

In: Dressel, W., Heinz, W. R., Peters, G., Schobert, K.(Hg.):
Lebenslauf, Arbeitsmarkt und Sozialpolitik, Beiträge zur
Arbeitsmarkt-, und Berufsforschung, Nürnberg 1990, S.
1561-173

Zur Medikalisierung sozialpolitischer Konflikte

Gutachtermedizin zwischen Sozialstaat und Individuum

Johann Behrens, Dietrich Milles, Rainer Müller

„Alles, was wir sagen, ist bereits Anpassung an ein juristisches Bedürfnis und ein Überschreiten der wissenschaftlichen Grenzen im Dienste einer von uns amtlich oder bürgerlich anerkannten Forderung, zur praktischen Lösung unabweisbarer Aufgaben beizutragen.“ (Viktor von Weizsäcker 1929)

1. Fragen an Gutachter und Gutachten, Experten und Regelungen

Kaum hat man sich versehen, so ist man begutachtet. Als Foetus und Baby, vor dem ersten Schultag, in der Lehre, besonders vor dem Militär und als Bräutigam, bei der Stellensuche, vorm Arbeitsplatzwechsel, bei Arbeitsunfähigkeit, als Invaliden und auch als Leiche – das Netz der Begutachtung im Lebensverlauf hat kaum Lücken. Die Chancen, medizinisch begutachtet zu werden, sind recht gut. Denn diese Gesellschaft verlangt bei Entscheidungen über Rechtstitel in der Regel und besonders im Zweifelsfall ein expertliches Urteil. Würde man eine vollständige Liste der Begutachtungsvorgänge aufstellen, so würde sich zeigen, daß die häufigsten Fragen an die Medizin gerichtet werden. Insbesondere an den Übergängen von einem sozialen Status in einen anderen (Gesunder-Kranker, Arbeitsloser-Arbeitnehmer, Erwerbstätiger-Früherrentner etc.) werden medizinische Urteile angefordert.

Es gehört zu den Differenzierungsprozessen der modernen Gesellschaften, daß überhaupt an diesen Passagen von einem Lebens-Status in den anderen entschieden werden muß und nicht alles schon durch hohe oder niedrige Geburt festliegt. Warum aber werden solche Entscheidungen ausgerechnet durch ärztliche und z. T. durch psychologische Gutachten unterstützt, legitimiert und reguliert? Warum wachen Ärzte also als „gate-keeper“, als Türhüter, an Status-Passagen? Das ist die erste Frage, die wir im historischen Rückblick in diesem Aufsatz beantworten wollen.

Status-Passagen machen Bevölkerungsgruppen flexibel. Sie sind Drehscheiben, an denen einzelne und Gruppen eingeordnet und auf verschiedene Schienen gesetzt werden. Vier Entwicklungen fließen zusammen:

- 1) arbeitsteilige Produktionsverhältnisse (Spezialisierungen)

2) ökonomische und soziale Bewertungen spezialisierter Tätigkeiten und dafür qualifizierender Personenmerkmale – (interindividuelle Differenzen, Rangordnungen)

3) Dynamisierung von Rangordnungen im Sinne des sozialen Auf- und Abstiegs (vertikale Mobilität)

4) Prüfungsabhängigkeit der Berufswahl- und Karrierechancen (Begründungs-, Bildungs- und Leistungsprinzip)¹⁾

In diesem Kontext entfaltet sich ein gesellschaftliches Bedürfnis, durch unabhängige Gutachten zu gerechten Entscheidungen zu kommen. In dem Wechselspiel zwischen Verpflichtung des einzelnen durch die Gesellschaft und Ansprüchen des einzelnen an die Gesellschaft schienen unabhängige Positionen, die jeweils nur dem fortgeschrittenen und gesicherten Wissensstand verpflichtet sind, einer behördlichen Willkür ebenso entgegenzustehen wie individueller Asozialität. Durch expertliches Urteil getragene Entscheidungen sollten Vertrauen schaffen und einklagbare Regelungen ermöglichen. Seit etwa Mitte des 19. Jahrhunderts begründen z. B. auch Arbeitgeber oder gesellschaftliche Institutionen, in die eine Person Aufnahme begehrt, ihre Aufnahme- und Ablehnungsentscheidungen in wachsendem Maße nicht mehr mit ihrer eigenen Meinung, sondern mit fremden Gutachten. Die zunächst infrage kommenden Experten, die Juristen, waren allerdings zu eng in dem Entscheidungsvorgang selbst verstrickt, so daß nach anderen, mehr sachlich ausgewiesenen Experten Ausschau gehalten wurde.

Warum bieten sich als solche Gutachter ausgerechnet Ärzte an, die doch als Therapeuten in Übereinstimmung mit Professionsstandards vor allem dem Patienten verpflichtet sein wollen und nun die zweiseitige Beziehung Arzt-Patient um das Verhältnis Gutachten-Auftraggeber oder Gutachten-Adressaten erweitern und zur Dreiecks-Beziehung machen? Vor allem mit der gelungenen Professionalisierung der Ärzte im Zusammenhang der Ausgestaltung der Sozialversicherungen gegen Ende des 19. Jahrhunderts wird das ärztliche Urteil in den wichtigen Entscheidungen über Gesundheit/Krankheit maßgebend.

Begutachtung findet in typischen Standardsituationen statt. In dieser agieren mit verschiedenen Interessen:

- a) Proband, Klient, Bewerber, Patient, Arbeitnehmer
- b) Gutachter, Experte

¹⁾ vgl. Hans A. Hartmann: Zur Ethik gutachterlichen Handelns. - In: H. A. Hartmann/R. Haubl (Hg.): Psychologische Begutachtung. Problembereiche und Praxisfelder. - München, Wien, Baltimore 1984, S.4

- c) Auftraggeber oder Adressat, der auf Grund eines Gutachtens entscheidet (typischerweise nicht mit a identisch)
- d) Öffentlichkeit, Gesellschaft, Staat, Institution, die Rahmen und Verfahren der Begutachtung regeln.

Vor allem die Interessen des Entscheidungsträgers, der das Gutachten verlangt, verändern die Situation der Begutachtung gegenüber derjenigen einer Behandlung. Diese Unterscheidung hat weitreichende Konsequenzen für das Verhalten der anderen Beteiligten: Gutachter, bzw. Experte sind lediglich „Gehilfen“ von Entscheidungsträgern; sie haben fachspezifische Würdigungen vorzunehmen

- pflichtgemäß (d.h. fremdbestimmt, im Einklang mit berufsfremden und konträren Einstellungen, Normen und Verfahrensvorschriften)
- nach bestem Wissen und Gewissen (d.h. Sachverstand im engsten Sinne)
- ohne Ansehen der Person und Sache (d.h. unter Vernachlässigung möglicherweise wesentlicher Kontextbedingungen).

Beim Probanden sind sehr unterschiedliche Grade der Freiwilligkeit festzustellen:

- der freiwillige Proband (eventuell unterschiedlicher Motivations- und Erwartungsdruck)
- der halbfreiwillige Proband (erhofft sich Chancen, ohne die Situation zu überblicken)
- der halb gezwungene Proband (widerstrebend, Abwehr unangenehmer Konsequenzen)
- Zwangsproband (vgl. Hartmann 1984, S. 11).

Ironische Ärzte charakterisieren die Unterschiede zwischen Behandlungs- und Begutachtungssituation in ihrer Umgangssprache manchmal dahingehend, daß sie vom „Samaritertyp“ des behandelnden und vom „Jägertyp“ des begutachtenden Arztes sprechen. In der wissenschaftlichen (medizinischen) Literatur hingegen gibt es interessanterweise zu diesem sowohl qualitativ wie quantitativ wichtigen Feld der Begutachtungsmedizin keine nennenswerten Forschungen, obwohl zu einzelnen Begutachtungsfragen viel veröffentlicht wurde. Spezifische, auf Körperorgane und die physiologische Funktionen orientierte bzw. juristische Fragestellungen dominieren. Das Handeln des Begutachters hingegen wird ebenso wenig soziologisch und psychologisch bewertet wie die „Beziehung zwischen sachverständigem Urteil des medizinischen Gutachters, Verwaltung und Richter“²⁾.

