

Heidelberger Thesen*¹ - Eine konstruktive Kritik der betrieblichen Arbeitsmedizin

von Hans Martin Hasselhorn, Fachgebiet Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal
Version vom 2. März 2021

Zum Verständnis: Im Beitrag werden gleichgesetzt: „Betriebliche Arbeitsmedizin“ = „Betriebsmedizin“ = „betriebsärztliche Tätigkeit“. Fortan wird der Begriff „Betriebsmedizin“ verwendet.

1. Was ist die (Kern-)Aufgabe der Betriebsmedizin in Deutschland?

These 1

- Die Kernaufgabe der Betriebsmedizin ist der Schutz der Erwerbstätigen vor gesundheitlichen Risiken bei der Arbeit. Dies schließt ein die Wiedereingliederung. Es ist aber nicht Aufgabe der Betriebsmedizin, die Beschäftigungsfähigkeit oder Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu sichern.

2. Historische Entwicklung des Arbeitsschutzes in Deutschland

These 2

- Die rechtliche und strukturelle Etablierung des Arbeitsschutzes in Deutschland spiegelt die Bedarfe und Rahmenbedingungen der 1960er Jahre wider. Die heutigen Bedingungen sind andere und erfordern teilweise andere Regulierungen.

3. Wandel der Arbeit und der Rahmenbedingungen

These 3

- Die Veränderung des Belastungsspektrums der Arbeit und der Beschäftigten erfordert eine breite fachliche Arbeitsschutz-Expertise, die auch psychosoziale Belastungen und Beanspruchungen gut abdeckt.

4. Haben wir einen Mangel an Betriebsärzten/innen (BÄ)?

These 4

- Eine flächendeckende betriebsärztliche Betreuung aller Betriebe besteht in Deutschland nicht. Solange eine ausreichende betriebliche Nachfrage nach betriebsärztlicher Expertise vorliegt, verspürt die Betriebsmedizin hierzulande keinen Anreiz, die flächendeckende Betreuung herzustellen. Nun ist es auch nicht ihre Aufgabe, diese herzustellen, es wäre aber ihre Aufgabe, an Konzepten zur Ermöglichung einer flächendeckenden Betreuung mitzuwirken.

5. Wer ist der beste BGM-Manager im Betrieb?

These 5

- Um Qualität und Quantität der betriebsärztlichen Betreuung von Betrieben und Beschäftigten auf hohem Niveau bereitstellen zu können, sollte das Management des BGM durch andere professionelle Gruppen erfolgen.

6. Wann ist betriebsmedizinische Betreuung „gut“?

Thesen 6a-d

- a. Die Unternehmen in Deutschland, die BÄ beauftragen, tun dies vor allem, um arbeitsschutzrechtliche Vorgaben zu erfüllen.
- b. Für viele von ihnen ist ein „guter Betriebsarzt“ der, der die gesetzlichen Auflagen erfüllt und ansonsten keinen Staub aufwirbelt.
- c. Die betriebsärztliche Betreuung ist gesetzlich festgeschrieben, dadurch hat sie sich über Jahrzehnte keinem fachlichen Qualitätswettbewerb stellen müssen.
- d. Heute hat die Betriebsmedizin Angst davor, ihre Tätigkeiten und Rollen zu hinterfragen, da sie nie hierzu gezwungen war.

7. Welche verschiedenen Rollen kann der BA / die BÄ im betrieblichen Arbeitsschutz einnehmen?

These 7

- Im Bereich betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz gibt es viele Aufgaben und viele Rollen. Hierfür bieten sich viele Professionen an. Der Betriebsarzt ist eine von ihnen. Es gibt einen Kernbereich von Aufgaben, die nur er abdecken kann.

¹ Die Thesen wurden erstmals 2019 in Heidelberg zur Diskussion gestellt.

8. Blick aufs Ausland

These 8

- Die Praxis der Betriebsmedizin im Ausland bietet Anregungen für die Gestaltung einer zeitgemäßen betriebsärztlichen Versorgung.


9. Realisierungschancen?

Thesen 9a-c

- a) Es ist an der Zeit, dass der medizinische Arbeitsschutz in der Praxis neu gestaltet wird.
- b) Die Betriebsmedizin erfindet sich nicht alleine neu. Verschiedene Stakeholder müssten beteiligt sein, die Politik müsste Erwartungen und Rahmenbedingungen klarstellen.
- c) Es ist nicht abzusehen, dass die Betriebsmedizin gezwungen würde, sich zu hinterfragen und dies sogar auch täte, weil keine Stakeholder in Deutschland ein Interesse hieran haben.

** Ende der Thesen **


10. Bilanz betriebsärztlicher Tätigkeit in Deutschland

BILANZ BETRIEBSÄRZTLICHER TÄTIGKEIT IN DEUTSCHLAND 

betriebsärztliche Tätigkeit

Schwächen	exklusive Stärken
<ul style="list-style-type: none">• unklarer Auftrag, Auftragserweiterungen, Tätigkeitsgrenzen weichen auf• Überforderung für Einzelperson• kaum medizinische Tätigkeiten• kaum nicht-delegierbare Tätigkeiten• Missbrauch des BA<ul style="list-style-type: none">– als Gehilfe zur Erfüllung rechtlicher Vorgaben im Betrieb– für Arbeitsschutzschulung betrieblich Verantwortlicher– für allgemeinen Gesundheitsschutz• kein wirklicher Qualitätswettbewerb und -druck• BA oft alleingelassen• Risiko für Profilverlust, Selbstbild↓	<ul style="list-style-type: none">• somatische arbeitsmedizinische Kompetenz• ärztliche Autorität

11. Wie würde man heute die betriebsärztl. Versorgung in D. gestalten, wenn es noch keine gäbe?

(M)EIN PRÄFERENZMODELL EINER AUSGESTALTUNG DER BETRIEBSMEDIZINISCHEN VERSORGUNG 

- Keine Einzelkämpfer*innen mehr!
- Flächendeckende interdisziplinäre Occupational Health Units (→ Finnland) mit expliziter Kernaufgabe „Arbeitsschutz“, aber auch BGM und BGF, Leitung *kann, muss aber nicht* in ärztlichen Händen liegen.
- Fokussierung der Tätigkeit der Betriebsärzt*innen auf die klinischen Fälle
- Stärkung der Themen „Stay at Work“ und „Wiedereingliederung“
- Schaffung einer Profession der OH Nurse als Experte/in in den Betrieben
- Formalisierte Vernetzung regionaler Stakeholder
- Strukturierte Qualitätssicherung
- Konsequente Überwachung der Betriebe