

**Deutsches
Zentrum
für
Altersfragen**

**Beiträge zur
Gerontologie und
Altenarbeit**

88

**Frühinvalidisierung und
soziale Sicherung in der
Bundesrepublik Deutschland**

**von
Christoph
Behrend**

**Berlin,
im November
1992**

**Deutsches Zentrum
für Altersfragen e.V.**

**Beiträge zur
Gerontologie und
Altenarbeit**

88

Manfred-von-Richthofen-Straße 2 · 1000 Berlin 42 · Tel. 030/786 60 71

Frühinvalidisierung und soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland – Entwicklungsprozesse und Fallbeispiele

**von
Christoph Behrend**

Berlin, im November 1992

88

Deutsches Zentrum
für Altersfragen e.V.
Gerontologie und
Altenarbeit

Deutsches Zentrum
für Altersfragen e.V.

Handbuch von Pflücker, 1988, 1000 Berlin 43 - Tel. 030 1780 80 77

Frühinvalidisierung und
soziale Sicherung in der
Bundesrepublik Deutschland
- Entwicklungsprozesse und
Fallbeispiele

1992
Deutsches Zentrum

ISBN 3-88962-112-0
ISSN 0175-8365

Frühinvalidisierung und soziale Sicherung in der Bundesrepublik
Deutschland
Berlin: DZA 1992
(Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 88)
Behrend, Christoph

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA) wird institutionell
gefördert vom Bundesministerium für Familie und Senioren und der
Senatsverwaltung für Soziales, Berlin

Berlin, im November 1991

VORWORT

Die vorliegende Studie wurde beim Deutschen Zentrum für Altersfragen im Rahmen des Arbeitsbereichs "Problemlagen älterer Arbeitnehmer" erstellt. Die Arbeit knüpft an frühere Themenstellungen an. Vom Autor wurden hierzu u.a. bearbeitet:

- die betriebliche Situation älterer Arbeitnehmer (1982),
- die Bedeutung von Arbeitsunfähigkeit (altersspezifischer Krankenstand) (1983),
- alternative Beschäftigungsformen gegenüber dem Frührentenbezug (Teilzeitarbeit/Job-sharing) (1983),
- die Arbeitsmarktsituation und Arbeitsmarktrisiken (1985),
- die Auswirkungen des Strukturwandels auf die Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer (1987).

Im Zentrum dieser Untersuchungen stand stets die Frage nach der Bedeutung gesundheitlicher Risiken älterer Arbeitnehmer als Ursache für die vorzeitige Beendigung der Erwerbsarbeit.

Das Forschungsprojekt "Frühinvalidisierung und Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland - Entwicklungsprozesse und Fallbeispiele" sollte dazu dienen, Problemlagen im Vorfeld einer Rentenbeantragung wegen Frühinvalidität zu ermitteln.

Da für die meisten Frühinvaliditätsfälle die gesetzliche Rentenversicherung der zuständige Träger ist, haben wir uns von vornherein auf die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten in diesem Sicherungszweig begrenzt.

Datengrundlage für die quantitative Untersuchung des Zugangsgeschehens bei diesen Rentenarten ist die vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) regelmäßig veröffentlichte Statistik der Rentenzugänge, die in sich nach einer Vielzahl von Merkmalen tief gegliedert ist. Dabei muß diese zu reinen Verwaltungszwecken erstellte Statistik allerdings nach den hier interessierenden Fragestellungen aufbereitet werden. Dies zu leisten war ein wichtiger Bestandteil des Forschungsprojekts.

Weitaus problematischer war es dagegen, eine empirisch verwertbare Daten- und Informationsgrundlage für die Analyse von Problemlagen der jeweils Betroffenen zu erhalten.

Aufgrund begrenzter Forschungskapazitäten der das Projekt tragenden Institution war eine repräsentative Datenerhebung, z.B. durch eine standardisierte Befragung, nicht möglich.

Da der direkte Weg zu den Versicherten verschlossen war, wurde nach "Umwegen" gesucht, um Hintergrundinformationen zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zu erhalten. Eine Möglichkeit bestand darin, sich an Experten zu wenden, die mit dieser Problematik befaßt sind.

Eine solche Expertengruppe wurde in den sogenannten "Versichertenältesten" gesehen. Diese sind im Rahmen der Selbstverwaltung der gesetzlichen Rentenversicherungsträger ehrenamtlich tätig. Ihre Aufgabe besteht in der Beratung von Versicherten, wobei es sich in der Mehrzahl der Fälle um die Klärung des Versicherungsverlaufs ("Kontenklärung") oder um die Unterstützung bei der Beantragung einer Rente handelt. Da derartige Beratungen wohnortbezogen erfolgen, besteht in der Regel ein guter Kontakt zu den jeweiligen Versicherten. Dies stellte u.E. eine günstige Voraussetzung dar, diesen Personenkreis über vorliegende Erfahrungen hinsichtlich BU/EU-Renantragstellern zu befragen.

Um das Vorhaben abzusichern, wandten wir uns an die für den Bereich der Selbstverwaltung zuständigen Stellen bei der Landesversicherungsanstalt (LVA) Berlin und an die Bundesversicherungsanstalt (BfA). Zustimmung und Unterstützung erhielten wir allein von der LVA.

Die zunächst mit 10 Versichertenältesten für den Bereich der Arbeiterrentenversicherung durchgeführten Interviews ergaben allerdings nur wenig an auswertbaren zusätzlichen Informationen für unser Forschungsvorhaben. Dies lag zum einen daran, daß die Befragten sich über die zu ihnen zur Beratung kommenden Versicherten nicht eingehender äußern wollten oder auch nicht konnten, und zum anderen, daß sie das Gespräch eher zur Darstellung der Motivation und Legitimation ihrer Tätigkeit nutzten.

Darüber hinaus war ein Vergleich mit ähnlicher Fragestellung im Bereich der Angestelltenversicherung aus unserer Sicht nicht gegeben, da die zuständigen Stellen bei der BfA mit der Unterstützung der Befragungsaktion aus uns unbekanntem Gründen offensichtlich zögerten.

Dennoch haben die durchgeführten Gespräche zahlreiche Hinweise und Anregungen auf tieferliegende Zusammenhänge der BU/EU-Problematik ergeben. Es sei deshalb denjenigen, die zu einem Gesprächstermin bereit waren, an dieser Stelle gedankt.

Eine aussichtsreichere Möglichkeit der Materialbeschaffung eröffnete sich uns im Sommer 1989. Die damalige Direktorin des Sozialgerichts Wiesbaden, Frau Dr. Homann-Dennhardt, zeigte sich an der Fragestellung des Projekts sehr interessiert. Nach Abklärung mit dem zuständigen Ministerium erhielten wir Gelegenheit zur Einsichtnahme in anonymisierte Streitfälle und Urteilsakten zu Anträgen auf Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Die Datenlage ist ausführlich in Teil E der vorliegenden Arbeit beschrieben.

Darüber hinaus konnten sehr ausführliche und intensive Expertengespräche mit den für die Urteile zuständigen Sozialrichtern des Sozialgerichts Wiesbaden geführt werden, ohne die eine zielgerichtete Auswahl der Urteile und die Analyse der dahinterstehenden Problematik nicht möglich gewesen wäre.

All denjenigen, die hier so geduldig und bereitwillig ihre Zeit und ihr Wissen zur Verfügung gestellt haben, sei herzlich dafür gedankt.

Besonderer Dank gebührt vor allem Herrn Harald Russig, Richter am Landessozialgericht Darmstadt, der wesentlich durch seine Beratung des Forschungsprojekts am Zustandekommen der Arbeit beteiligt war.

Trotz all der zahlreichen Hilfestellungen und Hinweise, die die Arbeit erhalten hat, liegen die Ausführungen in der alleinigen Verantwortung des Verfassers.

<u>INHALTSVERZEICHNIS</u>	<u>Seite</u>
VORWORT	I
INHALTSVERZEICHNIS	V
ABKÜRZUNGEN	XI
GESETZESVERZEICHNIS	XIV
SCHAUBILDERVERZEICHNIS	XVII
EINLEITUNG	1
TEIL A: ÄLTERE ARBEITNEHMER ZWISCHEN ARBEIT UND RUHESTAND	15
I. ZUR SITUATION ÄLTERER ARBEITNEHMER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND - EIN ÜBERBLICK DES FORSCHUNGSSTANDES -	15
1.1 Die Reorganisation des Arbeitslebens (1950 - 1970)	16
1.2 Die Konsolidierung des Trends zur Frühverrentung (1970 - 1985)	18
1.3 Die Notwendigkeit von Strukturreformen (1985 - 1990)	25
1.4 Die Bedeutung des Transformationsprozesses von BRD und DDR für die Situation älterer Arbeitnehmer	33
II. EINFLUSSFAKTOREN DER FRÜHVERRENTUNG IM SOZIALEN KONTEXT	35
2.1 Der Faktor "Alter"	35
2.2 Der Faktor "berufliche Qualifikation"	36
2.3 Der Faktor "Gesundheitszustand"	38
III. DAS RISIKO DER FRÜHINVALIDITÄT	39
3.1 Zum Stand der Frühinvaliditätsforschung	40
3.2 Besonderheiten der Frühinvalidisierung	45

TEIL B: DIE QUANTITATIVE ENTWICKLUNG DES BERENTUNGSGESCHEHENS	50
I. ZUR ENTWICKLUNG DER RENTENZUGÄNGE IM ZEIT- VERLAUF	50
1.1 Datenquellen: Die Verbandsstatistik zum Rentenzugang	50
1.2 Die globale Entwicklung des Rentenzugangs	52
1.3 Die Entwicklung des Rentenquotienten - Rentenzugänge nach Rentenarten, Geschlecht und Versicherungsweig	56
II. RENTENZUGÄNGE WEGEN BERUFS- UND ERWERBSUN- FÄHIGKEIT (BU/EU)	67
2.1 Rentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (BU/EU)	67
2.2 Berufs- und Erwerbsunfähigkeit als Indikator von Frühinvalidität - weiterführende Untersuchungen	75
2.3 Die Bezugsgröße des Frühinvaliditätsindex	79
2.4 Die Entwicklung des Frühinvaliditätsindex	80
III. STRUKTURELLE ASPEKTE DES FRÜHINVALIDITÄTS- GESCHEHENS	83
3.1 Der Einfluß des Versichertenstatus	83
3.2 Der Einfluß der Altersstruktur	85
3.3 Der unmittelbare Einfluß des Arbeitsmarktes auf die Frühinvaliditätsentwicklung	88
IV. DIE ENTWICKLUNG DES KRANKHEITSPANORAMAS BEI FRÜHINVALIDISIERUNG	92
4.1 Krankheitsursachen und Krankheitsverteilung	92
4.2 Frühinvalidität und Morbidität	103
4.3 Frühinvalidität und Mortalität	109
4.3.1 Zur Entwicklung der Lebenserwartung	109
4.3.2 Zur Entwicklung der Sterblichkeit	112
4.3.3 Die häufigsten Todesursachen	115
V. ZUSAMMENFASSUNG	119

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung) Seite

TEIL C: ERKLÄRUNGSANSÄTZE ZUR FRÜHINVALIDITÄTS- ENTWICKLUNG	123
I. FRÜHINVALIDISIERUNG ALS PROBLEM DER SOZIAL- POLITIK UND ALS SOZIALWISSENSCHAFTLICHES FORSCHUNGSPROBLEM	123
1.1 Die These vom arbeitsbedingten Gesundheitsverschleiß	124
1.1.1 Methodik und Datengrundlage für die Ermittlung der Arbeitsbedingtheit chronischer (Verschleiß-)Krankheiten	127
1.1.2 Theoretische Ansätze/Konzepte für die Ermittlung der Arbeitsbedingtheit chronischer (Verschleiß-)Krankheiten	130
1.1.3 Zum Belastungs-Beanspruchungskonzept	130
1.1.4 Zum Konzept des psychosozialen Stresses	134
1.2 Die Arbeitsmarktthese	138
1.2.1 Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand	143
1.3 Die Rechtsprechungsthese	147
1.3.1 Probleme sozialer Steuerung und Inanspruch- nahme von Rentenleistungen wegen Früh- invalidität	149
1.3.2 "Konjunkturen" der Rentenantragstellung	151
1.3.3 Das Problem der "Rentenneurose"	153
II. ZUSAMMENFASSUNG	155
TEIL D: FRÜHINVALIDISIERUNG ALS PROBLEM DER SOZIALEN SICHERHEIT - DAS NORMATIVE SYSTEM	157
I. MECHANISMEN DER SOZIALEN SICHERUNG	157
II. BEDEUTUNG UND SOZIALE SICHERUNG BEI VORÜBERGEHENDER GESUNDHEITLICH BEDINGTER LEISTUNGSMINDERUNG - DER VERSICHERUNGSFALL "ARBEITSUNFÄHIGKEIT" (AU)	163
2.1 Historisches zur Sozialen Sicherung im Fall von Arbeitsunfähigkeit	163
2.2 Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit	164
2.3 Lohnfortzahlung im Falle der Arbeits- unfähigkeit	165
2.4 Krankengeld im Falle von Arbeitsunfähigkeit	167

	<u>Seite</u>	
2.5	Zumutbarkeit und Verweisbarkeit bei Arbeitsunfähigkeit	169
2.6	Sozialversicherungsrechtliche Bedeutung der Krankengeldregelung für langfristig Arbeitsunfähige	171
III.	BEDEUTUNG UND SOZIALE SICHERUNG BEI ARBEITS- LOSIGKEIT - DER VERSICHERUNGSFALL "ARBEITS- LOSIGKEIT"	173
3.1	Historisches zur sozialen Sicherung von Arbeitslosigkeit	173
3.2	Der Begriff der Arbeitslosigkeit	176
3.3	Die Sicherungsleistung "Arbeitslosengeld"	178
3.4	Die Sicherungsleistung "Arbeitslosenhilfe"	180
3.5	Verfügbarkeit und Zumutbarkeit im Falle von Arbeitslosigkeit	182
3.6	Verweisbarkeit und Zumutbarkeit im Falle von Arbeitslosigkeit	184
3.7	Besondere Regelungen für ältere und/oder leistungsgeminderte Arbeitslose	185
3.7.1	Arbeitslosigkeit bei älteren Erwerbs- personen	186
3.7.2	Arbeitslosigkeit bei geminderter Leistungsfähigkeit	187
IV.	LEISTUNGEN ZUR REHABILITATION	189
4.1	Historisches zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung	190
4.2	Voraussetzungen der Inanspruchnahme und Begriff der Rehabilitation	195
4.3	Medizinische Maßnahmen	199
4.4	Berufsfördernde Maßnahmen	200
4.5	Soziale Sicherung bei Rehabmaßnahmen - Übergangsgeld -	202
V.	BEDEUTUNG UND SOZIALE SICHERUNG BEI DAUERHAFT GEMINDERTER LEISTUNGSFÄHIGKEIT - DER VERSICHERUNGSFALL "BERUFS- UND ERWERBSUN- FÄHIGKEIT"	207
5.1	Historisches zur Sozialen Sicherung im Fall von Invalidität	207
5.2	Voraussetzungen der Rente wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit	214
5.3	Der Begriff der Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit	216