2) Manfred Pflanz: Editorial.- In: Medizin-Mensch-Gesellschaft 2/1977, S. 63

Wenig beachtet wird auch die „soziale Funktion von Gutachten, die nicht nur einen gerechten Ausgleich zwischen Individuum und Gemeinschaft finden muß, sondern auch dem schwachen und machtlosen Menschen, der begutachtet wird, eine Hilfe in einer schwierigen und ungewissen Situation geben soll“.

Man begutachtet, aber man redet nicht darüber. Es gibt kaum Ansätze tiefergehender Selbstreflexion; gerade dieser Zeit und Finanzen beträchtlich bindende Teil ärztlichen Handelns, der es mit gesellschaftlichen Normierungen, Wertsetzungen und Entscheidungen über menschliche Schicksale zu tun hat, bleibt ein ‚heißes Eisen‘, über das wenig publiziert wird.

Die Nachfrage nach Begutachtung hat sich mit der Hoffnung auf Verrechtlichung und Expertisierung, also auf behördliche Gleichbehandlung auf der Basis des fortgeschrittenen und gesicherten Wissens, entwickelt. Die Verrechtlichung, die größere Sicherheit der Bürger untereinander und gegenüber der Gesellschaft durch immer weiter ausdifferenzierte Regelungen erreichen soll, dominiert die sozialpolitische Entwicklung seit Ende des 19. Jahrhunderts. Die Expertisierung, der lauter werdende Ruf nach entscheidungsrelevanter Stellungnahme der Fachleute, sollte eine bessere Grundlage behördlicher und privatwirtschaftlicher Problembehandlung durch klare Zuständigkeiten und Qualifikationsanforderungen erreichen. Sie füllt seit der Mitte des 19. Jahrhunderts die formalen Verfahren der Verrechtlichung inhaltlich auf. Begutachtung braucht Experten, ob es diese schon gibt oder nicht. „Für zahlreiche Typen individueller wie institutioneller Zuschreibungs- und Entscheidungsprobleme wird Angehörigen bestimmter Berufe (...), die für sich spezifische normierende, diagnostische und prognostische Methoden, Fähigkeiten und Fertigkeiten reklamieren, ein mit besonderer Problemlöse- oder auch Entscheidungskompetenz ausgestatteter Expertenstatus zuerkannt.“³⁾

In der folgenden Skizze wollen wir zunächst historisch hinterfragen, wie die Reputation der Naturwissenschaften Ärzte in diese Expertenrolle brachte (Teil 2) und wie sich (Teil 4) – am Beispiel der Betriebsärzte – untersuchen läßt, ob deren institutionelle, professionelle und wissensmäßige Ausstattung für ihre Rolle ausreicht.

2. Vom „klinischen“ zum „gutachterlichen“ Blick – zur wechselseitigen Anpassung von Medizin und Sozialversicherung

Spätestens seit Michel Foucault stößt die „Archäologie des ärztlichen Blicks“ auf die „Geburt der Klinik“⁴⁾.

3) Hans A. Hartmann: Zur Ethik gutachterlichen Handelns. In: H. A. Hartmann/R. Haubl (Hg.): Psychologische Begutachtung. Problembereiche und Praxisfelder. München, Wien, Baltimore 1984, S.9

4) Vgl. M. Foucault: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München 1973

In der Gesamtstruktur erscheint Foucault die Klinik „als eine für die Erfahrung des Arztes neue Profilierung des Wahrnehmbaren und des Aussagbaren: als Neuverteilung der diskreten Elemente des körperlichen Raumes (z.B. Isolierung des *Gewebes* als zweidimensionaler funktioneller Ebene, die sich von der funktionierenden Masse des Organs abhebt und das Paradox einer ‚Inneren Oberfläche‘ schafft); als Reorganisation der Elemente, die das pathologische Phänomen konstituiert (die Botanik der Symptome wird von einer Grammatik der Zeichen ersetzt); als Definition der linearen Reihen der Krankheitsereignisse (im Gegensatz zur Verzweigung der nosologischen Arten); als Einfügung der Krankheit in den Organismus (Verschwinden der allgemeinen Krankheitswesenheiten, die die Symptome zu einer logischen Figur vereinigen, zugunsten einer Lokalisierung, die die Krankheit mit ihren Ursachen und Wirkungen in einem dreidimensionalen Raum ansiedelt). Das Erscheinen der Klinik ist als historisches Faktum mit dem System dieser Reorganisation identisch.“⁵⁾

Vor allem aber beschreibt Foucault, wie sich medizinische Erkenntnis mit den Möglichkeiten des medizinischen Diskurses ausdifferenziert, wobei der Übergang von den Armen-, Irren- und Siechenhäusern (Hospitäler) zu den Kliniken (Krankenhäuser) einhergeht mit der „Vergesellschaftung“ der Medizin. Diese historisch so wichtige Wandlung hatte die mächtigen Entwicklungen der Industrialisierung, der Vermassung und Zusammenballung, der revolutionären Drohungen seit 1789 und der Ausbildung der Nationalstaaten im Hintergrund und zum Bezugspunkt.⁶⁾

Unmittelbar war dieser Hintergrund und Bezugspunkt spürbar in der Armenfrage, die in neuer Qualität vortrat und die Charakter und Aufgabenstellung der überkommenen Spitäler änderten. Mittelbar aber waren auch demographische, soziale und ideologische Problemlagen in der zeitgenössischen Diskussion, die sich verdichtete und erstmals in der Geschichte Gesellschaften durch normierende und normalisierende Argumentationen zu begreifen suchte:

„Die Medizin darf nicht mehr bloß die Gesamtheit der therapeutischen Techniken und des dazu erforderlichen Wissens sein; sie wird auch eine Erkenntnis des *gesunden Menschen* einschließen, d. h. sowohl eine Erfahrung des *nicht-kranken Menschen* wie eine Definition des *Modellmenschen*. In der Lebensführung der Menschen beansprucht sie eine normative Rolle, die sie nicht bloß zur Erteilung von Ratschlägen für ein vernünftiges Leben befugt, sondern sie zur Lehrmeisterin für die physischen und moralischen Beziehungen

5) Ebenda, S.16

6) Schon früh sah man im Krankenhaus „ein Nebenprodukt der Industrialisierung der führenden Staaten“; Becher 1905, S. 1023; zit. Gerd Göckenjan: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt.- Frankfurt/M. 1985, S. 215

zwischen dem Individuum und seiner Gesellschaft macht. Sie situiert sich in der für den modernen Menschen maßgeblichen Randzone, in welcher ein bestimmtes organisches, leises, leidenschaftsloses und muskulöses Glück ganz eng mit der Ordnung einer Nation, mit der Stärke ihrer Armeen, mit der Fruchtbarkeit eines Volkes und mit dem langsamen Gang seiner Arbeit verbunden ist. Lanthenas, dieser Träumer, hat eine Definition der Medizin gegeben, die kurz ist, aber schwer von einer ganzen Geschichte: Endlich wird die Medizin das sein, was sie sein soll: die Erkenntnis des natürlichen und gesellschaftlichen Menschen.“⁷⁾

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts beginnt auch die Medizin, sich an den Forderungen gesellschaftlicher Normalisierung zu orientieren und der Gesundheitsbegriff erhält eine entsprechende Funktion.⁸⁾

Die Klinik vereint ganz verschiedene, zur gleichen Zeit gefragte Aspekte: sie isolierte ansteckende Krankheiten, hielt an der Ausgrenzung siecher Menschen fest, stellte die Kranken als Objekte medizinischer Beobachtung und Versuche zur Verfügung, demonstrierte gesellschaftliches Handeln gegenüber industrieller und/oder zivilisatorischer Pathogenität, nahm demokratische Tendenzen auf und ermöglichte schichtenspezifische Behandlung, erlaubte staatlich gesteuerte Disziplinierung und Fürsorge in großem Stil usw. Vor allem förderte die Klinik ärztliche Professionalisierung. Sie tat dies besonders dadurch, daß sie die Lehre von den Krankheiten konzentrierte. Sie schaffte „die Struktur, die zwischen einer bestimmten Erfahrungsform und einer bestimmten Unterrichtsform eine Einheit“⁹⁾ herstellte. In diesem Sinne spricht Foucault von der Klinik als von einem „nosologischen Theater“, in dem auch eine Schulung der Profession im Sinne der gesellschaftlichen Normalisierung erfolgt: „Die Klinik ist kein Instrument zur Entdeckung einer noch unbekannten Wahrheit, sondern eine bestimmte Methode der systematischen Präsentation und Anordnung der schon erkannten Wahrheit.“¹⁰⁾

Diese Präsentation und Legitimation des „klinischen“ Blicks verdichtete sich in der Beschreibung von ‚Fällen‘. Der „klinische“ Blick schuf die systematische Grundlage für die Ausprägung eines „gutachterlichen“ Blicks.

