



© Fiedels - stockadobe.com

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

Erste Ergebnisse aus einer Studie zu Gesundheit und Krankheit im Handwerk<sup>1</sup>

# Arbeiten im Handwerk: Hohe Belastungen, Präventionslücken, Präsentismus und andere Paradoxien (Teil 2 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 (sis 12/2024, S. 549) wurden erste Ergebnisse aus einer hierauf bezogenen Studie vorgestellt und entlang eines Fallbeispiels diskutiert. Nachfolgender Teil 2 enthält Reflexionen und Schlussfolgerungen

## Einige Reflexionen und vorläufige Schlussfolgerungen

Für Handwerksbetriebe sind längere krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten eine besondere Herausforderung, die erst ansatzweise thematisiert wird. Viele Unternehmen wie auch Beschäftigte im Handwerk tendieren zudem – wie unsere Befunde zeigen – aufgrund arbeitskulturspezifischer Mentalität zur Verdrängung von Krankheit, Beschäftigte zum Präsentismus und zum Verschweigen gesundheitlicher Beeinträchtigungen [1;2;3].

Im Themenzusammenhang Handwerk, körperliche Arbeit, Krankheit und Lebensverlauf sind vielfältige Forschungszusammenhänge angesprochen, insbesondere Arbeitssoziologie, Biografie- und Rehabilitationswissenschaft. Historisch setzte sich das Handwerksmilieu durch seinen „Produzentenstolz“ betont von der Klasse der ungelernten Massenarbeiter ab, gleichwohl teilte es mit diesen die instrumentelle Beziehung zum eigenen Körper [4]. Körperliche Kraft und körperliche Geschicklichkeit wird als Kapital gesehen, mit Hilfe dessen Einkommen und damit auch ein gewisser Wohlstand erzielt werden können [5]. Der Körper ist ein Werkzeug, das funktionieren muss. Infolgedessen wird Krankheit als Hindernis empfunden, als Schwäche, als Versagen und letztlich als persönliche Katastrophe.

<sup>1</sup> Das Forschungsvorhaben „Chronische Erkrankungen im Handwerk – exemplarische Bestandsaufnahme von Reha-Bedarfen, Reha-Zugang und Teilhabesicherung bei Bremer Handwerksbetrieben. 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](mailto: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/>

Hier scheinen tradierte Momente der Proletarität durch, die sich in einem weiteren Merkmal zeigen: das Fehlen einer biographisch vorausschauenden Haltung, die gleichsam naturnotwendige Hin- nahme des arbeitsbedingten körperlichen Verschleißprozesses und die fehlende lebenspraktische Vorsorge für Zeiten und Umstände, in denen andere biografische Optionen auf den Plan treten müssen. Körperversagen galt als nicht zu beeinflussendes Fatum. Noch bis in die jüngste Zeit war in proletarischen Milieus eine eher ablehnende Haltung gegenüber jedweder Prävention und Gesundheitspflege festzustellen. Im handwerklichen Milieu wird Schmerz „stillschweigend ertragen, es hilft Ablenkung, und man geht wegen geringfügiger Verletzungen nicht zum Arzt. [...] Arbeit ist Schmerzsache und Heilmittel zugleich. Körperlicher Schmerz ist die Münze, mit dem Erfolg, Identität und Zugehörigkeit bezahlt werden, und eine Investition, die auf soziale Gewinne hoffen lässt“ [6]. Doch diese Gewinne bleiben aus, spätestens seit den einschneidenden Rentenreformen Ende des letzten Jahrhunderts<sup>2</sup>. Unsere Empirie lässt vermuten, dass zumindest ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Handwerker:innen dem Thema Gesundheitsvorsorge inzwischen einem medial vermittelten gesellschaftlichen Trend folgend mehr Bedeutung zumessen. Auch in unserem Fallbeispiel zeigt sich eine bemerkenswerte Bereitschaft, sich eigenverantwortlich für die eigene Gesundheit einzusetzen und auch private Mittel hierfür einzusetzen – allerdings oft erst, wenn es für einen erfolgversprechenden Return to Work bereits zu spät ist.

