

Dietrich Milles, Rainer Müller (2001) Vortrag: „Ausweitung der Versorgungsstrukturen/Konzepte und Institutionalisierung von Verhältnis- und Verhaltensprävention zu Beginn des 20. Jahrhunderts“, Symposium „Gesundheit in Gesellschaft. Historische Grundlagen und zukünftige Entwicklung von Versorgungsstrukturen und Präventionskonzepten“, Hannover 1./2. März 2001

Gewerbehygiene und Arbeitsmedizin

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts ist das Verhältnis von Versorgung und Prävention von Arbeitsweltrisiken bzw. gesundheitlichen Arbeitsschäden in Deutschland bestimmt durch die institutionelle Gliederung und Logik des Bismarckschen Sozialversicherungssystems. Die „Arbeiterversicherung“ wurde in 80er Jahren des 19. Jahrhunderts auf den Weg gebracht. Mit dieser Politik wurde ein spezifischer deutscher Pfad der sozialen Sicherung gegenüber den Wechselfällen des Lebens und der industriellen Pathogenität beschritten.

Dass besondere Systeme sozialer Sicherung, mit dem Gesundheitsgefährdungen zwischen Arbeiterschutz und Arbeiterversicherung behandelt wurden, ist eine Konstruktion, die in den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts unter dem Eindruck der schweren und lang anhaltenden Wirtschaftskrise, der sogenannten Großen Depression, entworfen wurde. Der Aufbau des Sozialversicherungssystems in den 80er Jahren (1882 Kranken-, 1884 Unfall-, 1889 Rentenversicherung) erfolgte als gesellschaftspolitische Integration auf dem Hintergrund einer bedrohlich anwachsenden Arbeiterbewegung und gesellschaftlich ungleich verteilter Gesundheitsgefährdungen. In dieser praktischen gesellschaftlichen Einbettung entwickelte sich eine öffentliche Gesundheitspflege, sozial verstandene Medizin und „Hygienisierung“ der Arbeits- und Lebenswelten (Labisch 1992). Statistik, d.h. also Berichterstattung über industrielle Risiken, Morbidität und Mortalität, sollte Prävention begründen und zu Maßnahmen auffordern. Klinik war aufgefordert, den Versorgungsbedarf zu decken. Im Fortlauf der Entwicklungen hat sich allerdings deutlich stärker der gesellschaftspolitische Auftrag der Klinik dargestellt als die Entwicklung der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsberichterstattung mit den entsprechenden Aufforderungen zur Prävention. Mit der Unfallversicherung von 1884 wurde eine Konstruktion aufgebaut, die in beispielhafter Weise die soziale Problematik der industriellen Pathogenität verfasste, aber zugleich in eine enge Sichtweise und begrenzte präventive Praxis lenkte.

Vor den Sozialversicherungsgesetzen galt das Haftpflichtgesetz von 1871. Gemäß der *Unrechtshaftung* (Verschuldenshaftung) muss derjenige für einen von ihm verursachten Schaden einstehen, der in der Nichtbefolgung normierter oder allgemein anerkannter und sozial verträglicher Verhaltenspflichten einen Schaden schuldhaft herbeigeführt hat. Allerdings waren gesundheitlich geschädigte Arbeiter nur sehr selten in der Lage, diesen Rechtsanspruch konkret durchzusetzen.

Mit der nun über hundert Jahre alten Unfallversicherung wurde für bestimmte, industrialisierte Bereiche hingegen die *Gefährdungshaftung* eingeführt, weil die überkommenen Regelungsprinzipien ihren Zweck nicht erreichten. Denn der Schuldnachweis war bei Unfällen von Arbeitern kaum zu erbringen, wohingegen das Unternehmertum, das der Staat im Sinne sozialadäquaten Verhaltens fördern wollte,

angesichts der wachsenden Schädigungen durch Unfälle und Krankheiten diskreditiert wurde. Die Gefährdungshaftung trennte die Sicherungsleistung von den ursächlichen Zusammenhängen des Versicherungsfalles, wodurch nur ein allgemeiner Anspruch für Arbeiter entstand, vor allem aber die Unternehmer aus der Pflicht genommen wurden. Mit Krankenkassen und Unfallversicherungen (Berufsgenossenschaften) konnten nun staatlich geforderte Fonds gebildet werden, mit denen entstehende Lasten flexibel umverteilt und kontrolliert wurden.