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung) Seite

5.4	Die Sicherungsleistung "Berufsunfähigkeitsrente"	218
5.5	Die Sicherungsleistung "Erwerbsunfähigkeitsrente"	219
5.6	Zumutbarkeit und Verweisbarkeit bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit	220
5.6.1	Ermittlung des Hauptberufes und der Verweisungstätigkeit	222
5.6.2	Die Verweisungstätigkeit nach dem Stufen- schema	223
5.6.3	Das Mehrstufenschema im Bereich der Angestelltenversicherung	225
5.6.4	Zur Frage der zeitlichen Einsetzbarkeit bei eingetretener Erwerbsminderung	226
TEIL E: PROBLEME UND PRAXIS DER RECHTSPRECHUNG ZUR BERUFS- UND ERWERBSUNFÄHIGKEIT		231
I.	EINFÜHRUNG	231
II.	AUFBAU UND AUFGABEN DER SOZIALGERICHTSBARKEIT	234
2.1.	Historisches zur Entwicklung der Sozialgerichtsbarkeit	235
2.2.	Der Aufbau der Sozialgerichtsbarkeit	237
III.	PROBLEME DER MEDIZINISCHEN SACHVERSTÄNDIGEN - BEGUTACHTUNG IM RENTENANTRAGSVERFAHREN	238
3.1	Die medizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit	239
3.2	Das Verhältnis des medizinischen Gutachters zum Sozialrichter	241
3.3	Die Frage der "Objektivität" medizinischer Befunde	244
IV.	PROBLEME DER RECHTSPRECHUNG ZUR BERUFS- UND ERWERBSUNFÄHIGKEIT	248
4.1	Die Problematik der Rente wegen Berufsunfähigkeit (§ 1246 RVO)	248
4.2	Das Problem der Abgrenzung der Risiken Arbeitslosigkeit und Frühinvalidität	255

INHALTSVERZEICHNIS (Fortsetzung)Seite

V.	FALLDARSTELLUNGEN ZU RENTENANTRÄGEN WEGEN FRÜHINVALIDITÄT	260
5.1	Beschreibung der Datenlage und methodische Grenzen	261
5.2	Auswahl der Urteile und Methode	264
5.3	Fallbeispiele:	265
5.3.1	Streitfälle zur Rente wegen Berufsunfähigkeit	265
5.3.2	Streitfälle zur Rente wegen Erwerbsunfähigkeit	277
VI.	ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION UND SCHLUßFOLGERUNGEN	325
	LITERATURVERZEICHNIS	331
	ANHANG I	371
	(Tabellenverzeichnis)	373
	(Tabellen Nr. 1 - 38)	377
	ANHANG II	411
	Übersicht der Krankheitsartengruppen nach dem ICD - Schlüssel 1979	413

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AFG	Arbeitsförderungsgesetz
ANBA	Amthche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
ANV	Angestelltenversicherung
ANVNG	Angestelltenversicherungs-Neurentenregelungsgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Arg	Altersruhegeld
Arlo	Arbeitslosenruhegeld
ARV	Arbeiterrentenversicherung
ARVNG	Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungsgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
AVAVG	Arbeitsvermittlungs- und Arbeitslosenversicherungs-Gesetz
AVG	Angestelltenversicherungsgesetz
BfA	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BKK	Betriebskrankenkassen
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BR-Drs.	Bundesratsdrucksache
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSG	Bundessozialgericht

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS (Fortsetzung)

BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BU	Berufsunfähigkeit
BVA	Bundesversicherungsamt
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.
EU	Erwerbsunfähigkeit
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GRV	Gesetzliche Rentenversicherung
ICD	Internationale Klassifikation der Krankheitsarten (International Classification of Diseases)
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
LFZG	Lohnfortzahlungsgesetz
LVA	Landesversicherungsanstalt
Reha	Rehabilitation
RehaAnG	Rehabilitationsangleichungsgesetz

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS (Fortsetzung)

	Name des Gesetzes
RKG	Reichsknappschaftsgesetz
RR 92	Rentenreformgesetz 1992
RVA	Reichsversicherungsamt
RVO	Reichsversicherungsordnung
SÄD	Sozialärztlicher Dienst
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
VÄD	Vertrauensärztlicher Dienst
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

GESETZESVERZEICHNIS

Verzeichnis der im Text benannten Gesetze (chronologisch):

Name des Gesetzes	datiert vom	Fundort
Reichsversicherungsordnung RVO	19. 7.1911	RGBI. I S. 509
Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (AVAVG) (jetzt=Arbeitsförderungs- gesetz)	16. 7.1927	RGBI. I S. 187
Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges - (Bundesversorgungsgesetz - BVG)	20.12.1950	BGBI. I S. 791
Kündigungsschutzgesetz (KSchG)	10. 8.1951	BGBI. I S. 499
Betriebsverfassungsgesetz 1952 (BetrVG 1952)	11.10.1952	BGBI. I S. 681
Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Schwerbehindertengesetz - SchwbG)	16. 6.1953	BGBI. I S. 389
Sozialgerichtsgesetz SGG	3. 9.1953	BGBI. I S.1239
Arbeiterrenten - Neuregelungs- gesetz (ArVNG)	23. 2.1957	BGBI. I S. 45
Angestelltenversicherungs - Neuregelungsgesetz (AnVNG)	23. 2.1957	BGBI. I S. 88
Arbeitsförderungsgesetz AFG	25. 6.1969	BGBI. I S. 582
Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle (Lohnfortzahlungsgesetz LFZG)	27. 7.1969	BGBI. I S. 946

GESETZESVERZEICHNIS (Fortsetzung)

Name des Gesetzes	datiert vom	Fundort
Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG)	15. 1.1972	BGBI. I S. 13
Gesetz zur weiteren Reform der gesetzlichen Rentenversicherungen und über die fünfzehnte Anpassung der Rentenversicherungen sowie über die Anpassung der Geldleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung Rentenreformgesetz - RRG)	16.10.1972	BGBI. I S.1965
Gesetz über Betriebsärzte, Sicher- heitsingenieure und andere Fach- kräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz ASiG)	12.12.1973	BGBI. I S.1885
Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (Rehabilitationsangleichungsgesetz RehaAnG)	7. 8.1974	BGBI. I S.1881
Sozialgesetzbuch -Allgemeiner Teil - des Sozialgesetzbuches (SGB I)	11.12.1975	BGBI. I S.3015
Sozialgesetzbuch Viertes Buch - Gemeinsame Vorschriften - des Sozial- gesetzbuches (SGB IV)	23.12.1976	BGBI. I S.3845
Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch - Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Be- ziehungen zu Dritten - des Sozial- gesetzbuches (SGB X) Erstes und Zweites Kapitel	18. 8.1980	BGBI. I S.1469

GESETZESVERZEICHNIS (Fortsetzung)

Name des Gesetzes	datiert vom	Fundort
Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch - Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Be- ziehungen zu Dritten - des Sozial- gesetzbuches (SGB X) Drittes Kapitel	4.11.1982	BGBI. I S.1450
Gesetz über Maßnahmen zur Entlastung der öffentlichen Haushalte und zur Stabilisierung der Finanzentwicklung in der Rentenversicherung sowie über Verlängerung der Investitions- hilfeabgabe (Haushaltsbegleitgesetz 1984)	22.12.1983	BGBI. I S.1532
Gesetz zur Erleichterung des Übergangs vom Arbeitsleben in den Ruhestand (Vorruhestands- gesetz VRG)	13. 4.1984	BGBI. I S. 601
Gesetz zur Förderung eines glei- tenden Übergangs älterer Arbeit- nehmer in den Ruhestand (Alters- teilzeitgesetz)	20.12.1988	BGBI. I S.2343
Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - des Sozialgesetzbuches (SGB IV)	20.12.1988	BGBI. I S.2477
Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits- Reformgesetz - GRG)	20.12.1988	BGBI. I S.2477
Sozialgesetzbuch - Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung - des Sozialgesetzbuches (SGB VI)	18.12.1989	BGBI. I S.1450
Rentenreformgesetz 1992	18.12.1989	BGBI. I S.2261

SCHAUBILDERVERZEICHNIS

Verzeichnis der im Text dargestellten Schaubilder:

Nr.	Bezeichnung	Seite
I	Rentenzugänge 1960 - 1990 nach Geschlecht und Versicherungszweig in der Arbeiterrentenversicherung (ARV), absolut	54
II	Rentenzugänge 1960 - 1990 nach Geschlecht und Versicherungszweig in der Angestelltenversicherung (ANV), absolut	54
III	Rentenzugänge 1960 - 1990; Anteile der Rentenarten bei Männern in der Arbeiterrentenversicherung (ARV), in v.H.	58
IV	Rentenzugänge 1960 - 1990; Anteile der Rentenarten bei Männern in der Angestelltenversicherung (ANV), in v.H.	58
V	Rentenzugänge 1960 - 1990; Anteile der Rentenarten bei Frauen in der Arbeiterrentenversicherung (ARV), in v.H.	61
VI	Rentenzugänge 1960 - 1990; Anteile der Rentenarten bei Frauen in der Angestelltenversicherung (ANV), in v.H.	61
VII	Rentenzugänge wegen BU/EU 1960 - 1990 nach Geschlecht und Versicherungszweig, Arbeiterrentenversicherung (ARV), absolut	68
VIII	Rentenzugänge wegen BU/EU 1960 - 1990 nach Geschlecht und Versicherungszweig, Angestelltenversicherung (ANV), absolut	68
IX	Rentenzugänge 1960 - 1990 wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, in v.H.	69

SCHAUBILDVERZEICHNIS (Fortsetzung)

Nr.	Bezeichnung	Seite
X	Anteil der Renten wegen BU an den Rentenneuzugängen 1960 - 1990, in v.H.	71
XI	Anteil der Renten wegen EU an den Rentenneuzugängen 1960 - 1990, in v.H.	71
XII	Frühinvaliditätsindex 1962 - 1989, je 1000 Versicherte	80
XIII	Rentenzugänge wegen BU/EU 1984 nach Versicherungszweig und -status, in v.H.	84
XIV	Rentenzugänge wegen BU/EU 1989 nach Versicherungszweig und -status, in v.H.	84
XV	Rentenzugänge wegen BU/EU 1990 nach Altersgruppen (Jahre), in v.H.	86
XVI	Anteile der Rentenzugänge mit Prüfung des Arbeitsmarktes 1977 - 1990; ARV Männer und Frauen, in v.H.	89
XVII	Anteile der Rentenzugänge mit Prüfung des Arbeitsmarktes 1977 - 1990; ANV Männer und Frauen, in v.H.	89
XVIII	Rentenzugänge nach Diagnosegruppen 1990, ARV Männer, in v.H.	95
XIX	Rentenzugänge nach Diagnosegruppen 1990, ARV Frauen, in v.H.	95
XX	Rentenzugänge nach Diagnosegruppen 1990, ANV Männer, in v.H.	96
XXI	Rentenzugänge nach Diagnosegruppen 1990, ANV Frauen, in v.H.	96

SCHAUBILDVERZEICHNIS (Fortsetzung)

Nr.	Bezeichnung	Seite
XXII	Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsgruppen, pro 100 Pflichtmitglieder 1989	106
XXIII	Arbeitsunfähigkeitstage nach Krankheitsgruppen, pro 100 Pflichtmitglieder 1989	106
XXIV	Krankenhausfälle nach Altersgruppen, pro 1000 Versicherte 1989	107
XXV	Krankenhaustage nach Altersgruppen, pro 1000 Versicherte 1989	107
XXVI	Rückgang der Sterblichkeit seit 1970 nach Altersgruppen in v.H.	113
XXVII	Todesursachen 1989 Männer, in v.H.	116
XXVIII	Todesursachen 1989 Frauen, in v.H.	116
XXIX	Todesursachen im Alter von 50 - 65 Jahren 1989 Männer, in v.H.	117
XXX	Todesursachen im Alter von 50 - 65 Jahren 1989 Frauen, in v.H.	117
XXXI	Entwicklung der Arbeitslosenquote nach Geschlecht und Alter	141
XXXII	Entwicklung der Arbeitslosenquote nach Geschlecht, Alter und Berufsgruppen	141

IX	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	107
X	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	108
XI	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	109
XII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	110
XIII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	111
XIV	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	112
XV	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	113
XVI	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	114
XVII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	115
XVIII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	116
XIX	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	117
XX	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	118
XXI	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	119
XXII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	120
XXIII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	121
XXIV	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	122
XXV	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	123
XXVI	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	124
XXVII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	125
XXVIII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	126
XXIX	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	127
XXX	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	128
XXXI	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	129
XXXII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	130
XXXIII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	131
XXXIV	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	132
XXXV	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	133
XXXVI	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	134
XXXVII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	135
XXXVIII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	136
XXXIX	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	137
XL	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	138
XLI	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	139
XLII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	140
XLIII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	141
XLIV	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	142
XLV	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	143
XLVI	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	144
XLVII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	145
XLVIII	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	146
XLIX	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	147
L	Die Entwicklung der Arbeitsteilung nach Engels	148

EINLEITUNG

Invalidität stellt seit dem Beginn der Industrialisierung ein zentrales Lebensrisiko der Arbeitnehmerschaft dar. Es bezeichnet die Aufgabe des Erwerbslebens aufgrund gesundheitlich bedingter eingeschränkter Leistungsfähigkeit.

Invalidität steht im engen Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit. Im Rechtssinne ist jemand, der keiner auf Erwerb ausgerichteten Tätigkeit nachgeht oder nachgegangen ist, auch nicht dem Invaliditätsrisiko unterworfen und hat deshalb auch keinen Anspruch auf eine diesbezügliche Rente. Als Invalide oder Frühinvalide werden diejenigen Personen bezeichnet, die

- sozialversichert sind,
- aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung einer auf Erwerb ausgerichteten Tätigkeit nur eingeschränkt oder überhaupt nicht mehr nachgehen können,
- die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Bezug einer Altersrente nicht bzw. noch nicht erfüllen.

Die rechtliche Ausgestaltung der Anspruchsvoraussetzungen für Invalidenrenten steht ebenso im engen Zusammenhang mit der Altersgrenze, nach der das Alter der Beendigung des Erwerbslebens in Verbindung mit dem Anspruch auf Altersruhegeld gesetzlich festgelegt ist. Ein kurzer Blick auf die historische Entwicklung macht diesen Zusammenhang deutlich.

In Deutschland wurde bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts mit der Einführung der Sozialversicherung versucht, bestimmte soziale Risiken durch Sicherungsleistungen aufzufangen.

Für den Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgte dies mit der Einführung des "Gesetzes betr. die Invaliditäts- und Alterssicherung" im Jahre 1889. Hiernach galt sowohl die Krankheit als auch das Alter eines Versicherten als ein den Versicherungsfall auslösender Tatbestand.

Die geringe Lebenserwartung der Bevölkerung führte dazu, daß die damalige, auf das 70. Lebensjahr festgelegte Altersgrenze nur von einem kleinen Teil überhaupt erreicht wurde. Gleichzeitig waren die Voraussetzungen für Invaliditätsrenten derart hoch angesetzt, daß Versicherte extreme

gesundheitliche Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit aufweisen mußten, um einen Anspruch realisieren zu können.

Trotz des engen Zusammenhangs zwischen der Erwerbstätigkeit und dem Invaliditätsrisiko war die Frage einer tatsächlichen Erwerbsgelegenheit, also das Arbeitsmarktrisiko, grundsätzlich hiervon getrennt.

Im Zuge des wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Wandels der folgenden Jahre wurden zunehmend auch Arbeitnehmerinteressen in vielen Bereichen durchgesetzt. Ein wesentliches Ziel dabei war in dem hier zu betrachtenden Zusammenhang u.a. die arbeits- und sozialrechtliche Gleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten.

Das Schutzprinzip der Sozialversicherung führte zu einer immer stärkeren Ausweitung des versicherten Personenkreises und damit zu höheren Beitragseinnahmen. Diese Entwicklung ermöglichte u.a. auch eine Verbesserung der Leistungen an die Versichertengemeinschaft. Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung konnten verschiedene Reformmaßnahmen durchgeführt werden. Diese führten nicht nur zu einer besseren finanziellen Absicherung zur Aufrechterhaltung des Lebensniveaus, sondern trugen auch zur Verhinderung des Eintretens eines Invaliditätsversicherungsfalles bei. Der Anspruch auf Altersruhegeld wurde in der folgenden Entwicklung auf einen immer früheren Zeitpunkt festgelegt:

- Im Jahr 1916 erfolgte die Herabsetzung der Altersgrenze auf das 65. Lebensjahr.
- Die Rentenreform von 1957 schaffte Möglichkeiten des Bezugs von vorgezogenen Altersruhegeldern im Falle von längerfristiger Arbeitslosigkeit und für Frauen bei Vollendung des 60. Lebensjahres.
- Durch die Einführung flexibler Möglichkeiten der Beendigung des Erwerbslebens im Jahr 1973 wurde u.a. die Altergrenze für Männer auf das vollendete 63. Lebensjahr herabgesetzt.
- Durch das Haushaltsbegleitgesetz 1984 wurde die vorausgesetzte Wartezeit für das Altersruhegeld mit vollendetem 65. Lebensjahr von 180 auf nurmehr 60 Kalendermonate herabgesetzt.

