

Gabriele Moser

Der Arzt im Kampf gegen »Begehrlichkeit und Rentensucht« im deutschen Kaiserreich und in der Weimarer Republik*

I. Einleitung

Das Thema

Neutraler formuliert könnte der Titel dieses Beitrages lauten: *Gutachtermedizin und sozialgeschichtliche Ansätze zur Genese der 'Rentenneurose'*. Die Begriffe »Begehrlichkeit« und »Rentensucht«, die seit ihrer Prägung im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts bis zum Ende der Weimarer Republik stets in ärztlichen Diskussionen um Sinn und Nutzen der Sozialpolitik auftauchten, sind ebenso in der medizinisch-psychiatrischen Theorieentwicklung der »traumatischen Neurose« präsent. Mit diesem Begriff sollte ein Phänomen bezeichnet werden, das sich nach Arbeits- oder Verkehrsunfällen vereinzelt einstellte, sich in unterschiedlichen Symptomen wie Zittern, Lähmungen, veränderten Reflexen u.a. äußerte und häufig von Stimmungs- und Verhaltensschwankungen begleitet war.

Erstmals hat der Berliner Neurologe Hermann Oppenheim (1858-1919) 1889 seine diesbezüglichen Beobachtungen zu einem Krankheitsbild unter der Bezeichnung »traumatische Neurose« zusammengefaßt. Indem er für diese Symptome feinste organische Schädigungen des Nervengewebes verantwortlich machte – die damals aber weder er noch Kollegen mikroskopisch oder chemisch nachweisen konnten –, stellte er einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und psychischer Folgewirkung her. Oppenheim löste damit eine langjährige, z.T. äußerst heftig geführte Debatte um eventuell entschädigungsfähige Folgen von Unfällen aus, die von ihrem Beginn an begleitet war von der ebenso scharf diskutierten Frage, ob diese Schädigungen überhaupt existierten oder es sich nur um Simulation handele.

* Überarbeitete Fassung eines Vortrags im Institut für Geschichte der Medizin (FU Berlin), gehalten am 28. 6. 1990.

Bis zum Ende des 1. Weltkriegs wechselten die Begriffe für den der »traumatischen Neurose« zugeordneten Symptomenkomplex häufig: »Begehrungsneurose« (Strümpell 1895), »Unfall-« oder »Rentenhysterie« (Windscheid 1903, Hellpach 1906a) oder »Unfallsnervenkrankheiten« (Hellpach 1906b) wiesen zwar eindeutig auf den durch die Versicherungsgesetzgebung geschaffenen Rechtsanspruch hin, orientierten sich aber noch an der Neurosen- oder Hysterielehre ihrer Zeit. In der Weimarer Republik war eindeutig der außermedizinische, moralisierend-politische Aspekt in der Klassifizierung durchgesetzt. Herrschende Meinung in der Fachwelt sei nun, »daß 'hysterische Reaktion' keine Krankheit ist«, so Hermann Simon 1931, »und daß die 'Rentenneurose' eine starke parasitäre Komponente hat« (Simon 1931, 243), weshalb er die Bezeichnung »Parasitismus sozialis« für die zutreffendste halte.

Die Schwierigkeiten der damaligen Neurologen und Psychiater mit diesem Krankheitsbild ergaben sich nur vordergründig aus den als unzureichend empfundenen Diagnosemöglichkeiten, denn dieser Zustand war nicht ungewöhnlich. Da die Begutachtungspraxis eine eindeutige Festlegung aufgrund des Prinzips der 'haftungsbe gründenden Kausalität' zwingend festschrieb, entstand ein Entscheidungsdruck, dem sich kaum ein Gutachter entziehen konnte. Die Mehrheit urteilte auf der Basis der wenig gesicherten medizinischen Erkenntnis, wobei der medizinische Sachverstand zunehmend ergänzt wurde durch Urteile allgemeinerer Art, die der eigenen Lebenserfahrung oder dem sog. 'gesunden Menschenverstand' entstammten.

Das sich konstituierende gutachterliche Selbstverständnis läßt sich an dieser Nahtstelle zwischen medizinisch-wissenschaftlicher Diagnose und gesellschaftlich-politischer Beurteilung ebenso gut untersuchen wie das den Entscheidungen zugrundeliegende Wertesystem. So hat beispielsweise der Nervenarzt und Psychologe Willy Hellpach 1906 in der »Rentenhysterie« eine Erscheinung ausschließlich der *Arbeiter*psyche gesehen, die aus der spezifischen Form der Arbeit abzuleiten und daher eindeutig als »die Berufspsychose des Arbeiters« dingfest zu machen sei (Hellpach 1906a, 14). Die Beschreibungen der »Unfallneurotiker« und der Umgang mit ihnen scheinen mehr über die jeweiligen Betrachter auszusagen als über die betrachteten Objekte.

Fragestellungen und methodischer Ansatz

Es ist also nicht die Psychatriegeschichte, die mir an dieser Theoriebildung wichtig und interessant erscheint, sondern die gesellschaftlichen Bedingungen und die sozialen Voraussetzungen, unter denen die »traumatische Neurose« geboren wurde und wie sie sich in Abhängigkeit von diesen Verhältnissen entwickelt hat. Weitergehendes Ziel wird sein, die Wandlungen einer 'medizinwissenschaftlichen Theorie (wieder) an ihre Produzenten 'anzubinden' und einen gesellschaftlich-sozialen Ort dieser Wissenschaftler, zumindest annäherungsweise, zu beschreiben.

Warum Ärzte ihre Erkenntnisse eher im Sinne der Berufsgenossenschaften – der auf dem Gebiet der Unfallversicherung ohne Gegengewicht herrschenden Unternehmerorganisationen – oder für die Unterstützung staatlicher Ziele und eben nicht versichertennah verwendet haben, kann vielleicht mit Hilfe von Untersuchungen zu Mentalität und Ideologie des Ärztestandes beantwortet werden. Auch ein »Generationenwechsel« in der Wissenschaftlergemeinschaft, wie ihn z.B. Detlev J.K. Peuckert für den Politikbereich beschreibt (Peuckert 1987, 25ff.), in dessen Folge die Ablösung einer spezifischen Einstellung zum Kranken durchgesetzt wurde, wäre denkbar und anhand der Äußerungen zu überprüfen.

Ideologien – ich folge hier den Ausführungen von Martin Doerry und Ulrich Raulff, die beide die von Theodor Geiger schon Ende der 20er Jahre ermittelten Ergebnisse weiterentwickelt haben –, unterscheiden sich von Mentalitäten durch ihre Systematik und innere Logik. Ideologien sind mitteilbar, d.h. lehr- und lernbare »Lebens- und Weltdeutungen« (Geiger 1932, 77). Mentalitäten dagegen »sind geistig-seelische Dispositionen, sind unmittelbare Prägung des Menschen durch seine soziale Lebenswelt« (Geiger 1932, 77). Sie zeichnen sich durch ihre Dauerhaftigkeit und die niedrige Reflexionsstufe aus (Doerry 1986, 51). Ideologien wirken in die Mentalität hinein, können umprägend oder verstärkend wirken. Eine dann tatsächlich in einer Konflikt-Situation getroffene individuelle Entscheidung, also die konkrete Umsetzung der Normorientierung, ist letztendlich Resultat der Mentalität.

Die gesellschaftlichen, sozialen und politischen Wertungen, die in den zahllosen wissenschaftlichen Artikeln und Monographien zum Themenkomplex der Begutachtung von Unfallfolgen verborgen sind, sollen herausgelöst werden. Aus diesen Äußerungen zwischen den Zeilen lassen sich, so eine weitere Annahme, für die Mentalität

und Ideologie der ärztlichen Verfasser relevante Aussagen gewinnen. Die für das wissenschaftliche Publikum verfaßten Texte können als Quellen einer ideologiekritischen Literaturanalyse ebenso dienen wie fiktive Texte von nicht-wissenschaftlichen Autoren.

