

VERSUCH EINER ZEITGEMÄSSEN PROBLEMATISIERUNG DER AMTSÄRZTLICHEN BEGUTACHTUNGSPRAXIS

Wer mit der amts- und vertrauensärztlichen Begutachtung befaßt ist, macht täglich die Erfahrung, daß dieser durch Gesetze und Verordnungen scheinbar umfassend geregelte Tätigkeitsbereich der Gesundheitsämter aus unterschiedlichen Motiven sowohl von den Gutachtern als auch von den "Auftraggebern" und nicht zuletzt von den zu Begutachtenden selber problematisiert wird. Sieht man die einschlägige Literatur über den öffentlichen Gesundheitsdienst durch, so erstaunt das erhebliche Defizit an historisch-kritischer Analyse der Entwicklung des amtsärztlichen Begutachtungswesens. Die gewachsenen Aufgaben der amts- und vertrauensärztlichen Begutachtung anhand einzelner Beispiele und Konfliktfelder zu hinterfragen, soll Ziel dieser Ausführungen sein. Die folgenden thesenartigen Bemerkungen können nicht mehr als eine Anregung zu einer umfassenden Diskussion sein.

An den Anfang möchte ich die Behauptung stellen, daß die Begutachtungspraxis der Gesundheitsämter eng mit der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung in der Gesamtgesellschaft verbunden ist. Dabei besteht die Gefahr, daß ein Mangel an kritischer Reflexion und empirischer Aufarbeitung sich gerade in gesellschaftlichen Krisenzeiten, deren sichtbarster Ausdruck zur Zeit die Massenarbeitslosigkeit ist, verhängnisvoll auswirken kann. Gewinnen doch die Anforderungen an die Institution "Amtsarzt" angesichts der Finanzlücken in den Kassen der öffentlichen Hand und der daraus beispielsweise resultierenden Verschärfung der Planstellensituation ohne Zweifel an Brisanz. Dabei schwebt über dem Feld amtsärztlicher Tätigkeit der letztlich politisch formulierte Anspruch an die Ärzte, als neutraler Begutachter jenseits der aktuellen wirtschaftlichen und sozialen Konflikte tätig werden zu können.

Eben dieses immer wieder formulierte Ansinnen, der Amtsarzt möge als letzte ärztliche Instanz quasi neutral Stellung beziehen, muß vor dem Hintergrund der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes problematisiert werden. In diesem Zusammenhang gewinnt der von LABISCH dargestellte Dualismus von staatlicher Gesundheitsaufsicht und kommunaler Gesundheitsfürsorge entscheidende Bedeutung, da der häufig beklagte fortgesetzte Verlust an gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben bis in die Gegenwart hinein nicht ohne Auswirkungen auf den Begutachtungsbereich geblieben ist.

Die Konzentrierung auf "Aufgaben ..., die kein anderes medizinisches Subsystem, kein anderes Amt und keine andere Einrichtung der Sozial- und Wohlfahrtspflege wahrnehmen kann oder will" (LABISCH), ist gerade für die Begutachtungspraxis kennzeichnend. Es muß meines Erachtens unterstellt werden, daß im Mittelpunkt der Fragestellung an die Amtsärzte das Interesse steht, staatliche Instanzen und Kostenträger der Sozialhilfe vor sozialen und wirtschaftlichen Konsequenzen abzusichern. Demgegenüber ist der Anteil von Fragestellungen mit primär fürsorgerischem Ansatz vergleichsweise gering.

Diese Janusköpfigkeit in der amtsärztlichen Begutachtung sollte aus den Gesundheitsämtern heraus stärker thematisiert werden. Dies aber setzt voraus, daß die Fülle des in der Begutachtungspraxis gewonnenen Materials auch ausgewertet wird. Es ist meiner Ansicht nach nicht tolerabel, wenn die Handlungsanweisungen an die heranwachsende Generation der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst allzuoft aus einem autodidaktischen Pragmatismus geschöpft werden, dessen gedankliche Wurzeln einem nichthinterfragten "gesunden Menschenverstand" entstammen. So schreibt KAHNT im Zusammenhang mit dem Problem der vorzeitigen Pensionierung von Beamten: "Neurotiker, Psychopathen, psychosomatisch Gestörte, sie alle fallen durch die weiten Maschen des Netzes der Dienstunfähigkeit, wenn sie es lange und zielbewußt genug darauf anlegen. Der Amtsarzt soll sich nicht ärgern, sondern ausführlich berichten und ... die Entscheidung unter Hinweis auf die ihm nicht bekannte Rechtslage der Aufsichtsbehörde überlassen."

