



Anforderungen an eine teilhabeorientierte Begutachtung durch die Arbeitsmedizin – Chancen und Grenzen

Matthias Schmidt-Ohlemann

**Rehabilitationsfachdienste Stiftung kreuznacher diakonie
Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)
Landesarzt für Körperbehinderte**

DGAUM Jahrestagung München 2018

Symposium „Arbeitsmedizin und Rehabilitation – Wege zur Teilhabe im
Arbeitsleben“

Perspektiven für die Formulierung von Anforderungen an Gutachten durch die Arbeitsmedizin

- Ltd. Arzt des Rehabilitationszentrums Bethesda Stiftung kreuznacher diakonie
 - Rehabilitationsmedizinischer Dienst mit Versorgungsauftrag für rehabilitationsmedizinische und vertragsärztliche Versorgung
 - der Bewohner von Wohneinrichtungen und in ambulanten Settings für Menschen mit Behinderungen (ca. 1000 Personen)
 - der Beschäftigten der Werkstätten für behinderte Menschen (einschl. Beruflicher Bildungsbereich und einschl. arbeitsmed. Betreuung 1400 Pers.)
 - im Rahmen einer vertragsärztlichen Institutsambulanz (Orthopädie, physikalische und rehabilitative Medizin, Neurologie, Psychiatrie; 1300 Pat. im Quartal)
 - Von Klienten der Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation und Assistive Technologien / Fachzentrum des Landes Rheinland-Pfalz (140 Pers./J)
- Mitglied der Geschäftsführung (ca. 300 MitarbeiterInnen, VZ)
- Landesarzt für Körperbehinderte (60 Pers./J)
- Gutachter für die Sozialgerichtsbarkeit

Begutachtung und arbeitsmedizinische Beurteilung

- Begutachtung setzt einen Auftrag voraus, der den Rahmen für die Bewertungskriterien vorgibt.
- Arbeits- und sozialmedizinische Ermittlung und Beurteilung von Sachverhalten, die als Grundlage von Entscheidungen für den Betroffenen, den Arbeitgeber oder die Sozialleistungsträger dienen.
- Diese Beurteilung bezieht sich wesentlich auf den Zusammenhang zwischen Gesundheit, Arbeit und Krankheit im betrieblichen Kontext
- Diese Beurteilung ist Ergebnis eines analytischen und kommunikativen Prozesses und dient zugleich auch zur Beratung der Akteure.
- Teilhabeorientierte Begutachtung und Beurteilung erfordert zusätzlich die Berücksichtigung der möglichen Beeinträchtigung von Teilhabe im Sinne einer Behinderung.
- Damit ist Gegenstand von Begutachtung und Beratung zugleich auch die Frage nach der Möglichkeit teilhabesichernder Maßnahmen und Leistungen.

Anforderungsperspektiven an Begutachtung durch die Arbeitsmedizin

Anforderungen an die Arbeitsmedizin

- **Aus Sicht der Patienten bzw. Arbeitnehmer**
 - Gesundheit, Teilhabe, Inklusion
- **Aus rehabilitationsmedizinischer Sicht**
 - Gesundheit, Teilhabe
- **Aus Sicht des Arbeitgebers**
 - Erfüllung von Auflagen: gesetzeskonformes Handeln
 - Mitarbeitergewinnung und –konstanz
 - Steigerung/Erhaltung der Leistungsfähigkeit
 - Mitarbeitertrennung
- **Aus Sicht der Träger der Leistungen zur Teilhabe**
 - Gesetzestreue Leistungsgewährung
 - Ausgabenminderung
- **Aus Sicht der Gerichte: Streitfälle**

Wann ist eine teilhabeorientierte Begutachtung durch die Arbeitsmedizin erforderlich?

