich
ein Berufsfeld außerhalb des Handwerks suchen
oder gar in die Erwerbsminderungsrente gehen
müssen. Aus den wenigen vorliegenden sozial-
statistischen Daten geht hervor, dass beispiels-
weise bei den Rentenzugängen von Maurer:innen
und Dachdecker:innen die Quote des Zugangs in
die Erwerbsminderungsquote 50% beträgt [9]
und damit weit über der Durchschnittsquote von
20% liegt.

In den letzten Jahren rückten die Barrieren
und Reibungsflächen an den Schnittstellen zwi-
schen Arbeitswelt/Betrieben auf der einen und
dem Gesundheitssystem auf der anderen Seite
im fachlich-politischen wie auch wissenschaftli-
chen Diskurs in den Fokus [10]. Gleichzeitig ver-
stärken sich in der Praxis die Probleme. So sind
etwa der Fachkräftemangel [11] und die damit

einhergehenden Arbeitsbelastungen für die in
ihrer Berufsbiografie bereits fortgeschrittene
Kernbelegschaft im Handwerk besonders heraus-
fordernd [3;9].

Daten der Innungskrankenkasse IKK Classic
und der Versorgungsforschung der BG Bau zeig-
en, dass die Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE)
im Handwerk mit 30% der AU-Tage fast doppelt
so hoch liegen wie im Bevölkerungsdurchschnitt
[12]. An der Spitze der MSE-Erkrankungen fin-
det sich das Bau- und Ausbaugewerbe mit 37%
aller AU-Tage. Auch bei den Verletzungen – die
meisten von ihnen arbeitsunfallbedingt – liegt
hier der Anteil mit 19% auf dem im Vergleich zur
Allgemeinbevölkerung doppelten Niveau [12].
Diese Zahlen spiegeln sich auch in den von Bau-
BG-Betriebsärzt:innen festgestellten Diagnosen
wider [13]. Bei den medizinischen Untersuchun-
gen betrug der Anteil der MSE-Diagnosen 26%,
bei den Dachdecker:innen sogar 30%. Besonders
betroffen sind hier neben der Schulter und dem
Rücken die Kniegelenke. Die arbeitsmedizinisch
befragten Bauhandwerker:innen gaben zu 86%
an, schwere Lasten bewegen zu müssen, bei
Dachdecker:innen betrug dieser Anteil 97% [13].
Neben dem Heben und Tragen dominieren im
Bauhandwerk fast durchgängig Zwangshaltun-
gen, vor allem solche im Knien und kriechende
Fortbewegung, welche ebenfalls die Knie hoch
belasten [3]. Die epidemiologische Studienlage
bestätigt ein mehr als zweifach erhöhtes Risiko
für Rücken- und Knieerkrankungen bei einer
mehr als zehnjährigen Exposition [15]. Prinzipiell
stehen Bandscheiben- und Kniegelenksschäden
(z.B. Diskushernie, Gonarthrose) auf der Liste der
Berufserkrankungen; doch ihre Anerkennung ist
schwierig [15]. Es sollte nicht unerwähnt bleiben,
dass Bauhandwerker mit etwa 50% fast doppelt
so viel rauchen wie der Bevölkerungsdurchschnitt
[13]; zusätzlich zu diesem persönlichen Risiko-
faktor sind Bauhandwerker nach wie vor tödli-
chem Asbeststaub ausgesetzt: Die in der Bau-
branche anerkannten Lungenkrebsfälle durch
Asbest machen mit mehr als 1.200 Fällen pro Jahr
[16] bewusst, dass dieses brisante Thema noch
lange nicht der Vergangenheit angehört.

Der auf Primär-, Sekundär- und Tertiärpräven-
tion ausgerichtete Rechtsrahmen ist hoch kom-
plex. Nach ArbSchG ist der Betriebsinhaber für
arbeitsbezogene Primär- und Sekundärpräventi-
on verantwortlich, wobei ihn nach SGB VII die je-
weilige Berufsgenossenschaft (BG) unterstützen
soll. Auch die Krankenkasse sollen nach SGB V
Angebote an die Betriebe machen. Droht eine
Berufskrankheit (BK) oder ist diese bereits offen-
sichtlich, so sollte de jure die zuständige BG ent-
sprechend der Berufskrankheiten-Verordnung
umfangreiche sekundär- und tertiärpräventive
sowie rehabilitative Maßnahmen in Gang setzen,

² Das sogenannte „Unternehmermodell“ bzw. die „alternative Be-
treuung“ ist eine Form der betriebsärztlichen und sicherheitstechni-
schen Betreuung für Betriebe mit max. bis zu 50 Beschäftigten, bei
der der Unternehmer selbst einen Teil der Aufgaben übernimmt.

