

Diskussionspapier des Ausschusses für Arbeitsmedizin (AfAMed)

Perspektiven für die Arbeitsmedizin

Stand: 31.05.2022

Inhalt

1. Zusammenfassung

2. Diskussionsimpulse und Empfehlungen

Details und Hintergrund

3. Qualifizierung, Versorgungs- und Nachwuchssituation

3.1. Weiterbildung

3.2. Fortbildung

3.3. Versorgungssituation

3.4. Betreuungskonzepte

3.5. Entwicklung der Nachwuchssituation

3.6. Ausblick zur Nachwuchsentwicklung

3.7. Kooperation

3.8. Telemedizin in der Arbeitsmedizin

3.9. Monitoring der Versorgungssituation, Evaluation, Versorgungsforschung

4. Entwicklung der Rahmenbedingungen und Aufgabenfelder

4.1. Wandel der Arbeit – Welche Konsequenzen ergeben sich für die Arbeitsmedizin?

4.2. Forschung und Lehre

4.3. Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen

4.4. Prävention von Berufskrankheiten (BK)

4.5. Hygiene, Infektionsschutz und Pandemievorsorge im Betrieb

4.6. Arbeitsmedizinische Vorsorge

4.7. Rehabilitation und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

4.8. Betriebliches Gesundheitsmanagement

4.9. Wissensmanagement

4.10 Arbeitsmedizinisches Mitwirken in Institutionen des Arbeitsschutzes

4.11 Aufsicht und Überwachung

5. Literatur

1. Zusammenfassung

Auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) hat der Ausschuss für Arbeitsmedizin (AfAMed) die derzeitige Situation, Stärken, Schwächen und den Entwicklungsbedarf der Arbeitsmedizin in Deutschland bewertet. Daraus werden Perspektiven für die Arbeitsmedizin, Diskussionsanstöße und Empfehlungen zur Verbesserung ihrer Rahmenbedingungen in Deutschland abgeleitet. Besonders werden dabei berücksichtigt:

- Die Bitte der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder an das BMAS, den AfAMed mit der Erstellung eines Konzepts zur Verbesserung der Situation der Arbeitsmedizin zu beauftragen
- Der Wandel der Arbeit und ihrer gesundheitlichen Aspekte, insbesondere durch die Globalisierung der Wirtschaft, den technologischen Wandel, die demografische Entwicklung und nicht zuletzt die aktuelle Pandemie
- Verfügbare Daten zur Betreuungssituation der Betriebe durch Betriebsärzte sowie zur Nachwuchssituation in der Arbeitsmedizin
- Rolle und Beitrag der Arbeitsmedizin im betrieblichen Gesundheitsmanagement
- Rolle und Beitrag von Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern in Institutionen des Arbeitsschutzes
- Die arbeitsmedizinische Forschung und Lehre
- Rolle und Beitrag der Arbeitsmedizin im Arbeitsschutzsystem

Adressaten dieser Stellungnahme des AfAMed sind das BMAS, die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK), die staatlichen Arbeitsschutzinstitutionen, die gesetzliche Unfallversicherung, die Organisationen der Sozialpartner, Ärztekammern, weiterbildungsbefugte Ärztinnen und Ärzte für Arbeitsmedizin, arbeitsmedizinische Akademien und weitere Partner der betrieblichen Prävention.

Ziel ist es, eine positive Entwicklung der Arbeitsmedizin in den kommenden Jahren zu fördern, damit ihre Potenziale für Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten optimal genutzt werden können.

Zur betriebsärztlichen Versorgungssituation stehen Daten aus verschiedenen Erhebungen zur Verfügung. Diese sprechen dafür, dass die arbeitsmedizinische Betreuung in größeren Betrieben überwiegend gewährleistet ist, während Klein- und besonders Kleinstbetriebe (KKU) in der Mehrzahl der Branchen arbeitsmedizinisch unterversorgt sind. Die Daten belegen, dass viele Klein- und Kleinstbetriebe auch keine Fachkräfte für Arbeitssicherheit bestellt haben. Die alternativen Betreuungsmodelle der Unfallversicherungsträger haben zu einer Erhöhung der Betreuungsrate beigetragen, dennoch haben viele KKU keine Fachkräfte für Arbeitssicherheit oder BetriebsärztInnen bestellt - damit konnte auch auf diesem Wege keine umfassende Lösung erreicht werden. Die Unterversorgung ist nicht allein mit einem Mangel an Betriebsärztinnen und Betriebsärzten erklärbar. Auch die mangelnde Kenntnis oder Akzeptanz der Regelungen und Angebote des Arbeitsschutzes in Klein- und Kleinstbetrieben und die bisherige Art der Überwachung tragen möglicherweise dazu bei.

Für die Zukunft zeichnet sich eine positive Entwicklung der Nachwuchssituation in der Arbeitsmedizin ab. Nach der von der Bundesärztekammer 2019 veröffentlichten Statistik zur Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde 2002-2019 gemäß §§ 3, 6 UVV "Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" (DGUV Vorschrift 2) ist die Anzahl der ArbeitsmedizinerInnen in diesem Zeitraum stabil geblieben, wobei diese Zahl die tatsächlichen Kapazitäten nicht erkennen lässt (beispielsweise prozentualer Betriebsbetreuungsanteil beispielsweise bei PraxisinhaberInnen, Teilzeit).

Im Jahr 2018 wurden durch Beschlüsse des Ärztetags die Zulassungsbedingungen zur Facharztweiterbildung weiter gefasst und die Aufnahme einer kürzeren, berufsbegleitenden Weiterbildung „Betriebsmedizin“ in der Musterweiterbildungsordnung verabschiedet, die dem

ärztlichen Nachwuchss den Zugang zur Arbeitsmedizin erleichtert. Über 500 Erstanmeldungen zu den arbeitsmedizinischen Grundlagenkursen bereits im ersten Quartal 2021 lassen eine weitere Verbesserung der Nachwuchssituation in den nächsten Jahren erwarten.

Eine von der Bundesärztekammer initiierte Arbeitsgruppe hat sich Mitte 2021 mit den verfügbaren Daten zur arbeitsmedizinischen Versorgungssituation befasst. Beteiligt waren unter anderem mehrere Ärztekammerpräsidenten, die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und ein Unfallversicherungsträger. Sie kam zu dem Ergebnis, dass Ende 2019 ca. 8.100 Ärztinnen und Ärzte mit einer arbeits- oder betriebsmedizinischen Qualifikation und zusätzlich 1.000 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung für die Versorgung zur Verfügung standen - also insgesamt ca. 9.100 Ärztinnen und Ärzte. Die Zahl der jährlichen Facharztanerkennungen sind im Zeitraum von 2009 bis 2020 um 70 % gestiegen; im Jahr 2020 schlossen insgesamt 290 Ärztinnen und Ärzte eine Weiterbildung in der Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin ab. Die Arbeitsgruppe arbeitet aktuell an der Datengrundlage für ein verbessertes Monitoring der arbeitsmedizinischen Versorgungssituation.

Der Wandel der Arbeit und neue Herausforderungen, wie zum Beispiel Gesundheitsrisiken durch die derzeitige Pandemie unterstreichen den Bedarf arbeitsplatznaher betriebsärztlicher Betreuung. Diese benötigt eine angemessene wissenschaftliche Begleitung, die der Entwicklung und Vielfalt der Arbeitsbedingungen gerecht wird. Die Forschungs- und Publikationsleistung der arbeitsmedizinischen Institute und gewerbeärztlicher Institutionen in Deutschland hat ein sehr hohes Niveau erreicht - und auch arbeitsmedizinische Lehre und Praktika erhalten immer wieder gute Bewertungen durch die Studierenden der Medizin. Andererseits fehlen an 15 medizinischen Fakultäten Institute bzw. Lehrstühle für Arbeitsmedizin, und die Zahl der Gewerbeärzte in Deutschland sinkt seit Jahren kontinuierlich. Das schränkt die arbeitsmedizinischen Forschungskapazitäten, aber auch die Sichtbarkeit des Fachgebiets für Studierende deutlich ein und sollte in den kommenden Jahren Anlass für die Wiederbesetzung und Neugründung arbeitsmedizinischer Institute an diesen Fakultäten und für die Wiederbesetzung und Stärkung gewerbeärztlicher Stellenangebote sein.

Neben den betriebsärztlichen Aufgaben der Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen und Berufskrankheiten, beim Infektionsschutz und der Pandemievorsorge, im betrieblichen Eingliederungsmanagement und im betrieblichen Gesundheitsmanagement wird in dieser Stellungnahme die Weiterentwicklung der arbeitsmedizinischen Vorsorge ausführlicher behandelt. Die arbeitsmedizinische Vorsorge wurde durch die Verordnung Arbeitsmedizinische Vorsorge (ArbMedVV) und konkretisierende Arbeitsmedizinische Regeln (AMR) sowie Arbeitsmedizinische Empfehlungen (AME) wesentlich gestärkt und modernisiert. Auf der Grundlage der inzwischen in der Praxis gesammelten Erfahrungen werden verschiedene Vorschläge und Diskussionsanregungen für die Weiterentwicklung der arbeitsmedizinischen Vorsorge gegeben - unter anderem für die Entwicklung einer Konzeption „Ganzheitliche arbeitsmedizinischer Vorsorge“.

Arbeitsmedizinische Vorsorge trägt zu einer Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung bei. Bei Einführung neuer Technologien können arbeitsmedizinische Vorsorgeangebote den Prozess begleiten und erforderliche Schutzmaßnahmen rechtzeitig identifizieren. Es wird eine Diskussion darüber angeregt, auf welche Weise derartige arbeitsmedizinische Vorsorge gefördert, in der ArbMedVV abgebildet und in den Betrieben umgesetzt werden kann.

Täglich werden Betriebsärztinnen und Betriebsärzte mit vielfältigen Fragestellungen konfrontiert, auf die weder die Fachliteratur, noch heutige Informationsplattformen oder Expertensysteme eine praxisrelevante Antwort geben. Es geht nicht nur um Gefährdungen, sondern um präventives Gestaltungs-Know-How. Wie plant man ein neues Call-Center oder ein Gentechnik-Labor sicher und gesundheitsgerecht? Wo findet man kontinuierlich

aktualisierte präventive Gestaltungsbeispiele und „models of good practice“ betrieblicher Prävention? Betriebsärztinnen und Betriebsärzte, aber auch Fachkräfte für Arbeitssicherheit würden bei solchen Fragestellungen sehr von einer Unterstützung durch ein gemeinsames, partizipatives Wissensmanagement-System für die Sicherheit und Gesundheit profitieren, dessen Eckpunkte in dieser Stellungnahme vorgeschlagen werden.