Die Herabsetzung der gesetzlich festgelegten Altersgrenzen hat schließlich zu einem langanhaltenden "Trend der Frühberentung" geführt. Mit dieser Entwicklung haben sich wesentliche Veränderungen auch für die Gewährung von Invaliditätsrenten ergeben:

- Die Reichsversicherungsordnung im Jahr 1911 trennte das Risiko "Alter" vom Invaliditätsrisiko.
- Im Jahr 1949 wurde die Invaliditätsgrenze von zwei Drittel der gesundheitlich eingeschränkten Leistungsminderung eines vergleichbaren Versicherten auf nurmehr die Hälfte herabgesetzt.
- Im Jahr 1957 erhalten Arbeiter Rente wegen Berufsunfähigkeit.
- Urteile des Bundessozialgerichts von 1969 und 1976 berücksichtigen neben medizinischen Gründen nunmehr auch die Verwertbarkeit des Restarbeitsvermögens auf dem Arbeitsmarkt bei der Rentenbewilligung.
- Das Haushaltbegleitgesetz 1984 bewirkte eine Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen für den Personenkreis der latent Versicherten

Insgesamt hat diese Entwicklung dazu geführt, daß der Begriff der Invalidität in der sozialpolitischen Diskussion immer mehr zum Begriff der "Frühinvalidität" geworden ist.

Die historische Entwicklung ist dabei keinesfalls bruchlos und widerspruchsfrei erfolgt. Das gesamte System der Sozialen Sicherung, die Ausgestaltung seiner Mechanismen und das Ausmaß der Leistungen beruhen letztlich auf einem gesellschaftlichen Konsens von gegensätzlichen Interessen der am sozialen Leben beteiligten Gruppen. Die ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen bestimmen dabei weitgehend das jeweilige Kräfteverhältnis. Bestehende gesellschaftliche Konflikte sind durch die Organisation des Sozialen Sicherungssystems in Form der Selbstverwaltung eingebunden und kanalisiert.

Wie zahlreiche andere Maßnahmen und Leistungsgewährungen im System der Sozialen Sicherung sind auch die Regelungen zur Invalidität bzw. Frühinvalidität im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung nicht frei von inneren Widersprüchen.

Das Risiko gesundheitlich dauerhaft geminderter Leistungsfähigkeit gilt heute weiterhin als ein zentrales sozialpolitisches Problem. Dies machen die absoluten und relativen Zugangshäufigkeiten zu den Frühinvaliditätsrenten der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit deutlich.

Die gesellschafts- und sozialpolitische Diskussion hierzu wird außerordentlich kontrovers und interessengeleitet geführt. Im "Beharren" auf bestimmten Positionen und teil-

weise sogar bestehenden Vorurteilen, entweder gegenüber den Versicherten selbst oder den Institutionen, die mit der Frühinvaliditätsproblematik befaßt sind, bleibt häufig die Komplexität des Geschehens unberücksichtigt. Hier Klarheit zu schaffen, ist eine wichtige Aufgabe sozialwissenschaftlicher Forschung. Die vorliegende Arbeit will dazu einen Beitrag leisten, wobei vor allem der prozesshafte Verlauf im Sinne von "Frühinvalidisierung" hervorgehoben wird.

Aktuell steht die Reform der Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit an. Der Gesetzgeber hat für das 1992 in Kraft getretene Rentenreformgesetz hier zunächst keinen Handlungsbedarf gesehen. Der Bundesrat hat die Bundesregierung gebeten, nach Abschluß des Gesetzgebungsverfahrens zum Rentenreformgesetz 1992 eine Änderung des Rechts der Erwerbsminderungsrenten vorzubereiten. Im Zusammenhang mit der Heraufsetzung der Altersgrenze bzw. der Abschaffung des Systems vorgezogener Altersruhegelder besteht die Gefahr, daß die Institution der Frühinvaliditätsrenten zu einer Ventilfunktion des Unterlaufens der auf das 65. Lebensjahr festgelegten Altersgrenze werden könnte.

Die Inanspruchnahme von Renten vor Vollendung des 65. Lebensjahres ist mit erheblichen finanziellen Einbußen verbunden. Dies gilt nicht für die Frühinvaliditätsrenten.

Die öffentliche Reformdiskussion hierzu ist erst im Entstehen begriffen. Ein breiter Konsens besteht hinsichtlich des Ziels der prinzipiellen Verhinderung von Frühinvalidität. Hierzu bedarf es vor allem präventiver Maßnahmen, wie z.B. einer Verbesserung des Arbeitsschutzes oder der betriebsärztlichen Betreuung. Ebenso erscheint eine effektive und effiziente Ausgestaltung beruflicher und medizinischer Maßnahmen der Rehabilitation angezeigt. Die Träger der Rentenversicherung sind derzeit darum bemüht, den diesbezüglichen Informationsstand durch Sonderauswertungen von Versicherungstendenzen zu verbessern.

Einen größeren sozialpolitischen "Zündstoff" enthält m.E. die Diskussion um das Instrument der Rente wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit.

Aus der historischen Entwicklung der Rentengesetzgebung erscheint eine "Anpassung" an die heraufgesetzte Altersgrenze folgerichtig. Dies kann z.B. durch die Wiedereinführung der

rein medizinischen Betrachtungsweise, einer Heraufsetzung des Umfangs verbliebener Leistungsfähigkeit des Versicherten (Invaliditätsgrenze), der Abschaffung fiktiver Anrechnungszeiten oder durch andere Verschärfungen der Anspruchsvoraussetzungen und Kürzungen der Leistungen bei einer diesbezüglichen Rente erreicht werden. Die "Frühinvaliditätsrente" würde dann erneut zur "Invaliditätsrente" werden.

Dieser mehr ordnungspolitisch orientierten Richtung in der Reformdiskussion müssen allerdings wichtige Argumente entgegengehalten werden.

Das Rentenreformgesetz 1992 wurde vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden (demographischen) Entwicklung, bezogen auf die alten Bundesländer, beschlossen. Seitdem hat sich ein grundlegender sozialer Wandel vollzogen. Der vollständige politische und wirtschaftliche Zusammenbruch der DDR führte zur Vereinigung beider deutscher Staaten. Zur Herstellung von Effektivität und Effizienz im wirtschaftlichen Bereich kann an Rationalisierungsmaßnahmen in den neuen Bundesländern, die mit der Freisetzung eines erheblichen Anteils bisher eingebundener Arbeitskräfte verbunden sind, nicht vorbeigegangen werden. Zumindest mittelfristig werden sich deshalb m.E. die Beschäftigungschancen für ältere Arbeitnehmer allgemein und für zusätzlich gesundheitlich Leistungsgeminderte im besonderen auf dem Arbeitsmarkt der gesamten Bundesrepublik absehbar verschlechtern. Möglicherweise kann die im Gesetz vorgesehene Einrichtung eines Teilruhestandes eine gewisse Entlastungswirkung haben. Für diejenigen aber, die in einem Lebensalter zwischen 55 bis 65 Jahren arbeitslos werden und dazu gesundheitliche Einschränkungen aufweisen, wird auch weiterhin keine reale Chance der Wiedereingliederung in ein dauerhaftes Beschäftigungsverhältnis mehr bestehen. Reicht die Gesundheitseinschränkung dann für eine Rentenanerkennung nicht aus, ist dieser Personenkreis letztlich auf die Sozialhilfe verwiesen.

Diese Argumentation in der Reformdiskussion wird sich deshalb stärker an den Interessen der Betroffenen orientieren müssen.

Aus dieser Sichtweise erscheint m.E. die Forderung nach der stärkeren Berücksichtigung der Realität des Arbeitslebens

bei der Gewährung einer Frühinvaliditätsrente angebracht. Hierfür ist die Überwindung der in der Rechtsprechung bestehenden strikten Trennung des Arbeitslosigkeitsrisikos vom Invaliditätsrisiko vorausgesetzt. Diese Trennung erfolgt unter den bestehenden Arbeitsmarktbedingungen, insbesondere für ältere Arbeitslose grundsätzlich zu Lasten der Betroffenen.

Im Bereich der Arbeitslosenversicherung wurde dieser Problematik u.a. durch die längerfristige Leistung des Arbeitslosengeldbezuges für ältere Arbeitslose Rechnung getragen. Dies erfolgte, gemäß dem Prinzip der Nahtlosigkeit von Ansprüchen von Versicherten, hinsichtlich des Übergangs zum Arbeitslosenruhegeld bei Vollendung des 60. Lebensjahres. Die Abschaffung dieser Rentenzugangsart wird m.E. künftig erhebliche Probleme sowohl für die Betroffenen als auch für die Bundesanstalt für Arbeit nach sich ziehen.

Angemessen im Rahmen der anstehenden Reformdiskussion ist m.E. auch die Forderung nach einer Zusammenführung der bisher bestehenden Renten wegen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit zu einer einheitlichen Erwerbsminderungsrente. Die Rente wegen Berufsunfähigkeit sichert den Rentenanspruch demjenigen, der einen (Facharbeiter-)Beruf erlernt hat. Da die Inhalte beruflicher Tätigkeiten in den letzten Jahren erheblichen sozialen Wandlungsprozessen unterworfen waren und sich die Qualität beruflicher Fähigkeiten heute vor allem durch ein hohes Maß an Flexibilität ausdrückt, entspricht diese Rentenart längst nicht mehr der Arbeitswirklichkeit. Sie schließt darüber hinaus alle Versicherten aus, die keine Möglichkeit hatten, einen qualifizierten Beruf zu erlernen. Gegenwärtig sind hiervon vor allem ältere Frauen betroffen.

Künftig werden sich aber m.E. zunehmend Probleme bei der Aufrechterhaltung dieser Rentenart ergeben. Dies bezieht sich auf die Übertragung des geltenden Rentenrechts auf die "neuen" Bundesländer. Die Mehrzahl der Bevölkerung dort verfügt über einen Facharbeiterstatus. Hinter der Vielzahl von derartigen beruflichen Abschlüssen verbergen sich inhaltlich völlig anders geartete berufliche Befähigungen. Die Institution der Berufsunfähigkeitsrente steht damit vor kaum lösbaren Aufgaben.

Im Bereich der medizinischen Begutachtung von gesundheitlich leistungsgeminderten Rentenantragstellern muß m.E. dem sozialmedizinischen und medizinsoziologischen Forschungsstand erheblich mehr Beachtung geschenkt werden. Die auf den jeweiligen Einzelfall bezogenen individuellen Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten von Krankheitsbefunden sollten verstärkt in die Begutachtungspraxis eingehen. Dabei muß vor allem der sozialen Situation des Betroffenen Rechnung getragen werden, da diese selbst, wie z.B. im Falle langandauernder Arbeitslosigkeit, wiederum auf das Gesundheitsbefinden negativ einwirken kann. Die dem reinen "naturwissenschaftlichen Paradigma" der Medizin verpflichtete ärztliche Stellungnahme ist hierfür als nicht ausreichend anzusehen.

Die hier vorliegende Arbeit versteht sich als "Schützenhilfe" für die anstehende Diskussion aus sozialwissenschaftlicher Sicht. Sie argumentiert aus der Betroffenenperspektive und ist bemüht, die bestehenden Mechanismen des System der Sozialen Sicherung sowie die Rechtsprechung zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in den Konsequenzen auf die Versicherten bzw. auf bestimmte Problemgruppen darzustellen und kritisch zu erörtern. Insgesamt soll sie zur Versachlichung der Interpretation der Frühinvaliditätsproblematik dienen.

- Zum Aufbau der Arbeit -

Der erste Teil der Arbeit (Teil A) beschreibt den Forschungsstand zur Situation älterer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland bis 1990. Die wirtschaftliche und soziale Entwicklung bestimmt die Beschäftigungschancen der Gruppe der älteren Erwerbspersonen wesentlich. Diesbezügliche Veränderungen wirken sich auch auf die Thematisierung in den sozialpolitischen und sozialwissenschaftlichen Forschungsarbeiten zu dieser Personengruppe aus. Es werden sogenannte "Konjunkturen" der wissenschaftlichen Beschäftigung sowohl aus sozialpolitisch-sozialwissenschaftlicher als auch gerontologischer Sicht herausgestellt. Die wesentlichen Dimensionen des sich seit Mitte der siebziger Jahre abzeichnenden Trends zur Frühverrentung werden benannt. Kennzeichnend hierfür ist das Wechselverhältnis der Dimensionen Alter, beruflicher Status (Qualifikation/Einkommen) sowie der gesundheitlichen Leistungsfähigkeit. Die inhalt-

liche Ausgestaltung dieses Wechselverhältnisses erfolgt im Rahmen gesellschaftlicher bzw. sozialer Wandlungsprozesse und der Arbeitsmarktentwicklung.

Dies wird in der hieran anschließenden kritischen Erörterung des Forschungsstandes zur Frühinvalidität ebenfalls deutlich. Dabei wird hervorgehoben, daß es sich hier - im Unterschied zu anderen Formen des Ausscheidens aus dem Berufsleben - nicht um eine friktionsfreie und besonders alimentierte Art der vorzeitigen Beendigung der Erwerbstätigkeit handelt. Die Verrentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit erfolgt seit jeher in einem komplizierten und relativ eng begrenzten rechtlich normativen Rahmen. Die Entscheidung hierüber erfolgt auf der Grundlage der Prüfung des Einzelfalles. Die sozialpolitische Problematik der Frühinvalidität wird durch die Rechtsprechung individualisiert. Die Dimensionen des Alters und des beruflichen Status werden von der Dimension der gesundheitlichen Leistungsfähigkeit überlagert.

Im zweiten Teil der Arbeit (Teil B) wird auf die quantitative Entwicklung zunächst der Frühverrentungsproblematik allgemein und daran anschließend der BU/EU-Berentung im besonderen eingegangen. Die hierzu vorliegenden prozeß-produzierten Daten der Sozialversicherungsträger - insbesondere des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) - werden methodenkritisch hinsichtlich ihrer Verwendbarkeit diskutiert und als Entwicklungsverläufe dargestellt und interpretiert.

Der Rückgang der Zugangshäufigkeit der "normalen" Altersrente mit Vollendung des 65. Lebensjahres ist dabei durch die Einführung konkurrierender (Früh-)Rentenarten zu begründen. Soweit die Datenlage es zuließ, wird dabei nicht nur auf die Rentenzugangsentwicklung, sondern auch auf epidemiologische Fragestellungen der Morbiditäts- und Mortalitätsentwicklung im Zusammenhang mit Frühinvalidität eingegangen.

Bereits auf dieser Ebene der Darstellung wird die Sozialabhängigkeit der Frühinvaliditätsstatistik deutlich. Die Zugangshäufigkeiten variieren vor allem nach Alter und Geschlechtszugehörigkeit, nach Versichertenstatus, nach Arbeitsmarkteinflüssen und Veränderungen der Rentengesetzgebung bzw. Rechtsprechung auf diesem Gebiet. Medizinische

Ursachen der Frühinvalidität sind auf Diagnosen in vier am häufigsten auftretende Krankheitsgruppen verteilt. Es sind dies:

1. Herz-Kreislaufkrankheiten
2. Krankheiten des Bewegungsapparates
3. psychisch/psychiatrische Krankheiten
4. bösartige Neubildungen.

