

Konsequenzen aus der SARS-CoV-2-Pandemie für die Arbeitsmedizin

Stand 03.11.2022

Diskussionspapier des Ausschusses für Arbeitsmedizin (AfAMed), erarbeitet von dem Unterausschuss II

Einleitung

In der Diskussion über die Konsequenzen der Pandemie soll die aktuelle Ausgangslage der Arbeitsmedizin in den Betrieben, ihre Stärken und Schwächen sowie die zu erwartenden Entwicklungen aufgezeigt werden. Besonders wichtige Diskussionspunkte sind Personalressourcen und die Digitalisierung in allen Berufsfeldern, die auch in der Arbeitsmedizin zunimmt.

Es soll verdeutlicht werden, dass die Pandemie die Rolle der Arbeitsmedizin in den Betrieben gestärkt hat. Sie wurde als wichtige Ansprechpartnerin im Arbeits- und Gesundheitsschutz wahrgenommen. Die Auslösekriterien des Pandemiefalls sind behördlich festgelegt (§ 5 IfSG). Viele Betriebe haben bei der Erstellung von innerbetrieblichen Hygieneplänen, Risiko- und Gefährdungsbeurteilungen sowie Festlegungen zu Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz (sichere Arbeitsplätze) auf Beratung durch ihre Betriebsärztinnen und Betriebsärzte (BÄ) zurückgegriffen, um im Spannungsfeld von Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) - inkl. seiner Verordnungen, insbesondere der ArbMedVV - und Infektionsschutzgesetz (IfSG) mehr Handlungssicherheit zu erlangen. Zukünftige Bedrohungslagen bedürfen zeitnaher Arbeitsschutzverordnungen.

Abhängig von der Betriebsstruktur wurden BÄ auch bei der Organisation und Durchführung der SARS-CoV-2-Teststraßen und COVID-19-Schutzimpfungen um Unterstützung gebeten und einbezogen. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung in Großbetrieben, universitären Einrichtungen und der Unfallversicherungsträger (UVT) wurde auf Kongressen vorgestellt.

Inhaltsangabe:

1. Erfahrungen aus der bisherigen Pandemie
2. Effektive Zusammenarbeit der staatlichen Arbeitsschutzausschüsse und Gremien der DGUV während der Pandemie
3. An die Pandemiesituation angepasste Arbeitsweise des AfAMed
4. Produkte des Ausschusses für Arbeitsmedizin
5. Beteiligung ärztlich-arbeitsmedizinischer Expertise in den Krisenstäben
6. Einbindung von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten auf betrieblicher Ebene
7. Schnittstellen Arbeitsschutz/Infektionsschutz/Mutterschutz
8. Situation der arbeitsmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Pandemie
9. Datenbasis
10. Anwendung eines erweiterten Präventionsansatzes in der Pandemie
11. Forderungen und Vorschläge für die Zukunft

1. Erfahrungen aus den bisherigen Pandemien

Schon vor der SARS-CoV-2-Pandemie gehörte es zur guten Praxis, dass betriebliche Akteure in Krisenstäben agierten und betriebsärztliche Teams in Pandemiekrisenstäben aktiv zusammenarbeiteten. Sie waren in die Erstellung und die kontinuierliche Aktualisierung der Pandemiepläne eingebunden. Erfahrungen aus der Bedrohung durch Vogelgrippe, EHEC, Schweinegrippe, SARS und Ebola lagen vor.

Zur Vorbereitung der Pandemieplanung können bereits vorhandene gute Pläne, z. B. das Handbuch für Betriebliche Pandemieplanung, genutzt werden. Der UA II hat darüber diskutiert, ob die „länder- und ressortübergreifende Krisenmanagementübung (Exercise)“ LÜKEX für Betriebe EDV-gestützt angepasst und den Betrieben zur Verfügung gestellt werden kann. Als mögliche Akteure könnten die DGUV oder die BAuA vom BMAS beauftragt werden.