Der AfAMed will mit dieser Stellungnahme Empfehlungen und Impulse für eine bessere Nutzung der Potenziale der Arbeitsmedizin und zugleich für die Akzeptanz und Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes in den Betrieben geben. Die Perspektiven für die Arbeitsmedizin hängen - neben Kompetenz und Initiative ihrer Vertreter sowie der Attraktivität des Fachgebiets - nicht zuletzt von einem Konsens aller Institutionen und Partner des Arbeitsschutzes ab, die Entwicklung der Arbeitsmedizin zu fördern.

2. Diskussionsimpulse und Empfehlungen

Zur Betreuungs- und Nachwuchssituation (3.3, 3.5, 3.6)

Die zuletzt stetig zunehmenden Absolventenzahlen einer arbeitsmedizinischen Weiterbildung und die hohe Auslastung arbeitsmedizinischer Akademien belegen inzwischen - entgegen pessimistischen Prognosen auf Grundlage von Daten bis 2011 - eine verbesserte Nachwuchssituation in der Arbeitsmedizin. Andererseits stehen bisher nur unvollständige Daten zur Betreuungskapazität und zur Versorgungssituation der Betriebe durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte zur Verfügung. Deshalb wird ein flächendeckendes, einheitliches und detailliertes Monitoring aller ArbeitsmedizinerInnen, aller Ärztinnen und Ärzte in arbeitsmedizinischer Facharztweiterbildung sowie der Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin seitens der Ärztekammern angeregt. Das Gleiche gilt für eine Weiterentwicklung des Monitorings der betrieblichen Betreuungssituation. Eine weitere positive Entwicklung der Arbeitsmedizin und Verstärkung ihrer Nachwuchssituation wird maßgeblich von Engagement und Kompetenz ihrer Fachvertreter, von attraktiven Weiterbildungs- und Arbeitsbedingungen, aber auch vom Stellenwert des medizinischen Arbeitsschutzes in Deutschland abhängen - damit von einem gesellschaftlichen Konsens und der Unterstützung aller Institutionen und Partner des Arbeitsschutzes.

Betreuungskonzepte (3.4)

Soweit die Betriebsgröße und -struktur es ermöglichen, ist der Bestellung interner Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit gegenüber einer Beauftragung überbetrieblicher Dienste grundsätzlich der Vorzug zu geben. Für die Bestellung interner Betriebsärzte sprechen die Erhöhung des Wirkungsgrades der Beratung, intensiviertere Betriebskenntnis der Beratenden, und ihre Einbindung in betriebliche Planungsabläufe.

Die arbeitsmedizinische Wissenschaft und Praxis bieten ihre Beratung und Beteiligung bei der Entwicklung, Erprobung und Evaluation neuer bzw. alternativer Konzepte zur Verbesserung der Klein- und Kleinstbetriebsbetreuung an.

Kooperation (3.7)

Die Kooperation von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten mit Expertinnen und Experten weiterer Disziplinen mit präventiven Kompetenzen kann wertvolle Beiträge zur Beratungsqualität nach dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) leisten. Um eine präventive Ausrichtung und Synergie der Arbeit dieser unterschiedlich qualifizierten Expertinnen und

Experten zu gewährleisten, ist ihre Einbindung in die Steuerungsgremien des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu empfehlen.

Telemedizin in der Arbeitsmedizin (3.8)

Die verstärkte Nutzung der Telearbeitsmedizin kann die Versorgungsstruktur sinnvoll unterstützen. Allerdings müssen Betriebsärztinnen und Betriebsärzte die Arbeitsplätze kennen, zur Gefährdungsbeurteilung beitragen und deshalb nennenswerte Anteile ihrer Tätigkeit in den betreuten Betrieben praktizieren. Der AfAMed empfiehlt die Festlegung von Qualitätsanforderungen an die Telearbeitsmedizin – beispielsweise durch eine AMR – und hält eine fokussierte Überwachung der Versorgungsqualität für erforderlich

Weiter- und Fortbildung (3.2)

Der Wandel der Arbeit, neue Gefährdungen und Präventionskonzepte sind in der arbeitsmedizinischen Weiterbildung und Fortbildung jeweils aktuell zu berücksichtigen. Der AfAMed empfiehlt, zur Sicherung der Qualität in der betriebsärztlichen Betreuung und zur Aktualisierung arbeitsmedizinischer Fachkenntnisse ein verbindliches Fortbildungszertifikat - in Analogie zur ambulanten und stationären Versorgung - in der Arbeitsmedizin einzuführen. Auch allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im betriebsärztlichen Dienst und im betrieblichen Gesundheitsmanagement sind kontinuierlich aktuelle Fortbildungen anzubieten und zu ermöglichen.

Forschung und Lehre (4.2)

Die arbeitsmedizinischen Lehrstühle und die arbeitsmedizinische Lehre an den Universitäten ermöglichen den Studierenden, das attraktive Gebiet Arbeitsmedizin erstmals kennen zu lernen. Ebenso bieten im Einzelfall gewerbeärztliche Institutionen und größere betriebsärztliche Dienste für Studierende Möglichkeiten der wissenschaftlichen Arbeit. Allerdings existiert aktuell an 15 medizinischen Fakultäten in Deutschland kein arbeitsmedizinischer Lehrstuhl, und in zwei Bundesländern ist kein gewerbeärztlicher Dienst mehr vorhanden. Die Initiative der ASMK zur Stärkung der Arbeitsmedizin in Wissenschaft und Praxis ist vor diesem Hintergrund sehr zu begrüßen und zu unterstützen. Der AfAMed empfiehlt, dass die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder, die gemeinsame Wissenschaftskonferenz, der Medizinische Fakultätentag und die Minister/innen für Wissenschaft und Bildung der Bundesländer die arbeitsmedizinische Forschung und Lehre gezielt und nachhaltig fördern. Dazu kann insbesondere die Neugründung von Lehrstühlen für Arbeitsmedizin an medizinischen Fakultäten ohne arbeitsmedizinische Institution und die Stärkung gewerbeärztlicher Institutionen entscheidend beitragen. Ebenso sollten Famulaturen im betriebsärztlichen Umfeld im Rahmen des Studiums vollwertig anerkannt werden.

Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen (4.3)

Die Prävention arbeitsbedingter physischer und psychischer Erkrankungen auch in ihren frühen Stadien durch individuelle arbeitsmedizinische Beratung der Beschäftigten und die Beratung der Arbeitgeber zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen leisten einen wichtigen gesamtgesellschaftlichen Beitrag. Zur Fokussierung auf die Früherkennung

und Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen wird die Erarbeitung einer wissenschaftlichen Leitlinie empfohlen.

Prävention von Berufskrankheiten (4.4)

Der Betriebsarzt sollte über die Meldung des begründeten Verdachts auf das Vorliegen einer Berufskrankheit im von ihm betreuten Betrieb Kenntnis erhalten. Dabei sind die Grundsätze des Datenschutzes, des Rechts auf informelle Selbstbestimmung und der ärztlichen Schweigepflicht zu beachten. Dadurch können eine unverzügliche Überprüfung der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung, eine individuelle Beratung der Betroffenen und sich daraus ableitende Arbeitsschutzmaßnahmen erfolgen.

Infektionsschutz (4.5)

Institutionen, Partner und Experten des Arbeitsschutzes müssen sich bei der Priorisierung von Handlungsfeldern darauf einstellen, dass für die Arbeitgeber und Beschäftigten Hygiene und ein wirksamer Infektionsschutz an den Arbeitsplätzen auch in den kommenden Jahren ein überragendes Arbeitsschutzziel sein werden.

Arbeitsmedizinische Vorsorge (4.6)

Arbeitsmedizinische Vorsorge soll die Wechselwirkungen von Arbeit und Gesundheit der Beschäftigten erfassen, zur Früherkennung arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen, zum Erhalt der individuellen Beschäftigungsfähigkeit und zur Fortentwicklung des betrieblichen Gesundheitsschutzes beitragen (§1 ArbMedVV). Die Auswertung so gewonnener arbeitsmedizinischer Erkenntnisse kann wesentliche Beiträge zur Gefährdungsbeurteilung leisten. Dafür kann die Gesamtheit ausgeübter Tätigkeiten, arbeitsbedingter Belastungen und Beanspruchungen sowie der Gesundheit der Beschäftigten von Bedeutung sein. Weil arbeitsmedizinische Vorsorge in der Praxis oft noch allein auf den aktuellen Vorsorgeanlass ausgerichtet ist, wird der AfAMed ein Konzept „Ganzheitliche arbeitsmedizinische Vorsorge“ erarbeiten.

Zur Weiterentwicklung der arbeitsmedizinischen Vorsorge wird darüber hinaus eine vertiefte Diskussion zu folgenden Fragestellungen angeregt:

- Unter welchen Voraussetzungen ist Pflichtvorsorge zu definieren und in welchen Fällen könnte auch Angebotsvorsorge angemessen sein?
- Wie können die Potenziale der Wunschvorsorge noch besser genutzt werden - insbesondere um gesundheitliche Beeinträchtigungen bei noch nicht erfassten oder unterschätzten Gefährdungen frühzeitig zu erkennen und präventive Maßnahmen zu veranlassen?
- Wie kann arbeitsmedizinische Vorsorge zur Begleitung neuer Technologien in den Betrieben gefördert und in der ArbMedVV abgebildet werden?
- Unter welchen Voraussetzungen und nach welchen Expositionsbedingungen kann nachgehende Vorsorge einen Beitrag zur Früherkennung von Erkrankungen mit längeren Latenzzeiten bei Beschäftigten mit zurückliegender Exposition leisten?
- Sollte als Entscheidungsgrundlage für das Angebot nachgehender Vorsorge eine wissenschaftlich fundierte Positivliste für den Anhang der ArbMedVV erarbeitet werden?