Der Vergleich mit anderen Morbiditätsstatistiken, z.B. der Krankheitsartenstatistik der Krankenversicherungsträger, zeigt zumindest altersspezifisch deutliche Übereinstimmungen, was auf die Chronizität dieser Erkrankungen hinweist. Der Vergleich mit der amtlichen Todesursachenstatistik zeigt eine Übereinstimmung mit den Krankheitsgruppen der Herz-Kreislaufkrankheiten und den bösartigen Neubildungen. Hinsichtlich der durchschnittlichen Lebenserwartung zeigt sich ein höheres Mortalitätsrisiko von Frühinvaliditätsrentnern gegenüber Altersrentnern.

Der dritte Teil der Arbeit (Teil C) befaßt sich mit dem Problem der sozialwissenschaftlichen Analyse von Ursachen der Frühinvalidität. Angeknüpft wird an die im quantitativen Untersuchungsteil sich andeutenden Einflußfaktoren sowie an sozialpolitische Argumentationen, die in der Diskussion in diesem Problemfeld immer wieder angeführt werden.

Zuerst wird auf die Argumentation eingegangen, daß Frühinvalidität vor allem ein Resultat belastender Arbeitsbedingungen sei ("Verschleißthese"). Die Ursachen der Entstehung frühinvaliditätsrelevanter Erkrankungen liegen danach allein in den betrieblichen Arbeitsanforderungen ("Arbeit macht krank"). Der empirische Beleg dieser These kann, wenn überhaupt, sich auf eine nur wenig aussagefähige Datengrundlage stützen. Dennoch weist diese politisch verkürzte Argumentation auf tieferliegende Zusammenhänge hin. Hierzu werden sozialmedizinische und medizinsoziologische Forschungsansätze dargestellt, die insbesondere die Vermittlungsprozesse von Arbeits- und Lebensbedingungen mit der Krankheitsentstehung berücksichtigen.

Ein zweites sozialpolitisches Argument hebt das Verhältnis von Arbeitsmarktlage und Frühinvaliditätsentwicklung hervor, wobei Frühinvalidität häufig als ein Resultat der Arbeitsmarktentwicklung bezeichnet wird ("Arbeitsmarkt- bzw.

Instrumentalisierungsthese"). Es wird nachgewiesen, daß diese Behauptung lediglich für den Teilzeitarbeitsmarkt zutreffend ist. Ein Zusammenhang mit der allgemeinen Arbeitsmarktentwicklung läßt sich schon allein aufgrund der Datenlage nicht nachweisen. Allerdings - und auch hierbei werden verschiedene medizinsoziologische Ansätze diskutiert - besteht ein Zusammenhang auf der Ebene der Betroffenen. So sind negative Auswirkungen von Dauerbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand eindeutig nachgewiesen. Dies gilt vor allem für psychosomatische Krankheitsbilder. Der Ausbruch latent vorhandener oder zusätzlich durch die Arbeitslosigkeit hervorgerufener Erkrankungen kann wiederum die Erwerbsfähigkeit mindern und somit rentenrelevant werden.

Eine dritte Argumentation ist auf die Bedeutung des Wandels der Rechtsprechung zu den Frühinvaliditätsrenten gerichtet ("Rechtsprechungsthese"). Wir haben diese Argumentation erweitert und hierunter auch den häufig wiederkehrenden Vorwurf der möglichen ungerechtfertigten Inanspruchnahme von Sozialleistungen ("Mißbrauchsthese") gefaßt.

Quantitativ ließ sich der Einfluß der Rechtsprechung auf die Rentenzugangsentwicklung deutlich machen. In dem hier zu betrachtenden Zusammenhang wird auf die Problematik sozialer Steuerung verwiesen. Jeder Eingriff in das Sicherungssystem ist mit Folgewirkungen verbunden, die sich u.a. auch auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten auswirken können. Die Verhaltensänderung erfolgt dabei aus der Betroffenenperspektive auf einer "rationalen" Ebene. Dies darf grundsätzlich nicht als "Mißbrauch" gedeutet werden.

Dieser Zusammenhang läßt sich trotz eher unzureichender empirischer Datenlage an der Entwicklung der Rentenantragstellungen und -ablehnungen belegen.

Der Vorwurf eines möglichen Mißbrauchs bezieht sich dabei auch auf einen eher medizinischen Aspekt bei der Gewährung von Rentenleistungen. Danach würde die Möglichkeit einer Rentengewährung einen derartigen Anreiz für Versicherte darstellen, so daß ihre Arbeitseinstellung und ihr Verhalten ausschließlich hierauf gerichtet sind ("Rentenneurose"). Dieser Argumentation werden sozialmedizinische Forschungsergebnisse gegenübergestellt und diskutiert. Auch

auf dieser Ebene ist der Vorwurf des Mißbrauchs nicht gerechtfertigt und empirisch widerlegt.

Im vierten Teil der Darlegungen (Teil D) wird auf die Mechanismen der Sozialen Sicherung eingegangen. Forschungsleitend für die Darstellung ist die These, daß die Ausgestaltung und das Sicherungsniveau im dem Maße abnimmt, je weiter das versicherte Risiko bzw. der Versicherungsfall von der faktisch bestehenden Erwerbsmöglichkeit entfernt ist. Die Erwerbsmöglichkeit eines Versicherten ist dabei wiederum durch sein Alter, den beruflichen Status und den Gesundheitszustand wesentlich determiniert. Die Frühinvalidisierung wegen BU/EU durch den Rentenversicherungsträger stellt dabei den Abschluß eines durch soziale Auffangmechanismen abgefederten Prozesses dar. Behandelt werden das Risiko der Arbeitsunfähigkeit, das Risiko der Arbeitslosigkeit, die Sicherungsleistungen bei Rehabilitationsmaßnahmen und schließlich das Risiko dauerhaft eintretender, gesundheitlich bedingter Leistungsminderung.

Nach einem kurzen historischen Abriß zur Entstehung der jeweiligen sozialen Sicherungsleistungen wird insbesondere auf Fragen der "Zumutbarkeit" anderer Arbeitstätigkeiten und der "Nahtlosigkeit" der verschiedenen Leistungen eingegangen. Für die Versichertengruppe der älteren, längerfristigen Arbeitslosen, die zudem gesundheitliche Leistungseinschränkungen aufweisen, lassen sich "Löcher" im Netz des Sozialen Sicherungssystems nachweisen, die zu einer deutlichen sozialen Benachteiligung dieser Gruppe führen können.

Im letzten Teil der Arbeit (Teil E) werden die Probleme der Rechtsprechungspraxis zu den Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit diskutiert.

In einem kurzen historischen Abriß wird die Entwicklung des Aufbaus und die Aufgaben der Sozialgerichtsbarkeit dargestellt. Daran anschließend wird auf Fragen der medizinischen Sachverständigen - Begutachtung bei Streitfällen zur Rentengewährung - eingegangen.

Im Falle einer Ablehnung von Rentenleistungen durch einen Rentenversicherungsträger entscheiden im Klagefalle die Tatsacheninstanzen der Sozialgerichtsbarkeit. Der Richter ist dabei in der Regel für die Urteilsfindung auf medizini-

sche Sachverständige angewiesen, deren Aufgabe es ist, die durch Krankheit geminderte Leistungsfähigkeit des Versicherten zu beschreiben. Hier sind grundsätzliche Probleme angelegt.

Der juristisch qualifizierte Richter muß auf der Grundlage einer medizinischen Begutachtung eine Leistungsbeurteilung vornehmen. Diese Abhängigkeit des Richters vom medizinischen Sachverständigen hat u.a. zu der Behauptung geführt, daß der begutachtende Arzt zum "Richter im weißen Kittel" geworden ist. In diesem Zusammenhang ist allerdings auf den Spielraum des Richters bei der Auswahl des Sachverständigen zu verweisen.

Das Problem unterschiedlicher Qualifikation läßt sich durch einen verstärkten Dialog zwischen Juristen und Medizinern ausgleichen.

Von prinzipieller Bedeutung ist die Frage der "Objektivität" medizinischer Gutachten in diesem Bereich. Das auch in der Begutachtungspraxis vorherrschende "naturwissenschaftliche Paradigma" wird häufig den hier erforderlichen sozialmedizinischen Problemstellungen nicht gerecht. Als mögliche Alternative wird das Modell eines sozialmedizinischen Explorationsplanes zur Krankheitsfeststellung vorgestellt.

Im Anschluß hieran werden die bestehenden Rechtsauffassungen zur Rente wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit kritisch gewürdigt. Dabei wird auf innere Widersprüche der Rente wegen Berufsunfähigkeit ebenso hingewiesen, wie auf die Problematik der Abgrenzung der Risiken von Arbeitslosigkeit und Invalidität. Die Diskussion hierzu erfolgt auf einer eher theoretischen Ebene.

Abschließend wird anhand von insgesamt 24 Fallbeispielen von Frühberentungen wegen BU/EU die Multidimensionalität von Frühinvalidisierungsprozessen am Einzelfall konkretisiert. Die Aussagefähigkeit der aufgeführten Beispiele ist begrenzt. Den Falldarstellungen und ihrer Diskussion sind methodenkritische Ausführungen vorangestellt. Forschungsleitend ist die These:

Frühinvalidisierung stellt eine soziale Problemlage dar, die auf einem multidimensionalen Zusammenhang beruht. Die

ordnungspolitische Ausrichtung des Sozialen Sicherungssystems auf einzelne voneinander grundsätzlich getrennte Risiken steht im Gegensatz zu der "Ganzheitlichkeit" der sozialen Lage eines Betroffenen im Frühinvalidisierungsprozeß. Dies betrifft vor allem die Trennung von Arbeitsmarktrisiko und Invaliditätsrisiko.

Die Fallbeispiele auf der Grundlage von Urteilen zu BU/EU des Sozialgerichts Wiesbaden illustrieren einerseits die jeweilige Problemlage der Betroffenen, machen aber auch Entwicklungsverläufe im Hinblick auf die Arbeits- und Gesundheitsbiographie deutlich. Dem Frühinvalidisierungsrisiko besonders ausgesetzt scheinen diejenigen, die eine starke Diskontinuität der Arbeits- und Gesundheitsbiographie aufweisen. Zusätzlich wird auf besondere Belastungen, die im Zeitraum von der Rentenantragstellung bis zum Urteilsentscheid durch das Sozialgericht auftreten können hingewiesen.

In der Zusammenfassung werden diejenigen Sozialgerichtsurteile diskutiert, die auf bestehende Unzulänglichkeiten für die Beurteilung vor allem älterer arbeitsloser BU/EU - Rentenantragsteller aufmerksam machen. Dies soll als Beleg für die Notwendigkeit einer stärker sozialwissenschaftlichen Betrachtungsweise der Frühinvalidisierung auch im Rahmen der Rechtsprechung dienen.

TEIL A: ÄLTERE ARBEITNEHMER ZWISCHEN ARBEIT UND RUHESTAND

I. ZUR SITUATION ÄLTERER ARBEITNEHMER IN DER BUNDES- REPUBLIK DEUTSCHLAND - EIN ÜBERBLICK DES FORSCHUNGS- STANDES

Die Zahl der Veröffentlichungen zu Fragen älterer Arbeitnehmer ist insbesondere in den letzten beiden Jahrzehnten erheblich angestiegen und nahezu unübersehbar geworden. Ob aus betrieblicher, arbeitsmarktpolitischer, sozialversicherungsrechtlicher, medizinischer oder sozialwissenschaftlicher Perspektive hat diese Gruppe der Erwerbspersonen zunehmend (Forschungs-)Interesse auf sich gezogen. Allein beim Deutschen Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA), das sich aus gerontologischer Sichtweise mit diesem Themenkomplex befaßt, sind ca. eintausend Buch- und Zeitschriftentitel in der Literaturdatenbank gespeichert.

Die wissenschaftliche Diskussion um die Beschäftigtengruppe der älteren Arbeitnehmer in der Bundesrepublik steht in einem engen Zusammenhang mit der arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Entwicklung. Übereinstimmung besteht darin, daß die Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer - wie für andere Beschäftigtengruppen auch - von der Arbeitsmarktlage bestimmt werden. Eine Besonderheit stellt das Vorhandensein gesetzlicher und sozialversicherungsrechtlicher Mechanismen für diese Arbeitnehmer dar, aufgrund eines bestimmten Alters, länger andauernder Arbeitslosigkeit und/oder gesundheitlicher Beeinträchtigungen das Arbeitsleben endgültig zu beenden und in den Ruhestand zu treten. Die Ausgestaltung dieser sozialpolitischen Mechanismen ist wiederum im Zusammenhang mit Arbeitsmarkterfordernissen, aber auch mit den Interessen der Betriebe und den subjektiven Bedürfnissen und Erwartungen der älteren Arbeitnehmer zu sehen.

Dieser Zusammenhang ist bei der Beantwortung der Frage, ab wann Arbeitnehmer als alt oder älter zu bezeichnen sind, zu berücksichtigen. Allgemein anerkannt wird der Umstand, daß Altern, auch im Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit, einen Prozeß darstellt, dessen Beginn kalendarisch nicht eindeutig festlegbar ist. Wann eine Erwerbsperson als älterer Arbeitnehmer zu bezeichnen ist, hängt von der jeweiligen Betrachtungsweise ab. Es sind hierbei eine Vielfalt von Dimensionen zu berücksichtigen.

Möglichkeiten der Annäherung bestehen von wissenschaftlicher Seite in der Analyse eines empirisch feststellbaren subjektiven und objektiven Einstellungs- und Leistungswandels, entweder seitens der betroffenen Arbeitnehmer selbst oder von seiten der Betriebe und den Akteuren des Systems der Sozialen Sicherung (z.B. Arbeitsverwaltung, Sozialgesetzgebung usw.) gegenüber dieser Beschäftigtengruppe. Die vielfach aus pragmatischen Gründen getroffenen Altersabgrenzungen in den Forschungsarbeiten liegen in der Regel zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr der Arbeitnehmer.

Grundsätzlich ist allerdings davon auszugehen, daß es den älteren Arbeitnehmer nicht gibt. Dies ist auch der Grund dafür, daß eine wissenschaftliche "Theorie des älteren Arbeitnehmers" bisher nicht besteht und auch kaum sinnvoll sein dürfte. Wohl aber existieren Theorieansätze verschiedener Wissenschaftsrichtungen, die für die vorliegenden empirischen Untersuchungen zur Lage älterer Arbeitnehmer forschungsleitend sind.

Die folgende kurze Darstellung des Forschungsstandes geht von dem Wechselverhältnis zwischen betrieblichen Interessen, staatlichen Maßnahmen und der Lage der Betroffenen aus. An der wirtschaftlichen und sozialpolitischen Entwicklung orientiert, werden "Konjunkturen" wissenschaftlicher Fragestellungen zu älteren Arbeitnehmern herausgestellt. Nach Auffassung des Verfassers lassen sich hierbei für die BRD drei Zeitabschnitte ausmachen, zwischen denen allerdings keine völlig eindeutigen Trennlinien gezogen werden können.

1.1 Die Reorganisation des Arbeitslebens (1950 - 1970)

Dieser Zeitraum ist in der Bundesrepublik durch den Wiederaufbau der Wirtschaft, überwiegenden Phasen der Vollbeschäftigung und - damit verbunden - einer starken Nachfrage nach Arbeitskräften gekennzeichnet. Die erste Dekade ist u.a. durch die Problematik der Reintegration von Kriegsheimkehrern und Kriegsversehrten in das Arbeitsleben charakterisiert. In diesem Zeitraum werden gesetzliche Regelungen erlassen, wie z.B. das Bundesversorgungsgesetz (1950) oder das Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Schwerbehindertengesetz) aus dem Jahr 1953. Das bezieht

sich für diesen Zeitraum allerdings fast ausschließlich auf männliche Arbeitskräfte. Die Tätigkeit von Frauen im Rahmen des Wiederaufbaus der Wirtschaft in der Bundesrepublik ist in der Regel vergessen worden und wird erst in den späten achtziger Jahren als sozialpolitisches Thema diskutiert.

