

**Rainer Müller 1998: „Feststellung von Berufserkrankung: Bilanzierung eines Arbeitslebens oder kausalanalytische Rekonstruktion von Dosis-Wirkungs-Beziehungen? In: G. Marstedt, R. Müller (Hg.): Gesellschaftlicher Strukturwandel als Herausforderung der Gesundheitswissenschaften, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, S. 152-169**

## **1. Vertrauen oder Mißtrauen gegenüber medizinischen Gutachtern**

Der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages hat am 6. März 1996 sich dafür ausgesprochen, daß im Falle eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit der Betroffene/die Betroffene die Möglichkeit haben muß, den Gutachter selbst zu bestimmen. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Einordnung des Unfallversicherungsrechts in das Sozialgesetzbuch sieht dies vor. Vorausgegangen war ein Vorschlag des Bundesbeauftragten für den Datenschutz vom 22. Januar 1996. Dort heißt es: "Beauftragt ein Unfallversicherungsträger einen Arzt oder einen überbetrieblichen Arbeitsmedizinischen Dienst (AMD) mit der Erstellung eines ärztlichen Gutachtens, muß sichergestellt sein, daß der ärztliche Gutachter die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte und Interessen des Betroffenen wahrende Erfüllung des Auftrags bietet" (Berufskrankheiten aktuell Nr. 12/13, Mai 1996, S. 3). In der Begründung wird mitgeteilt, daß insbesondere im Hinblick auf das verfahrensentscheidende Zusammenhangsgutachten es dringend geboten erscheine, möglicherweise fehlende Sachkompetenz und Befangenheit ärztlicher Gutachter ausgeschlossen werde. Dies habe in der Vergangenheit wiederholt zu datenschutzrechtlichen Eingaben und zu öffentlichen kritischen Auseinandersetzungen geführt. Es wird weiterhin vorgeschlagen, dem Versicherten auf Antrag Auskünfte über den Gutachter zu gewährleisten, damit er sich über die Fachkompetenz und Unvoreingenommenheit informieren könne. Es werden bestimmte Anhaltspunkte formuliert, aus denen sich die Besorgnis der Befangenheit ergeben kann. Insbesondere sei dies gegeben, wenn der Arzt als Betriebs- bzw. Werksarzt für ein Mitgliedsunternehmen des Unfallversicherungsträgers arbeite, wenn er in demselben Verfahren bereits eine nachteilige Bewertung, insbesondere der MdE unter 20 % oder des Zusammenhangs getroffen habe und wenn er einen wesentlichen Anteil seines Einkommens als beratender Arzt oder ärztlicher Gutachter oder aus anderen Tätigkeiten für die Unfallversicherungsträger oder ihrer Verbände erziele (Berufskrankheiten aktuell Nr. 12/13, Mai 1996, S. 3-5).

Eine derartige Debatte über Sachkompetenz und Unbefangenheit bei der Entscheidung, ob Versicherte Zugang zu Leistungen des Sozialversicherungssystems bekommen, ist so alt wie die Sozialversicherung selbst. Seit dieser Zeit nämlich wurde vermehrt das Problem offenkundig, daß Entscheidungen über Rechtstitel oder über Leistungen staatlicher oder semistaatlicher Einrichtungen in der Regel und besonders im Zweifelsfall ein expertliches Urteil verlangen. Besondere an den Übergängen von einem sozialen Status in einen anderen, von gesund zu krank, von arbeitslos zu Arbeitnehmer, von Erwerbstätigem zu Frührentner oder bei der Anerkennung von Leistungen wegen Arbeitsunfall oder Berufskrankheit, wurde eine sachkompetente und unbefangene gesellschaftliche Instanz gesucht und in der Medizin gefunden. Interessant ist die Frage, warum gerade Ärzte, warum gerade die Medizin als eine solche Instanz angesehen wurde, die durch Gutachten legitimiert und reguliert, was Ansprüche sind bzw. was als Leistung gewährt werden soll. Erinnert sei in diesem Zusammenhang daran, daß Personen in ihrem Lebenslauf nicht nur durch Ärzte,

sondern auch durch Lehrer, Vorgesetzte, Juristen beurteilt und in ihrem Lebenslauf gesteuert und reguliert werden; allerdings haben sie daran selbst einen eigenen aktiven Anteil. Durch expertliche Urteile sollen Entscheidungen getroffen werden, die Vertrauen schaffen und einklagbare Regelungen ermöglichen. Gutachten sind gedacht als Instrumente gegen behördliche Willkür bzw. individuelle unkontrollierte Herrschaft. Nicht Meinung, sondern unbefangene Sachkompetenz sollte die Entscheidung fundieren. Jedoch ist bis heute zu fragen, ob nicht Gutachten, gerade auch in Fragen der Berufskrankheiten, von Meinungen, Hintergrundsannahmen, Vorurteilen oder Befangenheit wegen ideologischer oder finanzieller Abhängigkeit geprägt sind.