Differenzierung Vorsorge und Eignung (4.6)

Die vertrauliche betriebsärztliche Beratung von Beschäftigten mit chronischen Erkrankungen zu ihrem gesundheitsgerechten Einsatz im Betrieb ist Bestandteil arbeitsmedizinischer Vorsorge, besonders häufig der Wunschvorsorge. Diese ist von betrieblich veranlassten Eignungsuntersuchungen - zum Beispiel vor Übernahme einer neuen Tätigkeit mit besonderen gesundheitlichen Anforderungen, mit Übermittlung der Eignungsbeurteilung an den Arbeitgeber - eindeutig abzugrenzen. Bei der Erarbeitung detaillierter Empfehlungen und bei der Durchführung arbeitsmedizinischer Vorsorge ist konsequent ihre Abgrenzung von betrieblichen Eignungsuntersuchungen zu beachten. Im Dialog mit den betrieblichen Partnern ist zu vermitteln, dass medizinische Eignungsuntersuchungen keine aus der Gefährdungsbeurteilung ableitbaren Arbeitsschutzmaßnahmen sind.

Rehabilitation und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) (4.7)

Die betriebsärztlichen Aufgaben im BEM umfassen die frühzeitige Erkennung von Rehabilitationsbedarf, die Erstellung eines Anforderungsprofils nach Arbeitsplatzbegehung mit Belastungsanalyse, den Abgleich des Fähigkeitsprofils mit dem Anforderungsprofil am Arbeitsplatz sowie die Begleitung der Rehabilitanden bei der Wiedereingliederung (§167 Satz 2 SGB IX). Eine arbeitsmedizinische Beratung und Begleitung sollte Bestandteil jedes BEM sein. Der Austausch von Betriebsärzten und Rehabilitationsärzten insbesondere vor Entlassung von Beschäftigten aus der stationären Rehabilitation sollte gesetzlich verankert sein und intensiviert werden. Betriebsärzte sollten die sozialmedizinische Beurteilung des Rehaberichts erhalten, um die Beschäftigten bei der Vermittlung eines geeigneten Arbeitsplatzes besser unterstützen zu können.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (4.8)

Sollte in einem Unternehmen ein betriebliches Gesundheitsmanagement realisiert werden, sollte die AME „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ berücksichtigt werden. Es ist sinnvoll, den Betriebsarzt oder die Betriebsärztin mit der Koordinierung zu beauftragen, um redundante Aufgabenzuordnungen zu vermeiden und die Aktivitäten der am Gesundheitsmanagement mitwirkenden Partner effizient zu steuern.

Wissensmanagement (4.9)

Der AfAMed regt an, in Zusammenarbeit von wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Vertretern der betrieblichen Präventionspraxis, der gesetzlichen Unfallversicherung, des staatlichen Arbeitsschutzes und der BAuA ein zukunftsfähiges Wissensmanagement auf den Gebieten des medizinischen und technischen Arbeitsschutzes zu entwickeln. Ein solches System könnte die Möglichkeiten künstlicher Intelligenz und breiter, kontinuierlicher Beteiligung von Experten der Wissenschaft und der betrieblichen Präventionspraxis (WikiPrinzip) nutzen und integrieren.

Arbeitsmedizinische Mitwirkung in Institutionen des Arbeitsschutzes (4.10)

Arbeitsmediziner in Institutionen des Arbeitsschutzes – insbesondere Gewerbeärzte, Ärzte der Unfallversicherungsträger und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin - leisten einen wichtigen Beitrag zur Aufdeckung der Ursachen und Kausalzusammenhänge arbeitsbedingter Erkrankungen einschließlich Berufskrankheiten, bei der Ableitung wirksamer

Präventionsprogramme, durch Beratung von Unternehmen und Arbeitsschutzexperten anderer Disziplinen sowie durch Mitwirken bei der Arbeitsschutzaufsicht und Weiterentwicklung der Arbeitsschutzregulation. Der hier vorgeschlagene Aufbau eines interdisziplinären Wissensmanagementsystems für Sicherheit und Gesundheit (4.9) wäre beispielsweise ohne die arbeitsmedizinische Kompetenz in diesen Institutionen kaum realisierbar.

Aufsicht und Überwachung (4.11)

Um die betriebsärztliche Versorgung sicherstellen zu können, ist auch eine passgenaue Beratung und Überwachung der Betriebe durch die Arbeitsschutzbehörden erforderlich.

Durch den im Arbeitsschutzkontrollgesetz ab 2023 vorgesehenen Fokus und Datenaustausch zur betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung der Betriebe zwischen Unfallversicherungsträgern und Landesbehörden wird eine Verbesserung und Systematisierung der Überwachung und mehr Transparenz der Umsetzung des ASiG und der ArbMedVV in den Betrieben angestrebt.

Der Ausbau von arbeitsmedizinischen Stellen in den Institutionen des Arbeitsschutzes sollte gefördert und ihr Stellenwert sowie die Attraktivität ihrer Arbeitsbedingungen verbessert werden. Das gilt besonders dringend für die nach Jahren kontinuierlichen Stellenabbaus kritisch geschwächten gewerbeärztlichen Institutionen der Länder.

Details und Hintergrund

3. Qualifizierung, Versorgungs- und Nachwuchssituation

3.1 Weiterbildung

Für Medizinstudierende stellt die Arbeitsmedizin mit der zuletzt 2020 geänderten Approbationsordnung für Ärzte in der Kombination "Arbeitsmedizin, Sozialmedizin" ein eigenständiges Fachgebiet (sogenanntes Pflichtfach) dar, in dem Studierende der Humanmedizin Leistungsnachweise zu erbringen haben, um zum zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung zugelassen zu werden. Das soll auch in der aktuellen Überarbeitung der Approbationsordnung weiterhin Berücksichtigung finden. Insbesondere eine Präsenz der wissenschaftlichen Arbeitsmedizin an den medizinischen Fakultäten (Lehrstühle, Institute) ermöglicht Studierenden der Humanmedizin, frühzeitig das Gebiet der Arbeitsmedizin kennen zu lernen.

Die Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Arbeitsmedizin setzt nach dem Medizinstudium eine Mindestweiterbildungszeit von fünf Jahren voraus. Innerhalb der Weiterbildungszeit ist ein theoretischer Kurs (drei Monate) an einer der inzwischen 9 anerkannten Akademien für Arbeitsmedizin zu absolvieren. Die Weiterbildung in der Arbeitsmedizin hat durch eine Neuausrichtung des Kursbuchs für die arbeitsmedizinischen Grundlagenkurse wichtige aktuelle Inhalte und Themen erhalten. Arbeitsmedizin ist ein klassisches Querschnittsfach. Deshalb war es nur konsequent, die Musterweiterbildungsordnung 2018 dahingehend zu öffnen, dass alle Fächer der unmittelbaren Patientenversorgung als Voraussetzung für den Erwerb der Facharztbezeichnung „Arbeitsmedizin“ aufgenommen wurden. Damit ist Fachärzten aus allen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung ein Quereinstieg möglich. Ein entscheidender Engpass bei der Nachwuchsgewinnung für die Arbeitsmedizin ist

weggefallen. Außerdem hat der Ärztetag 2018 die Wiedereinführung der Bezeichnung „Betriebsmedizin“ beschlossen, die neben dem arbeitsmedizinischen Grundlagenkurs eine 1200-stündige Weiterbildung in betriebsärztlicher Tätigkeit erfordert und auch berufsbegleitend erworben werden kann. Sie ermöglicht neben den Fachärzten für Arbeitsmedizin insbesondere niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten den Zugang zu einer betriebsärztlichen Tätigkeit.

In Zusammenarbeit unter anderem von Ärztekammern, arbeitsmedizinischen Akademien, wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, Lehrstühlen und Weiterbildungsstätten sowie gewerbeärztlichen Institutionen wird ein umfangreiches Angebot zur Fort-, Weiterbildung und Qualifikation von arbeitsmedizinisch interessierten Ärzten generiert. Darüber hinaus wird durch dieses zertifizierte und qualitätsgesicherte Lehrangebot die Erfüllung der umfangreichen jährlichen berufsbezogenen Fortbildungsverpflichtung (geregelt in der Ärztlichen Berufsordnung) von arbeitsmedizinisch tätigen Ärzten gewährleistet. Die über 500 Neuanmeldungen zu den Grundlagenkursen in den inzwischen 9 arbeitsmedizinischen Akademien im Jahr 2021 belegen, dass das Fachgebiet deutlich an Attraktivität gewonnen hat. Die umfassenden Online-Schulungsangebote nehmen dabei Rücksicht auf die aktuelle Pandemie-Situation. Nach der Pandemie werden Online-Module auch weiterhin Bestandteil einer präsenzbetonten Weiterbildung sein.

3.2 Fortbildung

Um die Qualitätssicherung der betriebsärztlichen Tätigkeit zu fördern, sind kontinuierliche Fortbildungen zu arbeitsmedizinischen Themen unumgänglich. Der AfAMed empfiehlt, zur Sicherung der Qualität in der betriebsärztlichen Betreuung und zur Erhaltung und Entwicklung der arbeitsmedizinischen Fachkenntnisse ein Fortbildungszertifikat - in Analogie zur ambulanten und stationären Versorgung - in der Arbeitsmedizin einzuführen.

Die in der AME „Delegation“ aufgeführten Möglichkeiten der Delegation betriebsärztlicher Leistungen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Voraussetzungen zeigen zusätzlich, wie betriebsärztliche Ressourcen sinnvoll geschont und zugleich neue Ressourcen freigesetzt werden können. Die Entscheidung, ob und an wen der Betriebsarzt eine Leistung delegiert, ob er die betreffende Person gegebenenfalls besonders anzuleiten und wie er sie zu überwachen hat, muss der Arzt von der Qualifikation und den tatsächlichen Fertigkeiten der jeweiligen Person abhängig machen. Deshalb sind auch allen Fachkräften im betriebsärztlichen Dienst und im betrieblichen Gesundheitsmanagement kontinuierlich aktuelle Fortbildungen anzubieten und zu ermöglichen.