Die medizinische Begutachtung hat sich über die Jahrzehnte beispielhaft an dem Versicherungsfall entwickelt. Für die inhaltliche und formale Ausführung der medizinischen Begutachtung generell war der Umgang mit dem Versicherungsfall innerhalb der Unfallversicherung seit 1885 entscheidend. Im

7) M. Foucault a. a.O., S.52

8) vgl. Alfons Labisch: Die Wiederaneignung der Gesundheit. Zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs.- In: Argument AS 113, 1984, S. 13-22

9) M. Foucault a. a.O., S. 67

10) M. Foucault a. a.O., S.75

Urteil darüber, ob Versicherungsleistungen angemessen und Krankschreibungen berechtigt in Anspruch genommen werden, also im gutachterlichen Dispens von der Erwerbsnotwendigkeit, kultiviert die Ärzteschaft Verhaltens- und Sichtweisen, auf die der Arzt als Therapeut nicht angewiesen war und auch nicht ist. Diese Verhaltens- und Sichtweisen sind der Entwicklung der Medizin keineswegs äußerlich.

Während der Arzt als Therapeut durchaus ganzheitlich in Betracht ziehen mag, in welcher Lebenssituation und sozialen Lage sich ein Erkrankter befindet, und die Konsequenzen seiner ärztlichen Maßnahmen und Entscheidungen für den betroffenen Patienten und seine Umgebung zu berücksichtigen hat, muß er als Gutachter davon gerade absehen. Die Anstrengung, die die Abwehr solcher Gesichtspunkte als „außerwesentlich“ für den begutachteten Arzt seit der Frühzeit der Unfallversicherung bedeutet hat, wird an Gumprechts Darstellung der „psychischen Eigenschaften der Unfallverletzten“ von 1913 deutlich.

„Die psychischen Eigenschaften der Unfallverletzten erschweren die ärztliche Tätigkeit innerhalb der Unfallversicherung bedeutend. Der Verletzte kämpft, noch mehr als bei der Krankenversicherung schon geschildert wurde, um seine Rente. Meist glaubt er (irrtümlich), daß er zur Unfallversicherung ebenso wie zur Krankenversicherung beisteuert, und begründet seinen Anspruch damit. Er kann auch nicht seine subjektive Bedürftigkeit, die ja in den meisten Fällen vorliegt, von seinem objektiven Rentenanspruch trennen und begründet letzteren oft mit ganz außerwesentlichen Momenten, wie Krankheit der Frau, große Zahl der Kinder, teuren Zeiten. Die Beschränkung der Versicherung auf die Betriebsunfälle ist ihm unfasslich“¹¹⁾.

Der Gutachter hatte demnach in zweierlei Weise Ansprüche abzuwehren:

- a) Der Umfang der Problemlagen mußte auf den versicherungsrechtlich vordefinierten Teil reduziert werden,
- b) die sozialen Ansprüche mußten von der leistungserbringenden Institution her bewertet werden.

Wie sollte (und soll) der Arzt – und mit ihm die Gesellschaft der Versicherten – in einer solchen Entscheidungssituation verfahren? Er reduzierte Problemwahrnehmung und -definition durch eine ‚gesicherte‘ naturwissenschaftliche Medizin, vor allem durch die Anwendung naturwissenschaftlich-biologischer Methoden für sozialpolitische Aufgabenstellungen. Freilich mußten dazu die naturwissenschaftlich-biologischen Methoden um nichtbiologische Konstrukte wie „Normalleistungsfähigkeit“ ergänzt werden.

11) F. Gumprecht/G. Zarrius/O. Riegler: Lehrbuch der Arbeiter-Versicherungsmedizin.- Leipzig 1913, S.34

Die Medizin schien ein Handlungssystem zu sein, das per se eine Vermittlung zwischen den Interessen der Gesellschaft und der Bürger anstrebte. Das System enthielt humanwissenschaftliche Anteile, die der Gesundheit des einzelnen verpflichtet und der Wohlfahrt der Gemeinschaft förderlich, zugleich aber naturwissenschaftliche Anteile, die nicht von politisch wechselbaren Kriterien abzuhängen schienen. In der gesellschaftlichen Wirklichkeit wurde aus dieser Sicht leicht ein Auftrag an die Medizin, die Ansprüche des einzelnen an die Gesellschaft naturwissenschaftlich-restriktiv zu prüfen und die Ansprüche der Gesellschaft an den einzelnen zu legitimieren.

Das restriktive Strickmuster, in das die begutachtenden Ärzte gerieten, weil sie mit Chancen und Überforderungen zugleich fertig werden wollten, formulierte das Reichsversicherungsamt 1906 folgendermaßen:

„Es ist die im dringenden Interesse der Arbeiterschaft selbst wie des Volksganzen liegende Aufgabe der Rechtsprechung, alle verfügbaren Mittel anzuwenden, um ungerechtfertigten Einflüssen der Begehrlichkeit auf die Rentenbewilligung nach Möglichkeit entgegenzutreten. Die Vernachlässigung dieser Pflicht würde mit Notwendigkeit zur Erschlaffung der Arbeitsfreudigkeit und des sittlichen Verantwortlichkeitsgefühls in den Kreisen der nicht mehr voll erwerbsfähigen Versicherten und damit gleichzeitig zu einer Schädigung der Volkskraft führen“¹²⁾.

Die Ärzte wurden als diejenigen angesehen, die als erste mit den Erscheinungen „Begehrlichkeit“ konfrontiert würden und die auch Ansprüche an „normale“ Arbeitsfähigkeit konkretisieren könnten. In den Gutachten ist ein strukturelles Muster auszumachen, in dem solche Normalitätsunterstellungen gegen die Betroffenen entwickelt werden.

Die sozial- und gesundheitspolitischen Anforderungen an ärztliche Gutachten beziehen sich immer schon auf „bestimmbare“, „sichere“ Zusammenhänge von Risikolagen, zweifelsfreie Wahrnehmung und Beurteilung durch Experten, einklagbare Regulierungen. Der Wissenschaft kommt hierbei die zentrale Rolle zu. Die tragende Rolle erfüllt die (medizinische) Wissenschaft, indem sie sich „von einer ganzheitlichen Erkenntnis an und für sich zu einer partikulären, jedoch präziseren, zweckhaften, d. h. handlungsbezogenen Erkenntnis“ fortbewegt und somit den „undankbaren Wandel im Welt- und Selbstverständnis des Menschen begleitet“¹³⁾, der mit der Aufklärung beginnt und mit dem Siegeszug der Technik einherging. Dieser Wandel und die

12) Amtliche Nachrichten Bd. 23, 1907, S. 466 f (Revisionsentscheidung vom 17. 12. 1906, Nr. 1312); vgl. zur historischen Einordnung der sog. Rentenhysterie: Esther Fischer-Homberger: Die traumatische Neurose.- Bern, Stuttgart, Wien 1975

13) Franz-Xaver Kaufmann: Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem. Untersuchungen zu einer Wertidee hochdifferenzierter Gesellschaften.- Stuttgart 1970, S. 94

damit verbundene Rolle der Wissenschaft trafen historisch auf die Ausdifferenzierung der Sozialpolitik zu objektiv beschriebenen und gesetzlich festgelegten Rechtsansprüchen und sie trugen ihren Teil dazu bei, das Sozialversicherungssystem als verfestigte und generalisierende Erwartungsstruktur zu institutionalisieren.