auch unabhängig davon, ob eine BK schlussendlich anerkannt wird [17]. In der BG Bau gibt es hier mit der „Teilstationären Rehabilitation“ des MSE-Kollegs vielversprechende Anzeichen, diesen Auftrag ernst zu nehmen [18]. Für die allgemeine, nicht arbeitsbezogene Primär- und Sekundärprävention sind Krankenkassen (SGB V, § 20 ff.) und Rentenversicherungsträger (SGB VI, § 14) zuständig, für die Tertiärprävention chronisch erkrankter Erwerbstätiger greifen betriebliches Eingliederungsmanagement (SGB IX, § 167) und medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherungsträger (SGB IX, SGB VI) ineinander. Die Abgrenzungen im Einzelfall sind schwierig, und in vielen Fällen – darauf deuten Untersuchungen hin [4;5;6] – fallen immer wieder Betroffene aus verschiedenen Gründen durchs Raster, was wir nun an einem empirischen Beispiel näher erläutern möchten, das exemplarisch für Präsentismus, chronifizierte MSK-Erkrankungen und Dilemmata bei einer möglichen beruflichen Neuorientierung im späteren Berufsalter im Bauhandwerk stehen kann.

Erste qualitativ-empirische Befunde – ein Fallbeispiel

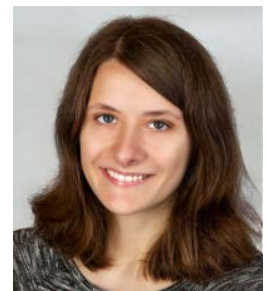
Auch wenn kein Mangel an betrieblich-gesundheitsbezogenen Informationen, Angeboten und rehabilitationswissenschaftlichen Modellen besteht, die die Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zum Ziel haben, zeigt sich in der Breite im kleinbetrieblichen und handwerklichen Bereich sowohl ein erstaunliches Informationsdefizit als auch ein massives Umsetzungsproblem. Zwar gibt es eine Menge Ratgeber mit unterschiedlichen Hintergrund-Narrativen³, doch darin enthaltene Aussagen hinsichtlich des Realitäts- und Machbarkeitsgehalts lassen doch erhebliche Zweifel aufkommen [19]. Es fehlen spezifische belastbare Daten für das Handwerk; dies betrifft sowohl die sozialstatistischen und epidemiologischen Erkenntnisse als auch Ergebnisse aus interpretativen Analysen und Betriebsfallstudien der qualitativen Sozialforschung. Vor diesem Hintergrund entstand die Idee zu einer exemplarischen Bestandsaufnahme von Reha-Bedarfen, Reha-Zugang und Teilhabesicherung bei Handwerksbetrieben, nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt der Einbindung lokaler Akteure wie etwa der Handwerkskammer, der Innungen, der BGs und der Rentenversicherung. Als Förderin konnte die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen gewonnen wer-

den – daher liegt der Fokus der Studie auf Bremer Handwerksbetrieben. Geplant sind neben Experten- und Expertinnen-Interviews eine Online-Befragung der Betriebe, Interviews mit Inhaber:innen und von chronischer Krankheit betroffenen Handwerker:innen, Betriebsfallstudien und unterschiedlich zusammengesetzte Fokusgruppen. Das Forschungsvorhaben wurde mit einer Projektlaufzeit vom 01.07.2023 bis 31.12.2025 bewilligt und firmiert unter dem Akronym „ReHand“ und dem Arbeitstitel „Chronische Erkrankungen im Handwerk“. Der erwartete Erkenntnisgewinn des Forschungsvorhabens besteht in einem vertieften Wissen der Informations-, Beratungs- und Unterstützungsbedarfe und der Bedingungen ihrer Akzeptanz bei Kleinst- und Kleinbetrieben und ihrer Beschäftigten. Der Zugang zu den (chronisch erkrankten) Beschäftigten erfolgte im Rahmen der von uns akquirierten Handwerksbetriebe für die Betriebsfallstudien sowie über die Vermittlung der von uns kontaktierten und besuchten Leistungsanbieter (z. B. aus Reha-Sport-Gruppen, aus Reha-Kliniken und der BG-Ambulanz Bremen). Bislang konnten wir 26 Gespräche mit (chronisch erkrankten) Beschäftigten aus Handwerksbetrieben realisieren. Im methodischen Vorgehen haben wir uns am theoretischen Sampling gemäß der Grounded Theory Methodologie [20] orientiert. Die bisherigen Interviewpartner waren alle männlich. Der jüngste Befragte ist Mitte zwanzig, der älteste Anfang sechzig. Jedes Interview wurde jeweils mit einem Erzählstimulus, d. h. einer offenen erzählgenerierenden Frage eröffnet („Könnten Sie uns bitte erzählen, wann Sie bei der Arbeit zum ersten Mal Beschwerden erlebt haben, so dass Sie dachten, da muss ich zum Arzt gehen...“). Die Befragten hatten zunächst die Gelegenheit, ihre subjektive Sicht der Ereignisse – von den ersten krankheitsbedingten AU-Tagen über die (teils nicht mehr zu realisierende) Rückkehr nach Behandlung und Rehabilitation an den alten Arbeitsplatz bis zur beruflichen Um- bzw. Neuorientierung – in ihrem eigenen Relevanzhorizont mit eigenen Schwerpunktsetzungen darzustellen. Nach Abschluss der Selbsterzählung wurden Leerstellen und thematisch relevante Aspekte von uns gezielt nachgefragt; die Interviewdauer betrug in der Regel zwischen 15 und 120 Minuten. Der Gesprächsverlauf gestaltete sich dabei sehr unterschiedlich, da manche Gesprächspartner starken Redebedarf hatten oder aber auf einen langen und oft durch Barrieren, lange Wartezeiten und Umwege gekennzeichneten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf zurückblickten, während andere Befragte nur eine kurze Leistungs- und Behandlungskette hatten oder nur kurz antworteten, wenn wir sie bei der Arbeit auf der Baustelle interviewten. Fast alle inter-