Die Grundhaltung dieser Ausführungen weist auf die Frage hin, in welchem Umfange die Begutachtungspraxis mit der Entwicklung der Medizin in Theorie und Praxis Schritt gehalten hat. Auch für den Bereich der Begutachtungspraxis aber gilt, daß es wenig hilfreich ist, stets von neuem die Krise des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu beklagen. Vielmehr muß der Versuch unternommen werden, die Erfahrungen aus dem Begutachtungsbereich auszuwerten, sie in eine historisch-kritische Analyse einzubetten und neue Wege offensiv zu formulieren.

Aus der Vielzahl der medizinisch-theoretischen und gesundheitspolitischen Ebenen, welche die amtsärztliche Begutachtungspraxis berühren und die meines Erachtens stärker aufgearbeitet werden müßten, möchte ich drei Bereiche hervorheben.

Der subjektive Faktor bei der Beurteilung von Krankheitsverhalten

Die Bedeutung des subjektiven Faktors bei der ärztlichen Begutachtung ist in der Vergangenheit von zahlreichen Autoren betont worden, so von HÄUSSLER, ARNOLD und WEINHOLD. Es ist davon auszugehen, daß gerade die gutachterliche Bewertung von Krankheitsverhalten über die Ebene der "wertfreien" medizinischen Befundung hinausgeht; als Beispiel hierfür sei die Frage nach der weiteren Dienstfähigkeit oder nach der Angemessenheit unterstützender, fürsorgender und rehabilitativer Maßnahmen genannt. Die Erfahrung legt die Vermutung nahe, daß es enge Zusammenhänge zwischen zentralen Grundeinstellungen der begutachtenden Ärzte zur Sozial- und Gesundheitspolitik sowie zum Krankheitsverhalten und den Ergebnissen ihrer Begutachtungspraxis gibt.

In diesem Zusammenhang wäre es wichtig zu untersuchen, welche Rolle die Einstellung zu dem sogenannten Anspruchsverhalten von Patienten spielt. KIRCHBERGER hat in einem grundlegenden Artikel die historische Entwicklung der These vom Anspruchsverhalten und neurotischen Rentenbegehren seit der Schaffung der Sozialversicherungen dargestellt. Er kommt zu dem Ergebnis, daß mit den Begriffen Simulation, Rentenneurose und Begehrlichkeit ein sozialpolitisches Kampfinstrument entwickelt wurde, welches Leistungseinschränkungen in der Sozialversicherung zum Ziele hat. Es wäre eine wichtige Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, anhand der erhobenen medizinischen und sozialen Daten die in den letzten Jahren wieder

verschärft geführte Diskussion um das vermeintliche Anspruchsdenken von Patienten kritisch zu untersuchen.

Die Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbegriff

So sehr es zu einem Allgemeinplatz geworden ist, daß der organzentrierte Krankheitsbegriff unzureichend ist, so wenig hat die Schulmedizin bis heute psychodynamische und psychosoziale Betrachtungsweisen integriert. Es muß davon ausgegangen werden, daß auch in der Begutachtungspraxis durch die Gesundheitsämter Ergebnisse der medizinischen Psychologie, der medizinischen Soziologie und Psychiatrie noch nicht ausreichend verankert sind. Für den Bereich der Rechtssprechung durch die Sozialgerichte hat SCHIMANSKI dargelegt, wie groß das Defizit an psychosomatischer Orientierung in den angeforderten ärztlichen Gutachten ist.