Die Geschichte zeigt, daß das Sozialversicherungssystem eine enorme Fähigkeit zur Absorption sozialer Konflikte entwickelte. Die Sozialversicherung und darin die Gutachtermedizin entwickelten sich als wirksames Instrument zur Integration der Arbeiterbewegung und zur gesellschaftlichen Inklusion.¹⁴⁾

Die Entwicklung des von den Folgen für den „Patienten“ absehenden, prüfenden „gutachterlichen“ Blicks vollzog sich sehr allmählich und gegen vor dem unbezweifelte Selbstverständlichkeiten: Bezeichnenderweise erschien anfangs die ärztliche Rolle als Prüfungsinstanz im Rahmen der Krankerversicherung noch problematisch, weil die Krankenversicherung den ärztlichen Heilauftrag gewährleisten sollte, also ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient unterstellte. Der Ansprüche prüfende ärztliche Blick entwickelte sich in der Unfallversicherung.

Im Zusammenhang der Unfallversicherungen wurde die allgemeine Praxis gutachterlicher Verfahren und Entscheidungen festgeschrieben.

Normalitätsunterstellungen und Normalisierung

Gerade die Gutachtermedizin in Berufskrankheitenverfahren wurde von der Jahrhundertwende an geprägt und entwickelt von sozial engagierten Ärzten wie Louis Lewin (der bekannte und vom Reichsversicherungsamt für Obergutachten bemühte Berliner Toxikologe) oder Ludwig Teleky (der wohl bedeutendste Landesgewerbearzt in der Weimarer Republik). Sie hatten die Vorstellung, medizinisches Wissen zu sammeln und abzuklären und zugleich für die betroffenen Arbeitnehmer sowie für präventive Maßnahmen nutzbar zu machen.

Erkannt wurde relativ früh, daß die Sozialversicherungsgesetze „auf bestimmten Fiktionen“ beruhten, deren wichtigste die vom „gesunden Arbeiter“ ist:

„Das Gesetz geht nämlich davon aus, daß der versicherte Arbeiter ansich gesund sei, daß aus irgendwelchen Gründen, die mit seiner Beschäftigung gar

14) vgl. Florian Tennstedt: Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914.- Köln 1983; Tim Guldemann u. a. (Hg.): Sozialpolitik als soziale Kontrolle.- Frankfurt/M. 1978

nichts zu tun haben, eines Tages ein Krankheitsfall eintrete, der ihn zum Erwerbe unfähig macht, und daß dieser vorübergehende Zustand durch ärztliches Eingreifen mit den notwendigen Heilmitteln und sonstigen therapeutischen Behelfen beseitigt werden kann, so daß der Arbeiter nach Ablauf der Krankheit wieder gesund und erwerbsfähig sei wie zuvor.“

Aus dieser Fiktion folgten andere, z. B. diejenigen, „daß ein Arzt die durch einen Krankheitsfall verursachte Erwerbsunfähigkeit mit Sicherheit feststellen könne“¹⁵⁾.

Mit Industrialisierung und Arbeitsgesellschaft verbunden war seit dem Ende des 18. Jahrhunderts ein enger Zusammenhang von Berufsarbeit und Erkrankungen. Das Risiko dieser industriellen Pathogenität wurde 1884 mit dem Unfallversicherungsgesetz definiert und kanalisiert. Ärzte regeln seitdem den Zugang zu den Leistungen der Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften). Früh wurden mit der Einrichtung des Sozialversicherungssystems, die bis heute gültige Verfahren entwickelt, die eine Prüfung anatomisch-physiologischer Schädigungen auf dem Hintergrund von Normalitätsunterstellungen beinhalten. Die Begründungen seinerzeit, wonach auf diese Weise das arbeitsmedizinische Wissen vermehrt und zugleich als Hebel für gewerbehygienische Maßnahmen benutzt werden könnte, haben ein Wechselspiel von Anforderungen und Überforderungen etabliert.

Von Beginn der Begutachtung in Unfallversicherungssachen an wurden einzelne Fälle (etwa Bruchleiden oder Vergiftungen, von traumatischen Neurosen ganz zu schweigen) in Verfahren bis (später) hinauf zum Senat für Berufskrankheiten beim Reichsversicherungsamt verhandelt. Dies bot die Gelegenheit, den Forschungsstand und kontroverse Sichtweisen auszuhandeln. Im Ergebnis wurde das „gesicherte“ arbeitsmedizinische Wissen fest- und fortgeschrieben. Dabei bezogen sich alle Parteien – und zwar diejenigen, die Betroffene an den Möglichkeiten von Medizin und Sozialleistungen partizipieren lassen wollten, ebenso wie diejenigen, die eine Arbeitsverweigerungsvermutung unterstellten und Simulanten ausfindig machen wollten – auf natürliche, biologische Konstanten: Auf Konstitution und Lebensphase (Alter) des Arbeitnehmers.

In der medizinischen Begutachtung wird die Leistungsfähigkeit wesentlich als Belastbarkeit begriffen und mit einem hohen Ermessensspielraum von einer unterstellten „Normalleistung“ aus geprüft. Die Normalitätsunterstellungen beziehen sich zu einem großen Teil auf unbelegte Annahmen über die Arbeitswelt und der mit ihr verbundenen Beanspruchungen bzw. Belastungen. Die empirischen Grundlagen für prognostische Aussagen (z.B.: es sind leichte „Frauenarbeiten“ zumutbar) sind mehr als dürftig¹⁶⁾, weil sich die

15) Mathias Sternberg: Berufskrankheiten.- In: Volksgesundheit 12/1927, S. 1

Vorstellungen sowohl über die Arbeitswelt wie über das menschliche Arbeitsvermögen von den realen Verhältnissen und Entwicklungen entfernen. Diese Problematik wird neuerdings vor allem durch die Frauenforschung aufgeworfen, die nachweist, wie verwurzelt die Vorstellung von der „Frau als defizitärem Mann“ ist. Die Frage, warum dessen ungeachtet auf so dürftiger Basis weiterhin entschieden wird, verweist auf die historisch gewachsene Legitimierung ärztlicher Argumentationsmuster.

Die von der Medizin beanspruchte Kompetenz akzeptierte auch die herangetragene Aufgabe, soziale Konstruktionen wie die Leistungsfähigkeit auf Grund der naturwissenschaftlichen Untersuchung von Organfunktionen zu beurteilen. Dies mußte eine strukturelle Überforderung der Gutachter mit sich bringen.

Die Sozialversicherung etablierte ein „Modell der sozialen Korrekturen“ (Wolfgang Däubler), in dem die schicksalhaften Ungerechtigkeiten industriegesellschaftlicher Entwicklung im Einzelfall ausgeglichen werden. In der institutionellen Bearbeitung löste sich expertliches Wissen aus dem Zusammenhang sozialer Probleme: medizinische Kompetenz war nicht mehr an den Nachweis der Wirksamkeit (an das Heilungsversprechen) gebunden, und ärztliches Handeln mußte sich nicht mehr auf ein konkretes Lebensschicksal beziehen¹⁷).

In diesem Rahmen wird arbeitsmedizinische Gutachtertätigkeit seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts von Post- und Bahnärzten, seit Beginn dieses Jahrhunderts von staatlichen Gewerbeärzten und seit Mitte dieses Jahrhunderts von Arbeitsamtsärzten qua Amt, von niedergelassenen Ärzten und von Fabrikärzten in unmittelbarer Anstellung ausgeübt. In einer längeren historischen Auseinandersetzung konnte die ärztliche Profession durchsetzen, daß eine konkurrierende Begutachtung anstelle „beamteter“ Kompetenz in gutachterlichen Streitigkeiten walten sollte. Die ärztliche Profession wollte auch den Zugang zur Existenzsicherung offen halten und den Zugang für Kontrollinstanzen verschließen.

Es wird immer wieder hervorgehoben, daß der Arzt in allen Fällen, in denen es um die Verteilung gesellschaftlicher Lasten geht, nur zu begutachten und nicht zu entscheiden hat. Eine frühere Arbeit zeigte jedoch, daß selbst innerhalb der Sozialgerichtsbarkeit das Gutachten des Arztes ausschlaggebend ist, „da der Richter kaum eine eigene Urteilsbasis in den meist komplizierten Sachfragen besitzt“. Lediglich bei zwei konkurrierenden ärztlichen Gutach-

16) Gine Elsner: Prognostische Gutachten für die Sozialgerichte. Die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit. - In: Zeitschrift für Sozialreform 3/1986, S. 149-164.

