

Frühinvalidität als Problem des Verhältnisses zwischen Sozialversicherung und Arbeitswelt

Prof. Dr. Florian Tennstedt, geboren 1943 in Sangerhausen, studierte Sozial- und Rechtswissenschaften in Marburg und Göttingen. Er ist seit 1975 Professor für Jugend- und Sozialrecht an der Gesamthochschule Kassel.

1. Alte Sichtweisen und neue Perspektiven zum Problem der Frühinvalidität

1929 schrieb *Eduard Heimann*: „Sozialversicherung ist eben ausdrücklich nicht Arbeiterschutz; sie sucht den Arbeiter zu fördern, ohne dem Unternehmer wehe zu tun. Der paradoxen und irrealen Absicht entspricht die grundsätzliche Geringfügigkeit des Erfolges¹.“ Sieht man auf das Problem der Frühinvalidität, dann erscheint dieses leider als eine glänzende Bestätigung dieser Einsicht von *Eduard Heimann*². Die allgemeine, vorwiegend juristische Diskussion verkennt aber diesen Grundsachver-

1 Heimann, Eduard: *Soziale Theorie des Kapitalismus. Theorie der Sozialpolitik*, Tübingen 1929, S. 175 f.; interessant auch die Einschätzung von Renner, Karl: *Die Rechtsinstitute des Privatrechts und ihre soziale Funktion*, Tübingen 1929, S. 129 f.

2 Das ist wohl das Ergebnis aller gründlicheren Untersuchungen zum Thema: *Vorzeitige Invalidität* (Schriftenreihe der Forschungsstelle der Friedrich-Ebert-Stiftung), Hannover 1961; Tennstedt, Florian: *Berufsunfähigkeit im Sozialrecht*, Frankfurt 1972; Jahn, Erwin: *Frühe Erwerbsunfähigkeit im internationalen Vergleich*, Köln 1961; Bohle, Fritz u. Norbert Altmann: *Industrielle Arbeit und Soziale Sicherheit*, Frankfurt 1972; Ruth, Walter: *Ursachen vorzeitiger Berufs- und Erwerbsunfähigkeit*, Göttingen 1976.

halt, denn sie wird so geführt, als ginge es beim Problem der Frühinvalidität vorrangig nur um rechtsförmige Fragen, d. h. die tatbestandsmäßige Abgrenzung der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (BU/EU) bzw. um die Aufgabenabgrenzung zwischen den Rentenversicherungsträgern und der Bundesanstalt für Arbeit. Diese Fehlmeinung ist das Ergebnis der allgemeinen Anpassung an die institutionalisierte Problemdefinitions-kompetenz der Sozialversicherung, die sich funktional verhielt zur Entwicklung des ökonomischen Handlungssystems³. Die anfänglichen, grundsätzlichen Widerstände von seiten der Arbeiterbewegung gegen das Falsche und Mangelhafte der Rentenversicherung hörten auf⁴: durch Selbstverwaltung, Sozialgerichtsbarkeit und Rechtsberatung auf verschiedenen, unkoordinierten Ebenen mit ihr verbunden, schienen die Gewerkschaften mit der institutionalisierten Problemdefinitions-kompetenz versöhnt zu sein, die ihnen vollauf zu tun gab und gibt. Doch hindern vermutlich die tagtägliche Erfahrung dessen, was den gemindert Erwerbsfähigen angetan wird und ihre hohe Anzahl - 1975 wurden 278 000 Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bewilligt -, daß das weitgehend falsch reagierende System sich noch mehr verfestigt⁵. Im folgenden seien denn hier einige grundsätzliche Gesichtspunkte zum Problem der Frühinvalidität aufgeführt, die beachtet werden müssen, wenn gewerkschaftliche Sozialpolitik zu einzelnen oder gar generellen Änderungen beitragen will.

2. Historische Fehlentwicklungen und ihre Folgen für die Arbeitnehmer

Ganz generell kann festgestellt werden, daß die Frühinvalidität sowohl eine Funktion des Erkrankungsgrades und der Arbeitsanforderungen als auch des Arbeitsmarktes ist (*Ruth*). Die Rentenversicherung beruht aber quasi auf Postulaten, die diese Grundsachverhalte mehr oder weniger ausblenden:

1. Der Erkrankungsgrad wurde von Anfang an weitgehend unabhängig von den Arbeitsanforderungen festgestellt, mögliche Zusammenhänge zwischen Arbeiterkrankheiten und Arbeitsbedingungen wurden von der Sozialversicherung institutio-

3 Vgl. dazu: Tennstedt, Florian: Zur Ökonomisierung und Verrechtlichung in der Sozialpolitik, in: Murswiek, Axel (Hrsg.): Staatliche Politik im Sozialsektor, München 1976, S. 139; Billerbeck, Ulrich: Politische Autonomie und Sozialpolitik im Kapitalismus, in: ebenda, S. 166; unter allgemeineren Gesichtspunkten: Standfest, Erich: Zur Kostenentwicklung in der sozialen Sicherung, in: WSI-Mitteilungen 1976, S. 392; Widmaier, Hans Peter: Sozialpolitik im Wohlfahrtsstaat, Reinbek 1976; Ferber, Christian von: Soziologie und Sozialpolitik, Sonderheft 19 „Soziologie und Sozialpolitik“ der Kölner Zeitschrift für „Soziologie und Sozialpsychologie“, Köln und Opladen 1977. Den Stand der juristischen Diskussion referiert und führt weiter: Die Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit im Wandel der Zeit. Sonderausgabe „Die Angestelltenversicherung“, Dezember 1976.

4 Vgl. dazu: Tennstedt, Florian: Berufsunfähigkeit. . . (Anm. 2), S. 25 ff.; die sorgfältigsten und treffendsten Einzelanalysen lieferte im Reichstag Hermann Molkenbuhr (1851—1927); die glänzendste Gesamtanalyse stammt von dem sozialdemokratischen Arzt Ignaz Zadek (1858—1931): Die Arbeiterversicherung. Eine social-hygienische Kritik, Jena 1895; die Rolle beider Arbeiterführer ist heute weitgehend unbekannt. Außerdem sei hingewiesen auf die von August Bebel verfaßte Schrift: Die Sozialdemokratie im Deutschen Reichstag. Tätigkeitsberichte und Wahlauftrufe aus den Jahren 1871 bis 1893, Berlin 1909 (Nachdruck: Berlin 1966).