Als Quellenmaterial bieten sich in erster Linie die seit Beginn der 90er Jahre des 19. Jahrhunderts sprunghaft anwachsenden Zeitschriften an, deren Hauptthema die *ärztliche Sachverständigentätigkeit* (die Begutachtung in der Sozialversicherung) ist, wie z.B. die 1895 gegründete »Ärztliche Sachverständigen-Zeitung«. Notwendig seien solche Zeitschriften geworden, weil die praktischen Ärzte für die Gutachtertätigkeit, einer »Anforderung des modernen Lebens«, unzulänglich ausgebildet seien, was materielle und ideelle Konsequenzen zeitigen könne:

»Die unzureichende Ausführung solcher Aufträge schädigt nicht nur seinen (des praktischen Arztes; GM) Erwerb, sondern auch seine Standeswürde, ja, setzt ihn in einer ehemals nicht vermuteten Weise der zivilrechtlichen, unter Umständen auch der strafrechtlichen Verantwortung aus.« (Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1895, Nr.1, 1)

Vor der Eröffnung dieses neuen Publikationsfeldes, und auch weiterhin parallel laufend, fanden die Debatten in psychiatrisch-neurologischen Fachblättern wie dem »Neurologischen Zentralblatt«, aber auch in allgemeineren medizinischen Zeitschriften wie der »Deutschen Medizinischen Wochenschrift« statt. Die Analyse der nicht spezialfachlich gebundenen Medizinpresse und der Standespresse ist von Bedeutung, um die Ausstrahlung der fachwissenschaftlichen Debatte in breitere Ärztekreise auszumachen. Diese Diskussions-ebene stellt eine erste Stufe der Popularisierung der fachspezifischen Theorien dar. Hier wird auch, deutlicher als in den Spezialzeitschriften, der Bezug zu sozialpolitischen Maßnahmen und Gesetzesinitiativen hergestellt und die Wirkung über Ärztekreise hinaus eingeleitet.

Während die Literatur zur Sozialgesetzgebung, und zwar sowohl Primär- wie Sekundärliteratur, mittlerweile ganze Bibliotheken füllt, wird erst in neuester Zeit verstärkt interdisziplinär in Richtung auf eine *Sozialgeschichte der Medizin* hingearbeitet. Im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit sozialer Sicherheit stehen dabei die 'ungeplanten Nebenfolgen' der Sozialpolitik mittels Versicherungen und ihre Effekte der Bürokratisierung und Ökonomisierung, der Disziplinierung und Entmündigung. Als eine wichtige Begleiterscheinung der staatlichen Sozialpolitik wird bei diesem Forschungsansatz die *Zwangssozialisation* der Unterschichten in das

herrschende System bürgerlicher Normen und Verhaltensmaßstäbe ausgemacht. Der Medizin kommt in dieser Perspektive eine besondere Rolle als einer Institution sozialer Kontrolle zu, da Ärzte als *gate-keeper* fungieren, die den Zugang zu öffentlichen Mitteln nach bestimmten Kriterien regulieren. Die Professionalisierung im Medizinbereich spielte für die Erlangung dieser dominanten Stellung eine ebenso wichtige Rolle wie die Einführung der Arbeiterversicherungsgesetzgebung in Deutschland seit 1883.

II. Sozialpolitische Entwicklung und Professionalisierung des Arztberufs

Sozialpolitik im Kaiserreich: Staatliche Sozialversicherung statt Arbeiterschutz und politischer Emanzipation

Staatliche Sozialpolitik durch Versicherungsgesetzgebung begann im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts; sie stellte eine Reaktion auf die in den Städten sichtbar gewordene soziale Frage dar, die sich aus den durch Industrialisierung, Urbanisierung und großes Bevölkerungswachstum hervorgerufenen Umwälzungen der Gesellschaft ergeben hatte. Flankiert wurde die Sozialpolitik von Maßnahmen zur Abhilfe der größten Übelstände der Wohnsituation der städtischen Unterschichten: Assanierung der Arbeiterwohnviertel, die Verbesserung der Wasserversorgung und der Kanalisation nach Hygienestandards und Grundsätzen der Bakteriologie wirkten langfristig im Sinne einer gesundheitspolitisch geforderten Besserung der äußeren Lebensumstände.

Die Arbeiterversicherungsgesetze setzten dagegen an der individuellen Existenz als Lohnarbeiter an. Sie stellten einen markanten Wendepunkt in der Sozialpolitik dar, weil an die Stelle des bis dahin unvermeidlichen Abstieges in die Armutsbevölkerung durch die alltäglichen Risiken der Krankheit, der Invalidität oder des Alters dem Lohnarbeiter ein Rechtsanspruch auf öffentlich bezuschußte Versicherungsleistungen gewährt wurde. Die Versicherungsgesetze hatten auch eine unmittelbar politische Auswirkung: für die Versicherten trat nicht mehr der Verlust des Wahlrechts ein, der bisher bei Inanspruchnahme der kommunalen Armenfürsorge und dem Aufsuchen des Armenarztes obligatorisch war. Der Wahlrechtsverlust für die übrigen, weiterhin auf öffentliche Unterstützung angewiesenen

Bedürftigen, blieb noch bis zum Ende des 1. Weltkrieges in Kraft (Tennstedt 1981, 198).

Eingebunden waren diese durchaus real lageverbessernden staatlichen Maßnahmen allerdings in einen anderen, staatspolitischen Rahmen, der heute kaum noch erinnert wird, aber den Zeitgenossen sehr gegenwärtig war und wichtig erschien: sie sollten das »Sozialistengesetz« von 1878 flankieren, die Arbeiter vom Fürsorgewillen des Staates überzeugen und eben dadurch systemintegrativ wirken. Die berühmte »Kaiserliche Botschaft« Wilhelms I, die die Versicherungsgesetzgebung ankündigte, nannte als deren Aufgabe »Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter« (zit. n. Gladen 1974, 57).

Von Beginn an war diese Form der staatlichen Sozialpolitik umstritten, und zwar aus den verschiedensten Gründen: SPD und Gewerkschaften wiesen sie zurück aufgrund ihres politischen Zieles der Loyalitätsstiftung gegenüber dem Staat und wegen ihres Zwangscharakters. Als »großen sozialen Fortschritt« dagegen begrüßten die Anhänger der bürgerlichen Sozialreform im Umkreis des *Vereins für Sozialpolitik* die Versicherungsgesetze; Mitglieder oder Sympathisanten liberaler und konservativer Parteien wiederum lehnten sie als zu weit gehende 'Zugeständnisse' an die Arbeiter ab oder wollten generell keinen staatlichen Eingriff in die Freiheit des Wirtschaftslebens akzeptieren.

Die Haltung der Arbeiter und ihrer politischen Führung zum 1. Weltkrieg, besonders die Bewilligung der Kriegskredite durch die SPD und das 'Stillhalten' während Lebensmittelverknappungen und Abbau der Arbeiterschutzgesetze, erschien den bürgerlichen Sozialreformern als Beleg der gelungenen Integration der Arbeiter in den Staat und damit der Richtigkeit dieser Sozialpolitik:

»Der Krieg bedeutete für Deutschland zunächst eine Suspendierung der Klassenkämpfe. Es erwies sich, daß die bis zum Kriege geleistete Sozialpolitik bereits genügt hatte, um die Spannung zwischen den Klassen wenigstens insoweit zu mindern, daß eine Zeitlang das Gefühl nationaler Gemeinschaft bei höchster äußerer Gefahr im Volke vorhanden war« (Heyde 1923, 53).

*Ärzte und arme Kranke:**Armenkrankenbehandlung als »nobile officium«*

Von Beginn an waren Ärzte, wenn auch in unterschiedlichem Maß, mit dem elenden Dasein der Armen-, später auch der Arbeiterbevölkerung konfrontiert. An erster Stelle sind hier die Armenärzte zu nennen, die von den Kommunen zur ärztlichen Versorgung der Unterschichten angestellt worden waren oder gegen eine feste Pauschalsumme neben ihrer üblichen Klientel auch die armen Kranken des Ortes zu versorgen hatten. Aber auch als medizinisch-wissenschaftliche Berater und Unterstützer der städtischen Assanierungsbewegungen oder in der Tätigkeit als Gewerbemediziner oder Medizinalbeamte hatten sie Einblick in die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Unterschichten bekommen.