## **2. Soziale Funktion von Begutachtung**

Begutachtungen finden in typischen Standardsituationen statt. In dieser Situation treffen verschiedene Interessen aufeinander, so in den Rollen und sozialen Stellungen als:

1. Proband, Klient, Bewerber, Patient, Arbeitnehmer, Asylsuchender, Delinquent
2. Gutachter, Experte
3. Auftraggeber oder Adressat, der aufgrund eines Gutachtens entscheidet.

Der Auftraggeber ist üblicherweise nicht die zu begutachtende Person. Staat und Institutionen, wie hier die Unfallversicherung, regeln die Rahmen und Verfahren der Begutachtung. Bei einer medizinisch-ärztlichen Begutachtung in Fragen von möglicherweise vorliegender Berufskrankheit verändern die Interessen des Entscheidungsträgers, der das Gutachten verlangt, die Situation der Begutachtung gegenüber derjenigen einer therapeutischen Situation, wie sie für das eigentliche Arzt-Patient-Verhältnis bestimmend ist. Gutachter bzw. medizinische Experten sind Gehilfen von Entscheidungsträgern, sie haben fachspezifische Würdigungen nach folgenden Kriterien vorzunehmen.

- Pflichtgemäß: Die Pflichten sind hier im Vergleich mit der therapeutischen Situation fremdbestimmt insofern als sie nicht aus dem Kanon medizinisch-ärztlichen Wissens und den Berufsregeln herrühren, sondern durch Normen und Verfahren des Auftraggebers bestimmt werden.
- Nach bestem Wissen und Gewissen: Es muß Sachverstand im engsten Sinne hinzukommen. Auch hier sind die üblichen sozialen, emotionalen und professionellen Zuwendungen von Ärzten gegenüber Patienten nicht angesagt. Die Helferrolle der Ärzte ist gerade nicht erwünscht.
- Ohne Ansehen der Person und Sache: Ärzte sind gerade gehalten, die Subjektivität, die sozialen Dimensionen beim Versicherten, seine Emotionen, seine subjektiven Deutungen und Interpretationen zu mißachten, die Biographie des Arbeitnehmers zu ignorieren und eigene emphatische Einstellungen zum Gegenüber in der Begutachtung bewußt zu unterdrücken.

Beim Probanden sind sehr unterschiedliche Typen der Freiwilligkeit auszumachen:

1. Der freiwillige Proband mit verschiedenen unterschiedlichen Motivations- und Erwartungshaltungen,
2. der halbfreiwillige Proband: Er erhofft sich Chancen, ohne daß er im einzelnen die Situation überblickt,
3. der halb gezwungene Proband: Er kommt widerstrebend und weiß um Sanktionen, wenn er nicht mitwirkt,
4. der Zwangsproband (Hartmann 1984, S. 11).

Obwohl es zu einer Distanzierung zwischen Proband und Gutachter kommen muß - im Sinne einer idealtypischen Beschreibung - ist dennoch zu bedenken, daß Gutachten eine soziale Funktion erfüllen. Sie sollen nicht nur einen gerechten Ausgleich zwischen Individuum und Gemeinschaft bzw. Gesellschaft und den jeweiligen Institutionen, hier Unfallversicherung, schaffen, sondern dem schwachen und machtlosen Menschen, der begutachtet wird, eine Hilfe in einer schwierigen ungewissen Situation geben. Diese Dimension der Begutachtung wird gerade in Verfahren der Berufskrankheit nicht immer beachtet. Es bleibt generell die Frage, ob Ärzte als begutachtende Instanz die institutionellen, professionellen und wissenschaftlichen Ausstattungen mitbringen, um ihrer Rolle gerecht zu werden.

### **3. Kritik der medizinischen Begutachtung**

Zweifel an der Sachkompetenz und Unbefangenheit der medizinischen Gutachter sind im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Regulierungen auch der Unfallversicherungen, immer wieder gestellt worden. Interessanterweise sind jedoch entsprechende wissenschaftliche Analysen mit daraus abgeleiteten Verbesserungsvorschlägen nie angestellt worden. Versuche zu einer kritischen Bestandsaufnahme der Funktion medizinischer Gutachten hat es zwar gegeben, jedoch ohne entsprechende Konsequenz. Pflanz hat Punkte benannt, die für eine Forschung zur Begutachtungsmedizin von Relevanz sind (Pflanz 1977, S. 63).

1. 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, da entsprechende Wissensbestände und Erkenntnisse fehlen oder sehr unzureichend sind.
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. Die Gesellschaft führt in Folge überkomplexer Strukturen und uneinheitlicher Begrifflichkeit zu ständig zunehmender Spezialisierung unter den Gutachtern, was dem Charakter der zur beurteilenden Fälle immer weniger entspricht. Dies lässt sich auch im Rahmen von Begutachtungen bei Berufskrankheiten

feststellen. Fachärzte für Orthopädie oder Chirurgie fällen Urteile, die eigentlich in das Fachgebiet der Arbeitsmedizin gehören.