17) J. Lachmund: Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen. In: Zeitschrift für Soziologie, Heft 5, 1987, S. 353-366

ten besteht ein Entscheidungsspielraum, der meist zu Gunsten des angesehenen, von einer Institution (z.B. einer gewerblichen Berufsgenossenschaft) bestellten Arztes ausgefüllt wird¹⁸⁾.

3. Eine frühe medizinsoziologische Bewertung

Im November 1976 führte eine sozialmedizinische Tagung in Hannover zu einer kritischen Bestandsaufnahme der Funktion medizinischer Gutachten. Manfred Pflanz hat die Tagung zusammengefaßt. Auch heute noch kann sie die Problemwahrnehmung in der aktuellen Forschung angemessen kennzeichnen. Hier seine wichtigsten Punkte:

1. Die Ärzte werden als Gutachter oft überfordert und mißbraucht, wenn ihnen die Feststellung von Sachverhalten abverlangt wird, zu deren ursächlichen Zusammenhängen und Tragweiten sie kein entsprechendes Urteil abgeben können.
2. Vielschichtige Probleme, wie etwa die Beurteilung der „Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben“, sind objektiv kaum zu fassen, sollen aber an Maßstäben „gemessen“ werden, die der realen Arbeitswelt in der heutigen Industriegesellschaft kaum noch entsprechen.
3. Unsere Gesellschaft führt infolge überkomplexer Strukturen und uneinheitlicher Begrifflichkeit zu ständig zunehmender Spezialisierung unter den Gutachtern, was dem Charakter der zu beurteilenden Fälle immer weniger entspricht.
4. Als Gutachter verliert der Arzt das Vertrauensverhältnis zu dem Patienten und wird zum Anwalt der Versicherungsinstitution und zum Hüter der Staatsfinanzen, wobei die „finanzielle Abhängigkeit“ vom Auftraggeber wächst, auch wenn die Gutachter dem Probanden gegenüber nicht mehr so ablehnend wie früher eingestellt sind.
5. „Medizinische Gutachten können dazu beitragen, sozialen Frieden herzustellen, Konflikte zu umgehen und das soziale Ordnungsgefüge des Staates zu erhalten.“
6. Die Struktur des Sozialversicherungssystems läßt bei Betroffenen Mißverständnisse über ihre Ansprüche entstehen.
7. Medizinische Gutachten werden unnötig eingeholt und sollen „Alibifunktionen“ erfüllen, wodurch dem Gutachten und den Gutachtern eine ungebührliche Rolle im Rahmen der sozialen Sicherung zufällt.

18) vgl. Hans Schäfer/Maria Blohmke: Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin.- Stuttgart 1978, S. 451

8. „Lücken auf dem Gebiet der Sozialleistungen und Versagen der Sozialpolitik werden durch Abschieben des Problems in den medizinischen Bereich verschleiert“¹⁹⁾.

Diese auf vielfältiger praktischer Erfahrung beruhende kritische Einschätzung medizinischer Begutachtung hat bis heute kaum Resonanz gefunden. Ein wichtiger Grund hierfür ist darin zu sehen, daß die damalige auf Veränderung drängende Diskussion wesentlich auf die Rationalisierung der Begutachtung bezogen war, die historisch gewachsenen und institutionell verfestigten Strukturen der Sozialversicherung und vor allem deren normalisierende Funktion allerdings bei weitem unterschätzte.

4. Professionen versus Expertokratien: Untersuchungsmethoden institutionalisierten Berufsinventars²⁰⁾

Unsere These, die wir im folgenden begründen wollen, ist: Dieses Dilemma des begutachtenden Arztes, daß seine an juristische und andere außertherapeutische Bedürfnisse angepaßten Urteile medizinwissenschaftlich nicht vollständig gedeckt sind, wird sich nicht durch den Rückzug auf medizinische Wissenschaftlichkeit auflösen lassen. Vielmehr ist empirisch zu untersuchen, welche Formen von Balance zwischen divergierenden Anforderungen und Mitteln Ärzte in gutachterlichen Entscheidungssituationen entwickeln. Diese Balance-Leistungen werden erleichtert, erschwert oder unmöglich gemacht durch die institutionelle Ausstattung der Berufsrolle. Institutionelle Ausstattung umfaßt mehr als das medizinische Wissen, nämlich darüberhinaus die rechtliche Ausgestaltung der Position und den in täglichen Entscheidungen routinisierten professionellen Habitus, die faktische Berufsethik.

Diese These wird plausibler, vergegenwärtigen wir uns, daß Ärzte nicht nur als Gutachter, sondern gerade auch als Therapeuten Entscheidungen treffen müssen, die nie ganz gedeckt sind.

In diesem Zusammenhang ist an die Eigenschaft gesicherten medizinischen Wissens, hier insbesondere der Arbeitsmedizin, zu erinnern. Es ist ein Wissen post festum. Wie alles Wissen hängt es stark von den Erhebungs- und Prüfungsmethoden ab. Seine Systematik basiert auf Hintergrundannahmen und auf Normalitätsunterstellungen. Nun zeichnet es Ärzte aus, daß sie in aller Regel wissen, ihre Wissenschaft reicht in keiner Situation zu einer vollständig gesicherten Ableitung der einzigen richtigen Handlung aus. Es bleibt immer

19) Manfred Pflanz a. a.O. 1977, S.63

20) Die nachfolgenden Ausführungen zur Betriebsmedizin beziehen sich auf das Teilprojekt „Die Regulierung von Statuspassagen durch Experten, das Beispiel der Betriebsärzte“ im SFB 186. In ihm arbeiten außerdem Bernard Braun und Susanne Pape.

eine Entscheidung unter Unsicherheit zu treffen. Von daher gibt es eine prinzipielle Offenheit der Profession für das, was als Laienkompetenz und Alltagswissen bezeichnet wird.

Ärztliches Handeln ging als Kunst der naturwissenschaftlichen Medizin historisch voran und medizinisches Wissen deckt auch heute ärztliches Handeln nur teilweise. Es zeichnet geradezu diese Professionalität aus, daß dem Arzt die Begrenztheit seiner wissenschaftlichen Expertise bewußt ist und er sie nicht unter Verweis auf Wissenschaft überzieht. Ein Professionalisierungsdefizit tritt ein, wenn ein Betriebsarzt in Entscheidungssituationen die Grenzen zwischen medizinischem Wissen und Alltagsentscheidungen über Statuspassagen verwischt und sich als Experte ausgibt, wo er Professionsangehöriger sein könnte.

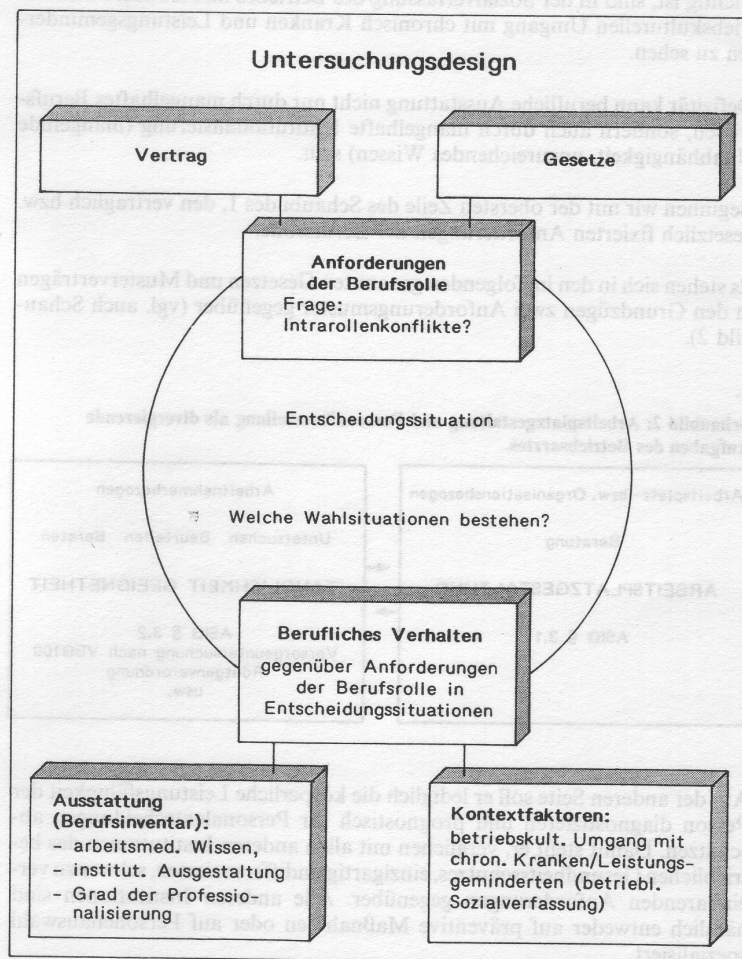
Diese mehr oder weniger professionsangemessen institutionalisierten Bedingungen ärztlichen gutachterlichen Handelns lassen sich am Beispiel der Betriebsärzte untersuchen, wie sie sich in Deutschland seit 1866 (Anstellung des ersten Werksarztes in der chemischen Industrie) wesentlich als Begutachtung der Leistungsfähigkeit (Einstellungs-, Tauglichkeits-, Belastbarkeits- und Beeinträchtigungsuntersuchungen) entwickelten.