- Wenn einer der genannten Akteure annimmt, dass auf Grund einer gesundheitlichen Störung die Teilhabe am Arbeitsleben beeinträchtigt werden kann
 - aufgrund der individuellen Gesundheitssituation
 - aufgrund der Belastungen und Anforderungen am Arbeitsplatz

und

- Wenn sich daraus Konsequenzen ergeben
 - Feststellung mangelnder Eignung für einen bestimmten Arbeitsplatz
 - Arbeitsplatzwechsel
 - Maßnahmen am Arbeitsplatz
 - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - Andere Leistungen zur Teilhabe
 - Individuelle Maßnahmen

Gemeinsame Grundlagen

- Begriff der Teilhabe
- Teilhabe und (drohende) Behinderung
- Das biopsychosoziale Modell der WHO und die ICF
- Begutachtung auf der Grundlage des SGB IX
- Gesetzliche Grundlagen für Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit



Umfassender Teilhabebegriff

Normative Grundlagen, Fehlen einer Legaldefinition

- Teilhabe wird definiert als Einbezogenensein in eine Lebenssituation.
- Teilhabe meint im umfassenden Sinne die Möglichkeit des Individuums, in der Gesellschaft als deren Teil und als Subjekt zu handeln, d.h. die ihm wichtigen und von seinem Umfeld erwarteten Rollen, Aufgaben, Funktionen und Aktivitäten in einer Gesellschaft auszuüben bzw. dazu befähigt und in die Lage versetzt zu sein.
- Dazu gehört auch das Gefühl, d.h. die subjektive Realisierung, tatsächlich einbezogen zu sein („enhanced sense of belonging“)
- Teilhaben kann ein Mensch dann, wenn er zu solchen Aktivitäten befähigt ist, die er sich auf der Basis der eigenen Lebensgeschichte und unter je konkreten Lebensbedingungen in seinem persönlichen Lebensführungskonzept konkret vorstellen und mehr oder weniger praktisch umsetzen kann, und zwar in den verschiedenen Situationen der Lebenswelt, so z. B. bei der unmittelbaren Lebensführung und Selbstversorgung, in der Wohnung, in der Familie, in Schule und Beruf und heute ganz wesentlich in den virtuellen Sozialen Netzwerken, dem Internet und der Welt der medial vermittelten Aktivitäten.
- Diese Fähigkeiten zur Teilhabe (und das dazu in die Lage versetzt sein) kann man als Grundfähigkeiten, besser als Grundbefähigungen bezeichnen, über die Menschen als prinzipielle Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Leben (Christian Spieß) verfügen sollen. (Capability Approach, Sen und Nussbaum)

Teilhabe am Arbeitsleben – Rolle der Arbeitsmedizin?

- **Unterstützung durch Begutachtung (bei Maßnahmen) zur Sicherstellung der Teilhabe am Arbeitsleben bei drohender, z. B. bei chronischer Krankheit, oder manifester Behinderung im Sinne von**
 - Habilitation
 - Rehabilitation (mit LTA), neuer Arbeitgeber
 - Return to work (= Verbleib)
 - Ohne wesentliche Änderungen des Arbeitsplatzes
 - Wesentliche Änderungen des Arbeitsplatzes,
 - ggf. mit LTA oder
 - Ggf. mit anderen Sozialleistungen
 - Bei (drohender) Behinderung: Beitrag zur dauerhaften Verbleib (z.B. auf Grund persönlicher Veränderungen)
 - am angestammten Arbeitsplatz
 - Im Betrieb/Unternehmen
- Durch innerbetriebliche, innerbetrieblich organisierte fremdfinanzierte oder außerbetriebliche Maßnahmen und Leistungen.
- Dazu ist die Anwendung des SGB IX unerlässlich

Behinderungsbegriff

§ 2 Abs 1 SGB IX Begriffsbestimmungen neu

- Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die langfristige **körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.**
- Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.
- Langfristig ist eine Beeinträchtigung, die mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert.
- Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

§ 2 SGB IX alt

Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen **und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.**

Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



Bedeutung für die sozialmedizinische Beurteilung von Behinderung

- Anwendung des biopsychosozialen Modells der WHO
- Betonung der Wechselwirkung mit Barrieren und Aufgabe des linearen Krankheitsfolgenmodells
- Umsetzung des Behinderungsbegriffs der UN-BRK, allerdings mit Einschränkungen
- Obligatorische Einbeziehung der Kontextfaktoren (hier einstellungs- und umweltbedingte Barrieren) bei der Beschreibung von Behinderung als Beeinträchtigung der Teilhabe (also auch bei der Begutachtung!)
 - fehlende Förderfaktoren werden ebenfalls als Barrieren angesehen
 - Einstellungsbedingte Barrieren: Bezieht sich auch auf die subjektive Wahrnehmung von Barrieren durch den Betroffenen
- Selbstbestimmte Teilhabe bezieht sich auf gesellschaftliche, soziale und z. B. auch betriebliche Sachverhalte. Damit wird die Alleinzuständigkeit der Medizin bzw. der Gesundheitswissenschaften für die Feststellung der Behinderung verlassen. (Interdisziplinarität in der Arbeitsmedizin ?)

- **Art und Umfang der Teilhabe am Arbeitsleben**
 - nicht abhängig vom Schweregrad der funktionellen Beeinträchtigung
 - jedoch abhängig vom individuellen und gesellschaftlich bestimmten Gestaltungsraum
- **Maßgeblich sind die Kontextfaktoren**
 - bei mittlerer Beeinträchtigung der Funktion können die Aktivitäten stärker und die Teilhabe sehr stark beeinträchtigt sein

In der Konzeption der ICF lässt sich dies so darstellen (nach Behrens et al. 2013):

(A) Funktion	0		X			10
Aktivitäten	0			X		10
Teilhabe	0				X	10
(B) Funktion	0		X			10
Aktivitäten	0	X				10
Teilhabe	0	X				10

(Grad der Beeinträchtigung (x) in einer Skala von 0-10)

Bei gleicher Beeinträchtigung der Funktionen können in Abhängigkeit von den Kontextfaktoren die Aktivitäten weniger stark beeinträchtigt und die Teilhabe in sehr hohem Umfang möglich sein.

Ziel der teilhabeorientierten Beurteilung und Begutachtung

- Ziel ist es, durch arbeitsmedizinische Beurteilung und Begutachtung der verschiedenen Komponenten der ICF und ihrer Veränderbarkeit dazu beizutragen, dass die Teilhabe am Arbeitsleben aktuell und auf Dauer gewährleistet werden kann.
- Die Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen, die Förderung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit sind notwendige aber nicht hinreichende Bestandteile eines Teilhabesicherungskonzeptes, werden jedoch häufig nur isoliert betrachtet.
- **Unter Teilhabeaspekten sollte eine teilhabeorientierte Beurteilung sich nicht auf Empfehlung der Exklusion von bestehenden Arbeitsplatz, aus dem Betrieb oder aus dem Erwerbsleben beschränken sondern stets die Förderung der Teilhabemöglichkeiten einschl. der vorhandenen oder zu schaffenden Bedingungen umfassen.**
- **Dies schließt die Kenntnis oder Ermittlung der Modifikationsmöglichkeiten der Schädigungen/Funktionsbeeinträchtigungen z. B. durch med.-therapeutische Maßnahmen und der Kontextfaktoren (z. B. am Arbeitsplatz, in der Arbeitswelt und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ggf. Faktoren aus dem primären der sozialen Netzwerk) sowie des Leistungsspektrums der Sozialleistungsträger ein.**

Teilhabeorientierte Beurteilung und Begutachtung durch die Arbeitsmedizin

Welche Rolle spielt die Arbeitsmedizin im Teilhabeverfahren?