Die Unfallversicherungen, die 1885 ihre Tätigkeit aufnahmen, waren für den Bereich des praktischen Gesundheitsschutzes ihrer Mitgliedsunternehmen zuständig. Mitglied der Berufsgenossenschaften und Träger der Selbstverwaltung waren die einzahlenden Unternehmen, nicht die betroffenen Arbeiter. Die Berufsgenossenschaften sorgten daher für gewisse Grenzen der Belastung und damit der finanziellen Ansprüche der verunfallten geschädigten Arbeiter gegenüber dem Unternehmer. Sie taten dies aber eher in der Absicht, die Konkurrenzbedingungen anzugleichen. Zugleich waren die Firmen zwar in gewisse Gefahrenklassen eingeteilt, die wiederum mit höheren Beiträgen verbunden waren, doch war über diesen kleinen Unterschied kein Anreiz zu verstärktem Gesundheitsschutz zu erreichen. Schließlich zahlten die Unternehmer pauschal in die Berufsgenossenschaften ein, weshalb die spezifischen Schadensregulierungen der Berufsgenossenschaften von dem ursächlichen Zusammenhang mit den konkreten Arbeitsbedingungen abgekoppelt waren. Der ursächliche Zusammenhang interessierte vor allem als juristisches Problem der Schadensanerkennung; das Problem sozialpolitischer Intervention in gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen blieb auf einzelne technische Unfallverhütungsvorschriften reduziert.

Solche Eingriffe erfordern im Grunde genommen eine gesellschaftliche Legitimation, wie sie beispielsweise bei Seuchengefahren oder bei dem Schutz von Frauen und Kindern als potentielle Mütter oder Soldaten obrigkeitlich formuliert wurde. Diese Stelle nahm nun die Solidargemeinschaft der Versicherten – im Falle der Berufsgenossenschaft die Unternehmen – ein, die im allgemeinen Interesse von jedem versicherten Betrieb eine gewisse Verantwortlichkeit einforderte.

In dieser interessanten Konstellation der Unfallversicherungen entstand das Unfallparadigma und verband gesellschaftliche Legitimation mit juristischer und medizinischer Beurteilung des einzelnen verunfallten Arbeiters. Der Unfallbegriff blieb seitdem – wie das Sozialversicherungssystem insgesamt – erstaunlich unverändert.

Ein Arbeitsunfall wird juristisch als ein

- auf äußeren Einwirkungen beruhendes,
- körperlich schädigendes,
- zeitlich eng begrenztes Ereignis definiert,

das mit einer versicherten Tätigkeit ursächlich zusammenhängt.

Unfallverletzte waren medizinisch-ärztlich zu versorgen und ihr Lohnausfall finanziell zu entschädigen. Die Geschichte der Unfallmedizin als Folge u.a. der Finanzierungsmodalitäten der eingerichteten Unfallversicherung soll hier nicht weiter verfolgt werden. Ebenso wenig soll der Frage nachgegangen werden, wie die Lohnfortzahlung bzw. die finanzielle Kompensation, also Verletzten- oder Hinterbliebenenrente, geregelt wurde. Vielmehr ist zu fragen, welche

Schlussfolgerungen für Prävention aus den gesundheitlichen Risiken der Lohnarbeit mit ihren Schädigungen sowie den Versorgungserfahrungen gezogen wurden, die dem Unfallparadigma gemäß definiert wurden.

Die Antworten hierauf hatten immer das Problem der sogenannten doppelten Kausalität im Einzelfall zu klären. Die haftungsbegründende Kausalität betrifft den Zusammenhang zwischen versicherter Arbeitstätigkeit und Unfallereignis, die haftungsauslösende Kausalität betrifft den Zusammenhang zwischen Ereignis und Körperschaden. Beide Kausalzusammenhänge stellen eine schwere Bürde für Wirkungsnachweise und Folgenbeurteilung dar. Die Beweiserhebung und Bewertung dieser doppelten Kausalität in hunderttausenden bzw. millionenfachen Einzelfällen durchzieht die Geschichte der juristisch-medizinischen Regelungen in diesem Bereich zieht. Die *Gefährdungen* für Leben und Gesundheit bei (industrieller) Lohnarbeit waren weder Gegenstand systematischer Bestandsaufnahmen, wie es erst heute der § 5 des Arbeitsschutzgesetzes von 1996 eigentlich von jedem Unternehmen verlangt, noch war die Gefährdung Angelpunkt normativer Zielsetzungen und politischer Programme des Arbeiterschutzes, auch nicht der Sozialversicherungen, wie Unfallversicherung, Kranken oder Rentenversicherung. Problematisch waren einzig und allein die eingetretenen *Körperschäden*, die zu ungleichen Bedingungen in je einzelnen Branchen führten und die soziale Unruhe (Streiks) auslösen konnten. Schäden galt es zu kompensieren und daher rührende Revolte zu kontrollieren. Kompensatorische Regulierung des Einzelfalles durch ein juristisch-medizinisch bestimmtes Verfahren übernahmen die Berufsgenossenschaften. Sie etablierten sich als die Einrichtungen, die gesellschaftliche Verantwortung übernahmen. Intermediäre Instanzen, nämlich Kranken- und Unfallversicherung, organisierten die Reduktion des sozialen Problems ‚Industrielle Pathogenität‘ durch Prävention bzw. menschen- oder gesundheitsgerechter Gestaltung von Arbeitsbedingungen auf lediglich Unfallverhütung. Das Zusammenspiel von Krankenkasse als Auffangbecken für Arbeiterkrankheiten bzw. arbeitsbedingten Erkrankungen mit der Unfallversicherung, welche zunächst nur für Arbeitsunfälle und erst ab 1925 auch für 11 definierte Berufskrankheiten zuständig war, führte zu einer Verengung der Problemsicht auf die industrielle Pathogenität. Die vorgestellte Konstruktion des Unfalles im Sinne der Unfallversicherung geschah historisch auf dem Hintergrund der Eisen- und Stahlindustrie, des Bergbaus und anderer Wirtschaftszweige, in denen die Industrialisierung mit großen Antriebsmaschinerien, vor allem der Dampfkraft, betrieben wurde. Die Kausalitätsproblematik schien im Kern technisch lösbar.