Professionspolitisch bedeutend, und schon für die Medizinalreformbewegung Mitte des 19. Jahrhunderts ein Stein des Anstoßes, war der sog. »Kurierzwang«. In Städten oder kleineren Orten, in denen kein bestallter Armenarzt vorhanden war, kam der in der Approbationsordnung schriftlich festgehaltene Kurierzwang zur Anwendung, der die unentgeltliche Behandlung der armen Kranken jedem niedergelassenen Privatarzt (dem sog. »Hausarzt«) zur Pflicht machte. In der ärztlichen Standesgeschichtsschreibung wurde diese gesetzliche Anordnung stets zum überflüssigen und 'schändlichen' Eingriff in die ärztliche Tätigkeit verklärt, da es selbstverständliches Gebot der Humanität eines jeden Arztes sei, Unbemittelte kostenlos zu behandeln.

Auch nach der Unterstellung des Arztberufs unter die Gewerbeordnung von 1869 bzw. 1871, die für die Ärzte die Aufhebung des Kurierzwanges brachte, blieb die Behauptung vom »nobile officium« lebendig. Konterkariert wird die Beteuerung uneigennütziger und freudiger Armenbehandlung schon durch zeitgenössische ärztliche Stellungnahmen, die allerdings aus anderen als professionspolitischen Argumentationszusammenhängen stammen.

Selbst der profilierte Medizinalreformer Rudolf Virchow, dem durchaus an einer Neuorganisation des Gesundheitswesens zugunsten der Unterschichten gelegen war, beschrieb die den Ärzten zugewiesene Klientel der Armen eindeutig als fremde und wenig erwünschte Objekte ärztlicher Tätigkeit:

»Die armen Kranken stellten an den Arzt, den man ihnen aufgezungen, den man offiziell zu ihrer Disposition gestellt hat, Anforderungen, wie kaum ein Reicher sie ohne das Versprechen sehr

großer Belohnungen zu machen gewagt haben würde; sie begegneten ihm mißtrauisch, barsch, brutal. Während sie nicht selten seine Verordnungen unterließen oder mißachteten, verlangten sie jedoch von ihm jede Aufopferung bei Tag und Nacht, jede Hingebung des Körpers und des Geistes« (Virchow 1848, zit. n. Göckenjan 1985, 295).

An anderer Stelle forderte er, ausdrücklich auf die Armenkranken bezugnehmend, die »Kurierfreiheit«:

»Ebenso wie wir verlangen, daß es jedem Arzt freistehen soll, diejenigen Privatkranken zurückzuweisen, die ihm aus irgendeinem Grunde nicht anstehen, wollen wir auch, daß kein Arzt gegen seinen Willen zur Armen-Krankenbehandlung genötigt werden soll« (Virchow 1849; zit. n. Göckenjan, 296).

Virchow, von dem auch das gern zitierte Wort von den Ärzten als den »natürlichen Anwälten der Armen« stammt, charakterisierte dieselben Armen in einem Bericht über die oberschlesische Typhus-epidemie im gleichen Jahr 1849 als exaktes Gegenbild des »freien, an Arbeit gewöhnten Menschen«. Hauptmerkmale dieser Schicht seien »vollkommen hündische Unterwürfigkeit«, »Unreinlichkeit und Indolenz«, »Abneigung gegen geistige und körperliche Anstrengungen« und »Neigung zum Müßiggang«. Das Engagement für die Verbesserung der medizinischen Versorgung der Unterschichten mußte also nicht zwangsläufig gekoppelt sein mit der Wahrnehmung der Armen als gleichgestellter, lediglich hilfsbedürftiger menschlicher Wesen. Virchow stand mit der hier zum Ausdruck kommenden Mischung von »Ekel und Mitleid«, wie Ute Frevert diese Haltung prägnant charakterisiert hat, in einer Reihe mit anderen Angehörigen des Bürgertums, die sich 'sittlich erziehend' in der Wohlfahrts- und Armenpflege betätigten.

Auf der Suche nach Arbeit waren die in den heftigen Krisen der 30er und 40er Jahre neu entstandenen Massen von Armen in die Städte gezogen, wo sie für das Bürgertum überhaupt erst sichtbar und damit als Bedrohung erfahrbar wurden. Der 'Nachtwächterstaat' liberaler Prägung fühlte sich für diese Armen nicht verantwortlich, da ihm nach Auffassung der herrschenden Kreise lediglich die Sicherung der freien Entfaltung des Marktes nach außen zukam. Erste Selbsthilfe-Einrichtungen gegen die 'neue Armut' waren Ende der 40er Jahre die sog. »Arbeiterverbrüderungen«, die die genossenschaftliche Kassentradition der Handwerker fortführten. Nach ihrer Zerschlagung anfangs der auf die 48er Revolution folgenden Restaurationszeit entstand ein Vakuum, das nun das städtische Bürgertum auszufüllen begann.

Für die Ortsarmen wurde eine Armenfürsorge organisiert, bei der die Mittelausschüttung mit der Prüfung der Bedürftigkeit verknüpft und durch ehrenamtlich tätige Honoratioren und Angehörige der gehobenen bürgerlichen Mittelschicht kontrolliert wurde. Dieses »Elberfelder System« wurde ab den 50er Jahren ein häufig kopiertes Modell der Armenpflege. Aufgabe dieser Armenpflege war die Senkung der kommunalen Kosten durch die Bekämpfung der Armut; weiterhin wurde als Ziel ausdrücklich benannt, »in weiten Kreisen Sitte und Ordnung und Gefühl von Ehre und Pflicht hervorzurufen und zu erstreben« (zit. n. Reulecke; in Kocka 1986, 265). Diesen Auffassungen lag die Feststellung zugrunde, die z.B. auch der viel gelesene Wilhelm Heinrich Riehl vertrat, daß nämlich die 'wahre Armut' der unteren Klassen, besonders der Fabrikarbeiter, nicht ökonomisch, sondern sittlich begründet sei und daraus für die bürgerliche Gesellschaft eine »moralische Mission bei den Arbeitern« (ebd.) abgeleitet werden müsse. Diese Erwägungen, gepaart mit einem spezifischen Arbeitsethos, das vom Glauben an die 'sittigende' Kraft der Arbeit erfüllt war, prägten den Bürgergeist in den deutschen Städten.

Was für den Ärztestand als besonders wichtiges Faktum ab ungefähr dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts hinzukommt, ist der Umschlag der (bisher religiös motivierten) Sittlichkeitsvorstellungen in einen säkularisierten Gesundheitsbegriff. Er enthielt die gleichen Forderungen nach Sauberkeit, Ordnung und 'sittlichem Verhalten', motivierte sie aber völlig anders und untermauerte die Notwendigkeit auch staatlichen Eingriffs durch Gesundheitsstatistiken. Florian Tennstedt hat die Triebkräfte dieses Wandels folgendermaßen charakterisiert:

»Es sind in Anknüpfung an die merkantilistische Gesundheitspolizei und an liberale Bestrebungen zur medizinischen Reform von 1848 die Forderungen der Hygiene und der öffentlichen Gesundheitspflege, die jedoch nicht in kulturellen Werten begründet sind, sondern dem Norm-Denken über die wissenschaftlich-exakt festzustellende Natur entspringen, die durch die Entfaltung der liberalkapitalistischen Produktion gefährdet erscheinen« (Tennstedt 1981, 150).

Bei der Definition der gesundheitspolitischen Normen, die den neuen politikleitenden Maßstäben zugrundegelegt werden sollten, kam der naturwissenschaftlichen Medizin, und damit den Ärzten, natürlich eine dominante Rolle zu.