Trotz erster Ansätze arbeits- und gesundheitskultureller Veränderungen muss festgehalten werden: Veränderungen schichten sich auf historisch gewachsenen strukturellen Gegebenheiten auf. Insofern sind ältere Untersuchungen nicht veraltet. Bereits in den 1980er und 1990er Jahren wurde an der Universität Bremen im Rahmen des Sonderforschungsbereichs „Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf“ [7] – in enger Kooperation mit dem Frankfurter Institut für Supervision, Institutsberatung und Sozialforschung – die Problematik von Arbeitsbelastungen, arbeitsbedingten Erkrankungen und begrenzter Tätigkeitsdauer theoretisch und mittels vielfältiger empirischer Studien thematisiert [8]. Auch die Studien zur Lebenssituation der Werftarbeiter nach der Schließung der Bremer Großwerften zeigten, dass schwere körperliche Arbeit fast zwangsläufig eine begrenzte Tätigkeitsdauer im ursprünglichen Beruf nach sich

zieht [4;9]. Herausgefordert waren alle Register der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie jene der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Schon damals wurde intensiv die Frage des demographischen Wandels diskutiert und die wissenschaftlich begründete Forderung erhoben, Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass Menschen bis zur Regelaltersgrenze – und dies in Würde und nicht mit regelhaft begleitender Schmerztherapie – arbeiten können. Schon damals wurde festgestellt, dass das Spektrum arbeits- und sozialpolitischer Reaktionen auf arbeitsplatzspezifisch begrenzte Tätigkeitsdauer drei Strategien umfasst: Arbeitsplatzgestaltung, betriebliche und überbetriebliche Laufbahnpolitik sowie Externalisierung der betroffenen Beschäftigten – d.h. Umschichtungen und Freisetzen –, sei es zu anderen Betrieben und Branchen, sei es in die Arbeitslosigkeit oder sei es in die Erwerbsminderungsrente. „Diese drei Möglichkeiten sind wechselseitig begrenzt substitutiv. Je mehr eine von den dreien genutzt werden kann, umso weniger muss von den beiden anderen Gebrauch gemacht werden. Je ‚sozialverträglicher‘ und kostengünstiger leistungsgewandelte, darunter auch ältere Beschäftigte zum Verlassen eines Betriebes bewegt werden und neue eingeworben werden können, umso weniger notwendig sind aus einzelbetrieblicher Sicht altersgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen und Einrichtung betrieblicher Laufbahnen“ [8].

Die damit verbundenen Fragen sind nach wie vor hoch aktuell, genauso offen und ungeklärt wie die damit verbundenen Antworten. Chronisch Erkrankte kommen in ein vielschichtiges Dilemma zwischen Weiterarbeit mit bedingter Gesundheit, mitunter auch verbunden mit vielen Schmerzen und funktionellen Einschränkungen, die zusätzliche betriebliche Konflikte und Stress-Situationen hervorrufen können oder einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Arbeitsleben mit möglicherweise gravierenden Folgen wie Einkommens- und Statusverlust [12]. Ein für körperlich Arbeitende tradiertes Handlungsmuster, das sich bis Ende der 1990er Jahre im Rahmen einer gegenüber heute vergleichsweise hohen Berufsunfähigkeitsrente entwickelte, war der Ausstieg aus dem Erwerbsleben [10]. Diese Option ist seit der Rentenreform den von chronischer Krankheit Betroffenen verstellt. Als Lösungsweg für die Weiterbeschäftigung gesundheitlich Beeinträchtigter haben Behrens und Kolleg:innen [8] das Konzept der „Laufbahngestaltung“ vorgeschlagen, was seitens der Wissenschaft auf breite Resonanz gestoßen ist; gleichwohl gibt es hierfür im Handwerk nur vereinzelte Leuchtturmprojekte, so z.B. in der Kundenberatung oder im Bereich „gehobener Reparaturarbeiten“ in der Altbausanierung [11]. Frerichs verweist ex-