Sollten im Falle einer pandemischen Situation Aufgaben mit dem Ziel des Bevölkerungsschutzes durch BÄ wahrgenommen werden, müssen die erforderlichen Ressourcen sichergestellt werden.

Als wichtiger Punkt in der Pandemieplanung muss die Versorgung und Bevorratung mit persönlicher Schutzausrüstung (PSA) auf nationaler, regionaler und betrieblicher Ebene gewährleistet sein. Die Arbeitgeber sind in einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht in der Lage, diese Aufgabe zu erfüllen, deshalb sind sie auf die Unterstützung der Bundes- und Landesbehörden angewiesen. Da die Schutzmaßnahmen bei aerogen übertragbaren Erregern bislang nur lückenhaft ausformuliert waren, sollte mehr Gewicht auf evidenzbasierte allgemeine Maßnahmen zum Schutz vor dieser Übertragung gelegt werden. Die praktische Umsetzung der Maßnahmen in den Betrieben muss sichergestellt werden. Dazu sind z. B. regelmäßige Unterweisungen und Übungen notwendig.

2. Effektive Zusammenarbeit der Arbeitsschutzgremien während der Pandemie

Eine effektive Kooperation zwischen ASGA, AfAMed, ASTA, ABAS und AfMu ist essenziell, um das Regelwerk und die Empfehlungen kongruent auszuformulieren und den Betrieben praxistgerecht und in allgemeinverständlicher Sprache zur Verfügung zu stellen. Solange es noch keinen eigenen Pandemiesachverständigenrat im BMAS gibt und die koordinierende Funktion des ASGA bezüglich der Arbeitsschutzausschüsse im Pandemiefall noch unklar ist, sollten die Aufgaben klar definiert, Zuständigkeiten festgelegt und damit eine zügige Koordination sichergestellt werden. Hier sieht der AfAMed die Zuständigkeit beim BMAS. Bei diesem Verfahren sollte das BMAS ein abgestimmtes, gleichberechtigtes Agieren der Arbeitsschutzausschüsse sicherstellen und die Ergebnisse systematisch zusammenführen.

Unterschiedliche Umsetzungen bezüglich des Infektionsschutzes von Bundes- in Landesgesetzen führen zu Irritation in der betrieblichen Praxis. Deshalb müssen als Resultat eindeutige, klare Regelwerke bzw. Empfehlungen zur Schnittstelle von Infektionsschutz, Mutter- und Arbeitsschutz zur Verfügung stehen, die zwischen ministeriellen Ausschüssen im Vorfeld abgestimmt werden.

Die branchenspezifischen Konkretisierungen haben sich als hilfreiches Instrument bewährt.

Das Instrument der Gefährdungsbeurteilung nach Arbeitsschutzgesetz sollte in den Betrieben unter Berücksichtigung der tätigkeitsbedingten Belastungen und branchenspezifischen Inzidenzen anschließend eine praxisgerechte Umsetzung ermöglichen. Um dies zu gewährleisten, müssen die zugrunde liegenden Regeln eindeutig und verständlich weitergegeben werden.

Schon sehr früh hat sich der AfAMed mit der Problematik besonders schutzbedürftiger Beschäftigter auseinandergesetzt: In sehr kurzer Zeit wurde eine entsprechende AME verabschiedet.

Viele Fragen gab es in diesem Zusammenhang an BÄ zu der besonderen Gefährdung von schwangeren und stillenden Frauen am Arbeitsplatz. Da die Gefährdung von schwangeren Frauen und ihren ungeborenen Kindern durch SARS-CoV-2-Infektionen auf betrieblicher Ebene nur eingeschränkt beurteilbar waren, sollten die Arbeitsschutzausschüsse des BMAS in der Pandemie eng mit dem Ausschuss für Mutterschutz am BMFSJF zusammenarbeiten, um bundesweit schnell abgestimmte Empfehlungen an die betrieblichen Arbeitsschutzexperten und Arbeitsschutzexpertinnen und die Betriebe weitergeben zu können.