5 Soweit man sieht, ist die hohe Invaliditätsquote in der gegenwärtigen Rentendiskussion kein Thema, obwohl von den 676 000 neu bewilligten Renten immerhin 278 000 Invaliditätsrenten sind, d. h. auch im Hinblick auf die Gesamtkosten ein durchaus beachtlicher Anteil.

nell zunächst gar nicht, ab 1925 nur von der Unfallversicherung „erfaßt“⁶. Die Diskussion um die arbeitsbedingten Gesundheitsschäden, die anfangs noch in der heute wieder für notwendig und richtig erkannten Breite geführt wurde⁷, konzentrierte und verkürzte sich mehr und mehr auf die Verhütung und Entschädigung von Unfällen und Berufskrankheiten im engeren Sinn⁸. Die vorbeugenden Maßnahmen der Rentenversicherung—zunächst gegen gesetzliche Vorschrift durchgeführt—bezogen sich von der Jahrhundertwende bis heute fast ausschließlich auf Maßnahmen, die an die Person des Versicherten bzw. Erkrankten anknüpften, nicht hingegen auf das krankmachende soziale Umfeld, sofern man von der Förderung des Arbeiterwohnungsbaues absieht⁹.

2. Die konkreten Arbeitsanforderungen sind von den Rentenversicherungsträgern nie zum Gegenstand systematischer Erforschung, Ermittlung und Kategorisierung gemacht worden. Daraus resultiert eine Fülle von Mängeln der gegenwärtigen Begutachtungspraxis und Unzuträglichkeiten für den versicherten Arbeitnehmer, die von den Rentenversicherungsträgern systematisch verdeckt werden, wobei sie von der auf diesem Gebiet hilflosen Rechtsprechung flankiert werden¹⁰. Hier wäre anzuführen, daß *Manfred Pflanz*, sicher einer der international renommiertesten Sozialmediziner, der Zugang zu den Begutachtungen der Vertrauensärzte der Landesversicherungsanstalt verwehrt wurde¹¹. Genauere Vorstellungen von der Qualität der Gutachten bzw. der „Fundiertheit“ der dahinterstehenden Experten herrschaft liefern die Aussagen von *Josef F. Scholz*, der 1275 Rentengutachten für „Teilzeitarbeitskräfte“ nachzuprüfen hatte¹². Hier kam er zu dem Ergebnis, daß in 1208 (!) Fällen die Einschränkung der zumutbaren Arbeitszeit zu einseitig und isoliert ge-

6 Vgl. dazu: Tennstedt, Florian: Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: Blohmke, Maria u. a. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3, Stuttgart 1976, S. 385.

7 Dieses beweist ein Blick in das von Theodor Weyl (1851-1913) herausgegebene „Handbuch der Arbeiterkrankheiten“ (Jena 1908), an dem auch der Arbeiterbewegung aus verschiedenen Motiven und verschiedener Hinsicht nahestehende Ärzte wie Ignaz Zadek sen., Alfred Blaschko (1858-1922), Benno Chajes (1882-1938), Arnold Holitscher (1859-1942), Mieczyslaw Epstein (1868-1931) und Ludwig Teleky (1872-1957) mitgearbeitet haben; aus ihm ging das „Handbuch der Berufskrankheiten“ von Franz Koelsch (Jena 1935/37) hervor. Eine relativ umfassende Sicht zeichnet auch noch aus: Gottstein, Adolf u. a. (Hrsg.): Handbuch der Sozialhygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. 2: Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten, Berlin 1926.

8 Das gilt leider auch für die bisherige Literatur, die sich aus sozialwissenschaftlicher Sicht mit der gesundheitlichen Situation der Arbeiter befaßt, etwa: Funke, Hajo u. a. (Hrsg.): Industriearbeit und Gesundheitsverschleiß, Frankfurt 1974; eine Änderung scheint sich anzubahnen mit Friczewski, Franz u. a.: Über den Zusammenhang bestimmter Arbeitssituationen und koronaren Herzkrankheiten, Berlin und Tutzing 1976.

9 Vgl. dazu: Tennstedt, Florian: Sozialgeschichte . . . (Anm. 6), S. 458 ff.; Bosse, A.: Die Förderung des Arbeiterwohnungsbaus durch die Landesversicherungsanstalten, Jena 1907.

10 Vgl. dazu ausführlich: Tennstedt, Florian: Berufsunfähigkeit . . . (Anm. 2), S. 117 ff., und derselbe: Grenzen der Rechtsprechung? Zum Verhältnis von Recht und Tatsachen im sozialgerichtlichen Verfahren, Die Sozialgerichtsbarkeit 1973, S. 244.

11 Pflanz, Manfred: Begutachtungsmedizin und Sozialmedizin, in: Pflanz, Manfred: Die soziale Dimension der Medizin, Stuttgart 1975, S. 187.

12 Scholz, Josef F.: Untersuchungen älterer Arbeitssuchender und Arbeitsloser, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene, 1972, S. 337.

wertet wurde: Vier bis dreizehn zusätzliche Einschränkungen mußten ausgesprochen werden. So wundert es nicht, daß die BfA sich schnell von der Aussage ihres ehemaligen *Abteilungspräsidenten Albrecht von Altrock* distanzierte, daß die „Angaben zur Verweisbarkeit in weitem Umfang untergeordneten Kräften . . . überlassen (werden), mit deren stereotypen Angaben der gewissenhafte Gutachter wenig anfangen kann“¹³.