<sup>2</sup> Die Berufsunfähigkeitsrente wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2001 abgeschafft – seither gibt es nur noch die Erwerbsunfähigkeitsrente –, nachdem bereits 1997 der Berufsschutz in der Arbeitslosenversicherung durch das WFG (Wirtschaftsförderungsgesetz) abgeschafft wurde.

plizit auf Barrieren insbesondere auf die aus der Lernentwöhnung resultierenden Qualifizierungshemmnisse [11].

Vor dem Hintergrund der real existierenden arbeits- und sozialpolitischen Gegebenheiten ist die Rehabilitationsforschung der Frage nachgegangen, wie chronisch Erkrankte den schwierigen Balanceakt zwischen Gesundheits- und Erwerbsorientierung bewältigen [12]. Zu den Bedingungskonstellationen gehören auf der einen Seite strukturelle Faktoren, insbesondere die eigene Stellung im Beruf und Erfahrungen im Berufsleben, auf der anderen Seite personenbezogene biografische Faktoren. Der Einbruch der Krankheit verändert die Lebenssituation, führt zu biographischen Brüchen und Neuorientierungen, zwingt schließlich zu einer inneren Neujustierung des Verhältnisses von Arbeit und Leben – was sich auch an dem „Fall“ von Herrn D. exemplarisch zeigen lässt. Die von Krankheit Betroffenen drohen an ihrer eigenen Normalitätserwartung zu scheitern. Die Widerfahrnis von somatischer und psychischer Schwäche zerbricht den marktkonformen Selbstwert und fordert vom Individuum eine Neufindung des Selbst. „Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang die übergreifende Erkenntnis, dass sich durch die körperlichen und psychischen Grenzerfahrungen ein neues Selbstbild formt. Die Erkrankung ist zum inkorporierten Bestandteil des Selbst geworden“ [12]. Bartel zufolge mangelt es an einer Beratungspraxis, welche die biografische Bedeutung von gesundheitsbedingten beruflichen Neuorientierungen im Rahmen des bisherigen Lebensverlaufs und gewünschter Lebensentwürfe – etwa mittels biographischer Fallarbeit – in den Blick nimmt. Es fehlt an der Passung zwischen biografischen, betrieblichen und beruflichen Gegebenheiten und Gestaltungsmöglichkeiten. Dies bestätigen nicht nur unsere ersten Befunde, sondern auch weitere rehabilitationswissenschaftliche Studien, die den Fokus auf klein- und mittelbetriebliche Arbeitskulturen legen [1;2;3].

2004 wurde das Sozialgesetzbuch IX um einen Paragraphen erweitert, der schlicht die Überschrift „Prävention“ trägt. Konkret werden darin Betriebe verpflichtet, Beschäftigten, die im Verlauf der letzten 52 Wochen eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als sechs Wochen aufweisen, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten. Mag das BEM für Groß- und Mittelbetriebe sinnvoll und praktikabel sein, so liegen die Wirklichkeiten in Kleinbetrieben wie im Handwerk jenseits solcher Regelungen und vollziehen sich oft in informeller Weise [13]. Im Projekt „Neue Allianzen für gute Arbeit mit bedingter Gesundheit“, dessen Schwerpunkt auf kleinbetrieblichen Arbeitskulturen lag, konnte gezeigt werden, dass für eine Weiterbeschäfti-

gung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen passgenaue, problemadäquate und sehr betriebs- und betroffenennahe überbetrieblich-institutionelle Unterstützungsstrukturen gefragt sind [1;2;3]. Immer wieder geht es einerseits um die Verzahnung primär-, sekundär- und tertiärpräventiver Maßnahmen und deren Etablierung im betrieblichen Geschehen, andererseits um die Verzahnung der vielfältigen überbetrieblichen und institutionellen Akteure – den Betriebsinhaber:innen kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Ihre Haltung gegenüber präventiven Maßnahmen zu erschließen und ihre (Nicht)Bereitschaft, aktiv eine Präventionskultur im Handwerk mitzugestalten, zu ergründen, liegt im Fokus unseres Forschungsvorhabens.