3. An die Pandemiesituation angepasste Arbeitsweise des AfAMed

Bedingt durch den großen Zeitdruck hat sich im Ausschuss für Arbeitsmedizin eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe zu pandemiebedingten Fragestellungen gebildet. Als positiv wurden die Beschleunigung der Arbeitsweise und das rasche Vorlegen von Arbeitsergebnissen dieser Arbeitsgruppe herausgestellt. Gleichzeitig wird eine bessere Vernetzung/Verzahnung mit den fachlich zuständigen AfAMed-Unterausschüssen und eine beschleunigte Entscheidungsstruktur auch außerhalb einer Pandemiesituation vorgeschlagen.

Um ein effizienteres Arbeiten des AfAMed und der Unterausschüsse zu erreichen, wird empfohlen, auch zukünftig stärker auf durch digitale Medien unterstützte Konferenzformate zurückzugreifen. Durch Videokonferenzen könnten öfter kürzere Arbeitssitzungen zwischen den längeren Präsenzveranstaltungen mit mehrmonatigem Abstand stattfinden. Flankierend unterstützen E-Mails den Austausch. Die digitale Form hat den Vorteil, dass sie bei guter Vorbereitung sehr strukturiert und effizient gestaltet werden kann und gleichzeitig die Einbindung von externen Expertinnen und Experten erleichtert.

Zudem wurde festgestellt, dass der Arbeitsschutz und die Arbeit des Ausschusses für Arbeitsmedizin sowie der betriebsärztlichen und arbeitsmedizinischen Verbände in den Medien unterrepräsentiert waren und im Pandemiefall gestärkt werden sollte.

4. Produkte des Ausschusses für Arbeitsmedizin

Der AfAMed hat von März 2020 bis zum Auslaufen der Corona-ArbSchV am 20.5.2022 folgende Produkte erarbeitet:

- Beiträge zur SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel
- Positionspapier „Betriebsärztliche Aufgaben im Arbeitsschutz in Zeiten der Pandemie“
- Positionspapier zu COVID-19-Impfungen

- Stellungnahme zu Tragezeitbegrenzungen für FFP2-Masken
- Stellungnahme zu COVID-19-Impfungen im Betrieb
- Stellungnahme zum Arbeitsschutz von Beschäftigten, die bereits gegen SARS-CoV-2 geimpft sind
- AME „Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten“
- FAQ zur AME „Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten“

5. Beteiligung ärztlich-arbeitsmedizinischer Expertise in den Krisenstäben

Wir empfehlen in der Pandemie, die arbeitsmedizinische Expertise auf verschiedenen Ebenen sicherzustellen, da medizinisch-infektiologische Fragestellungen fachgerecht geklärt und entsprechende Schutzmaßnahmen situationsgerecht an die Arbeitsplätze angepasst werden müssen. Nach den Vorstellungen des Unterausschusses II des AfAMed sollte dies auf Bundesebene durch das BMAS sichergestellt werden.

Eine arbeitsmedizinische Expertise ist ebenso in den Gremien durch den DGUV auch zukünftig sicherzustellen. In den Pandemieausschüssen auf kommunaler und Länderebene sollten Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Expertise vertreten sein, die aus den Ärztekammern/medizinischen Fachverbänden und den staatlichen Arbeitsschutzbehörden sowie aus den UVT benannt werden.

Auf betrieblicher Ebene sollte dies vorrangig durch BÄ gesichert sein. Natürlich spielen hier Betriebsgröße und Form eine maßgebliche Rolle, für Klein- und Kleinstbetriebe sind besondere Unterstützungssysteme notwendig (z. B. Branchenschutzstandards der UVT als Bestandteil des untergesetzlichen Regelwerks).