3.3 Versorgungssituation

Eine von der Bundesärztekammer initiierte Arbeitsgruppe hat sich Mitte 2021 mit den verfügbaren Daten zur arbeitsmedizinischen Versorgungssituation befasst. Beteiligt waren mehrere Ärztekammerpräsidenten, die BAuA, ein Unfallversicherungsträger, die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM) und der Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW). Sie kam zu dem Ergebnis, dass Ende 2019 ca. 8.100 Ärztinnen und Ärzte mit einer arbeits- oder betriebsmedizinischen Qualifikation und zusätzlich ca. 1.000 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung - also insgesamt ca. 9.100 Ärztinnen und Ärzte - zur Verfügung standen (Kraus und Panter 2021). Berücksichtigt wurde dabei, dass Ärztinnen und Ärzte in arbeitsmedizinischer Facharztweiterbildung unter fachlicher Supervision in beträchtlichem Umfang bereits an der betriebsärztlichen Versorgung teilnehmen, aber bisher nicht im Reporting der Ärztekammern erfasst werden - sie wurden konservativ auf ca. 1.000 Ärztinnen und Ärzte geschätzt. Dass allein ca. 6.800 Betriebsärztinnen und Betriebsärzte in 2021 während der COVID-19-

Pandemie Impfstoff für betriebliche Impfprogramme bezogen haben, lässt diese Ableitung plausibel erscheinen (BDA 2021 „Wir gegen Corona“ 2021). Die Arbeitsgruppe empfiehlt und konkretisiert ein verbessertes Monitoring der arbeitsmedizinischen Versorgungskapazität durch die Ärztekammern.

Der Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie GDA (2. Strategieperiode der GDA, Hägele 2019) weist neben strukturellen Besonderheiten und qualitativen Defiziten des Arbeitsschutzes in Deutschland unter anderem auf die unzureichende Betreuung kleiner Betriebe durch Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit hin. Eine Auswertung der verfügbaren Daten von über 50.000 Betriebsbesichtigungen im Rahmen der Arbeitsprogramme 2. GDA-Periode ergab, dass 28 % der besuchten Betriebe nicht betriebsärztlich und 13 % nicht sicherheitstechnisch betreut wurden (Hägele 2019).

Wesentlich ist in diesem Zusammenhang:

- dass für die betriebsärztliche Betreuung der Betriebe bisher lediglich Stichprobendaten zur Verfügung stehen,
- dass die Umsetzung des ASiG in den Betrieben im Rahmen von Betriebsbesichtigungen nicht immer dokumentiert wurde,
- dass 41 % der 2.600 Betriebsleitungen, die im Rahmen der DGUV-Evaluation der DGUV Vorschrift 2 befragt wurden, diese Vorschrift unbekannt war (DGUV Report 1/2017)
- dass eine ergebnisoffene Evaluation arbeitsmedizinischer Versorgungskonzepte nach international etablierten wissenschaftlichen Standards und durch unabhängige Institute in Deutschland umgesetzt werden sollte.

Im Rahmen des DGAUM-Projekts „Gesund Arbeiten in Thüringen (GAIT) wurde unter anderem die Versorgung durch Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit erhoben. Bei Kleinstbetrieben waren nur 32 % betriebsärztlich versorgt und 48 % hatten eine Fachkraft für Arbeitssicherheit. Insgesamt zeigt sich auch hier die Tendenz der Unterversorgung bei Klein- und Kleinstbetrieben sowohl bei den Fachkräften für Arbeitssicherheit, als auch noch ausgeprägter bei Betriebsärztinnen und Betriebsärzten.

Ergänzend sind die Ergebnisse der Erwerbstätigen-Befragung im Rahmen der repräsentativen LiDA-Studie von Interesse. Hier wurden 3.039 repräsentativ ausgewählte Erwerbstätige nach ihrer betriebsärztlichen Betreuung gefragt. 62,1 % der Befragten berichteten, dass ihr Betrieb über eine Betriebsärztin/einen Betriebsarzt verfügen. 24,6 % hatten in den letzten zwölf Monaten Kontakt, 16,7 % in den letzten 2-3 Jahren und 10,8 % vor mehr als drei Jahren. Nur 9,8 % berichteten, noch gar keinen Kontakt mit dem Betriebsarzt/Betriebsärztin gehabt zu haben (Hasselhorn et al 2020).

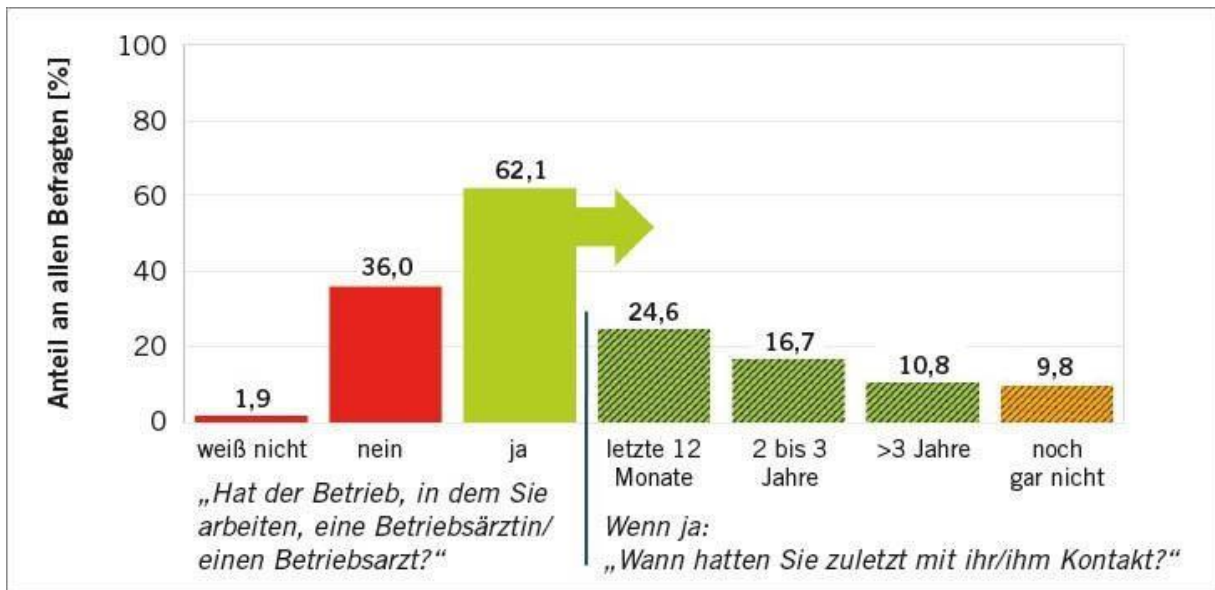


Abb.1: Ergebnisse der Erwerbstätigenbefragung nach dem Vorhandensein einer Betriebsärztin/eines Betriebsarztes und nach dem letzten Kontakt

Nach der von der Bundesärztekammer 2019 veröffentlichten Statistik zur Entwicklung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde 2002-2019 gemäß §§ 3, 6 UVV "Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit" (DGUV Vorschrift 2) ist die Anzahl der ArbeitsmedizinerInnen in diesem Zeitraum stabil geblieben, wobei diese Zahl die tatsächlichen Kapazitäten nicht erkennen lässt (beispielsweise prozentualer Betriebsbetreuungsanteil beispielsweise bei PraxisinhaberInnen, Teilzeit).

Während die Betreuung größerer Betriebe überwiegend gewährleistet ist, haben viele Klein- und besonders Kleinstbetriebe keine Fachkräfte für Arbeitssicherheit oder BetriebsärztInnen bestellt. Das spricht dafür, dass die Unterversorgung der Kleinstbetriebe nicht allein durch einen Mangel an Betriebsärztinnen und Betriebsärzten erklärbar ist. Auch mangelnde Kenntnis der Regelungen und Akzeptanz der Angebote des Arbeitsschutzes in Klein- und Kleinstbetrieben sowie die Art der Überwachung könnten dazu beitragen. Die alternativen Betreuungsmodelle der Unfallversicherungsträger haben zu einer Erhöhung der Betreuungsrate beigetragen. Dennoch haben viele KKV keine Fachkräfte für Arbeitssicherheit oder BetriebsärztInnen bestellt – damit konnte auch auf diesem Wege bisher keine umfassende Lösung erreicht werden. Gewerbeärztliche Untersuchungen der Modelle in einigen Branchen haben qualitative Defizite ergeben (Bolm-Audorff et al. 2019, Bolm-Audorff et al. 2020).

3.4 Betreuungskonzepte

Diese Situation ist Anlass zur Entwicklung neuer bzw. alternativer Versorgungskonzepte für diese Betriebe. Dabei ist betriebsärztliche Kompetenz einzubeziehen. Die arbeitsmedizinische Wissenschaft bietet die unabhängige Begleitung und Evaluation solcher Betreuungskonzepte, unter anderem Unternehmermodelle, Zentrumsmodelle an. In Großbetrieben hat sich die Bestellung interner Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte gegenüber der Beauftragung überbetrieblicher Dienste bewährt und weitgehend durchgesetzt, auch vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs hierzu (EU-Arbeitsschutzrahmenrichtlinie Art. 7 III, Rechtsprechung des EUGH 2006). Für die Bestellung interner Betriebsärzte sprechen ein besserer Wirkungsgrad der Beratung, bessere Betriebskenntnis, und die Einbindung in betriebliche Planungsabläufe.

3.5 Entwicklung der Nachwuchssituation

Die Anzahl erfolgreich absolvierter Facharztprüfungen in der Arbeitsmedizin hat sich – nach weitgehender Konstanz in den Jahren 2009 bis 2009 – zwischen 2009 und 2019 um 70 % erhöht (s. Abb. 2). Unter zusätzlicher Berücksichtigung der aktuell wieder zunehmenden Zahl der Absolventen einer Weiterbildung Betriebsmedizin waren das in 2020 insgesamt 290 neu qualifizierte Ärztinnen und Ärzte (Kraus und Panter 2021).



Abb. 2: Zahl der Facharztanerkennungen für das Gebiet Arbeitsmedizin in den Jahren 2009-2019 (Kraus und Panter 2021)

Da die arbeitsmedizinische Weiterbildung auf eine klinische Weiterbildung aufbaut, lag und liegt das Alter zum Zeitpunkt der Facharztanerkennung oft zwischen 35 und 45 Jahren, was die Altersstruktur der Arbeitsmediziner/-innen auch weiterhin prägen wird. Erfreulicherweise haben seit 2011 kontinuierlich mehr Ärztinnen und Ärzte die arbeitsmedizinische Facharztprüfung absolviert (Abb. 2).

3.6 Ausblick zur Nachwuchsentwicklung

Im Kontrast zur Situation in der kurativen Medizin werden die Beschäftigungsbedingungen, Entwicklungsmöglichkeiten, die Attraktivität und Sinnhaftigkeit arbeitsmedizinischer Tätigkeiten heute von Ärztinnen und Ärzten positiv bewertet (Amler et al. 2020).