3. 1888 ließ das Reichsamt des Innern die bei der Begriffsbestimmung der Invalidität ursprünglich geplante Passage über die „der vorhandenen Arbeitsgelegenheit entsprechenden Arbeiten“ fallen und behauptete, ebenso unbegründet wie falsch, daß die größere oder die geringere Gelegenheit zur Arbeit „mit der körperlichen oder geistigen Fähigkeit zur Fortsetzung der Erwerbstätigkeit begrifflich nichts zu tun“ habe: „Die Aufgabe des Entwurfs ist nicht die Versicherung gegen Arbeitslosigkeit, sondern gegen Erwerbsunfähigkeit“¹⁴.“ Seitdem ziehen sich dieses Kabinettsstück der Begriffsjuristerei und seine Folgen, auch nach Aufnahme einer staatlichen Arbeitslosenversicherung und Arbeitsmarktpolitik, wie ein roter Faden durch die Geschichte der Rentenversicherung¹⁵. Das bedeutete, daß ein ganz erheblicher „Teil“ des Risikos der geminderten Erwerbsfähigkeit vom Staat nicht oder nur unvollkommen abgesichert, d. h. bei dem in dieser Hinsicht ungesicherten Arbeitnehmer belassen wurde¹⁶. Ganz im Sinne der These von Eduard Heimann muß demgegenüber gesehen werden, daß die Unternehmerseite dieses Risiko abschieben konnte und kann: „Die Gelegenheit, sich von verbrauchten Arbeitskräften über die Feststellung der Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit legitim und innerhalb des sozialen Ordnungssystems zu trennen, beeinflußt die personalwirtschaftliche Disposition. Möglicherweise wird ökonomisch erfolgreicher operiert, wenn nicht primär von der Erhaltung der Leistungsfähigkeit des Arbeitnehmers, sondern von dem Austausch der nicht mehr hinreichend produktiv einsetzbaren Arbeitnehmer ausgegangen wird“¹⁷.“ Immerhin scheint sich hier ein gewisser Wandel anzubahnen: 1974 stand *Wolfgang Gitter* in einem wissenschaftlichen Gutachten noch den Versicherungsträgern zur Seite und urteilte apodiktisch, daß dem Versicherten im Verlauf des Rentenverfahrens ein konkreter Arbeitsplatz nicht angeboten werden könne. Dieses würde „einen kaum noch vorstellbaren Verwaltungsaufwand zur Folge ha-

13 Altrock, Albrecht von: Selbstverwaltung, Grundgesetz und Rentenreform, in: Arbeit und Sozialpolitik 1973, S. 29.

14 Tennstedt, Florian: Berufsunfähigkeit. . . (Anm. 2), S. 26.

15 Den Höhepunkt in der Reihe der daraus resultierenden bornierten Fehlleistungen bildete der Beschluß des Großen Senats des BSG vom 11. Dezember 1969 (vgl. Tennstedt, Florian: Berufsunfähigkeit. . . (Anm. 2, S. 278 ff.), von dem er sich nach 7 Jahren teilweise selbst wieder distanzieren mußte. Soziale Sicherheit 1977, S. 27. Es gereicht der Rentenversicherung nicht zur Ehre, daß sie sich nicht dazu entschließen konnte, die Stellenvermittlung erwerbsgeminderter Personen selbst zu organisieren.

16 Möglicherweise ist die Entscheidung des Großen Senats des BSG vom 10. 12. 1976 der späte Beginn einer Abkehr davon; die gegenwärtige Arbeitslosigkeit und die Immobilität der bürokratisierten, unkooperativen Bundesanstalt für Arbeit lassen allerdings nicht viel Hoffnung.

17 Ruth, Walter: Ursachen . . . (Anm. 2), S. 100.

ben. Damit dürften die Rentenverfahren ad infinitum ausgedehnt werden" ¹⁸. 1976 stimmte aber selbst die BfA dem Vorschlag zu, daß dem Versicherten konkrete Arbeitsplätze genannt werden müssen.

Diese falschen Voraussetzungen waren nun insgesamt eine wesentliche Bedingung dafür, daß die Reaktion der Sozialversicherung auf das Problem der Frühinvalidität gekennzeichnet ist durch eine „grundsätzliche Geringfügigkeit des Erfolges“, wie Heimann festgestellt hatte. Selbst innerhalb der daran maßgeblich beteiligten Institutionen - Sozialverwaltung und Sozialgerichtsbarkeit - wächst eine entsprechende Einsicht, wenn auch nicht grundsätzlich, so doch in dem Sinne, daß man mit den eigenen Mitteln in einer Sackgasse gelandet ist, weshalb man nach dem Gesetzgeber ruft ¹⁹.

Steht aber eine Gesetzesreform an, dann muß von gewerkschaftlicher Seite aus deutlich gemacht werden, daß diese nicht sinnvoll sein kann, wenn sie sich auf neue tatbestandsmäßige Abgrenzungen von geminderter Erwerbsfähigkeit einläßt, ohne gleichzeitig einige der paradoxen und irrationalen Postulate aus dem deutschen Kaiserreich endlich aufzugeben. Konkret heißt dieses: Die „Diskrepanz zwischen dem gesellschaftlich rationalen Ziel der Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der Versicherten als oberste Handlungsmaxime und dem sozialen Bezugsrahmen, dem die BU/EU konkret zugeordnet ist“ ²⁰, muß gemindert werden. Walter Ruth kommt in seinem für die Kommission für wirtschaftliche und sozialen Wandel erstatteten Gutachten zu dem Ergebnis, daß eine entsprechende sozialpolitische Maßnahme sich mit folgenden Aufgaben befassen muß:

1. Mit der Vorsorge im Sinne der Einwirkung auf Frühschäden und Risikofaktoren der zur BU/EU führenden Krankheiten und
2. mit der Übernahme der Verantwortung für effektiv verursachte Gesundheitsschäden.

Hinzu kommen dann noch rechtlich-organisatorische Maßnahmen, die den Lohnausgleich der Renten wegen geminderter Erwerbsfähigkeit betreffen ²¹.

¹⁸ Gitter, Wolfgang: Auswirkungen der neueren Rechtsprechung zum Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsbegriff. Gutachten erstattet im Auftrage des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, w. Manuskript, Bochum 1974, S. 83. Kennzeichnend für die Situation wie dieses Gutachten ist im übrigen, daß die auf quantitative Angaben abzielenden Fragen teilweise schlicht nicht beantwortet wurden.