DIE AUTOR*INNEN



Antonia Höfs
BWS; Studentische Hilfskraft
im Projekt Rehand



Amy Stelter
BWS; Studentische Hilfskraft
im Projekt Rehand



Prof. Dr. Ernst von Kardorff:
BWS
Projektleiter Rehand;
kardorff@bws-institut.de

³ „KMU als (glückliche) Familie, in denen Wissens- und Ressourcendefizite bestehen, der Nutzen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nicht verstanden und somit der Aufwand gescheut wird, es einer einfachen Sprache sowie eines einfachen, vor allem wenig komplexen Vorgehens bedarf. Die Erzählungen zeichnen über die verschiedenen Träger hinweg ein recht homogenes Bild, das jedoch der Vielfalt an KMU nicht gerecht wird“ [19].

viewten Gesellen klagten über MSE-Erkrankungen, insbesondere Rücken- und Knieerkrankungen; zuweilen kamen Unfälle und/oder weitere Erkrankungen hinzu wie z.B. psychische Leiden, Infektionen oder Tumorerkrankungen.

Im Sample vorherrschend – was unserem Zugang über das BG Knie-Kolleg geschuldet ist – waren schmerzhafte Knieerkrankungen, die sich zumeist über viele Jahre hinzogen und derart verschlimmerten, dass die Betroffenen vor der Frage standen bzw. stehen, wie es mit ihrer beruflichen Tätigkeit und ihrem Leben überhaupt weitergehen soll. Im Folgenden wird eine charakteristische Fallgeschichte aus dem Umfeld des BG Knie Kollegs dargestellt⁴.

„Dann kann ich nicht mehr arbeiten und das will ich nicht. [...] ich werde 58, was soll ich ... ich will ja nicht zu Hause bleiben.“

Herr D., 57 Jahre alt, Dachdecker seit über 40 Jahren, verheiratet, Kinder und Enkelkinder, leidet an einer fortgeschrittenen und schmerzhaften Gonarthrose. Er kann eines seiner Kniegelenke kaum noch bewegen. Orthopädisch stünde eigentlich an, operativ eine Endoprothese einzusetzen, was – so Herr D. – unweigerlich dazu führen würde, dass er nicht mehr als Dachdecker arbeiten kann.

Herr D.: „[...] dann bin ich aber, dann kann ich nicht mehr arbeiten und das will ich nicht. [...] Ich werde 58, was soll ich ... ich will ja nicht zu Hause bleiben. Ich mache meinen Beruf gern. Ich werde in der Firma gebraucht. Also möchte ich das auch gerne weiter machen.“

Die ersten Symptome entwickelten sich bereits vor 20 Jahren; ernsthafte Einschränkungen stellten sich vor ca. 10 Jahren ein, vor 6 Jahren hatte Herr D. einen Termin beim arbeitsmedizinischen Dienst der BG Bau, der ihn mit seinen Symptomen ernst nahm, eine BK-Anzeige erstattete und ihn bei dem Knie-Kolleg der BG Bau anmeldete. Nach fünf Jahren nun kam die Einladung zur Teilnahme am Knie-Kolleg, „viel zu spät, wo das Knie doch inzwischen nun völlig kaputt ist“. Die BK-Anzeige wurde negativ beschieden; Herr D. meldete keinen Widerspruch an. Dies wollte er allein schon deswegen nicht, weil zu diesem Zeitpunkt noch die Regelung bestand, dass die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit Voraussetzung für eine BK-Anerkennung ist („Unterlassungszwang“).

