

– Fachbeitrag D22-2018 –

21.06.2018

Bericht von der DGAUM-Jahrestagung 2018 DVfR-Symposium: „Arbeitsmedizin und Rehabilitation – Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben“¹

Teil II: Digitalisierung der Arbeitswelt als Herausforderung der Arbeitsmedizin

Von Michael Beyerlein (LL.M.), René Dittmann (LL.M.), beide Universität Kassel, Dipl. jur. Angelice Falk, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Dr. Tonia Rambauser-Haß und Dr. Mario Schreiner, beide Humboldt Universität zu Berlin

I. Gesundheit in der digitalen Arbeitswelt: neue Risikofaktoren und Herausforderungen für die Arbeitsmedizin²

Zu Beginn des zweiten Vortragsblocks des Symposiums³ referierte **Nico Dragano** (Universitätsklinik Düsseldorf) zu „Gesundheit in der digitalen Arbeitswelt: neue Risikofaktoren und Herausforderungen für die Arbeitsmedizin“. Er berichtete aus einem Forschungsprojekt zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen im dynamischen Umfeld von Industrie 4.0 (Dynamik 4.0⁴). Mithilfe einer strukturierten Literaturübersicht wurde dafür die empirische Evidenz zu spezifischen gesundheitlichen Risiken und Chancen digitaler Arbeit gesichtet und kategorisiert. Darauf aufbauend stellte Dragano die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den Zusammenhängen zwischen digitaler Arbeit und Arbeitsbelastung vor. Im Mittelpunkt standen dabei die Fragen, wie sich die Digitalisierung auswirkt auf die subjektiv empfundene Arbeitsplatzunsicherheit, auf Rollenkonflikte, auf Autonomie und Kontrolle im Arbeitskontext und auf psychische Anforderungen. Die Sichtung der existierenden Literatur ergab, dass Arbeitnehmer*innen nur in sehr geringem Umfang ihren Arbeitsplatz durch den Einsatz neuer Technologien bedroht sehen und Arbeitsbelastungen infolge der Digitalisierung sowohl zu- (v. a. in Form psychischer Belastungen) als auch abnehmen. Herausforderungen

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D22-2018 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Beyerlein/Dittman/Falk/Rambauser-Haß/Schreiner: Bericht von der DGAUM-Jahrestagung 2018 – DVfR-Symposium: „Arbeitsmedizin und Rehabilitation – Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben“ – Teil II: Digitalisierung der Arbeitswelt als Herausforderung der Arbeitsmedizin; Beitrag D22-2018 unter www.reha-recht.de; 21.06.2018.

² Die Präsentation zu diesem Vortrag ist veröffentlicht unter <http://www.reha-recht.de/monitoring/symposium/>, zuletzt abgerufen am 19.06.2018.

³ Zwei weitere Berichte über die anderen Themenblöcke des Symposiums sind abrufbar unter www.reha-recht.de.

⁴ Siehe auch: <https://dynamik40.de/index.php/projekt/>, zuletzt abgerufen am 19.04.2018.

für die Arbeitsmedizin ergeben sich vor allem in hochgradig dynamischen Unternehmen. Den (neuartigen) Belastungen gelte es insbesondere durch organisationale Vorkehrungen zu begegnen, bspw. durch deren Berücksichtigung im Rahmen der Gefährdungsbeurteilungen und der Wiedereingliederung.

In der anschließenden Diskussion wurden Erfahrungen aus Finnland mitgeteilt. Auch dort sei ein starker Anstieg der mobilen und digitalen Arbeit zu verzeichnen, einhergehend mit Chancen und Risiken. Probleme entstünden bspw. dort, wo mit einer Veränderung der familiären Verhältnisse (z. B. Gründung einer Familie) auch ein Verlust vorher vorhandener Flexibilität verbunden ist. Ein weiterer Diskussionsinhalt war die Überforderung älterer Beschäftigter durch neuartige Technik. Den damit verbundenen Arbeitsbelastungen könne durch Weiterbildung, aber auch durch individuelle digitale Unterstützung abgeholfen werden. Doch wurde betont, dass auch bei Jüngeren „Techno-Stress“ entstehen könne (durch fehlendes Wissen über technische Prozesse im Hintergrund). Insgesamt fehlten vielfach Studien mit hohem Evidenzgrad zu diesem Thema. Empfohlen wird, dass zukünftige Studien zur Arbeitsbelastung infolge der Digitalisierung nicht nur zwischen Altersgruppen, sondern auch zwischen persönlichen Einstellungen unterscheiden.