6. Einbindung von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten auf betrieblicher Ebene

Die betriebsärztliche Tätigkeit erfolgt immer in enger Absprache mit dem Arbeitsschutzausschuss sowie den Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern unter Mitsprache und der Mitbestimmung entsprechend § 9 Abs 3 des ASiG der betrieblichen Interessensvertretungen. Im Pandemiefall bedeutet sie die Teilnahme an betrieblichen Krisenstäben zum aktiven Krisenmanagement. Begleitend werden situationsgerechte Schutz- und Hygienekonzepte mit Schutzmaßnahmen nach dem TOP-Prinzip nach betriebsärztlicher Beratung ausgewählt. Eine große Rolle spielen die Informationsaufbereitung und -strategie. Zentraler Bestandteil dabei ist die Unterweisung, die mediale Möglichkeiten optimal nutzen sollte. BÄ waren – abhängig von der Struktur der Dienste und betreuten Unternehmen - auch aktiv ins SARS-CoV-2-Case-Management eingebunden. Sie waren beteiligt an der Kontaktpersonennachverfolgung und der Durchführung von (PCR-)Testungen. In der Folge waren sie in unterschiedlichen Rollen bei der Organisation oder Durchführung von Impfkampagnen vertreten. Die Beratungen chronisch kranker Beschäftigter auf Grundlage der AME „Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2-Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten“ fanden im Rahmen der

Wunschvorsorge viel Zuspruch. Eine zentrale Rolle kam ihnen auch bei Meldungen von Berufskrankheiten oder Arbeitsunfällen zu.

Konzepte zur betrieblichen Eingliederung (Return to work) nach längeren Erkrankungen mit anhaltenden postinfektiösen Gesundheitseinschränkungen sollten frühzeitig in Betrieben bekannt gemacht werden. Ein besonderes Gewicht kommt der Beratung dieser Beschäftigten im Rahmen der Wunschvorsorge zu. Häufig wurden im Rahmen dieser individuellen Beratungen auch Schwierigkeiten im persönlichen Umfeld der Beschäftigten in Verbindung mit der Arbeitssituation thematisiert. Zur Gefährdung von Schwangeren/Stillenden und ihren ungeborenen Kindern gab es zu Beginn der Pandemie nur unzureichende Erkenntnisse. Dies führte zu Unsicherheiten. Die Gefährdungsbeurteilung nach dem Mutterschutzgesetz und die individuelle Beratung der Schwangeren/Stillenden stellen eine zusätzliche Anforderung an Betriebe dar, die sie häufig ohne betriebsärztliche Unterstützung nicht bewältigen können. Dies sollte bei der Planung der personellen Kapazitäten für zukünftige Pandemien berücksichtigt werden.

Insgesamt war die Beratungstätigkeit der BÄ ein wichtiger Inhalt der arbeitsmedizinischen Tätigkeit im Unternehmen, z. B. zum Infektionsschutz und Mutterschutz. Sie wurde ergänzend in Videosprechstunden durchgeführt, die auch zur Kontaktreduzierung beigetragen haben.

Eine besonders wichtige Rolle nahm dabei das betriebsärztliche Assistenzpersonal ein. Es trug wesentlich zur Bewältigung der je nach Branche und Betriebsform massiv angestiegenen Anforderungen an die betriebsärztlichen Teams und zur Entlastung der BÄ bei. Es sollte frühzeitig bedacht werden, ob in zukünftigen Pandemien das Assistenzpersonal ausreicht, um die notwendigen Aufgaben zu bewältigen.

7. Schnittstellen Arbeitsschutz/Infektionsschutz/Mutterschutz

Eine besondere Herausforderung stellte die Schnittstelle zwischen Arbeitsschutz- und Infektionsschutzgesetz bei der Verarbeitung infektiologischer Fragestellungen in gesetzliche Regelwerken und ihre juristische Auslegung dar. Diskutiert wurde über die Qualität der gesetzlichen Regelwerke in der Pandemie sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene. Diese lagen im Spannungsfeld zwischen Arbeitsschutzgesetz und Infektionsschutzgesetz und vermischten die Schutzziele Individualschutz/Arbeitsschutz und Bevölkerungsschutz/Infektionsschutz. Unterschiedliche Länderverordnungen erschwerten die Orientierung und Umsetzung insbesondere bei überregional tätigen Unternehmen. Zusätzlich waren die Anforderungen des Mutterschutzgesetzes zu berücksichtigen.