4. Als Gutachter verlieren Ärzte das Vertrauensverhältnis zu den Patienten, sie werden zum Anwalt der Versicherungsinstitutionen und zum Hüter von Staatsfinanzen. Die finanzielle Abhängigkeit vom Auftraggeber ist bei den Gutachtern groß.
5. Medizinische Gutachten können allerdings auch dazu beitragen, sozialen Frieden herzustellen, Konflikte zu umgehen und das soziale Ordnungsgefüge des Staates und der Gesellschaft bzw. Gemeinschaft zu erhalten.
6. Die Struktur der Sozialversicherung lässt bei dem Betroffenen Mißverständnisse über ihre Ansprüche entstehen.
7. Medizinische Gutachten werden unnötig eingeholt und erhalten dadurch Alibifunktionen. Den Ärzten wie auch den Probanden wird eine ungebührliche Rolle im Rahmen der sozialen Sicherung auferlegt.
8. Begutachtungen entstehen ebenfalls dadurch, daß Lücken auf dem Gebiet der Sozialleistungen vorhanden sind und soziale bzw. sozialpolitische Regulierungen versagen. Dadurch kommt es zum Abschieben von gesellschaftlichen Problemen in den medizinischen Bereich.

#### **4. Medizinische Begutachtung als Kausalitätsprüfung des Versicherungsfalls in der Vergangenheit**

Die medizinische Begutachtung hat sich über Jahrzehnte beispielhaft an dem Versicherungsfall entwickelt, wie er in der Unfallversicherung seit 1885 auftrat. Es muß ein Urteil darüber gefunden werden, ob Versicherungsleistungen angemessen und Krankschreibungen berechtigt in Anspruch genommen werden können. Es ging also um den gutachterlichen Dispens von der Erwerbsnotwendigkeit. Der Gutachter hatte in zweierlei Weise Ansprüche abzuwehren: 1. Der Umfang der Problemlagen mußte auf den versicherungsrechtlich vordefinierten Teil reduziert werden, 2. die sozialen Ansprüche mußten von der leistungserbringenden Institution her bewertet werden (siehe hierzu Milles 1993 a, b). Wie konnten Ärzte nun damit verfahren und wie konnte indirekt auch die Zustimmung der Versicherten gewonnen werden? Es gelang dadurch, daß man das Problem auf Verständnisse, Konzepte, Modelle und Sichtweisen der naturwissenschaftlichen Medizin reduzierte. Mit dem positivistischen Analysemodell der naturwissenschaftlichen Medizin, die mit physikalisch-chemischen Untersuchungsmethoden Prozesse des Körpers analysiert, wurde die Neutralität der Begutachtung (sachgerecht, unbefangen) definiert. Naturwissenschaftlich-biologische Methoden wurden für sozialpolitische Fragestellungen herangezogen. Allerdings konnte es bei dieser rein naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise nicht bleiben. Das Begutachtungskonzept mußte um Konstrukte, wie normale Leistungsfähigkeit ergänzt werden.

Die Medizin wurde als ein Handlungssystem angesehen, das per se eine Vermittlung zwischen den konträren Interessen von Gesellschaft und Bürger anstrebt. Das

Konzept der Begutachtung erhielt mit dem Arzt sowohl eine naturwissenschaftliche Legitimation. Der Arzt ist der Gesundheit des einzelnen verpflichtet und fördert damit die Wohlfahrt der Gemeinschaft/Gesellschaft. Zugleich jedoch wird mit dem Verweis auf naturwissenschaftliche Fundierung eine Unabhängigkeit von politisch wechselbaren Kriterien und damit Sachkompetenz und Unbefangenheit, also Gerechtigkeit, behauptet. Dieser Doppelcharakter der Medizin legitimiert bis heute ihre dominante Stellung in ihrer Gatekeeping-Funktion, d.h. in der Regulation des Zugangs zu einem sozialen Status bzw. zu sozialpolitischen Leistungen.

Wenn auch heute nicht mehr so explizit dieser kontrollierende Auftrag der Medizin formuliert wird, so ist er implizit vorhanden. In früheren Jahren der Sozialstaatsentwicklung, in denen Rechtsstaatlichkeit und Demokratie erst in Ansätzen vorhanden war, wurde die Kontrollfunktion deutlich formuliert: "Es ist die im dringenden Interesse der Arbeiterschaft selbst wie des Volksganzen liegende Aufgabe der Rechtssprechung, 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" (Amtliche Nachrichten 1907, siehe auch zur Rentenhysterie: Fischer-Homberger 1975).