- Das SGB IX umfasst umfangreiche Vorschriften zur Ermittlung des Rehabedarfes und für die Teilhabeplanung.
- Sowohl für die medizinische Rehabilitation als auch für die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können arbeitsmedizinische Informationen von großer Bedeutung sein.
- Die betriebliche Seite ist hier bislang nicht systematisch vertreten. Einzig der Betroffene bringt seine betrieblichen Aspekte ein.
- Kommen betriebsbezogene Maßnahmen in Betracht oder Leistungen an den Arbeitgeber kann die Arbeitsmedizin einbezogen werden.

Welche Komponenten der ICF sind also zu berücksichtigen, um Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern?

- **Krankheit (ICD 10)**
 - Arbeitsbedingte Erkrankungen/Berufskrankheiten
 - **Schädigung der Körperstrukturen**
 - Berufliche Belastung/Beanspruchung
 - **Schädigung der Körperfunktionen**
 - Berufliche Belastung/Beanspruchung
 - **Beeinträchtigung der Aktivitäten**
 - Berufliche Aktivitäten/Tätigkeitsanalyse
 - **Beeinträchtigung der Teilhabe**
 - Betriebliche Integration/Inklusion
 - **Barrieren (auch: Nicht vorhandene Förderfaktoren)**
 - Gefährdungen (Gefährdungsanalyse), fehlende soziale Unterstützung, Arbeitsbedingungen
 - **Förderfaktoren**
 - Arbeitsschutz, LTA, andere Sozialleistungen, Arbeitsbedingungen
- ➔ **einschl. prognostischer Aussagen!**

Teilhabeorientierte Beurteilung und Begutachtung

- 1. Schritt: Ergebnisse einer ICF-orientierten Analyse können sein:**
 - Beschreibung des Krankheits- und Behinderungsbildes
 - Beschreibung der Ressourcen
 - Beschreibung der Kontextfaktoren
- 2. Schritt: Ermittlung des Handlungsbedarfes**
 - Wünsche und Ziele von Arbeitnehmer und Arbeitgeber
- 3. Schritt: Ermittlung möglicher Maßnahmen und Leistungen, u.a. Rehabedarf**
 - Alle Ebenen der ICF betreffend: umfassend
- 4. Schritt: Erstellung eines Teilhabesicherungsplanes**
- 5. Schritt: Klärung der Zuständigkeit für evtl. erforderliche Leistungen, ggf. Teilhabeplanverfahren nach dem SGB IX**
- 6. Schritt: ggf. Antragsstellung**

Instrumente zur Ermittlung des Rehabedarfes (§ 13 SGB IX neu) 1.

- (1) Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen. Die Instrumente sollen den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 26 Abs. 2 Nr. 7 entsprechen.
- ➔ Zuständig für die Vereinbarung von Grundsätzen ist die BAR
 - ➔ Die unmittelbare Anwendung der ICF ist nicht zwingend, der neue Behinderungsbegriff aber zu beachten
 - ➔ Ein Fehlgebrauch der ICF im Sinne der Ansammlung einzelner Items statt einer umfassenden Betrachtung unter Beachtung des vollständigen bio-psycho-sozialen Modells der WHO ist zu befürchten.
 - ➔ Der sozialen Wirklichkeit kann nur in einem diskursiven Verfahren Rechnung getragen werden (vgl. DVfR 2017)

Instrumente zur Ermittlung des Rehabedarfes (§ 13 SGB IX neu) 2.

- (2) Die Instrumente nach Absatz 1 Satz 1 gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, indem sie insbesondere erfassen,
1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
 2. welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
 3. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
 4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.
- Diese Bestimmungen sind für das gesamte Bedarfsfeststellungsverfahren bindend.
- Dies gilt auch für die Begutachtung.
- Daraus folgt ein Rechtsanspruch des Betroffenen auf eine Beurteilung, die sämtliche Schritte nach Abs. 2 umfasst.
- Daraus folgt ein Rechtsanspruch auf angemessene Berücksichtigung der Kontextfaktoren bei der Ermittlung des Unterstützungsbedarfes

