

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 103, Oktober 2018

Nachhaltige Beschäftigungs- sicherung für ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte im Handwerk

Von der Sorge zur guten Lösung?

Sascha Alexander Blasczyk

Autor

Sascha Alexander Blasczyk, M.A., ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität zu Berlin im Projekt „Neue Allianzen für gute Arbeit mit bedingter Gesundheit – nachhaltige Beschäftigungssicherung durch Kooperation betrieblicher und außerbetrieblicher Akteure“, gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung, Projektleitung Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff, sowie im Projekt „Von der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation zur nachhaltigen Wiedereingliederung in Arbeit bei psychischen Beeinträchtigungen“, gefördert von der Rentenversicherung Berlin-Brandenburg, Projektleitung Prof. i. R. Dr. Ernst von Kardorff.

© 2018 by Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Nachhaltige Beschäftigungssicherung für ältere und gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte im Handwerk“ von Sascha Alexander Blasczyk ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Zusammenfassung.....	4
Hintergrund und Fragestellungen	5
Methodisches Vorgehen.....	8
Ausgewählte Perspektiven zu Gesundheit und Krankheit im Handwerk.....	12
Das Handwerk als Arbeitskultur – ein Definitionsversuch	17
Ergebnisse der Erhebung.....	21
Das Handwerk als empirische Arbeitskultur	21
Arbeits- und Gesundheitsschutz als Voraussetzung nachhaltiger Beschäftigungssicherung.....	22
Prämisse einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung	24
Arbeitsaufgaben, Arbeitsorganisation und Aufträge	24
Der Vergleich nach unten	26
Strategien der Arbeitgeber*innen.....	27
Das Betriebliche Eingliederungsmanagement.....	32
Wahrnehmung der Unfall- und Sozialversicherungsträger und der Handwerkskammern.....	33
„Die Jungen können schnell laufen, die Alten kennen den kürzesten Weg“ – Kollegialität und Sorge	36
Abschließende Bemerkungen	39
Literatur.....	43

Zusammenfassung

Anhand qualitativer Interviews mit beeinträchtigten Beschäftigten und Arbeitgeber*innen wird beleuchtet, wie in der Arbeitskultur „Handwerk“ mit gesundheitlichen Einschränkungen umgegangen wird. Dem liegt die Frage zugrunde: Wie kann in Klein- und Mittelbetrieben der Branche eine nachhaltige Beschäftigungssicherung realisiert werden? Das Ergebnis verweist auf eine Latenz des Themas. Ausfallzeiten oder eingeschränkte Arbeitsfähigkeit sind von einer Dynamik zwischen Verantwortung und Pragmatismus geprägt. Die Arbeitskultur zeigt sich als heterogen und hält eine Vielzahl individueller Lösungen bereit. Zugleich wird ein erheblicher externer Unterstützungsbedarf für pragmatische Lösungen sichtbar.

Hintergrund und Fragestellungen

Der Wirtschaftsstandort Deutschland ist ohne seinen hohen Anteil an kleinen und mittleren Unternehmen und insbesondere ohne das Handwerk mit seinen beinahe 580.000 Unternehmen und über fünf Millionen Beschäftigten nicht vorstellbar (vgl. Statistisches Bundesamt 2018). Das Handwerk ist überwiegend durch seine kleinbetriebliche Struktur geprägt. Daraus ergeben sich besondere Problemlagen mit Blick auf aktuelle Herausforderungen: Demografischer Wandel, branchen- und regionalspezifischer Fachkräftemangel und ein sich veränderndes Renteneintrittsalter sind die vieldiskutierten Stichworte. Das gilt auch und umso mehr für das Handwerk, welches aufgrund seiner ungünstigen Lohnstrukturen im Kampf um qualifiziertes Personal bereits gegenüber anderen Wirtschaftszweigen deutlich im Nachteil ist (vgl. Haverkamp & Fredriksen 2018). Zusätzlich unterliegt das Handwerk einem zunehmenden Prozess der „Polarisierung“ zwischen Kleinst- und KMU-Betrieben auf der einen und Großunternehmen auf der anderen Seite (vgl. Müller 2013, S. 639).

In der Diskussion der Herausforderungen für das Handwerk wird die Bedeutung einer nachhaltigen Sicherung der Beschäftigung häufig ausgeblendet. Gesundheitliche Einschränkungen, die mit einem „Leistungswandel“ (vgl. Göldner et al. 2006) einhergehen, und mit dem Alter und aufgrund von Verschleißerscheinungen gehäuft auftreten, können im Arbeitsprozess systematisch reduziert werden. Hier bieten sich Chancen, das Fachkräftepotential mittelfristig zu stabilisieren. Der vorliegende Werkstattbericht wird ausgewählte Praxen der Beschäftigungssicherung darstellen, ihre Voraussetzungen aufzeigen, um ein Verständnis ihres Funktionierens zu erreichen und schließlich danach zu fragen, welche Elemente der beschriebenen Praxen übertragbar sind und ggf. mit Hilfe „Neuer Allianzen“ implementiert oder gestärkt werden können.

Der vorliegende Beitrag entstammt dem Arbeitszusammenhang des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsprojekts [„Neue Allianzen für Gute Arbeit bei bedingter Gesundheit“](#), an der Humboldt-Universität zu Berlin. Das Projekt wird im Rahmen des Forschungsverbundes [„Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“](#), von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert und ist am Institut für Rehabilitationswissenschaften angesiedelt. Verantwortlicher Projektleiter ist Prof. i.R. Dr. Ernst von Kardorff. Das Projekt fragt danach, inwieweit mit Hilfe von verbesserten und ggf. auch neuen Kooperationsformen zwischen Betrieben, Beschäftigten-Vertretungen und den Akteur*innen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes sowie des gesundheitlichen und rehabilitati-

ven Versorgungssysteme eine nachhaltige Beschäftigungssicherung gesundheitlich beeinträchtigter und älterer Beschäftigter erreicht werden kann. Eine zentrale Hypothese ist, dass konkrete Unterstützungsformen an den spezifischen Bedarfen und Situationen der Beschäftigten in unterschiedlichen Arbeitskulturen und Organisationsformen und lokalen Bedingungen der untersuchten KMU-Betriebe ansetzen müssen, um Akzeptanz zu gewinnen. Zu diesem Zweck werden Strategien, Erwartungen und Vorstellungen auf der betrieblichen Ebene, bei Beschäftigten und Arbeitgeber*innen, sowie bei den Akteur*innen in Netzwerken und Allianzen mit Hilfe von Interviews und Fokusgruppen erhoben.

Ausgangspunkt für die betriebliche Erhebung ist die Annahme, dass es zwischen verschiedenen Arbeitskulturen charakteristische Unterschiede sowohl in den Beanspruchungen und den erlebten Belastungen durch die Arbeit als auch in der Wahrnehmung, der Thematisierung und im konkreten Umgang mit chronischen Erkrankungen und Leistungswandel in der Arbeit gibt. Dazu wurden beispielhaft vier in zentralen Dimensionen unterscheidbare Arbeitskulturen ausgewählt: das Gastgewerbe, die IT-Branche, die ambulante Pflege und das Handwerk (siehe Abbildung 1). Ein Grund für diese Auswahl liegt auch darin, dass sich diese Arbeitskulturen sehr stark in KMU-Betrieben finden, die im Fokus der Studie stehen.

Abbildung 1: Merkmale der Arbeitskulturen



Quelle: eigene Abbildung

Ziel des Werkstattberichts ist es, einen Einblick in den Stand der Erhebungen zu geben, diese konzeptionell in den Diskussionsstand über Arbeitskulturen und gesundheitliche Belastungen im Handwerk einzubetten und erste Erkenntnisse und Schlussfolgerungen zu formulieren. Die zentralen Fragen lauten: Wie nehmen die Mitarbeiter*innen gesundheitliche Bedrohungen ihrer Beschäftigungsfähigkeit wahr? Gibt es Erwartungen der Beschäftigten an das Aufgreifen von Gesundheitsproblemen durch den Betrieb und wie sehen diese aus? Welche Strategien nutzen die Beschäftigten, um mit den eigenen gesundheitlichen Problemen umzugehen? Wie sieht die Sicht der Arbeitgeber*innen aus? Wie werden gesundheitliche Probleme in der Belegschaft verhandelt? Werden sie im Zusammenhang mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz gesehen? Wie sieht die Sicht der Vorgesetzten und der Firmeninhaber*innen aus?

Zu Beginn erfolgt eine definitorische Annäherung an den Begriff der Arbeitskultur und eine Spezifizierung für das Handwerk. Danach wird ein cursorischer Einblick in die thematisch relevante Literatur gegeben, und schließlich werden erste Ergebnisse dargestellt und in den Zusammenhang der übergreifenden Projektfragestellung nach den Voraussetzungen einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung bei bedingter Gesundheit eingeordnet.

Methodisches Vorgehen

Das Forschungsvorhaben und insbesondere die Erhebungen zu den Arbeitskulturen orientieren sich an der Forschungslogik der Grounded Theory (vgl. Glaser & Strauss 2010, Strauss & Corbin 1996, Charmaz 2006). Im Kern handelt es sich dabei um die systematisch vergleichende Analyse erhobener Fälle – das können Betriebe, Branchen, aber auch gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmern*innen sein –, die schrittweise nach Prinzipien bereits bekannter oder sich im Verlauf der Untersuchung aus dem Material herauskristallisierender maximaler und minimaler Kontraste sowie einer maximalen Variation möglicher Konstellationen ausgewählt werden („Theoretical Sampling“). Auf der Grundlage der aus dem erhobenen Material gewonnenen „Codes“ (z. B. Kernbegriffe und abstrakte Begriffe oder Elemente von Konzepten, die sich aus den Aussagen der Befragten identifizieren lassen) können Kategorien und Konzepte erarbeitet werden, die dazu beitragen, das Spannungsfeld von Arbeit und Gesundheit in den jeweiligen Arbeitskulturen und die berichteten Praktiken im Umgang mit den Themen Arbeits- und Gesundheitsschutz, Umgang mit erkrankten Mitarbeitern*innen und einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung sinnverstandend aus den Perspektiven der Beteiligten zu rekonstruieren.

Feldzugang

Das Gewinnen von Interviewpartner*innen erwies sich als schwierig und konnte nicht im angestrebten Umfang über den Zugang zu Rehabilitationsträgern, Kammern und Gewerkschaften sowie die Verteilung von Informationsmaterialien realisiert werden. Ein möglicher Grund dafür ist, dass die Thematisierung von Erkrankung und Leistungswandel anders als positiv besetzte Leitbegriffe wie „Gesundheit“ oder „Gesundheitsförderung“ im Betrieb tabuisiert ist, etwa aufgrund von Ängsten vor Stigmatisierung und/oder Kündigung, der befürchteten (und konkret auch ganz realen) Belastung von Kollegen*innen, der Beschädigung des Selbstbildes als leistungsfähige Arbeitskraft, etc. (von Kardorff 2018); andere Gründe waren mangelndes Interesse an der Fragestellung oder an den KMUs, etwa seitens der Gewerkschaften. Entsprechend handelt es sich bei der Erhebung der Praktiker*innen der Branche um eine Gelegenheitsstichprobe. Die Erhebung wird durch Interviews mit Expert*innen angereichert (vgl. Meuser und Nagel 1991). Dabei handelte es sich vornehmlich um Mitarbeiter*innen aus Handwerkskammern, die dort auch mit den Themen Arbeit, Gesundheit und Arbeitsschutz befasst oder im Rahmen ihrer Aufgaben mit der Inklusion behinderter Menschen, mit der

Beratung zu Personal- und Organisationsentwicklung oder mit der Technologieberatung betraut sind.

Erhebungsinstrument

Als Erhebungsinstrument wurde das leitfadengestützte Interview verwendet (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008, S. 138 ff.; Hopf 2010, S. 351). Je nach Akteur*innengruppe (Personalverantwortliche*r, Beschäftigte, Expert*innen) wurde jeweils ein eigener Leitfaden verwendet. Für die Arbeitgeber*innen ging es im ersten Teil der Interviews um die Besonderheiten des jeweiligen Betriebes (z. B. Gewerk, Spezialisierung oder Besonderheiten in der Zusammensetzung der Belegschaft). Daran schloss sich die Frage nach dem Stellenwert von Gesundheit bzw. Krankheit in der betrieblichen Situation an. Dabei wurde immer nach konkreten Beispielen und nach deren Bearbeitung gefragt. Weiterhin interessierten wir uns für a) Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung, b) für genutzte, gewünschte und denkbare Hilfen von außen (z. B. Beratung, Begleitung, Interessenvertretung durch Berufsgenossenschaften, Rentenversicherung, Integrationsamt, etc.) bei der Bearbeitung und Vermeidung von gesundheitlichen Einschränkungen und c) für die Stellung der Beschäftigten im Betrieb. Stellung meint dabei sowohl den Betrieb als Organisation von Mitgliedern in formellen Strukturen, als auch den Betrieb als sozialen Raum. Damit ist sowohl der Stellenwert der Beschäftigten innerhalb des Betriebes, als auch das Verhältnis zueinander gemeint. Insbesondere unter der Maßgabe, wie sich ein Leistungswandel auf die genannten Verhältnisse auswirkt bzw. ausgewirkt hat.

Für die Beschäftigten galt ein ähnlich offener Einstieg, wobei der Schwerpunkt darauf gelegt wurde, wie sie sich selbst in der Arbeitssituation verorten und welche Rolle Gesundheit bzw. Krankheit im eigenen Erleben im Zusammenhang mit der Arbeit spielen. Die weitere Befragung der Beschäftigten orientierte sich ebenfalls an einem Leitfaden, dessen Entwicklung komplementär zu dem Leitfaden der Arbeitgeber*innen gestaltet wurde. In den Fällen, in denen Beschäftigte eine Gefährdung ihrer Beschäftigungssicherung oder eine schwere Erkrankung erlebt haben bzw. aktiv erleben, wurde mit Hilfe episodisch-narrativer Fragen die Befragung für den Sinnhorizont der Befragten und ein Verständnis des damit verbundenen Prozesses geöffnet. Daran schlossen sich vier spezifische Fragenkomplexe an:

- eine generelle Einschätzung zum Umgang mit Gesundheitsthemen im Unternehmen;
- Erfahrungen mit den Arbeitgeber*innen (z. B. gesundheitsförderliche Aspekte, Stichworte: Präsentismus, Wertschätzung, Erfahrung von Selbstwirksamkeit, innerbetrieblicher Diskurs zu Gesundheit und Um-

gang mit Krankheit) und Kolleg*innen (Veröffentlichung von gesundheitlichen Einschränkungen und der Umgang damit);

- eigene Erfahrungen von Krankheit bzw. gesundheitlichen Einschränkungen auch über die Arbeitssituation hinaus und
- der Blick auf die konkrete Arbeitsgestaltung und Organisation.

Parallel dazu wurden Fragen nach bestehenden und gewünschten Formen einer überbetrieblichen Unterstützung gestellt. Für die Expert*innen wurde mit Blick auf deren Handlungsfelder, Funktionen und Erfahrungen ein eigener Leitfaden entwickelt.