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 im wesentlichen auf unbelegte Annahmen über die Arbeitswelt und der mit ihr verbundenen Beanspruchungen bzw. Belastungen. Die empirischen Grundlagen für prognostische Aussagen sind mehr als dürrig, wenn nicht sogar falsch. Allgemeine Vorstellungen über die Arbeitswelt wie über das menschliche Arbeitsvermögen haben sich von den realen Verhältnissen und ihren Entwicklungen entfernt, wenn sie überhaupt je vorhanden waren. Es gehört nicht zum Wissenskanon der Medizin, über die Entwicklungen der Arbeitswelt mit den dynamischen Belastungs- und Beanspruchungsdimensionen informiert zu sein. Auch die Arbeitsmedizin als Wissenssystem hat nur einen sehr begrenzten Überblick über die realen Arbeitsbedingungen mit ihren Anforderungen und Risiken. Die Medizin nimmt im Kontext von Begutachtung zwar eine soziale Aufgabe wahr, rekurriert in ihrer Beurteilung von Leistungsfähigkeit allerdings auf naturwissenschaftlich bestimmbare Organfunktionen. Soziale Kompetenzen wie Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit, Berufs- und Erwerbsfähigkeit werden auf biologische Konstrukte von Funktionsfähigkeit von Organen reduziert. Dies führt bei jedem medizinischen Gutachten zu einer strukturellen Überforderung. Hieraus erwachsen Widersprüche, Inkonsistenzen, Dilemmata, Fehlurteile und Ungerechtigkeiten. Dieses Dilemma des begutachtenden Arztes, daß seine an juristischen und anderen sozialen bzw. sozialpolitischen außertherapeutischen Bedürfnissen angepaßten Urteile medizinwissenschaftlich nicht vollständig gedeckt sind, läßt sich nicht durch einen Rückzug auf medizinische Wissenschaftlichkeit auflösen. Die Begutachtung wird in jedem Fall eine Balance zwischen divergierenden Anforderungen vornehmen müssen. Diese Balanceleistungen werden erleichtert, erschwert oder unmöglich gemacht durch die institutionelle Ausstattung der Berufsrolle und durch finanzielle oder auch ideologische Abhängigkeit von dem Auftraggeber. Die institutionelle Ausstattung setzt sich aus den rechtlichen

Ausgestaltungen der Position des Gutachters, aus den routinisierten professionellen Handlungsmustern und dem medizinischen Wissen zusammen. Dies macht die faktische Berufsethik aus. Zu betonen bleibt die Spezifität von gesichertem medizinischen Wissen. Medizinisches Wissen, auch das der Arbeitsmedizin, ist ein Wissen post festum. Es hängt, wie alles Wissen, von den Erhebungs- und Prüfmethoden und den jeweiligen vorherrschenden theoretischen Modellen, so über die Verursachung und Entwicklung von Berufskrankheiten, ab.

Begutachtungsmedizin beruht weiterhin auf Hintergrundsannahmen und Normalitätsunterstellungen, so in der Arbeitsmedizin über Normalleistungen, Belastbarkeit, Alterung, Disposition, genetische Veranlagung oder Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Wie sehr die Begutachtung auf unklaren bzw. vagen oder sogar falschen Annahmen beruht, wird gerade bei der Entscheidung über den Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) offenkundig. Nicht ausgewiesene Konventionen von Begutachterzirkeln oder Ärzteschulen dominieren das Feld. Unabhängig von dieser defizitären Situation, sollte man sich über die generelle Handlungs- und Entscheidungsunsicherheit im klaren sein. Es gehört zum professionellem Selbstverständnis von Ärzten, daß ihr Wissen in der Regel in keiner Situation zu einer vollständig gesicherten Ableitung einer einzigen richtigen Handlung ausreicht. Sie wissen um die Unsicherheit von Entscheidungen und Urteilen. Es gibt so gesehen eine prinzipielle Offenheit der Profession für das, was als Laienkompetenz und als Alltagswissen bezeichnet wird. Ärztliches Handeln im therapeutischen Prozeß schließt diese Haltung immer wieder ein. Gute Ärzte handeln dementsprechend. Psychologisch geschulte, in der Psychosomatik tätige Mediziner haben sich explizit systematisch auf Alltagswissen, Laienvorstellungen und deren Deutungen von Krankheit eingelassen. Sie wissen um die Mitwirkung vom Patienten bei dem Heilungsprozeß. In der Begutachtungssituation wird gerade diese Dimension des Laienwissens, des Alltagswissens über Arbeitsleid, berufsbedingte Erkrankung ausgespart, ignoriert, wenn nicht sogar diffamiert. Allerdings treffen in der Begutachtungssituation Laie und Experte aufeinander und damit eben auch ihre Deutungen von Arbeitsfähigkeit und Arbeitsbiographie. Interpretiert der eine seine Lebens- und Arbeitsgeschichte, seine chronische Erkrankung als sinnhaften Ausdruck für seine Vergangenheit und dies auch als Vergangenheit von erfahrener Arbeitsbelastung in der Arbeitstätigkeit, so nimmt der Andere nur solche Aussagen als faktische an, die in sein Raster von Modellannahmen über die Ätiologie und Pathogenese von Krankheit paßt. Selbst in diesem Prozeß ist der Arzt selektiv intellektuell tätig, da er als biomedizinisch sozialisierter und denkender Arzt eine exogen verursachte Krankheit eher als höchst selten ansieht. Krankheit wird eigentlich nur als ein biologischer Prozeß des Körpers angesehen. Wenn denn auch von außen einwirkende Bedingungen als Ursachen akzeptiert werden, dann müssen sie sich in das laborwissenschaftliche Untersuchungsmodell von einer spezifischen Ursache mit der erfolgten spezifischen körperlichen Wirkung einfügen lassen. Dieses kausalanalytische Modell operiert mit dem Dosis-Wirkungs-Konzept. Mit dem Ursache-Wirkungs-Modell wird in der beschriebenen Begutachtungssituation eine Kausalitätsprüfung des Einzelfalles über vergangene Ereignisse vorgenommen.