¹⁹ Vgl. Die Renten wegen Minderung . . . (Anm. 3); Dapprich, Gerhard: Reform der Rentenformel?, Die Sozialgerichtsbarkeit 1974, S. 147; in einem Bericht der Hessisch/Niedersächsischen Allgemeinen vom 20. 1. 1977 („Teilzeitarbeitsmarkt funktioniert nicht“) heißt es über eine Pressekonferenz, die der Präsident des Bundessozialgerichts, Georg Wannagat, gab: „Vor Journalisten forderte Wannagat deshalb den Gesetzgeber auf, eine Änderung in Angriff zu nehmen“. Vgl. zur grundsätzlichen Einschätzung dieses Phänomens: Scharpf, Fritz W.: Die politischen Kosten des Rechtsstaates, Tübingen 1971.

²⁰ Ruth, Walter: Ursachen . . . (Anm. 2), S. 133

²¹ derselbe: Ursachen . . . (Anm. 2), S. 137.

3. Alternative Gesichtspunkte zur Bekämpfung der Frühinvalidität im Rahmen der Sozialen Sicherung

a) Arbeitsbedingungen und Krankheitsprozesse

Frieder Naschold hat festgestellt: „In der gesellschaftlichen Produktion von Gütern und Dienstleistungen im entwickelten Kapitalismus ist die Tendenz zur Nichtberücksichtigung und Gefährdung der Reproduktion von Arbeitskraft angelegt, da der Zweck der gesellschaftlichen Produktion die notwendige Verwertung von Kapital, nicht jedoch die Gebrauchswertproduktion darstellt²².“ Aus anderer Perspektive hat *Manfred Hagenkötter* ausgeführt: „Es gibt natürlich viele Gründe, warum ein Anfangsfünfziger oder Endfünfziger zum Frührentner wird. Es gibt Gründe der allgemeinen körperlichen Konstitution, der privaten Lebensführung, und bei der gegenwärtigen Generation sicher auch Gründe, die in der Kriegs- und Nachkriegszeit zu suchen sind. . . Es gibt aber sicherlich auch Gründe, die in der Arbeitssituation liegen, nämlich im vorzeitigen Verschleiß der Gesundheit durch die Arbeitsanforderungen²³.“

Versucht man nun, diese Aussagen zu konkretisieren, dann kann man folgendes im Hinblick auf die Ursachen der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit feststellen: Die Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems liegen bei Männern und Frauen mit 51,15 Prozent bzw. 46,35 Prozent an der Spitze²⁴. Dann folgen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (9,95 bzw. 14,55) und Neubildungen (12,8 bzw. 11,85). Somit sind die zu BU/EU führenden Krankheitsarten vorherrschend organische Erkrankungen, die in der Mehrzahl vorsorgend reduzierbar sind, wenn es gelingt, ihre Risikofaktoren zu senken²⁵.

Die Frage nach den Risikofaktoren führt nun dazu, daß die Diskussion um die „Berufskrankheiten“ in größerer Breite wieder aufgenommen werden muß. Die herrschende Meinung legt den in § 551 I Reichsversicherungsordnung (RVO) genannten Begriff der Berufskrankheit so eng aus, daß solche Krankheiten kaum darunter zu fassen sind, die mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit durch Arbeitseinflüsse bedingt sind, die aber auch durch außerberufliche Faktoren der Konstitution und Erbanlage mitbedingt werden. Ihre berufliche Verursachung ist deshalb nur mit statistischer Sicherheit zu belegen. Der Einzelnachweis ist schwer zu erbringen, weil das Auftreten bzw. die Entwicklung dieser Krankheiten, die den größten Teil der genannten, zu Frühinvalidität führenden chronischen Krankheiten

22 Naschold, Frieder: Strukturelle Bestimmungsfaktoren für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen, in: Murswiek, Axel (Hrsg.): Staatliche Politik . . . (Am. 4), S. 126

23 Hagenkötter, Manfred: Humanisierung am Arbeitsplatz; Kooperation. Mitteilungen der Kommission für die Durchführung des Kooperationsvertrages mit der Arbeiterkammer Bremen, Nr. 16 (November 1976), S. 3.

24 Ruth, Walter: Ursachen . . . (Anm. 2), S. 70 ff.

25 Schaefer, Hans u. Maria Blohmke: Sozialmedizin, Stuttgart 1972, S. 388 ff.

ausmachen, als ein vielschichtiges Geschehen gewertet werden muß, das auch von Lebensbereichen außerhalb des Arbeitslebens abhängt: Freizeitgestaltung, Ernährung, Genußmittelverbrauch und Medikamentengebrauch²⁶.

Hier ist sicher noch weitergehende Forschungsarbeit notwendig, aber primär kommt es darauf an, daß im Rahmen einer vorsorgenden Sozialpolitik, die vor dem Betrieb nicht haltmacht, schon vorhandene Forschungsergebnisse systematisch ausgewertet sowie organisatorisch und politisch „umgesetzt“ werden²⁷. So mutet es höchst seltsam an, daß der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) seine neuerdings intensivierete Forschung fast ausschließlich „versichertenbezogen“ betreibt, hier interessiert (unter Legitimationsdruck) die Frage der geeigneten Auswahl und optimalen Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen. Dieses ist zu begrüßen, verwundert aber zugleich wegen der Enge und Langfristigkeit des Ansatzes. So sind zunächst Untersuchungsansätze zur Auswertung bereits vorliegenden Datenmaterials „in Angriff genommen“, die die Aufgabe haben, „für die Konzeption gezielter prospektiver Längsschnittuntersuchungen wegweisend“ zu sein²⁸. Kann man sich derartige Gemütlichkeit angesichts von 278 000 Renten wegen geminderter Erwerbsfähigkeit, angesichts des Programms zur Humanisierung der Arbeit („Anpassung der Arbeit an den Menschen“), angesichts der in §§ 1226, 1305 RVO enthaltenen Aufgaben und Kompetenzen²⁹ tatsächlich noch leisten? Geht es nicht vielmehr zumindest auch darum, daß Konsequenzen aus der Kenntnis schon bekannter Risikofaktoren in der Arbeitswelt - Lärm in Lautstärken von über 65 dB, erhöhte psychische Belastung, körperliche Unterforderung, wiederholte gleichförmige körperliche Belastungen und Zwangshaltungen, Nachtschichtarbeit, Stäube

26 Ausführliche Angaben dazu bei Tennstedt, Florian: *Berufsanforderungen und flexible Altersgrenze*, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene 1972, S. 333, ders.: *Sozialwissenschaftliche Forschung in der Sozialversicherung*, Sonderheft 19 „Soziologie und Sozialpolitik“ der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Köln u. Opladen 1977.