Zum Ende des Jahrhunderts allerdings verstärkten sich neue industrielle Entwicklungen und entsprechende Risikostrukturen, nämlich die Chemisierung der Produktion. Es kam zu akuten wie schleichenden Vergiftungen. Es stellte sich die Frage, ob Vergiftungen als Unfälle angesehen werden können und damit in die Zuständigkeit der Unfallversicherungen mit entsprechenden Folgen für Entschädigung, medizinische Behandlung und Prävention fallen würden. Betroffene Arbeitnehmer artikulierten unzumutbare Gesundheitsgefährdungen, Gewerkschaften nahmen dies als Beispiel sozialer Ungerechtigkeit und Sozialdemokraten forderten im Reichstag wirklich greifende Maßnahmen; das gemeinschaftliche Interesse im Umgang mit diesen, bislang in der Sozialversicherung marginalisierten Risiken musste daher neu formuliert werden.

Der Berliner Toxikologe Louis Lewin meldete Zweifel an, ob die erkenntnistheoretischen Schwierigkeiten bei der Kausalitätsbeurteilung im Wechselverhältnis von medizinischer Kompetenz und juristischer Entscheidung den einzelnen Vergiftungsfällen überhaupt gerecht werden.

Seine grundsätzlichen Zweifel verfasste Lewin in einem Vortrag über „Die Grundlagen für die medizinische und rechtliche Beurteilung des Zustandekommens und des Verlaufs von Vergiftungs- und Infektionskrankheiten im Betriebe“, den er am 19. und 20. Februar 1907 im Reichsversicherungsamt hielt.

Lewin machte auf die Schwierigkeit aufmerksam, juristische Entscheidungen auf der Basis medizinischer Aussagen zu fällen. Die Rechtsprechung frage nach „Sicherheit“ und „Wahrscheinlichkeit“, eines Zusammenhanges zwischen Wirkung und Ursache, die Medizin könne aber streng genommen nur „Möglichkeiten“ aufdecken. Am Beispiel der gewerblichen Vergiftungen zählte Lewin die heute noch wichtigen Schwierigkeiten der medizinischen Diagnostik und Begutachtung auf:

- Definition von Krankheit, Gift, Vergiftung
- Vergiftungskrankheiten als Gegenstände öffentlich rechtlicher Fürsorge
- Berührungsdauer, Menge, Konzentration eines Giftes
- Eindringen von Gift in Körper, dortiges Verbleiben, Umwandlung, Ausscheidung, Ablagerung
- persönliche Veranlagung für Aufnahme und Verlaufsart
- natürliche regulatorische Vorgänge im Körper (Selbstreinigung)
- Spätwirkungen
- besondere Eigenschaften der Stoffe und besondere Vergiftungen
- indirekte Krankheitsursachenfeststellung
- wiederholte Vergiftung.

Lewin forderte, solche chronischen Gesundheitsgefährdungen als Abfolge einzelner Unfälle anzuerkennen und wie Unfälle zu entschädigen.

Das als Behörde und oberste Entscheidungsinstanz zuständige Reichsversicherungsamt lehnte bis in den 1. Weltkrieg hinein „für Schäden und Krankheiten, welche der Beruf allmählich in längeren Zeiträumen erzeugt, einen Entschädigungsanspruch auf Grund des Unfallgesetzes kategorisch ab, so z.B. die während eines Arbeitstages in der hohlen Hand entstandene Druckblase oder eine Schwerhörigkeit durch fortgesetzte Detonationen beim sogenannten Anschießen (Abfeuern von Gewehren durch die Büchsenmacher zur Kontrolle und Korrektur). Es fehlte jeweils sowohl der Nachweis der Plötzlichkeit, als auch eines Ereignisses, das das Betriebsübliche (nämlich „die Natur des Betriebes“, Gewerbeordnung von 1869 bis 1996 gültig) übersteigt.