Erkenntnistheoretisch ist eine Ursache-Wirkungs-Analyse nach dem Dosis-Wirkungs-Modell für die Vergangenheit nur dann möglich, wenn erstens eine enge Beziehung zwischen spezifischer Noxe und spezifischer Wirkung theoretisch wie experimentell nachgewiesen ist und zweitens für den konkreten Fall für die Vergangenheit eine

quantitativ exakte Bestimmung der Dosis der spezifischen Einwirkung vorgenommen worden ist. Dies ist allerdings eher die sehr seltene Ausnahme. Weiterhin müssen die Wirkungen in ihrer Spezifität als Krankheit diagnostiziert sein.

Zwar ist den begutachtenden Ärzten, Juristen und auch Verwaltungsfachleuten bei den Berufsgenossenschaften diese Situation prinzipiell bewußt, allerdings wird sie in der Einzelfallprüfung und in dem generellen Aussagen zu dem Verfahren nicht konsequent genug beachtet.

Hohe Unsicherheit in der Beweisführung der Kausalitätsprüfung ist somit das Strukturprinzip der Begutachtung von Berufskrankheiten.

## **5. Begutachtung als Aufforderung zur Bilanzierung der eigenen Arbeits- und Erkrankungsgeschichte**

Die individuelle Betroffenheit bei einer Erkrankung mit all den körperlichen, psychischen und sozialen Folgen führt, erst recht wenn es um eine ernste und chronisch verlaufende Erkrankung geht, zu einem lang andauernden Prozeß der Auseinandersetzung der Person mit sich, ihrem Körper und ihrer Vergangenheit wie auch Zukunft. Dieser Auseinandersetzungsprozeß zeigt kognitive, emotionale und auf Handeln bezogene Aspekte. Solche Prozesse sind immer durch soziale Kommunikation mit anderen bestimmt bzw. durch soziale Wahrnehmungen, Interpretationen und Orientierungen geprägt. Die Wahrnehmungen von körperlichen Symptomen, die Attribuierung ihrer Ursachen, das Erleben des eigenen Leibes, die Vorstellungen von der eigenen gesundheitlichen Leistungsfähigkeit, wie auch von der Gefährdung, selbst die Annahmen über mögliche persönliche Einwirkmöglichkeiten auf gesundheitliche Belange, formen beim Betroffenen ein komplexes kognitives Wissen, das man auch in Analogie zu wissenschaftlichen Theorien verstehen kann. Man spricht von Laientheorien bzw. Alltagstheorien. Diesen Sachverhalt belegen Studien über subjektive Theorien bei Krebserkrankungen, Herz- und Kreislauferkrankungen, rheumatischen Erkrankungen, AIDS und auch über psychische Krankheiten (siehe Faltermeier 1994, S. 88,89ff.). Die subjektiven Krankheitstheorien beziehen sich auf Vorstellungen von kranken Menschen allgemein, auf spezifische Krankheitenn, auf Vorstellungen von relativ gesunden Laien über spezifische Krankheitseinheiten und auf Vorstellung von relativ gesunden Laien von Krankheit im allgemeinen. Erkrankte müssen sich mit ihrer Krankheit auseinandersetzen und eine Bewältigungsstrategie entfalten. Sie haben dabei Identitätsarbeit zu leisten, Sinnfragen zu beantworten und grundlegende Umstellungen ihrer Lebensverhältnisse zu bewerkstelligen. Bei chronischer Erkrankung haben sie ihre sozialen Bezüge in ihrem weiteren Lebenslauf in Rechnung zu stellen bzw. neu zu organisieren. Die Art, wie ein Patient seine Krankheit interpretiert und gedanklich, emotional und auch im Handlungskontext rekonstruiert, wird auch seine Haltung gegenüber dem Medizinsystem, erst recht gegenüber einem Begutachtungssystems, bestimmen. Er wird Vertrauen oder Mißtrauen gegenüber Ärzten, dem Medizinsystem oder auch begutachtenden Ärzten zeigen. Die angesprochenen subjektiven Vorstellungen des Patienten haben eine große praktische Bedeutung für die Arzt-Patient-Beziehung und für den Behandlungsverlauf. In der Interaktion zwischen Arzt und Patient wie auch zwischen Proband und Gutachter, haben die subjektiven Theorien, die Annahmen des Patienten eine Bedeutung und treten in Konfrontation bzw. Auseinandersetzung mit den wissen-

schaftlichen und subjektiven Theorien, Annahmen und Deutungen des Arztes. Es werden auf beiden Seiten Erwartungen aufgestellt, die sich wechselseitig orientieren. Es wäre naiv anzunehmen, daß Patienten problemlos sich an die Deutungsmuster, Handlungsinstruktionen und Interpretationen der Ärzte bedingungslos anschließen bzw. sich deren Aussagen unterwerfen. Gerade in dieser Tatsache liegt ein entscheidender Grund für die "noncompliance", dem "Nicht-Mitspielen", bei den Patienten bzw. Versicherten. Es ist weiterhin zu beachten, daß die subjektiven Konstruktionen und Rekonstruktionen der Deutungen und Interpretationen von Krankheit im allgemeinen und von spezifischen Krankheiten als ein dynamisches Geschehen anzusehen ist. Die Vorstellungen der Patienten sind also nicht zeitstabil.