Zwei bis drei Jahre vor den Facharztprüfungen kann durch Auswertung der Daten arbeitsmedizinischer Akademien beurteilt werden, wie viele Ärztinnen und Ärzte die Facharztweiterbildung und in der Weiterbildung „Betriebsmedizin“ begonnen haben. Als Reaktion auf die stetig steigende Nachfrage wurden neue Akademien gegründet: im Jahr 2018 kamen die arbeitsmedizinischen Akademien Hamburg und Lübeck und im Jahr 2020 Mainz hinzu, um den Bedarf an Kursplätzen decken zu können.

	2021					
Akademien	Modul I	Modul II	Modul III	Modul IV	Modul V	Modul VI
A	120	120	120	120	90	90
B	99	97	50	50	40	41
C	40	40	40	40	41	41

D	44	50	45	50	36	
E	34					
F	62	55	50	37	23	21
G	40	39	/	/	100	99
H	35	35	35	35	35	35
I	38	39	32	40	58	59
Gesamtanzahl TN	512	475	372	372	423	386

Tab. 1: Angemeldete Teilnehmer/-innen arbeitsmedizinischer Grundlagenkurse 2021 (Stand März 2021)

Die vorläufige Gesamtzahl der Teilnehmer/-innen an den Grundlagenkursen der Akademien pro Kursteil schwankt im Jahr 2021 zwischen 372 und 512 für das Eingangsmodul 1 (Tab. 1). Hier ist seit Jahren ein Trend zu deutlich mehr Teilnehmer/-innen pro Modul zu erkennen. Bei den Daten handelt es sich im Jahr 2021 um die Zahl der Anmeldungen zum Stichtag der Umfrage. Bis zur Durchführung der jeweiligen Kurstermine sind weitere Anmeldungen zu erwarten.

Zusätzlich werden die 2018 erfolgten Änderungen der Musterweiterbildungsordnung dazu beitragen, dass sich dieser Trend in den kommenden Jahren fortsetzt:

- Entfall der Zulassungsvoraussetzung einer vorherigen Weiterbildung in Innerer Medizin für die Facharztweiterbildung
- Wiedereinführung der kürzeren Qualifizierung in der „Betriebsmedizin“

Das „Aktionsbündnis Arbeitsmedizin“, das Engagement des BMAS, des Arbeitgeberverbandes Südwestmetall, von Gewerkschaften und Unfallversicherungsträgern waren und sind maßgeblich an diesem positiven Trend beteiligt und können eine weiterhin positive Entwicklung nachhaltig unterstützen.

3.7 Kooperation

Eine enge Abstimmung und Zusammenarbeit von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten mit Fachkräften für Arbeitssicherheit ist gesetzlicher Auftrag und unerlässlich zur Klärung der Arbeitsteilung bei der Aufgabenwahrnehmung nach §3 ASiG. Angesichts der höheren Einsatzzeiten der Fachkräfte für Arbeitssicherheit kann nur durch gute Kooperation und abgestimmte Aufgabenteilung beider Expertengruppen eine angemessene und vollständige Beratung von Arbeitgebern und Beschäftigten gelingen. Zugleich wird so Doppelarbeit vermieden.

Die Kooperation von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit mit weiteren Präventionsexperten, die Teilaspekte betrieblicher Prävention besonders kompetent vertreten können, hat sich insbesondere in größeren Betrieben und in der arbeitsmedizinischen Wissenschaft bewährt. Sie kann zu einer hohen Beratungsqualität und Professionalisierung im Arbeits- und Gesundheitsschutz beitragen. Zu nennen sind hier insbesondere die Disziplinen Arbeitswissenschaft, Naturwissenschaften, Arbeitspsychologie, klinische Psychologie, Arbeitsphysiologie, Pädagogik, Public Health und Epidemiologie. Wegen ihrer Kompetenzen neben der Prävention sind diese Expertinnen und Experten in vielen Unternehmen oft außerhalb des Arbeitsschutzes tätig (beispielsweise im Personalwesen, Marketing, Planung, Entwicklung usw.). Um eine präventive Ausrichtung und Synergie der Arbeit dieser sehr unterschiedlich qualifizierten Expertinnen und Experten zu gewährleisten, ist ihre Einbindung in die Steuerungsgremien des Gesundheitsmanagements zu empfehlen.

3.8 Telemedizin in der Arbeitsmedizin

Die Telemedizin entwickelt sich in der Medizin insgesamt positiv. Während der Corona-Epidemie wurden verstärkt telemedizinische Methoden bei Arzt-Patienten-Kontakten zugelassen und genutzt. Gleiches gilt auch für die Durchführung der arbeitsmedizinischen Vorsorge. Wir sehen hier Möglichkeiten zur Nutzung solcher Kommunikationsmöglichkeit bei der arbeitsmedizinischen Beratung von Unternehmen und Beschäftigten gemäß ASiG. So kann beispielsweise eine Arbeitsschutzausschuss-Sitzung unter guter Vorbereitung auch per Videokonferenz abgehalten werden. Aufwändige Wegezeiten können teilweise entfallen; dies kann gerade in der Fläche ein wesentlicher Vorteil sein.

Die Nutzung der Telemedizin kann die Versorgungsstruktur der Arbeitsmedizin sinnvoll unterstützen. Allerdings müssen Betriebsärztinnen und Betriebsärzte die konkreten Arbeitsplätze kennen, zur Gefährdungsbeurteilung beitragen und deshalb nennenswerte Anteile ihrer Tätigkeit in den betreuten Betrieben praktizieren. Der AfAMed empfiehlt die Festlegung von Qualitätsanforderungen an die Telemedizin in der Arbeitsmedizin - beispielsweise durch eine AMR - und hält eine fokussierte Überwachung der Versorgungsqualität für erforderlich.

3.9 Monitoring der Versorgungssituation, Evaluation, Versorgungsforschung

Eine kontinuierliche Erhebung belastbarer Daten zur betriebsärztlichen Betreuungskapazität und zur weiteren Nachwuchsentwicklung in der Arbeitsmedizin durch die Landesärztekammern, die Bundesärztekammer und die inzwischen 9 arbeitsmedizinischen Akademien ist zu empfehlen und wird durch die unter 3.3 erwähnte Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer vorbereitet (Kraus und Panter 2021).

Auch eine Erhebung des Betreuungsstatus der Betriebe könnte zur Transparenz der Versorgungssituation beitragen.

4 Entwicklung der Rahmenbedingungen und Aufgabenfelder

4.1 Wandel der Arbeit – Welche Konsequenzen ergeben sich für die Arbeitsmedizin?

Ein zukunftsfähiger Arbeitsschutz muss die aktuellen Tendenzen und Entwicklungen der Arbeitswelt und der daraus resultierenden gesundheitlichen Auswirkungen fokussieren, unter anderem:

- Digitalisierung oder digitale Unterstützung von Arbeitsprozessen
- Globalisierung der Wirtschaft, internationaler Einsatz von Beschäftigten, 7x24h-Betrieb, Chronodisruption
- Technologischer und struktureller Wandel ganzer Branchen (beispielsweise Energiewirtschaft, Automobilindustrie, Landwirtschaft, Biotechnologie, usw.)
- Neue Technologien, Werkstoffe und Verarbeitungstechniken in Industrieproduktion und Handwerk
- die Renaissance früher minimierter Gefährdungen (beispielsweise Ersatzstoffe für klimaschädliche Substanzen: SO₂, NH₃ oder toxische Metallverbindungen in der Batteriezellproduktion, usw.)
- Konflikte, Bedrohungen und Gefährdungen bei Kundenkontakt oder Arbeit mit Patienten/Klienten
- neue Formen der Mitarbeiterführung, der Arbeitsorganisation und Zusammenarbeit, Telearbeit, mobiles Arbeiten
- Infektionsrisiken auch an Arbeitsplätzen ohne tätigkeitsspezifische Exposition, globale Epidemien, Infektionsschutz

Zugleich wandeln sich die Rahmenbedingungen der Arbeitsmedizin – die Erwartungen der Sozialpartner, aber auch gesellschaftliche Normen und Werte. Insbesondere gilt das für den gewachsenen Stellenwert individueller Persönlichkeitsrechte. Eine Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes in Deutschland erfordert eine weitere Förderung individueller Entscheidungsspielräume und mehr Eigenverantwortung von Beschäftigten - auch im Arbeitsschutz. Die Konsequenzen für die arbeitsmedizinische Praxis in den Betrieben sowie für die arbeitsmedizinische Forschung und Lehre sind vielfältig:

- Das Spektrum relevanter Fragestellungen der Arbeitsmedizin erweitert sich deutlich: neue Themen kommen hinzu, aber die „klassischen“ Gefährdungen bleiben in vielen Bereichen relevant - insbesondere im Handwerk, bei Dienstleistungs-, Service-, Reinigungs- und Instandhaltungstätigkeiten
- Gesundheitsschutz im Betrieb und das „Schaffen von Wissen“ erfordern ein hohes Verständnis der Arbeitswelt und betrieblicher Abläufe
- Die arbeitsmedizinische Begleitung neuer Technologien oder Arbeitsformen wird zu einer immer wichtigeren Aufgabe, auch bei der arbeitsmedizinischen Vorsorge
- Eine zeitgemäße Balance zwischen präventiven Zielsetzungen und individuellen Persönlichkeitsrechten erfordert insbesondere eine klare Abgrenzung arbeitsmedizinischer Vorsorge von Eignungsuntersuchungen im Arbeitsverhältnis, aber auch die Berücksichtigung bei der Weiterentwicklung der arbeitsmedizinischen Vorsorge
- Arbeitsmedizin gewinnt an Wirksamkeit durch Kooperation - dabei nimmt das Spektrum betrieblicher Kooperationspartner auch außerhalb der präventiven Disziplinen zu. Damit wächst auch die Notwendigkeit eines breiteren Verständnisses von Aufgaben und Kompetenzen dieser Partner von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit
- Präventionskonzepte sind so gut wie ihre positive Beeinflussung der Gesundheit der Beschäftigten. Sie lassen sich nur unter Beteiligung der Arbeitsmedizin am Endpunkt „Gesundheit“ - das heißt an der Verhinderung von Gesundheitsbeeinträchtigungen und Erkrankungen - validieren (beispielsweise ergonomische Standards, Grenzwerte, Schichtsysteme, usw.). Evidenzbasierte Prävention erfordert mehr - nicht weniger arbeitsmedizinische Expertise
- Die Erwartung einer Beteiligung der Arbeitsmedizin am arbeits- und präventionspolitischen Diskurs nimmt zu, beispielsweise zu folgenden Themen:
 - Hygiene, Infektions- und Impfschutz,
 - Pandemieprävention und Pandemiemanagement
 - Betriebliches Gesundheits- und Eingliederungsmanagement
 - Lebensarbeitszeit, demografiegerechte Arbeitsgestaltung und Prävention
 - Verbesserung der Bedingungen und Beiträge zur Wertschätzung „einfacher Arbeit“
 - Notwendiger Wirksamkeitsnachweis von Arbeitsschutzmaßnahmen: „Evidenzbasierte Prävention“

Der Wandel der Arbeit und neue Gefährdungen einschließlich neuer Infektionsrisiken erfordern, dass der Arbeitsschutz physische, psychische, biologische und soziale Aspekte gleichermaßen fokussiert und miteinander in Beziehung setzt.