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt(e) über die drei Kodierverfahren der Grounded Theory (offenes, selektives und axiales Kodieren). Dies geschieht innerhalb der Arbeitskulturen unter der Maßgabe des ständigen Vergleiches, so dass ein Verständnis der Sinnhorizonte der Beschäftigten und der Unternehmer*innen entwickelt und dann aufeinander bezogen bzw. miteinander verglichen werden kann. Die Analyse der Experteninterviews erfolgte inhaltsanalytisch.

Kurzdarstellung des Samples

Tabelle 1 bietet einen Überblick über die interviewten betroffenen Beschäftigten. Die im Beitrag verwendeten Zitate sind Ausschnitte der Transkriptionen basierend auf den Interviews. Die verwendeten Transkriptionszeichen sind nach Rosenthal (2011, S. 93) angelegt.

Tabelle 1: Darstellung des Samples (Namen: Pseudonyme)

Name	Alter	Ausbildungsberuf	aktueller Beruf	Einschränkung
Armin Mainzer	62	Buchdrucker	Offset-Drucker	Diabetes, Schmerzen in Knien und Beinen
Julia Hahn	52	Friseurin	Friseurin	Ödeme in der Schulter
Hendrik Mahler	62	Installateur Gas/Wasser	Haustechnischer Angestellter	abnehmende Leistungsfähigkeit
Mario Brabs	54	Zimmerer	Arbeitsunfähig	atrophiierte Gelenke der Hände und Arme
Hendrik Steiger	55	Maler/Lackierer	Maler/Lackierer	Arthrose beider Knie, Herzinfarkt

Manuel Uribe	57	Maurer	Maurer	aufgrund kardiologischer Erkrankung eingeschränkt leistungsfähig, Bandscheibenvorfälle
Stefan Frank	35	Maler/Lackierer	Maler/Lackierer	eingeschränkte Beweglichkeit der Finger nach Arbeitsunfall
Mathias Steinecke	51	Maler/Lackierer	Maler/Lackierer	Schmerzen in der Wirbelsäule

Quelle: eigene Darstellung

Sicherung des Datenschutzes

Alle Interviewpartner erhielten eine Kurzinformation zum Projekt und wurden um Einwilligung zur Teilnahme gebeten – mit der Möglichkeit jederzeit ohne negative Folgen abzubrechen. Alle im Weiteren genannten Angaben von bzw. zu Interviewpartner*innen wurden entsprechend des Bundesdatenschutzgesetz § 40 anonymisiert, die Namen sind pseudonymisiert und so verfremdet, dass keinerlei Rückschlüsse auf die Befragten möglich sind.

Ausgewählte Perspektiven zu Gesundheit und Krankheit im Handwerk

Der folgende Einblick in die Literatur zu Fragen der Gesundheit und des gesunden Alterns im Handwerk erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Auswahl von Befunden und Analysen dient auch als Kontrastfolie, die es ermöglicht, den im weitesten Sinne arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Diskurs darauf hin zu beleuchten, inwieweit dessen Befunde und Thematisierungsformen auch in den Äußerungen der befragten Akteur*innen im Feld und der Arbeitnehmer*innen aufgenommen und wie er ggf. dort gerahmt wird. Wie bereits angedeutet, wird die Frage der gesundheitsbezogenen Beschäftigungssicherung im Handwerk in der Literatur häufig strukturell ausgeblendet. Beispielhaft dafür kann der Beitrag von Thomä (2014, S. 596) gelten, der des Fachkräftemangels, wegen eines zunehmenden Bedarfs an Handwerker*innen artikuliert. Hierbei aber primär die Perspektive auf Auszubildende lenkt und nur kurz andeutet, dass mit Blick auf ältere Beschäftigte die „Personalreserven“ nicht ausreichend ausgenutzt werden. Diese Lücke in der Literatur lässt sich nicht nur mit einem blinden Fleck im wissenschaftlichen Diskurs erklären, sondern ist auch darauf zurückzuführen, dass im Feld die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit unter gesundheitlichen Gesichtspunkten nicht oder nur vereinzelt thematisiert wird. In ihrer qualitativen Untersuchung zu „Biographische[n] Berufsorientierungen deutscher und englischer Kfz-Mechatroniker“ zeigt Gericke (2011) mit einem offenen Forschungsdesign, dass es in diesem Gewerk scheinbar keine Thematisierung gesundheitlicher Aspekte in der berufsbiografischen Arbeit gibt. Das entwickelte Kategoriensystem berücksichtigt keine Gesundheitsthemen, weil diese in der Arbeits- und Lebenswirklichkeit der Befragten nicht artikuliert werden. Ursächlich dafür können die oben gemachten Formen der Tabuisierung von Krankheit im Arbeitszusammenhang sein, aber auch eine in der Lebenswelt der Handwerker*innen bestehende Unbewusstheit des Themas. Gesundheit im Handwerk, das zeigen die folgenden Ausführungen, wird thematisiert und es gibt konkrete Vorschläge und Ideen, die Belastungen reduzieren helfen können. Dennoch zeigen die Beiträge von Gericke und Thomä exemplarisch, dass Gesundheit nicht immer berücksichtigt wird.

Auf welche Weise wird das Handwerk in der Fachliteratur verhandelt? In der Diskussion zu Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit in Handwerksbetrieben werden diese häufig unter KMU bzw. KKV subsumiert. Generalisierende Aussagen bspw. zur betrieblichen Gesundheitsförde-

rung in KMU werden von Klingler (Klingler 2016, S. 50 f.) in seinem Beitrag zum BGM im Handwerk als Aussagen zum bzw. über das Handwerk aufgegriffen. Begründet wird dieses Vorgehen damit, dass ein nicht unerheblicher Teil (27 %) der Betriebe mit einer Größe bis zu 50 Beschäftigten durch Unternehmen des Handwerks gestellt wird (vgl. Klingler 2016, S. 51). In seiner Darstellung fehlt es an einem sinnverstehenden Zugang zum Handwerk und insbesondere zu dessen Praxen der Beschäftigungssicherung.

Ein Überblick über den Stand der Veröffentlichungen zum Handwerk zeigt, dass nur selten ein tiefergehendes Verständnis der Arbeitskultur des Handwerks erarbeitet wird. Wenn es doch eine Auseinandersetzung wie im Falle von Weikmann et al. (2017) gibt, dann wird diese nicht auf die Beschäftigungssicherung bezogen.

Die Gesundheit der Beschäftigten wird in der Literatur dennoch thematisiert bspw. mit Blick auf konkrete Belastungen der handwerklichen Arbeit und deren gesundheitsförderliche Gestaltung (vgl. zur Unterscheidung von Belastung und Beanspruchung sowie dem Belastungs-Beanspruchungs-Modell Schlick et al. 2010, S. 38 ff.). Hier besteht in der Regel ein gutes Verständnis von gesundheitlichen Belastungen durch die Tätigkeiten im Handwerk. Die Belastungsprofile des Handwerks zeigen erwartbar und eindeutig, dass die häufig stark, wiederholt und langfristig beanspruchenden körperlichen Arbeiten zu physischen Beschwerden bis zu chronischen Krankheiten führen. Hartmann und Seidel (2009) zeigen dies mit Blick auf die Bauwirtschaft und für Befunde in der Wirbelsäulenregion. Neben den damit verbundenen epidemiologischen Aussagen lässt sich aus der Datenlage ablesen, dass die im Zusammenhang mit der Arbeit erworbenen gesundheitlichen Einschränkungen die Betroffenen aus der Arbeit drängen (vgl. Hartmann & Seidel 2009, S. 265 f.). Daneben gibt es auch Beiträge, wie den von Rönick et al. (2017), denen die Erfassung konkreter Belastungen im Dachdecker- und im Zimmermannshandwerk zugrunde liegen. Mit Hilfe der Erfassung konkreter Belastungen in der Arbeitssituation können Betriebe und Beschäftigte Verhältnisse (technische und organisatorische Belastungsreduktion) und Verhalten (Tragetechiken, Ausgleichsübungen) an das Belastungsprofil des Gewerks anpassen, um gesundheitliche Beschwerden zu vermeiden oder hinauszuzögern (vgl. Rönick et al. 2017, S. 6 f.). Auch für andere Gewerke lassen sich typische Belastungen und damit verbundene Beanspruchungen finden. Im Friseurhandwerk ist das bspw. der Umgang mit Allergenen in Waschmitteln, Haarfestigern etc., die zu Hautkrankheiten führen können (vgl. Sonsmann et al. 2011). Ähnliches findet sich mit Blick auf Gefahrstoffe auch für das Dachdecker- oder das Sanitär-, Heizungs- und Klima-Handwerk (SHK) (vgl. Packe-

busch & Weber 2000, S. 61 ff.). Diesen Untersuchungen ist in der Regel gemein, dass sie Belastungen identifizieren, diese aber nicht oder sehr knapp auf die Arbeitskulturen beziehen.

Ein beispielhafter Blick in den Kanon der Gewerke zeigt, dass der Gesundheits-, Arbeits- und Unfallschutz in den Lehrbüchern verankert ist (vgl. für das Malerhandwerk Heid, Reith 2010), was sich in der Praxis nicht immer oder nur unzureichend umgesetzt findet. Zentrale Erklärungen sind dabei eine aufgrund eines nicht vorhandenen Leidensdrucks wenig ausgeprägte Einsicht in die Bedeutung des Arbeitsschutzes sowie die fehlenden zeitlichen Ressourcen, um das Thema Arbeitsschutz in den meist inhabergeführten Betrieben umfassend zu bearbeiten (vgl. Gräske 2011, S. 9). Fehlender Leidensdruck meint, dass das Thema Gesundheit im Arbeitsalltag in der Regel nicht präsent ist, es sei denn, aufgrund konkreter Unfälle oder Erkrankungen lässt sich eine Bearbeitung nicht vermeiden.

Die bestehende Lücke zwischen Literatur und Praxis wird durch die relevanten Akteure wie bspw. die Berufsgenossenschaften erkannt. Es gibt eine Vielzahl von Flyern, Handreichungen und Broschüren, die helfen sollen, die Beschäftigten und Unternehmer*innen auf Gesundheitsgefahren und gesundheitsförderliche Praxis und Gestaltung aufmerksam zu machen. So veröffentlichen die verantwortlichen Berufsgenossenschaften für ihre Mitgliedsbetriebe Informationen zum Arbeitsschutz und bieten gezielte Hilfestellungen an (z. B. Seminare, Beratung; im Bauhandwerk konkret AMS – Arbeitsschutz mit System von der BG BAU). Die „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) bietet ebenfalls Materialien an und hat z. B. für das Bauhandwerk mit der „Offensive Gutes Bauen“ ein Netzwerk geschaffen, dem es darum geht, eine „mitarbeiterorientierte Unternehmensführung“ zu etablieren (vgl. Gutes Bauen: Der Check für Bauherren 2016, S. 2). Ein Instrument dabei ist der *Unternehmenscheck: Gutes Bauen*. Eine Vielzahl von Informationsmaterialien und Handreichungen werden auch von der BAuA für ein breites Spektrum von Arbeitsformen und Tätigkeitsbereichen herausgegeben. Dort finden sich sehr konkrete Informationen zur Arbeitssicherheit, zu Gefahrstoffen, psychischen und körperlichen Beanspruchungen sowie Handreichungen zur Gefährdungsbeurteilung, wie z. B. eine Broschüre zu „Sicherheit und Gesundheit in Handwerksbetrieben“ (vgl. Dicke 2007).

In den letzten Jahren werden zunehmend auch psychische Belastungen im Handwerk diskutiert (vgl. Baumann & Ihm 2018, S. 321f). Osranek und Ritter (2016) stehen dabei exemplarisch für eine Sichtweise, die psychische Belastungen vornehmlich unter dem Gesichtspunkt der Betriebsführung thematisiert. Das gilt auch für Baumann und Ihm

(op. cit.), die aber ebenso anmerken, dass flexible Arbeitsorte wie in der Baubranche üblich eher zu psychischen Belastungen führen, als dies an festen Arbeitsplätzen der Fall ist. Dicke (2007, S. 19 f.) benennt weitere Bedingungen für psychische Fehlbelastungen in der Arbeit: unklare Arbeitsaufgaben, unzureichende Arbeitsmittel, eine belastende (z. B. durch Lärm) Arbeitsumgebung, eine unklare Arbeitsorganisation und unhygienische und/oder unorganisierte Arbeitsplätze. Hier gibt es ebenfalls Material, das im Rahmen von INQA entstanden ist. Dafür beispielhaft ist die im Projekt psyGA entstandene Reihe „Kein Stress mit dem Stress“, die für das Handwerk eine eigenständige und sehr umfangreiche Handreichung veröffentlicht hat.

Weniger stark auf Belastungen bezogen, orientiert sich ein Strang der Literatur an der Personalentwicklung im Handwerk (Packebusch & Weber 2000; Naegele 2016; Naegele & Frerichs 2018). Hier wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, einem sich abzeichnenden bzw. bereits manifesten Fachkräftemangel sowie sich ändernden Anforderungen an die Arbeit der Handwerk*innen die Frage gestellt, welche Formen der Personalentwicklung dazu beitragen, den Fortbestand des Handwerks zu sichern. Dabei merken Naegele und Frerichs (2018, S. 210) an, dass es sich bei Berufen im Handwerk häufig um „Tätigkeiten mit einer begrenzten Tätigkeitsdauer“ handelt. Begrenzte Tätigkeitsdauer meint, dass ein Verbleib im Handwerk vom Schulabschluss bis zur Rente nach Regelzeit aus gesundheitlichen Gründen vielfach schwer zu realisieren ist. Weil die Kausalität von Belastungen und Beeinträchtigungen oft nicht eindeutig belegt werden kann und es sich mit Ausnahme anerkannter Berufskrankheiten immer um ein multifaktorielles Geschehen handelt, müssen Lösungen gefunden werden, die sowohl dem*der Mitarbeiter*in entsprechen als auch in das Unternehmen als wirtschaftende Organisation und soziales Gefüge passen (vgl. Naegele, Frerichs 2018, S. 219 ff.). Die bevorzugte Antwort auf die begrenzte Tätigkeitsdauer findet sich im „Tätigkeitswechsel für ältere Mitarbeiter“ (Naegele 2016, S. 210). Jene scheiden nicht aus den Unternehmen aus, wie dies aufgrund der Altersstruktur im Handwerk erkennbar der Fall ist, sondern bleiben mit ihren Kompetenzen, die auch durch die Betriebe zu fördern sind, dem Unternehmen erhalten (vgl. Zoch 2008, S. 16). Ein Weg, dies zu erreichen, ist neben der Schaffung von „Schonarbeitsplätzen“ die Etablierung von Tandems von jüngeren und erfahrenen, älteren aber leistungsgewandelten Beschäftigten im Unternehmen. Frerichs und Naegele (2018, S. 220) sehen darin vornehmlich ein Mittel des Kompetenzerhalts und der Ausbildung. In altersgemischten Teams zeigt sich, dass sie aufgrund ihrer diversen Zusammensetzung in der Lage sind, überdurchschnittliche Kompetenzen bei der Lö-

sung von Problemen zu aktivieren. Damit verbunden ist, dass die Produktivität altersgemischter Teams sowohl für die jüngeren als auch die älteren Beschäftigten positiv zu bewerten ist (vgl. Göbel & Zwick 2010, S. 6 und 14).