SGB IX § 17 Begutachtung

- (1) Ist für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich, beauftragt der leistende Rehabilitationsträger unverzüglich einen geeigneten Sachverständigen. Er benennt den Leistungsberechtigten in der Regel drei möglichst wohnortnahe Sachverständige, **soweit nicht gesetzlich die Begutachtung durch einen sozialmedizinischen Dienst vorgesehen ist**. Haben sich Leistungsberechtigte für einen benannten Sachverständigen entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen.
 - (2) Der Sachverständige nimmt eine umfassende sozialmedizinische, bei Bedarf auch psychologische Begutachtung vor und erstellt das Gutachten innerhalb von zwei Wochen nach Auftragserteilung. Das Gutachten soll den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten einheitlichen Grundsätzen zur Durchführung von Begutachtungen nach § 25 Absatz 1 Nummer 4 entsprechen.
- ➔ Stärkung der sozialmedizinischen Dienste der Rehaträger (Lex GKV/MdK)
 - ➔ Unverständlich und nicht sachgerecht ist Beschränkung auf sozialmedizinische bzw. psychologische Begutachtung. Ist Behinderung als Teilhabebeeinträchtigung eine soziale Konstruktion, ist ein interdisziplinäres Vorgehen zwingend. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Beurteilung der sozialen Teilhabe und die Kontextfaktoren
 - ➔ Eine gemeinsame Empfehlung Begutachtung durch die BAR (2016) liegt vor.

SGB IX § 10 Abs. 2 (bisher § 11 Abs. 2 SGB IX)

(2) Wird während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation erkennbar, dass der bisherige Arbeitsplatz gefährdet ist, wird mit den Betroffenen sowie dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich geklärt, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

→ Einbeziehung des Rehaträgers während der med. Rehamaßnahme

SGB IX § 43 (bisher § 27 SGB IX)

Die in § 42 Abs. 1 genannte Ziele und § 12 Abs. 1 und 3 sowie § 19 gelten auch bei Leistungen der Krankenbehandlung

→ Ziele der med. Rehaleistungen und die Sicherstellung frühzeitiger Rehabedarfserkennung gelten auch im Leistungsbereich der GKV, ebenso die Vorschriften über den Teilhabeplan

Teilhabeplanung im SGB IX

Teil I: allgemein

- § 13 Instrumente für die Bedarfsfeststellung
- § 14 Zuständigkeit: Leistender Rehaträger
- § 15 Leistungsverantwortung bei mehreren Rehaträgern
- § 17 Begutachtung
- § 19 Teilhabeplan (bei mehreren Leistungsgruppen o. -trägern)
- § 20 Teilhabekonferenz
- § 21 Besondere Anforderungen an das Teilhabeplanverfahren (Eh)
- § 22 Einbeziehung anderer öffentlicher Stellen (Pflege, Integrationsamt)

Teil II: Eingliederungshilfe: §§ 117-122

- § 117 Gesamtplanverfahren
- § 118 Instrumente der Bedarfsermittlung
- § 119 Gesamtpflichtkonferenz
- § 120 Feststellung der Leistungen
- § 121 Gesamtplan
- § 122 Teilhabezielvereinbarung

Teilhabe-Konferenz (§ 19 SGB IX neu)

- (1) Mit Zustimmung der Leistungsberechtigten kann der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens nach § 19 verantwortliche Rehabilitationsträger zur gemeinsamen Beratung der Feststellungen zum Rehabilitationsbedarf eine Teilhabeplankonferenz durchführen. Die Leistungsberechtigten, die beteiligten Rehabilitationsträger und die Jobcenter können dem nach § 19 verantwortlichen Rehabilitationsträger die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz vorschlagen. Von dem Vorschlag auf Durchführung einer Teilhabeplankonferenz kann abgewichen werden,**
- 1. wenn der zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs maßgebliche Sachverhalt schriftlich ermittelt werden kann,**
 - 2. wenn der Aufwand zur Durchführung nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Umfang der beantragten Leistung steht...**
- (3) An der Teilhabeplankonferenz nehmen Beteiligte nach § 12 des Zehnten Buches.... sowie sonstige Vertrauenspersonen teil. Auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten können Rehabilitationsdienste, Rehabilitationseinrichtungen und Jobcenter sowie sonstige beteiligte Leistungserbringer an der Teilhabeplankonferenz teilnehmen. ...**