Der Bedarf an voll leistungsfähigen Arbeitskräften stieg in der darauf folgenden Dekade derart an, daß zunehmend (jüngere) Arbeitskräfte aus dem Ausland angeworben wurden. Die Integration bzw. Weiterbeschäftigung älterer Arbeitnehmer in den sich neu formierenden industriellen Produktionsbetrieben war im Hinblick auf deren gesundheitlich bedingte Leistungsfähigkeit, aber auch auf die berufliche Qualifikation wesentlich erschwert.

Im Zusammenhang mit einer höheren Lebenserwartung stieg der Anteil der Bevölkerung, der die gesetzlich vorgeschriebene Altersgrenze von 65 Jahren erreichte. Durch den schrittweisen Ausbau des Systems der Sozialen Sicherung wurde versucht, dieser Entwicklung Rechnung zu tragen. Hierbei sind vor allem die Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner (KVDR) im Jahr 1956 sowie die Verbesserung des Leistungsrechts und Möglichkeiten des Bezuges von vorgezogenen Altersruhegeldern für Frauen und Arbeitslose, durch das Rentenreformgesetz 1957 zu nennen.

Im Zusammenhang mit der prekären Beschäftigungssituation gegen Ende der 60er Jahre stehen die sozialgesetzlichen Regelungen des Arbeitsförderungsgesetzes im Jahr 1969, sowie in arbeitsrechtlicher Hinsicht z.B. die Änderungen des Kündigungsschutzgesetzes (1951) im Jahr 1969 oder die Änderung des Betriebsverfassungsgesetzes (1952) im Jahr 1972.

Diese Gesetze berühren auch die Belange älterer Arbeitsloser bzw. älterer Beschäftigter in besonderer Weise, z.B. hinsichtlich eines längeren Leistungsbezuges oder der Aufrechterhaltung des Besitzstandes bzw. eines besonderen Kündigungsschutzes.

Bis zu Beginn der siebziger Jahre war die Situation älterer Beschäftigter in der BRD nur marginal im Blickfeld wissenschaftlicher Betrachtung. So finden sich beispielsweise in den industriesoziologischen Arbeiten zum Wandel der Industriegesellschaft, die in diese Zeit fallen, nur selten Hinweise auf die Bedeutung des Faktors Alter (vgl. z.B. die

dreibändige Ausgabe zur Industriesoziologie von FÜRSTENBERG 1959, 1974, 1975; auch die soziologische Untersuchung in der Hüttenindustrie von POPITZ, BAHRDT, JÜRES, KESTING (1972) weist lediglich im Anhang auf die besondere Situation älterer Arbeiter hin (siehe dieselb. S. 276 ff.). Eine Ausnahme stellt die in diesem Zeitraum durchgeführte Untersuchung von KASER (1966) über die Situation älterer Arbeitnehmer in der Industrie Nordrhein-Westfalens dar. Ermittelt werden hierbei u.a. Korrelationen zwischen Leistungsfähigkeit, Gesundheitszustand und Alter aus der Sicht der Betroffenen und deren Vorgesetzten.

Psychologisch-gerontologisch orientierte Arbeiten zu dieser Zeit heben einen besonderen Leistungswillen und die Fähigkeiten zur Weiterbildung Älterer hervor und argumentieren damit gegen ein Defizitmodell des Alters (vgl. den Überblick bei THOMAE/LEHR (Hrsg.) 1968).

1.2 Die Konsolidierung des Trends zur Frühverrentung (1970 - 1985)

Zu Beginn der siebziger Jahre wurde die Gruppe älterer Arbeitnehmer sozialpolitisch zunehmend bedeutsam. Dies war im wesentlichen auf zwei Ursachen zurückzuführen.

Erstens zeigte sich, daß die steigende Zahl der Arbeitslosen insgesamt ab diesem Zeitpunkt nicht mehr nur auf saisonale, konjunkturell bedingte Schwankungen zurückführbar war, sondern auf strukturelle Disparitäten wirtschaftlicher Entwicklung. Der steigende Rationalisierungsdruck in den Industriebetrieben führte darüber hinaus zu erhöhten Mobilitäts- und Flexibilitätsanforderungen an die Erwerbspersonen. Hiervon waren ältere Beschäftigte besonders betroffen.

Zweitens - im engen Zusammenhang damit - beendete die Mehrzahl der Arbeitnehmer die Erwerbstätigkeit tatsächlich weit vor der gesetzlich vorgeschriebenen Altersgrenze von 65 Jahren entweder aufgrund von Arbeitslosigkeit oder eingetretener Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit.

Die wohl bedeutsamste sozialpolitische Maßnahme in diesem Zeitraum war die Einführung des Systems flexibler Altersgrenzen im Jahr 1973 (§ 1248 RVO), das die Bezugsmöglichkeiten von Rentenleistungen unter bestimmten Voraussetzun-

gen bereits vor Vollendung des 65. Lebensjahres gewährleistet. Dies gilt insbesondere für langjährig versicherte Männer (35 anrechnungsfähige Versicherungsjahre einschließlich Beitrags- und/oder Ersatzjahre) mit Vollendung des 63. Lebensjahres sowie für Schwerbeschädigte, Berufs- und Erwerbsunfähige, die (nach ebenfalls 35 anrechnungsfähigen Versicherungsjahren, einschließlich Beitrags- und/oder Ersatzjahren) einen Anspruch auf vorgezogenes Altersruhegeld ab dem vollendeten 62. Lebensjahr haben. Die Altersgrenze für den zuletzt benannten Personenkreis wurde bis zum 1.1.1980 stufenweise auf das vollendete 60. Lebensjahr herabgesetzt. Daneben gilt weiterhin der seit 1957 bestehende Anspruch auf vorgezogenes Altersruhegeld für diejenigen, die (bei 15 Beitrags- und/oder Ersatzjahren) in den letzten 1 1/2 Jahren vor Vollendung des 60. Lebensjahres mindestens 52 Wochen arbeitslos waren (Arbeitslosenruhegeld). Ebenso konnten Frauen mit überwiegender Versicherungspflicht in den letzten 20 Jahren (bei 15 Beitrags- und/oder Ersatzjahren) mit Vollendung des 60. Lebensjahres in den Ruhestand wechseln (Frauenaltersruhegeld). Die Höhe der Rentenzahlung errechnet sich nach der 1957 eingeführten dynamisierten Rentenformel und unterliegt keinen versicherungstechnischen oder -mathematischen Abschlägen.

Für diesen Zeitabschnitt ist charakteristisch, daß sich seit Beginn der 70er Jahre sehr deutliche Trends sinkender Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer herausbilden. Dies läßt sich anhand dreier Indikatoren aufzeigen:

- Die Erwerbsbeteiligung von Erwerbspersonen in den höheren Altersgruppen - ausgedrückt in der altersspezifischen Erwerbsquote, die im Rahmen des Mikrozensus jährlich vom Statistischen Bundesamt veröffentlicht wird - ist ab diesem Zeitpunkt kontinuierlich zurückgegangen. Während die Altersgruppen der 45-bis unter 55-jährigen Männer noch mit über 90 Prozent und die Frauen derselben Altersgruppen mit rund 50 Prozent am Erwerbsleben beteiligt sind, ist die Erwerbsquote der 55-bis unter 60-jährigen Männer von 1970 (89,1 v.H.) bis 1984 (79,1 v.H.) um zehn Prozent zurückgegangen. Bei den 60- bis unter 65-jährigen lag dieser Rückgang sogar bei knapp 40 Prozent (1970 = 74,7 v.H., 1984 = 35,2 v.H.). Die Erwerbsquoten bei den Frauen in beiden Altersgruppen liegen in diesem Zeitraum weit unter denen der Männer. Die Entwicklung der Quoten verläuft hier anders. Bei den 55-bis unter 60-jährigen sind sie im gleichen Zeitraum von 37,2 v.H. auf 40,2 v.H. angestiegen. Bei den 60-bis unter 65-jährigen Frauen sind die Erwerbsquoten von 22,5 v.H. um knapp die Hälfte, auf 11,8 v.H. gefallen (vgl. TABELLE 1).

— Die Erwerbsquote ist nur ein ungenauer Indikator der tatsächlichen Beschäftigungssituation von Erwerbspersonen, da sie sowohl die tatsächlich Erwerbstätigen als auch die Erwerbslosen zusammenfaßt (vgl. hierzu MAYER 1987). Als zweiter Indikator soll deshalb auf die Entwicklung der altersspezifischen Arbeitslosenquote eingegangen werden. Dieser Indikator wird neben anderen regelmäßig in der Strukturanalyse des Arbeitslosenbestandes von der Bundesanstalt für Arbeit dokumentiert. Dabei werden die, die sich beim Arbeitsamt als arbeitslos oder arbeitssuchend gemeldet haben, auf die Zahl der altersentsprechenden abhängigen Erwerbspersonen (nach dem Mikrozensus) bezogen. Im Durchschnitt des Zeitraums von 1970 bis 1984 lag die altersspezifische Arbeitslosenquote der 45-bis 55-jährigen unter der Arbeitslosenquote insgesamt, die der 55-bis unter 65-jährigen deutlich darüber. Besonders drastisch erfolgte der Anstieg der Arbeitslosenquoten der 60-bis unter 65-jährigen im Zeitraum bis 1981 von 1,7 v.H. (1970) auf 11,9 v.H.. Für die Arbeitslosenquote der 55-bis unter 60-jährigen ist eine Steigerung ab 1980 (5,5 v.H.) auf 11,4 v.H. für das Jahr 1984 auffällig (vgl. TABELLE 2). Darüber hinaus werden in der Statistik ebenso kontinuierlich hohe Anteile an Älteren unter den Dauerarbeitslosen und den gesundheitlich Beeinträchtigten ausgewiesen (vgl. TABELLE 3 und TABELLE 4)

— Ein schließlich dritter Indikator für die Situation älterer Arbeitnehmer seit Beginn der siebziger Jahre ist das durchschnittliche Alter bei den jährlichen Renteneinzugängen. Entsprechendes Datenmaterial hierzu wird jährlich vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) herausgegeben. Das durchschnittliche Rentenzugangsalter wird nach Versicherungszweig und Geschlecht zugehörigkeit ausgewiesen. Im zu betrachtenden Zeitraum ist das Rentenzugangsalter in den beiden Versicherungszweigen der Arbeiterrenten- und der Angestelltenrentenversicherung sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern deutlich zurückgegangen. Das Zugangsalter lag im Jahr 1970 in der ARV bei den Männern bei 61,1 Jahren und bei den Frauen bei 61,6 Jahren - analog in der Angestelltenversicherung bei den Männern bei 62,8 bzw. 60,6 Jahren. Das geringste Zugangsalter wurde in der ARV für das Jahr 1981 (Männer = 57,5 Jahre, Frauen = 59,6 Jahre) und in der ANV im Jahr 1982 (Männer 60,1 Jahre, Frauen 59,2 Jahre) festgestellt (vgl. TABELLE 5).

Zusammenfassend zeigt sich eine mit zunehmendem Alter rückläufige Erwerbsbeteiligung insbesondere bei den Männern, bei gleichzeitigem Anstieg des Anteils älterer Arbeitsloser und einem Sinken des Rentenzugangsalters.

Diese Trendentwicklungen waren während der 70er und zu Beginn der 80er Jahre überwiegend Gegenstand der verstärkt einsetzenden wissenschaftlichen Forschungsarbeiten zum Problemfeld älterer Arbeitnehmer.

Die Arbeiten befaßten sich in den frühen siebziger Jahren schwerpunktmäßig mit den Fragen der Notwendigkeit und Akzeptanz eines flexiblen Übergangs in den Ruhestand (vgl. BLUME 1970; BUNZ et.al. 1971; LANDWEHRMANN 1974) sowie der Bedeutung der flexiblen Altersgrenze in der Rentengesetzgebung. Zunehmend wurde die Lebenslage derjenigen analysiert, die vorzeitig das Erwerbsleben beenden. Dabei wurde die Bedeutung der Belastungssituation während der Erwerbstätigkeit (Gesundheitsverschleiß), die Bedingungen des Übergangs in den Ruhestand, der subjektive Wunsch einer vorzeitigen Beendigung des Erwerbslebens und die materielle Lage der Frührentenbezieher hervorgehoben und als ein Bestandteil der gesamten Altersproblematik thematisiert (vgl. WIRTSCHAFTS- UND SOZIALWISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DES DEUTSCHEN GEWERKSCHAFTSBUNDES (WSI) (Hrsg.) 1976; KEUTER/NAEGELE 1978; AHNER/THORN 1978; DIECK/NAEGELE (Hrsg.) 1978; BLUME et. al. 1979; FRIEDMANN/WEIMER 1980; DOHSE/JÜRGENS/RUSSIG (Hrsg.) 1982; ARBEITSGRUPPE FACHBERICHT 1982; NAEGELE 1983).

Im Resultat der verschiedenen Arbeiten zeigt sich, daß ältere Arbeitnehmer, besonders dann, wenn sie durch geringe Qualifikation, schlechten Gesundheitszustand, hohe Arbeitsbelastungen usw. kumulativ benachteiligt sind, betrieblich und in Bezug auf den Arbeitsmarkt besonderen negativen Risiken unterworfen sind. Die diesbezügliche Arbeits- und Lebenssituation prägt dabei auch die zu erwartende nachberufliche Lebensphase z.B. im Hinblick auf die soziale Integration und Einkommensposition.

Die Frühverrentungspolitik der Betriebe wird als Resultat von Dequalifikationsprozessen und gesundheitlichem Verschleiß der Arbeitskraft aufgefaßt. Das Instrumentarium der flexiblen Altersgrenze wird vor diesem Hintergrund einerseits als soziale Errungenschaft interpretiert, da es den vorgezogenen Ruhestand als "Alternative" zu einer desolaten Beschäftigungssituation bietet und damit mehrheitlich den Wünschen der Arbeitnehmer selbst entspricht. Andererseits besteht damit aus dieser Sichtweise für die Betriebe die Möglichkeit, relativ friktionslos ältere, leistungsge-

minderte Beschäftigte "freizusetzen", durch Jüngere zu ersetzen und sich dadurch der Schaffung altersgerechter Arbeitsplätze zu entziehen. Ältere Arbeitnehmer, insbesondere Frauen werden dadurch zu einer beschäftigungspolitischen disponiblen Reserve. Die aus dem Verschleiß der Arbeitskraft entstehenden Kostenprobleme werden auf das Sozialversicherungssystem übertragen.

Besondere Beachtung wird in dieser Phase auch dem Problem der zunehmenden Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmer geschenkt (vgl. BRINKMANN et.al (Hrsg.) 1979; BÜCHTEMANN 1980; 1983; BÄCKER 1979; BÄCKER/NAEGELE 1981). Ältere Arbeitnehmer sind danach aufgrund bestehender Senioritätsprinzipien und Bestandsschutzregelungen (vgl. BÖHLE/LUTZ 1974; DOHSE et.al 1978; 1979), im Vergleich zu jüngeren Arbeitnehmern absolut gesehen, weniger von Arbeitslosigkeit betroffen und bei langer Betriebszugehörigkeit auch materiell besser abgesichert. Sind sie allerdings von Arbeitslosigkeit betroffen, stellen sie relativ den höchsten Anteil der Dauerarbeitslosen und der gesundheitlich Beeinträchtigten dar. Arbeitslosigkeit älterer Arbeitnehmer kann insofern lediglich als ein Umweg in die Rente angesehen werden (vgl. INSTITUT FÜR ARBEITSMARKT UND BERUFSFORSCHUNG (Hrsg.) 1983). Eine Verbesserung der Situation älterer Arbeitsloser wird in beschäftigungspolitischen Programmen zur Wiederherstellung der Vollbeschäftigung insgesamt gesehen, wobei die Frage der Arbeitszeitverkürzung im Vordergrund steht (MAGS 1983). Das Instrumentarium der flexiblen Altersgrenze wird in diesem Zusammenhang als Möglichkeit der Entlastung des Arbeitsmarktes gesehen.