Pröll et al. (2011) zeigen, dass das Thema Gesundheit (Prävention) ein ergänzender Teil des Angebots der deutschen Kammerkultur sein kann. Die Ergebnisse des zugrundeliegenden Projekts „PräTrans“ veranschaulichen, dass sich die thematische Integration in einer Grauzone bewegt, da die Beratungsangebote der Kammern im Kern nicht auf Prävention ausgelegt sind. Die Kammern als solche sind nicht primärer Träger von Beratungs- und Dienstleistungsangeboten im Feld, sie können aber für Themen sensibilisieren (vgl. Pröll et al. 2011, S. 211). In der Beratungsarbeit der Kammern ist mit dem Aufgreifen der Prävention entsprechend eine diffizile Gemengelage verbunden. Sie können in der Betreuung und Beratung die Tiefe der anderen relevanten Player wie der Rentenversicherung oder den Berufsgenossenschaften nicht erreichen und müssen sich dementsprechend der mit der eigenen Arbeit verbundenen Potentiale und Grenzen bewusst sein. Ein Vorteil, der sich aus der Zusammenarbeit mit Kammern und Innungen ergibt, ist die Tatsache, dass die Betriebe über Wege erreicht werden können, die gebahnt sind. Die Beratungsangebote der Handwerkskammern und der Innungen werden bereits genutzt, und es gibt eine beständige, je nach Unternehmen stärker oder weniger stark ausgeprägte Diffusion von Wissen, die ein Agenda Setting in den Betrieben beeinflussen kann (vgl. Pröll et al. 2011, S. 117 ff.). Die Handwerkskammern und Innungen können entsprechend eine Antwort auf das Problem eines fehlenden Transfers des Wissens um gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung sein, indem diese den Aspekt der gesunden Gestaltung von Arbeit und der Beschäftigungssicherung in ihren Beratungsalltag integrieren. Für die Praxen der Handwerksbetriebe gilt, dass das Thema Gesundheit ein „pragmatisches kleinbetriebliches Gesundheitsmanagement“ bedeutet (vgl. Pröll et al. 2011, S. 214). Pragmatisch meint dabei auch, dass sich die Umsetzung an akuten Bedarfen orientiert. Das lässt ein auf Bedarfsberatung angelegtes System, wie dies z. T. bei den Handwerkskammern etabliert ist, als günstigsten Anknüpfungspunkt auch in der Beschäftigungssicherung erscheinen.

Das Handwerk als Arbeitskultur – ein Definitionsversuch

In der Studie wird von der Annahme ausgegangen, dass sich nicht nur das Belastungserleben und damit verbunden die gesundheitlichen Beanspruchungen in unterschiedlichen *Arbeitskulturen* voneinander unterscheiden, sondern auch die Formen und Diskurse der Thematisierung von Gesundheit/Krankheit. Was ist dabei unter „Arbeitskultur“ zu verstehen? Nach einem kurzen Blick in ausgewählte Definitionen und Konzepte von „Arbeitskultur“ stellen wir unsere heuristische Überlegung vor. Der Begriff Kultur wird in Anlehnung an den Bestimmungsversuch von Antweiler (2018, S. 249) vorläufig als „Lebensweise eines Kollektivs“ in Differenz zu Lebensweisen anderer Kollektive verstanden.

Die Definition des Begriffs Arbeitskultur hängt wesentlich davon ab, wie weit dieser gefasst wird oder welche Kollektive und Kollektivgrößen damit fokussiert werden. Das Institut für gesundheitliche Prävention (IFGP) spricht davon, dass die Arbeitskultur von der Unternehmenskultur zu trennen sei, wobei die Arbeitskultur Teil der Unternehmenskultur sei (vgl. Lenzen et al. 2009, S. 9). Der Begriff ist somit auf die „spezifischen Arbeitsplatzbedingungen“ in der organisationalen Struktur des Unternehmens bezogen, die auf die Unternehmenskultur zurückwirken (vgl. ebd.). Diese enge Vorstellung von Arbeitskultur ließe sich pointiert als Arbeitsplatzkultur oder Arbeitsbereichskultur des Unternehmens verstehen. In eine ähnliche Richtung geht auch die Definition von Eichhorst et al. (2016) im Fehlzeitenreport 2016. In ihrem Beitrag bedeutet „Arbeitskultur ... die konkrete Arbeitsumgebung im Unternehmen“ (Eichhorst et al. 2016, S. 10). Obschon sie im Weiteren von „nationalen Arbeitskulturen“ sprechen, ist ihr Begriff ebenfalls auf kleinteilige Bereiche innerhalb von Unternehmen bezogen (vgl. ebd., S. 18). Die Differenz besteht entsprechend innerhalb der organisationalen Logik der Arbeitsteilung. Gemeinsam ist diesen Konzepten, dass das Besondere der „Kultur“ als ein semantischer Zusammenhang historisch gewachsener Wahrnehmungsformen und Praxen, die die Arbeitsprozesse ebenso wie die Interaktionsformen betreffen nur begrenzt wahrgenommen wird.

Im Kontext unserer Untersuchung wird der Begriff *Arbeitskultur* in einem weiteren Sinne verstanden. Sie umfasst nicht nur die konkrete Arbeitssituation innerhalb eines Unternehmens, sondern sie dient in analytischer Weise dazu, die kulturellen Gemeinsamkeiten von Gewerken und Arbeitsformen (Arbeitsaufgaben, Prozessgestaltung, Anforderungen) zu fassen, deren Arbeit gleich oder ähnlich beschaffen ist bzw. unter einem Begriff subsumiert werden kann. Entsprechend werden Unternehmenskulturen als konkrete Praxen arbeitskulturellen Handelns verstanden und

sind in diesem Zuschnitt immer auch Teilmengen einer umfassenderen Arbeitskultur. Dabei lassen sich für die Arbeitskultur Handwerk folgende Charakteristiken benennen, die über konkrete Unternehmen und einzelne Gewerke hinausweisen: Zeitdruck und Termintreue, körperliche Belastungen und eine wenig ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, Selbstverantwortung und Selbstgestaltungsmöglichkeiten, sowie darauf aufbauend ein positives Kompetenzerleben der Beschäftigten (vgl. Hien 2000 und Steinberg et al. 2007).

Stärker an einem Konzept für empirische und analytische Studien orientiert formuliert Widuckel (2015, S. 30): „Unter dem Begriff der Arbeitskultur werden [...] die Arbeit und das Arbeitshandeln als individuelle und gesellschaftliche Tätigkeit prägende Werte und Normen sowie die ihr unterliegenden sozialen Beziehungen verstanden“. Daraus ergibt sich, dass Arbeitskultur die Werte, Normen und charakteristischen sozialen Beziehungen umfasst, die bei gleicher oder ähnlicher Arbeit wirkmächtig sind und über die konkrete Manifestation innerhalb eines Unternehmens oder einer Unternehmenskultur hinausweisen. Arbeitskultur meint also nicht nur das konkrete Arbeitshandeln, sondern hat die Lebenswelt der Arbeitenden im Blick (vgl. zum Begriff der Lebenswelt in der Arbeit Volmerg et al. 1986). In ihrem einführenden Beitrag zum Tagungsband „Arbeitskulturen im Umbruch“ zeigen Götz und Wittel (2002), dass die begriffliche Unschärfe mit Blick auf Arbeitskulturen auf eine Ambivalenz hindeuten, die produktiv analytisch genutzt werden könnte. Wenn synonym aber nicht kongruent Arbeitsmilieus, Arbeitskulturen und Unternehmenskulturen vermischt werden, dann zeigt sich, dass die oben gemachten Differenzierungen in der Empirie nicht einfach aufgelöst werden können und forschungslogisch pragmatisch gewendet werden müssen. Der Begriff Arbeitskultur ist in der Literatur nicht abschließend definiert. Häufig wird er auch verwendet, ohne den damit verbundenen Gehalt zu spezifizieren. Daher wird der Begriff hier in erster Linie als Heuristik verwendet, um die spezifischen Bedingungen für die Bearbeitung von Gesundheitsproblemen im Handwerk von den anderen Bereichen (Pflege, Gaststätten- und Hotelgewerbe, IT-Branche) anhand charakteristischer Merkmale zu unterscheiden.

„Handwerk“ steht als Sammelbegriff für eine Vielzahl in sich ganz unterschiedlicher Gewerke, Betriebsformen und mit Blick auf die Fragestellungen ganz unterschiedlicher gesundheitlicher Belastungen. Gemeinsam ist dem Handwerk jedoch, dass es sich überwiegend um inhabergeführte Kleinst- und KMU-Betriebe handelt, die in unterschiedlichen herstellenden oder dienstleistungsbezogenen Bereichen (z. B. Reparaturdienstleistungen) tätig sind, in der Regel stark ortsgebunden und lokal verortet, und die schließlich von einem hohen Traditionsbewusstsein

und einem Sinn für Eigenständigkeit geprägt sind. Mit Blick auf die gesundheitlich relevanten Formen der Arbeitsbeziehungen sind im Handwerk die konkreten persönlichen Beziehungen zum Inhaber und zu den Kollegen*innen eng, mit allen daraus resultierenden Abhängigkeiten, Konflikten und auch Solidaritäten, die im Handwerk durch die Beziehung von Gesell*innen und Meister*innen geprägt sind.

Umgang mit Belastungen in der Sozialordnung von Kleinst- und KMU-Betrieben im Handwerk

Mit Blick auf die Forschungsfrage des Projekts zeigt sich die bekannte und in der Praxis der Beschäftigten akzeptierte Rolle der starken körperlichen Belastungen und daraus folgender Beanspruchungen als zentraler arbeitskultureller Markierer, der von der Friseurin bis zum Zimmerer geteilt wird. Darüber hinaus muss einschränkend gelten, dass, wie David Beck (2011, S. 147) es für die Kleinstunternehmen formuliert, es viele verschiedene Ausprägungen gibt, die einen je spezifischen Umgang mit Belastungen und ihrer Wahrnehmung zeigen. Er veranschaulicht dies anhand des Konzepts der „[k]leinbetrieblichen Sozialordnung“ (vgl. Beck 2011, S. 121 ff.) Sie kann als eine eigenrationale und gemeinschaftliche Ausprägung des spezifischen Unternehmens beschrieben werden und hat Auswirkungen auf die jeweils eigenen Formen, wie und unter welcher Chiffre Belastung thematisiert werden kann und wird.

Wenn sich die Arbeitskultur Handwerk als heterogenes Phänomen präsentiert, bleibt die Frage: Wie lässt sich die Arbeitskultur Handwerk im Sinne des Forschungsvorhabens fassen? Konzeptionell ist der Ausgangspunkt dort zu finden, wo bestimmte Berufsbilder als Handwerk klassifiziert werden. Dieser legalistische Zuschnitt erlaubt es dann, die prozessual sekundäre Frage zu stellen und zu beantworten, ob es ein homogenisierendes Element im Leben und Erleben der Beschäftigten, insbesondere beim Thema der Beschäftigungssicherung gibt. Dieses findet sich in der fatalistischen und normalisierenden Perspektive auf den körperlichen Verschleiß der Beschäftigten. In Abgrenzung zu den anderen betrachteten Arbeitskulturen im Projekt findet sich die physische Verausgabung auch in der ambulanten Pflege, erscheint hier aber mit weniger Stolz, weil mit geringerer gesellschaftlicher Anerkennung verbunden. Zudem nehmen Pflegekräfte vornehmlich psychosoziale Anforderungen wahr, wohingegen die Beschäftigten etwa im Baugewerbe vor allem physische Arbeitsanforderungen betonen (vgl. Eichhorst et al. 2016, S. 17). Das zeigte sich mit Vorgriff auf die empirischen Ergebnisse auch in der qualitativen Erhebung. Die befragten Pflegenden thematisieren Belastungen als notwendige Folge einer ethisch als geboten empfundenen Arbeitsaufgabe. Stolz im Handwerk meint nicht, dass das Ergebnis, also eine drohende oder akute Beschäftigungsunfähigkeit, posi-

tiv gedeutet wird. Dieser Einschnitt wird als Bedrohung der Identität erlebt. Vielmehr ist die Verausgabung positiv besetzt. Sie begründet, warum man bei Leistungswandel einen nicht nur legalen, sondern auch legitimen Anspruch auf Unterstützung durch Unfall- und Sozialversicherungsträger hat. Sie bedeutet Kollegialität und ist nicht zuletzt auch Ausdruck der eigenen Selbstwirksamkeit. Die Haltung der Beschäftigten wird ergänzt um den Aspekt der tendenziellen Fürsorge und sozialen Verantwortung auf Seiten der Inhaber (vgl. Pröll et al. 2011, S. 213). Diese ist historisch gewachsen und durch eine Abwägung betriebswirtschaftlicher und humanitärer Überlegungen geprägt (vgl. Klingler 2016, S. 51 ff.) und lässt sich mit dem Konzept des Familienunternehmens im Handwerk fassen (vgl. Traublinger 2010).

Ergebnisse der Erhebung

Das Handwerk als empirische Arbeitskultur

Die von uns ausgewählte Literatur zum Handwerk zeigt, wie auch unsere Erhebungen, dass es nicht das eine Handwerk gibt (vgl. Baumann & Ihm 2018, S. 309). Die einzelnen Gewerke prägen je eigene Arten des Arbeitens aus, die selbst innerhalb der Gewerke keine homogene Struktur aufweisen. Die Art der Arbeitsorganisation und der Arbeitsgestaltung ist entsprechend sowohl durch das Gewerk geprägt als auch durch die Bedingungen, welche die Verortung des Betriebes innerhalb des Gewerks spezifizieren (bspw. regionale Einbettung oder Spezialisierung) und die je eigene Form der Arbeitsrationalität. Letzteres meint z. B. dass wir, wie im Fall von einer befragten Friseurin, nicht davon ausgehen können, dass jeder Friseurbetrieb über mehrere Salons verfügt oder eine gehobene Klientel anspricht. Die Beschreibungen der jeweiligen Betriebe durch die Beschäftigten und Unternehmer*innen in der Erhebung sind immer auf die Spezifika ausgerichtet. Demgegenüber werden kontrastive Vergleiche in der Regel an unspezifischen Generalisationen vorgenommen oder beziehen sich auf konkrete vormalige Erfahrungen in anderen Betrieben in denen die Teilnehmer*innen tätig waren. Bei den Befragten zeigt sich eine in der Lebenswelt verankerte Vorstellung von dem kulturellen Kern (ihres) handwerklichen Arbeitens. Diese werden in einem Komplex unmittelbar konkreter Erfahrungen im Alltag und abstrakter Vorstellungen aktualisiert und bestätigt. Sie sind jedoch nicht uniform, wie insbesondere die Befragten innerhalb eines Gewerkes (hier insbes. im Gewerk der Maler*innen) zeigen.