Von den Berufsgenossenschaften wurde die Haltung des Reichsversicherungsamtes begrüßt, weil somit die klare Abgrenzung zur Krankenversicherung gegeben war und der Zugang zu den besseren Leistungen der Unfallversicherung stark begrenzt wurde. Eindeutig fielen demnach Risikotatbestände, wie die Beschäftigungen mit gewerblichen Giften, z.B. Blei, Phosphor, Quecksilber, Arsen, Anilin, Nitrobenzol usw., nicht unter den Begriff des Unfalls. Auch Nystagmus, Schwerhörigkeit z.B. Kesselschmiede, Hauterkrankungen z.B. der Metallarbeiter oder Maler, degenerative rheumatische Erkrankungen der Gelenke konnten seitens der Berufsgenossenschaften nicht als Unfälle anerkannt werden. Arbeitsbedingte

Gesundheitsgefahren wurden in der Sicht der Unfallversicherungen nur als Unfälle wahrgenommen, wenn sie denn überhaupt der Berufsgenossenschaft gemeldet wurden.

So lautete der erste Leitsatz von Dr. med Fritz Curschmann, dem führenden Werksarzt der chemischen Großindustrie und wichtigsten Gutachter der Berufsgenossenschaften in Vergiftungsfällen, zur Frage der Einbeziehung von Berufskrankheiten und Vergiftungen in die Unfallgesetzgebung während der Verhandlungen des III. Internationalen Medizinischen Unfallkongresses, der 1912 in Düsseldorf stattfand:

„Die Berufserkrankung unterscheidet sich vom Unfall dadurch, daß sie auf Grund wiederholter oder längere Zeit andauernder Einwirkungen entsteht, die in der Arbeitsweise oder den durch sie bedingten Umständen begründet sind, von denen jede einzelne nicht imstande wäre, eine bemerkenswerte Körperschädigung zu verursachen.“ (Curschmann 1912)

Daher forderte Curschmann seinerzeit noch eine „spezielle, dem Wesen dieser Erkrankungen angepasste Gesetzgebung“ (Ebenda). Diese Perspektive stellte sich angesichts der schwierigen Verhandlungen über die Ausdifferenzierung der Sozialversicherung im Gefolge der Reichsversicherungsordnung, aber auch angesichts der internationalen Beispiele für eine Gleichbehandlung von Unfällen und Berufskrankheiten (Schweiz, England) (May, Bird 1993) als nicht realistisch heraus. Chemische Industrie, Berufsgenossenschaften und Werksärzte setzten sich seit 1912 dann verstärkt unter den Bedingungen des 1. Weltkrieges und später nach Auflage des Washingtoner Abkommens mit der Ausdehnung der Unfallversicherung auseinander (Milles, Müller 1985).

Wichtig war aus der Sicht der Berufsgenossenschaften, ob die medizinischen Experten für die Definition des Unfalls klare naturwissenschaftliche Elemente anführen konnten. So betonte Curschmann 1914, dass die medizinische Wissenschaft und insbesondere die Ärzte noch nicht in der Lage wären, den mit einer Ausdehnung der Unfallversicherung gestellten Aufgaben gerecht zu werden. Zugleich hielt er die „Erweiterung des ärztlichen Wissens über die Berufskrankheiten“ für „ein Haupterfordernis zur Durchführung ihrer Sondersversicherung“. Dies verband er mit der Auffassung, dass eine sozialpolitische Maßnahme nicht ergriffen werden dürfe, solange keine unangefochtene medizinische Erkenntnis vorliege. Nach seiner Meinung müsse davon ausgegangen werden, dass kein ursächlicher Zusammenhang zwischen Berufsarbeit und Erkrankung bestehe, solange dieser nicht exakt nachgewiesen sei (Bundesarchiv, Dokumente 1914). Die zeitliche Spanne zwischen ursächlicher Einwirkung und Schadenswirkung unterstützte also eine restriktive Auffassung von sozialpolitischen Aufgabenstellungen, nämlich Wahrnehmung und Berichterstattung von arbeitsbedingten Erkrankungen bzw. Berufskrankheiten, deren Kompensation und Prävention. Als Arbeiterkrankheiten fielen sie in die Zuständigkeit von Krankenkassen (Arbeitsunfähigkeit) bzw. Rentenversicherungen (Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit). Als Gegenstand der Prävention waren sie im Aufgabenfeld der Unfallversicherung bzw. der staatlichen Gewerbeaufsicht marginalisiert.

Die historische Entstehung und Wirksamkeit der Berufskrankheitsverordnung von 1925 prägte auch eine auf soziale Integration ausgerichtete Aufgabenstellung in der medizinischen Professionalisierung. Die Ausdehnung der Unfallversicherung auf

Berufskrankheiten forderte die Unterscheidung zwischen quasi natürlichen und zu akzeptierenden Gesundheitsrisiken und solchen, die bestimmte Gruppen von Beschäftigten vergleichsweise häufig und über Gebühr betrafen; sie forderte weiterhin eine Unterscheidung zwischen solchen Gesundheitsrisiken, die dem normalen Lebensverlauf entsprachen und solchen, die besondere Maßnahmen des Übergangs in die Rente und des Arbeitnehmerschutzes forderten.