Die auch weiterhin dominierende Herausforderung eines effektiven Infektionsschutzes in der Arbeitswelt sollte Anlass einer Überprüfung und Aktualisierung des Strategieprozesses der Gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie GDA sein.

4.2 Forschung und Lehre

Eine qualitativ hochwertige arbeitsmedizinische Versorgung erfordert eine wissenschaftliche Begleitung, die der Entwicklung und Vielfalt der aktuellen Arbeitsbedingungen gerecht wird. Die arbeitsmedizinische Forschung umfasst deshalb ein breites fachliches wie auch methodisches Spektrum. Der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn wird durch die fachübergreifende Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen, wie beispielsweise der Arbeitsmedizin, Arbeitsphysiologie, Biostatistik, Epidemiologie, Ergonomie, Hygiene, Psychologie, Rehabilitationswissenschaften, Umweltmedizin, Versorgungsforschung und der Toxikologie, gefördert. Ebenso leisten gewerbeärztliche Institutionen hierbei einen wichtigen Beitrag, da sie wissenschaftliche Forschung mit engen betriebsspezifischen Bezug verbunden mit hohen Gütekriterien der Epidemiologie (beispielsweise Responseraten von 100 %) umsetzen. Die hohen qualitativen Ansprüche an die Forschung können aber nur erfüllt werden, wenn die personelle wie auch materielle Ausstattung der arbeitsmedizinischen Lehrstühle und Forschungsinstitute und gewerbeärztlicher Institutionen in Deutschland für die Zukunft ausgebaut wird. Zusätzlich zu dieser Infrastruktur müssen projektbezogene Drittmittel von Einrichtungen des Bundes und der Länder zur Verfügung gestellt werden, so wie dies bspw. für die Unfallversicherungsträger im Sinne des § 9 Abs. 8 SGB VII geregelt ist. Nur so können neue relevante medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden, die wesentlich zur Ableitung von Präventionsmaßnahmen und zur Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechts beitragen.

Die arbeitsmedizinischen Lehrstühle an den Universitäten leisten einen wichtigen Mehrwert für die Ausbildung von Medizinstudenten und in der Fort- und Weiterbildung von Arbeitsmedizinern. Sie ermöglichen den Studierenden, das Gebiet Arbeitsmedizin erstmals kennen zu lernen. Aktuell existiert allerdings an 15 medizinischen Fakultäten in Deutschland kein arbeitsmedizinischer Lehrstuhl. Promotionen, Praktika und Famulaturen, ebenso wie das Absolvieren eines Tertials im Praktischen Jahr, sind an Standorten ohne Lehrstuhl erschwert. Sie sollten aber flächendeckend in Deutschland ermöglicht werden, um den Studierenden den Zugang zum Fachgebiet zu eröffnen. Die aktuell in Überarbeitung befindliche Approbationsordnung für Ärzte, der darin verankerte Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) der Medizinischen Fakultäten, und auch der kompetenzorientierte Gegenstandskatalog Medizin (GK) des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP), der die Prüfungsinhalte für die medizinischen Staatsexamina definiert, erkennen den Stellenwert der Arbeitsmedizin in der ärztlichen Ausbildung vollumfänglich an. Die Arbeitsmedizin und damit ihre Lerninhalte sind als zentrales klinisches Fach auch in Zukunft fest in die universitäre Lehre eingebettet. Nur so kann das Interesse der Medizinstudierenden für die Arbeitsmedizin geweckt und gefördert werden.

Die Initiative der ASMK zur Stärkung der Arbeitsmedizin in Wissenschaft und Praxis ist vor diesem Hintergrund sehr zu begrüßen und zu unterstützen. Der AfAMed empfiehlt, dass die Arbeits- und Sozialminister/-innen, die gemeinsame Wissenschaftskonferenz, der Medizinische Fakultätentag und die Minister/-innen für Wissenschaft und Bildung der Länder die arbeitsmedizinische Forschung und Lehre gezielt und nachhaltig fördern. Dazu kann besonders die Wiederbesetzung und Neugründung von Lehrstühlen für Arbeitsmedizin an medizinischen Fakultäten ohne arbeitsmedizinische Institution entscheidend beitragen.

4.3 Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen

Eine arbeitsbedingte Erkrankung („work-related disease“) ist anzunehmen, wenn Belastungs- und Gefährdungspotenziale der Arbeitstätigkeit eine Gesundheitsstörung begünstigt, zum Teil verursacht oder verschlimmert haben. Auch das Vorliegen einer individuellen Disposition kann mitursächlich für arbeitsbedingte Erkrankungen sein. Deshalb muss der

Zusammenhang mit der durchgeführten Tätigkeit - im Gegensatz zu Berufskrankheiten - hier keine definierte rechtliche Qualität erreichen. Versicherungsrechtliche bzw. entschädigungsrechtliche Ansprüche können deshalb nicht abgeleitet werden. Das ASiG beauftragt Betriebsärztinnen und Betriebsärzte, die Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen. Praktische Hinweise hierzu geben die AME „Psychische Gesundheit im Betrieb“ (BMAS 2011), „Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“ (2018) und „Auswertung betriebsärztlicher Erkenntnisse“ (BMAS 2022).

Die Bedeutung der Arbeitsmedizin bei der Prävention arbeitsbedingter Zivilisationserkrankungen ist ein bisher in vielen Bereichen noch gering erschlossenes Potenzial (Tautz 2015). Dabei nehmen die Zivilisationserkrankungen weltweit rasant zu. Allein für fünf Krankheitsarten - allen voran mentale und Herz-Kreislauf-Erkrankungen - prognostiziert das Weltwirtschaftsforum bis 2030 eintretende volkswirtschaftliche Verluste in Höhe von 47 Trillionen Dollar. Diese Erkrankungen überschneiden sich mit dem Spektrum der wichtigsten arbeitsbedingten Erkrankungen. Hier beispielweise zu nennen sind über eine chronische Aktivierung der Stressachse potenziell ausgelöste/verstärkte Erkrankungen - wie beispielsweise Depressionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und muskuloskeletale Beschwerden.

Die Prävention arbeitsbedingter physischer und psychischer Erkrankungen auch in ihren frühen Stadien durch individuelle betriebsärztliche Beratung der Beschäftigten und die betriebsärztliche Beratung der Unternehmen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen leisten einen wichtigen gesamtgesellschaftlichen Beitrag. Das Präventionsgesetz (§132f SGB V) erwähnt ausdrücklich „Gesundheitsuntersuchungen durch Betriebsärzte“. Zur Fokussierung auf die Früherkennung und Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen, zur Ableitung und Vermittlung wirksamer Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Nutzung für die betriebliche Epidemiologie wird die Erarbeitung einer wissenschaftlichen Leitlinie angeregt.

4.4 Prävention von Berufskrankheiten (BK)

Die Prävention von Berufserkrankungen ist neben der Verhütung von Arbeitsunfällen wichtigstes Ziel des Arbeitsschutzes und besonders der betriebsärztlichen Arbeit. Einen wesentlichen Beitrag dazu kann die betriebsärztliche Beteiligung an der Gefährdungsbeurteilung leisten. Die Aufklärung der Kausalität und gezielte Bekämpfung einzelner Berufskrankheiten gehört zu den am besten belegten Beispielen erfolgreicher Präventionsprogramme.

Betriebsärztliche Beiträge zur Prävention von Berufskrankheiten sind insbesondere:

- Hinwirken auf eine Gefährdungsminimierung
- Arbeitsmedizinische Vorsorge und Früherkennung möglicher Beanspruchungsfolgen
- Auswertung der im Rahmen der Vorsorge gewonnenen Erkenntnisse, Berücksichtigung der Erkenntnisse bei der Beratung des Arbeitgebers
- Arbeitsmedizinische Begleitung bei Veränderungen der Arbeitsbedingungen mit möglicher gesundheitlicher Relevanz

Im Fall drohender oder eingetretener Berufskrankheit zusätzlich:

- Individuelle Beratung gefährdeter oder an einer BK erkrankter Beschäftigter
- Beratung des Arbeitgebers zur Verbesserung der Arbeitssituation
- Initiative und Unterstützung zur Vermittlung einer innerbetrieblichen Umsetzung

- Initiative zur sofortigen Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung
- Betriebsärztliche Anzeige des Verdachts auf das Vorliegen einer Berufskrankheit
- Unterstützung der Beschäftigten, des Arbeitgebers im Rahmen der BK-Ermittlungen
- Zusammenarbeit und Austausch mit der gesetzlichen Unfallversicherung zu Berufskrankheiten im Betrieb
- Betriebliche Berichterstattung zum BK-Geschehen in Großbetrieben unter Beachtung von Datenschutz und ärztlicher Schweigepflicht

Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sollten zukünftig Kenntnis über von anderen Ärzten und von Arbeitgebern erstattete BK-Verdachtsanzeigen erhalten. Auf welchem Weg dieses am besten sichergestellt werden kann, sollte mit den am BK-Verfahren beteiligten Partnern erarbeitet werden. Nach Wegfall des Unterlassungszwangs für Berufskrankheiten hat die Beteiligung von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten eine noch wichtigere Bedeutung für die Prävention im Betrieb. Zugleich sollte das Thema durch die Weiterbildungsberechtigten und in den Grundlagenkursen mit betriebspraktischem Schwerpunkt intensiviert vermittelt werden. Auch eine Fort- und Weiterbildung in Behörden sollte dafür genutzt werden. Zu überlegen ist, ob praxisnahe Umsetzungsempfehlungen (beispielsweise im Rahmen einer AME oder AMR) hilfreich sein könnten. Nicht zuletzt ist hier die betriebsärztliche Eigeninitiative gefordert.