27 Diese Forderung muß dringend erhoben werden, denn weiß man auf diesem Gebiet auch bei weitem noch nicht genug, so doch schon genügend, um zumindest das Problem einiger Risikofaktoren „vor Ort“ angehen zu müssen. Eine rechtzeitige, sei es auch nur partielle Einflußnahme ist auch deshalb erforderlich, weil diese Risikofaktoren langfristig wirken. Man muß befürchten, daß auf die Eigeninteressen von Wissenschaft abgestimmte Publikationsforschung, ähnlich wie manche Gutachten, nur der Handlungsverzögerung dient. Soweit ersichtlich, ist z. B. die in der Schrift „Vorzeitige Invalidität“ (Anm. 2) oder vom Institut für Dokumentation und Information über Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen in Bielefeld angezeigte internationale Literatur nie unter dem Gesichtspunkt der Prophylaxe der Frühinvalidität durch die Sozialversicherung systematisch ausgewertet worden! Leider leistet dieses auch das Gutachten von Walter Ruth nicht.

28 Kaufmann, F. W.: *Das Grundkonzept für gemeinsame medizinische Forschungsaufgaben der Rentenversicherungsträger*, in: *Rehabilitation durch die Rentenversicherung* (Schriften zur Fortbildung des VDR, Heft 33), Frankfurt 1976, S. 29. Die Frage ist, ob nicht bei einer etwas weiteren, die gegenwärtige bloße Kurpraxis überschreitenden Sicht „des anspruchsvollen gesetzlichen Auftrages der Erhaltung . . . der Erwerbsfähigkeit unserer Versicherten“ schon genügend „wissenschaftliche Basiselemente“ vorhanden sind. Soweit ersichtlich wurden die in konkrete Forderungen mündenden „privaten“ Forschungsergebnisse aus dem eigenen Haus der LVA Rheinland-Pfalz, nämlich von Fritz W. Adam (Beitrag zu einer Phaenomenologie der Berufsunfähigkeit, Stuttgart 1964), zwar mit dem Hufeland-Preis (als beste Arbeit auf dem Gebiet der vorbeugenden Gesundheitspflege!) bedacht, in der Rentenversicherung aber nicht umgesetzt.

29 Man beachte die spärliche Kommentierung dieser Paragraphen, etwa in dem von VDR hrsg. sog. *Verbandskommentar* (Kommentar zur RVO, 4. u. 5. Buch, Weinheim, Loseblatt).

und chemische Schadstoffe, Vibrationen u.a. - endlich gezogen werden³⁰, und zwar in dem Sinne, daß 1. gegenüber den Betrieben auf „Abstellung“ gedrängt wird und 2. den Versicherten, die mit diesen Risikofaktoren trotzdem noch kontinuierlich belastet werden, allein schon deshalb besondere Dispensaire- und Rehabilitationsmaßnahmen zur Verfügung gestellt werden?

b) Einführung des „Kausalprinzips“ bei der Finanzierung der Renten wegen Frühinvalidität

„Am weitesten in der Richtung des Arbeiterschutzes geht noch die Unfallversicherung, die sich ja auf Vorgänge im Betrieb bezieht und zur Verringerung der finanziellen Last vorbeugende Einrichtungen im Betriebe schafft³¹.“ Die Unfallversicherung, bei der gemäß § 725 RVO die Beitragshöhe sich u. a. „nach dem Grade der Unfallgefahr in den Unternehmen“ richtet, nutzt auf ihre Weise das Interesse des Unternehmers an Meidung oder Minderung seiner Entschädigungslast positiv zur Verhütung und Beseitigung von Schäden aus. Dadurch ist auch dem Einzelbetrieb tendenziell eine gewisse Rücksichtnahme auf die Gefährdung der Reproduktion von Arbeitskraft auferlegt, wenngleich auch nur in höchst begrenztem Maße, und über die Reichweite läßt sich streiten³².

Dennoch scheint hier im gegenwärtigen System ein prinzipiell besserer Weg gefunden zu sein als bei der Rentenversicherung, die zur Abwälzung entsprechender „Sozialkosten“ geradezu einlädt. Von dieser Überlegung ausgehend, hat Walter Ruth die Einführung des „Kausalprinzips“ in der BU/EU als Anreizmechanismus zur Einschränkung betrieblicher Risikofaktoren für die Gesundheit vorgeschlagen. Im einzelnen schlägt er vor „die direkte Verbindung des BU/EU-Rentenfalles mit der Kostenbeteiligung des Betriebs. Periodische Vorsorgeuntersuchungen, die zur Klärung der gesundheitlichen Verfassung beitragen, sind dabei unabdingbar. Weitere Voraussetzungen dazu sind personelle und sachliche Ausstattung der arbeitsmedizinischen Gutachterstelle und eine von Betriebsleitung und Betriebsrat gemeinsam getragene Gutachterkommission. Die Kosten einer allgemeinen Umstellung des Beurteilungsverfahrens in der BU/EU auf das Kausalprinzip sind insoweit kein Hinderungsgrund für die Verwirklichung dieses Vorschlags, als die gesamte Wirtschaft, einschließlich der Arbeitnehmer, Umstellungskosten gemeinsam zu tragen bereit sind. Verglichen mit dem Einfluß dieser Maßnahme auf die Einstellung

30 Vgl. Anm. 26.

31 Heimann, Eduard: Soziale Theorie . . . , S. 176.

32 Dieses gilt vor allem in Hinblick auf die theoretischen Ableitungen, wie sie etwa von Frieder Naschold (Anm. 22) und Ulrich Billerbeck (Anm. 3) vorgenommen werden. Demgegenüber sei aber auf die im Vergleich zu den „jenseits des Betriebes“ final konstruierten und operierenden Sozialversicherungszweigen bzw. -trägern relativ guten Rehabilitationserfolge der gewerblichen Berufsgenossenschaften hingewiesen, die im übrigen schon immer praxisbezogene Forschung gefördert haben (vgl. Nicki, Walter: Strukturanalysen der Rehabilitation, Heft 1 u. 2, Bonn 1970/72).