In den Verfahren zur Anerkennung einer Berufskrankheit urteilten Ärzte in zwei Richtungen: Sie mussten sich zu ursächlichen Zusammenhängen und Erkrankungen im Verlaufe eines Arbeitslebens äußern und sie mussten die kompensatorischen wie präventiven Leistungen der gewerblichen Berufsgenossenschaften begründen. Diese ärztlichen Gutachten waren zwar auf gesellschaftliche Integration der betroffenen Arbeitnehmer gerichtet, zugleich aber sozialpolitisch restriktiv strukturiert: Durch sie wurde Gesundheitsschutz entzündet und auf Sparflamme gebracht. Dieser Mechanismus in den Berufskrankheitenverfahren kann an der Beurteilung der Risikobiographie dargestellt werden.

Die Risikologen, die historisch im Zentrum stand, als die Ausdifferenzierung des Sozialversicherungssystems zur Debatte stand, waren, wie bereits gesagt, die gewerblichen Vergiftungen. Angeprangert wurden die offenkundig gewerblich produzierten Gesundheitsschädigungen in den „Giftküchen“ der Teerfabriken. Moniert wurde auch eine soziale Ungleichheit in der Unterscheidung zwischen Krankheit und Unfall: Weil die Leistungen der Unfallversicherung beträchtlich besser waren, erhielt ein Chemiarbeiter, der von der gleichen Substanz, aber durch einen umgefallenen Kessel vergiftet wurde, bessere Rente und medizinische Versorgung für sich und seine Familie als sein Kollege, der diesen Kessel täglich reinigen musste.

Die Ausdehnung der Unfallversicherung auf eine bestimmte Anzahl von Berufskrankheiten zielte nicht nur auf diese soziale Ungleichheit, sondern dehnte auch die Unfallverhütungs-Verpflichtung auf einen weiteren Teil industrieller Pathogenität aus. Zwar hatte der Präventionsgedanke im Haftungsrecht Nachrangigkeit, doch enthält die Berufskrankheitenverordnung eine Öffnung hin zur Schadensprävention. Dies erfolgte aber nur in solchen Fällen, in denen die versicherungsrechtlich entscheidende Frage nach dem Zusammenhang von beruflicher Tätigkeit und körperlicher Erkrankung klar und eindeutig beantwortet werden konnte.

Die Juristen delegierten die Beantwortung dieser Frage an Mediziner. Für die Medizin war die Beantwortung deshalb so schwierig, weil sie nicht über theoretische Konstruktionen und methodische Verfahren verfügte, die der juristischen Konstruktion einer „wesentlichen Bedingung“ oder „hinreichenden Wahrscheinlichkeit“ entsprachen. Hier war die Gewerbehygiene gefragt.

Der Stand der Gewerbehygiene blieb selbst in der Weimarer Republik trotz vieler Anstrengungen unbefriedigend. Es gab zwar eine Reihe von gewerbehygienischen Publikationen, die aus der Feder von Hygienikern, Toxikologen, Physiologen, Gewerbemedizinalbeamten, Betriebsärzten, Klinikern, Pathologen, Gerichtsmedizinern, Technikern und Statistikern stammten. Doch die Anregungen und Forschungsergebnisse waren zumeist labormedizinischer, experimenteller Natur. Die größten Schwierigkeiten bereitete der Zusammenhang von Ätiologie, Pathologie

und Prophylaxe bzw. von Diagnose und Therapie. Der gewerbehygienische Wissenschaftler war selten in der Lage, neue gewerbliche Gefährdungen und Schädigungen aufzudecken, weil ihm die Betriebe nur offen standen, wenn er seitens der Behörden oder der Industrie zu Gutachten oder bestimmten Untersuchungen herangezogen wurde. Häufiger stießen hingegen Kliniker durch Beobachtung mehrerer Fälle auf solche Schädigungen, wobei allerdings die Verbindung zu Ätiologie und Prophylaxe nicht unmittelbar gegeben war. Anregungen der Kliniker waren deshalb nicht zu erwarten, weil allgemein in der Anamnese wenig auf den Beruf und die Arbeitsbedingungen geachtet wurde. Doch auch die Arbeiter selbst und ihre Gewerkschaften wurden meist erst durch massives Auftreten bestimmter Schäden zu Aktivitäten veranlasst, denen manchmal genauere Untersuchungen der Zusammenhänge folgten. Ebenso verhinderte die freie Arztwahl und damit die Zersplitterung der Beobachtungen an bestimmten Orten eine systematische Berichterstattung zu Morbidität und Mortalität. Das statistische Material der Krankenkassen hätte ohne weiteres auf Schwerpunkte der Gefährdung hinweisen können. Versuche, Informationen der Ortskrankenkassen für eine arbeitsweltbezogene Krankheitsberichterstattung zu nutzen, hat es durch Initiative des ersten preußischen Gewerbearztes, Dr. Ludwig Teleky (Düsseldorf) mit rheinischen Ortskrankenkassen in den 20er Jahren gegeben. Eine konsequente fortlaufende systematische Berichterstattung kam jedoch nicht zustande.