Das Beispiel der Betriebsärzte steht einmal für Funktionen von Ärzten, Statuspassagen im Erwerbsleben zu regulieren, und generell für die Rolle von Experten, Passagen zu steuern und Risikolagen zu definieren, zu generieren und zu kompensieren. Im Vergleich mit den anderen regulierenden Ärzten (z.B. Vertrauensärzten, Arbeitsamtsärzten, niedergelassenen Ärzten) hat der Betriebsarzt von seiner praktischen Arbeit und arbeitsmedizinischen Qualifikation her die größte Nähe zum Arbeitsmarkt, d. h. zu den konkreten Arbeitsbedingungen bzw. -anforderungen der zu beurteilenden Person. Er steht als „Türhüter“ an den Statuspassagen in die Erwerbstätigkeit, an den Passagen zwischen den verschiedenen beruflichen Tätigkeiten während der Erwerbstätigkeit und an den Passagen aus der Erwerbstätigkeit hinaus. Dabei macht die Mitwirkung an der Regulierung von Statuspassagen innerhalb der Erwerbszeit den größten Teil der betriebsärztlichen Tätigkeit aus.

Um die professionellen oder unzureichend professionellen Balanceakte in dem bereits skizzierten Dilemma zu untersuchen, ist der Vergleich beruflichen Verhaltens in ähnlichen Entscheidungssituationen der beste Weg. Beruflicher Habitus zeigt sich in den Situationen, in denen Betriebsärzte Arbeitnehmer medizinisch/ärztlich untersuchen und Entscheidungen über Statuspassagen sowie Risikolagen beeinflussen oder die Legitimation für Regulierungen liefern. Es soll also das faktische berufliche Verhalten in seiner Abhängigkeit von institutionalisierter beruflicher Ausstattung und Kontextfaktoren analysiert werden.

Im Schaubild 1 ist die Anlage der Untersuchung vereinfacht dargestellt. Es geht um das regelmäßige Verhalten von Betriebsärzten gegenüber Anforderungen der Berufsrolle in (vergleichbaren) Entscheidungssituationen an Statuspassagen (Kreis in der Mitte). Dabei können die Anforderungen der Berufsrolle durch vertragliche und gesetzliche Fixierungen operationalisiert und auf in ihnen enthaltende Intrarollenkonflikte hin begriffen werden.

Schaubild 1:



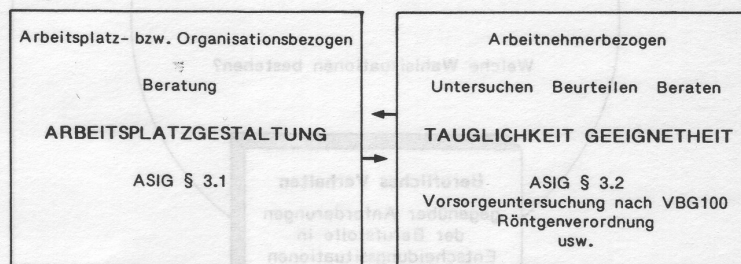
Das Verhalten in Entscheidungssituationen wiederum ist abhängig von beruflicher und professioneller Ausstattung („Berufsinventar“) einerseits und Kontextfaktoren andererseits. Das Berufsinventar enthält arbeitsmedizinisches Wissen, die institutionelle Ausgestaltung (insbesondere die vertragliche Stellung zum Betrieb, nach der wir Untersuchungs- und Kontrollgruppen unterscheiden), und, beides integrierend, den beruflichen Habitus. An diesem untersuchen wir den Grad der Professionalisierung (versus Expertisierungsgrad). Kontextfaktoren, deren Wirkung auf das betriebsärztliche Verhalten wichtig ist, sind in der Sozialverfassung des Betriebes insbesondere dem betriebskulturellen Umgang mit chronisch Kranken und Leistungsgemindernten zu sehen.

Defizitär kann berufliche Ausstattung nicht nur durch mangelhaftes Berufswissen, sondern auch durch mangelhafte Institutionalisierung (mangelnde Unabhängigkeit, unzureichendes Wissen) sein.

Beginnen wir mit der obersten Zeile des Schaubildes 1, den vertraglich bzw. gesetzlich fixierten Anforderungen der Berufsrolle:

Es stehen sich in den im folgenden genannten Gesetzen und Musterverträgen in den Grundzügen zwei Anforderungsmuster gegenüber (vgl. auch Schaubild 2).

Schaubild 2: Arbeitsplatzgestaltung und Personalbeurteilung als divergierende Aufgaben des Betriebsarztes



Auf der anderen Seite soll er lediglich die körperliche Leistungsfähigkeit der Person diagnostizieren und prognostisch für Personalentscheidungen abschätzen. Damit steht er, verglichen mit allen anderen Institutionen des betrieblichen Gesundheitsschutzes, einzigartig undifferenzierten, schwer zu vereinbarenden Anforderungen gegenüber. Alle anderen Institutionen sind nämlich entweder auf präventive Maßnahmen oder auf Personenauswahl spezialisiert.

Solche gesetzlich und vertraglich fixierte Erwartung an den Betriebsarzt sind (vgl. noch Schaubild 2):

1. Beratungen und Untersuchungen nach § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes. Danach haben Betriebsärzte den Arbeitgeber beim Arbeitsschutz, der Unfallverhütung und in allen Fragen des Gesundheitsschutzes zu unterstützen. Sie haben den Arbeitgeber zu beraten u. a. bei arbeitsphysiologischen, arbeitspsychologischen, ergonomischen und arbeitshygienischen Fragen der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung sowie bei Fragen des Arbeitsplatzwechsels, der Eingliederung bzw. Wiedereingliederung von Behinderten. Betriebsärzte haben Arbeitnehmer zu untersuchen, arbeitsmedizinisch zu beurteilen und zu beraten. Außerdem haben sie Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen und Maßnahmen zu ihrer Verhütung vorzuschlagen.

2. Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach Vorschriften der Berufsgenossenschaften und des Staates. Eine der wesentlichen Vorschriften stellt die Unfallverhütungsvorschrift VBG 100 dar. Nach dieser Vorschrift ist der Gesundheitszustand von Arbeitnehmern durch arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (Erstuntersuchungen vor Aufnahme der Beschäftigung und Nachuntersuchung während der Beschäftigung) zu überwachen, wenn sie chemischen, physikalischen oder biologischen Einwirkungen ausgesetzt sind oder gefährdende Tätigkeiten ausüben.

3. Untersuchungen auf Grundlage des Vertrages mit dem Arbeitgeber. In diesem Zusammenhang hat der Betriebsarzt Einstellungs- bzw. Überwachungsuntersuchungen auf Anweisung des Unternehmers durchzuführen.

4. Untersuchungen nach Arbeitsunfällen.

5. Untersuchungen bei freiwilligen Konsultationen durch Arbeitnehmer. Diese suchen Betriebsärzte auf, um sich Rat zu holen, ihren Gesundheitszustand überwachen zu lassen (z. B. Kontrolle des Blutdruckes), Unterstützung bei Umsetzungswünschen im Betrieb zu erhalten und um gutachterliche Stellungnahmen bei Anträgen auf Berufs-, Erwerbsunfähigkeit und Schwerbehinderung zu bekommen.