*Auswirkungen der Versicherungsgesetze auf die ärztliche Praxis:
»privater Kranker« und »Kassenkranke«*

Mit der Verabschiedung der Arbeiterversicherungsgesetze änderte sich die ärztliche Berufsausübung grundlegend – wenn auch nicht schlagartig für alle Ärzte: zu seinen 'privaten' Kranken, die sich ihren Arzt selbst ausgesucht hatten, direkt entlohnnten und meist aus der gleichen sozialen Schicht stammten, strömte nun eine dem 'Hausarzt' bis dahin völlig fremde und zahlenmäßig sehr große neue Klientel in seine Praxis. Sie traten dem Arzt als neue Patientengruppen gegenüber, die über ein gemeinsames Merkmal verfügten: die zwangsweise Eingebundenheit in die staatliche Krankenversicherung aufgrund ihres Lohnarbeiterstatus. Dadurch hoben sich die versicherten Kranken deutlich negativ von den anderen Patienten ab, die eigenverantwortlich, vorsorgend, 'gesundheitsbewußt' und ohne jeden 'fürsorgerischen' Staatseingriff ihr Leben organisierten.

Als zusätzliches, die ärztliche Praxis aber nicht direkt betreffendes Moment der Stigmatisierung kam hinzu, daß durch das »Sozialistengesetz« die politische Vertretung der Arbeiterinteressen in der Sozialdemokratie als 'umstürzlerisch' und 'staatsgefährdend' klassifiziert worden war. Als Mittel der Lösung der Arbeiterklasse von der Sozialdemokratie war die Versicherungsgesetzgebung ja ausdrücklich von Bismarck und Wilhelm I. benannt worden; die Ärzte waren also ohne Rückfrage in den Lösungsversuch eines staatspolitischen Problems einbezogen worden. – Die Tätigkeit als Kassenarzt hat längerfristig den privaten Charakter des Arztberufs umgewälzt; der Arzt hatte Verfügungsgewalt über materielle Ressourcen bekommen (Krankengeldbewilligung, Rentenbefürwortung oder -ablehnung), deren Ausschüttung an seine medizinisch-wissenschaftliche Diagnose geknüpft war. Verständlicherweise drängten die Krankenkassen und besonders die Berufsgenossenschaften als Träger der Unfallversicherung auf »sparsame Mittelverwendung«.

Dies griff tief in die Therapiefreiheit des Arztes ein: er wurde gezwungen, außer dem medizinischen Sachverhalt auch die Interessen der Versicherungen zu wahren, also in einem Rahmen zu kurieren, den er selbst nicht abgesteckt hatte. Selbstverständlich existierten auch in der Berufstätigkeit als Hausarzt der 'begüterten Klassen' Abhängigkeiten in diesem »Patronage-ähnlichen Verhältnis« (Huerkamp 1985); die Therapiefreiheit des Arztes fand ihre Grenze z.B. am Geldbeutel des Privatkranken. Aber hier handelte es sich um ein individuell ausgehandeltes Arbeitsverhältnis unter Gleichgestellten.

*Ärztliches Selbstverständnis zu Beginn des 20. Jahrhunderts:
»Mißhandelte Objekte der sozialen Gesetzgebung«*

Dennoch wurde von den Ärzten die Absicht, »den Arbeiter in Zukunft gegen Krankheit, Unfall und Invalidität sicher zu stellen, freudig begrüßt« (Graf 1890, 30); ein Grund hierfür ist sicherlich die Erweiterung der zahlenden Klientel, die früher als Armenkranke unentgeltlich hatten kuriert werden müssen. Ein weiterer Grund mag in der Bereitschaft zur Mitwirkung an dem »großen sozialen Reformwerk unseres Kaisers«, wie es Seeligmüller 1890 ausgedrückt hat, gelegen haben, denn noch in den 80er Jahren fühlten sich die Ärzte durchaus – und das verband sie mit dem Bildungsbürgertum und dem gesamten Mittelstand – als 'staatstragende Faktoren'. Von daher war eine Unterstützung der Bismarckschen Politik der 'inneren Reichsgründung' sehr wahrscheinlich.

Die grundsätzliche Haltung gegenüber der Versicherungsgesetzgebung änderte sich mit Beginn der 90er Jahre, was zeitlich parallel zum sog. »neuen Kurs« der Sozialpolitik mit der stärkeren Akzentuierung der Arbeiterschutzgesetzgebung stattfand. Die Sozialdemokraten hatten im Zuge des einsetzenden Revisionismus ihre Blockadepolitik gegenüber der obrigkeitlichen Zwangsversicherung aufgegeben, das nicht verlängerte Sozialistengesetz ermöglichte wieder öffentliches Auftreten ohne Gefahr, verhaftet oder ausgewiesen zu werden. Man suchte (und fand) den Weg in die Institutionen der Versicherung, deren 'Selbstverwaltungskörperschaften' bis dahin meist von Unternehmern und Staatsbeamten besetzt gewesen waren.

Die Versichertenzahlen wuchsen kontinuierlich – ebenso die Zahlen der Medizinstudenten –, so daß die Kassenpraxis einen immer größeren Raum einnahm und der Konkurrenzdruck sowohl unter den Ärzten selbst wie mit den nicht-approbierten Heilkundigen stärker wurde. Die sich aus der wenig durchdachten Anlage der kassenärztlichen Berufstätigkeit ergebenden Reibungsflächen wurden immer deutlicher spürbar. Der bereits zitierte Standespolitiker Graf beschwor 1890 sogar die drohende Gefahr des »Herabdrückens der Qualität des ärztlichen Standes« (Graf 1890, 31) durch die Kassenarztztätigkeit.

Daß die Kassen in der Lage waren, in die Ärztztätigkeit 'hineinzuregieren', Beschränkungen der Kassenzulassung von Ärzten auszusprechen und hierbei zum Teil »scharfen Zwang ausübten«, bedeutete für die Ärzte eine unzumutbar große Demütigung. Der

Standeschronist Theodor Plaut benannte 1913 folgende sozialpsychologischen Gründe hierfür:

»In solche Lage kommen noch dazu gerade Ärzte, die in der Regel aus den besser situierten Kreisen der Gesellschaft stammen, nach einem langen Studium, dem sie sich doch meist aus idealen Gründen hingegeben haben, leute also aus einer sonst vielleicht überhaupt nicht ähnlich vorhandenen Ungebundenheit, dem Urbild der liberalen Bourgeoisie. Dazu wird die Empfindung der Abhängigkeit umso unerträglicher gestaltet, als die Ärzte nicht von 'ihres Gleichen', nicht von Arbeitgebern oder 'Bourgeois' abhängig sind, sondern von der (allzu oft verachteten) Arbeiterschaft und den 'Sozialdemokraten'« (Plaut 1913, 86).

Der politische Kontext der Tätigkeit für die Versicherungen war also durchaus nicht vergessen: außer dem sozialen Gefälle zwischen bildungsbürgerlich geprägten medizinischen Experten und den als Vertretern der Versicherteninteressen gewählten 'Laien' in den Kassenvorständen war die politische Ausrichtung dieser 'Laien' von großer Bedeutung für die Beurteilung der Krankenkassen und ihrer Klientel.

Während das Elend der Unterschichten im Vormärz, ihre menschenunwürdigen Lebensumstände und die daraus resultierende häufige Heimsuchung durch Seuchen für die Ärzte der Medizinalreformbewegung die Wichtigkeit einer »socialen Perspektive« der Medizin aufgezeigt hatte, schien diese für die versicherten Lohnarbeiter nicht zu existieren. Einesteils sind für dieses Verschwinden sicherlich die oben angeführten Entwicklungen der Sozialpolitik, die negativen Auswirkungen auf den Arztberuf, der sich allerdings gerade mit Hilfe der Versicherungsgesetzgebung professionalisieren konnte, und die Haltung zur sozialdemokratischen Arbeiterschaft verantwortlich.

In dieser spezifischen Art zum Tragen konnten die negativen Erfahrungen der Ärzte andererseits aber nur im Zusammenhang mit einer innermedizinischen Entwicklung, die, verkürzt dargestellt, die Durchsetzung der naturwissenschaftlichen Fundierung der Medizin im Geist des Positivismus und deren Auswirkungen auf die ärztliche Ethik betrifft. Alfons Labisch und Reinhard Sprees knappes Resümee der weitreichenden Folgen dieser Entwicklung: »Dieser Zug des positivistischen 19. Jahrhunderts zum Objektiven hatte die Tendenz, die Medizin der Wertebene zu entziehen und ärztliches Handeln ausschließlich von sogenannten Sachzwängen bestimmt erscheinen zu lassen« (Labisch/Spree 1989, 9).