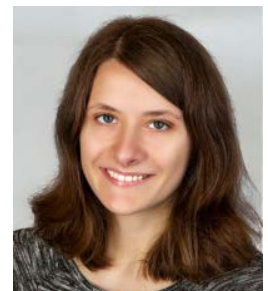
Eine sich bereits abzeichnende Voraussetzung für die Etablierung einer Präventionskultur im Handwerk: Information, Beratung und Unterstützung müssen in die Betriebe kommen; Mail-Kontakte und Internet-Auftritte reichen keinesfalls aus, notwendig ist eine persönliche und aufsuchende Kontaktaufnahme. Zu thematisieren sind Arbeitszuschnitt, Hilfsmittel, Arbeitszeit- und Arbeitsplatzgestaltung, aber auch berufliche Weiterbildung. In den letzten Jahrzehnten haben sich auch im handwerklichen Bereich Diversifizierungen ergeben, und dies nicht nur auf dem Feld der Meisterausbildung, sondern auch z.B. im Bereich Kundenberatung, Koordination, Bauleitung und Bau-Begutachtung. Derartige Weiterbildungen könnten für gesundheitlich Beeinträchtigte eine gute Option sein. Mit Blick auf das bereits erwähnte Konzept der Laufbahngestaltung [11] hängt dessen praktische Realisierung davon ab, ob und inwieweit es gelingt, regionale betriebliche Verbünde z.B. in Innungen, unter Beteiligung kommunaler Akteure, der Arbeitsverwaltung, von Bildungsträgern und weiteren Institutionen unter Einbeziehung inner- und überbetrieblicher Vertreter:innen des Arbeitsschutzes, der Gesundheitsförderung, der Rehabilitation und der Weiterbildung zusammenzubringen.

Trotz individueller Ausnahmen sind in großen Teilen des Handwerks nach wie vor ein „Alles-oder-Nichts“-Prinzip (leistungsfähig = beschäftigt; chronisch krank = keine Weiterbeschäftigung oder Abfindungsregelungen) vorzuherrschen; zudem wird das Thema Krankheit – trotz eines hohen Problemdrucks – oft nur unter der Hand angesprochen, zumeist aber verdrängt oder erst aufgegriffen, wenn „das Kind schon in den Brunnen gefallen ist“. Manche Handwerksbetriebe haben für sich gute Lösungen gefunden, doch diese „models of good practice“ sind oftmals nicht einmal in der gleichen Wirtschaftsbranche bekannt und die Bedingungen für eine Übertragung unklar. Mit Blick auf eine gesundheitsbedingt erforderliche Anpassung

## 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

von Arbeitsbedingungen lassen sich z.B. die Verringerung von Arbeitszeiten oder die Umsetzung auf leidensgerechte Arbeitsplätze oder deren Einrichtung aus betrieblichen Gründen in kleineren Betrieben, wie sie im Handwerk die Regel darstellen, wegen mangelnder Ressourcen und Kenntnisse oder aufgrund der Betriebsabläufe nur sehr schwer und wenn überhaupt nur mit Hilfe von außen realisieren.