II. Akteure der Arbeitssicherheit und die Digitalisierung des Arbeitsrechts

Im Anschluss referierte **Wolfhard Kohte** (Zentrum für Sozialforschung, Halle) über Akteure des Arbeitssicherheitsrechts und die Digitalisierung des Arbeitsrechts. Die Arbeitswelt erfahre, so Kohte, durch Digitalisierungs- aber auch durch Polarisierungsprozesse von Arbeit eine Veränderung in Form neuer Anforderungen an die Informationsverarbeitung, des Verlustes angemessener Zeit- und Dispositionsspielräume und innerer sowie äußerer Entgrenzung von Arbeit, womit neue Herausforderungen für die Arbeitssicherheit entstünden. Auch Kohte weist auf die damit verbundenen Chancen und Risiken insbesondere für Menschen mit Behinderungen hin (z. B. assistive Technologie oder neue Barrieren durch stärkere Visualisierung). Die Erhaltung und Förderung von Gesundheit, Leistung und Erfolg eines Betriebes und seiner Beschäftigten könnten im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements stattfinden⁵, das sich aus den drei Säulen Arbeitsschutz, Gesundheitsförderung und integrativem Personalmanagement (einschließlich des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)) zusammensetze. Die Arbeitgeber haben im Rahmen des Arbeitsschutzes nach §§ 3 und 5 ArbSchG die Pflicht, auf Grundlage einer Gefährdungsbeurteilung, die erforderlichen Arbeitsschutzmaßnahmen zu treffen. Diese sind regelmäßig auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls an veränderte Gegebenheiten anzupassen (§ 3 Abs. 2 ArbSchG). Zur Planung und Durchführung der Arbeitsschutzmaßnahmen haben Arbeitgeber eine geeignete Organisation bereitzustellen (§ 3 Abs. 2 ArbSchG), wozu

⁵ Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 08.11.2012 – OVG 62 PV 2.12 –, juris, Rn. 24.

die Bestellung von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit gehört (§§ 2, 5 ASiG). Die Primärprävention durch die Arbeitsmediziner, darunter fallen Aktivitäten zur Gestaltung des Arbeitsplatzes (§ 3 ASiG), sei in der betrieblichen Praxis eher schwach ausgeprägt. Dabei sei es jedoch wichtig, moderne Betriebsanlagen und Einrichtungen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Planung nach § 3 Abs. 1 S.2 Nr. 1 lit. a ASiG auch an die Bedürfnisse der Arbeitnehmer anzupassen. Beispielsweise müsse bei einer Mensch-Roboter-Kollaboration⁶ der Roboter auch pausenfähig sein. Zur arbeitsmedizinischen Prävention gehören auch die Untersuchung der Arbeitnehmer, die arbeitsmedizinische Beurteilung sowie Beratung (§ 3 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 ASiG). Insbesondere letzterer Aspekt sei vor dem Hintergrund digitaler Herausforderungen am Arbeitsplatz nicht zu vernachlässigen. Zur arbeitsmedizinischen Sekundärprävention, mit dem Ziel der Früherkennung von arbeitsbedingten Gesundheitsschäden, sollen Untersuchung und Beratung nach § 2 Arbeitsmedizinische-Vorsorge-Verordnung (ArbMedVV) durchgeführt werden. Ergeben sich Hinweise auf nicht ausreichende Arbeitsschutzmaßnahmen für Beschäftigte haben Arzt oder Ärztin den Arbeitgeber darauf hinzuweisen und Änderungen vorzuschlagen (§ 6 Abs. 4 S. 2 ArbMedVV). Hinsichtlich der Tertiärprävention und der Rehabilitation sind die Arbeitsmediziner am BEM (§ 167 Abs. 2 SGB IX) und an der stufenweisen Wiedereingliederung (§ 44 SGB IX) beteiligt. Zudem sollen arbeitsmedizinische Untersuchungen und Beratungen im Rahmen betrieblicher und außerbetrieblicher Rehabilitation stattfinden.⁷