Eine psychologische und sozialwissenschaftliche Orientierung auf die Innenperspektive von Laien über ihren Körper bzw. ihren Leib hat für die Medizin bzw. die therapeutischen Umgangsweisen, wie auch für die Begutachtung insofern eine besondere Bedeutung, als mit dieser Perspektive methodische Fragen aufgeworfen werden. So muß gefragt werden, wie die Annahmen, Deutungsmuster und Vorstellungen der Patienten/Versicherten über den Erkrankungsprozeß, die Arbeitsbiographie und den erfahrenen Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und Erkrankung zum Sprechen gebracht werden können und damit in den kommunikativen Prozeß zwischen Arzt - Patient, begutachtender Arzt - Versicherter hereingeholt werden können. Den Betroffenen muß also Gelegenheit gegeben werden, um ihre Verständnisse äußern und in den gemeinsamen Interaktionsprozeß angemessen einbringen zu können. Beispielhaft sei die Studie von Verres über die subjektiven Theorien von erkrankten Laien über Krebserkrankungen zitiert. Folgende Ursachenkomplexe wurden von den Laien genannt: Psyche (z.B. Unzufriedenheit, Belastungen, Enttäuschungen im Leben), Biologie (z.B. Vererbung), Welt (z.B. ungesunder Arbeitsplatz, Luftverschmutzung), Strafe (Schuldfrage). Die Interpretationen bezogen sich auf Modellüberlegungen zu: Abwehr/Anfälligkeit als Erschöpfung der eigenen Widerstandsfähigkeit; Disposition/Auslöser als Vorstellung, daß ein bestimmtes Ereignis die bisher latente Krankheit ausgelöst; und multifaktorielles Modell, nach dem das Zusammentreffen vieler Faktoren die Krankheit verursacht habe. Als ein sehr interessantes Ergebnis, gerade für Berufskrankheiten und hier spezifisch für Berufserkrankte, wurde Folgendes gefunden: Es zeigte sich eine deutliche Diskrepanz in der Einschätzung des Risikos, an Krebs zu erkranken, zwischen sich und anderen. 81 % hielten das generelle Krebsrisiko für Menschen als sehr groß bis ziemlich groß, nur 24 % stuften ihr eigenes Risiko als sehr groß bis ziemlich groß ein (Verres 1986, S. 166). Hier zeigt sich die Illusion von der eigenen Unverwundbarkeit. Wenn denn diese Illusion der eigenen Unverwundbarkeit durch eine Krebserkrankung oder eine chronische Erkrankung massiv gekränkt bzw. gestört wurde, dann hat dies für die Bilanzierung des eigenen Lebens und hier gerade des Arbeitslebens, eine besondere Relevanz. Erst recht zeigt sich die Bedeutung, wenn die Erkrankung den erlittenen Belastungen in der Arbeitsbiographie zugeschrieben (Attribuierung) wird. Die Frage nach Anerkennung als Opfer und damit nach einer gerechten Entschädigung wird in dieser persönlichen Interpretation, Zuschreibung und Sichtweise konsistent und damit konsequent gestellt.

Subjektive Theorien von Krankheit sind für die Auseinandersetzung mit der Versicherungsmedizin deshalb von Wichtigkeit, als vor diesem Hintergrund eben eine Verortung gegenüber dem Anspruch nach sozialer Gerechtigkeit vorgenommen wird. Auch hier gilt, daß die Verständnisse über Krankheit, wie ebenso über Erwerbsarbeit,

sozial organisiert und kulturell tradiert sind. Die Eigenständigkeit dieser Interpretationsmuster muß gegenüber dem medizinischen Krankheitsmodell postuliert werden. Zwar sind die Laientheorien vom medizinischen Modell beeinflußt, sie werden aber nicht eins zu eins übernommen und automatisch in die Laienvorstellungen integriert. Nicht nur das Verständnis vom kranken Körper hat sich im Laufe der kulturellen Entwicklung verändert, sondern auch Annahmen zur Verursachung von Krankheit. Manche Laientheorien sind mit wissenschaftlichen Modellen vergleichbar. Eine derartige vergleichende Studie wurde von Blaxter (1983) durchgeführt. Er fand als wichtigste Ursache die Kategorien Infektion, Vererbung und Umweltbedingungen (Klima oder Arbeitsbedingungen) und psychologische Erklärungen, wie Streßkonzepte. Das eigene Verhalten wurde eher als von geringem Einfluß eingeschätzt. Es fand eine Attribuierung (Zurechnung) der Krankheit auf äußere Umstände statt. Solche Attribuierungsprozesse wurden auch bei Studien mit anderen Erkrankungen gefunden. Als generelle Tendenz erwies sich, daß zwischen krankheitsverursachenden und krankheitsauslösenden Bedingungen unterschieden wurde (Thurke, 1991). Die auslösenden Bedingungen wurden im Kontext der Lebenssituation vor Ausbruch der Erkrankung gedeutet.