➔ **Offen: Beteiligung der Sozialmedizin/Arbeitsmedizin/sonstiger Experten**

Teilhabeorientierte Beurteilung und Begutachtung durch die Arbeitsmedizin im Alltag

Anlässe und Settings sind z. B.:

A. Im Betrieb

- Anlässlich einer Eignungs- oder Vorsorgeuntersuchung
- BEM
- Ergebnis eines Mitarbeitergespräches durch den Arbeitgeber/Personalabteilung
- Auf Veranlassung der Schwerbehindertenvertretung
- Ergebnis des ASA
- Auf Bitte des Arbeitnehmers
- Antragstellung (Leistungen TLA, für Schwerbehinderte)

B. In besonderen Diensten und Einrichtungen

(bei Antrag, Eingangsuntersuchung, Begleitung/Überwachung des Rehaverlaufes, Abschluss, Übergang zu Budget für Arbeit)

- Der beruflichen (Wieder-) Eingliederung
- WfbM

Umsetzung: Profession der Arbeitsmedizin

1. Idealbild einer teilhaborientierten Begutachtung: umfassende, d.h. zwar auf die Beschäftigung fokussierte, dennoch aber auch alle anderen Dimensionen der ICF einbeziehende Beurteilung, die für die Teilhabe am Arbeitsleben relevant sind.
2. Wir kennen solche Begutachtungen aus der arbeitsmedizinischen Begleitung in manchen WfbM (meist Einzelfälle) in Einrichtungen der Phase II, in Einrichtungen wie BBW, BfW oder im Zusammenhang spezieller Dienste.
3. Sie sind dort jedoch in der Regel nicht spezifisch im Sinne der Arbeitsmedizin orientiert, schließen aber zahlreiche arbeitsmedizinische Aspekte ein. Häufig sind dort Allgemeinmediziner, auch Rehafachärzte tätig.
4. Die umfassende teilhabeorientierte Begutachtung setzt in der Regel ein multidisziplinäres Team voraus, u.a. mit Physiotherapeuten, Technikern, Psychologen.
5. Sie erfordert auch ein diskursives Herangehen. Die ICF darf hier nicht als Sammlung von Items missverstanden werden. Vielmehr ist das biopsychosoziale Modell Grundlage eines teilhabeorientierten Diskurses aller Beteiligten.

Eigene Erfahrungen als Arbeitgeber Rehabilitationszentrum Bethesda Stiftung kreuznacher diakonie

- Es ist nicht gelungen, den (fremden) arbeitsmedizinischen Dienst in die Sicherung der Teilhabe einzelner Mitarbeiter einzubeziehen.
 - Das Zeitbudget war durch Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc. weitestgehend erschöpft
 - Den Rest beanspruchte der Arbeitssicherheitsausschuss einschl. gelegentlicher Begehungen (Lärm, Beleuchtung, Belüftung)
 - Der arbeitsmedizinische Dienst verfügte über keine eigenen Fachleute (Therapeuten, Techniker, Psychologen) zur Teilhabeförderung.
- Der arbeitsmedizinische Dienst wurde weder von den Mitarbeitenden noch durch die Personalabteilung noch durch die Vorgesetzten als geeigneter Partner für Teilhabefragen angesehen.
- Es gab weder den Ansatz einer erweiterten arbeitsmedizinischen Betreuung durch den AmD noch die Bereitschaft, das Budget dafür zu erhöhen.