Aus gerontologischer Sicht wird die Thematik älterer Arbeitnehmer stark kontrovers diskutiert. Nach einer an der wissenschaftlichen Sozialpolitiklehre (vgl. im Überblick KLEINHENZ 1970) orientierten Forschungsrichtung beinhaltet der Prozeß des Alterns strukturell alternstypische Merkmale sozialer Gefährdung. Ein Umschlagen von "sozialer Gefährdung" in "soziale Schwäche", die sich z.B. in Hilflosigkeit, materieller Not usw. äußert, erfolgt nicht gleichverteilt, sondern nur selektiv für bestimmte Gruppen älterer Menschen. Dieser Umstand konstituiert den Tatbestand sozialer Ungleichheit im Alter (vgl. NAEGELE/DIECK 1978:28). Über die Frage, nach welchen Kriterien und für welche Gruppe älterer Menschen dieser Umschlag erfolgt, entschei-

det nach diesem Forschungsansatz das "sozio-ökonomische Herkunftsmilieu" (ebenda:33).

Ältere Arbeitnehmer stellen nach diesem Ansatz eine besondere Problemgruppe innerhalb der gesamten Arbeitnehmerschaft dar. Eine dauerhaft anhaltende soziale Benachteiligung ist in der Diskrepanz zwischen dem altersspezifisch gewandelten Leistungsvermögen und gleichbleibenden Leistungsanforderungen begründet (vgl. NAEGELE 1975:249).

Diese Diskrepanz, die gesundheitliche Beeinträchtigungen bis hin zur Invalidisierung zur Folge haben kann, wird einerseits durch technologische Neuerungen, die zu Dequalifizierungsprozessen führen, und andererseits von defizitär orientierten Altersvorhalten überlagert (ebenda). Ältere Arbeitnehmer weisen nach diesem Ansatz grundsätzlich einen höheren Grad sozialer Gefährdung und ein höheres Risiko sozialer Schwäche auf als Jüngere. Hiervon sind vor allem Arbeiter sowie Angestellte mit geringem Qualifikationsniveau betroffen. Gerade diese seien besonders belastenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt, die mit zunehmendem Alter zu erheblichen gesundheitlichen Verschleißerscheinungen führen würden (vgl. NAEGELE/DIECK 1978:29). Die Benachteiligung älterer Arbeitnehmer beruht demnach strukturell auf innerbetrieblichen Zwängen zur Rationalisierung, wodurch sie auch dem Arbeitsmarktrisiko in besonderer Weise ausgesetzt sind (vgl. im Überblick z.B. BÄCKER 1978:37 ff.).

Demgegenüber wird von psychologischer Seite die besondere Situation älterer Arbeitnehmer in den Betrieben und auf dem Arbeitsmarkt vor allem auf gesellschaftliche Vorbehalte gegenüber ihrer Leistungsfähigkeit zurückgeführt. Stereotype Einstellungen über das Alter üben einen zentralen Einfluß auf das Selbstbild und die Fremdeinschätzung der Leistungsfähigkeit älterer Menschen im Arbeitsprozeß aus (vgl. LEHR 1975:306 ff.). Die allgemeine Kritik am Defizitmodell des Alters wird seit Beginn der siebziger Jahre weiterentwickelt und für die Gruppe der älteren Arbeitnehmer spezifiziert (vgl. LEHR 1972; THOMAE/LEHR 1973). Da Alter gesellschaftlich mit einem Stigma belegt ist, ist auch die Rolle des älteren Arbeitnehmers diesem Stigma unterworfen (vgl. POHL 1976; HOMEIER/POHL (Hrsg.) 1978). Dabei wird auf psychologische Forschungsergebnisse, vorwiegend über mentale Fähigkeiten älterer Arbeitnehmer verwiesen, wonach ältere Arbeitnehmer nicht weniger, sondern anders leistungsfähig

sind. Dies bezieht sich auch auf die Lernfähigkeit von Älteren. Der Leistungswandel ist durch die Herausbildung "extrafunktionaler Befähigungen" älterer Arbeitnehmer gekennzeichnet, die sich gegenüber Jüngeren durch einen besseren Überblick über Arbeitsabläufe, höhere Zuverlässigkeit, Pflichtgefühl und Identifikation mit dem Betrieb usw. auszeichnen (vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PERSONALFÜHRUNG 1972, MÜLLER-HAGEN 1977, BUNDESVEREINIGUNG DER DEUTSCHEN ARBEITGEBERVERBÄNDE (BDA) (Hrsg.) 1980).

Der Rolle der Arbeit wird aus gerontopsychologischer Sicht eine besondere Bedeutung für die Bewältigung der Altersphase - und zwar im ausschließlich positiven Sinne ("Arbeit ist die beste Geroprophylaxe" (LEHR 1979)) - beigemessen. Untersuchungen über die Zufriedenheit von älteren Beschäftigten haben ergeben, daß vor allem eine Unterforderung am Arbeitsplatz negativ auf die Zufriedenheit von älteren Arbeitnehmern wirkt (vgl. LEHR 1975:306). Sozialpolitische Forderungen nach einer stärkeren Humanisierung des Arbeitslebens - hier im Sinne eines Ausbaus bestimmter Schutzmechanismen oder besonderer Regelungen für ältere Arbeitnehmer (z.B. die Forderung nach vermehrten Schonarbeitsplätzen, besonderen Arbeitszeitregelungen usw.) - beinhalten aus dieser Sicht die Gefahr einer Festschreibung negativer Einstellungen gegenüber der Leistungsfähigkeit von älteren Arbeitnehmern. Hierdurch würden ältere Beschäftigte faktisch erst zu einer sozialen Problemgruppe "gemacht" (vgl. LANDWEHRMANN 1975).

Diese Gefahr wird letztlich auch bei der Bewertung der Einführung der flexiblen Altersgrenze gesehen. Sie trage nicht dazu bei, die bestehenden Vorurteile gegenüber älteren Arbeitnehmern abzubauen, sondern legitimiere deren vorzeitige Ausgliederung aus dem Erwerbsleben (vgl. LEHR 1979).

Als ein weiteres wichtiges Thema im Bereich der Gerontologie wird in diesem Zeitraum, im Zusammenhang mit der Beschäftigtengruppe der älteren Arbeitnehmer, auch die Vorbereitung auf den Ruhestand als Aufgabenfeld der Erwachsenenbildungsarbeit diskutiert. Sowohl innerbetriebliche Vorbereitungsmaßnahmen (vgl. z.B. FÜLLGRAF 1978) als auch Angebote von verschiedenen Bildungseinrichtungen (vgl. z.B. EVANGELISCHE AKADEMIE BAD BOLL 1975) sollen u.a. dazu beitragen, einer möglicherweise negativ erlebten Beendigung der beruflichen Tätigkeit entgegenzuwirken, auf die Ruhe-

standsphase rechtzeitig vorzubereiten und auf Möglichkeiten der aktiven Ausgestaltung dieses Lebensabschnitts hinzuweisen. Charakteristisch für diesen Zeitabschnitt ist die Konkurrenz verschiedener Bildungskonzepte, wobei den mehr klassischen Angebotsformen (Vorträge zu bestimmten Themenbereichen, z.B. Einkommenserwartung, Freizeitverhalten, gesunde Ernährung usw.) die Vorstellungen einer "emanzipatorischen" Bildungsarbeit entgegengehalten werden. Dem Erwachsenenbildner kommt in diesem Zusammenhang die Rolle eines "Animateurs" zu (vgl. KNOFF 1981; PRO SENECTUTE (Hrsg.) 1984).

Wie empirische Forschungsergebnisse nachweisen, handelt es sich bei der Personengruppe, die durch Vorbereitungsmaßnahmen auf den Ruhestand und das Alter tatsächlich erreicht wurden, überwiegend um Bildungsgewohnte, die der sozialen Mittel- und Oberschicht zuzurechnen waren. Sozial- und bildungsbenachteiligte Ältere blieben weithin unberücksichtigt (vgl. BACKES/SCHMACHTENBERG 1981). Darüber hinaus zeigte sich, daß Vorbereitungsmaßnahmen auf den Ruhestand, die seitens der Betriebe angeboten wurden, in der Regel auf einige wenige Großbetriebe beschränkt bleiben (vgl. STEINHAUER 1979, MARGGRAF et. al. 1986).

Für die kommende Zeitphase ist das Thema Vorbereitung auf den Ruhestand nur noch von untergeordneter Bedeutung. Es wird abgelöst von Fragen der Selbstorganisation nachberuflicher Tätigkeitsfelder für diejenigen, die die zunehmend länger dauernde Ruhestandsphase aktiv gestalten wollen.

1.3 Die Notwendigkeit von Strukturreformen (1985 - 1990)

Der strukturelle Wandel in der Arbeitsorganisation, der in den siebziger Jahren einsetzt und der durch zunehmende Technologisierung und Computerisierung den gesamten industriellen Produktions- und Dienstleistungsbereich durchzieht, kommt gegen Mitte der achtziger Jahre zum Tragen. Die Folgen dieser Entwicklung sind weiterhin hohe Arbeitslosenquoten bei den älteren Erwerbspersonen und eine Fortsetzung des Trends zur vorzeitigen Beendigung des Erwerbslebens.

Der "Freisetzungstrend" seitens der Betriebe wird durch in verschiedene Richtungen wirkende, sozialpolitische Maßnahmen flankiert. Zu einer Entschärfung der Arbeitsmarktsitua-

tion für ältere Arbeitnehmer und einer Erhöhung betrieblicher Flexibilität soll das 1984 inkrafttretende Vorruhestandsgesetz beitragen, wonach ältere Arbeitnehmer im Einvernehmen mit dem Arbeitgeber ab dem vollendeten 58. Lebensjahr aus dem Berufsleben ausscheiden können. Der "Vorruheständler" gilt dabei nicht als arbeitslos, da er von seinem Arbeitgeber weiterhin als Beschäftigter geführt wird. Die finanziellen Leistungen werden vom Arbeitgeber (65 v.H.) und von der Bundesanstalt für Arbeit (35 v.H.) aufgebracht. Das Gesetz war von vornherein auf vier Jahre befristet.

Abgelöst wurde diese Regelung von dem 1989 in Kraft getretenen Altersteilzeitgesetz, das die Schaffung eines gleichenden Übergangs in den Ruhestand zum Ziel hat. Auch dieses Gesetz gilt wiederum nur befristet bis Ende 1992 und wird im Zusammenhang mit dem Rentenreformgesetz 1992 (RRG 92) dann von einem Teilrentensystem abgelöst werden.

Ebenfalls auf die Arbeitsmarktsituation älterer Arbeitsloser wirkende Maßnahmen sind Änderungen im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Arbeitslosen ab dem 58. Lebensjahr, die seit 1986 gelten, sowie die Verlängerung des Arbeitslosengeldbezugs für Arbeitslose ab dem 54. Lebensjahr seit dem Jahr 1987.

Im Bereich der Rentenversicherung wirken die Haushaltbegleitgesetze der Jahre 1983 und 1984 auf die Struktur der jährlichen Rentenneuzugänge. Dabei steigt die Zahl der Rentenneuzugänge mit Vollendung des 65. Lebensjahres bei den Frauen der Angestelltenversicherung an, bei gleichzeitigem Rückgang der Frührenten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in dieser Gruppe. Diese Maßnahmen können allerdings den weiterhin bestehenden Trend zur Frühverrentung nicht grundsätzlich eindämmen.

Die sozialpolitische Diskussion dieser Jahre ist geprägt von der Frage der langfristigen Finanzierbarkeit des Sozialen Sicherungssystems. Aufgrund der demographischen Entwicklung, die auf das Verhältnis von Beitragszahlern und Leistungsempfängern einwirkt, ist die Finanzierung dieses Systems in der bestehenden Form bereits schon in absehbarer Zeit in Frage gestellt. Verschiedene Modellrechnungen zur demographischen und gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bis zum Jahr 2030 belegen die folgenden erwartbaren Trends:

- Infolge des sich deutlich abzeichnenden Geburtenrückgangs sinkt die Zahl der deutschen Bevölkerung insgesamt.
- Mit dieser demographisch bedingten Entwicklung geht eine Umstrukturierung des Erwerbspersonenpotentials einher. Bei gleichzeitigem Rückgang des Anteils der Erwerbsfähigen im Alter von 20 bis 65 Jahren steigt innerhalb dieser Gruppe der Anteil der höheren Altersklassen relativ und absolut an.
- Aufgrund des prognostizierten weiterhin anhaltenden Trends, das Erwerbsleben vor vollendetem 65. Lebensjahr zu beenden und bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung, nimmt der Anteil der aus dem Erwerbsleben Ausgeschiedenen zu.
- Die längere Lebenserwartung führt darüberhinaus zu einem höheren Anteil von Hochbetagten an der Gesamtbevölkerung

(vgl. DEUTSCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (DIW) 1987; ECKERLE et.al. 1987; VDR 1987).

Aus dieser Trendentwicklung ergeben sich für die verschiedenen Zweige des Sozialen Sicherungssystems, bei steigenden Kosten und sinkenden Beitragseinnahmen, abzusehende Finanzierungsprobleme, die Strukturreformen notwendig machen.

Arbeitsmarktpolitisch wird infolge dieser demographischen Entwicklung ein gegen Ende der 90er Jahre zunehmender Bedarf an Arbeitskräften prognostiziert, wobei sich infolge der "Überalterung" des Erwerbspersonenpotentials auch für die älteren Erwerbspersonen höhere Beschäftigungschancen ergeben werden. Dies ist u.a. ein Grund für die zeitliche Befristung der genannten Maßnahmen (Vorruhestandsgesetz, Altersteilzeitgesetz). Um bestehende Problemlagen zu mildern, werden Programme für Langzeitarbeitslose entwickelt (vgl. BACH 1990).

Für die Zweige der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung ergibt sich infolge des zu erwartenden Ungleichgewichts zwischen Kostenentwicklung und Beitragseinnahmen die Notwendigkeit grundsätzlicher Eingriffe in die Sozialgesetzgebung.

Im Bereich der Krankenversicherung wurde bereits schon in den frühen siebziger Jahren eine regelrechte Explosion der Ausgabenentwicklung festgestellt. Das politisch angestrebte Ziel der Beitragssatzstabilität sollte durch eine Budgetierung der Ausgaben und einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik erreicht werden. Hierzu sind in den Folgejahren

zahlreiche Kostendämpfungsprogramme durchgesetzt worden (vgl. im Überblick BMA (HRSG.) 1991:70 f.). Das Gesundheitsreformgesetz, das im Jahr 1989 in Kraft getreten ist, stellt einen vorläufigen Abschluß dieser Entwicklung dar (vgl. MÜLLER/SEITZ 1989; sowie die kritische Darstellung bei BÄCKER et.al. 1989:160).

Für die gesetzliche Rentenversicherung sind aufgrund von verlängerten Rentenlaufzeiten, die sich aus frühem Renteneintritt und steigender Lebenserwartung ergeben, mittel- und langfristige Finanzierungsprobleme absehbar, da auch hier die Rentenleistungen künftig nicht mehr aus den Einnahmen der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge zu decken sein werden. In Anbetracht der aufgezeigten Entwicklungsprozesse müßte entweder das Nettorentenniveau bei gleichbleibendem Beitragssatz deutlich abgesenkt werden oder aber die Beitragssätze wesentlich angehoben werden. Beides erscheint sozial nicht zumutbar. Dem Bundeszuschuß als dritter Finanzierungssäule kommt nur ausgleichende Funktion zu.