Auch in den amtsärztlichen Begutachtungen dominiert noch der organzentrierte Krankheitsbegriff, so daß die Gefahr der Unterbewertung von geäußerten Beschwerden besteht, die sich der Methodik der körperlichen Untersuchung, der Labor- und Apparatediagnostik entziehen. KAHNT spricht z.B. davon, daß "neurotische Arbeitsstörungen" und "psychovegetative Syndrome" bei Studenten, die Prüfungsangst geltend machen, lediglich zeitgemäße Umschreibungen von Faulheit und mangelnder Energie bedeuten. Die jungen Leute müßten nur härter gegen sich selbst werden, etwa halb so hart wie die Älteren durch Erziehung und Lebensschule geworden seien. Der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation sei eine überzogene Utopie. Diese bei KAHNT vorliegende pauschale Abwertung einer psychodynamischen Betrachtungsweise dürfte zwar kaum repräsentativ für die Begutachtungspraxis in den Gesundheitsämtern sein. Es bleibt aber die Frage, wie die begutachtenden Ärzte in der Alltagsarbeit in die Lage versetzt werden können, psychosomatischen Beschwerden denselben Stellenwert zuzumessen wie organisch bedingten Befindlichkeitsstörungen. Auch für diesen Bereich gilt die Forderung, die Erfahrungen aus der täglichen Begutachtungspraxis darzustellen, auszuwerten und sie damit einer wissenschaftlichen Diskussion zugänglich zu machen.

Die Integration arbeitsmedizinischer Erkenntnisse

Bei einer Vielzahl von Begutachtungen spielt die Kenntnis der Arbeitssituation und die Einschätzung der gesundheitlichen Eignung für berufliche Tätigkeiten eine entscheidende Rolle. Der begutachtende Arzt muß somit mit der konkreten Arbeitsplatzsituation vertraut sein und über arbeitsmedizinische Grundkenntnisse verfügen. Die Umsetzung dieser Forderungen stößt nicht zuletzt deshalb auf Schwierigkeiten, weil die Entwicklung der Arbeitsmedizin und der betriebsärztlichen Dienste in der Bundesrepublik den Bereich des öffentlichen Dienstes weitgehend ausgespart hat. Der Schwerpunkt arbeitsmedizinischer Theorie und Praxis liegt nach wie vor im Bereich des industriellen Gewerbes. Von welcher elementarer Bedeutung arbeitsmedizinisches Wissen für die Begutachtungspraxis ist, hat SCHIMANSKI am Beispiel der Sozialgerichtsverfahren ausführlich nachgewiesen.

Eine zukunftsorientierte Begutachtungspraxis in den Gesundheitsämtern wird sich dieser Herausforderung stellen müssen; Begriffe wie "gesundheitliche

Eignung" und "Dienstfähigkeit" dürfen ohne aus der konkreten Arbeitswelt gewonnene Kriterien keinen Bestand haben. Auf welchem Wege arbeitsmedizinische Erkenntnisse stärker in den öffentlichen Gesundheitsdienst integriert werden können, läßt sich sicher kontrovers diskutieren. In welcher Beziehung auch immer der dringend erforderliche Aufbau einer arbeitsmedizinischen Betreuung im öffentlichen Dienst zu den Gesundheitsämtern stehen mag: der Erwerb und die Vertiefung arbeitsmedizinischer Erkenntnisse sollten zum wichtigen Bestandteil der Fortbildung für Ärzte aus den Gesundheitsämtern werden.

Anhand ausgewählter Beispiele möchte ich im folgenden darstellen, welche Konsequenzen aus der oben entwickelten grundsätzlichen Kritik abgeleitet werden müßten:

1. Die bislang gültige Praxis der Einstellungsuntersuchungen für Arbeiter, Angestellte und Beamte des öffentlichen Dienstes bedarf einer grundlegenden Neuorientierung. ZENKER hatte in einer ersten retrospektiven Untersuchung die Sinnhaftigkeit der klassischen Einstellungspraxis grundlegend in Frage gestellt. Er wies nach, daß die Effizienz der Einstellungsuntersuchungen in dem beobachteten Zeitraum äußerst gering war und daß die an dem jeweiligen Arbeitsplatz geforderten Leistungen und Belastungen insgesamt zu wenig Berücksichtigung im Untersuchungsgang fanden.