In der anschließenden Diskussion stand insbesondere die Frage nach der zukünftigen Stellung der Betriebsärzte im Rahmen des Arbeitssicherheitsgesetzes im Fokus. Aufgeworfen wurde speziell die Frage, ob die Aufgaben der Betriebsärzte nach § 3 ASiG auch von Ergotherapeuten oder Arbeitspsychologen durchgeführt werden könnten. Es wurden Bedenken geäußert, dass dadurch der Stand der Arbeitsmedizin geschwächt würde. Dieser Befürchtung wird entgegnet, dass nach Anlage 2 der DGUV Vorschrift 2 bereits eine Zeitaufteilung zwischen Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit bei der Grundbetreuung in Betrieben mit mehr als zehn Personen im Verhältnis von 20 zu 80 möglich sei. Dennoch sei die Beteiligung der Betriebsärzte gleichbleibend, ihre Expertise demnach weiterhin gefragt. Wiederum eingewandt wurde, dass die betriebsärztlichen Fachkenntnisse für die Berücksichtigung von Diversitätsgesichtspunkten, wie z. B. Geschlecht und Alter, notwendig seien und nicht substituiert werden könnten. Die Gefährdungsbeurteilung sei ein sehr komplexes Geschehen mit unterschiedlichsten Bedarfsgruppen, die einer dementsprechenden Sensibilität bedürfe.

Kommentiert wurde Kohtes Vortrag zudem von **Joachim Stork** (Audi AG Ingolstadt) im Rahmen der Online-Diskussionsrunde „Strategien der beruflichen Reha“.⁸ Aus Sicht

⁶ Damit ist die Zusammenarbeit zwischen Mensch und Maschine gemeint.

⁷ Die Einbindung der Betriebsärzte in diese Prozesse ist praktisch allerdings nicht klar geregelt und nur eingeschränkt gegeben, Schwarz/Specht/Bethge, Fortschreibung von Desintegrationskarrieren statt Förderung beruflicher Wiedereingliederung: Eine qualitative Studie zur Arbeitgeberbindung in den Reha-Prozess, Die Rehabilitation 2017, 365 (370).

⁸ Abrufbar unter: <http://fma.reha-recht.de/index.php/Thread/594-Die-Akteure-des-Arbeitssicherheitsrechts-und-die-Digitalisierung-der-Arbeitswelt/>, zuletzt abgerufen am 23.04.2018.

der betrieblichen Präventionspraxis sei die Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung (GB) die Achillesferse des Arbeitsschutzes. Dies liegt seiner Meinung nach darin begründet, dass ein Akzeptanzdefizit des Arbeitsschutzes bestehe (besonders in vielen Kleinbetrieben), die Überwachung der Einhaltung des ArbSchG in kleinen Betrieben de facto nicht stattfinde, die betriebsärztliche Betreuung sowie die Bestellung von Fachkräften für Arbeitssicherheit defizitär sei und oft noch ein "technokratisches" Verständnis des Arbeitsschutzes vorherrsche. Zur Frage der Notwendigkeit einer Novelle des ASiG, mit dem Ziel der flächendeckenden Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung, äußerte sich Stork wie folgt: *„Ja, ein konsequentes Hinwirken und fachliches Beraten des Arbeitgebers zur GB gehört zu den wichtigsten arbeitsmedizinischen Aufgaben [...]. Den Vorschlag der DGUV, im Rahmen einer ASiG-Novelle andere - übrigens nicht vorrangig präventiv qualifizierte und orientierte - Disziplinen obligat an der Betreuung und Beratung nach dem ASiG zu beteiligen und dafür Teile der bereits heute oft marginalen arbeitsmedizinischen Einsatzzeiten vorzusehen, kann [ein] Arbeitsmediziner nicht als sachgerecht akzeptieren [...].“* Diskussionswürdig findet er das Werben um ein "DGUV-Zentrumsmodell", ein Konzept zur Ausweitung berufsgenossenschaftlicher Zentren für die Betreuung nach dem ASiG. Die Befugnisse und Aufgaben der Berufsgenossenschaften seien bereits sehr umfassend, weshalb möglicherweise *„ein Teil der Umsetzungsdefizite im Arbeits- und Gesundheitsschutz in Deutschland durch immanente Interessen- und Zielkonflikte der gesetzlichen Unfallversicherung erklärbar ist“*. Stork empfiehlt daher *„eine ‚Entlastung‘ der Unfallversicherung von der Regulation der Umsetzung des ASiG (heute: DGUV 2) und Übernahme dieser Aufgabe durch das staatliche Arbeitsschutzsystem“*.