Als Extrem der Rationalisierung und Ökonomisierung des Arbeitslebens wie der gesamten Gesellschaft stellte 1913 Heinz Potthoff, ein führendes Mitglied des »Vereins für Sozialpolitik«, zur Verteidigung der Sozialversicherung gegen Forderungen nach ihrem Abbau den Sinn der Sozialpolitik in Form einer schlichten NutzenKosten-Analyse dar:

»Der Hauptzweck sozialer Gesetzgebung ist rationelle Ausnutzung der arbeitenden Millionen; ist Anwendung der Grundsätze, die jedem Kaufmann für sein lebendes und totes Inventar als selbstverständlich gelten, auf das menschliche Inventar; ist Hinderung eines unrationellen Raubbaus an der Gesundheit und Arbeitskraft des Menschen (...) Auch die soziale Versicherung ist nur eine Übertragung bewährter kaufmännischer Grundsätze vom sachlichen auf das menschliche Gebiet, nämlich des Grundsatzes der Amortisation von Werten, die der Abnutzung unterworfen sind« (Potthoff 1913, 416).

Auch in den ärztlichen Debatten über die sozialpolitische Gesetzgebung und ihre Folgen für Wirtschaft, Staat und Politik, kurz: die »Allgemeinheit«, hielt diese Grundhaltung immer mehr Einzug. Gerade in der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, die durch die Sozialgesetzgebung für über Gerichts- und Militärärzte hinausgehende Ärztekreise die Arbeit als Gutachter eingeführt hatte, wird dies spürbar.

III. Gutachtertätigkeit und Genese der »Rentenneurose«

»Traumatische Neurose« und »Rentenneurose«:

Vom organopathologischen Befund zur »wunschbedingten Vorstellung«

Soweit ich die Situation bisher überblicken kann, ist bis heute unter den Ärzten der Krankheitswert der »psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen«, so die Beschreibung von Venzlaff (1959, 2), umstritten. Die beiden Pole der wissenschaftlichen Auseinandersetzung scheinen, heute wie damals, »Krankheitswert« (und damit Entschädigungsfähigkeit) auf der einen Seite und »keine Krankheit« (sondern 'willensmäßig überwindbare Störung') auf der anderen Seite darzustellen.

Im Kern spiegelt sich diese Situation in einer Auseinandersetzung im »Deutschen Ärzteblatt« im Sommer 1982: der als Fortbildungsbeitrag angebotene Artikel vom Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster, Prof. Dr.med. Rainer Tölle,

trug den geradezu programmatischen Titel »Neurosen sind Krankheiten«. Und ebenso entschieden äußerte umgehend ein Leserbriefautor, daß eine »Rentenneurose« – und er berichtigt sofort: korrekt sei die Bezeichnung »Rentenbegehren« – eben keine Krankheit sein könne, weil sie nicht durch medizinische Therapie, sondern »durch Bewilligung der Rente geheilt« werde.

Die wesentlichen Stationen der Entwicklung führten von der »traumatischen Neurose« Oppenheims, der feinste – mangels unzureichender Untersuchungsmethoden nur noch nicht feststellbare – Läsionen des Nervengewebes als Ursache der 'nervösen Störungen' nach Unfällen behauptet hatte, über die »Begehrungsneurose« Strümpells zur »Rentenneurose« Stiers. Disziplinhistorisch legte die Theorie damit den Weg von der Körpermedizin der Neurologie der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts über die Psychiatrie (Hysterielehre) in die »Körperlosigkeit« der Psyche zurück, wo sie für die sich konstituierende Psychoanalyse einerseits zum Therapiefeld wurde, andererseits den »normal-psychologischen Maßstäben« (Venzlaff 1958, 6) von nicht fachspezifisch ausgebildeten Medizinern und dem »gesunden Menschenverstand« der herrschenden Meinung ausgesetzt war.

Seit dem ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts ist verstärkt die Tendenz zu beobachten, den »Unfallneurosen« nur noch bedingt Krankheitswert beizumessen. Gleichzeitig wurde den betroffenen Individuen eine Mitschuld, die bis zur Alleinverantwortlichkeit reichen konnte, für ihre Situation zugewiesen; Kretschmer z.B. machte 1917 für die psychoreaktiven Störungen den »schlechten Gesundheitswillen« des »Hysterikers« verantwortlich (zit. n. Fischer-Homberger 1975, 167). Auf der berühmt-berüchtigten »Kriegstagung« der »Gesellschaft deutscher Nervenärzte« 1916 in München resümierte der Hamburger Psychiater Max Nonne im Telegramm-Stil die nun durchgesetzte Lehrmeinung:

»'Traumatische Neurose' ist keine besondere Krankheit (...) Die Störungen sind als eine Reaktion des Verletzten auf die durch den entschädigungspflichtigen Unfall für ihn neu geschaffene Situation anzusehen. Ein somatisches Trauma ist für das Auftreten dieser Symptombilder keine Vorbedingung. Organische Veränderungen irgendwelcher Art liegen den Symptombildern nicht zugrunde. Eine solche Lehre ist auch praktisch bedenklich, weil eine solche Auffassung die Begutachtung und praktische Bewertung der Unfallfolgen und damit (...) die wirtschaftlichen Interessen des Staates ungünstig beeinflussen würde« (zit. n. Fischer-Homberger 1975, 89).

Wichtig für die versicherungstechnische Seite ist an dieser Zusammenfassung die Verschiebung der Kausalität vom Unfall als auslösendem Ereignis zur neu geschaffenen Situation, auf die der Verletzte reagiert. Diese Verschiebung ist die Voraussetzung für die Umwertung in »Renten«-Neurose als »wunschbestimmte Neurose«. Ihr wird nur dann ein Krankheitswert zugebilligt, »wenn der Rentenbewerber sich nicht bewußt ist, daß seine Krankheitsdarstellung keinen Grund in seinem körperlichen Zustand hat, sondern nur in seinen wunschbedingten Vorstellungen besteht«. Die so von Krauss 1960 (zit.n. Schlierf 1985, 8) paraphrasierte Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 24.9.1926 bildet bis heute die Rechtsgrundlage für die Begutachtung der Neurose-Kranken hinsichtlich der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit.

»Unfallneurose« und Gutachtertätigkeit: Neutralität des Gutachters und Interessen der Berufsgenossenschaften

Der Diagnose »Unfallneurose« konnte sowohl bei der Annahme eines Krankheitswertes als auch bei dessen Nicht-Zuerkennung ein gleicher Ausgangspunkt zugrundeliegen: die Bewertung als »psychologisch verständliches Phänomen«. 'Verständlich' erschien die »Unfallneurose« aus der gesamten Struktur des Arbeiterlebens (häufige Geldsorgen, Wohnungsmisere, schlechte Arbeitsbedingungen, hohes Unfallrisiko etc.). Reagieren konnte man darauf entweder mit der Rentengewährung und damit die Lebensumstände des verunfallten Menschen verändern. Die gegensätzliche Auffassung sah grundsätzlich keine Entschädigungsfähigkeit in der »Unfallneurose«, weil diese nur Ausdruck der mangelhaften Anpassung des Individuums an die Normalität der Verhältnisse sei. Folglich mußte das Unfallopfer in die Verhältnisse hinein »diszipliniert« werden.