⁴ Durch das Hinzuziehen weiterer auch heterogener Fälle in die Analyse ergaben sich keine neuen Erkenntnisse, vielmehr hat sich die Charakteristik weiter verdichtet. In der Grounded Theory spricht man in diesem Fall von einer theoretischen Sättigung [1].

Eine erneute BK-Anzeige sieht Herr D. skeptisch: „Was soll das denn jetzt noch?“ Anzumerken ist, dass dem Betroffenen bislang keine alternativen Präventionsprogramme, weder solche der Krankenkasse noch der Rentenversicherung bekannt waren. Durch die Teilnahme am Kniekolleg hoffte Herr D., eine OP zu umgehen, d.h. auch ohne OP zu einer Symptomverbesserung zu kommen und in seinem Beruf weiterarbeiten zu können. Nach 5 Jahren Wartezeit wurde jetzt – 2023 – Herrn D. das Kolleg angeboten. Dabei zeigte sich, dass die Erkrankung viel zu weit fortgeschritten war und das sekundärpräventive Kniekolleg damit viel zu spät kam. Herr D. sagt: Hätte er vor 10 Jahren in dem dreiwöchigen Kolleg gelernt, sich anders zu bewegen und auch Hilfsmittel zu nutzen, so hätte er vielleicht die schwere Arthrose abwenden können. In den 42 Jahren seiner Dachdeckertätigkeit war er, soweit er sich erinnert, nie krank. Selbstredend ging man mit Schmerzen zur Arbeit, und an diese Maxime hält sich Herr D. auch heute noch (Präsentismus, s.o.). Seit fünf Jahren nehme er täglich ein bis zwei Ibuprofen. Er habe die gesamte Odyssee hinter sich: Hausarzt, Fachärzte für Orthopädie, MRT-Diagnostik, Gelenkbandagen, „Spritzen noch und nöcher“, alles ohne Krankschreibung und alles ohne Erfolg. Was besonders bemerkenswert ist: Herr D. versuchte auch Linderung durch „Naturheilkunde, Kräuter und Akkupunktur“ zu erreichen, auch einer osteopathischen Behandlung hat er sich unterzogen, alles auf eigene Kosten, doch all dies ebenfalls ohne Erfolg. Mehrere Tausend Euro hat Herr D. sich das bislang kosten lassen.

Im Anschluss an diese eindrückliche Selbsterzählung wurden Leerstellen von uns noch einmal gezielt abgefragt.

I: Jetzt bringe ich mal eine andere Frage ins Spiel: hätte man denn vorsorglich früher etwas tun können, damit das nicht so schlimm wird?

Und hier wird es spannend, da an dieser Stelle das vom Interviewer gesetzte Thema „Präventionsverantwortung“ von B aufgegriffen wird.

Herr D.: Ja, natürlich. Das ist ja dass, die, die jetzt Arthrose Grad 2 haben, die müssen hier hin. Und wäre ich nicht durch Zufall ... wir haben ja alle 3 Jahre unsere Berufsuntersuchung. Und da hat das natürlich mein Chef ein bisschen verpasst, weil wir uns seit 3 oder 4 Jahren selber anmelden müssen. Der Chef macht das nicht mehr. Dann fährt man alle 3 Jahre zur Untersuchung zur Bau BG.

Herr D. weist die Verantwortung für Prävention dem Betrieb zu. So berichtet er nicht nur, dass sein Chef dieser Verantwortung nicht länger nachkommt, sondern nennt auch ein – aus seiner Sicht – „model of good practice“:

Herr D.: Der Kollege hier oben (ein Teilnehmer des Knie-Kollegs), der hat erzählt, da macht das die ganze Firma. So nach und nach. Die machen das in den Wintermonaten. Der Chef sagt, da geht einer 3 Wochen, dann der nächste 3 Wochen, dann der nächste 3 Wochen, und dann kommen die wieder. Man muss doch mal [...] ich habe natürlich das Pech, dass ich 2 Chefs habe, die sind über 70, da interessiert das keinen mehr. Aber wenn ich jetzt ein junger Chef wäre, würde ich sagen: „Hört zu, Freunde..., die kriegen alles bezahlt. Schick hin! Kann ja nur helfen!“

Die Tatsache, dass Herrn D.s Chefs beide über 70 sind, rahmt Herr D. als „Pech“ und deutet damit an, dass die Übernahmebereitschaft von Präventionsverantwortung bzw. die Bereitschaft, die Präventionskultur im Handwerk aktiv (mit)zugestalten, auch eine Alters- bzw. Generationenfrage der Betriebsinhaber:innen sein könnte.