Teilhabeorientierte Betreuung von Beschäftigten in der WfbM

- Die Betreuung der Mitarbeiter in den Werkstätten wurde ebenfalls durch den arbeitsmedizinischen Dienst vorgenommen, die Betreuung der Beschäftigten hingegen wurde auf den Rehamedizinischen Dienst übertragen.
- Dieser organisiert vor Ort Sprechstunden unter Beteiligung des Sozialdienstes und aller Beteiligten (Gruppenleiter) einschl. der Therapeuten (Ergotherapie, Physiotherapie) sowie der Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation und Assistive Technologien. Dabei wurden die Zeiten für die reinen Vorsorgeuntersuchungen verkürzt zugunsten einer problemorientierten Arbeit.
- Es existiert ein Vorrichtungsbau, der technische Adaptionen entwickelt.
- Es finden regelmäßig Begehungen und Einzelarbeitsplatzanalysen statt.
- Der Rehamedizinische Dienst erstellt auf der Basis eigener Untersuchungen und Gespräche unter Verwendung der Befunde der Arbeitstherapeuten etc. die medizinischen Gutachten für die Leistungsträger
- Da er zugleich zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt ist, kann er die notwendigen Leistungen wie Physiotherapie, Ergotherapie etc. verordnen.
- Die Therapien finden in der Werkstatt statt, die therapeutischen Fachkräfte sind bei den ärztlichen Besuchen zeitweise anwesend.

Umsetzungssettings teilhabeorientierte Arbeitsmedizin im Rehaszentrum Bethesda

- Notwendig wären betriebliche oder außerbetriebliche Settings, in denen
 - Der Mitarbeiter sich öffnen könnten
 - Ein vertrauliches Arzt-Patient-Gespräch stattfinden kann
 - Umfangreiches Zeitbudget
 - Umfassende teilhabebezogene Kompetenz ärztlicherseits
 - Team mit Therapeuten, Psychologen, Technikern
 - Verbindung mit kurativer Tätigkeit kann sinnvoll sein.
- Disability Management sollte Bestandteil der Unternehmensstrategie sein und zugleich externe Kompetenzen nutzen, z. B. betriebliche Gesundheitsförderung der Krankenkassen, Rehaberater der UV, IFD,
- Dies setzt voraus
 - Der AG ist daran interessiert und entwickelt eine Konzeption
 - Stellt Ressourcen dafür zur Verfügung
 - Im Hinblick auf die Teilhabeorientierung der Arbeitsmedizin ergeben sich aber noch Fragen:

Fazit: Teilhabeorientierte Beurteilung und Begutachtung durch die Arbeitsmedizin?

- Die Frage: Umfassende Begutachtung für das Ziel der Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben als Aufgabe der AM?
- Welchen Beitrag kann die AM zu einer solchen Begutachtung leisten?
- Frage: Profession der Arbeitsmedizin für Teilhabeorientierung geeignet (Qualifikation?) ? Andere medizinische Disziplinen erforderlich?
- Ggf. interdisziplinäre Ergänzung? (z.B. Sozialdienst?, Therapeuten, Psychologen, Techniker)
- Welchen Beitrag kann die AM grundsätzlich und im besonderen Fall und in welchem Setting jeweils leisten?
- Welche Rolle wird sie in Zukunft bei der Bedarfsermittlung und der Teilhabeplanung spielen?
- Wird sie die Rolle des Partners und Experten bei der Teilhabesicherung von Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Krankheiten spielen wollen – und dürfen?
- Ist sie auf die spezifischen Herausforderungen im Zusammenhang der Digitalisierung vorbereitet?

These

- Im Rahmen der Digitalisierung der Arbeitswelt und dem Wandel der Gesundheitsprobleme am Arbeitsplatz könnte die Arbeitsmedizin in das Dilemma geraten, für die wichtige Frage der Teilhabesicherung am Arbeitsleben nicht zugerüstet zu sein:
 - Psychosoziale Kompetenz
 - Setting
 - Ressourcen
 - Interdisziplinarität
 - Rehaorientierung
- Man kann dies auch als Herausforderung für ihre Weiterentwicklung werten.