Die Ablösung der Lehrmeinungen über die »Unfallneurose« – Stier, Bonhoeffer oder Reichardt verwahrten sich strikt gegen die 'veraltete', an Oppenheim orientierte Auffassung der »traumatischen Neurose« – stellt möglicherweise ein wichtiges Indiz für einen »Generationenwechsel« unter den Medizinern dar. Mit dem Ende des 1. Weltkriegs schien dieser Ablösungsprozeß weitgehend durchgesetzt gewesen zu sein. In diesem Zeitraum schwand der wissenschaftliche Einfluß der »Wilhelminer«, derjenigen Ärzte, die ca. 1850-1865 geboren worden waren und die Hauptprägungen ihrer Persönlichkeit in der Reichsgründungszeit erfahren hatten (Doerry 1987), und eine jüngere Ärzte-Generation, die etwa in den 70er

Jahren geboren waren und die den Höhepunkt ihrer beruflichen Karriere und der gesellschaftlichen Wirkungsmöglichkeit dann in der Weimarer Republik haben sollten, gewann an Einfluß.

Auch in anderen Wissenschaftsbereichen wie im gesamten Bildungsbürgertum zeichnete sich zu Beginn des zweiten Jahrzehnts des 20. Jahrhunderts ein Umschlag der öffentlichen Meinung ab, der von dem renommierten Sozialpolitiker Ludwig Heyde als »Gegenbewegung gegen die Sozialreform« analysiert wurde:

»Eine neue Zeit schien sich auf den Hochschulen anzubahnen (...) Der Nachwuchs an jungen Nationalökonomern schien größtenteils der Arbeiterfreundlichkeit ohnehin zu ermangeln, die den Vertretern der historisch-ethischen Schule eigen gewesen war. Es wurde mit einer gewissen Plötzlichkeit fühlbar daß die neue Generation vorwiegend weltwirtschaftlich oder werturteilsfrei-soziologisch orientiert war und den sozialpolitischen Fragen kühler gegenüberstand. (...) (Die 'alten Meister' seien zwar noch lehrend tätig; GM) aber sie begannen doch – das trat jetzt ins öffentliche Bewußtsein – unter der Fülle von anders gerichteten jungen Hochschullehrern allmählich zu verschwinden« (Heyde 1923, 50).

Daß die Persönlichkeit des begutachtenden Arztes grundsätzlich eine wichtige Rolle bei der Beurteilung versicherungsmedizinischer Fragen, und in ganz besonderem Maß auf psychiatrischen Gebiet spielte, war manchem Gutachter bewußt und wurde vereinzelt auch öffentlich thematisiert. Mit dem deutlichen Bezug auf die Arztpersönlichkeit aber erhalten die aus den Mentalitäten abgeleiteten Wertungen außermedizinischer Faktoren eine große Bedeutung, eben weil sie Eingang in die medizinische Diagnose finden.

Gutachterliches Selbstverständnis und außermedizinische Rahmenbedingungen: »Wilhelminer« und nachfolgende Ärztegeneration

»Die Ärzte spielen heute in der deutschen Sozialpolitik eine solche Rolle, daß manche volkswirtschaftlichen Probleme ohne Berücksichtigung der medizinischen Literatur gar nicht mehr erörtert werden können« (Bernhard 1913, 49).

Mit dieser Auffassung befand sich der Nationalökonom Ludwig Bernhard 1913 durchaus in Übereinstimmung mit allen gutachterlich tätigen Ärzten; durch ihre Schlüsselfunktion für die Ausschüttung von Versicherungsleistungen war jedem Arzt ein ökonomisch höchst brisantes Betätigungsfeld durch die Versicherungsgesetzgebung eröffnet worden, das ihn, so Franz Windscheid (1862-1910), aus der

»Ruhe des Krankenzimmers« (Windscheid 1903, 3) herausgeführt habe.

Erwartet wird vom Gutachter eine Haltung der »Neutralität«: die Kostenträger haben ein Interesse an nicht zu großer Nachgiebigkeit gegenüber den Ansprüchen der Kranken und dem Aufspüren von Simulation, der Kranke hofft, daß sein Leiden ernst genommen und dementsprechend auch finanziell entschädigt wird. Das Ergebnis seiner Untersuchungen hatte der Gutachter dann in schriftlicher Form den Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichten oder dem Reichsversicherungsamt vorzulegen.

Große Probleme mit der geforderten neutralen Haltung ergaben sich aus den unzureichenden Diagnosemöglichkeiten, und hier besonders bei der »Unfallneurose«. Ludwig Bruns (1858-1916) hat diese Schwierigkeit, wie einige seiner Altersgenossen, deutlich gesehen und vor vorschnellem Abqualifizieren von schlecht deutbaren Symptomen als »Simulation« gewarnt:

»Ist nicht gerade bei den Unfallneurosen bei unseren heutigen (i.e. 1891; GM) Untersuchungsmethoden und pathologischen Kenntnissen die Annahme der Simulation (...) fast immer ein mehr oder weniger subjektives Urteil? (...) Nicht selten wird es sogar von der Persönlichkeit und Charakterlage des Untersuchers abhängen, ob er unter seinen Kranken mehr oder weniger oft Simulanten findet« (zit. n. Fischer-Homberger 1975, 186f.).

Besonders die Frage, ob der Kranke tatsächlich unter den beklagten Schmerzen leide, sei selten definitiv zu beantworten; einem Privatpatienten, so Bruns weiter, glaube man ja auch, ohne daß man objektive Grundlagen für seine Beschwerden nachweisen könne (Bruns 1901, 89). Daher lautete seine Forderung: »Man gebe gleiches Recht für für alle (Dubois); was man einem gut situierten Neurastheniker glaubt, muß man, bis man bestimmte Gründe dagegen hat, auch dem unfallverletzten Arbeiter und anderen Entschädigung beanspruchenden Personen glauben« (Bruns 1901, 98).

(Interessant ist hier auch die Tatsache, daß Bruns eine solche Aufforderung überhaupt aussprach; sie stellt einen deutlichen Hinweis dafür dar, daß es um die Jahrhundertwende verbreitete Praxis der Ärzte war, eben *nicht* allen Kranken nach gleichen Grundsätzen zu begegnen. Hierzu paßt auch die Forderung Strümpells (1853-1925), daß sich die ärztlichen Gutachter doch Leumundszeugnisse ihrer Klienten bei deren Arbeitgeber besorgen sollten, weil so der Simulationsverdacht schneller und sicherer zu diagnostizieren sei.)

Eine Zunahme der Unfallneurosen, wie sie andere Autoren –

zumeist Gegner der Versicherungspolitik wie z.B. Nägeli, Seeligmüller oder Hellpach – besorgt festgestellt hatten, und daher auf Abhilfe der Situation drängten, konstatierte auch Bruns. Er konnte sich die steigenden Zahlen der Rentenanträge durch gestiegene Zahl der Unfälle aufgrund der Steigerung der Industrieproduktion, des Ausbaues des Verkehrswesens sowie die größere Arbeitshetze erklären, während z.B. seine Kollegen A. Hoffmann oder Strümpell die Ursachen in den zunehmenden »Begehrungsvorstellungen« der Arbeiter ausmachten und die Versicherungsgesetzgebung der Neurosenzüchtung bezichtigten.

Bruns grundsätzliche Haltung zur »Unfalls- respektive Haftpflichtgesetzgebung« ist, obwohl auch er Anhänger der These von der Not als Antreiberin zur Arbeit ist, eher pragmatisch:

»In der Tat würden viele Arbeiter schneller wieder zur Arbeit gehen und die krankhaften Folgen der Verletzungen, nicht nur bei Unfallsneurosen, dadurch schneller wieder überwinden, wenn man sie bei der Arbeitsunfähigkeit einfach hungern ließe. Dahin wird es aber nicht wieder kommen, und man wird, trotz des Geschreies einiger übereifriger Moralisten unter den Ärzten, die eine psychische Depravation unserer ganzen Bevölkerung durch die Rentengewährung befürchten, bei den weitaus größeren Segnungen des Gesetzes zunächst diese Schattenseiten mit in Kauf nehmen müssen« (Bruns 1901, 26).

Die jüngere Generation dagegen zeigte eine relativ deutliche Abkehr von der skizzierten Haltung der »Wilhelminer«, wie sie an Ludwig Bruns exemplarisch vorgeführt wurde. Die gleichen Themenkreise: Neutralität des Gutachters, Umgang mit Diagnoseproblemen, Vertrauenswürdigkeit der Kranken, Versicherungsgesetze und »Neurosenzuwachs«, sollen hauptsächlich am Beispiel von Franz Windscheid und Ewald Stier (geb. 1874) dargestellt werden.