Wichtig ist nun zu sehen, daß erstens die kausalätiologischen Vorstellungen der Laien nicht weniger ungenau abgesichert sind wie diejenigen der Ärzte. Sowohl bei Laien wie auch bei Experten bestehen Wissensdefizite im Hinblick auf die Verursachung, Entwicklung und Prognose von Erkrankungen. Dies führt zu Verunsicherungen auf beiden Seiten. Allerdings gestattet die spezifische, von der Gesellschaft und dem Auftraggeber im Rahmen des Begutachtungsverfahrens dem Arzt zugeschriebene Rolle es dem Arzt eine sichere Position einzunehmen. Er ist nicht offenbarungspflichtig über seine eigene Unsicherheit gegenüber dem Versicherten bzw. Patienten. Er ist institutionell, d.h. rechtlich und machtmäßig in seiner Position als begutachtender Arzt ausgestattet. Zweitens ist zu bedenken, daß in der biographischen Bilanzierung bei der Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung die Patienten, wie gesagt, einen Prozeß der Ursachenattribution vornehmen und dies jedoch von den jeweiligen situationalen Kontexten abhängig machen. In einem Kontext, in dem explizit nach einer beruflichen Ursache gefragt werden muß, sind solche Attribuierungen auf externe Ursachen, hier Ursachen in der Arbeit, allzu verständlich. Es kann also zu einem Mißverhältnis zwischen den Deutungen und Interpretationen bzw. Attribuierungen von Arzt und Patient kommen. Die ärztlichen Sichtweisen über Ursache und Entwicklung von Krankheit sind mit den Ursachenattribuierungen der Versicherten selten deckungsgleich. Auch in der Begutachtungssituation, in der der Arzt üblicherweise die Krankengeschichte, die Sozialgeschichte und Berufsgeschichte der Person als Anamnese erheben soll, bewegt sich das Gespräch oszillierend zwischen diesen Positionen. Der Versicherte nimmt eine psychologische Selbstdtypisierung vor, während der Arzt nach konkreten Episoden von Belastungen bzw. spezifischen Einwirkungen sucht. Die Erhebung der Anamnese ist deshalb als ein diskusiver Prozeß zu verstehen und muß als ein Aushandlungsprozeß zwischen den beiden Akteuren über die Deutung und Bewertung von Ereignissen in der Vergangenheit des Probanden verstanden werden.

## **6. Begutachtung von Berufskrankheiten als Konfrontation von Erwerbs- und Krankheitsbiographisierung mit dem medizinischen Dosis-Wirkungs-Modell**

Die Anamnesesituation lässt sich so als eine Konfrontation von Lebensgeschichte als erzähltes Skript mit den Kausalitätsannahmen über Ätiologie und Pathogenese von spezifischer Erkrankung seitens des Arztes deuten. Bei beiden Akteuren geht es um die Rekonstruktion von Krankheitsverläufen. Der Versicherte nimmt eine biographische Rekonstruktion unter Verwendung alltäglicher und auch wissenschaftlicher Wissensbestände vor, während der begutachtende Arzt an seinen ätiologischen und pathogenetischen Krankheitsmodellen festhält.

Dieses Krankheitsmodell ist in der Vorstellung des Arztes als biomedizinisches Konzept durch jahrzehntelange Tätigkeit in der Klinik oder auch in der Begutachtungspraxis geprägt. Es wurde bereits als ein Modell charakterisiert, in dem das Subjekt, die Biographie, also das Erleben und die Interpretation sowie die Attribuierungsprozesse der Patienten/Versicherten explizit nicht vorzukommen hat. Zwar kann die Interaktion zwischen Arzt und Patient, zwischen Versichertem und begutachtendem Arzt nicht ohne Frage und Antwort auskommen, jedoch wird nur das als Antwort seitens des begutachtenden Arztes angenommen, was auch in sein Raster von Ursache- und Wirkung paßt.

Beide Akteure nehmen also eine Rekonstruktion von Wirklichkeit der Vergangenheit vor. Ist die Person durch den z.T. länger dauernden Prozeß der Auseinandersetzung mit seiner Krankheit in einer bestimmten Phase der Biographisierung und Bilanzierung seines eigenen Arbeitslebens, seiner eigenen Lebenskurve und nimmt dabei eine Interpretation der verschiedenen erlebten Dimensionen in Bezug auf seine Krankheitsgeschichte vor, so wird in der Perspektive des begutachtenden Arztes die Vergangenheit des Patienten nur als eine lineare Zeitstruktur verstanden, in der Dosis- und Wirkungsannahmen über spezifische Belastungen und ihre ätiologische Konsequenz gedeutet werden. Die betroffenen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nehmen in ihrer Bilanzierung eine Wertung ihres eigenen Arbeitslebens, ihrer eigenen Arbeitsleistung für den Betrieb, für die Sicherung der Existenz von sich und ihrer Familie vor und erwarten in dem Begutachtungsverfahren eine gerechte Würdigung ihres mit gesundheitlicher Beeinträchtigung verbundenen Arbeitslebens und des daraus sich ergebenden Bedarfs nach finanzieller Kompensation. Auf Seiten des begutachtenden Arztes geht es explizit nicht um die Würdigung und die gerechte Beurteilung der Arbeits- und Leistungsbiographie der Person, sondern um eine höchst reduktionistische Fragestellung, nämlich um die Frage nach der spezifischen Ursache für einen komplexen Erkrankungsprozeß in der Vergangenheit. Die zeitliche Dimension der Erwerbsbiographie wird auf das lineare Zeitmodell des Ursache-Wirkungs-Verständnisses im Sinne des Dosis-Wirkungs-Prinzips verkürzt.