In diesem Zusammenhang wurde als besonders praxisrelevant die Erfassung der beruflichen Exposition bei der Fallnachverfolgung der Gesundheitsämter beschrieben, die als Grundlage für die epidemiologische Situationsbeschreibung durch das RKI notwendig ist und, bedingt durch Meldungen nach IfSG, sehr frühzeitig zu wesentlichen Erkenntnissen über das betriebliche oder branchenbezogene Infektionsgeschehen beigetragen hat. Hier gibt es jedoch noch Verbesserungsmöglichkeiten, z. B. durch einen Abgleich der Daten der Gesundheitsämter mit denen der Unfallversicherungsträger. Zusätzlich ist im Rahmen des Berufskrankheitenverfahrens aufgefallen, dass verschiedene Gesundheitsämter regional unterschiedlich mit

UVT kooperieren bzw. agieren. In der Konsequenz sollten die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden, die es Gesundheitsämtern ermöglichen, bei Verdacht auf berufsbedingte Infektionskrankheiten ihrerseits Anzeigen an UVT zu geben und das Arbeitsunfall- und Berufskrankheitenverfahren der UVT zu unterstützen, unter Wahrung des gebotenen Datenschutzes und ohne rechtliche Probleme befürchten zu müssen (*SGB VII § 202 Anzeigepflicht von Ärzten bei Berufskrankheiten*):

„Haben Ärzte oder Zahnärzte den begründeten Verdacht, dass bei Versicherten eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle in der für die Anzeige von Berufskrankheiten vorgeschriebenen Form (§ 193 Abs. 8) unverzüglich anzuzeigen. § 193 Abs. 7 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.“ Dazu sollten den Gesundheitsämtern - und ggf. auch den BÄ mit epidemiologischer Expertise - ausgearbeitete Erhebungsbögen und die notwendige EDV-Ausstattung für ein zentrales Meldewesen zur Verfügung stehen.

8. Situation der arbeitsmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Pandemie

Die Belastung der arbeitsmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte war sehr unterschiedlich je nach Tätigkeitsfeld, Branche und/oder Organisationsform der Arbeitsmedizinischen Dienste (überbetriebliche Dienste, Tätigkeit als Angestellte oder freie BÄ) und abhängig von der personellen sowie technischen Ausstattung.

Es wurden zunehmend Lücken in der personellen Ausstattung des medizinisch-staatlichen Arbeitsschutzes beobachtet, die wieder geschlossen werden müssen. Die arbeitsmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte, insbesondere die BÄ, haben im Rahmen der Pandemie zusätzliche Aufgaben übernommen. Aus diesem Grund sind Entlastungen an anderer Stelle notwendig, die durch eine verbesserte Ausstattung in personeller und technischer Hinsicht realisiert werden sollten, z. B. Videosprechstunden als Ergänzung der arbeitsmedizinischen Vorsorge und zusätzliches Assistenzpersonal. Jedoch sollten auch so banale Voraussetzungen wie Bereitstellung von PSA frühzeitig geplant und in der Pandemie gewährleistet sein.

Weiterhin sollte in der Praxis sichergestellt werden, dass die Einsatzzeiten für Betriebsärztinnen und Betriebsärzte an die betrieblichen Erfordernisse angepasst werden.

Um eine flächendeckende Versorgung aufrechterhalten zu können, ist die Kooperation und Entlastung durch andere Berufsgruppen – im Sinne der AME „Delegation“ – notwendig. Für die Betreuung von Klein- und Kleinstunternehmen (KKU) sind besondere Konzepte erforderlich, um eine Regelversorgung ermöglichen zu können.