6. Untersuchungen im Rahmen von Impfaktionen.

In diesen betriebsärztlichen Untersuchungen wird der Betriebsarzt mit unterschiedlichen, z. T. widersprüchlichen Anforderungen, insbesondere von Seiten des Arbeitnehmers oder des Arbeitssuchenden, der Betriebsleitung und der Berufsgenossenschaft bzw. der staatlichen Gewerbeaufsicht konfrontiert. Die Anforderungen sind gesetzlich bzw. vertraglich begründet. Die Erwartungen können also nicht unter Verweis auf Gesetz und Vertrag abgewiesen

werden. So werden Konflikte zwischen solchen gleichermaßen berechtigten Anforderungen zu Intrarollenkonflikten²¹⁾).

Die Berufsrolle des Betriebsarztes ist durch gesetzliche bzw. vertraglich fixierte Erwartungen so weitgehend definiert, daß davon die konkreten Erwartungen seitens der Unternehmer und Lohnabhängigen, anderer Betriebsärzte und von Stellenbewerbern durchaus zu unterscheiden sind. Hier werden in der Tat, wie Luhmann schreibt, auf der Ebene der Rollen besondere Erwartungssicherheiten geschaffen, die keine oder geringe Personenkenntnisse voraussetzen²²⁾.

Beim Betriebsarzt können Intrarollenkonflikte als solche Konflikte identifiziert werden, die zwischen gesetzlichen bzw. vertraglichen Bestimmungen bestehen.

Aus Intrarollenkonflikten allein wächst noch keineswegs eine Überforderung. In vielen Berufen müssen Zielkonflikte ausbalanciert werden. Berufe lassen sich geradezu als Institutionen begreifen, die Individuen zu solcher Balance befähigen und damit handlungsfähig halten²³⁾.

Von Überforderung durch Intrarollenkonflikte kann erst dann die Rede sein, wenn die berufliche Ausstattung zu deren Balance nicht hinreicht.

Daß die auf humane Gestaltung des Arbeitsplatzes gerichteten Erwartungen an den gutachtenden Betriebsarzt von den auf Personalauswahl bezogenen Erwartungen an ihn in der Tat fast nicht zu trennen sind, mag man sich an der scheinbar einfachen Frage klarmachen: Nach welchen Kriterien kann ein Betriebsarzt die Eignung einer Person für einen Arbeitsplatz bejahen oder verneinen? Er hat mindestens die 5 folgenden (vgl. Schaubild 3) rechtlich abgedeckten Alternativen bei Tauglichkeitsuntersuchungen (ASiG, VBG 100):

a) *Tauglichkeitsprognose unter Berücksichtigung von Trainingseffekten der Arbeit*

21) H. Joas: Die gegenwärtige Lage der soziologischen Rollentheorie.- Frankfurt 1973

R. L. Kahn: conflict, ambiguity and overload. Three elements in Job stress.- In: Occupational mental health, Vol.3, 1973, S. 2-9

B. J. Biddle: Role Theory.- New York, San Francisco, London 1979, S. 198f.

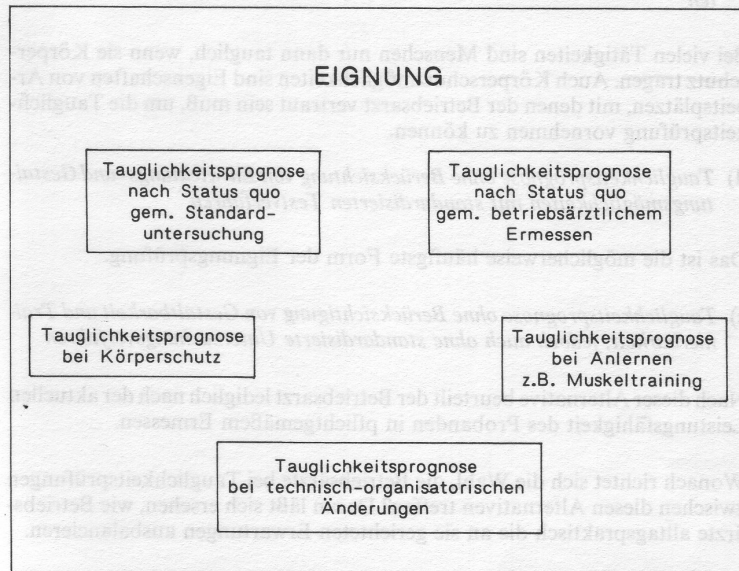
22) Niklas Luhmann: Soziale Systeme.- Frankfurt 1984, S. 431

23) H.-J. Daheim: Der Beruf in der modernen Gesellschaft: Versuch einer soziologischen Theorie beruflichen Handelns.- Köln, Berlin 1967

E. Freidson: Profession of Medicine.- 1970, deutsch: Der Ärztestand.- Stuttgart 1979

U. Beck, M. Brater, H.-J. Daheim: Soziologie der Arbeit und der Berufe.- Reinbek 1980

Schaubild 3: Alternativen der Eignungsprüfung



Für die meisten Tätigkeiten sind Anlernzeiten die Regel. Unter solchen Anlernzeiten werden oft nur kognitive, wissensvermittelnde, verstanden. Dadurch entgeht der Aufmerksamkeit, in welchem Ausmaß in den meisten Tätigkeiten körperliche Anpassungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sich entwickeln. Ein Betriebsarzt, der dies berücksichtigt, wird den Trainingseffekt der Arbeitstätigkeit selber und von betrieblichen Schulungsmaßnahmen eher ins Kalkül ziehen als die aktuelle Leistungsfähigkeit im Augenblick der Untersuchung. Das setzt freilich voraus, daß er Trainingsbedingungen des Betriebes und Trainierbarkeit des Probanden einschätzen kann. Weiter erfordert diese Eignungsprüfung, daß die Sozialverfassung des Betriebes und die institutionelle Stellung der Betriebsärzte eine solche Praxis unterstützen.

b) *Tauglichkeitsprognose unter Berücksichtigung technisch-organisatorischer Gestaltbarkeit*

Arbeitsplätze können Arbeitskräften angepaßt werden. Der Betriebsarzt, der bei der Gestaltung von Arbeitsplätzen berät, wird bei Tauglichkeitsprüfungen diese Möglichkeit ins Auge fassen. Bei Schwerbehinderten-Arbeitsplätzen ist diese Praxis verbreitet.

c) *Tauglichkeitsprognose unter Berücksichtigung von Körperschutzmöglichkeiten*

Bei vielen Tätigkeiten sind Menschen nur dann tauglich, wenn sie Körperschutz tragen. Auch Körperschutzmöglichkeiten sind Eigenschaften von Arbeitsplätzen, mit denen der Betriebsarzt vertraut sein muß, um die Tauglichkeitsprüfung vornehmen zu können.

d) *Tauglichkeitsprognose ohne Berücksichtigung von Entwicklungs- und Gestaltungsmöglichkeiten mit standardisierten Testverfahren*

Das ist die möglicherweise häufigste Form der Eignungsprüfung.

e) *Tauglichkeitsprognose ohne Berücksichtigung von Gestaltbarkeit und Trainierbarkeit, jedoch auch ohne standardisierte Untersuchungsverfahren*

Nach dieser Alternative beurteilt der Betriebsarzt lediglich nach der aktuellen Leistungsfähigkeit des Probanden in pflichtgemäßem Ermessen.

Wonach richtet sich die Wahl, die Betriebsärzte bei Tauglichkeitsprüfungen zwischen diesen Alternativen treffen? Daran läßt sich ersehen, wie Betriebsärzte alltagspraktisch die an sie gerichteten Erwartungen ausbalancieren.

Es stellen sich zusammenfassend bei den routinemäßigen Gutachten des Betriebsarztes hinsichtlich seines professionellen Wissens und seiner institutionellen Rollenausstattung folgende vier Fragen:

Prognose von Leistungsfähigkeit von einzelnen Arbeitnehmern: Reicht das arbeitsmedizinische Wissen und die Methodik aus, um über die Erfassung der Leistung im Rahmen der labormäßigen Testung durch den Betriebsarzt hinaus Prognosen über die Leistungsfähigkeit für bestimmte Arbeitsplätze zu begründen?