Weitere Untersuchungen des Wirksamkeitsgrades und der Zielrichtung amtsärztlicher Einstellungsuntersuchungen sind dringend erforderlich, wenn dieser klassische Bereich amtsärztlicher Tätigkeit nicht bis auf rudimentäre Reste austrocknen soll. Die Abkoppelung der Einstellungsuntersuchungen von Angestellten und Arbeitern hat ja bereits begonnen. Es stellt meines Erachtens eine vordringliche Aufgabe dar, die vorhandenen Differenzierungen bei den Einstellungsuntersuchungen nach dem unterschiedlichen Dienststatus Beamter, Angestellter oder Arbeiter als längst nicht mehr zeitgemäßes Relikt darzustellen. Die aus dem uneinheitlichen Dienstrecht abgeleiteten unterschiedlichen Kriterien der Begutachtung im amtsärztlichen Bereich lassen sich jedenfalls sozialmedizinisch ganz sicher nicht länger aufrechterhalten. Eines der in diesem Zusammenhang auftauchenden Probleme ist die immer noch geforderte Prophetie, ob ein zur Verbeamtung anstehender Bewerber mit großer Wahrscheinlichkeit das Pensionierungsalter gesund erleben wird. Diese aus medizinischer Sicht eindeutig unsinnige Fragestellung sollte endgültig in den Bereich der Fabeln verwiesen werden.

Die einzig sinnvolle Fragestellung scheint mir zu sein - und dies müßte natürlich letztlich auch zu Änderungen der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen führen -, ob bei einem Bewerber im Rahmen der Einstellungsuntersuchung gesundheitliche Bedenken gegen die Übernahme einer konkreten Berufstätigkeit bestehen, um zum einen den Bewerber vor einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes durch die Arbeit zu schützen und zum anderen den Gegebenheiten des jeweiligen Arbeitsplatzes - z. B. den erforderlichen Sicherheitsbestimmungen - Rechnung zu tragen. Dabei ist es aus meiner Sicht sozialmedizinisch nicht zu verantworten, die Einstellungsuntersuchung für Arbeiter und Angestellte anders zu gewichten als die Untersuchung eines Beamtenanwärters, die zumindest aus arbeitsmedizinischer Sicht oftmals wesentlich weniger brisant erscheint.