Bezogen auf die individuelle Ergänzung der Präventionsmaßnahmen hat sich auf Initiative der BG Bau und der BGV die DGUV auf ein Konzept der Individualprävention geeinigt, in deren Mittelpunkt die MSE-Kollegs stehen, aber in bestimmten Bereichen (BGW, BGN) auch ein Haut-Kolleg stehen kann. Individualprävention wird bislang im Sinne der BKK als arbeitsbezogenes sekundär- und tertiärpräventives Vorbeugungskonzept bezüglich einer drohenden Berufskrankheit bei einem bestimmten gefährdeten Personenkreis verstanden. Auch die Rentenversicherung hat mit RV-Fit ein ähnliches, jedoch von arbeitsbezogenen Faktoren unabhängig ausgerichtetes Präventionskonzept entwickelt. Ein besonderes Augenmerk richtet sich dabei präventiv auf verbesserte Möglichkeiten zur rechtzeitigen Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation oder von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie auf erforderliche Hilfen für Betriebe und ihre Mitarbeiter:innen bei der (Wieder-)Eingliederung in Arbeit nach langer krankheitsbedingter Abwesenheit oder mit bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Wie das Fallbeispiel sehr plastisch und sehr eindrücklich gezeigt hat, kommen all diese sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen meist zu spät. Die lange Zeit des Präsentismus deutet darauf hin, dass entweder zu wenig Informationen vorhanden sind, keine Unterstützung durch den Arbeitgeber vorhanden war bzw. vom Befragten erwartet wurde oder dass er sich nicht aktiv um derartige ihm ggf. bekannte Möglichkeiten gekümmert hat. Der „Fall“ von Herrn D. zeigt exemplarisch, dass es im Handwerk eben keine Präventionskultur gegeben hat bzw. sie sich erst seit Neuestem zögerlich zu entwickeln beginnt, mehr der Not gehorchend denn aus Einsicht. Gerade kleinere Betriebe haben allerdings auch ein Ressourcenproblem und eine Aufgabe unseres Forschungsvorhabens besteht darin zu ergründen, welche Ressourcen erschlossen werden könnten und welche Formen dann im Handwerk akzeptiert werden – von den Inhaber:innen wie den Beschäftigten.

Erste Befunde deuten darauf hin, dass sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen signifikant früher einsetzen sollten, und sie sollten hinsichtlich der institutionellen Verortung neu abgesprochen und justiert werden. Eine früher

einsetzende, aktiv gestaltete Präventionskultur könnte im Handwerksbereich Hunderttausende von Personen länger im Arbeitsleben halten. In einer volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung wäre dies ein eindeutiges Plus. Insofern gilt es sozialpolitisch entsprechende Initiativen zu entwickeln und dabei die spezifischen Bedarfe des kleinbetrieblichen Handwerks zu berücksichtigen, wozu unser Forschungsvorhaben einen Beitrag leisten möchte. ■