der Betriebe und ihrer Auswirkung auch auf die gesundheitliche Verfassung der Arbeitnehmer allgemein, sollte dieser entscheidende Schritt nicht gescheut werden³³." Dabei ist klar, daß hier möglicherweise ein entscheidender Hebel zur Minimierung der zu paraprofessionellen Krankheiten führenden Risikofaktoren und zur Einrichtung von Schonarbeitsplätzen gesehen werden könnte.

c) Neugestaltung der Leistungen für erwerbsgeminderte und erwerbsunfähige Versicherte

Christian von Ferber hat in der Berufsunfähigkeitsrente die Absicht gesehen, „zwischen der Vollerwerbsfähigkeit und der Erwerbsunfähigkeit eine Teilerwerbsfähigkeit als ‚Berufs‘-Chance zu verankern“³⁴. Sie gehört zu den Maßnahmen, die einen „finanziellen Ausgleich“ gewähren bei Ereignissen, „die nicht ausschließlich finanzielle Nachteile zur Folge haben, sondern im wesentlichen durch eine Verschlechterung der gesamten individuellen Arbeits- und Beschäftigungssituation geprägt sind und erst dadurch oder im Zusammenhang damit finanzielle Auswirkungen haben“³⁵. Selbst wenn man einräumt, daß ihre tatbestandsmäßigen Voraussetzungen sowie ihre Zusammensetzung und Berechnung „vom Altersruhegeld her“ (§ 1253 RVO) von Anfang an für den gedachten Zweck höchst unzureichend waren³⁶, so muß man doch feststellen, daß Rentenversicherungsträger und Sozialgerichtsbarkeit, vorab die Rechtsprechung des Großen Senats des Bundessozialgerichts (BSG), die konkrete Gefahr herbeigeführt haben, daß die Berufsunfähigkeitsrenten hinfällig werden. Früher standen die Berufsunfähigkeitsrenten zu den Erwerbsunfähigkeitsrenten im Verhältnis 1:2, heute nähert sich dieses Verhältnis 1:6. Dieses und das fehlgeschlagene Alles-oder-nichts-Prinzip bei der BU-Rente hat einen Expertenkreis des DGB zur der Auffassung gebracht, daß es sinnvoll ist, die Berufsunfähigkeitsrente durch eine andere Art von Geldleistung zu ersetzen. „Eine Leistung, die nur zum Gegenstand hat, einen Lohn-bzw. Einkommensverlust auszugleichen, kann in den Voraussetzungen und in der Höhe sehr viel flexibler gehalten werden als eine Rente . . . Anstelle der Berufsunfähigkeitsrente hätte ein Einkommensverlustausgleich zu treten, der keine Rente ist. Erst wenn der Versicherte aus Gesundheitsgründen endgültig aus dem Erwerbsleben ausscheiden muß, er also erwerbsunfähig ist, hätte die Rente als Dauerleistung einzusetzen.“ Damit verbunden sind grundlegende Vorschläge zur Neuorganisation des Rehabilitationsverfahrens

33 Ruth, Walter: Ursachen . . . (Anm. 2), S. 152.

34 Ferber, Christian von: Der Beruf im gesellschaftlichen Gefüge, in: Der Beruf im Sozialrecht (Schriftenreihe des deutschen Sozialgerichtsverbandes, Bd. 5), Wiesbaden 1969, S. 62 (75).

35 Bohle, Fritz u. Norbert Altmann: Industrielle Arbeit. . . , S. 154.

36 Tennstedt, Florian: Berufsunfähigkeit. . . (Anm. 2), S. 179 f., S. 265 ff.; aufweichen Grundlagen unsere Sozialgesetzgebung entwickelt wird, kennzeichnet indirekt die vom BMA an Wolfgang Gitter (Anm. 18) gestellte elementare Frage: „Wie hoch ist die Zahl der erwerbstätigen Berufsunfähigkeitsrentner, und wie hoch ist das Einkommen der erwerbstätigen Berufsunfähigkeitsrentner im Vergleich zum früher erzielten Einkommen?“ Sie konnte nicht beantwortet werden.

bei den Rentenversicherungsträgern zur Verwirklichung des Prinzips „Rehabilitation vor Rente“³⁷.

d) Organisatorische Voraussetzungen erfolgreicher Bekämpfung der Frühinvalidität

Selbst wenn bislang organisatorische Vorschläge für die Sozialversicherung gering geachtet und aufgrund der damit meist in Verbindung stehenden personellen-positionellen Probleme selten verwirklicht wurden, seien sie hier doch noch andiskutiert.

Sollte eine Reform der bisherigen Reaktion auf Probleme der Frühinvalidität durchgeführt werden, die den aufgezeigten Gesichtspunkten Rechnung tragen will, ist zu überlegen, ob diesen Aufgaben nicht grundsätzlich besser entsprochen werden kann, wenn die Anregung, Koordination, Durchführung und Auswertung der vorbeugenden Maßnahmen, die sich auf den Versicherten und den Betrieb richten müssen, sowie die rehabilitativen Maßnahmen für gemindert Erwerbsfähige und der Einkommensverlustausgleich den Krankenkassen übertragen werden. Die Aufgaben der Rentenversicherung würden auf die Abwicklung der Erwerbsunfähigkeitsrenten und Altersruhegelder beschränkt. Für diese Neuorganisation könnten folgende Gesichtspunkte sprechen:

1. Die Krankenkassen haben einen stärkeren regionalen, dezentralisierten Bezug hin zum Versicherten und zum Betrieb, in dem dieser beschäftigt und möglicherweise gesundheitlich gefährdet ist; sei es auch weitgehend nur formal als Einzugsstelle (§ 1399 RVO); das fetischisierte „Praktikabilitätsproblem“ der Arbeitsplatzzuweisung für gemindert Erwerbstätige schrumpft bei rund 1700 Krankenkassen eher zusammen als bei den wenigen Rentenversicherungsträgern;
2. Frühformen von zu Erwerbsminderung führenden Krankheiten können die Krankenkassen bei entsprechenden organisatorischen und informationsmäßigen Vorkehrungen³⁸ unmittelbarer und unabhängig vom „Versichertenentschluß“ bemerken und darauf reagieren. Die gegenwärtige Regelung des § 183 VII RVO ist zu eng und greift nicht weit genug;
3. Die vertrauensärztliche Begutachtung für Rentenanträge findet seit dem „Aufbaugesetz“ von 1934 schon dezentralisiert statt - häufig im Hause einer Krankenkasse, aber - aufgrund der Trägerschaft der Rentenversicherung - in fehlender

37 Leingärtner, Kurt: Neugestaltung der Leistungen für erwerbsgeminderte und erwerbsunfähige Versicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung, w. Manuskript, Kassel 1976 (wird im Mai 1977 veröffentlicht), hinsichtlich der Einzelheiten sei auf diese Vorschläge verwiesen; die Vorschläge der Bf A (Anm. 3) ähneln diesen in mancher Hinsicht.

38 Vgl. dazu die Vorschläge von Christian von Ferber: Ein Informationssystem der Krankenversicherung. Eine gesundheitspolitische Aufgabe, Die Krankenversicherung, 1972, S. 125; Informationssysteme in der Krankenversicherung aus der Sicht des Gesundheitspolitikers, Die Ortskrankenkasse, 1974, S. 733.

Koordination mit dieser und ihren Selbstverwaltungsorganen, der Sprung zur Sozialmedizin ist sicher auch deshalb noch nicht geschafft³⁹;

4. Das innovatorische Potential der Rentenversicherungsträger ist gegenüber den Anfangsjahren auffällig gesunken, während Krankenkassen und Berufsgenossenschaften recht zielstrebig mannigfache neue Wege gegangen sind⁴⁰. Es ist auch kein „Mechanismus“ zu sehen, der es heben bzw. die verfestigten Bürokratienstrukturen im Hinblick auf Kundenorientierung verändern könnte;

5. Die Krankheitsvorbeugung muß insgesamt vereinheitlicht und systematisiert werden. Für die dafür erforderliche Koordination der zuständigen Träger und ihrer Maßnahmen, vermutlich zunächst in Form von Arbeitsgemeinschaften⁴¹, wird ein regionaler oder betrieblicher Bezugspunkt gefunden werden müssen, der auch den Gesichtspunkten der Bürgernähe und Selbstverwaltungsaktivierung gerecht wird⁴².

Die dann zu ergreifenden Maßnahmen können hier nicht annähernd angedeutet werden. Die - aus der Selbstverwaltung heraus zu entwickelnden - Arbeitsgemeinschaften könnten Träger von Beratungsstellen (Dispensairemethode)⁴³ und viel-

39 Vgl. Ferber, Christian von: Weiterentwicklung sozialärztlicher Dienste zu einem gemeinsamen sozialmedizinischen Dienst - ein Erfordernis der Zeit? in: Öffentliches Gesundheitswesen, 1976, S. 437; Muhr, Gerd: Gemeinsamer Sozialärztlicher Dienst - notwendig und realisierbar, Soziale Sicherheit 1974, S. 97, 129; Schmidt, Alfred: Von der Krankenkasse zum Zentrum sozialer Hilfe, Die Krankenversicherung 1974, S. 229.

40 Eine Hauptschwierigkeit wird es sein, den neuen „Berufsunfähigkeitsbegriff“ (der Terminus sollte wegen der von ihm ausgehenden falschen Anmutungen fallengelassen werden) 1. vom Arbeitsunfähigkeitsbegriff abzugrenzen und 2. zunächst flexibel zu halten, damit er im Rehabilitationsverfahren wirksamer wird als im Gerichtsverfahren; eine jurifizierte Verdinglichung muß unbedingt vermieden werden. Damit verbunden ist die Aufgabe, diesen Problemkomplex in ähnlicher Weise von der sonstigen kassenärztlichen Versorgung abzugrenzen wie das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren (im übrigen differiert die Statistik der Krankheiten, die zu Invalidität führen, erheblich von denen, die zur Arbeitsunfähigkeit führen, vgl.: Statistik der gesetzlichen Krankenkassen über Arbeitsunfähigkeitsfälle und-tage sowie Todesfälle . . . 1953/54 ff., Bonn 1958 ff.). Die Argumente, die der Hartmannbund 1913 gegen das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren vorgebracht hat, dürften auch gegen diesen Vorschlag vorgebracht werden: „unerhörte Bestrebungen“, „ein auf die weitere Dauer schlechterdings unerträgliches Verhalten den Ärzten gegenüber“, „Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient“ gefährdet, „Demokratisierung ringsum. Abgraben der Grundlagen des freien Berufes“, „schwerste Gefahr im Verzuge“ (wörtlich entnommen: Ärztliche Mitteilungen 1913, S. 586). Das Schicksal des „neuen“ Kassenarztrechts zeigt, daß die RVO-Kassen und die Gewerkschaften stärker als bisher gesundheitspolitisch tätig werden müssen bzw. der Selbstverwaltung neue Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen müssen.

41 Mit Hilfe von Arbeitsgemeinschaften wurden in der Weimarer Republik die gesundheitspolitischen und -fürsorgischen Probleme der Infektionskrankheiten, insbesondere der Tbc-Bekämpfung, relativ erfolgreich angegangen. vgl. Tennstedt, Florian: Sozialgeschichte . . . (Anm. 6), S. 467 ff.; auch das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren wurde zunächst von „Freien Vereinigungen“ auf lokaler bzw. regionaler Basis getragen, ebenda, S. 430 ff. 434 ff.

42 Vgl. dazu die Überlegungen von Christian von Ferber: Selbstverwaltung und soziale Sicherung, Gewerkschaftliche Monatshefte, 1975, S. 150; ders.: Fiktion oder Zukunft?, Bundesarbeitsblatt 1976, S. 9; im Druck ist eine Monographie von ihm zum Thema „Selbstverwaltung — Risiko oder Chance“, sie wird im Verlag der Ortskrankenkassen erscheinen (Soziale Selbstverwaltung, Bd. 1).