Kenntnis von Arbeitsplätzen: Reicht das betriebsärztliche Wissen über Arbeitsplätze aus, um Anforderungen eines Arbeitsplatzes einerseits, seine menschengerechte Gestaltbarkeit andererseits zutreffend einschätzen zu können?

Institutionalisierte Unabhängigkeit: Reicht die institutionell geregelte Unabhängigkeit von Betriebsärzten aus, auch dann autonom zu urteilen, zu raten und vorzuschlagen, wenn konfligierende Anforderungen von unterschiedlichen betrieblichen Machträgern an ihn herangetragen werden?

Welche *Verhaltensmuster* stellt der Beruf für den Fall bereit, daß das Wissen zur Erfüllung der Erwartungen an die Position nicht hinreicht?

Beantwortet werden können diese vier Fragen nur in der empirischen Untersuchung unterschiedlichen Verhaltens von Betriebsärzten in vergleichbaren Entscheidungssituationen, wie das eben genannte Beispiel der Tauglichkeitsprüfung sie darstellt. Ein mögliches Forschungsdesign dazu haben wir im Schaubild 1 vorgeschlagen.

5. Thesen zu betriebsärztlichem Handeln in der Regulierung von Statuspassagen

Im Anschluß an die Bewertungen, die 1976 Pflanz zusammengefaßt hat (vgl. oben Teil 3), lassen sich die folgenden Thesen als Fragen an die Empirie stellen:

1) Das Wort „Medikalisierung“, welches auch wir in den Titel unseres Beitrages „Zur Medikalisierung sozialpolitischer Konflikte“ genommen haben, wird häufig so gebraucht, als ginge die dominierende bzw. kolonisierende Entwicklung von der Medizin aus. Historisch läßt sich eher von einer Wechselwirkung sprechen: Die spezifisch sozialpolitischen Ausprägungen des Bedürfnisses nach Rechtssicherheit, nach Entpolitisierung, nach Zurückdrängung des Laienurteils haben die Medikalisierung sozialpolitischer Konflikte vorangetrieben und die innerwissenschaftliche Entwicklung der Medizin bis in ihre Untersuchungsgrundsätze und Analyseinstrumente hinein beeinflußt.

Die Kritik am iatrotechnischen Weltbild führt zu Unrecht auf die innerwissenschaftliche Entwicklung der Medizin zurück, was in Wirklichkeit durch die Anforderungen der Sozialpolitik mitverursacht wurde. Der von Kontexten abstrahierende, „klinische“ Blick muß nämlich ebenso als Folge der Anforderungen verrechtlichter, sozialpolitischer Institutionen an den gutachtenden Arzt wie als Ergebnis innerwissenschaftlicher Entwicklung gesehen werden. Wissenschaftsgeschichtlich steigerten beide Entwicklungen einander.

2) Betriebsärzte sind dann in einer schwierigen Situation, wenn sie den Stand des als gesichert geltenden arbeitsmedizinischen Wissens mit der Komplexität sozialer betrieblicher, arbeitsmarktlicher Wirklichkeit zusammenbringen müssen und dabei Zuschreibungen vornehmen, die einschneidende Auswirkungen auf Lebensläufe haben können.

3) An die Betriebsmedizin werden hohe Anforderungen gestellt. Es besteht ein Mißverhältnis zwischen der Dynamik industriell geprägter Arbeitsbedingungen (auf stofflicher, inhaltlicher und organisatorischer Ebene), den demographischen und arbeitsmarktpolitischen Entwicklungen, den subjektiven Verarbeitungsstrukturen und dem Morbiditätsspektrum auf der einen Seite sowie den arbeitswissenschaftlichen, arbeitsmedizinischen Problemwahrnehmungen.

4) Die wissenschaftliche Arbeitsmedizin reagiert auf die angedeutete zunehmende Komplexität vor allem mit weiterer Spezialisierung. Es gelingen keine fächerübergreifenden, interdisziplinären und selbstreflexiven, in breiter praktischer Erfahrung verankerten Problemzugänge. Die Spannung zwischen Experten- und Laienwissen droht zu wachsen.

5) Selbst wenn die Arbeitswissenschaft bzw. die Arbeitsmedizin auf wissenschaftlicher Ebene mit den unter 2 angesprochenen Prozessen mithalten könnte und zu Gestaltungsvorschlägen von Arbeit und Technik-Systeme nach Kriterien von menschengerecht, sozial- und ökologieverträglich käme, gestattet die jetzige Institutionalisierung nicht automatisch eine Umsetzung in die berufliche Praxis.

6) Auch Betriebsärzte müssen gefragt werden, wieweit sie sich an einer Umdeutung sozialer Problemlagen zu individuellen, medizinische etikettierten Defiziten beteiligen.

7) Die Rollenkonflikte der Betriebsärzte selbst führen zu unsicheren Erwartungshaltungen und Ansprüchen seitens der Arbeitnehmer.

8) Nicht selten dienen betriebsärztliche Urteile zur Legitimation personalpolitischer Entscheidungen, in denen die Leistungsbewertung noch nicht einmal das tatsächliche Selektionskriterium ist (Alibifunktion).

9) Die betriebsärztliche Profession kann den notwendigen sozialpolitischen Hebel nicht entwickeln, der über die Beurteilung von Gefährdungen und Schädigungen auf präventive Interventionen und Regelungen auszuüben wäre.

Literatur

1. Amtliche Nachrichten Band 23, 1907, S. 466 f (Revisionsentscheidung vom 17. 12. 1906, Nr. 1312); Esther Fischer-Homberger: Die traumatische Neurose.- Bern, Stuttgart, Wien 1975
2. Daheim, H.-J., Der Beruf in der modernen Gesellschaft: Versuch einer soziologischen Theorie beruflichen Handelns.- Köln, Berlin 1967
- Freidson E., Profession of Medicine.- 1970, deutsch: Der Ärztestand.- Stuttgart 1979
- Beck, U./Brater, M./Daheim, H.-J., Soziologie der Arbeit und der Berufe.- Reinbek 1980
3. Elsner, Gine, Prognostische Gutachten für die Sozialgerichte. Die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit.- In: Zeitschrift für Sozialreform 3/1986
4. Foucault, M., Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks.- München 1973
5. Göckenjan, Gerd, Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt.- Frankfurt/M. 1985
6. Gumprecht, F./Zarrius, G./Riegler, O., Lehrbuch der ArbeiterVersicherungsmedizin.- Leipzig 1913

7. Hartmann, Hans A., Zur Ethik gutachterlichen Handelns.- In: H. A. Hartmann/R. Haubl (Hg.): Psychologische Begutachtung. Problembereiche und Praxisfelder.- München, Wien, Baltimore 1984
8. Joas, H., Die gegenwärtige Lage der soziologischen Rollentheorie.- Frankfurt 1973
Kahn, R. L., conflict, ambiguity and overload. Three elements in Job stress.- In: Occupational mental health, Vol. 3, 1973
Biddle, B. J., Role Theory.- New York, San Francisco, London 1979
9. Kaufmann, Franz-Xaver, Sicherheit als soziologisches und sozialpolitisches Problem. Untersuchungen zu einer Wertidee hochdifferenzierter Gesellschaften.- Stuttgart 1970
10. Labisch, Alfons, Die Wiederaneignung der Gesundheit. Zur sozialen Funktion des Gesundheitbegriffs.- In: Argument AS 113, 1984
11. Lachmund, J., Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen. In: Zeitschrift für Soziologie, Heft 5, 1987
12. Luhmann, Niklas, Soziale Systeme.- Frankfurt 1984
13. Pflanz, Manfred, Editorial.- In: Medizin-Mensch-Gesellschaft 2/1977
14. Schäfer, Hans/Blohmke, Maria, Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin.- Stuttgart 1978
15. Sternberg, Mathias, Berufskrankheiten.- In: Volksgesundheit 12/1927
16. Tennstedt, Florian, Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914.- Köln 1983; Tim Guldemann u. a. (Hg.): Sozialpolitik als soziale Kontrolle.- Frankfurt/M. 1978