## LITERATUR

- [1] Hien, W./Funk, G. (2019): Chronisch krank im Klein- und Mittelbetrieb. Unterschiedliche Konstellationen, hoher Unterstützungsbedarf – acht Fallberichte. In: Working Paper Forschungsförderung, Artikel 124.
- [2] Blaszczyk, 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](https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_103_2018.pdf), zuletzt geprüft am 10.03.2024.
- [3] Kardorff, E. von; Schulze, A.; Blaszczyk, 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.
- [4] Hien, W. (2022): Die Arbeit des Körpers. Wien: Mandelbaum.
- [5] Boltanski, L. (1976): Die soziale Verwendung des Körpers. In: D. Kamper und V. Rittner (Hg.): Zur Geschichte des Körpers. Perspektiven der Anthropologie. Perspektiven der Anthropologie. München: Hanser, 138-183.
- [6] Drefßke, Stefan (2021): Empfindliche Körper. Kopfschmerzpraktiken zwischen Alltag und Medizin. Bielefeld: Transcript (Körperkulturen), S. 92 f.
- [7] Behrens, J. (1993): Statuspassagen im Erwerbsleben bei begrenzter Tätigkeitsdauer. In: Universität Bremen, SFB 186: Statuspassagen und Risikolagen im Lebensverlauf. Bremen, Eigendruck, S. 423-460.
- [8] Behrens, J. et al. (2002): Wie Sie Ihre Leute vor der Zeit viel zu alt aussehen lassen können. Oder umgekehrt: Arbeits- und Laufbahngestaltung zur Bewältigung begrenzter Tätigkeitsdauer im Generationenaustausch. In: Martina Morschhäuser (Hg.): Gesund bis zur Rente. Konzepte gesundheits- und altersgerechter Arbeits- und Personalpolitik. Stuttgart: Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation, S. 22-43.
- [9] Hien, W. et al. (2007): Ein neuer Anfang war am Ende nicht. Zehn Jahre Vulkan-Pleite. Was ist aus den Menschen geworden? Eine Studie im Auftrag des Vereins Arbeit und Zukunft e.V. in Bremen zu Arbeit, Leben und Gesundheit der ehemaligen Vulkanesenen. Unter Mitarbeit von Wolfgang Hien. Hamburg: VSA-Verlag.
- [10] Gerhardt, U. (1999): Herz und Handlungsrationalität. Biographische Verläufe nach koronarer Bypass-Operation zwischen Beruf und Berentung: eine idealtypenanalytische Studie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [11] Frerichs, F. (2019): Laufbahngestaltung bei begrenzter Tätigkeitsdauer. Betriebliche Herausforderungen und Handlungsperspektiven. In: WSI 72 (5), S. 327-334.
- [12] Bartel, S. (2019): Return to Work im Spannungsfeld zwischen Erwerbs- und Gesundheitsorientierung. In: Die Rehabilitation 58, S. 172-180.
- [13] Detka, C. et al. (2019): Betriebliches Eingliederungsmanagement als Chance? Kreative Suchprozesse in kleinen und mittleren Unternehmen. In: WSI-Mitteilungen: Zeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Hans-Böckler-Stiftung (72), S. 365-372.

# Gefahr erkannt, Gefahr gebannt



## IFA-Handbuch – Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz

Ergänzende Sammlung der sicherheits-  
technischen Informations- und  
Arbeitsblätter für die betriebliche Praxis

Herausgegeben von der Deutschen Gesetzlichen  
Unfallversicherung e. V. (DGUV), Berlin

Verantwortlich für den Inhalt:

Prof. Dr. rer. nat. D. Reinert

und Prof. Dr. rer. nat. R. P. Ellegast,

Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)

Loseblattwerk und Datenbank inkl. Infodienst  
zu allen Aktualisierungen mit jedem Update

Sich verändernde Arbeitsformen des Berufslebens in  
Industrie und Wirtschaft, aber auch weitreichende  
demografische Entwicklungen stellen neue Fragen an  
die **Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit**.

Was effektiven Arbeits- und Gesundheitsschutz heute  
ausmacht, zeigt das **IFA-Handbuch** mit consequentem  
Fokus auf die Praxis. Sie finden z. B.:

- Entscheidungshilfen zur **Gefährdungsermittlung und -beurteilung**
- Hinweise für ein effektives **Risikomanagement**
- Tipps für geeignete **Schutzmaßnahmen**
- sicherheitstechnische **Kenndaten und Ergebnisse**  
positiv geprüfter Arbeitsmittel – z. B. Positivlisten  
für PSA

## Laufend aktualisiert und geprüft

**Regelmäßige Updates** greifen neue Themen voraus-  
schauend auf und passen bestehende Inhalte konstant  
an den Stand der Sicherheitstechnik und des geltenden  
Vorschriftenwerks an.



**Jetzt gratis testen:**

**[www.IFA-HANDBUCHdigital.de/info](http://www.IFA-HANDBUCHdigital.de/info)**

**ESV** ERICH  
SCHMIDT  
VERLAG

*Auf Wissen vertrauen*

Bestellungen bitte an den Buchhandel oder: Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. KG · Genthiner Str. 30 G · 10785 Berlin  
Tel. (030) 25 00 85-228 · Fax (030) 25 00 85-275 · [ESV@ESVmedien.de](mailto:ESV@ESVmedien.de) · [www.ESV.info](http://www.ESV.info)