Von der Logik des Sozialversicherungssystems wie von der naturwissenschaftlich-klinischen Medizin aus bedeutete ärztliche Professionalisierung im Gesundheitsschutz für Arbeiter die Verfeinerung der Diagnose, die gleichwohl angesichts chronischer und sozialer Krankheiten ungewiss im Bereich der „Möglichkeiten“ wie Louis Lewin sagte, bleiben musste. Im Spannungsfeld von Konstitution und Exposition wurde der Konstitution ein deutlich stärkeres Gewicht beigemessen. Gesundheitsschäden wurden in dieser Sicht eher der defizitären Konstitution, nicht zuletzt auch in rassenhygienischer bzw. genetischer Interpretation zugeschrieben. Gefragt waren im Begutachtungsverfahren von eventuellen Berufskrankheiten Experten für Einzelfälle.

Die historische Entwicklung der Gutachtermedizin im Kontext des Berufskrankheitenverfahrens zeigte, wie schwierig die Etablierung einer systematischen Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen war und ist. Sie beschäftigte sich in dem langwierigen oft Jahre dauernden Verfahren wesentlich mit Rekonstruktionen. Im Sinne der klinischen Medizin wird im nachhinein nach monokausalen Zusammenhängen zwischen Lohnarbeit und Krankheit geforscht, und zwar immer im Einzelfall. Nicht die Gesundheit ist das oberste Ziel, sondern „in erster Linie die Wiederherstellung eines Gliedes im Arbeitsprozess der Leistungsgesellschaft und die durch ... Therapie ermöglichte Kostenersparnis zugunsten der Versicherungsinstitution“ (Pflanz 1975). Es gibt keine zwingenden Schlussfolgerungen aus der klinischen Medizin und auch nicht aus der ambulanten (haus-)ärztlichen Versorgung für die Erforschung und Prävention der tatsächlich bestehenden, allgemeinen und täglich wirkenden Gefährdungen.

In diesen Verfahren zur Feststellung von Berufskrankheiten setzte sich schließlich das wirtschaftliche Interesse der Unternehmer und ihrer Berufsgenossenschaften durch. Die überwiegende Zahl der Entschädigungsansprüche wurde abgelehnt und auf die „Begehrlichkeit“ der Arbeiter zurückgeführt. Ging der betroffene Arbeiter, zumeist mit Unterstützung der Gewerkschaften, das Risiko des langen Verfahrens

ein, so traf er auf Ärzte, die ihr Gutachten im Auftrage der Berufsgenossenschaften erstellt hatten. Die Berufsgenossenschaften hielten sich eine Reihe von Ärzten, die mit solchen Gutachten einen nicht unbeträchtlichen Nebenverdienst verbuchten. Sie waren so stark von den Berufsgenossenschaften abhängig, dass der Ruf nach unabhängigen, staatlich angestellten Gutachtern laut wurde.

Wieso betrieben dennoch gerade sozial engagierte Ärzte den Ausbau des Sozialversicherungssystems, indem sie die Ausweitung der Unfallversicherung samt Unfallparadigma und restriktivem Verfahren forderten? Diese Frage verweist ebenfalls auf die Berufskrankheitenverordnung, die 1925 zum ersten Male erlassen wurde und bis zu den Arbeitsschutzrichtlinien der Europäischen Union der 80er und 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts den praktischen Gesundheitsschutz im Betrieb dominierte. Gewerkschaften und Sozialdemokratie und Teile der Zentrumspartei setzten sich für die Berufskrankheitenverordnung ein, die in einer Liste 11 Krankheiten bzw. Krankheitsursachen aufzählte, die wie Unfälle zu entschädigen sind. Auch die Hoffnung sozialpolitisch engagierter staatlicher Gewerbeärzte ging dahin, mit der Berufskrankheitenverordnung der Arbeitsmedizin eine rechtlich verankerte Bedeutung beizumessen, die Berichte über Berufskrankheiten zu sammeln, die gewerbehygienische Forschung zu entwickeln und Gewerbehygiene bzw. Arbeitsmedizin an den Medizinischen Fakultäten oder auch Technischen Hochschulen zu etablieren, schließlich auch die Unternehmer und Berufsgenossenschaften zu größeren Anstrengungen im Gesundheitsschutz zu veranlassen.

Das Gegenteil trat ein: Die praktischen Ärzte kümmerten sich wenig um die Meldepflicht verdächtiger Krankheiten, die Arbeitsmedizin wurde in die Verfahren zur Anerkennung der Berufskrankheiten verstrickt und ihre präventiven Aufgaben wurden weitgehend durch Gutachtertätigkeiten verdrängt, schließlich blieb die Zahl der anerkannten Berufskrankheiten –immer unbedeutend. Der erste Lehrstuhl für Arbeitsmedizin wurde in Westdeutschland 1968 etabliert und der Facharzt für Arbeitsmedizin 1976 nach dem Arbeitssicherheitsgesetz von 1974 eingeführt. In der DDR hat die Arbeitsmedizin eine frühere und stärkere Etablierung erfahren.