43 Die ursprünglich für die Tuberkulosebekämpfung entwickelten Dispensaires („Fürsorgestellen“, Beratungsstellen, vgl. Tennstedt, Florian: Sozialgeschichte . . . Anm. 6, S. 454 f.) sind wohl nur in der DDR für die heute vorherrschenden Krankheiten weiterentwickelt und ausgebaut worden (vgl. Neubert, Rudolf u. Gottfried Schrödel: Grundriß der Sozialhygiene, 2. Aufl., Jena 1965; Quaas, Max u. Ursularenate Reuter: Arbeitshygiene, 2. Aufl. Berlin 1976).

leicht Ambulatorien⁴⁴ sein und müßten die kommunalen sozialen und gesundheitlichen Dienste mit erfassen. Diese Beratungsstellen könnten auch Ansätze zu stärkerer Publikumsorientierung enthalten, möglicherweise einen eigenen Sozialdienst unterhalten⁴⁵. Den Gewerkschaften, die in der Selbstverwaltung der Krankenkassen ebenso vertreten sind wie die Arbeitgeber, käme eine entscheidende Aufgabe darin zu, mit den Betrieben, dem Betriebsrat (§§ 87, 90, 91 Betriebsverfassungsgesetz) und dem werksärztlichen Dienst effiziente Kooperationsformen zu entwickeln⁴⁶. So könnten rechtzeitig Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen sowie gruppenspezifische Vorbeuge- und Rehabilitationsmaßnahmen jenseits des jetzt herrschenden „Zugriffsprinzips“ auf Kuren durchgeführt werden⁴⁷. Dabei wäre zu denken an: Schichtarbeiter, Arbeiter vom 50. Lebensjahr an, Infektionsgefährdete, Arbeiter mit Atemschutzgeräten, Arbeiter mit besonderer Verantwortung für die eigene Sicherheit oder hohe Produktionswerte, Angestellte in leitender Funktion mit hoher Verantwortung.

Dieses alles bedarf einer Intensivierung der Information und Motivation der Selbstverwaltungsmitglieder und der Betriebsräte durch die Gewerkschaften. „Betriebsräte unterliegen auch oft der Gefahr, die Interessen ihrer Arbeitnehmer zu vertreten, ohne auf das z. B. gesundheitspolitisch erforderliche Maß an künftigen Bedürfnissen einzugehen. Sie sollten daher in ihrer Position so weit gestärkt werden, daß sie in der Lage sind, die gesellschaftspolitische Aufgabe, die ihr der Gesetzgeber zuordnen wollte, im Betrieb zu verwirklichen“⁴⁸.

So zeigt sich insgesamt ein größeres Programm, das vermutlich mehr Widerstände als Anklang finden wird. Vor vorschnellem Optimismus ist aber auch derjenige gefeit, der die bisherige Geschichte der Sozialpolitik betrachtet und die Zeiträume, die benötigt wurden, um Innovationen — etwa besondere Heilverfahren —

44 Vgl. über diese in der Weimarer Republik: Tennstedt, Florian: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen 1977 (in Druck) (Soziale Selbstverwaltung, Bd. 2).

45 Siehe dazu neuerdings die Untersuchung von Eichner, Harald u. Rolf Neuhaus: Soziale Dienste der Krankenkassen, Bonn-Bad Godesberg 1976 und das Votum des Bundesgesundheitsrates zur Ausbildung der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Die Ortskrankenkasse 1976, S. 823 f.

46 Fitting, Karl: Humanisierung durch Mitbestimmung, Kooperation (Anm. 23), S. 15; Birkwald, Reimar u. Hans Porschlegel: Handlungsanleitung zur menschengerechten Arbeitsgestaltung nach dem Betriebsverfassungsgesetz, Köln 1977; interessant ist die positive Einstellung der Arbeitnehmer zur betriebsärztlichen Versorgung, jedoch: Die „Mitbestimmung des Betriebsrates bei betriebsmedizinischen Einrichtungen muß vergrößert werden, die Gesundheitsaufklärung für Arbeitnehmer muß erweitert werden, da bis jetzt ein Bewußtsein für den Zusammenhang zwischen chronischen Leiden und Betriebsunfällen einerseits und dem Arbeitsplatz sowie der Arbeitsumwelt andererseits nicht besteht“. (Müller-Stüler, V. u. a.: Betriebsärzte im Urteil der Arbeitnehmer, 2. Aufl., Frankfurt 1973, Schriftenreihe der IG Metall 56).

47 Eine Fülle von Anregungen, auf die hier nur verwiesen werden kann, enthält die Studie von Walter Ruth (Anm. 2); im übrigen zeigt sich hier eine echte Gestaltungschance für die Selbstverwaltung, möglicherweise nähern sich die tarifpolitischen Auseinandersetzungen ähnlichen Fragen ebenfalls mehr und mehr, vgl. Steinkühler, Franz u. a.: Werktagen werden besser, Köln 1977.

48 Ruth, Walter: Ursachen . . . (Anm. 2), S. 148. Von den Betriebsräten sollte aber nicht Aufmerksamkeit für Probleme gefordert werden, die auch die Sozialwissenschaftler bisher kaum erfaßt haben!

durchzusetzen. So lassen sich sehr viele der hier entwickelten Gedanken im Ansatz schon in Stellungnahmen und Forderungen vor dem Ersten Weltkrieg nachweisen! Vielleicht aber gilt es gerade im Hinblick auf die Frühinvalidität an die Worte des „alten“ *Ignaz Zadek* zu erinnern: „Die private Versicherung . . . hat es mit unvorhergesehenen und unabänderlichen Gefahren, mit natürlichen und feststehenden Faktoren zu tun, die Arbeiterversicherung mit veränderlichen, durch gesellschaftliche Einrichtungen geschaffenen und daher auch durch gesellschaftliche Einrichtungen abwendbaren Gefahren, mit sozialen Erscheinungen⁴⁹ .“

49 Zadek, Ignaz: Die Arbeiterversicherung (Anm. 5), S. 61.