Die Beziehung zwischen Meister*in und Gesell*innen zeigt sich in ihrer Varianz in unsere Studie etwa bei Herrn Steinecke, der aufgrund des plötzlichen Todes des vormaligen Unternehmers und der De-facto-Übernahme des Betriebes durch einen Kollegen zwei gänzlich unterschiedliche Erfahrungen macht. Für Herrn Steinecke sind damit zwei verschiedene Unternehmenskulturen verknüpft, die sich sowohl auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz als auch auf die Art der Aufträge und die Arbeitsintensität auswirken. Nach der Übernahme wird der Betrieb unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten rationalisiert. Die zunehmende Fokussierung auf das Betriebsergebnis führt in Verbindung mit dem neuen Charakter der Geschäftsführung dazu, dass aus der Sicht von Herrn Steinecke weniger attraktive Aufträge auf Großbaustellen angenommen werden und sich z. B. die Verantwortlichkeit zum Tragen von Atemmasken mehr in die Eigenverantwortung der Beschäftigten

verschiebt und nicht mehr wie zuvor beim alten Chef aktiv gefordert wird.

Im Interview mit einer für Inklusion zuständigen Expertin einer Handwerkskammer verweist sie auf zwei zentrale Sachverhalte: 1. eine kurzfristige betriebswirtschaftliche Orientierung und 2. eine Unterscheidung von der Welt der Angestellten. Diese Differenz wird kontrastiv – wie eine branchentypische Standarderzählung – daran veranschaulicht, dass es sich ein Handwerker kaum leisten kann, so schlecht erreichbar zu sein, wie die Behörden, die er kontaktieren muss, um beispielsweise Förderung bei der Weiterbeschäftigung mit erworbener Behinderung zu erhalten.

Es gibt einen diskursiven, kulturellen Kern dessen, was das Handwerk auszeichnet. Dieser baut auf einer klaren, direkten Kommunikation auf und lebt von der meist täglich erfahrenen und salutogenetischen Selbstwirksamkeit der Beschäftigten. Die Gesundheit ist dabei ein Thema diffuser Qualität. Sie ist bei den von uns befragten Personen durch jahrelange Belastungen, Konstitution und Arbeitsunfälle mehr oder weniger stark belastet, aber immer auch bedroht. Eine proaktive Bearbeitung wird aber nicht angestoßen. Der körperliche Verschleiß ist ein normales und normalisierendes Element der Berufsbiografie, welches einen Exit vor der Regelaltersrente wahrscheinlich macht. Dies verweist auch darauf, dass es i. d. R. nicht zu einer präventiven Bearbeitung kommt – weder individuell noch in den Betrieben. Insgesamt zeigt sich, dass sich die konzeptionellen Überlegungen zum Handwerk mit den empirischen Ergebnissen decken. In den unterschiedlichen betrieblichen Sozialordnungen ist die oben beschriebene kollektive Lebens- bzw. Arbeitsweise konsistent.

Arbeits- und Gesundheitsschutz als Voraussetzung nachhaltiger Beschäftigungssicherung

Arbeits- und Gesundheitsschutz und damit alle Ebenen der Prävention werden von unseren Befragten in der Regel als richtig und wichtig verstanden. Damit sind auch bestimmte Vorstellungen davon verbunden, was möglich und umsetzbar ist. Insofern herrscht ein pragmatisches Verständnis mit Bezug auf präventive Angebote. Dieses Verständnis ist nicht einseitig auf Verhältnis- oder Verhaltensprävention beschränkt. Eindrücklich zeigt sich dies etwa in den Äußerungen von Herrn Steinecke, wenn er darauf verweist, dass ihm Arbeitskleidung und Schutzausrüstung gestellt werden. Diese zu verwenden, wird auch als individuelle Entscheidung des jeweiligen Beschäftigten verstanden. Der neue Chef

zeigt ein geringeres Interesse am Arbeitsschutz als sein Vorgänger, was sich u. a. an den nunmehr ausbleibenden betriebsärztlichen Untersuchungen und an der früher angeordneten und jetzt nicht mehr geforderten Verwendung von Atemmasken zeigt.

„B: So wie Waschpasten, Handschuhe oder Staubmasken, der kommt da nicht so von allein drauf

I: Und warum kommt er da nicht von alleine drauf

B: Weils Kosten verursacht“

(Aus dem Interview mit Herrn Steinecke; unter „B:“ finden sich die Aussagen der Befragten und unter „I:“ die der interviewenden Person.)

Damit deutet sich an, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Praxis auch ein Phänomen der Selbstsorge ist. Damit ist auch verbunden, dass die Mitarbeiter*innen selbst graduell zu Verantwortlichen des eigenen Gesundheitsschutzes gemacht werden. Diese Feststellung ist nicht neu. So merkte Fromm bereits 1998 (S. 17) an, dass „in der Praxis ein [...] pragmatisches Modell der Verantwortungsteilung“ vorherrscht. Die Praxis des Handwerks widerspricht den gesetzlichen Vorgaben. Beim Thema Sicherheitsbekleidung (z. B. Schuhe) verdeutlicht Herr Steinecke, dass die betriebswirtschaftlich motivierte Zurückhaltung im Arbeitsschutz auch auf Präferenzen der Beschäftigten stoßen kann. Er selbst verwendet die Schuhe, die den höchsten Grad an Sicherheit bieten, erkennt aber auch an, dass seine Kollegen durchaus andere Präferenzen haben.

„B: Andere tragen gern Turnschuh

I: Und das dürfen die dann auch

B: Naja das ist ihre Entscheidung“

(Aus dem Interview mit Herrn Steinecke)

Die Wahl etwa mit Turnschuhen ein Gerüst zu betreten, wird nicht als vernünftig, aber als selbstbestimmt verstanden. Konsequenz kann eine Allianz zwischen Beschäftigten und Unternehmen sein, die den Arbeitsschutz gezielt unterwandert – obschon sich die die Motivlagen unterscheiden.

Wenn die Frage der Verantwortung – abgesehen von rechtlichen Verpflichtungen des Arbeitgebers – von unterschiedlichen betrieblichen Akteuren beantwortet wird, dann ist damit auch verbunden, dass diejenigen, die im Rahmen des präventiven Geschehens konkret aktiv werden oder dazu aufgefordert sind, unterschiedliche Positionen in der organisationalen Struktur des Unternehmens einzunehmen. Das gilt besonders im Handwerk, in dem Selbstverantwortung für die Gesell*innen ein bedeutendes Element in der Arbeit darstellt. Dies verweist nicht nur auf ein Machtgefüge, dass, wie z. B. Herr Mahler zeigt, auch innerhalb von Handwerksbetrieben zu Konkurrenz unter den Mitarbeiter*innen füh-

ren kann, sondern auch das Verhältnis zur Umwelt des Betriebes beeinflusst. Die Angestellten in unserem Sample wissen in der Regel um die Aufgaben der Berufsgenossenschaften, stehen aber mit diesen oder mit anderen überbetrieblichen Akteuren nicht im Kontakt. Der Diskurs zum Arbeits- und Gesundheitsschutz läuft so an den teilverantwortlich gemachten Beschäftigten vorbei. Hier wäre ein Beratungsansatz der BGen auf KK- und KMU-Betriebe denkbar, welcher Beschäftigte und Unternehmer in gleicher Weise anspricht.

Prämisse einer nachhaltigen Beschäftigungssicherung

Was bedeutet das oben Gesagte nun für die Beschäftigungssicherung? Mittel- und langfristig ist eine unklare und nur ungenau ausgehandelte Verantwortlichkeit für die Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter*innen nicht förderlich. Gleiches gilt auch für eine Differenzierung der Verantwortlichkeiten, in der die Leitung des Betriebes nur für die Verhältnisse und die Beschäftigten nur für ihr Verhalten verantwortlich sind. Sinnvoll erscheint es, dass beide Perspektiven sich in einer Art verstetigter Gefährdungsbeurteilung verschränken und es erlauben, sich mit Blick auf die Beschäftigungsfähigkeit auf Augenhöhe zu begegnen. Ein solcher Ansatz zum Umgang mit Gesundheit baut auf dem Moment der Selbstverantwortlichkeit der Gesell*innen im Handwerk auf. Dazu bedarf es neben sozialer Ressourcen insbesondere eines Wissens, das es erlaubt zu verstehen, wie man den Arbeitsprozess gesünder gestalten kann, um eine nachhaltige Beschäftigungssicherung zu realisieren. Entsprechend müssen neben den Geschäftsführenden auch die Beschäftigten über Risiken und Potenziale informiert sein. Insbesondere muss auch Verantwortlichkeit klar geregelt sein. Der Fall von Herrn Brabs ist ein Beispiel dafür, dass unklare Verantwortlichkeiten, die nicht aktiv bearbeitet werden, dazu führen können, die Beschäftigungsfähigkeit nachhaltig zu verschlechtern.

Arbeitsaufgaben, Arbeitsorganisation und Aufträge

In einigen der Interviews wird deutlich, dass akute gesundheitliche Beschwerden mit bestimmten immer wieder auftretenden Arbeitsaufgaben und Zwangshaltungen korrelieren.

„[...] wenn man tagelang nur Decken streicht, sind die Halswirbel, die eben ein bisschen angekratzt sind, natürlich sehr angesprochen und reagieren darauf auch entsprechend.“ (Aus dem Interview mit Herrn Steinecke)

In diesem Fall stellt die monotone Arbeitsorganisation eine Gefahr für die bereits beeinträchtigte Gesundheit dar. Für Herrn Steinecke sind solche Tätigkeiten mit bestimmten Aufträgen auf Großbaustellen verknüpft, bei denen in großer Zahl eine gleichartige Dienstleistung (z. B. nur das Streichen von Decken) eingekauft wird und dann im Unternehmen durch eine oder mehrere aber bestimmte Personen über einen längeren Zeitraum bearbeitet wird. Diese Baustellen sind besonders belastend und erlauben eine weniger kreative Gestaltung der Arbeitsorganisation. Die Tatsache, dass es solche einseitigen Belastungen gibt, veranschaulicht, dass die Erkenntnisse zu einer gesunden Arbeitsgestaltung aus der Literatur in der Praxis nur bedingt wirksam werden.

Ähnlich geht es Frau Hahn, die bei der Bearbeitung von Frisuren mit langem Haar die erkrankte Schulter weniger stark beansprucht. Da es sich bei solchen Frisuren meist um Kundinnen handelt, bei denen unter anderem häufiger gefärbt wird, ergibt sich eine differenzierte Arbeitsaufgabe, die mit entlastenden Pausen und einer angenehmeren Haltung – die Hände arbeiten tiefer – verbunden ist. Dennoch bevorzugt Frau Hahn die Herrenfrisur und würde, wenn sie sich entscheiden müsste, Herrenfriseurin werden.

Aus dem oben Gesagten ergibt sich, dass im Handwerk aufgrund der im besten Fall mittelfristigen Orientierung an der Auftragslage eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeit in den konkreten Situationen entwickelt werden muss. In den beiden genannten Fällen besteht Potential, die von der Auftragslage abhängige Arbeitsorganisation angemessener zu gestalten. Dabei kann bereits bei der Auswahl von Aufträgen der Gesundheitsschutz eine wichtige Rolle spielen. Einförmige Arbeitsaufgaben können innerhalb der Belegschaft so aufgeteilt werden, dass die gesundheitlichen Beanspruchungen verteilt und somit auch reduziert werden. Ein selektives Vorgehen in der Auftragsannahme und der Organisation der daraus resultierenden Arbeitsaufgaben ist nicht immer möglich. Es empfiehlt sich dennoch, diese Aspekte mitzudenken, da es phasenweise Chancen für eine moderierte Arbeitsbelastung gibt. Daraus ergibt sich, dass ein Tätigkeitswechsel innerhalb der Unternehmen abhängig von Personaldecke, Auftragslage und Qualifikation der Beschäftigten ist. Innerhalb von Zeithorizonten bestehen Möglichkeiten zur Schonung, diese wechseln sich mit Phasen gesteigerter Belastung ab. Die in der Literatur formulierte Vorstellung des Schonarbeitsplatzes für gesundheitlich beeinträchtigte Beschäftigte ist ein Modell, dass in der kleinbetrieblichen Praxis in Reinform nur selten umgesetzt werden kann.

Dennoch bietet eine gezielte Gestaltung der Arbeitsorganisation Chancen für eine gelingende Beschäftigungssicherung.

Neben der Organisation der Arbeit muss selbstverständlich aber auch die konkrete Gestaltung der Arbeitsvorgänge mitgedacht werden. So können Hilfsmittel und technische Neuerungen – im Friseurhandwerk etwa in Form von leicht höhenverstellbaren Stühlen – erheblich dazu beitragen die gesundheitlichen Belastungen in der Arbeit zu reduzieren.

Der Vergleich nach unten

Neben diffusen Gemengelagen im Zusammenspiel von individuellem Verhalten und betrieblichen Verhältnissen zeigt sich, dass die Befragten Beschäftigten die eigene Situation auch immer vergleichen. So beschreibt Herr Brabs die sicherheitstechnische Ausstattung im Vergleich mit anderen Betrieben als sehr gut. Deutlich wird dies insbesondere darin, dass er von Handwerkern spricht, die sich an der Kante von Gebäuden mit einem Seil absichern und „mit Werkzeug aus dem Mittelalter“ arbeiten. Ähnliches findet sich bei Herrn Steinecke, der im Vergleich mit osteuropäischen Kolleg*innen seine eigene Stellung als privilegiert versteht. So erzählt er, wie er einem Kollegen einen Atemschutz anbietet, wenn er sieht, wie dieser sich bei Schleifarbeiten notdürftig mit einem Stück Stoff zu schützen versucht. Mit Blick auf das Sampling sei an dieser Stelle angemerkt, dass es empfehlenswert wäre, auch den anderen Fall zu erheben, nämlich solche Handwerker, die sich im Vergleich als weniger privilegiert erfahren. Bis zum jetzigen Zeitpunkt ist dies aber noch nicht gelungen.

Besonders der Fall von Herrn Brabs zeigt, dass der abwärts gerichtete Vergleich dazu einlädt, die eigene Situation positiv zu bewerten (vgl. Wills 1981). Am Negativbeispiel wird deutlich, dass die Ausstattung mit Werkzeug, Arbeitskleidung und sicherheitsrelevanter Ausstattung als gut empfunden wird: „[D]ie Gesellen werden top ausgestattet“. Die Tatsache, dass die Arbeit mit vibrierenden Maschinen im Betrieb über Jahre zu atrophierten Gelenken geführt hat, wird in ihrer Paradoxie nicht thematisiert. Obschon es Versuche des Schonens gab – Ausführen der meisten Tätigkeiten mit der linken Hand „hab dann teilweise ja auch schon mit links gearbeitet, ‘ne, aber da fing es dann auch an“ – wird die Frage der Verantwortung nicht gestellt. Es handelt sich um den als natürlich wahrgenommenen Prozess des handwerklichen Verschleißes. Unter Einbeziehung der oben gemachten Aussagen dazu, dass Verantwortlichkeiten nicht ausreichend thematisiert werden, wird deutlich, dass die resultierende Berufsunfähigkeit auch aus einem Prozess geschlos-

sener Bewusstheitskontexte resultiert (Glaser & Strauss 1995). Im Verlauf der Erkrankung präsentiert sich Herr Brabs als belastet und zeigt dies auch innerbetrieblich an, unternimmt aber selbst keine Schritte, bis er von seinem Arbeitgeber dazu aufgefordert wird:

„(J)a es war eigentlich alles äh alles gut ne und bis=bis wie gesagt mit meine Hände ne und dann äh irgendwann nach f- (1) wenn man dann so im Büro ist und der Chef Mensch w- äh wie läuft's und blablabla und dann erzählt man irgendwann woah meine Hände und so und, ja irgendwann hat ihn das so genervt, dass ich da immer so rumgejammert habe und=und dann sagt er jetzt gehst jetzt gehst du zum Arzt ne äh sagt er zu mir“ (aus dem Interview mit Herrn Brabs).