2. Es ist ein Charakteristikum der vertrauensärztlichen Tätigkeit in den Gesundheitsämtern, daß der Amtsarzt dann tätig wird, wenn sich gesundheitliche Probleme bei einem Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes so chronifiziert haben, daß die anfordernde Dienstbehörde nur noch die Frage nach der weiteren Dienstfähigkeit stellt. Diese Tatsache muß nicht nur zu einer Verbitterung der begutachtenden Ärzte führen, sie verweist vielmehr auch darauf, welch ungeheueres Defizit an fürsorgischer Denkweise und präventiv orientierter Medizin sich objektiv in der Zusammenarbeit von Dienstbehörden und Gesundheitsämtern entwickelt hat. Dieses Problem verschärft sich in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen. Dies aufzuzeigen und die Chancen einer Integration von Gesundheitsvorsorge und Begutachtungspraxis zu nutzen bzw. einzufordern, sollte von den amtsärztlichen Abteilungen im Dialog mit den zuständigen Dienststellen thematisiert werden.
Besonders deutlich wird dieser Konflikt im Bereich der Suchtkranken. Noch immer werden die sich zuspitzenden Konflikte am Arbeitsplatz durch Suchtprobleme von allen Beteiligten zu sehr verdrängt oder ausschließlich disziplinarisch verfolgt. Am Ende einer in der Regel langjährigen Suchtkarriere soll dann der Amtsarzt zur Frage der Dienstfähigkeit Stellung nehmen, was de facto auf die Bitte an den Amtsarzt hinausläuft, den vorzeitigen Ruhestand aus Krankheitsgründen zu empfehlen. Ziel einer sozialmedizinisch orientierten Arbeit in den Gesundheitsämtern müßte demgegenüber sein, sich in die nach wie vor in großem Umfang erforderliche Aufklärungsarbeit über das Problem der Suchtkrankheiten einzubringen und mit den zuständigen Dienststellen, Personalräten, Vertrauensleuten und den Betroffenen selber langfristig zu erreichen, daß Suchtprobleme frühzeitig aufgegriffen werden. In diesem Zusammenhang kann auch der Arzt im Gesundheitsamt zu einem wichtigen Vermittler im Therapienetz werden, im Idealfall im Zusammenhang mit einem funktionierenden Sozialpsychiatrischen Dienst.
3. Einen besonders sensiblen Bereich amtsärztlicher Begutachtung stellen die Untersuchungen für die Träger der Sozialhilfe im Rahmen der gemeinnützigen und zusätzlichen Arbeit nach dem BSHG dar. Die traditionell als Pflichtarbeit bezeichnete gemeinnützige und zusätzliche Arbeit nach dem BSHG war in den letzten Jahren auch in Bremen Gegenstand heftiger Kontroversen. Eine Selbsthilfegruppe erhob schwerwiegende Vorwürfe, die die Praxis der Arbeitshilfe in die Tradition der Zwangsarbeit einordnete.
Der Bremer Senat wies demgegenüber darauf hin, daß bei aller Problematik, die mit den §§ 18 bis 20 und 25 des BSHG verbunden sei, die "Hilfe zur Arbeit" grundsätzlich als Hilfsangebot verstanden werde: "Der Senat lehnt es ab, die Verpflichtungen zu gemeinnütziger Arbeit als Abschreckungsmittel gegen die Inanspruchnahme von Sozialhilfe einzusetzen. Der Senat hat die Sozialämter deswegen angehalten, Arbeitshilfe als freiwilliges Mittel zur Selbsthilfe anzubieten."
Die sozialen Dienste sind im Vorfeld der Vermittlung von gemeinnütziger und zusätzlicher Arbeit eingeschaltet, um konkret im Einzelfall zu prüfen, ob der Anspruch, daß Hilfe zur Arbeit tatsächlich ein Hilfsangebot ist, auch gewährleistet werden kann. Wir haben unsererseits damit begonnen, eine Auswertung der Sozial- und Gesundheitsdaten derjenigen Sozialhilfeempfänger vorzunehmen, die uns von den Sozialämtern wegen gesundheitlicher Bedenken zur Untersuchung geschickt wurden. Im Gespräch mit dem Sozialamt wurde vereinbart, daß den begutachtenden

Ärzten detaillierte Informationen über die geplante oder durchgeführte Tätigkeit übermittelt werden, damit die Kriterien für die Arbeitsfähigkeit konkret und individuell dargestellt werden können. Die bisherige Erfahrung zeigt, daß bei einem bestimmten Kreis der in der Vergangenheit untersuchten Sozialhilfeempfänger von vornherein die Frage der Arbeitsfähigkeit aufgrund der sozialen Situation hätte verneint werden können. Es ist eine wichtige Aufgabe, in enger Kooperation mit den Trägern der Sozialhilfe dem Ziel näherzukommen, die Regelung des BSHG zur gemeinnützigen und zusätzlichen Arbeit nicht in Zeiten der Massenarbeitslosigkeit zu einem nicht tolerablen Druckinstrument werden zu lassen.

4. Ein weiteres Beispiel der Zusammenarbeit mit den Trägern der Sozialhilfe stellt die Regelung nach § 36 BSHG (vorbeugende Gesundheitshilfe) dar. Aufgrund der Neufassung des § 36 wurden wiederum amts- oder vertrauensärztliche Gutachten für die Erholungskuren für Kinder, Jugendliche und Mütter erforderlich. In Gesprächen mit den zuständigen Ämtern und Gremien haben wir geltend gemacht, daß in den allermeisten Fällen die soziale Indikation für derartige Mutter-Kind-Kuren im Vordergrund steht und daß aus diesem Grunde die Bewilligung derartiger Kurmaßnahmen inhaltlich schwerpunktmäßig in den Bereich der Sozialarbeit fällt. Es wurde dann vereinbart, daß von seiten des Gesundheitsamtes im Regelfall nach Aktenlage unter Vorlage von Hausarzt-Attesten und der Darstellung der sozialen Situation entschieden wird und nur in begründeten Ausnahmefällen die Betroffenen zur Untersuchung ins Hauptgesundheitsamt einbestellt werden. Dies Beispiel macht deutlich, daß sich im Falle von Neuregelungen von Verwaltungsvorschriften im Kontakt mit den Trägern der Sozialhilfe und Wohlfahrtsverbände Lösungen erreichen lassen, die den Betroffenen unzumutbare zusätzliche Untersuchungen im Gesundheitsamt ersparen helfen.