Was bedeuten diese ersten Befunde für die Prävention?

Es wird deutlich, dass die Betriebsinhaber:innen bei der betrieblichen Gesundheits(vor-)sorge in mehrfacher Hinsicht eine Schlüsselstellung einnehmen: so sind sie neben der Sicherstellung zeit- und qualitätsgerechter Dienstleistungen bzw. Produktionsergebnisse, der finanziellen Betriebsergebnisse und der Personalführung auch für die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben etwa für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz zuständig. Sie sind die zentralen Akteure für die Umsetzung einer Präventionskultur in die Praxis. Darüber hinaus sind sie die Gatekeeper zum Zugang präventiver Angebote im Betrieb und für die Freistellung von Mitarbeiter:innen für primärpräventive (z.B. RV-Fit Programm) und sekundärpräventive Maßnahmen wie etwa die Teilnahme an Rücken- oder Kniekollegs während der Arbeitszeit. Von der Bereitschaft der Unternehmer:innen hängt es letztlich auch ab, inwiefern eine Beschäftigungssicherung für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer:innen, die Anschaffung arbeitserleichternder Hilfsmittel oder die Einrichtung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes vollzogen wird.

Herr D. kam im Gespräch mehrmals auf das Hilfsmittel „Kran“ zu sprechen. In „seinem“ Betrieb, so Herr D., werde der Kran ausgeliehen, Betriebe ab 20 Beschäftigten kauften sich in der Regel einen eigenen Kran; auf jeden Fall rechne sich ein Kran, weil der Transfer der Baustoffe damit viel schneller vor sich gehe als mit dem traditionellen „Hochschleppen“. Gleichwohl mangle es an guten Informationen über mögliche Präventionsmaßnahmen. So habe er erst kürzlich und „per Zufall“ erfahren, dass die BG

Bau bei der Beschaffung von Hilfsmitteln wie z.B. Kniehocker oder Kleinaufzüge Zuschüsse an die Unternehmen zahlt. Herr D. kam im Verlauf des Gesprächs auch auf das in seinen Augen wichtige Thema Hautschutz zu sprechen. Ein Dachdecker sei im Sommer einer extremen Sonnenbestrahlung ausgesetzt und man wisse ja, dass die damit einhergehende UV-Strahlung das Risiko für Hautkrebs erhöht. Dass die BG den Beschäftigten zur Vorsorge hierfür schon seit Jahren speziell geeignete Hautcremes und Sonnenschutzöle kostenlos zur Verfügung stelle, habe er ebenfalls erst über seine Teilnahme am Knie-Kolleg erfahren. Wichtig seien, so Herr D., geeignete Dachdeckerschuhe, d.h. Schuhe, die nicht nur die Sicherheit auf dem Dach erhöhen, sondern auch das richtige Fußbett besitzen. Die Frage des Interviewers nach technischen Hilfsmitteln für das Heben und Tragen beantwortete Herr D. zunächst mit einigen Ausführungen zu ganz unterschiedlichen Arbeitssituationen, je nach der Schräge bzw. Neigungswinkel des Daches. Das könne man nicht „automatisieren“ und auch sonst nicht „vereinfachen“. Auch Exoskelette hülften nach seiner Meinung hier nicht weiter.

Zum jetzigen Stand (August 2024) konnten wir bereits sieben ausführliche Interviews mit Betriebsinhabenden realisieren. Diese gilt es nun in einem nächsten Schritt auf die Bereitschaft hin zu prüfen, eine Präventionskultur im Handwerk (mit) zu etablieren.

Wie geht es nun aber für den Protagonisten der hier vorgestellten Fallgeschichte weiter – jemanden, der von der Einführung einer Präventionskultur im Handwerk scheinbar nicht mehr profitieren kann?