III. Praktische Erfahrungen der Arbeitsmedizin zur betrieblichen Arbeitsgestaltung⁹

Stork war auch als Referent des Symposiums aktiv und lieferte einen praktischen Input aus Sicht eines Arbeitsmediziners in der Automobilindustrie.¹⁰ Zu Beginn stellte er die mit zunehmendem Alter einhergehenden negativen Begleiterscheinungen der Beschäftigungsfähigkeit vor und wie diesen durch Prävention und (Teil-)Kompensation begegnet werden könne. Beispielsweise komme der Einsatz von Ergonomie, spezifischem Training oder von Hilfsmitteln als Reaktion auf abnehmende Muskelkraft und Dauerleistung in Betracht. Insgesamt gefährde das physiologische Altern eher selten die Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit, häufiger seien hierfür chronische Krankheiten der Auslöser. Daher spielen die Früherkennung und Beeinflussung gesundheitlicher Risikofaktoren, die Frühdiagnostik, eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung und Organisation sowie das betriebliche Eingliederungsmanagement eine wichtige Rolle. Stork stellte verschiedene Möglichkeiten einer ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung vor (z.

⁹ Abstract und Präsentation zu diesem Vortrag unter <http://www.reha-recht.de/monitoring/symposium/>, zuletzt abgerufen am 19.06.2018.

¹⁰ Dieser Vortrag wurde nicht im Block „Digitalisierung der Arbeitswelt als Herausforderung der Arbeitsmedizin“ gehalten, fügt sich thematisch aber ein.

B. zur Vermeidung statischer Haltearbeiten oder adaptierte Montagesitze), die sich vor allem unter industriellen Bedingungen verwirklichen lassen. Er machte darauf aufmerksam, dass im Automobilwerk nicht mehr zwingend die Monotonie problematisch sei, sondern vermehrt eine erhöhte Komplexität der Arbeitsaufgaben.

Die Aufgaben der Arbeitsmedizin in Bezug auf die medizinische Rehabilitation bestehen u.a. im Erkennen und Besprechen von Rehabilitationsbedarf, in der Unterstützung von Beschäftigten bei der Antragstellung, in der Information über objektive Arbeitsanforderungen und in der Begutachtung von Leistungseinschränkungen der Beschäftigten. Dabei plädierte er dafür, dass sich die Betriebsärzte aktiv in das Geschehen einbringen und nicht auf die Initiative anderer Beteiligter warten. Im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) beraten die Arbeitsmediziner zum größten Teil bezüglich der individuellen Gesundheit, aber auch zur Arbeitsorganisation, zur stufenweisen Wiedereingliederung, zur Arbeitsplatzumgestaltung oder zu einem Arbeitsplatzwechsel. Insbesondere habe sich die stufenweise Wiedereingliederung als ein erfolgreiches Instrument bei der betrieblichen Wiedereingliederung erwiesen.

In der Diskussion wurde noch einmal die Bedeutung eines transparenten BEM-Verfahrens hervorgehoben, nachdem Stork bereits in seinem Vortrag aufzeigte, dass die Akzeptanzbereitschaft der Beschäftigten gering sei, wenn bspw. die Gründe für eine Arbeitsplatzanpassung nicht kommuniziert wurden.