Eine Möglichkeit, hier regulierend durch die Gesetzgebung einzugreifen wird in der Verlängerung der Erwerbsphase gesehen, insbesondere durch die Heraufsetzung der Altersgrenze. Dies soll u.a. durch das Rentenreformgesetz 1992 (RRG 92) erreicht werden. Eine derartige Veränderung kann, da sie gravierend in die Lebensplanung der Beschäftigten eingreift, nur langfristig durchgesetzt werden. Die Anhebung der Altersgrenze soll daher ab 2001 gestaffelt für die jeweiligen Geburtsjahrgänge erfolgen. Dabei werden die bisherigen Altersgrenzen von 60 und 63 Jahren gleichzeitig bis zur Regelaltersgrenze von 65 Jahren angehoben. Für Frauen und Arbeitslose wird die Regelaltersgrenze von 65 Jahren im Jahre 2012 und für die langjährig versicherten Männer im Jahre 2006 erreicht. Davon ausgenommen bleibt die Altersgrenze von 60 Jahren für Berufs- und Erwerbsunfähige, Schwerbehinderte und für langjährig unter Tage beschäftigte Bergleute weiterhin bestehen. Wird nach Heraufsetzung der Altersgrenze eine Rente unter Erfüllung sozialversicherungsrechtlicher Voraussetzungen frühestens drei Jahre vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres in Anspruch genommen, so wird diese mit einem Zugangsfaktor belegt, der die Rentenhöhe für jedes Jahr der vorzeitigen Inanspruchnahme um 3,6 v.H. mindert. Bei Weiterarbeit über das 65. Lebensjahr hinaus erhöht sich für jedes Jahr die Rente um 6 v.H. (vgl. VDR 1989).

Das Rentenreformgesetz (RRG 92) ist im November 1989 vom Deutschen Bundestag verabschiedet und als 6. Buch in das Sozialgesetzbuch (SGB) aufgenommen worden. Dabei wurden die bisherigen Gesetze ("Reichsversicherungsordnung" (RVO), "Angestelltenversicherungsgesetz" (AVG), "Reichsknappschaftsgesetz" (RKG)) zusammengefaßt und nunmehr vereinheitlicht. In vollem Umfang ist das RRG 92 am 1.1.1992 in Kraft getreten.

Die wissenschaftliche Diskussion, die vor diesem Hintergrund ganz zentral die Probleme älterer Arbeitnehmer beim Übergang in den Ruhestand einbezieht, thematisiert vor allem die Frage nach einer Verkürzung oder Verlängerung der Erwerbsphase aus volkswirtschaftlicher und sozialversicherungsrechtlicher Sicht (vgl. im Überblick BIEBACK (Hrsg.) 1986; HAUPTABTEILUNG WISSENSCHAFTLICHE DIENSTE DER VERWALTUNG DES DEUTSCHEN BUNDESTAGES 1987; SCHMÄHL (Hrsg.) 1988). Alternative Konzeptionen zu beitragsbezogenen Rentenleistungen, wie die Einführung einer Grundrente (vgl. z.B. im Überblick WAGNER 1986; KLANBERG/PRINZ 1986) oder eines voll eigenständigen Sicherungssystems (WAGNER 1984), werden ebenso diskutiert wie die Harmonisierung des gesamten Alterssicherungssystems (SACHVERSTÄNDIGENKOMMISSION ALTERSSICHERUNGSSYSTEME 1983). Besondere Berücksichtigung findet dabei auch die Entwicklung der Frauenerwerbstätigkeit und deren Alterssicherung (OTT/ROLF 1987; ROLF/WAGNER 1988).

Von grundsätzlicher Bedeutung ist die Frage, eine Verbesserung der Arbeitsmarktlage durch Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit oder aber der Lebensarbeitszeit zu erreichen. In diesem Zusammenhang werden Teilzeitarbeitsmodelle für ältere Arbeitnehmer in die Diskussion einbezogen (BEHREND 1983; SCHALLA 1984; LANDENBERGER 1987) und Arbeitszeitpräferenzen der Erwerbsbevölkerung untersucht (vgl. BUTTLER/OETTLE/WINTERSTEIN 1986). Empirisch überwiegt der Wunsch, das Arbeitsleben vorzeitig zu beenden und die Ruhestandsphase aktiv zu gestalten.

Daneben werden Akzeptanz und Wirkungen arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen, wie dem Vorruhestand (KÜHLEWIND 1986; NAEGELE (Hrsg.) 1987), dem gleitenden Übergang in den Ruhestand (SCHÜLE 1987; STITZEL 1987; KOHLI et. al. 1989), sowie die mehr rentenpolitischen Instrumente der Altersteil-

zeitarbeit und der Teilrente (BÄCKER/NAEGELE 1989) untersucht.

Die durch neue Technologien veränderte Arbeitsorganisation (vgl. KERN/SCHUMANN 1984), wovon zunehmend auch Angestelltentätigkeiten betroffen sind (BAETHGE/OBERBECK 1986), führt zu einem Wandel der Arbeitslandschaft insgesamt (ROTHKIRCH/WEIDIG 1985). Vor diesem Hintergrund und der demographisch bedingten zunehmenden Bedeutung der älteren Erwerbspersonen werden eine Neubewertung beruflicher Qualifikationen und künftige Beschäftigungschancen diskutiert (vgl. BEHREND 1987 a; LAPPE 1987; BUTTLER 1988).

Die Lebenssituation der älteren, vorzeitig aus dem Erwerbsleben Ausgliederten bleibt weiterhin zentrales Forschungsthema (vgl. STÜCK 1986; DIECK/NAEGELE/SCHMIDT (Hrsg.) 1985; BACKES/CLEMENS (Hrsg.) 1987), wobei auch sogenannte "nachberufliche" Betätigungsfelder diskutiert werden.

Die sozialgerontologisch orientierte Forschung gewinnt an theoretischer Fundierung. Dabei wird insbesondere der subjektiven Komponente bei der Verrentungsentscheidung, also dem individuellen Wunsch, das Arbeitsleben zu beenden, stärker Rechnung getragen. Voraussetzung hierfür war die Ausweitung des Spektrums von Optionen, wie dem Vorruhestand, betrieblicher Altersteilzeitregelungen usw.

Gleichzeitig wird infolge der sich abzeichnenden Entwicklung auch das kollektive Altern der Gesellschaft thematisiert. Der Trend zu einer "ergrauten Gesellschaft" gilt auch im Hinblick auf die Altersstruktur der Erwerbspersonen (DZA (Hrsg.) 1987).

Von TEWS (1991) werden soziologisch-strukturelle Merkmale der gegenwärtigen Altersrealität benannt. Neben dem quantitativen Anstieg der Altenpopulation und einer proportionalen Veränderung des Verhältnisses zwischen den jüngeren und den älteren Generationen findet eine starke innere Differenzierung des Alters statt. Zum einen "verjüngt" sich das Erscheinungsbild des Alters, was u.a. auch durch eine früher einsetzende Berufsaufgabe ("Entberuflichung") bedingt ist. Zum anderen ist der Anteil der Hochbetagten ("Hochaltrigkeit") innerhalb der Altenpopulation deutlich angestiegen. Der überproportional hohe Anteil von Frauen im

höheren Lebensalter ("Feminisierung") kennzeichnet die Struktur der Altenbevölkerung ebenso wie die Zunahme derjenigen, die im Alter - erwünscht oder gezwungenermaßen - alleinstehend sind ("Singularisierung") (vgl. ebenda 20 f.).

Es setzen sich schwerpunktmäßig biographische Untersuchungsansätze durch, die die Erwerbsphase im Zusammenhang mit dem gesamten Lebenslauf stellen (KOHLI 1985; 1988; ROSENMAYER 1983; 1987; ROSENMAYER/KOLLAND 1988). Im zeitlichen Verlauf ist durch die Reformgesetzgebung im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand auf einen immer früheren Zeitpunkt normativ festgelegt worden. Dieser Zeitpunkt ist von einem quantitativ steigenden Bevölkerungsanteil erreicht worden, wobei sich gleichzeitig die Dauer der Ruhestandsphase aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung deutlich verlängert hat. Die institutionelle Festlegung des Beginns der Ruhestandsphase und ihre materielle Absicherung ist von den Beschäftigten immer mehr verinnerlicht worden und prägt deren Lebensplanung und Erwartungshaltung, wobei von einer "Institutionalisierung des Lebenslaufs" gesprochen wird (KOHLI 1985). Der Trend zur Frühverrentung erscheint nach dieser Argumentation als historischer Prozeß, der sich auch in anderen westlichen Industrienationen durchgesetzt hat (JACOBS/KOHLI/REIN 1987; JACOBS/REIN 1988; JACOBS/SCHMÄHL 1988).

In diesem Zusammenhang steht auch das Konzept der "Antizipation" und der "Bilanzierung", wonach der Wunsch zur Beendigung des Erwerbslebens geprägt wird durch die Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und der zu erwartenden spezifischen internen und externen Arbeitssituation. Die Antizipation innerbetrieblicher Umsetzung, veränderten Leistungsanforderungen, Abgruppierungen usw. oder bevorstehender Arbeitslosigkeit erhöht, besonders bei gering qualifizierten und gesundheitlich leistungsgeminderten Beschäftigten die Bereitschaft, vorzeitig das Arbeitsleben zu beenden (vgl. DETERS et.al. 1989).

Das Konzept der "Bilanzierung" geht von einer individuellen Verarbeitung externer Faktoren aus einer biographischen Zeitperspektive aus. Die Verrentungsentscheidung ist das Resultat einer individuellen Abwägung (Balance) sowohl ökonomischer als auch sozialer Aspekte (Wohlfahrtsoptimie-

rung). Wesentliches Kriterium ist die Höhe des zu erwartenden Renteneinkommens. Da sich diese überwiegend aus der Zahl der Versicherungsjahre und der individuellen Beitragshöhe bemißt, ist abzuwägen, inwieweit die Weiterarbeit über ein bestimmtes Alter hinaus ökonomisch lohnt und sich für den einzelnen spürbar rentensteigernd auswirkt.

Aber auch soziale Faktoren werden in die individuelle Bilanzierung einbezogen. So werden bisherige Arbeitstätigkeiten, das subjektive Erleben von Arbeitsplatzbedingungen usw. als Investitionen gesehen und den Erwartungen an die Ruhestandssituation gegenübergestellt. Je nachdem wie das verbrachte Erwerbsleben bilanziert wird und welche Erwartungen an die Ruhestandsphase geknüpft werden, ergeben sich individuelle Unterschiede für die Verrentungsentscheidung. Die auf politischer Ebene diskutierte Heraufsetzung der Altersgrenze wird als ein wesentlicher Eingriff in die subjektive Konstruktion der Lebensbiographie der Betroffenen interpretiert (KOHLI/WOLF 1987; DIECK 1988).

In jüngster Zeit wird die Thematik älterer Arbeitnehmer verstärkt aus betriebswirtschaftlicher Sichtweise untersucht. Dabei stehen Fragen flexiblerer Personaleinsatzstrategien sowie die Konstituierung betrieblicher Altersgrenzen im Vordergrund des Interesses (vgl. ROSENOW 1988; DETERS et.al. 1989; WOLF 1989; WZB 1989). Hervorgehoben wird die Notwendigkeit einer stärkeren betrieblichen Differenzierung bei Forschungsarbeiten über die Situation älterer Arbeitnehmer. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist die innerbetriebliche Festlegung von Altersgrenzen überwiegend an dem Verhältnis von Leistungsfähigkeit (Produktivität) und Kosten orientiert. Dabei sind vor allem die Personalkosten infolge von längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten bei älteren Beschäftigten zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die Personalnebenkosten, die aufgrund von Bestandschutzregelungen (Senioritätsprinzip) usw. bei Beschäftigten, die langjährig dem Betrieb angehören, entstehen. Je nach Branche, Betriebsgröße, traditioneller betrieblicher Sozialpolitik und betrieblicher Personalentscheidungen differiert die Festlegung innerbetrieblicher Altersgrenzen für das Einstellungsalter für bestimmte Arbeitstätigkeiten oder die Beschäftigung auf bestimmten Arbeitsplätzen. Eine reine Freisetzungspolitik der Betriebe, die durch staatliche, arbeitsmarkt- oder sozialversicherungsrechtliche Instrumente zusätzlich flankiert wird, resultiert letztlich aus der

Nachrangigkeit betrieblicher Personalpolitik gegenüber dem betrieblichen Gesamtinteresse. Seit Anfang der achtziger Jahre wird in der betriebswirtschaftlichen Diskussion eine gestiegene Bedeutung des "dispositiven und objektbezogenen Faktors Arbeit" sowie dem "institutionellen Personalbereich innerhalb der Unternehmensführung" festgestellt (WZB 1989: 101). Im Zusammenhang mit Teilzeitarbeit im Rahmen eines gleitenden Übergangs in den Ruhestand oder der Verlängerung der Erwerbsphase überhaupt sind modernere Personaleinsatzstrategien erforderlich, die den Zugriff auf berufliche Qualifikationen der älteren Belegschaftsmitglieder auch für die zukünftige Unternehmensplanung gewähren. Regelungen eines gleitenden Übergangs in den Ruhestand (GÜR) stellen hierfür geeignete Möglichkeiten bereit (vgl. DETERS et.al. 1989).

Bis zum Ende der achtziger Jahre steht somit die Problematik der Wahl des Verrentungszeitpunktes und seine Bestimmungsfaktoren im Vordergrund des Forschungsinteresses. Über kurzzeitliche Schwankungen hinaus läßt sich ein säkularer Trend zur Frühverrentung seit Anfang der siebziger Jahre ausmachen. Die Entscheidung, das Arbeitsleben zu beenden, ist sowohl von objektiven als auch subjektiven Faktoren bestimmt, wobei ein Wechselverhältnis zwischen diesen Faktoren besteht. Ältere Arbeitnehmer mit besonderer Qualifikation, hohem beruflichen Status und längerer Betriebszugehörigkeit sind in der Regel weniger externen Arbeitsmarkterfordernissen oder innerbetrieblichen Personalfreisetzungstrategien ausgesetzt als nur gering qualifizierte und/oder gesundheitlich Leistungsgeminderte. Die subjektive Bereitschaft zur vorgezogenen Beendigung der Erwerbstätigkeit wird aber auch in der Gruppe der bessergestellten älteren Arbeitnehmer vom Gesundheitszustand und Gesundheitsbefinden wesentlich beeinflusst.

1.4 Die Bedeutung des Transformationsprozesses von BRD und DDR für die Situation älterer Arbeitnehmer

Die Strukturreformmaßnahmen im Bereich der Sozialen Sicherung, die Mitte der achtziger Jahre diskutiert und teilweise als gesetzliche Regelungen verabschiedet worden sind, basierten u.a. auf den zu diesem Zeitpunkt prognostizierten demographischen und strukturellen Entwicklungsprozessen für die Bundesrepublik Deutschland.

Im November des Jahres 1989 fand mit dem politischen und wirtschaftlichen Zusammenbruch der ehemaligen DDR ein tiefgreifender gesellschaftspolitischer Einschnitt statt, der von keiner Seite voraussehbar war. Seit dem 1. Juli 1990 ist die Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion der beiden deutschen Staaten im Kraft getreten. Am 3. Oktober 1990 ist die DDR nach Art. 20 des Grundgesetzes (GG) der Bundesrepublik Deutschland beigetreten. Dies hatte zur Folge, daß damit nicht nur die Zahl der Wohnbevölkerung um rund 16,5 Mio. Einwohner angestiegen ist, sondern zugleich ein qualitativer Strukturwandel der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse für die gesamte Bundesrepublik Deutschland einsetzte. Die katastrophale ökonomische Lage, die die ehemalige DDR hinterließ, stellt das vereinigte Deutschland vermutlich noch längerfristig vor erhebliche wirtschaftliche und soziale Probleme.

Während in den "alten" Bundesländern ein deutlicher konjunktureller Aufschwung seit Beginn der neunziger Jahre erfolgte, hat sich im Gebiet der ehemaligen DDR - den "neuen" Bundesländern -, durch die "Abwicklung" zentral-planwirtschaftlich geführter ("volkseigener") Betriebe u.a. die Zahl der Arbeitslosen dramatisch erhöht.

Darüber hinaus weist die Lebenslage breiter Bevölkerungsteile in diesen Ländern deutliche Merkmale sozialer Gefährdung auf. Einen bedeutsamen Anteil nehmen dabei die älteren Arbeitnehmer ein, deren faktische Arbeitslosigkeit von Maßnahmen wie z.B. (Null-) Kurzarbeit, Vorruhestand (seit 1.1.1990) oder dem Bezug von Altersübergangsgeld (seit 3.10.1990) überdeckt wird. Diese Entwicklung in den "neuen" Bundesländern wird sich m.E. zwangsweise auch auf die Lage der älteren Beschäftigten in der gesamten Bundesrepublik auswirken.