Die Ambivalenz der schweren Erkrankung und der damit verbundenen Berufsunfähigkeit und die Wahrnehmung, dass der eigene Betrieb vorbildlich ausgestattet ist, findet in der Erzählung von Herrn Brabs keine Auflösung. Der abwärts gerichtete Vergleich bietet für die von uns befragten Beschäftigten im Handwerk eine legitimierende Funktion. Zu sehen, dass es Anderen schlechter geht, führt dazu, dass der eigene Status subjektiv aufgewertet wird; dies dient dem Schutz des Selbst und ist zugleich selbstwertdienlich. Der abwärts gerichtete Vergleich verdeutlicht erneut, dass es einer Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften bedarf. Das gilt zu allen Zeitpunkten des präventiven Geschehens.

Strategien der Arbeitgeber*innen

In den Fällen, in denen die Beschäftigungsfähigkeit der Befragten deutlich bedroht oder bereits eingeschränkt ist, zeigen sich in unserer Auswahl unterschiedliche betriebliche Strategien der Bearbeitung. Diese sind letztendlich immer auch davon beeinflusst, welche Auswirkungen die gesundheitliche Einschränkung auf die Ausführung der Arbeit haben. Durch die Arbeitgeber*innen wurde uns beschrieben, dass man immer Mittel und Wege suche, um die Beschäftigung aufrecht zu erhalten. Das schließt auch Lösungen ein, die bei den Arbeitgeber*innen ein erhöhtes Maß an Rücksichtnahme erfordern. Im Fall von Herrn Uribe zeigt sich dennoch, dass er mit seiner eingeschränkten Belastungsfähigkeit aufgrund einer Herz-Kreislaufkrankung aus seinem ursprünglichen Arbeitsplatz herausgedrängt wurde. Nach der Rückkehr aus einer längeren Arbeitsunfähigkeit ergibt sich die Situation, dass der Arbeitgeber aus Sicht von Herrn Uribe mit fadenscheinigen Begründungen versucht, das Arbeitsverhältnis aufzulösen. Neben der Weigerung einer stufenweisen Wiedereingliederung wird der Hinweis von Herrn Uribe, dass er be-

stimmte Aufgaben übernehmen könne, damit abgetan, dass es solche Aufgaben derzeit nicht gäbe. Diese Situation ist für den Befragten unverständlich, weil er aufgrund seiner über 20-jährigen Zugehörigkeit zum Unternehmen weiß, dass der von ihm gemachte Vorschlag praktikabel ist.

„B: Wenn ich die Firma nicht kennen würde nach so vielen Jahren, aber ich kenne die Firma, die war immer mit Arbeit, die hatte nie geklagt.“ (aus dem Interview mit Herrn Uribe)

Herr Uribe wechselte dann in ein anderes Unternehmen. Der neue Arbeitgeber stellt sich auf die Bedürfnisse ein und ist laut eigener Aussage zufrieden mit ihm. Beide haben eine Regelung ausgehandelt, in welchem Herr Uribe an vier Tagen in der Woche arbeitet und am fünften Tag (Freitag) Arztbesuche und ähnliches erledigt. Wenn eine Untersuchung, bspw. Röntgen, nicht am Freitag möglich ist, dann nimmt der Befragte Urlaub. Im Interview ergibt sich, dass der Arbeitgeber von Herrn Uribe mit ihm zufrieden ist und auch ein für ihn sinnvolles betriebswirtschaftliches Ergebnis erzielt:

„B: Er quält sich und bemüht sich, das rechne ich hoch an, aber auch da, ich bin keine Sozialfirma, sondern ich will immer noch einen Nutzen daraus haben, sonst geht es nicht. Ich mag ihn gerne, wir spaßen viel, aber sobald ich nicht den Mehrwert habe, muss ich ihm auch sagen; tut mir leid, lieber [...], wir müssen uns trennen oder so. Ich setze ihn nicht unter Druck, sondern ich versuche schon, ihm klarzumachen, obwohl es kommt auch viel von ihm, er hat die richtige Einstellung, und er ist ein Handwerker alter Schule, und da ist man ganz anders drauf. Da will man nichts geschenkt haben, aber wenn er dann mal nicht kann, dann muss ihm auch geholfen werden, weil er jahrelang dafür auch gearbeitet hat, mit seinen Beiträgen das ganze Sozialnetz unterstützt hat.“ (aus dem Interview mit Herrn Uribe, Zitat des Arbeitgebers)

Die Tatsache, dass sich Beschäftigungssicherung und Rücksichtnahme auf gesundheitliche Beeinträchtigungen für das Unternehmen rechnen müssen, scheint genereller Konsens zu sein, kann sich in der Praxis, etwa in Abhängigkeit von der Betriebsgröße oder der Spezialisierung des Aufgabengebiets eines erkrankten Mitarbeiters, durchaus variabel gestalten: Aus dem Vorgespräch zu einem Interview machte ein für sein BGM ausgezeichnetes Bauunternehmer deutlich, dass er durch die Beschäftigung von schwerbehinderten Mitarbeiter*innen die Zahlung der Ausgleichsabgabe vermeidet. Darüber hinaus wird die Förderung durch die Integrationsämter ebenfalls in die Kalkulation einbezogen, und so wird von einigen Betrieben die Anstellung schwerbehinderter Beschäftigter trotz einer potentiell geringeren Arbeitsleistung als lohnend betrachtet. Dazu sei einschränkend angemerkt, dass Betriebe im Handwerk in der Regel weniger als 20 Mitarbeiter*innen beschäftigen und entsprechend selten von der Zahlung der Ausgleichsabgabe betroffen sind (vgl.

zur durchschnittlichen Größe von Handwerksbetrieben ZDH 2016). Vor dem Hintergrund, dass es vornehmlich ältere Arbeitnehmer*innen sind, die durch eine erworbene Behinderung beeinträchtigt sind, gilt zusätzlich, dass diese für eine spezielle Aufgabe eingesetzt werden können oder um innerbetriebliche Strukturen wissen, so dass eine Umsetzung im Unternehmen sinnvoll erscheinen und gelingen kann.

Im von Herrn Brabs beschriebenen Unternehmen zeigen sich beide Fälle. Er selbst ist aufgrund seiner langjährigen Anstellung im Betrieb mit den Abläufen vertraut und kann aufgrund seiner Ausbildung als Meister mehr Verantwortung übernehmen als Gesell*innen. Entsprechend hat er die Zusage, sofern die Rentenversicherung einer Teilerwerbsminderungsrente zustimmt, im Unternehmen zu verbleiben und mit organisatorischen Aufgaben betraut zu werden. Herr Brabs sucht in der Auseinandersetzung mit den Trägern der Unfall- und Sozialversicherung aktiv Hilfe bei einer Beratungsstelle. Damit ist eine produktive und für andere entlastende Tätigkeit verbunden, die für ihn in Teilzeit auszuführen wäre. Innerhalb des Unternehmens wird nicht nur auf die Situation von Herrn Brabs eingegangen. So kann ein Geselle im Unternehmen aufgrund einer chronischen Erkrankung ebenfalls nicht mehr vollumfänglich beschäftigt werden und wird im Rahmen seiner erworbenen Spezialisierung gezielter eingesetzt. Innerbetriebliches und spezialisiertes berufliches Wissen zeigen sich in der Erhebung bei Herrn Brabs und Herrn Uribe als förderlich für die Beschäftigungsfähigkeit. Es ist erkennbar, dass sich die oben mit Blick auf die Literatur gemachten Aussagen zu Karrieren in Handwerksunternehmen im Sample bestätigen. Wissen und spezialisierte Fertigkeiten haben eine positive Wirkung auf die Beschäftigungssicherungen bzw. auf die Kosten, die ein Betrieb bereit ist aufzuwenden. Unklar ist, ob es sich bei diesen Prozessen um ein strategisches Handeln von Beschäftigten und Arbeitgeber*innen handelt, welches auch auf die Sicherung der Beschäftigung bei einem möglichen Leistungswandel ausgerichtet ist. Also ob Weiterbildungen und Spezialisierungen gezielt von den Beschäftigten und Betrieben angestrebt werden. Beabsichtigt oder nicht, es wird deutlich, dass Wissen und soziale Einbindung den Einsatz zur Sicherung der Beschäftigung in den Unternehmen erhöhen. Für gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitskräfte, die kein „Standing“ oder keine herausgehobene Stellung im Betrieb haben, werden nur selten Veränderungen realisiert. Die innerbetrieblich erworbenen Verdienste gehen auch in die „Kalkulation“ ein, welche Aufwendungen und Kosten für eine Weiterbeschäftigung in Kauf genommen werden.

„B: ja weil äh wie gesagt das war jetzt auch 'n Geselle der, äh (1) 'n sehr guten Namen in dieser Firma hat also der hat sich w- gut eingebracht der hat äh (1)

toll gearbeitet der hat richtig was drauf äh und de=den lassen sie nicht fallen ne (.) der hat da 30 Jahre bald oder 25 Jahre gearbeitet jetzt äh und die sagen die letzten äh fünf bis sechs Jahre die kannst du bei uns noch verbringen ne (.)“
(aus dem Interview mit Herrn Brabs)

Neben der Abwägung der ökonomischen Vorteile einer Weiterbeschäftigung älterer und/oder gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter*innen, gibt es noch weitere Strategien dafür, wie Betriebe die Gesundheit ihrer Beschäftigten zu sichern versuchen, mit einer bedrohten Beschäftigungsfähigkeit umgehen oder ihrer Sorge für kranke Mitarbeiter*innen Ausdruck verleihen oder all dies eben nicht tun. Auf der Seite des Erlebens der Beschäftigten besonders in kleineren Betrieben kann dies zu Enttäuschungen führen. So fühlt sich etwa Herr Frank von seinem Arbeitgeber in hohem Maße im Stich gelassen, weil dieser sich zu keinem Zeitpunkt während der durch einen Arbeitsunfall verursachten Arbeitsunfähigkeit bei ihm meldete:

„B.: Der hat mich nicht mal im Krankenhaus besucht. Der hat da nichts dazu gesagt, das einzige, was er gesagt hat, er will mit mir nochmal reden, weil ich jetzt ja eingeschränkt bin und nicht mehr so schnell bin, und ich meinen Führerschein abgeben musste, dass er mich jetzt ums Geld drücken will. Ich sag: Da kommen wir nicht ins Reine.“ (aus dem Interview mit Herrn Frank)

In den anderen Fällen beschreiben uns die Befragten, dass der Kontakt ins Unternehmen, auch bei längeren Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, besteht.

„B: Meine Chefin, die hat immer gesagt, los komm zurück, die hat mich besucht, wir haben telefoniert, die hat gesagt, komm probier's, rausgehen kannst du immer noch“ (aus dem Interview mit Frau Hahn)

Die betriebliche Sorge im Handwerk ist höchst unterschiedlich. Das Modell Familienbetrieb wird nicht universell gelebt und stellt auch keine organisationelle Lösung des Problems dar, auch wenn im Einzelfall gute Lösungen gefunden werden. Das Verhältnis von Beschäftigten und Personalverantwortlichen ist von Erwartungen geprägt, die von gegensätzlichen Interessen bestimmt werden. Wir finden bei Herrn Brabs die Vorstellung, dass die Betriebsleitung eine legitimierende Funktion in der Bearbeitung der Krankheit übernimmt. Erst nachdem er von seinem Arbeitgeber dazu aufgefordert wird, begibt er sich in die medizinische Behandlung. Er sucht eine gemeinsame Definition der Situation, die vom Arbeitgeber nur widerwillig gewährt wird. Anders ist es bei Herrn Frank, der die Arbeitsunfähigkeit in Opposition zu einem Chef empfindet. In Anlehnung an die Aneignungs- und Ablehnungstypen, die Beck (2011, S. 231 ff.) formuliert, bietet es sich an, ein tiefgehendes Verständnis der beiderseitigen Erwartungen in der Bearbeitung der Beschäftigungs-

sicherung in Form von Charakteristika anzustreben um erwartbare Konflikte und vorhandene Ressourcen in der überbetrieblichen Betreuung und Beratung zu erkennen und den Prozess zielführender zu gestalten.

Neben den sozialstrukturellen, sozialräumlichen und organisationellen Voraussetzungen, die für eine nachhaltige Beschäftigung notwendig sind, werden auch konkrete Momente der Bearbeitung sichtbar. Dabei findet sich häufiger das Modell der stufenweisen Wiedereingliederung (Hamburger Modell, SGB V, § 74). Dies scheint in den Betrieben des Samples angekommen zu sein und wird umfassend als gut bewertet. So berichtet Frau Hahn davon, dass sie in ihrem Betrieb über das Hamburger Modell einen weniger belastenden Arbeitsalltag geboten bekam. Damit ist für sie als Friseurin verbunden, dass sie erstmal keine Terminkunden betreute, sondern lediglich Laufkundschaft und dass sie durch die Übernahme anderer Aufgaben den Arbeitsalltag ihrer Kolleginnen entlastete.

„B: Sie wusste ich komm auf Arbeit und selbst wenn ich jetzt keine Kunden mache, erstmal bin ich wieder da, jetzt werd ich festgehalten, jetzt ist die [Julia] wieder, ich hab euch ja gesagt, du stehst ja nicht nur am Kunden

I: Mhm

B: Du hast Geschirr zu machen, du hast zu fegen, du hast Termine zu machen und ich war erstmal da um die anderen zu entlasten, das war schon schön, die brauchten nicht mehr von ihrem Platz weg, ich hab Termine gemacht, ich kenne mich ja aus, bin ja selber Friseurin, weiß wie lange, die Zeit dafür gebraucht wird, die brauchen da nicht irgendjemand hinstellen, der von nichts 'ne Ahnung hat, die Kunden begrüßt, das Hinterfeld sauber gemacht, ja und dann mal 'nen Kunden zwischendurch wieder gemacht, der ohne Termin kam, ja“
(aus dem Interview mit Frau Hahn)

In diesem Sinne steht die Wiedereingliederung nicht nur für eine Maßnahme, welche die Beschäftigungsfähigkeit von Frau Hahn sichern half, sondern auch für eine Entlastung in der Arbeit ihrer Kolleginnen – ein Hinweis darauf, dass der Schonarbeitsplatz nicht zwangsläufig eine Belastung der anderen Beschäftigten bedeutet, ein Aspekt, der auch in den Expert*inneninterviews hervorgehoben wurde. Dabei ist sowohl bei Frau Hahn als auch bei Herrn Frank das Hamburger Modell nicht dazu angehalten, eine chronifizierte Einschränkung zu überwinden. So sagt Herr Frank über die stufenweise Wiedereingliederung: „Das hat geklappt. Das klappt ja immer noch. Das Problem ist, wie gesagt; ich bin immer noch eingeschränkt [...]“. Im Fall von Frau Hahn ist die Folge, dass der alte Zuschnitt der Arbeit in Teilzeit ausgeführt wird. Bei Herrn Frank ist noch nicht abzusehen, welche Konsequenzen gezogen werden (können). Es deutet sich aber an, dass das Hamburger Modell an ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (SGB XI § 167 Absatz 2, BEM) angeknüpft werden muss. Das gilt insbesondere dann, wenn der ursprüngliche Grad der Arbeitsfähigkeit nicht mehr erreicht werden kann.