IV. Teilhabeorientierte Begutachtung durch die Arbeitsmedizin – Anforderungen und Chancen¹¹

Zum Abschluss dieses Themenblocks referierte **Matthias Schmidt-Ohlemann** (Stiftung Kreuznacher Diakonie, Bad Kreuznach) über Anforderungen und Chancen teilhabeorientierter Begutachtung durch die Arbeitsmedizin. Zunächst grenzte der Referent arbeitsmedizinische von teilhabeorientierter Begutachtung ab. Arbeitsmedizinische Begutachtung konzentrierte sich im Wesentlichen auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit, Arbeit und Krankheit im betrieblichen Kontext während teilhabeorientierte Begutachtung zusätzlich die Berücksichtigung der möglichen Beeinträchtigung von Teilhabe z. B. im Bereich des Privatlebens oder der personenbezogenen Kontextfaktoren¹² im Sinne einer Behinderung in den Blick nehme. Gegenstand von Begutachtung und Beratung seien so auch Fragen nach teilhabesichernden Maßnahmen. Dafür sei es wichtig, dass die Begutachtung auf **gemeinsamen Grundlagen** fuße. Konkret sei ein einheitliches Verständnis von Begriffen wie Teilhabe und Behinderung anhand der einschlägigen Vorgaben des SGB IX von großer Bedeutung. Problematisch sei dabei, dass es für den Begriff der **Teilhabe** keine Legaldefinition gebe und man sich ihm nur

¹¹ Abstract und Präsentation abrufbar unter: <http://www.reha-recht.de/monitoring/symposium/>, zuletzt abgerufen am 19.06.2018.

¹² Vgl. hierzu die nachfolgenden Ausführungen zum biopsychosozialen Behinderungsbegriff der ICF.

unter Rückgriff auf Konzepte wie den Capability Approach nach Amartya Sen¹³ oder den verwandten Befähigungsansatz nach Nussbaum¹⁴ nähern könne. Im Grundsatz beschreibe der Begriff der Teilhabe das Einbezogenensein in eine Lebenssituation.¹⁵ Der Referent führte weiter aus, dass die Anwendung des SGB IX bei der arbeitsmedizinischen Begutachtung unerlässlich sei. Der neue Behinderungsbegriff in § 2 SGB IX definiert eine Behinderung als Resultat von Wechselwirkungen körperlicher Beeinträchtigungen mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren und orientiert sich somit an dem biopsychosozialen Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Für die sozialmedizinische Beurteilung von Behinderung bedeute das, dass hierbei das biopsychosoziale Modell der ICF anzuwenden und Wechselwirkungen mit verschiedenen Barrieren bei der Begutachtung zu berücksichtigen seien. Kontextfaktoren wie einstellungs- und umweltbedingte Barrieren seien bei der Beschreibung von Behinderungen stets einzubeziehen und dafür der interdisziplinäre Austausch zu suchen. Schmidt-Ohlemann mahnte an, dass sich eine teilhabeorientierte, arbeitsmedizinische Beurteilung nicht auf die Empfehlung der Exklusion einer Person aus dem Betrieb oder aus dem Erwerbsleben beschränken könne, sondern stets die Förderung der Teilhabemöglichkeiten unter Einbeziehung der vorhandenen oder zu schaffenden Bedingungen dafür mit umfassen müsse. Anschließend präziserte der Referent das zuvor Gesagte durch die Darstellung **der Rolle der Arbeitsmedizin im Teilhabeverfahren**. Denn sowohl für die medizinische Rehabilitation als auch für die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben könnten arbeitsmedizinische Informationen von großer Bedeutung sein. Die betriebliche Perspektive sei hier bislang nicht systematisch vertreten und werde nur durch die Betroffenen selbst eingebracht.¹⁶ Schmidt-Ohlemann machte weiter darauf aufmerksam, dass die Art und Weise, wie der Rehabilitationsbedarf zu erheben sei, durch die jüngsten Änderungen im SGB IX vereinheitlicht wurde. § 13 Abs. 1 SGB IX formuliert dazu einen Auftrag an die Rehabilitationsträger, systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Instrumente zu verwenden. Er mahnte an, dass bei der Formulierung dieser Instrumente ein Fehlgebrauch der ICF im Sinne einer Ansammlung einzelner Items zu vermeiden sei und die Instrumente stattdessen eine umfassende Betrachtung des Individuums ermöglichen müssten. Dazu verwies er auf die Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Re-

¹³ Vgl. Sen, Amartya: Ökonomie für den Menschen: Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. 3. Aufl. München: 2005 (dtv).

¹⁴ Vgl. Nussbaum, Martha Craven: Frontiers of justice: disability, nationality, species membership. Cambridge, MA: 2006.