Ein von Herrn D. konsultierter Orthopäde stellte genau diese Frage in den Raum: „Haben Sie denn einen Plan B, denn aufs Dach können Sie ja nicht mehr?“ Herr D.: „Was für einen Plan B? Was soll ich denn machen? Soll ich ins Parkhaus gehen und Autos zählen? Oder soll ich mich gleich aufhängen? Umschulen brauch ich nicht mehr. Wo soll ich hinschulen? Ich will doch nur, dass mir geholfen wird.“ Nun ist augenfällig, dass in der Haltung Herrn D.s hier eine Inkonsistenz auftaucht, deren Wurzeln vor dem Hintergrund des Gesamt-Kontextes nicht in seinem eigenen Deutungsmuster, sondern ebenfalls in den Inkonsistenzen des Versorgungssystems begründet ist: Herr D. weiß, dass eine OP seine Laufbahn als Dachdecker beenden würde. Er weiß gleichwohl, dass dies auch ohne eine OP der Fall sein wird. Wie ist dann sein Anliegen, dass ihm geholfen wird, zu interpretieren? Herr D. bringt in diesem Zusammenhang die Rentenversicherung ins Spiel: Es sei ein Unding, von einem Dachdecker zu fordern, dass er bis zum 67. Lebensjahr arbeiten soll.

Herr D.: Wenn man sich 42 Jahre gequält hat, bei Wind und Wetter zu arbeiten, im Sommer bei fast 40 Grad, und im Winter ist es die Kälte, da bin ich der Meinung, dass mir geholfen wird, wenn ich Hilfe brauche, dass dann, wenn der Punkt gekommen ist, dass ich dann Unterstützung kriege.

Herr D. rechnet dem Interviewer vor, dass er selbst wenn er bis zu seinem 62. Lebensjahr weiterarbeiten würde, nur 1.500 Euro Rente bekommen würde.

Herr D.: „Davon kann ich nicht leben.“

Deutlich wird während des Interviews immer wieder: Herr D.s Denken ist von einem berufsbiografischen Selbstkonzept geleitet, das von einem hohen Grad von Stolz, über Können und Erfahrung zu verfügen, durchdrungen ist. Gleichwohl fühlt sich Herr D. diskriminiert und ausgegrenzt. In seiner Erzählung sind Momente von Resignation und Verzweiflung eingewoben. Diese Momente stehen nicht im Vordergrund seiner Darstellungen, doch sie schimmern immer wieder durch, werden immer wieder sichtbar. Herr D. verweist an einer Stelle explizit auf die psychischen Folgen seiner nunmehr sehr unsicheren existenziellen Lage: *„Die Psyche spielt ja auch mit. Hier oben (er zeigt auf seinen Kopf), das spielt ja auch mit. Dann kommt die Frage: Kann ich überhaupt noch was?“* Die Krankheit durchkreuzt Herrn D.s biografischen Entwurf und greift sein tradiertes starkes Selbstbewusstsein an. Die Krankheit bzw. die damit verbundenen Folgen führen zu einer Identitätskrise. Herr D. ahnt, dass er sich von der Rolle eines „stolzen Handwerkers“ wird verabschieden müssen. Eine neue Rollenidentität aber hat er noch nicht gefunden und die eines „Berufskranken“ möchte er meiden, soweit dies möglich ist. Andererseits gibt es durchaus Vorstellungen davon, wie eine neue Lebensoption aussehen kann. Mehrmals kam im Interview der Hinweis: *„Es gibt ein Leben nach der Arbeit“*, meint: ein Leben nach der Berufsphase. Herr D. benennt hier mehrere Dinge: mit seiner Frau zu einer Tanzveranstaltung gehen, längere Spaziergänge unternehmen, mit seinen Enkelkindern spielen und ihnen auch hinterherlaufen können. All das ginge bis zu einem gewissen Grad mit einer Endoprothese, doch dann kann er nicht mehr in seinem Beruf arbeiten, was ein relevantes Einkommensdefizit zur Folge hätte, das er nicht bereit ist, in Kauf zu nehmen. An mehreren Stellen des Interviews betont er, dass er zu denen gehört, *„die geradeaus gehen“*, d. h. die der harten Arbeit nicht aus dem Wege gehen. Doch es gebe auch andere, mit denen er auf keinen Fall verglichen werden wolle:

Herr D.: Sicherlich kenn' ich genug Schmarotzer. Die arbeiten darauf hin, die haben keine Lust mehr, die humpeln von hier bis da (deutet eine körperlich krumme Haltung an), und wenn der Rentenbescheid kommt, laufen sie (deutet eine körperlich gerade Haltung an) von da bis da. Kenn ich alles. Will ich gar nicht.

Hier wird noch einmal deutlich, wie stark beim hier Interviewten das Selbstkonzept eines an Leistungsfähigkeit, Tatkraft und Arbeitsethik orientierten Menschen sowohl Lebensalltag als auch Zukunftsvorstellungen durchdringt, obwohl doch all dies von der Krankheit unterminiert wird. Dieser Widerspruch bleibt unaufgelöst. Obwohl Herr D. versucht, in seiner Erzählung die Fassung zu wahren, kommt darin immer wieder sein Nicht-Verstehen-können, sein Nicht-Verstehen-Wollen, seine Verzweiflung über die fehlende Anerkennung seiner beruflichen Lebensleistung und über den in seinen Augen unverdient miserablen Einschnitt in seinem Lebensverlauf zum Vorschein.