Das Betriebliche Eingliederungsmanagement

Das BEM findet in den Betrieben der von uns Befragten entweder gar nicht oder nur eingeschränkt bzw. in einer sinngemäßen Form, nicht aber den gesetzlichen Vorgaben und Verfahrensweisen entsprechend, statt. Detka et al. (2018) haben für dieses pragmatische und anlassbezogene Vorgehen den Begriff des „Alternativen BEM“ geprägt. Wie oben bereits angedeutet findet im Fall von Herrn Uribe eine Flexibilisierung der Arbeit bei abnehmender Arbeitszeit statt. Diesen Weg sind auch Frau Hahn und Herr Mainzer gegangen, und ähnliches lässt sich auch für Herrn Brabs sagen, wobei im Falle von Herrn Brabs nicht nur eine Verringerung der Arbeitszeit, sondern ein gänzlich neuer Zuschnitt an Aufgaben gefunden wurde, für die er aber eine positive Bescheidung seines gestellten Antrags auf Teilerwerbsminderungsrente benötigt. Herr Mainzer etwa kann seine reduzierte Arbeitszeit selbst gestalten:

„Ja. Ich habe gesagt: Ich komme morgens nicht so klar da, dann fange ich erst um 11:00 Uhr an, und denn konnte ich um 11:00 Uhr anfangen, meine Stunden denn machen dann.“

Erkennbar ist, dass das Fehlen eines geregelten BEM verhindert, systematisch nach passgerechten Lösungen für den Arbeitsplatzzuschnitt und die Arbeitsorganisation vor dem Hintergrund der bedrohten Beschäftigungsfähigkeit zu suchen. Es mangelt an einer systematischen und für alle verbindliche Lösungsstrategie für betroffene Mitarbeiter*innen im Unternehmen, obschon im Sinne von Detka et al. (2018) alternative Formen der Beschäftigungssicherung gesucht werden. Dass eine systematische Bearbeitung dennoch fehlt, zeigt sich auch beim Ausblick der befragten Beschäftigten auf ihre berufliche Zukunft. Diese wird unabhängig vom Grad der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit Ausnahme von Herrn Brabs in der Weiterführung der derzeitigen Arbeit gesehen – unabhängig davon, wie die Veränderung der eigenen Arbeitsfähigkeit zukünftig erwartet wird. Ein Wechsel des Arbeitsplatzes oder eine Veränderung des Zuschnitts wird in den Interviews oft erst dann zum Thema, wenn der*die Interviewende dies einbringt. Für Frau Hahn wäre eine dauerhafte Veränderung der Arbeitsaufgaben innerhalb des Salons ein Bruch mit ihrer Identität:

„B: Ja, aber jetzt kommt's, das sind ja auch meine Absichten, das mach ich vielleicht später, aber du hast kein Trinkgeld, dann hast du keine Anerkennung, weil du keine Arbeit fertig machst und guckst zu, wie andere ihre Frisuren gestalten, d. h. ich muss jeden Tag was beobachten, was ich nicht mehr machen kann und das tut weh“ (aus dem Interview mit Frau Hahn)

Insofern ist die Entlastung der Kolleg*innen im Zuge des Hamburger Modells positiv besetzt, weil man sich absehbar wieder den eigenen Aufgaben widmen kann. Zentral ist bei der Frage nach der Zukunft für die von uns Befragten die Orientierung an der Rente als Fixpunkt, die zur Lebenshaltung noch reichen muss.

Wahrnehmung der Unfall- und Sozialversicherungsträger und der Handwerkskammern

Einige der befragten Unternehmer*innen suchen eine Kooperation mit den Krankenkassen und deren präventiven Angeboten. Der Inhaber eines Unternehmens berichtet davon, dass er bereits mit mehreren Krankenkassen zusammengearbeitet und deren Angebot genutzt hat und derzeit in einem Netzwerk aktiv ist. Hier wird auch mit Blick auf chronisch erkrankte Mitarbeiter*innen beraten. Für die Beschäftigten stellt sich die Situation anders dar. Aus ihrer Sicht wird die Krankenkasse nicht als Akteur im Kontext der Beschäftigungssicherung gesehen. Die Rolle der Berufsgenossenschaften wird im Gegensatz dazu deutlicher wahrgenommen. Herr Steiger arbeitet in einem Unternehmen mit einem Betriebsrat, der sich auch für die gesundheitlichen Belange der Mitarbeiter einsetzt. Aufgrund seiner eigenen Arbeit als Betriebsrat und einer engen Zusammenarbeit des Unternehmens mit der Berufsgenossenschaft Bau wird deren Arbeit als positiver Einfluss auf die Bemühungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz verstanden. Das gilt auch für die persönlichen Erfahrungen mit der Berufsgenossenschaft im Vergleich zur Krankenkasse: „Ich bin denn ja bei der BG gewesen, das war ja eine andere Hausnummer, das hat mir so ein bisschen gutgetan.“ Anders stellt sich dies bei Frau Hahn dar, die den Gang in die Institutionen vermeidet und sich insbesondere auf Grund der fehlenden Sichtbarkeit ihrer Erkrankung scheut, da sie annimmt, dass sowieso abgelehnt wird.

„B: Ja, da haben wir auch überlegt, ob ich mich da melde, bei der Berufsgenossenschaft, weil's auf Grund der Arbeit ist, und ich muss euch ehrlich sagen, ich habe mit den Institutionen ob Jobcenter, ob irgendwas, ich bin, das ist wie ein rotes Tuch für mich, ja, also ich komm' mir vor wie ein Bettler [...]“ (aus dem Interview mit Frau Hahn)

Herr Frank hat aufgrund seines Arbeitsunfalls deutlich engeren Kontakt zur zuständigen Berufsgenossenschaft. Dabei werden die rehabilitativen Maßnahmen als hilfreich empfunden. In deutlichem Gegensatz dazu steht seine Erfahrung, dass sich die Begutachtung der Arbeitsfähigkeit nicht an seinen tatsächlichen Einschränkungen orientiert und ihm im

Gegensatz zu seiner subjektiv empfundenen Belastungsfähigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wird. Das Resultat der Begutachtung wird hier als Zwang zur Arbeit empfunden.

Im Allgemeinen ist die Perspektive der interviewten Betroffenen von den einzelnen, auch fehlenden Erfahrungen mit der Berufsgenossenschaft geprägt. Es zeigt sich, dass ein grundsätzliches, wenn auch nicht explizit ausformuliertes Verständnis davon herrscht, welche Aufgabe die Berufsgenossenschaften übernehmen. Sie werden als legitimer und verantwortlicher Akteur verstanden. Das Informationsmaterial, das durch sie zur Verfügung gestellt wird, ist aber nicht umfassend bekannt, und die legitime Stellung führt nicht zu einer weiterreichenden Durchdringung. Damit ist gemeint, dass die Befragten die Aufgabe der Berufsgenossenschaften verstehen, von deren tatsächlichen Arbeit nur wenig bis nicht berührt werden.

Die Rentenversicherung (RV), als primärer Träger der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, wird deutlich weniger prominent wahrgenommen. Die von uns befragten Beschäftigten erwarten sich von der RV in den seltensten Fällen Hilfe. Sie sehen im deutschen System der Rentenversicherung nur die Rente und nicht das sekundärpräventive Prinzip „Reha vor Rente“, deren Angebote ihnen oft nicht bekannt sind. Nur in den Fällen, wie bei Herrn Steiger, in denen die rehabilitative Aufgabe der Rentenversicherung aufgrund konkreter Erfahrungen manifest ist, wird bspw. eine medizinische Rehabilitation auch angestrebt. Ähnlich wie bei den Berufsgenossenschaften zeigt sich hier aber auch, dass die Begutachtungen vornehmlich als Ablehnungen erfahren werden. Das Verfahren ist für die Betroffenen nicht ausreichend transparent und die Begutachtung selbst wird oftmals als Kontrolle verstanden, deren Zweck es ist, den latenten Verdacht des Simulierens zu prüfen. Herr Frank, der bereits an einer dreiwöchigen medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen hat, stellt sich die Frage, wie sinnhaft diese war, vor dem Hintergrund, dass sich an der Einschränkung nichts geändert hat. Hier mangelt es an einer klaren Kommunikation, die es den Betroffenen ermöglicht zu verstehen, aus welchen Gründen es zu einer Ablehnung kommt und welche Ziele und Vorstellungen mit den jeweiligen Maßnahmen bei Bewilligung verbunden sind. Frau Hahn wiederum merkt auf Nachfrage an, dass sie sich durchaus eine berufliche Rehabilitation vorstellen kann. Die Verantwortlichkeit dafür adressiert sie aber an das Jobcenter.

Die Kammern und Innungen werden im Kontext nachhaltiger Beschäftigungssicherung für gesundheitliche beeinträchtigte Beschäftigte insgesamt nicht als relevanter Player verstanden. Im Sample zeigt sich, dass diesen abgesprochen wird wie bei Herrn Frank, im Falle eines Ar-

beitsunfalls einen Beitrag leisten zu können: „und das ist ja ein Arbeitsunfall, und das geht ja nur über die Berufsgenossenschaft und Chef.“. In den Expert*inneninterviews mit den Mitarbeiterinnen von Handwerkskammern wurde zudem deutlich, dass eine umfassende Beratung zum Gesundheitsmanagement nicht in allen Handwerkskammern gewährleistet werden kann. Vielmehr findet bspw. die Beratung zu Inklusion im Rahmen von zeitlich befristeten Projekten statt, deren finanzielle Ausgestaltung es nicht erlaubt, auf Dauer Personal und Wissen zu binden, um ein tieferes Angebot bereitzustellen zu können. Dieser Umstand lässt sich daraus ableiten, dass die Handwerkskammern für das Thema Gesundheit nur randständig verantwortlich sind (vgl. Handwerksordnung § 91). Dennoch gibt es – das zeigen die erhobenen Interviews – in den Handwerkskammern personenzentrierte Formen der Thematisierung von Gesundheitsschutz und Beschäftigungssicherung, die in Anlehnung an die bestehenden Diskurse und Programme Nischen schaffen. So werden bspw. in der Technologieberatung Gesundheitsaspekte mitgedacht und mit Hilfe gezielter Netzwerkarbeit substantiell angereichert.

Kennzeichnend für die Potentiale der Kammern ist, dass diese im Kontext ihrer Beratungstätigkeit bspw. zum demografischen Wandel, zur Work-Life-Balance oder auch zur Corporate Social Responsibility die Gesundheit „Huckepack“ nehmen können (vgl. Pröll et al. 2011, S. 115) und das auch in jenen Handwerkskammern machen, in denen der Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz nicht als eigenständiger Aufgabenbereich etabliert ist. In den Interviews mit Mitarbeiter*innen der Handwerkskammern zeigt sich, dass der konzeptionelle Zuschnitt jeweils ein eigener ist (Fokussierung von Innovation oder Menschen mit Behinderung) und eigene Akzente gesetzt werden. Die in der Literatur benannten Potentiale werden nicht flächendeckend umgesetzt, aber auch durch die Betriebe und Beschäftigten nicht antizipiert bzw. eingefordert.

Insgesamt bleibt unklar, auf welcher Grundlage die Befragten zu der Überzeugung gelangen, wann welche Institution im sozialen Netz verantwortlich ist. Die Berufsgenossenschaften (BG) werden im Sample am ehesten als relevanter Akteur wahrgenommen, wenn auch diese Wahrnehmung selten unkritisch ist. Dabei bedeuten die Enttäuschungen und Ängste der Befragten aber auch, dass diese Verantwortlichkeit zuschreiben, also die BGen als Adressaten der Beschäftigungssicherung betrachtet werden. Dies kann Anknüpfungspunkt sein – ähnlich dem Argument für eine stärkere Rolle der Kammern und Innungen –, um den Aufgabenbereich der Berufsgenossenschaften weiter auszubauen. Dabei hat eine Berufsgenossenschaft den Vorteil, dass sie über ein mehr oder weniger ausgeprägtes arbeitskulturelles Verständnis verfügt und

dies in beide Richtungen vermittelnd einbringen kann. Die Berufsgenossenschaften wären darüber hinaus geeignet, weil sie über eine Öffentlichkeit im Handwerk verfügen. Problematisch ist jedoch, dass sie als von den Unternehmen finanzierte Einrichtungen keine vollkommen neutrale Instanz darstellen.

Die Betriebe empfinden sich, wenn erst einmal eine Allianz mit einer Institution geschlossen wurde – unabhängig davon, ob es sich dabei um eine BG oder eine Krankenkasse handelt – meist gut bis sehr gut aufgehoben und beraten. Die Betriebe im Sample, bei denen dies der Fall ist, sind meist auch froh, konzeptionelle Verantwortung an die Expert*innen abzugeben und versuchen, deren Empfehlungen an die betriebliche Sozialordnung anzupassen, soweit diese nicht bloß als reine Kontrolle und Handlungseinschränkung, sondern als konkrete Problemlösungshilfe eingeschätzt werden.