¹⁵ Wie es z. B. auch in Art. 3 lit. c der UN-Behindertenrechtskonvention (Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind [...] die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft) oder § 1 S.1 SGB IX (Menschen mit Behinderung erhalten Leistungen, um „ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu fördern...“) formulieren.

¹⁶ Das in sechs Schritte unterteilte Verfahren ist auf S. 16 der Präsentationsfolien online verfügbar unter http://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Monitoring-Projekt/Veranstaltungen/2018/DGAUM-DVfR-Symp2018_Schmidt-Ohlemann_Teilhabeorientierte-Begutachtung-Arbeitsmedizin_bf.pdf, zuletzt abgerufen am 09.05.2018.

habilitation (DVfR) zur ICF-Nutzung.¹⁷ Weiter beschrieb Schmidt-Ohlemann die Regelungen des § 13 Abs. 2 SGB IX.¹⁸ Diese Bestimmungen seien für das gesamte Bedarfsfeststellungsverfahren und somit auch die Begutachtung bindend. Weiter führte Schmidt-Ohlemann den Regelungsgehalt des § 17 SGB IX aus, der die Modalitäten der Begutachtung normiert und beispielsweise ein Wahlrecht unter drei ortsnahen Sachverständigen und Fristen für die Gutachtenerstellung vorschreibt. Unverständlich und nicht sachgerecht sei die hier vorgenommene Beschränkung auf sozialmedizinische bzw. psychologische Begutachtung.¹⁹ Definiere man Behinderung als eine soziale Konstruktion, sei auch ein interdisziplinäres Vorgehen bei der Begutachtung zwingend. Dies gelte insbesondere im Hinblick auf die Beurteilung der sozialen Teilhabe und der Kontextfaktoren.

Teilhabeorientierte Begutachtung könne im arbeitsmedizinischen Alltag aus mehreren Anlässen²⁰ nötig werden und müsse möglichst umfassend erfolgen. Das bedeute, dass die Begutachtung zwar auf die Beschäftigung fokussiert sei, aber die anderen Dimensionen der ICF in den Blick nehmen müsse, die für die Teilhabe am Arbeitsleben von Relevanz sind. Diese umfassende, teilhabeorientierte Begutachtung setze in der Regel ein multidisziplinäres Team voraus. Zur Illustration schilderte Schmidt-Ohlemann abschließend seine eigenen Erfahrungen als Arbeitgebervertreter im Rehabilitationszentrum Bethesda der Kreuznacher Diakonie²¹. Die unterschiedliche Betreuung von pädagogischem Personal durch einen externen arbeitsmedizinischen Dienst und der Beschäftigten der Werkstatt für Menschen mit Behinderung (WfbM) durch einen multiprofessionellen, hauseigenen rehamedizinischen Dienst ließen hier einen Vergleich von zwei Herangehensweisen in der Praxis zu. In der Praxis sei es nicht gelungen, den externen arbeitsmedizinischen Dienst in die Sicherung der Teilhabe einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzubeziehen. Das habe daran gelegen, dass das vorhandene Zeitbudget bereits durch Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen weitestgehend er-

¹⁷ Diese fordert u. a., diskursive Konzepte zu entwickeln, die „das bio-psycho-soziale Modell zur Grundlage eines strukturierten Dialogs“ machen. Vgl. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Stellungnahme zur ICF-Nutzung bei der Bedarfsermittlung, Bedarfsfeststellung, Teilhabe- und Gesamtplanung im Kontext des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom August 2017, abrufbar unter

http://www.dvfr.de/fileadmin/user_upload/DVfR/Downloads/Stellungnahmen/DVfR-Stellungnahme_ICF-Nutzung_im_BTHG_bf.pdf, zuletzt abgerufen am 16.03.2018.

¹⁸ Demnach müssen Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs insbesondere erfassen, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht, beschreiben welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat, aufführen welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.