Fazit

Es war mein Anliegen, mit diesen Ausführungen darauf hinzuweisen, daß die beiden entscheidenden Säulen des öffentlichen Gesundheitsdienstes auch auf die amtsärztliche Begutachtungspraxis einwirken: auf der einen Seite die Ebene der staatlichen Gesundheitsaufsicht, auf der anderen Seite die Ebene der kommunalen Gesundheitsfürsorge. Beiden Problemen sollten die Gesundheitsämter sich offensiv stellen, indem stärker als bisher die Einheit von Begutachtung und sozialmedizinisch orientierter Betreuung praktiziert wird. Gerade in der jetzigen Phase, in der die Gesetzgeber über die Ablösung des Vereinheitlichungsgesetzes beraten, ist es unabdingbar, daß die Gesundheitsämter ihre Aufgaben selbst formulieren. Dies wird aber nicht gelingen, wenn Geschichte und Gegenwart der Begutachtungspraxis nicht theoretisch und empirisch untersucht werden. Dies ist gegenwärtig dringender denn je, wenn sich die Gesundheitsämter nicht endgültig an den Rand des Gesundheitswesens drängen lassen und mit staatlich zugewiesenen Resten amtsärztlicher Begutachtung zufrieden geben wollen.

L i t e r a t u r

ARNOLD, H.
Der hauptamtliche Gutachter
Öff. Gesundh.-Wes. 36 (1974) S. 501 - 504

HÄUSSLER, S.
Zeugnisse und Gutachten des niedergelassenen Arztes
Öff. Gesundh.-Wes. 36 (1974) S. 505 - 508

KAHNT, R.
Über Sinn und Unsinn amtsärztlicher Begutachtung
Öff. Gesundh.-Wes. 44 (1982) S. 28 - 31

KIRCHBERGER, St.
Anspruchsverhalten und Neurose. Zur Entstehung und Funktion einer sozial-
politischen Argumentationsfigur
Öff. Gesundh.-Wes. 40 (1978) S. 555 - 577

LABISCH, A.
Entwicklungslinien des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland.
Vorüberlegungen zur historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge
Öff. Gesundh.-Wes. 44 (1982) S. 745 - 761

SCHIMANSKI, W.
Beurteilung medizinischer Gutachten
Berlin - New York: 1976

WEINHOLD, E.
Das Attest auf Verlangen
Öff. Gesundh.-Wes. 36 (1974) S. 509 - 514

ZENKER, H.-J.
Zur Problematik von Einstellungsuntersuchungen im öffentlichen Dienst.
Analyse von Einstellungsuntersuchungen durch das Hauptgesundheitsamt
Bremen und Implikation für den Aufbau eines betriebsärztlichen Zentrums für
den öffentlichen Dienst.
Amtsarztarbeit 1984

SCHRIFTENREIHE DER AKADEMIE
FÜR ÖFFENTLICHES GESUNDHEITS-
WESEN IN DÜSSELDORF

Band 12

1985

50 Jahre Gesetz
über die Vereinheitlichung
des Gesundheitswesens

Tagung zur Geschichte und Zukunft
des öffentlichen Gesundheitsdienstes

in Zusammenarbeit mit dem Senator
für Gesundheit und Sport, Bremen, und
der Nordwestdeutschen Gesellschaft
für Sozialhygiene e. V., Düsseldorf,

am 18. und 19. Mai 1984 in Bremen