Am Ende des Interviews war es Herrn D. sehr wichtig, das Thema „frühzeitige Vorsorge“ zu betonen:

Herr D.: Bei mir wird sich ja nichts mehr ändern. Ich spreche für die, die noch kommen. Ich spreche für die Zukunft. Es wird immer Dachdecker geben. Dachdecken kann man nicht durch irgendwas ersetzen. Die Möglichkeiten auf der Baustelle geben's nicht her.

Bestimmte Arbeitsvorgänge könne man zwar nicht grundsätzlich ändern, aber sehr viel mehr Vorsorge betreiben – d. h. eine Präventionskultur aktiv gestalten –, so dass die Menschen in diesem Beruf nicht frühzeitig krank werden. Man müsse bedenken, dass die meisten Handwerksbetriebe klein seien und solche Betriebe längere Krankenzustände aufzufangen kaum in der Lage seien:

Herr D.: „Das Loch kann ich nicht stopfen.“ Umso wichtiger sei es, „etwas für die Gesundheit der Leute zu tun“. ■

LITERATUR

- [1] Sinz, H. (1977): *Das Handwerk. Geschichte, Bedeutung und Zukunft*. 1. Aufl. Düsseldorf: Econ.
- [2] ZDH (Zentralverband des Deutschen Handwerks) (2024): *Kennzahlen des Handwerks*. Online verfügbar unter: <https://www.zdh.de/daten-und-fakten/kennzahlen-des-handwerks/>
- [3] Statistisches Bundesamt (2024): *Gefährdung durch körperliche Belastungen am Arbeitsplatz. Qualität der Arbeit*. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-1/koerperliche-belastungen-arbeitsplatz.html> zuletzt geprüft am 10.03.2024.
- [4] Hien, W./Funk, G. (2019): *Chronisch krank im Klein- und Mittelbetrieb. Unterschiedliche Konstellationen, hoher Unterstützungsbedarf – acht Fallberichte*. In: *Working Paper Forschungsförderung*, Artikel 124.

- [5] Blasczyk, S. A. (2018): Nachhaltige Beschäftigungssicherung für ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte im Handwerk. Von der Sorge zur guten Lösung? Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (Forschungsförderung Working Paper, Nr. 103). Online verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_103_2018.pdf, zuletzt geprüft am 10.03.2024.
- [6] Kardorff, E. von; Schulze, A.; Blasczyk, S.; Hien, W. (2018): Ergebnisbericht zum Forschungsvorhaben „Neue Allianzen für ‚Gute Arbeit‘ mit bedingter Gesundheit – Nachhaltige Beschäftigungssicherung durch Kooperation betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure“. Hans Böckler Stiftung. Düsseldorf. Online verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf_fof/100793.pdf, zuletzt geprüft am 10.03.2024.
- [7] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): Präventionskultur gemeinsam weiterentwickeln: Ein Workshop. In: baua: Praxis 2022.
- [8] Knieps, Franz; Pfaff, Holger (Hg.) (2020): Mobilität – Arbeit – Gesundheit. Zahlen, Daten, Fakten – mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. BKK Gesundheitsreport 2020. Unter Mitarbeit von Holger Pfaff. 1. Auflage. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 130 f.
- [9] Hauke, A.; Neitzner, I. (2021): Branchenbild Dachdeckerei, Zimmerei. Institut für Arbeitssicherheit der DGUV
- [10] von Kardorff, E. (2024): Kooperation zwischen Betrieben und Gesundheitsversorgung bei Wiedereingliederung und Beschäftigungssicherung. Ist-Zustand, Chancen und Barrieren. In: Sozialer Fortschritt (73).
- [11] Der Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft (iwd) (2024): Fachkräftemangel in Deutschland: Ursachen, Maßnahmen und Auswirkungen auf die Wirtschaft (Dossier). Online verfügbar unter https://www.iwd.de/dossiers/fachkraeftemangel/?utm_source=nl&utm_medium=email&utm_campaign=kw23-2024&utm_content=dossier-fachkraeftemangel, zuletzt geprüft am 07.05.2024.
- [12] IKK (Innungskrankenkasse Classic) (2024): Homepage – Langbericht „Gesundheit im Handwerk“ Online verfügbar unter: https://www.ikk-classic.de/assets/246/5246_ikkc_web_pdf.pdf, zuletzt geprüft am 07.05.2024.
- [13] BG Bau – Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (2024): Gesundheitsberichte. Online verfügbar unter <https://www.bgbau.de/themen/sicherheit-und-gesundheit/arbeitsmedizinische-vorsorge/gesundheitsberichte>, zuletzt geprüft am 07.05.2024.
- [14] Das, D./Singh, A. K. (2022): Risk factors associated with work-related musculoskeletal disorders among floor-sitting precision handicraft workers. In: International archives of occupational and environmental health 95 (5), S. 1129–1145.
- [15] Grosser, V. (2018): Berufskrankheit Gonarthrose (BK 2112). In: Trauma Berufskrankheit 20 (S2), S. 108–114.
- [16] DGUV (2024): Statistik Berufskrankheiten – Asbest. Online verfügbar unter: <https://www.dguv.de/ifa/fachinfos/asbest-an-arbeitsplaetzen/berufskrankheiten/index.jsp> zuletzt geprüft am 10.03.2024.
- [17] Goedicke, A. et al. (2023): Vom Einzelfall zur Normalität: Unterstützung chronisch kranker Beschäftigter als Aufgabe des betrieblichen Arbeitsschutzes. In: sis 74 (9): S. 383–389.
- [18] Dalichau, S. et al. (2018): Das Kniekolleg als sekundärpräventiver Ansatz: Die nachhaltige Behandlung berufsbedingter Gonarthrose. In: Der Orthopäde 47 (7), S. 553–560.
- [19] Meyn, C. et al. (2022): „Für die Kleinen alles gaaanz einfach!“ – oder doch nicht? Narrative über die Praxis des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in KMU. In: sicher ist sicher 73 (12), S. 534–539.
- [20] Strauss, A. L.; Corbin, J. M. (1996): Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.