„Die Jungen können schnell laufen, die Alten kennen den kürzesten Weg“ – Kollegialität und Sorge

Die Zuschreibung des Handwerks als Ort familiären Arbeitens findet in der Praxis einen differenzierten Ausdruck. Die von uns befragten Unternehmer*innen sind in der Regel im Rahmen ihres Wissens und ihrer Möglichkeiten darum bemüht, ihre Beschäftigten auch im Krankheitsfall zu halten. Das wird von diesen aber durchaus auch anders erlebt. Herr Steinecke kann an dieser Stelle als Präzedenzfall gelten, da er einen sehr herzlichen, aber auch einen weniger bemühten Arbeitgeber erfahren hat. Die Darstellung von Herrn Brabs deutet ebenfalls darauf hin, dass es im Unternehmen eine grundsätzliche Sorge um die Mitarbeiter*innen gibt. Diese wird aber erst dann wirksam, wenn die Beschäftigungsfähigkeit akut bedroht ist und wenn der oder die betroffene Beschäftigte sich den Anspruch erworben hat. Grundsätzliche Sorge meint aber nicht, dass diese im Sinne einer systematischen Bearbeitung informiert ist. Dies wäre aber zu wünschen, um effektive Systeme zur Beschäftigungssicherung in den Betrieben zu etablieren. Dabei ist nicht nur das was, sondern auch das wie der Wissensvermittlung wichtig. Ist diese zu einseitig als Last und Verantwortung des Unternehmens markiert, sind defensive Delegitimierungsstrategien denkbar. Damit ist gemeint, dass die Arbeitgeber*innen, bei einer als übermäßig empfundenen Reglementierung und Zuschreibung von Aufgaben, diese ablehnen und dafür vielfältige praktische Gründe (z. B. zu hoher Dokumentationsaufwand, Personalmangel, schwer in den Arbeitsablauf integrierbar etc.)

anführen. Gleiches gilt für die einseitige Inpflichtnahme der Beschäftigten. Wie oben zur Verantwortung innerhalb der Betriebe angemerkt, muss bei der Vermittlung auf Passfähigkeit zur betrieblichen Sozialordnung geachtet werden.

Der Umgang der Beschäftigten untereinander ist nicht immer durch Kollegialität geprägt. Herr Mahler beschreibt, dass in der Heizungsinstallation nach einem Boom im Anschluss an die Wende, der Markt zunehmend unter Druck geriet und er wie auch seine Kolleg*innen häufig Entlassungen und Stellenwechsel erlebten. Für ihn persönlich war damit auch eine Verschlechterung des Stundenlohns sowie der Anzahl der Urlaubstage verbunden. In diesem Umfeld führte die Konkurrenz untereinander zu einer abnehmenden Kollegialität und Angst, in deren Folge die Thematisierung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes abnahm. Kollegialität ist aber notwendig, um z. B. den Tätigkeitszuschnitt leistungsgewandelter Beschäftigter zu verändern oder ein Tandemmodell einzuführen. „Quasi-Tandems“ lassen sich in der Praxis ausmachen, etwa wenn Herr Steinecke sagen kann: „[Stefan], du bist zehn, fünfzehn Jahre jünger, tu' mir den Gefallen, mach du das mal, ja“.

In einem Interview mit einem Betriebsarzt wurde hervorgehoben, dass Vorgesetzte für ein Verständnis bei den Kolleg*innen werben und Erleichterungen für die betroffenen Beschäftigten im Vorfeld kommuniziert werden müssen, um Akzeptanz bei den anderen Beschäftigten zu schaffen. Diese sollten unabhängig von der Arbeitskultur dafür sensibilisiert werden, dass sich aus den Einschränkungen eines oder einer Beschäftigten Konsequenzen für die gesamte Arbeitsorganisation und die Kollegen*innen ergeben. Das ist im Handwerk mit seinen kleinen Betrieben und seinem komplexen Arbeitshandeln besonders wichtig. Die Thematisierung der aufgabenbezogenen Einschränkung ist hierbei von zentraler Bedeutung, denn sie ist argumentativer Ankerpunkt für jede Umgestaltung. Im Friseursalon, in dem Frau Hahn beschäftigt ist, haben nach ihrer Aussage die Kolleginnen keine Rücksicht auf ihre gesundheitlichen Belastungen genommen, obschon sie von einem angenehmen Arbeitsklima berichtet. In diesem Fall wird die Erkrankung weder formell noch informell in die Arbeitsorganisation integriert – von der stufenweisen Eingliederung abgesehen. Dort, wo sich das organisationale Gefüge verschiebt und es ein Begründungsdefizit gibt, zeigt sich, dass es vornehmlich um Fragen der gerechten Lastenverteilung geht. Die Rahmung der Erkrankung bzw. Einschränkung ist hier von entscheidender Bedeutung. So merkt Herr Steiger an: „Auch sehr nervig, die [Kollegen] sind manchmal schlimmer wie die Geschäftsleitung untereinander. Man muss sich auch wieder da ständig erklären, und die Mitarbeiter interpretieren auch“. Durch unterschiedliche Interpretationen wird aus der gegebenen

Einschränkung ein innerbetriebliches soziales Problem, das für alle Beteiligten eine Belastung bedeutet.

Das Zitat aus einem Interview mit einem Arbeitgeber im Titel dieses Unterkapitels, deutet aber an, dass neben den Gefahren, die sich aus einer organisational nicht sinnvoll eingebetteten Beschäftigungssicherung für die Kollegialität ergeben, nämlich das fehlende Verständnis für die Umsetzung von Veränderungen, auch betriebliche Ressourcen bei der Sicherung der Beschäftigung genutzt werden können. Die gegenseitige Unterstützung bei der Lösung von Problemen und der Bewältigung von Aufgaben ist in den Erwartungen der von uns Befragten angelegt. In der Aushandlung des konkreten Arbeitshandelns bringen junge wie ältere Beschäftigte Fertigkeiten und Fähigkeiten mit, die ein produktives Arbeiten mit bedingter Gesundheit ermöglichen können. Wenn dies auch so erlebt wird, können unterschiedliche Belastungsprofile der Beschäftigten im sozialen Gefüge des Betriebs aufgefangen und produktiv gewendet werden.

Abschließende Bemerkungen

Was bedeutet das bisher Gesagte für die Beschäftigungssicherung im Handwerk? Diese erfordert in einem höchst heterogenen Feld, in dem körperliche Leistungsfähigkeit und damit auch körperliche Belastungen positiv besetzt und im Arbeitsalltag gefordert sind, die Suche nach individuellen betrieblichen Lösungen, für die sie eine Unterstützung von außen benötigen. Denn die Betriebe weisen in der Regel kein bzw. ein nur kaum ausformuliertes Konzept zum Arbeits- und Gesundheitsschutz und damit zur nachhaltigen Beschäftigungssicherung weder im präventiven Sinne noch nach eingetretener bleibender gesundheitlicher Beeinträchtigung auf. Entsprechend werden Antworten auf Probleme durch gesundheitliche Leistungseinbußen anlassbezogen und individuell gesucht. Gründe dafür finden sich neben den fehlenden Ressourcen, in unbestimmten Verantwortlichkeiten und der Latenz des Themas in der betrieblichen Sozialordnung. Neben oft fehlender Informiertheit und geringem Wissen über die Nutzung vorhandener Hilfsangebote und externer Kooperationspartner fehlt es an operativen Strategien, um strukturelle Antworten zu finden. Dieses Wissen ist extern vorhanden (etwa bei den Berufsgenossenschaften), wird aber nicht abgerufen, teils weil Informationen fehlen, teils weil schlechte Erfahrungen gemacht wurden, teils weil die mit der Inanspruchnahme verbundene Bürokratie davon abhält, aber auch weil der Blick von außen in die konkreten Arbeitsverhältnisse vor Ort nicht gewünscht ist. So sind die Ansprechpartner nicht immer bekannt. Hier können die Berufsgenossenschaften, aufgrund ihrer partiell anerkannten Stellung sowohl bei den Arbeitgeber*innen und als auch den Beschäftigten als relevanter Akteur gesehen werden. Wenn dies gelingen soll, ist es den Erfahrungen der Experten in der Kammern nach hilfreich, positive Beispiele zu zeigen und erlebbar zu machen, etwa durch „Botschafter“ aus Betrieben mit „guter Praxis“ und eine anschließenden Runde in der Kammer, um nach lokal passfähigen Bedingungen für eine branchengerechte Anpassung derartiger Lösungen zu suchen.

Es kann entsprechend hilfreich sein, eine bestehende sozialversicherungs- bzw. unfallversicherungsrechtliche Institution für das Handwerk alleinzuständig zu machen. Die Handwerkskammern und BGen bieten sich an, da diese über den oben beschriebenen Einblick in Arbeit und Leben der Handwerker*innen verfügen. Die Zentrierung hat den Vorteil, dass die Kommunikation der Angebote zur Gesundheit aus einer Hand erfolgen kann. Allianzen dieser Art würden konkrete und kompetente Ansprechpartner, angemessene Lösungsvorschläge sowie eine gezielte Diffusion von Wissen erlauben. Dass ein solches Vorgehen erfolgreich

sein kann, zeigt sich bei den Unternehmen, die in der Betreuung von BG oder Krankenkasse von positiven Erfahrungen berichten und trotz kleiner Betriebsgrößen mehr als eine betroffene Person mit bedingter Gesundheit beschäftigen. Wichtig ist bei einem solchen Vorgehen, sowohl den finanziellen als auch den sozialen Mehrwert zu betonen und die Institution als Agent von Betrieben und Beschäftigten zu etablieren. Eine überbetriebliche Allianz hat den zusätzlichen Effekt, dass die Unternehmensleitung nicht von der Aufgabe befreit wird, sondern durch die Expertise von außen an Kompetenz gewinnt. Neben den Playern der Unfall- und Sozialversicherungsträger gibt es freie Institutionen, die Betrieben und Beschäftigten bei der Bearbeitung von bedingter Gesundheit hilfreich zur Seite stehen. Hier sind die Beratungsstelle des Vereins „Arbeit und Gesundheit e. V.“ in Hamburg oder auch der „Verein zu Förderung der Betrieblichen Eingliederung esa e. V.“ in Schleswig zu nennen. Diese sind insbesondere dann gefragt, wenn gegenüber dem Sicherungssystem und den Leistungsträgern wie bspw. den BGen oder der RV Ein- und Widersprüche entstehen.

Es bietet sich ebenfalls an, neben den obligatorischen betriebsmedizinischen Untersuchungen die Beschäftigten mitzunehmen und der faktischen Teilverantwortlichkeit Rechnung zu tragen. Hier bedarf es vermehrter Anstrengungen, die Beschäftigten zu ermutigen und zu ermächtigen, Gesundheit zum Thema der Arbeit zu machen. Neben der Vermittlung des entsprechenden Wissens in der Ausbildung bedarf es dazu auch regelmäßiger Weiterbildungen der Beschäftigten. Diese müssen je nach Gewerk unterschiedlich aufgebaut sein und den oben angedeuteten Herausforderungen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz Rechnung tragen (bspw. bei Gefahrstoffen und bei spezifischen Belastungen durch einzelne Arbeitsaufgaben).

Zentral ist nicht nur das Wissen um Möglichkeiten und Gefahren, sondern auch, dass in den Betrieben des Handwerks unterschiedlich offen mit gesundheitlichen Einschränkungen und Leistungswandel umgegangen wird. Die Veröffentlichung einer Krankheit zieht nicht zwingend Konsequenzen in der Arbeitsgestaltung nach sich. Handwerksbetriebe als soziales Gefüge reagieren differenziert auf Veränderungen. Externe Unterstützungsangebote und Allianzen müssen diesem Umstand Rechnung tragen. Die weitere Integration bei sich verändernden Belastungsprofilen kann nur dann gelingen, wenn ein Verständnis dafür geschaffen wird, dass die Kolleg*innen nicht zu ihrem Nachteil überfordert werden, um einer Person eine „angenehme Zeit“ vor der Rente zu verschaffen. Gleiches gilt für die Betroffenen, die sich keinesfalls wünschen, bezahlt zu werden, ohne eine für sie selbst sinnvolle und von den anderen Mitarbeiter*innen anerkannten Beschäftigung und innerhalb des Betriebes

„ausgesteuert“ zu sein, sondern sich weiter produktiv und sinnhaft einbringen möchten. Die befragten Beschäftigten haben sich über 20 Jahre in der Arbeit als selbstwirksam erlebt und erwarten das weiterhin von ihrem Arbeitshandeln, dieser Aspekt muss im Handwerk bei der Lösungsfindung bedacht werden. Dennoch gibt es Chancen, die in der Organisation von Arbeit bisher noch nicht erschlossen sind. Ob das eine bewusste Auftragspolitik ist oder wenn dies nicht möglich ist, eine erleichternde Verteilung von Belastungen. Beratungsangebote dürfen nicht nur die Betroffenen, sondern müssen auch die Folgen für die weiteren Beschäftigten einbeziehen. Hilfreich kann es sein, den Mythos des verantwortungsvollen Handwerks zu bedienen und die unbestimmte Sorge um die Beschäftigten in ein systematisches und anspruchsvolles Programm zu überführen. Diese Strategie wird teilweise bereits in der Beratung durch die Handwerkskammern umgesetzt.

Das Handwerk zeichnet sich durch die ambivalente Situation aus, dass Sorgen und Thematisierbarkeit gesundheitlicher Einschränkungen häufig scheinbar paradoxerweise aneinander vorbeilaufen. Es ist zeitlich auf die Gegenwart und die nähere Zukunft bezogen und verliert dadurch bei langfristigen Horizonten den Zugriff, verschiebt aber die Bearbeitung von gesundheitlichen Einschränkungen und Leistungswandel auf ein unbestimmtes Morgen. Die Impulse für eine nachhaltige Beschäftigungssicherung müssen partnerschaftlich im Betrieb in der Triade Beschäftigte-Betrieb-Allianz etabliert werden. Das erfordert im Handwerk auch eine gezielte Ermächtigung der Beschäftigten, die aufgrund der meist selbstständigen Arbeit in der Gestaltung ihrer Arbeitsprozesse eines eigenen Verständnisses von Arbeits- und Gesundheitsschutzes bedürfen. Ein probates Mittel dafür kann der Arbeitsschutzausschuss nach § 11 Arbeitssicherheitsgesetz sein. Dieses deliberative Instrument der Arbeitssicherheit erlaubt es in regelmäßigen Treffen, Belastungen, Wünsche und Vorstellungen zu formulieren und auszuhandeln. Die damit verbundene Chance, eine gesündere Unternehmenskultur zu etablieren, zeigt sich in Betrieben guter Praxis als effektives Instrument – selbst dann, wenn noch kein Betriebsrat gegründet wurde. Es ist empfehlenswert, den Arbeitsschutzausschuss auch in Betrieben mit weniger als zwanzig Beschäftigten mit Blick auf die betriebliche Sozialordnung zu etablieren, um in Verbindung mit einem kompetenten Beratungs- und Vermittlungspartner die kulturellen Ressourcen des Handwerks in Bedingungen einer gelingenden und nachhaltigen Beschäftigungssicherung zu integrieren.

Danksagung

Für die Durchsicht dieser Arbeit danke ich Henrieke Ehnert, für inhaltliche Hinweise danke ich Dr. Annett Schulze, Dr. Wolfgang Hien und Prof. Dr. Ernst von Kardorff.