4.5 Hygiene, Infektionsschutz und Pandemievorsorge im Betrieb

Die Erfahrungen während der COVID-19-Pandemie zeigen eindrücklich, wie existenziell die Hygiene in den Betrieben und der betriebliche Gesundheitsschutz für die Sicherstellung von Geschäftsprozessen und betrieblichen Abläufen sind. Details sind unter anderem dem SARS-CoV-2- Arbeitsschutzstandard, der SARS-CoV-2- Arbeitsschutzverordnung und der AME „Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2- Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten zu entnehmen.

Zu den betriebsärztlichen Kernaufgaben gehören in diesem Zusammenhang:

- Unterstützung von Arbeitgebern und Führungskräften bei der Gefährdungsbeurteilung, insbesondere zu einer Infektionsgefährdung
- Erarbeitung und Unterstützung bei der Umsetzung von Hygieneplänen
- Beratung besonders schutzbedürftiger Beschäftigter zu sinnvollen Schutzmaßnahmen und zu ihrem gesundheitsgerechten Einsatz
- Optional Beteiligung bei präventiven Unterweisungen von Beschäftigtengruppen
- Im Fall einer Infektion Prüfung, ob ein Arbeitsunfall oder der begründete Verdacht auf eine Berufskrankheit vorliegt; gegebenenfalls Verdachtsmeldung

In Abstimmung mit den betrieblichen Partnern können zusätzliche Aufgaben vereinbart und umgesetzt werden, beispielsweise:

- Angebot arbeitsplatznaher medizinischer Diagnostik (beispielsweise Schnelltests, usw.)
- Impfangebote im Betrieb

Grundsätze des Arbeitsschutzes während einer epidemischen oder pandemischen Situation wurden im SARS-CoV-2- Arbeitsschutzstandard, konkrete Aufgaben und Verpflichtungen in der SARS-CoV-2-Arbeitsschutz-Verordnung festgelegt. Die Beratung von Beschäftigten wird durch die vom AfAMed erarbeitete AME „Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2- Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten“ (BMAS, Hrsg., 2021) unterstützt.

Ein erfolgreicher Infektionsschutz am Arbeitsplatz bleibt angesichts der Globalisierung auch in den kommenden Jahren die entscheidende Voraussetzung zur Aufrechterhaltung von Arbeitsabläufen und Geschäftsprozessen. Alle an der Umsetzung und Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes Beteiligten sollten sich darauf einstellen.

4.6 Arbeitsmedizinische Vorsorge

Die Arbeitsmedizin wurde in den letzten Jahren seitens des BMAS mit Unterstützung des beratenden AfAMed in wichtigen Themenbereichen neu ausgerichtet; sie agiert mit einem breiten Leistungsspektrum als fest verankerter Bestandteil im betrieblichen Arbeitsschutz. Hierzu hat wesentlich die Stärkung der präventiven Ausrichtung arbeitsmedizinischer Vorsorge mit klarer Abgrenzung von Eignungsuntersuchungen und Betonung der Beratung beigetragen, die zu einem Rückgang der in vielen Bereichen noch etablierten Untersuchungsmedizin geführt hat. Unterstützt wurde die positive Entwicklung arbeitsmedizinischer Inhalte auch von strukturierenden AMR als rechtliche Grundlage und AME als wesentliche Stichwortgeber einer modernen Arbeitsmedizin. Pflicht- und Angebotsvorsorge sind - abgeleitet aus der aktuellen Gefährdungsbeurteilung und den Regelungen der ArbMedVV - vom Arbeitgeber zu veranlassen bzw. anzubieten, die Wunschvorsorge ist auf Wunsch von Beschäftigten zu ermöglichen.

Arbeitsmedizinische Vorsorge war vor Inkrafttreten der ArbMedVV auf ihren jeweiligen Anlass fokussiert - eine einzelne Gefährdung am Arbeitsplatz, deren mögliche gesundheitliche Effekte und Prävention. Vor diesem Hintergrund bleibt die Breite der Arbeitsanamnese und individuellen Anamnese, der Untersuchungs- und Beratungsinhalte arbeitsmedizinischer Vorsorge auch heute oft noch deutlich eingeschränkt.

Arbeitsmedizinische Vorsorge soll aber die Wechselwirkungen von Arbeit und Gesundheit der Beschäftigten erfassen, zur Früherkennung arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen, zum Erhalt der individuellen Beschäftigungsfähigkeit und zur Fortentwicklung des betrieblichen Gesundheitsschutzes beitragen (§1 ArbMedVV). Für diese umfassende Zielsetzung kann die Gesamtheit ausgeübter Tätigkeiten, arbeitsbedingter Belastungen und der Gesundheit der Beschäftigten von Bedeutung sein. Auch muss die Dokumentation der Ergebnisse arbeitsmedizinischer Vorsorge die Auswertung betriebsärztlicher Erkenntnisse erlauben und so gegebenenfalls eine Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung ermöglichen. Der AfAMed erarbeitet deshalb ein Konzept „Ganzheitliche arbeitsmedizinische Vorsorge“.

Bei Einführung neuer Technologien oder Arbeitsformen hat sich im Fall einer unklaren oder unvollständigen Gefährdungsbeurteilung eine arbeitsmedizinische Begleitung bewährt. Bestandteil einer arbeitsmedizinischen Begleitung kann ein nach betriebsärztlicher Beratung oder auf Anregung der Belegschaftsvertretung vom Arbeitgeber veranlasstes Vorsorge- und Beratungsangebot für betroffene Beschäftigte und eine betriebsärztliche Auswertung der dabei gewonnenen Erkenntnisse sein. Die Ergebnisse können oft einen wesentlichen Beitrag zur Vervollständigung einer Gefährdungsbeurteilung, zur Identifikation arbeitsbedingter Erkrankungen und zur Ableitung von Arbeitsschutzmaßnahmen leisten. Details konkretisiert die AME „Auswertung betriebsärztlicher Erkenntnisse“. Derartige Vorsorgeangebote werden bei unklarer Gefährdungssituation in der Regel nur vorübergehend praktiziert, sind keine pauschale Pflicht des Arbeitgebers – er kann sie vielmehr zur Unterstützung bei der Wahrnehmung seiner Arbeitgeberpflichten nach arbeitsmedizinischer Beratung veranlassen. Der AfAMed regt eine Diskussion darüber an, auf welche Weise derartige arbeitsmedizinische Vorsorge gefördert und in der ArbMedVV abgebildet werden kann.

Nachgehende Vorsorge dient der frühzeitigen Diagnostik gesundheitlicher Latenzschäden nach Beendigung einer gefährdenden Exposition, um gegebenenfalls medizinische Maßnahmen einleiten zu können - aber nicht mehr der Aktualisierung der Gefährdungsbeurteilung oder Veranlassung von Präventionsmaßnahmen. Sie kann deshalb nur sinnvoll sein, wenn die zurückliegende Exposition eine relevante Gefährdung eines Latenzschadens begründet (untere „Abschneidekriterien“ werden aktuell im Rahmen einer AMR erarbeitet) und zugleich beim aktuellen Stand der arbeitsmedizinischen Wissenschaft die Früherkennung einer Berufskrankheit (beispielsweise Berufskrebs) diagnostisch möglich oder wahrscheinlich ist. Ob nur hoch Gefährdete oder auch Beschäftigte mit geringer Exposition von nachgehender Vorsorge profitieren, kann nicht pauschal anhand von

Gefahrstoffkategorien (bisher: 1A und 1B-Stoffe), sondern nur stoffspezifisch, unter Berücksichtigung geeigneter diagnostischer Verfahren und auf Grundlage aussagefähiger Studien durch die arbeitsmedizinische Wissenschaft bewertet werden.

Vor diesem Hintergrund wird eine Diskussion über die Systematik der nachgehenden Vorsorge angeregt. Beispielsweise könnte die Verpflichtung zum Angebot nachgehender Vorsorge durch eine arbeitsmedizinisch fundierte, selektive Positivliste von Gefahrstoffen und Expositionen konkretisiert werden, für die ein positiver Nutzen für die Gesundheit ehemals Exponierter belegt oder wahrscheinlich ist. Dabei ist der anzunehmende Nutzen im Vergleich zu möglichen Belastungen durch die Vorsorge - beispielsweise durch ionisierende Strahlung - zu berücksichtigen.

4.7 Rehabilitation und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Das betriebliche Eingliederungsmanagement BEM hat zum Ziel, Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, die Beschäftigungsfähigkeit und den Arbeitsplatz Erkrankter zu erhalten.

Die Aufgaben im BEM-Verfahren leiten sich aus dem SGB IX ab. Der Abgleich zwischen Gesundheitszustand und Einsatzfähigkeit auf dem Arbeitsplatz ist insbesondere nach längeren, schwerwiegenderen Erkrankungen kaum ohne arbeitsmedizinische Expertise möglich, um langfristig Gesundheitsrisiken zu verhindern. Die AME „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (BMAS 2021) gibt konkrete Empfehlungen für die betriebsärztliche Beteiligung an einem BEM. Betriebsärztinnen und Betriebsärzte können frühzeitig Rehabilitationsbedarf erkennen, bei der Erstellung eines Wiedereingliederungsplans unterstützen und die betroffene Person bei der Wiedereingliederung begleiten. Wichtig hierbei sind die individuelle Anpassung der Belastung und der Arbeitsinhalte an die individuelle gesundheitliche Situation, aber auch die Kooperation mit Sozialleistungsträgern, Integrationsamt und Integrationsfachdiensten sowie die Unterstützung des Betriebes bei der Beschaffung von Arbeitshilfen. Die Teilnahme von Beschäftigten an einem angebotenen BEM ist freiwillig (§ 167 Satz 2 SGB IX). Eine arbeitsmedizinische Beratung und Begleitung sollte Bestandteil jedes BEM sein. Der Austausch von Betriebsärzten und Rehabilitationsärzten insbesondere vor Entlassung von Beschäftigten aus der stationären Rehabilitation sollte gesetzlich verankert sein und intensiviert werden. Betriebsärzte sollten die sozialmedizinische Beurteilung des Rehaberichts erhalten, um die Beschäftigten bei der Vermittlung eines geeigneten Arbeitsplatzes besser unterstützen zu können.