9. Datenbasis

Es besteht Konsens, dass eine gute Datenbasis für die Planung und Bewältigung einer Pandemie unentbehrlich ist. Dies ist auch in unterschiedlichen Studien und Evaluationsberichten festgestellt worden. Dazu ist eine detaillierte und qualifizierte Erhebung der Erstdaten von Infektionsfällen und Infektionsketten und besonders gefährdenden Tätigkeiten nötig. Hilfreich wäre zur Verbesserung der Datenlage auch eine Vernetzung der verschiedenen Datenquellen (UVT, Gesundheitsämter, Krankenkassen, betriebliche Epidemiologie). Dazu müssten Dokumentationsstandards für die epidemiologische Erfassung und Auswertung sowie Dokumentationstools für den betrieblichen Einsatz zur Verfügung gestellt werden. Nach Ansicht

des AfAMed ist das BMAS dafür zuständig, entsprechende Konzepte zur Verknüpfung der verschiedenen Datenquellen anzustoßen.

Die betriebsärztlichen Dokumentationstools sollten geeignet sein, wissenschaftliche Auswertungen hinsichtlich betrieblicher Inzidenzen sowie tätigkeits- und branchenspezifischer Fragestellungen ggfs. mithilfe der UVT oder der BAuA zu gewährleisten. Dadurch sollten Hotspots frühzeitig identifiziert und rascher eine zielgerichtete Prävention ermöglicht werden. Auch hierzu sollten die personellen Ressourcen sichergestellt sein.

Um dieses Ziel zu erreichen, sollten auch Gesundheitsämter in die Lage versetzt werden, Daten zur beruflichen Tätigkeit zu erfassen und in geeigneter Form entweder selbst oder mithilfe anderer Institutionen auswerten zu können, sowie ihre Ermittlungserkenntnisse im Berufskrankheitenverfahren regelhaft zur Verfügung zu stellen.

10. Anwendung eines erweiterten Präventionsansatzes in der Pandemie

Der erweiterte Präventionsansatz beschreibt die systemische/betriebliche und darüber hinaus die individuelle Ebene. BÄ beraten in global agierenden Unternehmen intensiv zu besonderen Infektionsgefahren bei Tätigkeiten im Ausland. Hier spielen auch pandemische Aspekte eine Rolle. Die Kompetenz der BÄ in Verbindung mit ihrer wissenschaftlichen Ausbildung und der Kenntnis der Arbeitsplätze gewährleistet:

- die fach- und praxisgerechte Umsetzung branchenspezifischer Empfehlungen in den betrieblichen Gefährdungsbeurteilungen,
- die fachgerechte und qualifizierte Bewertung infektiologischer Erkenntnisse bei der Formulierung von Arbeitsschutzmaßnahmen in Anlehnung an das TOP-Prinzip und infektiologische Beratung anderer Arbeitsschutzexpertinnen und -experten,
- die Beratung zu Impfungen, insb. gegen den Erreger der Pandemie,
- die Beratung besonders gefährdeter oder besonders schutzbedürftiger Personen(-gruppen),
- die Beratung zu geeigneter PSA,
- die Erstellung von Unterweisungsmaterial,
- die Mitwirkung bei der Unterweisung,
- die Beratung zur Einführung neuer Arbeitsformen zur Kontaktreduzierung,
- die Aktualisierung der Pandemie und Pandemiepläne, ihre betriebliche Kommunikation und das praktische Training.

Als Grundprinzip des Arbeitsschutzes wird ein partizipativer Kommunikationsstil gefordert, der die Einbeziehung und aktive Ansprache aller Betriebsparteien sicherstellt (AMR 3.2). In der Pandemiesituation notwendige Verhaltensänderungen und dadurch veränderte betriebliche Regelungen und Arbeitsweisen müssen aus dem Krisenstab heraus in einem klar definierten Informationsfluss dem Betrieb vermittelt werden. Es müssen verständliche, klare Informationen mit einer zielgruppenspezifischen Ansprache verbunden werden, die gleichzeitig Branchenspezifität und Praxisbezug gewährleistet. Die betriebliche Informationsstrategie umfasst neben der Anpassung von Schutzmaßnahmen insbesondere Informationen zum Testkonzept und Impfmöglichkeiten sowie den Umgang mit besonders schutzbedürftigen oder besonders gefährdeten Beschäftigten und dem Angebot zur Wunschvorsorge.