TRANSORT

MobilLiftSysteme

Hier sind

die neuen

Gewichtheber!



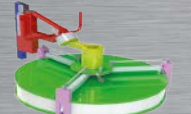
Kippen



Schütten



Drehen



Heben



Rückenschonend

Hygienisch

Bedienungsfreundlich

Flexibel

Anruf genügt!

TransOrt GmbH

Fichtenweg 2
 57392 Schmallenberg

Fon 02974 96958-0
info@transort.de
www.transort.de



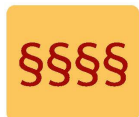
Prävention geht vor: ARBEITSSCHUTZdigital



eJournals „sicher ist sicher“ und „Betriebliche Prävention“, inkl. Online-Archiven seit 2004 bzw. 1999.



Laufend erweiterte Online-Bibliothek mit bereits 35 Spezialwerken zum gesamten Spektrum des Fachs.



Über 1.200 Vorschriften plus über 1.000 Dokumente im DGUV-Regelwerk (unter www.DGUV.de/publikationen auch kostenfrei).



Rund 800 Dokumente mit Erläuterungen für die rechtssichere Auslegung der wichtigsten Vorschriften.



Arbeitshilfen mit über 160 Checklisten, Mustern, Gefährdungsbeurteilungen, Handlungshilfen oder Vorlagen



Die ESV-Redaktion informiert Sie mit regelmäßigen Beiträgen. Karrierechancen finden Sie im Stellenmarkt.



**Alles für
€ 36,-
netto/Monat**

ARBEITSSCHUTZdigital

Datenbank, mit mehr als 3.700 Dokumenten (Vorschriften, Erläuterungen, Arbeitshilfen, eJournals sicher ist sicher und Betriebliche Prävention, ca. 35 eBooks u.v.m.)

Jahresabonnement, ESV-Einzellizenz netto € 36,-/Monat als Jahresrechnung von € 462,24 inkl. MwSt., ESV-Bürolizenz für max. 3 Nutzer netto € 58,03/Monat als Jahresrechnung von € 745,08 inkl. MwSt., jew. inkl. Infodienst zu allen Aktualisierungen mit jedem Update.

ISBN 978-3-503-14180-7



Lernen Sie die Datenbank 4 Wochen lang kostenlos kennen:

www.ARBEITSSCHUTZdigital.de

Ihr Test endet automatisch ohne weitere Verpflichtungen.

Bestellungen bitte an den Buchhandel oder
Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. KG
Genthiner Str. 30 G · 10785 Berlin
Tel. (030) 25 00 85-223
Fax (030) 25 00 85-275
ESV@ESVmedien.de · www.ESV.info



Unser Tipp – Ihr Preisvorteil

ESV-Bürolizenz für bis zu 3 Nutzer

(030) 25 00 85-295, -296 | ESV-Lizenzen@ESVmedien.de

ESV ERICH
SCHMIDT
VERLAG
100 Jahre