Dem begutachtenden Arzt ist es sehr wohl bewußt, daß für die Vergangenheit und für diesen Einzelfall eine realistische, an den Verifizierungskalkülen einer naturwissenschaftlichen Medizin orientierte Dosis-Wirkungs-Kalkulation eigentlich nicht möglich ist. Dennoch operiert er mit diesem Modell. Sein Urteil über Ursache und Wirkung in der Vergangenheit, z.T. über Jahrzehnte zurückliegend, wird also in höchster Unsicherheit gefällt. Unsicherheit lässt sich für einen Experten kognitiv, emotional, aber nicht ständig leben. So gesehen gibt es kognitiv wie auch emotional

bei den Ärzten Versicherungsreaktionen oder Rückzüge auf unbestimmte Rechtsbegriffe und unbestimmte Kausalitätsattributionen wie Disposition, anlagebedingt, altersgemäß oder auf irgendwelche angeblich herrschende Lehrmeinungen oder auch Berufungen auf langjähriges Erfahrungswissen.

Die Rekonstruktion der Risikogeschichte bei dem Versicherten erfolgt bei dem Arzt nach dem Unfallparadigma. Dieses Unfallparadigma unterstellt eine spezifische Ursache mit spezifischer Wirkung und einen engen zeitlichen Zusammenhang. Das Berufskrankheitenkonzept ist an diesem Unfallparadigma explizit ausgerichtet. Das Paradigma ermöglicht so gesehen die Vernichtung der Zeitlichkeit und eine Prüfung kausaler Zusammenhänge ohne biographisches Wissen der betroffenen Arbeitnehmer (Milles 1993). Milles kommt zu der Aussage, daß gerade diese Vernichtung der Zeitlichkeit und die Ignoranz gegenüber dem biographischen Wissen der betroffenen Arbeitnehmer eine Konstruktion der Risikobiographie zuläßt, so daß alle an dem Berufskrankheitenverfahren beteiligten Akteure mit ihren unterschiedlichen Interessen in dem Verfahren Berücksichtigung fanden. Zugleich ließ dieses Verfahren eine äußerst restriktive Steuerung sozialpolitischer Leistungen zu. Diese Wahlverwandtschaft von subjektiver Bilanzierung der Risikobiographie auf der einen Seite und der fallspezifischen Verkürzung von Risiobiographie auf Dosis-Wirkungs-Konstrukte als Abweichung von einer normalen Lebensverlaufsvorstellung, ermöglichte das Zusammenspiel von Ärzten und Juristen in diesem Sozialversicherungsverfahren. Nach Auffassung von Milles wurden die ärztlichen Gutachten von Anbeginn dieses Verfahrens zu einem Hebel, um das Ausmaß der Versicherungsleistungen und die präventiven Optionen zu kanalieren. Das Verfahren mit seinem Konstrukt der Risikobiographie erlaubt es, die industriegeschichtlich produzierten Gesundheitsrisiken in einem individuellen Arbeitsleben nach den Bedürfnissen der Versicherungsträger zu konstruieren und auf ein Minimum von Anspruch auf Entschädigung zu reduzieren.

## 7. Literatur

Amtliche Nachrichten, Band 23, 1907, S. 466f, Revisionsentscheidung vom 17.12.1906 Nr. 1312

Berufskrankheiten aktuell Nr. 12/13, Mai 1996

Blaxter, M.: The causes of disease. Women talking, in: Social Science and Medicine, 17, 2, 1983, S. 59-69

Faltermeier, T.: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln, Weinheim 1994

Fischer-Homberger, E.: Die traumatische Neurose, Bern, Stuttgart, Wien 1975

Hartmann, H.A.: Zur Ethik gutachterlichen Handelns, in: Hartmann, H.A., Haubel, R. (Hg.): Psychologische Begutachtung, Problembereiche und Praxisfelder, München, Wien, Baltimore 1984.

Milles, D.: Angemessene Konstruktion biographischer Risiken: Rentenbegehren in der Geschichte der Berufskrankheitenverfahren, in: derselbe (Hg.): Gesundheitsrisiken,

Industriegesellschaft und soziale Sicherung in der Geschichte, Bremerhaven 1993, S. 219-248

Milles, D.: "Biographische Medizin" und "Gutachtermedizin" in der Geschichte der Berufskrankheitenverfahren, in: Leisering, L., Geissler, B., Mergner, U., Rabe-Kleberg, U. (Hg.): Moderne Lebensläufe im Wandel, Weinheim 1993, S. 249-270

Pflanz, M.: Editorial, in: Medizin - Mensch - Gesellschaft, 2/1977, S. 63

Thurke, M.: Chronische Polyarthritis. Vorstellungen junger Rheumatikerinnen zur Verursachung und Verlauf, in: Flick, U. (Hg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit, Heidelberg 1991

Verres, R. u.a.: Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen, Berlin 1986