¹⁹ Vgl. § 17 Abs. 2 S. 1 SGB IX lautet: „Der Sachverständige nimmt eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vor und erstellt das Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung.“

²⁰ Beispielsweise anlässlich von Eignungs- oder Vorsorgeuntersuchungen, Betrieblichem Eingliederungsmanagement, Mitarbeitergesprächen mit entsprechendem Ergebnis, auf Veranlassung der Schwerbehindertenvertretung, auf Bitten des Arbeitnehmers oder anlässlich der Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

²¹ Dabei handelt es sich um ein Rehabilitationszentrum mit verschiedenen Angeboten für Menschen mit Behinderung und 465 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

schöpft wurde und der Rest durch die Mitarbeit im Arbeitssicherheitsausschuss sowie durch gelegentliche Begehungen beansprucht wurde. Zudem verfügte der arbeitsmedizinische Dienst über keine eigenen Fachleute im therapeutischen, technischen und psychologischen Bereich. Der rehamedizinische Dienst, der die Beschäftigten der WfbM betreute, organisierte dagegen multiprofessionelle Sprechstunden unter Einbeziehung von Sozialdienst, Arbeitsgruppenleitung, Therapeutinnen und Therapeuten und Expertinnen und Experten für Kommunikation und Assistive Technologien. Die Zeiten für Vorsorgeuntersuchungen wurden dabei zugunsten einer problemorientierten Arbeit verkürzt. Zudem sei in der Werkstatt eine eigene Stelle für die Anpassung von Arbeitsplätzen an die jeweilige behinderungsbedingte Einschränkung angesiedelt und es fanden regelmäßig Begehungen und Einzelarbeitsplatzanalysen statt. Gutachten für die Leistungsträger erstellte der rehamedizinische Dienst auf Basis eigener Untersuchungen und unter Einbeziehung der Expertise anderer Professionen. Da der rehamedizinische Dienst zugleich zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sei, könne er die notwendigen Leistungen wie Physiotherapie, Egotherapie etc. direkt verordnen. Diese Leistungen würden dann auch direkt in der Werkstatt erbracht. Aufgrund der deutlich besseren Erfahrungen mit dem rehamedizinischen Dienst in der WfbM zog Schmidt-Ohlemann den Schluss, dass teilhabeorientierte Arbeitsmedizin förderliche betriebliche und außerbetriebliche Settings²² benötige, die sich u.a. durch umfangreiches Zeitbudget der Arbeitsmedizin und deren teilhabebezogene Kompetenz auszeichnen. Zudem sollte Disability Management²³ Bestandteil der Unternehmensstrategie sein. Jedoch würden sich im Hinblick auf eine stärkere Teilhabeorientierung der Arbeitsmedizin auch noch gewisse Fragen stellen. Beispielsweise, ob eine umfassende Begutachtung für das Ziel der Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben Aufgabe der Arbeitsmedizin sei oder welchen Beitrag sie dazu leisten könne. Weiterhin stelle sich die Frage, ob die Arbeitsmedizin für diese Aufgabe überhaupt geeignet sei und welche anderen (medizinischen) Professionen sie dabei ergänzen könnten. Auch sei fraglich, ob die Arbeitsmedizin auf die Herausforderungen durch die Digitalisierung vorbereitet sei. Hier formulierte Schmidt-Ohlemann die These, dass die Arbeitsmedizin unter den Bedingungen der Digitalisierung und der damit zu erwartenden Gesundheitsrisiken für die wichtige Frage der Teilhabesicherung am Arbeitsleben nicht ausreichend gerüstet sei.

²² Die formulierten betrieblichen und außerbetrieblichen Settings sind auf S. 32 der Präsentationsfolien online einsehbar unter http://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Monitoring-Projekt/Veranstaltungen/2018/DGAUM-DVfR-Symp2018_Schmidt-Ohlemann_Teilhabeorientierte-Begutachtung-Arbeitsmedizin_bf.pdf, zuletzt abgerufen am 09.05.2018.

²³ Disability Management sorgt für die Wiedereingliederung eines Arbeitnehmers in das Berufsleben, der aus gesundheitlichen Gründen von längerer Arbeitsunfähigkeit bedroht ist. Es tritt nicht erst nach einem Unfall oder nach einer Erkrankung rehabilitativ in Aktion, sondern bereits präventiv, um solche Entwicklungen früh zu erkennen (vgl. <http://www.dguv.de/disability-manager/disability-management/index.jsp>, zuletzt abgerufen am 04.05.2018).

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