Literatur

- Alaze, Felizitas/Brandt, Martina/Goedicke, Anne/Kunze, Daniela/Seiler, Kai/Ducki, Antje (2015): Gesundheitsförderung bei Führungskräften und Beschäftigten in Klein(st)betrieben des Gastgewerbes und des Handwerks. In: Jeschke, Sabina/Richert, Anja/Hees, Frank/Jooß, Claudia (Hrsg.): Exploring Demographics. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 311–332.
- Antweiler, Christoph (2018): Kultur. In: Kopp, Johannes/Steinbach, Anja (Hrsg.), Grundbegriffe der Soziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 249–253.
- Ax, Christine (Hrsg.) (2000): Die alternde Gesellschaft. Herausforderung und Chance für das Handwerk. Hannover: Schlüter.
- Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.) (2016): Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen. Mit 130 Abbildungen und 253 Tabellen. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Baumann, Anja/Ihm, Andreas (2018): Handwerk und Prävention 4.0. In: Cernavin, Oleg/Schröter, Welf/Stowasser, Sascha (Hrsg.): Prävention 4.0. Analysen und Handlungsempfehlungen für eine produktive und gesunde Arbeit 4.0. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 307–333.
- Beck, David (2011): Zeitgemäße Gesundheitspolitik in Kleinst- und Kleinbetrieben: Hemmende und fördernde Bedingungen. Bielefeld: Universität Bielefeld Dissertation und Berlin: edition sigma.
- Bethge, Matthias/Bartel, Susanne/Buschmann-Steinhage, Rolf (Hrsg.) (2018): Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Die Rehabilitation Themenheft „Return to Work“ (im Druck, erscheint Herbst 2018).
- Boehle, Fritz (Hrsg.) (2017): Arbeit als Subjektivierendes Handeln. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Cernavin, Oleg/Schröter, Welf/Stowasser, Sascha (Hrsg.) (2018): Prävention 4.0. Analysen und Handlungsempfehlungen für ein produktive und gesunde Arbeit 4.0. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Charmaz, Kathy (2006): Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis. London: SAGE Publications.
- Detka, Carsten u. a. (2018): Return to work und stay at work – Die Frage nach einem gelingenden betrieblichen Eingliederungsmanagement. In: Bethge, Matthias/Bartel, Susanne/Buschmann-Steinhage, Rolf (Hrsg.), Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. In: Die Rehabilitation Themenheft „Return to Work“ (im Druck, erscheint Herbst 2018).

- Dicke, Wolfgang (2007): Klein, aber fein!: Sicherheit und Gesundheit in Handwerksbetrieben. Tipps und Infos für Betriebsinhaber. Dortmund: BAuA.
- Eichhorst, Werner/Tobsch, Verena/Wehner, Caroline (2016): Neue Qualität der Arbeit? Zur Entwicklung von Arbeitskulturen und Fehlzeiten. In: Badura, Bernhard/Ducki, Antje/Schröder, Helmut/Klose, Joachim/Meyer, Markus (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit. Herausforderungen und Chancen. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 9–20.
- Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.) (2010): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Frerichs, Frerich (Hrsg.) (2016): Altern in der Erwerbsarbeit. Perspektiven der Laufbahngestaltung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Fromm, Christine (1998): Soziale Typik und Gesundheit im handwerklichen Kleinbetrieb. In: Pröll, Ulrich (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im Kleinbetrieb. Forschungsergebnisse und Präventionserfahrungen. Tagungsband, Dortmund: sfs (Beiträge aus der Forschung Bd. 104), S. 11–25
- Garz, Detlef/Kraimer, Klaus (Hrsg.) (1991): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gericke, Erika E. (2011): Biographische Berufsorientierungen deutscher und englischer Kfz-Mechatroniker. In: Zeitschrift für Qualitative Forschung 12, S. 279–297.
- Gesellschaft für Arbeitswissenschaft/Institut für Arbeitswissenschaft und Betriebsorganisation (Hrsg.) (2015): Verantwortung für die Arbeit der Zukunft: 61. GfA-Frühjahrskongress, 25.–27.02.2015, Karlsruhe. Dortmund: GfA-Press.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1995): Betreuung von Sterbenden. Eine Orientierung für Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger und Angehörige. 2. Auflage, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (2010): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. 3. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.
- Göbel, Christian/Zwick, Thomas: Which Personnel Measures are Effective in Increasing Productivity of Old Workers? ZEW Discussion Paper No. 10–069. In: Labour Economics, H. 22, S. 80–93.
- Göldner, Rainer/Rudow, Bernd/Neubauer, Werner (2006): Arbeit und Gesundheit für leistungsgewandelte Mitarbeiter: Erfahrungen aus der Automobilindustrie. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 41, S. 566–573.

- Götz, Irene/Wittel, Andreas (Hrsg.) (2000): Arbeitskulturen im Umbruch. Zur Ethnographie von Arbeit und Organisation; 9. Tagung der Kommission Arbeitskulturen (ehem. „Arbeiterkultur“) in der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde am 8./9.Mai 1998 in München. Münster: Waxmann.
- Götz, Irene/Wittel, Andreas (2000): Ethnographische Arbeitsforschung – zur Einführung. In: Götz, Irene/Wittel, Andreas (Hrsg.): Arbeitskulturen im Umbruch. Zur Ethnographie von Arbeit und Organisation; 9. Tagung der Kommission Arbeitskulturen (ehem. „Arbeiterkultur“) in der Deutschen Gesellschaft für Volkskunde am 8./9.Mai 1998 in München. Münster: Waxmann, S. 7–15.
- Gräske, Ute (Hrsg.) (2011): Arbeitsschutz in kleinen Betrieben. Wirksam, kostengünstig, rechtssicher. 3. Auflage, Dortmund: BAuA.
- Hartmann, Bernd/Seidel, Dirk (2009): Arbeitsmedizinische Muskel-Skelett-Befunde und ihre Beziehung zu arbeitsbedingten körperlichen Belastungen – Befunde in den Wirbelsäulenregionen. In: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 59, H. 9, S. 258–268.
- Haverkamp, Katarzyna/Fredriksen, Kaja Bonesmo (2018): Lohnstrukturen im Handwerk. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung
- Heid, Helmuth/Reith, Jürgen (2010): Beruf, Arbeits- und Unfallschutz. In: Heid, Helmuth/Reith, Jürgen (Hrsg.): Malerfachkunde. Wiesbaden: Vieweg+Teubner, S. 1–37.
- Hien, Wolfgang (2000): Arbeit und Gesundheit im Kleinbetrieb. Probleme der Thematisierung von Arbeits- und Gesundheitsschutz in handwerklichen Milieus. In: Musahl, Hans-Peter/Eisenhauer, Thomas (Hrsg.), Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen. 10. Workshop 1999. Heidelberg: Asanger, S. 263–270.
- Hien, Wolfgang/Neumann, Enno (1998): Präventive Arbeitsgestaltung in kleinen Handwerksbetrieben. Empirische und theoretische Anmerkungen. In: Pröll, Ulrich (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im Kleinbetrieb. Forschungsergebnisse und Präventionserfahrungen. Dortmund: Sozialforschungstelle Dortmund, S. 87–95.
- Hopf, Christel (2010): Qualitative Interviews. Ein Überblick. In: Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 349–360
- INQA-Bauen (Hrsg.) (2016): Gutes Bauen: Der Check für Bauherren: 10 Schritte zu Qualität und Wirtschaftlichkeit des Bauens; eine INQA-Bauen- Praxishilfe für Bauherren, Dortmund

- Jeschke, Sabina/Richert, Anja/Hees, Frank/Jooß, Claudia (Hrsg.) (2015): Exploring Demographics. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kardorff, Ernst von (2018): Illness narratives in the workplace. In: Lucius-Hoene, Gabriele/Holmberg, Christine/Meyer, Thorsten (Hrsg.): Illness narratives in practice. In Druck, Oxford: Oxford University Press.
- Kauffeld, Simone/Frerichs, Frerich (Hrsg.) (2018): Kompetenzmanagement in kleinen und mittelständischen Unternehmen. Eine Frage der Betriebskultur? Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Klingler, Frank (2016): BGM – Vorteil Gesundheit im Handwerk. In: Pfannstiel, Mario A./Mehlich, Harald (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 49–64.
- Kopp, Johannes/Steinbach, Anja (Hrsg.) (2018): Grundbegriffe der Soziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Langenbucher, Wolfgang R. (Hrsg.) (1988): Handbuch zur deutsch-deutschen Wirklichkeit. Bundesrepublik Deutschland – Deutsche Demokratische Republik im Kulturvergleich. Stuttgart: Metzler.
- Lenzen, Marc/Opitz, Inga/Riechel, Sabine (2009): Menschen in altersgerechter Arbeitskultur. Arbeiten dürfen, können und wollen! Unternehmen und Führungskräfte für die Gestaltung des demographischen Wandels motivieren; Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen Förderschwerpunkt „Altersgerechte Arbeitsbedingungen“. Münster: IFGP.
- Lucius-Hoene, Gabriele/Holmberg, Christine/Meyer, Thorsten (Hrsg.) (2018): Illness narratives in practice. In Druck, Oxford: Oxford University Press.
- Markmann, Heinz/Gillen, Eckhart (1988): Arbeitskultur. In: Langenbucher, Wolfgang R. (Hrsg.): Handbuch zur deutsch-deutschen Wirklichkeit. Bundesrepublik Deutschland – Deutsche Demokratische Republik im Kulturvergleich. Stuttgart: Metzler.
- Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (1991): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, Detlef/Kraimer, Klaus (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte, Methoden, Analysen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 441–471.
- Müller, Klaus (2013): Strukturentwicklungen im Handwerk. In: Wirtschaftsdienst 93, S. 636–642.
- Musahl, Hans-Peter/Eisenhauer, Thomas (Hrsg.) (2000): Psychologie der Arbeitssicherheit. Beiträge zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit in Arbeitssystemen. 10. Workshop 1999. Heidelberg: Asanger.

- Naegele, Laura (2016): Kompetenzbasierte Laufbahngestaltung im Handwerk – Die Situation älterer Mitarbeiter vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Arbeitswelt. In: Frerichs, Frerich (Hrsg.): Altern in der Erwerbsarbeit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 209–232.
- Naegele, Laura/Frerich Frerichs (2018): Laufbahngestaltung als Maßnahme der Kompetenznutzung und -entwicklung – ein Beispiel aus dem Handwerk. In: Kauffeld, Simone/Frerichs, Frerich (Hrsg.): Kompetenzmanagement in kleinen und mittelständischen Unternehmen. Eine Frage der Betriebskultur? Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 209–223.
- Osranek, Regina/Ritter, Albert (2015): Psychische Belastungen von Betriebsinhabern. Implikationen für das Modell der Arbeitsfähigkeit am Beispiel von Handwerksunternehmen. In: Verantwortung für die Arbeit der Zukunft. 61. GfA Frühjahrskongress, 25.–27.02.2015, Karlsruhe. Dortmund: GfA-Press.
- Packebusch, Lutz/Weber, Birgit (2000): Personalentwicklung im Handwerk – die Zukunft gestalten. In: Ax, Christine (Hrsg.): Die alternde Gesellschaft. Herausforderung und Chance für das Handwerk; [die Beiträge in diesem Buch entstanden im Rahmen des Forschungsvorhabens „Demographische Veränderungen – zukünftige Anforderungen und Strategien im Handwerk“]. Hannover: Schlüter, S. 43–69.
- Pfannstiel, Mario A./Mehlich, Harald (Hrsg.) (2016): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Pröll, Ulrich (Hrsg.) (1998): Arbeit und Gesundheit im Kleinbetrieb. Forschungsergebnisse und Präventionserfahrungen. Dortmund: Sozialforschungstelle Dortmund.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2008): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg.
- Rohmert, Walter (1984): Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. In: Zeitschrift Arbeitswissenschaft 38, S. 193–200.
- Rönick, Katharina/Bier, Lukas/Bopp, Verena/Bruder, Ralph (2017): Handwerk demografiegerecht gestalten – Belastungsbewertung und Arbeitsgestaltung im Baugewerbe am Beispiel der Dachdecker und Zimmerer. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, S. 225.
- Rosenthal, Gabriele (2011): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage, Weinheim: Juventa-Verlag
- Schlick, Christopher/Luczak, Holger/Bruder, Ralph (2010): Arbeitswissenschaft. Heidelberg: Springer.

- Sonsmann, Flora/Braumann, Antje/Wilke, Annika/John, Swen Malte/Wilforst, Britta (2011): Berufsbedingte Hautkrankheiten im Friseurhandwerk.
www.safehair.eu/fileadmin/user_upload/documents/Documents/Grundlagendokument/Berufsbedingte_Hautkrankheiten_im_Friseurhandwerk_DE_01.pdf (Abruf am 18.12.2017).
- Steinberg, Ulf/Liebers, Falk/Klußmann, André/Gebhardt, Hansjürgen/Rieger, Monika A./Behrendt, Sylvia/Latza, Ute (2007): Leitmerkmalmethode. Manuelle Arbeitsprozesse 2011. Dortmund: BAuA.
- Strauss, Anselm/Corbin, Juliet (1996): Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Thomä, Jörg (2014): Fachkräftemangel im Handwerk? Eine Spurensuche. In: WSI 67, S. 590–598.
- Traublinger, Heinrich (2010): Familienunternehmen im Handwerk. In: Politische Studien 61, S. 34–42.
- Volmerg, Birgit/Senghaas-Knobloch, Eva/Leithäuser, Thomas (1986): Betriebliche Lebenswelt. Eine Sozialpsychologie industrieller Arbeitsverhältnisse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Weikmann, Simone/Hösl, Gabriele/Reime, Birgit/Böhle, Fritz (2017): Subjektivierendes Arbeitshandeln bei der Arbeit mit dem Haar. In: Boehle, Fritz (Hrsg.): Arbeit als Subjektivierendes Handeln. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 825–838.
- Widuckel, Werner (2015): Arbeitskultur 2020: Herausforderungen für die Zukunft der Arbeit, in: Werner Widuckel (Hrsg.), Arbeitskultur 2020: Herausforderungen und Best Practices der Arbeitswelt der Zukunft, 2015, S. 27–44
- Widuckel, Werner (Hrsg.) (2015): Arbeitskultur 2020. Herausforderungen und Best Practices der Arbeitswelt der Zukunft. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Wills, Thomas A. (1981): Downward comparison principles in social psychology. In: Psychological Bulletin 90, S. 245–271.
- Zentralverband des Deutschen Handwerks (Hrsg.) (2016): Daten und Fakten zum Handwerk für das Jahr 2016.
www.zdh.de/fileadmin/user_upload/themen/wirtschaft/statistik/kennzahlen/Kennzahlen_2016/Grafik-VW-Beschaefigte-16.pdf (Abruf am 24.01.2018).
- Zoch, Bernhard (2008): Beschäftigungssituation von älteren Arbeitnehmern im Handwerk. Eine empirische Untersuchung von Handwerksbetrieben aus dem Bundesgebiet. Berlin.

Anhand qualitativer Interviews mit beeinträchtigten Beschäftigten und Arbeitgebern wird beleuchtet, wie in der Arbeitskultur „Handwerk“ mit gesundheitlichen Einschränkungen umgegangen wird. Dem liegt die Frage zugrunde: Wie kann in Klein- und Mittelbetrieben der Branche eine nachhaltige Beschäftigungssicherung realisiert werden? Das Ergebnis verweist auf eine Latenz des Themas. Ausfallzeiten oder eingeschränkte Arbeitsfähigkeit sind von einer Dynamik zwischen Verantwortung und Pragmatismus geprägt. Die Arbeitskultur zeigt sich als heterogen und hält eine Vielzahl individueller Lösungen bereit. Zugleich wird ein erheblicher externer Unterstützungsbedarf für pragmatische Lösungen sichtbar.