4.8 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Im Betrieblichen Gesundheitsmanagement besitzt die Arbeitsmedizin als integrierende Funktion eine elementare Bedeutung. Als präventivmedizinische Disziplin umfasst sie die Wechselbeziehungen zwischen Arbeit und Beruf einerseits sowie Gesundheit und Krankheiten andererseits, die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen, die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Begutachtung arbeits- und umweltbedingter Erkrankungen und Berufskrankheiten, die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen einschließlich individueller und Betrieblicher Gesundheitsberatung, die Vermeidung von Erschwernissen und die berufsfördernde Rehabilitation. Betriebsärzte haben dabei die Aufgabe, systemisch auf gesundheitsgerechte, salutogene Arbeitsbedingungen hinzuwirken und unter anderem auf individueller Ebene die Beschäftigten in den Unternehmen zu befähigen, die individuelle Kontrolle über ihre Gesundheit zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu fördern.

Arbeitsmediziner sind hier in unterschiedlichen Rollen, bzw. verschiedenen Rollenausprägungen gefragt. Sowohl in der Rolle des Leistungserbringers als Betriebsarzt und „Präventionsdienstleister“, aber insbesondere auch in der Rolle des Gesundheitsmanagers als Kommunikator, Stratege, Risikomanager und Bindeglied zwischen Unternehmensführung, unterschiedlichen Interessengruppen - beispielsweise Betriebsrat, Kunden, externen Stakeholdern und Leistungserbringern der betrieblichen Gesundheitsförderung. In kleineren Unternehmen wird der Betriebsarzt diese Rolle in einer Person vertreten, in größeren Unternehmen gibt es klare Rollentrennungen.

Dabei muss die Funktion des Gesundheitsmanagers nicht selbstverständlich durch einen Arzt ausgefüllt werden. Allerdings sprechen viele Argumente dafür. Denn das Kernthema des Gesundheitsmanagements - Erhalt und Förderung der Gesundheit der Beschäftigten - ist unmittelbar mit der arbeitsmedizinischen - ärztlichen - Kompetenz und ebenso der Intention der europäischen Arbeitsschutzgesetzgebung.

4.9 Wissensmanagement

Täglich werden Betriebsärztinnen, Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit mit vielfältigen Fragestellungen konfrontiert. Handbücher, Informationsplattformen und Expertensysteme geben aber in der Regel keine praxisnahen Hinweise, wie man beispielsweise ein neues Call-Center oder Gentechnik-Labor sicher und gesundheitsgerecht plant. Wo findet man kontinuierlich aktualisierte präventive Gestaltungsbeispiele und „models of good practice“ betrieblicher Präventionskonzepte? Derartiges Gestaltungswissen aus der Präventionspraxis - aber auch weltweit gewonnene wissenschaftliche Erkenntnisse - den betrieblichen Präventionsexperten schnell und fortlaufend aktualisiert verfügbar zu machen, könnte den Wirkungsgrad und die Akzeptanz des Arbeitsschutzes stärken.

Vor diesem Hintergrund wird ein von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten, Fachkräften für Arbeitssicherheit, Experten der Unfallversicherung, des staatlichen Arbeitsschutzes und der Wissenschaft genutztes und partizipativ gestaltetes Wissensmanagement-System für den Arbeitsschutz nach dem Wiki-Prinzip vorgeschlagen. Ein solches zukunftsfähiges System könnte durch künstliche Intelligenzfunktionen effektiv unterstützt werden. Arbeitsschutz wird in dem Maß für die Betriebe attraktiver, wie seine Akteure positive Gestaltungskriterien beitragen und in den Betrieben konkrete Planungsunterstützung leisten. Das verlangt den Beratenden mehr Wissen und Kompetenz, aber auch Verantwortung für ihre geleistete Beratungsqualität ab, als eine Beschränkung auf die Identifikation und Mitteilung von Arbeitsschutzdefiziten. Ein solches System sollte gemeinsam von Arbeitsmedizinern und Fachkräften für Arbeitssicherheit mit den Fachgesellschaften und -verbänden sowie den Institutionen des Arbeitsschutzes (BAuA, DGUV, staatlicher Arbeitsschutz) entwickelt werden. Unterstützung könnten dabei Partner mit Expertise zur Implementierung künstlicher Intelligenzfunktionen und zum Wiki-System (beispielsweise Wikimedia usw.) leisten. Mitwirkende und zugleich Adressaten sollten in einem ersten Schritt insbesondere Betriebsärztinnen und Betriebsärzten, Fachkräfte für Arbeitssicherheit sowie Arbeitsschutzexperten an den Hochschulen, in Institutionen des staatlichen Arbeitsschutzes und der gesetzlichen Unfallversicherung sein.

4.10 Arbeitsmedizinisches Mitwirken in Institutionen des Arbeitsschutzes

Arbeitsmediziner und insbesondere Gewerbeärzte leisten in Institutionen des Arbeitsschutzes einen wichtigen Beitrag zum Arbeits- und Gesundheitsschutz, indem sie beispielsweise folgende Aufgaben übernehmen:

- Fachliche arbeitsmedizinische Beratung und Weiterbildung zu arbeitsmedizinischen Fragen von sämtlichen Akteuren im Arbeitsschutz in den Kommunen, in den Ländern, auf Bundesebene und bei den UVT
- Mitwirkung bei der Überwachung von Betrieben in Zusammenarbeit mit dem staatlichen Arbeitsschutz und dem UVT
- Mitwirkung und Qualitätskontrolle im Berufskrankheitenverfahren durch arbeitsmedizinische Stellungnahmen und Begutachtung
- Evaluierung von Themen von arbeitswissenschaftlicher und gesundheitspolitischer Relevanz und Durchführung von Forschungsprojekten
- Organisation von Fortbildungsmaßnahmen für alle Akteure im Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Einbringen von arbeitsmedizinischer Expertise in verschiedene Gremien auf kommunaler Ebene, Landes- und Bundesebene sowie der UVT - beispielsweise zuletzt im Hinblick auf die Corona-Pandemie
- Vollzug und Verwaltungshandeln bei Mängeln, Ordnungswidrigkeiten oder Straftaten

Der AfAMed empfiehlt, den arbeitsmedizinischen Nachwuchs auch für Stellen in den Institutionen des Arbeitsschutzes zu interessieren, indem dortige arbeitsmedizinische Tätigkeiten mehr als bislang bekannt gemacht werden.

4.11 Aufsicht und Überwachung

Die betriebsärztliche Versorgung erfordert eine transparente und passgenaue Beratung und Überwachung der Betriebe durch die Arbeitsschutzbehörden.

Durch den im Arbeitsschutzkontrollgesetz ab 2023 vorgesehenen Fokus und Datenaustausch zur betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung der Betriebe zwischen Unfallversicherungsträgern und Landesbehörden wird eine Verbesserung und Systematisierung der Überwachung und mehr Transparenz der Umsetzung des ASiG und der ArbMedVV in den Betrieben angestrebt.

Der Ausbau von arbeitsmedizinischen Stellen in den Institutionen des Arbeitsschutzes sollte gefördert und ihr Stellenwert sowie die Attraktivität ihrer Arbeitsbedingungen verbessert werden. Das gilt besonders dringend für die nach Jahren kontinuierlichen Stellenabbaus kritisch geschwächten gewerbeärztlichen Institutionen der Länder.

5. Literatur

Amler N, Voss A, Wischlitzki E, Quittkat C, Sedlaczek S, Nessler, T, Letzel S, Drexler H.: Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. ASU 54, S. 36-46 , 2019

Barth, C., W. Hamacher, C. Eickholt: Arbeitsmedizinischer Betreuungsbedarf in Deutschland. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund 2014

Barth, C., W. Eickholt, W. Hamacher, M. Schmauder:
Bedarf an Fachkräften für Arbeitssicherheit in Deutschland.
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund 2017

Bolm-Audorff U, Catrein B, Hirt J, Petereit-Haack G, Popp I (2019): Ist das Unternehmermodell nach Vorschrift 2 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung noch zeitgemäß? Dokumentation auf der 59. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, Erfurt, 20.-22.3.2019, Seite 385-387

Bolm-Audorff U, Catrein B, Hirt J, Petereit-Haack G, Popp I (2020): Zur alternativen bedarfsorientierten Betreuung von Klein- und Kleinstbetrieben, In: Stößel U, Reschauer G, Michaelis M (Hg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst, Freiburg, Edition FFAS, Seite 33-37

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Reha-Prozess – Gemeinsame Empfehlung. Frankfurt 2019

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Arbeitsmedizinische Empfehlung „Psychische Gesundheit im Betrieb“ Bonn 2019

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Arbeitsmedizinische Empfehlung „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ Bonn 2022

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): SARS-CoV-2- Arbeitsschutzstandard. Bonn 2021

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): SARS-CoV-2- Arbeitsschutzverordnung, Bonn 2021

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Arbeitsmedizinische Empfehlung „Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2- Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten“, Bonn 2021

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Arbeitsmedizinische Empfehlung „Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit“, Bonn 2018

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Arbeitsmedizinische Empfehlung „Auswertung betriebsärztlicher Erkenntnisse“. Bonn 2022

Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände BDA (2021): „Wir gegen Corona“ (Online-Portal der BDA)

Der Deutsche Bundestag (Hrsg.): „Betriebe in der COVID-19-Krise“. Bundestags-Drucksache 19/25613 vom 23.12.20

EuGH (2006): Rechtsprechung des EuGH vom 06.04.2006

Hägele, H., et al. (2019): Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie, 2. Strategieperiode. Geschäftsstelle der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (Hrsg.), Berlin 2019

Hasselhorn HM, Michaelis M, Kujath P. Die betriebsärztliche Betreuung von Erwerbstätigen - Ergebnisse der repräsentativen LidA-Studie. ASU 55, 186 – 191, 2020

Kraus, T., W. Panter: Evaluation und Monitoring der arbeitsmedizinischen Versorgung. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 56, S... , 2021

Tautz, A.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, Betriebliche Gesundheitsförderung, Wellbeing/Wohlbefinden am Arbeitsplatz. In: Letzel, S., D. Nowak (Hrsg.): Handbuch der Arbeitsmedizin; Stuttgart 2015