Windscheid war, ebenso wie Stier in der Weimarer Republik, mehrmals eingeladener Referent im Reichsversicherungsamt, deren Beamte sich jeweils über den neuesten Stand der medizinischen Forschung in für die Begutachtung relevanten wissenschaftlichen Fragen, z.B. auch der »Unfallneurose«, informieren ließen. Selbst nach formalen Gesichtspunkten betrachtet war Windscheid kein unabhängiger Wissenschaftler: er war Leiter des berufsgenossenschaftlichen Krankenhauses für Unfallnervenkranke in Leipzig Stötteritz, der ersten Spezialklinik dieser Art in Deutschland.

In Konflikte mit der von seiner Gutachtertätigkeit geforderten 'Neutralität' hat ihn das offenbar nicht gebracht; auch er reklamierte

für sich eine Stellung »über den Parteien«, wobei aber die Wahrung des Interesses der Berufsgenossenschaften sehr viel deutlicher als das der Versicherten akzentuiert wurde. Für Windscheid existierte ein »bedenklicher Zug« seiner Zeit, alle möglichen Erkrankungen auf Unfälle zurückzuführen, um so in den Genuß einer Entschädigung zu kommen. Dem sei scharf entgegenzutreten:

»Wo ließe sich bei Leuten der körperlich arbeitenden Klasse nicht mal irgend wann ein Unfall finden? Wollten wir hier immer mit der Anerkennung desselben als der Entstehung des vorliegenden Krankheitsbildes bei der Hand sein, so stiften wir einen ungeheuren sozialen Schaden, denn mit unserer Begutachtung verfügen wir über fremdes Geld und die Berufsgenossenschaften haben das Recht, durch die Ärzte unterstützt zu werden, wenn es sich darum handelt, unberechtigte Ansprüche zurückzuweisen« (Windscheid 1903, 17).

(In Windscheids Aussage deutet sich eine weitere Folge der Gutachtertätigkeit an: die Nicht-Hinterfragung der Tatsache, daß praktisch jeder Arbeiter in seinem Leben mehrfache Unfälle einkalkulieren mußte, bedeutet faktisch die Bestätigung der vorherrschenden Arbeitsumstände als Normalität – wie pathogen sie auch immer gewesen sein mögen.)

Ein grundsätzliches Mißtrauen gegenüber den Kranken, die ungerechtfertigt 'Leistungen erschleichen' könnten, spricht aus der Umkehr der Beweislast bei den 'rein subjektiven Erscheinungen' der Unfallnervenkranken: es handele sich um Symptome, »deren Vorhandensein die Kranken uns nicht nachweisen können« (Windscheid 1903, 9). Die unterschiedliche Wahrnehmung (und Behandlung?) der privaten und der versicherten Kranken bedeutete eine Abkehr von dem durch Bruns noch vorgetragenen Anspruch, sich als Gutachter ethisch am Idealbild ärztlicher Tätigkeit zu orientieren, d.h. die kranken Menschen möglichst unvoreingenommen zu behandeln.

In noch weitergehender Konsequenz der »Objektivierung« der Symptome und von einer Position extremen Mißtrauens aus hat Ewald Stier 1928 dem Ärztetagpublikum dann folgende Richtlinie für die Begutachtung empfohlen:

»(...) wir müssen uns doch klar sein, daß der Schmerz unter allen Umständen und immer ein subjektives Symptom ist, daß wir die Diagnose als solche immer nur auf den objektiven Symptomen aufbauen dürfen und bei den subjektiven Symptomen im Schlußurteil ausführlich zu der Frage Stellung nehmen müssen, ob aufgrund der ärztlichen Erfahrungen bei Nichtversicherten anzunehmen ist, daß

durch den von uns objektiv nachgewiesenen Befund tatsächlich die geklagten Schmerzen nach Form, Intensität und Dauer als glaubwürdig angesehen werden können« (Stier 1928, 45).

Während Bruns, Löwenfeld oder Möbius trotz der »Schatten-seiten« besonders die Unfallversicherung doch erhalten sehen wollten und in der marginalen Absicherung der Existenz verunfallter Arbeiter das Gegenwicht sahen, das diese Negativfolgen aufwog, dominierte bei der jüngeren Generation der von Heyde beschriebene »Mangel an Arbeiterfreundlichkeit«. Das Kostenargument, das in der Auseinandersetzung um die Simulationsmöglichkeit der Symptome der »Unfallneurose« immer eine wichtige Rolle gespielt hatte und die Ärzte quasi als 'Schatzkämmerer des Volksvermögens' artikulierten Gedanken findet sich z.B. bei Nonne, Stier oder Reichardt verdrängte auch die legitimen Interessen der Unfallopfer völlig.

Der Sozialversicherung, nicht nur der Unfall-, sondern auch der Krankenversicherung, wurden seit dem ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts zunehmend durch breiteste Kreise, unter ihnen zahlreiche Ärzte, ungünstige, 'demoralisierende' Folgen bescheinigt. An diesem Punkt, dem »Kampf um die Sozialpolitik«, werden die Wechselwirkungen von medizinischen Lehrmeinungen und gesellschaftlich-politischer Argumentation besonders deutlich. Die Popularisierung der Theorie der »Unfallneurose« und ihre Nützlichkeit für die Gegner der Versicherungsgesetzgebung soll abschließend folgendes Zitat aus einer Eingabe gegen eine Anerkennung von Berufskrankheiten des »Deutschen Handwerks- und Gewerbe-Kammertages« von 1913 an den Reichstag illustrieren:

»Die Rentenbegehrlichkeit und Rentensucht wird immer größer werden und vor allem zu einer Schädigung der Volksmoral führen. Abgesehen von den Fällen der Simulation und des Betrugs, die durch die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten eine beträchtliche Vermehrung erfahren würden, werden viele Leute dann tatsächlich unter dem demoralisierenden System der Rentenzahlung dauernd krank bleiben; sie bekommen die Rentenhysterie oder traumatische Neurosen in einem noch weit höheren Maße, als dies heute schon der Fall ist« (zit. n. Zumpe 1961, 84f.).

IV. Zusammenfassung: Vier Thesen

1. Der sozialpolitische Paradigmenwechsel, der sich in der institutionalisierten Trennung der Armen- von der Arbeiterbevölkerung vollzog und an die Stelle der diskriminierenden Armenpflege (Verlust des Wahlrechts etc.) für bedürftige Arbeiter den Rechtsanspruch auf Versicherungsleistung setzt, wird von den meisten Ärzten weder reflektiert noch adäquat gewürdigt. Für sie bleiben die 'Kassenkranken' die Nachfolger der Armenkranken, denen gegenüber der Arzt »wohl tätig wirkt«.

2. Diese Fehleinschätzung der Situation der versicherten Arbeiter bedingt, gemeinsam mit dem aus der bürgerlichen Wohlfahrts- und Armenpflege tradierten Anspruch, auf die Unterschichten »versittlichend« einzuwirken, eine restriktive Einstellung gegenüber von Arbeitern geltend gemachten Ansprüchen auf z.B. Versicherungsleistungen. Die Annahme der (anthropologisch fixierten) »Begehrlichkeit« der Arbeiter in der Theorie der Begehrungs- oder Renten-neurose resultiert zu einem wesentlichen Teil aus dieser Wurzel traditionell-bildungsbürgerlichen Selbstverständnisses.

3. In den 90er Jahren des 19. Jahrhunderts war der a-gesellschaftliche, naturwissenschaftlich-»objektive« Blick auf den Kranken so weit durchgesetzt, daß die ehemals vorhandene 'sociale Perspective' der Medizin verkümmert war. Behring z.B. stellte 1893 geradezu erleichtert fest, daß man dem Studium der Infektionskrankheiten nun nachgehen könne, »ohne von sozialen Betrachtungen und Reflexionen über Sozialpolitik abgelenkt zu werden« (zit. n. Rosen 1977, 284f.). Der Zwang zur »Objektivierung« in der Gutachtermedizin, deren normierendem Einfluß jeder Arzt ausgesetzt war, verstärkte die Tendenz der Reduzierung des Menschen auf die bloße Funktion der Erwerbsfähigkeit.