Eine besondere Herausforderung stellt die Information der Beschäftigten über die betriebsärztliche Beratung zur betrieblichen Eingliederung im BEM-Verfahren (Return to work) und über geeignete Angebote zur Rehabilitation nach einer COVID-19-Erkrankung dar. Dazu sind fachlich-medizinische Expertisen zu Langzeitverläufen und Krankheits- und Behandlungsfolgen (z. B. nach intensivmedizinischer Therapie) notwendig, die die BÄ durch entsprechende Fortbildung erwerben.

Wünschenswert sind personelle Kapazitäten für die betriebsärztlichen Dienste, auch um ein geordnetes Meldeverfahren für Berufskrankheiten und Unfälle sicherzustellen. Den Gesundheitsämtern sollte die Unterstützung der Arbeitsschutzbehörden und der Unfallversicherungsträger in der Prävention und bei Unfällen bzw. Berufskrankheiten ermöglicht werden, da sie bereits frühzeitig zu Infektionsclustern in Betrieben ermittelt haben und über detaillierte Informationen verfügen.

11. Vorschläge und Forderungen für die Zukunft

Zusammenfassend empfiehlt der AfAMed eine Intensivierung der arbeitsmedizinischen Beratung auf den verschiedenen politischen Ebenen in Fragen zum betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Sie soll durch Verbände von BÄ, wissenschaftliche Fachgesellschaften, arbeitsmedizinische universitäre Institute, Gewerbeärztinnen/Gewerbeärzte und BÄ sichergestellt werden. Um ausreichende Handlungssicherheit in den Betrieben zu schaffen, müssen alle genannten Akteure zusammenarbeiten.

Die politische Forderung dazu zielt auf eine Aufstockung bzw. Schaffung ausreichender Personalkapazitäten und Ausstattung der betriebsärztlichen Dienste, der Arbeitsschutzbehörden und der UVT ab, auf die Anpassung der Pandemiepläne und die Überprüfung der eingesetzten Instrumente, auf regelmäßige Übungen analog zum Brandschutz, auf eine Beschreibung verschiedener Logistikooptionen für den Fall von Lieferengpässen und klare Zuständigkeiten (z. B. für Material, Lager für Notfallbestände, Transport), auf die bedarfsgerechte Einrichtung alternativer Arbeitsformen zur Kontaktreduktion (Homeoffice, mobiles Arbeiten) und die Berücksichtigung infektiologischer Erkenntnisse bei der Planung und Einrichtung neuer Arbeitsplätze.

Für die Arbeitsmedizin besonders wichtig sind konkrete Empfehlungen und Regeln des AfAMed zur angepassten Gefährdungsbeurteilung in der Pandemiesituation. Wünschenswert wäre ein Onlinekompodium der bisher erarbeiteten und aktuellen Produkte des AfAMed zu pandemiespezifischen Themen. Die als hilfreich empfundenen Branchenstandards der UVT und branchenbezogene Pandemiepläne sollten im Bedarfsfall auch in Zukunft praxisgerecht und allgemeinverständlich unter Einbindung arbeitsmedizinischer Expertise angepasst werden.

Zusammenfassend wird für eine Definition der Aufgaben der betriebsärztlichen Dienste im Pandemiefall geworben, die sowohl der Infektionsschutz- als auch Arbeitsschutz- und Mutterschutzgesetzgebung Rechnung trägt. Um zukünftig Rollenkonflikten bei der Wahrnehmung von Kernaufgaben nach § 3 ASiG versus im Pandemiefall Wahrnehmung von Aufgaben des Bevölkerungsschutzes nach IfSG vorzubeugen, wird dazu eine Abstimmung zwischen Gesundheits-, Familien- und Arbeitsministerien angeregt, die den Unternehmen im

Pandemiefall Handlungssicherheit durch klar verständliche, kongruente gesetzliche Regelungen geben.

Zur operativen Umsetzung ist eine ausreichende personelle und technische Ausstattung der untergeordneten Behörden (Arbeitsschutzbehörden, Gesundheitsämter) und UVT Voraussetzung.