Zwar verpflichtet der § 3 Abs. 1 der Berufskrankheitenverordnung die Unfallversicherungsträger, mit allen geeigneten Mitteln der Gefahr einer Berufskrankheit entgegenzuwirken, doch ist diese Bestimmung auf individuellen Schutz entsprechend der Unfallverhütung ausgerichtet. Sie ist leicht zu hintergehen, weil sowohl eine besondere berufliche Gefährdung als auch ein besonderer körperlicher Zustand konkret nachgewiesen werden muss, damit bei einem Versicherten in absehbarer Zeit und mit Wahrscheinlichkeit die Entstehung einer Berufskrankheit erwartet werden muss (Gensch 1985). Wie der enge Begriff der Berufskrankheit selbst konnte auch diese Verpflichtung keine Effektivierung des Gesundheitsschutzes für Arbeiter erreichen.

In der Praxis des Gesundheitsschutzes für Arbeiter sind neben der Gutachtertätigkeit im Rahmen der Berufskrankheitenverordnung vor allem die Fabrik – bzw Betriebsärzte und die Landesgewerbeärzte zu berücksichtigen

Im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts war im Rahmen des Aufkommens der Öffentlichen Gesundheitspflege/Public Health sowohl eine sozialhygienische wie auch eine biologisch-technische Linie entwickelt worden, die sich nicht zu einer

integrierten theoretischen bzw. praktischen Public-Health-Konzeption verbanden, so auch in der Gewerbehygiene. In der gewerbehygienischen Praxis griffen einerseits beamtete Ärzte (Kreis- und Stadtärzte, später Landesgewerbeärzte), andererseits in Unternehmen angestellte Ärzte (Werks- und Fabrikärzte) das Verständnis von Hygiene mit einem biologisch-technologischen Grundverständnis auf und entwickelten dazu Handlungsoptionen.

Das praktische gesundheitsbezogene Programm der Gewerbehygiene in Fabrik und Stadt war zwar zunächst eingebunden in die allgemeinen Bestrebungen der öffentlichen Gesundheitspflege und sozialen Reform. Es wurde jedoch im Rahmen des staatlich geregelten Arbeiterschutzes und der betrieblichen Arbeitsorganisation auf produktionsbezogene rechtliche Rahmungen und auf personenbezogene Maßnahmen reduziert, wobei die eher der Sozialreform verpflichtete Sozialhygiene zu kurz kam.

Nach der klassischen, aus der Physiologie übernommenen Ursache-Wirkungs-Konzeption wurden Erkrankungen, die mit bestimmten Produktionsverfahren verbunden waren, von den Wirkungen aus bearbeitet. Hierbei ergaben sich zwei Bearbeitungen: a) Kapselung und b) Streuung. Technisch gekapselt wurde die Gefährdungsquelle, wie z.B. Treibriemen bzw. austretende Gase, Stäube, Dämpfe oder der Arbeiter, der Schutzanzug bzw. Atemschutzmaske. Eine technische Streuung der Gefährdung erfolgte über Ableitung der Gase, Stäube, Dämpfe über Absauganlagen bzw. Schornsteine mit der Folge von Verteilung der Gefährdung, was sich als saurer Regen mit den Folgen von Waldsterben niederschlug. Gesellschaftspolitisch gelang die Problemverdünnung durch Ablösung der Verschuldenshaftung des Unternehmers, weiterhin durch eine hohe Fluktuation überbeanspruchter Arbeiter, durch Externalisierung der erkrankten und gesundheitlich verschlissenen Beschäftigten in Arbeitslosigkeit und damit in die Zuständigkeit von Armenhilfe der Kommunen oder bei Erkrankung in die Zuständigkeit von Krankenkassen oder bei Verrentung in die Obhut der Rentenversicherung.

Praktisch ging es vor allem darum, die Reichweite gesellschaftspolitischer Maßnahmen, vor allem Interventionen in betriebliche Kontexte zu begrenzen. In der unterstellten Parallelität von industriellem Fortschritt und gesellschaftlicher Wohlfahrt hatten soziale Kompetenzen und Humanisierung des Arbeitslebens einen schweren Stand gegenüber einzelwirtschaftlicher Profitabilität und volkswirtschaftlichem Wachstum. Es lässt sich also die These vertreten, dass durch dieses Ensemble von Umgangsweisen es zu einer politischen Dethematisierung der betrieblichen Risiken der Industriearbeit gekommen ist und der konflikthafte Charakter der Arbeitsbeziehung zwischen Lohnarbeit und Kapital verschleiert wurde. Sicherlich lässt sich festhalten, dass hierin ein nachhaltiger pazifizierender Charakter liegt (Kaufmann 2000). Diese pazifizierende Wirkung lässt sich für die politische Dimension beschreiben, jedoch nicht im Anspruch von Public Health und Wohlfahrtsstaatsentwicklung, nämlich die soziale Ungleichheit vor Ort in der Entstehung zu bekämpfen. Die Externalisierung der betrieblich produzierten Gesundheitsschäden auf der Individualebene wie auch auf der gesellschaftlichen Ebene der Übernahme der Kosten durch die Sozialversicherungen waren eher eine Verschiebung des Problems und keine präventionsorientierte Lösung.