4. Diese Ausblendung der Individualität des Menschen und der ausschließliche Blick auf seine ökonomische Nützlichkeit ist aber nicht nur ein medizin-wissenschaftliches Phänomen; auch das Konstruktionsprinzip der Sozialversicherung mit der Forderung nach klarer, »haftungsausfüllender und haftungsbegründender Kausalität« wirkt in dieselbe, auf Ökonomisierung und Rationalisierung der Gesamtgesellschaft abzielenden Richtung. »Menschenökonomie« begann langfristig die traditionelle, nicht nach Kriterien der »Leistungsfähigkeit« selektierende Ethik abzulösen.

Literaturverzeichnis

- Barta, Heinz 1983: Kausalität im Sozialrecht. Entstehung und Funktion der sog. Theorie der wesentlichen Bedingung (2 Bde.); Berlin/West
- Bernhard, Ludwig 1913: Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik; Berlin (4. Aufl.; zuerst Berlin 1912)
- Bonhoeffer, Karl 1926: Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sog. Unfallneurosen; Dt. Med. Wochenschr. 1926, H.5, 179-182
- Bruns, Ludwig 1901: Die traumatischen Neurosen. Unfallsneurosen; in: Spezielle Pathologie u. Therapie, hrsg. v. H. Nothnagel, XII. Bd., 1. Hälfte, 1. Abtlg.; Wien
- Doerry, Martin 1986: Übergangsmenschen. Die Mentalität der Wilhelminer und die Krise des Kaiserreichs (2 Bde.); Weinheim u. München
- Fischer-Homberger, Esther 1975: Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden; Bern u.a.
- Frevort, Ute 1985: Akademische Medizin und soziale Unterschichten im 19. Jahrhundert. Professionsinteressen – Zivilisationsmission Sozialpolitik; in: Jb. d. Stuttgarter Inst. f. Gesch. d. Med. d. Robert-Bosch-Stiftung, Bd.4, 41-59
- Geiger, Theodor 1932: Die soziale Schichtung des deutschen Volkes. Soziographischer Versuch auf statistischer Grundlage; Stuttgart (Nachdruck: Stuttgart 1967)
- Gladden, Albin 1974: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Eine Analyse ihrer Bedingungen, Formen, Zielsetzungen und Auswirkungen; Wiesbaden
- Göckeljan, Gerd 1985: Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt; Frankfurt a.M.
- Graf, Eduard 1890: Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland und der Deutsche Ärztevereinsbund; Leipzig
- Hellpach, Willy 1906a: Nervenleben und Weltanschauung. Ihre Wechselbeziehungen im deutschen Leben von heute (= Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Bd.41); Wiesbaden
- Hellpach, Willy 1906b: Unfallneurosen und Arbeitsfreude; Neurol. Zentralbl. 1906, H.13, 605-609
- Heyde, Ludwig 1923: Abriß der Sozialpolitik; Leipzig (4. Aufl.)
- Huerkamp, Claudia 1985: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußen; Göttingen
- Labisch, Alfons u. Reinhard Spree (Hrsg.) 1989: Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts; Bonn
- Löwenfeld, Leopold 1889: Kritisches und Kasuistisches zur Lehre von den sog. traumatischen Neurosen; Münchener Med. Wochenschr. 1889, Nr.38, 643-646, Nr.39, 660-665 u. Nr.40, 684-687
- Möbius, Paul Julius 1890: Bemerkungen über Simulation bei Unfallnervenkranken; Münchener Med. Wochenschr. 1890, Nr.50, 887f.
- Nägeli, Otto 1917: Unfalls- und Begehrungsneurosen (= Neue dt. Chirurgie, Bd.22); Stuttgart
- Nonne, Max 1922: Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918; in: Hb. d. Ärtzl. Erfahrungen im Weltkriege 1914/18; Bd.4: Geistes- und Nervenkrankheiten; hrsg. v. Karl Bonhoeffer; Leipzig; 102-121
- Oppenheim, Hermann 1889: Die traumatischen Neurosen nach den in der Nerven-klinik der Charité in den letzten fünf Jahren gesammelten Beobachtungen; Berlin
- Peuckert, Detlev J. K. 1987: Die Weimarer Republik. Krisenjahre der Klassischen Moderne; Frankfurt a.M.
- Plaut, Theodor 1913: Der Gewerkschaftskampf der deutschen Ärzte; Karlsruhe
- Potthoff, Heinz 1913: Wer trägt die Kosten der sozialen Versicherungen? Soziale Praxis 1913/14, Nr.15, 414-418

- Raulff, Ulrich 1989: Mentalitäten-Geschichte. Zur historischen Rekonstruktion geistiger Prozesse; Berlin/West
- Reichardt, Martin 1922: Der gegenwärtige Stand der Lehre der sog. Unfallneurosen; Ztschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte 1922, Jg.17, 6-13
- Reulecke, Jürgen 1986: Formen bürgerlich-sozialen Engagements in Deutschland und England im 19. Jahrhundert; in: Kocka, Jürgen (Hrsg.): Arbeiter und Bürger im 19. Jahrhundert. Varianten ihres Verhältnisses im europäischen Vergleich; München; 261-285
- Riehl, Wilhelm Heinrich 1887: Die bürgerliche Gesellschaft. Hrsg. u. eingeleitet von Peter Steinbach; Frankfurt a.M. 1976
- Rosen, George 1977: Was ist Sozialmedizin? Analyse und Entstehung einer Idee; in: Lesky, Erna (Hrsg.): Sozialmedizin. Entstehung und Selbstverständnis; Darmstadt; 283-354
- Sachße, Christof 1986: Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871-1929; Frankfurt a.M.
- Sachße, Christof u. Florian Tennstedt (Hrsg.) 1986: Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik; Frankfurt a.M.
- Schlierf, Christa 1985: Die Rentenneurose: ein psychosoziales Arrangement; Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie 1985, 35. Jg., 8-16 u. 41-46
- Seeligmüller, Adolf 1890: Erfahrungen und Gedanken zur Frage der Simulation bei Unfallverletzten; Münchener Med. Wochenschr. 1890, Nr. 30, 663-665, Nr.43, 960-963 u. Nr.44, 980-982
- Simon, Hermann 1931: Parasitismus socialis. Eine grundsätzliche gutachtliche Stellungnahme zur »Neurosen«-Frage; Ärtzl. Sachverst.-Ztg. 1931, Nr.16, 243-249
- Stier, Ewald 1922: Rentenversorgung bei nervösen und psychisch erkrankten Feldzugsteilnehmern; in: Hb. d. Ärtzl. Erfahrungen im Weltkrieg 1914/18; Bd.4: Geistes- u. Nervenkrankheiten; hrsg. v. Karl Bonhoeffer; Leipzig, 168-194
- Stier, Ewald 1926: Über die sog. Unfallneurosen; Leipzig
- Strümpell, Adolf 1895: Über die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken; Münchener Med. Wochenschr. 1895, Nr.49, 1137-1140 u. Nr.50, 1165-1168
- Tennstedt, Florian 1981: Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg; Göttingen
- Tennstedt, Florian 1983: Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914; Köln
- Venzlaff, Ulrich 1958: Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (Die sog. Unfallneurosen); Berlin/West u.a.
- Windscheid, Franz 1903: Aufgaben und Grundsätze des Arztes bei der Begutachtung von Unfallnervenkranken. Antrittsvorlesung, gehalten am 14.2.1903 in der Aula der Universität Leipzig; Leipzig
- Weizsäcker, Viktor von 1930: Soziale Krankheit und soziale Gesundung; Berlin 1930
- Zumpe, Lotte 1961: Zur Geschichte der Unfallverhältnisse in der deutschen Industrie von 1885-1932 (Diss. Wirtsch.wiss. Fak., Humboldt-Universität Berlin); Berlin/DDR