Zwar hatte die Verfassung der Weimarer Republik im Artikel 157 die Arbeitskraft unter den besonderen Schutz des Reiches gestellt, ebenso hatte der Artikel 161 den ausdrücklichen Zusatz, dass Gesundheit und Arbeitsfähigkeit geschützt werden solle und ein spezielles Versicherungswesen aufgebaut werden sollte, indem die

versicherten Arbeitnehmer maßgebende Mitwirkungsrechte erhalten sollten. Bei den Überlegungen zur Einrichtung einer Einheitsversicherung sollten die Beschäftigten und ihre Repräsentanten nicht nur bei der Beseitigung oder Milderung der Schäden mitwirken, sondern auch einen Einfluss auf Gestaltung von Lohn und Arbeitsbedingungen haben. Auch in dem Entwurf des Betriebsrätegesetzes vom Februar 1920 wurde der Arbeits- und Gesundheitsschutz explizit zum Thema gemacht. Es hieß dort: auf die Bekämpfung der Unfall- und Gesundheitsgefahren in Betrieben sei zu achten, die Gewerbeaufsichtsbeamten und die sonstigen in Betracht kommenden Stellen seien bei dieser Bekämpfung durch Anregungen, Beratungen und Auskunft zu unterstützen, sowie sei auf die Durchführung der gewerbepolizeilichen Bestimmungen und der Unfallverhütungsvorschriften hinzuwirken (§ 66 Abs. 8). Hiermit waren neue Orientierungs- und Rahmendaten gesetzt, an denen sich Wirtschaft und Gesellschaft bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen orientieren sollten. Doch es kam nicht zu einer Gesetzeswirklichkeit, weil die aktuellen politischen Auseinandersetzungen und wirtschaftliche Krise (Inflation) die Position der Industriellen stärkte. Im Dezember 1923 wurde die 8-Stunden-Arbeitszeitverordnung aufgehoben; dies war ein Kernstück des Arbeitsschutzes. 1925 wurde vom Reichsarbeitsministerium ein Entwurf zum Arbeitsschutzgesetz vorgelegt. Dieser Entwurf enthielt u.a. auch Aussagen zu den Betriebsgefahren. In diesem Abschnitt war der Begriff der Arbeitsstätte erweitert und Erkenntnisse der Gewerbehygiene aufgenommen worden. Das Reichsarbeitsministerium sollte das Recht erhalten, nur solche Maschinen zuzulassen, die den festgesetzten Anforderungen zum Schutz des Lebens und der Gesundheit entsprachen. Jedoch haben Wirtschaftskrise, politische Kompromissunfähigkeit zwischen den verschiedenen Parteien und der Länderpartikularismus ein einheitliches Arbeitsschutzgesetz verhindert (Weber 1988). Das Scheitern des Arbeitsschutzgesetzes in den 20er und 30er Jahren in der Weimarer Republik hat sich auch beim Aufbau der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland negativ ausgewirkt. Erst 1996 ist es durch den Einfluss der Europäischen Union zu einem einheitlichen Arbeitsschutzrecht in der Bundesrepublik gekommen. Die rechtliche Verpflichtung zur Prävention von arbeitsbedingten Erkrankungen hat dadurch eine deutliche Stärkung auch in den Regelungen zur Krankenkasse und der Unfallversicherung erhalten.

Literatur

Amtliche Nachrichten Nr. 5 v. 15.05.1906, S. 437

Bundesarchiv in Koblenz: Dokumente, Auf dem XXVII. ordentlichen Berufsgenossenschaftstag am 28.05.1914, R 89, Nr. 15127

Curschmann, F.: Berufskrankheiten und Vergiftungen und die Unfallgesetzgebung, in: Verhandlungen des III. Internationalen medizinischen Unfallkongresses zu Düsseldorf vom 6. bis 10. August 1912, Düsseldorf o.J., S. 377

Kaufmann, F.-X.: Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich, Manuskript, 23.03.00, S. 213

Milles, D.; Müller, R. (Hg.): Berufsarbeit und Krankheit. Gewerbehygienische, historische uristische und sozialepidemiologische Studien zu einem verdrängten sozialen Problem zwischen Arbeitnehmerschutz und Sozialversicherung, Frankfurt/M. 1985

Pflanz, M.: Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen, Stuttgart 1975, S. 89

Weber, W.: Arbeitssicherheit. Historische Beispiele – aktuelle Analysen, Reinbek bei Hamburg 1988