Infolge der erwarteten altersstrukturellen Veränderung des Erwerbspotentials (demographisch bedingter Anstieg der Zahl älterer Erwerbspersonen), von der man in der "alten" Bundesrepublik zur Mitte der achtziger Jahre ausging, deutete sich eine gesellschaftliche "Neubewertung" der Gruppe der älteren Arbeitnehmer in durchaus positiver Richtung an. Mit der Zusammenführung der beiden deutschen Staaten ist eine Situation entstanden, durch die zumindest mittelfristig wieder genügend jüngere Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt

zur Verfügung stehen. Dabei sind vor allem regionale Wanderungsprozesse zu berücksichtigen, die - neben zahlreichen anderen Faktoren - auch in dem noch bestehenden Einkommensgefälle zwischen West und Ost begründet sind. Längerfristig ist abzusehen, daß sich aufgrund dieser Entwicklung der Verdrängungswettbewerb zuungunsten der älteren Arbeitnehmer weiter fortsetzen und noch verstärken wird.

II. EINFLUSSFAKTOREN DER FRÜHVERRENTUNG IM SOZIALEN KONTEXT

Wie der kurze Überblick über den Forschungsstand zur Situation älterer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland zeigen sollte, zieht sich die Thematik einer immer früher einsetzenden Beendigung des Erwerbslebens, zumindest seit Beginn der 70er Jahre wie ein "roter Faden" durch die diesbezüglichen Forschungsarbeiten. Je nachdem auf welcher Ebene und aus welchem Blickwinkel der Betrachtung heraus die Beschäftigungssituation und die Übergangssproblematik diskutiert und analysiert wird, scheinen drei Faktoren hierbei von zentraler Bedeutung zu sein: das Alter, die berufliche Qualifikation und der Gesundheitszustand einer Erwerbsperson.

Im folgenden wird zunächst auf die Bedeutung und den Zusammenhang der Faktoren Alter, beruflicher Status und Gesundheitszustand im Rahmen der Gesamtproblematik einer vorzeitigen Beendigung des Erwerbslebens eingegangen. Im Anschluß daran werden diesbezügliche Besonderheiten bei der Frühinvaliditätsproblematik diskutiert.

2.1 Der Faktor "Alter"

Wenngleich allgemein anerkannt wird, daß zwischen dem Alter und der Leistungsfähigkeit von Beschäftigten nur ein indirekter Zusammenhang besteht, der durch zahlreiche intervenierende Variablen wie z.B. psychophysische Dauerbelastungen, Akkord- oder Schichtarbeit usw. beeinflusst wird, kommt dem Faktor Alter bei der vorzeitigen Beendigung des Erwerbslebens in zweierlei Hinsicht Bedeutung zu: Erstens entstehen im Zusammenhang mit Bestandsschutzregelungen und dem Senioritätsprinzip mit zunehmendem Alter Ansprüche gegenüber dem Arbeitgeber, die für diesen eine wesentliche

Einschränkung personalpolitischer Flexibilität bedeuten können (vgl. z.B. DOHSE/JÜRGENS/RUSSIG 1982; SCHELLHAASS 1982; BÜCHTEMANN 1990; NEUMANN 1990). Zweitens besteht in der Bundesrepublik ein vielfältiges Instrumentarium, das bei Erreichen eines gesetzlich und sozialversicherungsrechtlich festgelegten Alters ein friktionsloses und alimmentiertes Ausscheiden aus dem Berufsleben ermöglicht (vgl. z.B. KÜHLEWIND 1986; KLAUDER 1989). Beide Aspekte sind ur-sächlich für die Entscheidung, ältere Arbeitnehmer freizu-setzen und bei Bedarf durch jüngere auszutauschen.

Aus der Sichtweise der älteren Arbeitnehmer selbst er-scheint die Verausgabung und der Einsatz ihrer Arbeitskraft als Investition, die u.a. dazu beiträgt, die materielle Le-benssituation in der späteren Ruhestandsphase abzusichern. Die Bereitschaft zur Beendigung des Erwerbslebens ist durch die Abwägung zwischen den subjektiv eingeschätzten Arbeits-bedingungen bzw. beruflichen Zukunftserwartungen einerseits und dem zu erwartenden Renteneinkommen andererseits geprägt (vgl. DIECK 1985). Die altersbezogenen staatlichen und so-zialversicherungsrechtlichen Maßnahmen und Instrumente stellen für den älteren Arbeitnehmer einen Dispositi-onspielraum für die Entscheidung, das Erwerbsleben zu be-en-den, dar.

2.2 Der Faktor "berufliche Qualifikation"

Die berufliche Qualifikation, die wesentlich auch den be-ruflichen Status eines Arbeitnehmers sowie seine Einkommen-ssposition und seine Einkommenserwartung bestimmt, ist im Zeitverlauf veränderten Anforderungsprofilen unterworfen gewesen. Rationalisierungsmaßnahmen, vor allem aber die Einführung neuer Technologien haben dazu geführt, daß ma-nuelle Tätigkeiten und Befähigungen zunehmend durch Über-wachungsfunktionen komplexer Arbeitsabläufe abgelöst wurden (vgl. KERN/SCHUMANN 1984). Darüber hinaus hat in den letz-ten Jahren gesamtgesellschaftlich der Sektor der Dienstlei-stungen, sowohl innerhalb als auch gegenüber dem Produkti-onsbereich, an erheblicher Bedeutung gewonnen, wobei auch dieser Sektor durch zunehmende Computerisierung und Techni-sierung gekennzeichnet ist (vgl. ROTHKIRCH v./WEIDIG 1985; KLAUDER 1986). Diese Entwicklung hat dazu geführt, daß der beruflichen Qualifikation eines Arbeitnehmers weniger eng begrenzte, langjährig erworbene fachspezifische Kenntnisse

vorausgesetzt sind als vielmehr Fähigkeiten, die den Beschäftigten flexibel einsetzbar machen. Hierzu gehört sowohl ein höherer Grad schulisch vermittelter Allgemeinbildung als auch Kenntnisse über komplexe innerbetriebliche Arbeitsabläufe. Diese Entwicklung kann durch den Vergleich von Facharbeiterbiographien nachgewiesen werden (vgl. LAPPE 1987).

Die gegenwärtig zur Gruppe der älteren Arbeitnehmer zählenden Beschäftigten sind hiervon in doppelter Weise betroffen. Zum einen sind viele berufliche Qualifikationen, über die Ältere verfügen, heute im Arbeitsleben obsolet geworden. Zum zweiten ist dieser Personenkreis im Hinblick auf das vorhandene durchschnittliche schulische Bildungsniveau von vornherein gegenüber den Jüngeren benachteiligt (vgl. BLIEN/TESSARING 1986). Andererseits ist der Umstand zu berücksichtigen, daß älteren Beschäftigten gerade aufgrund der langjährig erworbenen beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen innerhalb der Betriebe - vor allem in Klein- und Mittelbetrieben - eine hohe Wertschätzung entgegengebracht wird. Eine differenzierte Betrachtungsweise ist demnach unbedingt erforderlich.

In Verbindung mit dem Faktor Alter erweist sich die Bedeutung der beruflichen Qualifikation für die Beschäftigungschancen in Abhängigkeit rein betrieblicher (personalpolitischer) Interessen. Entscheidend ist, daß Investitionsentscheidungen im Hinblick auf berufliche Fort- und Weiterbildung von der zeitlichen Nutzungsdauer der Arbeitskraft geprägt sind. Das Kosten-Nutzungskalkül ist deshalb in der Regel, bei ausreichend zur Verfügung stehenden jüngeren Arbeitskräften, zuungunsten der älteren ausgefallen (vgl. DETERS/STAEHLE/STIRN 1989).

Die berufliche Qualifikation bzw. der berufliche Status eines Arbeitnehmers und seine Einkommensposition im Betrieb, ist ein wichtiger Einflußfaktor für dessen subjektive Arbeitszufriedenheit und Motivation (vgl. z.B. WOLF 1989). In den Fällen, in denen sich ältere Beschäftigte an den Rand gedrängt fühlen, eine Unsicherheit ihres Arbeitsplatzes verspüren oder gar Arbeitslosigkeit antizipieren, wird der Wunsch, das Erwerbsleben zu beenden, stärker sein als bei denjenigen, deren berufliche Position mit Prestige und Machtfunktionen verbunden ist.

2.3 Der Faktor "Gesundheit"

Dem Gesundheitszustand eines Arbeitnehmers kommt die wohl wichtigste Bedeutung hinsichtlich seiner Beschäftigungschancen und bei der Entscheidung, das Arbeitsleben zu beenden, zu (vgl. z.B. AMANN 1988). Er beeinflusst zentral die psychophysische Leistungsfähigkeit für die Bewältigung der an den Beschäftigten regelmäßig gestellten Arbeitsplatzanforderungen (vgl. z.B. HOFBAUER 1982; ENGELBRECH 1985).

Aus betrieblicher Sicht bedeutet die Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes tendenziell Leistungsabfall oder Produktivitätsminderung und durch krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz zusätzlich entstehende Kosten. Im Zusammenhang mit dem Faktor Alter ist ein höherer Grad des Absentismus im Durchschnitt nachgewiesen. Im Verhältnis zu bestimmten jüngeren Altersgruppen sind ältere häufiger, vor allem aber auch durch länger andauernde Arbeitsunfähigkeit gekennzeichnet (vgl. BEHREND 1983a). Das höhere Krankheitsrisiko Älterer wirkt auf die innerbetrieblichen Verbleibs- und Beschäftigungschancen.

Für arbeitslos gewordene Erwerbsspersonen ist die Rückkehr in den Beruf bei dauernden gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Behinderungen erheblich erschwert. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die neben einem höheren Lebensalter nur geringe berufliche Qualifikation aufzuweisen haben (vgl. z.B. BRINKMANN 1976; ROSENBLADT v./BÜCHTEMANN 1980).

Der Gesundheitszustand gilt als die wesentliche Dimension für subjektives Wohlbefinden und Lebensqualität (vgl. z.B. ZAPF et. al. 1987). In Bezug auf die Erwerbstätigkeit müssen unterschiedliche Verhaltensmuster bei der Bewältigung (coping) eintretender gesundheitlicher Beeinträchtigungen berücksichtigt werden. Diese sind über individuelle Prädispositionen hinaus wiederum vom Alter und vom beruflichen Status bestimmt, da beide mit möglichen unterschiedlichen Verhaltensspielräumen - auf den Arbeitsplatz bezogen - im Zusammenhang stehen. Je höher die direkten körperlichen und psychophysischen Arbeitsplatzanforderungen und Belastungen, desto höher ist das Krankheitsrisiko von Beschäftigten vor allem dann, wenn diese einen geringen beruflichen Status

bzw. eine geringe berufliche Qualifikation und damit auch eine geringere Einkommensposition aufweisen (vgl. OPOLZER 1986:76 ff.). Dem Faktor Alter kommt in diesem Zusammenhang wichtige Bedeutung insofern zu, da die (lebens-)zeitliche Dauer, der ein Beschäftigter belastenden Arbeitsanforderungen ausgesetzt ist, das Erkrankungsrisiko wesentlich erhöht. Der subjektive Wunsch nach einer vorzeitigen Beendigung des Erwerbslebens in Bezug auf den Faktor Gesundheit ist demnach bei Älteren und gering beruflich Qualifizierten stärker ausgeprägt als bei denjenigen, die durch langjährige Betriebszugehörigkeit einen höheren beruflichen Status besitzen oder erreicht haben und die dadurch über größere innerbetriebliche Spielräume ("Nischen") und andere Kompensationsmöglichkeiten bezüglich bestehender Arbeitsanforderungen verfügen.

Zusammengefaßt ergibt sich, daß vor allem der Gesundheitszustand eines Arbeitnehmers objektiv und subjektiv als die zentrale Dimension anzusehen ist, die die Übergangssituation von der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand beeinflußt. Das Alter und die berufliche Qualifikation bzw. der berufliche Status und die Einkommenssituation, sind Faktoren, die im engen Zusammenhang damit stehen. Alle drei genannten Faktoren sind in einem Wechselverhältnis zueinander zu interpretieren und determinieren sowohl die subjektive Bereitschaft als auch die fremdbestimmten betrieblichen Zwänge zur Beendigung des Erwerbslebens. Über die Frage aber, wie und in welcher Richtung sich dieser Zusammenhang entwickelt, entscheiden letztlich die jeweiligen gesellschaftlichen, sozioökonomischen Rahmenbedingungen.

III: DAS RISIKO DER FRÜHINVALIDITÄT

Sind somit die wesentlichen Einflußfaktoren, die bei der Gesamtproblematik einer zeitlich vorgezogenen Beendigung des Erwerbslebens (Frühverrentung) eine Rolle spielen, benannt, soll nunmehr auf die Gemeinsamkeiten und Besonderheiten der Frühinvaliditätsproblematik vor diesem Hintergrund eingegangen werden. Sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht stellt das Problem der Frühinvalidität einen wesentlichen Bestandteil der Frühverrentungsthematik dar. Die Argumentation, die einen säkularen Trend der Frühverrentung in der Bundesrepublik Deutschland nachzuweisen versucht, bezieht sich entweder auf einen alters-

spezifischen Rückgang der Erwerbsbeteiligung (vgl. z.B. SCHMÄHL 1988; KOHLI 1988) oder aber auf den kontinuierlichen Anstieg der Inanspruchnahme von vorgezogenen Rentenzugangsmöglichkeiten (vgl. z.B. KALTENBACH 1988). Im letzteren Fall ist in der Regel immer der Verweis auf die Frührentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit enthalten.

3.1 Zum Stand der Frühinvaliditätsforschung

Der Begriff der "Frühinvalidität" ist im folgenden definiert als die Beendigung der Erwerbstätigkeit infolge einer gesundheitlich bedingten Leistungsminderung, die eingetreten ist, ohne daß der Anspruch auf ein (auch vorgezogenes) Altersruhegeld im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung für den Versicherten besteht. Die Beendigung der Erwerbstätigkeit erfolgt nach den Rentenarten der Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit, die nicht an eine gesetzlich festgelegte Altersgrenze gebunden sind. Der in der Darstellung häufig synonym verwendete Begriff der "Frühinvalidisierung" weist darauf hin, daß es sich hierbei um einen längerfristigen Entwicklungsprozeß handelt, wobei die schließliche Gewährung einer Rente wegen Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit nur den Endpunkt des Erwerbsverlaufs darstellt. Diese Definition der Frühinvalidität soll u.a. der Abgrenzung gegenüber ähnlich gelagerten Sachverhalten z.B. in der gesetzlichen Unfallversicherung, der Hinterbliebenenversorgung, dem Schwerbehindertenrecht oder der Kriegspflerversorgung dienen. Darüber hinaus wird die Frühinvaliditätsproblematik ausschließlich für den Bereich der Arbeiterrenten- und Angestelltenversicherung betrachtet. Ausgenommen bleiben demnach die Bereiche der knappschaftlichen Rentenversicherung, der Bundesbahnversicherung sowie der Seekasse und der landwirtschaftlichen Altersversorgung.

In Relation zur Gesamtproblematik der vorzeitigen Beendigung des Erwerbslebens liegen für die Bundesrepublik Deutschland eher wenige sozialwissenschaftlich/ soziologisch orientierte Untersuchungen zur Frühinvaliditätsproblematik vor. Dieser Umstand gründet letztlich in der Tatsache eines bestehenden "Datenmonopols" seitens der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Dieses besteht darin, daß hier, gegenüber Außenstehenden, datengeschützte Infor-

mationen über Berufs- und Einkommensverläufe oder z.B. über die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen usw. vorliegen. Diese Informationen werden auf einem persönlichen, individuellen Versichertenkonto eines jeden Versicherten gespeichert und dienen zu reinen Verwaltungszwecken. Eine personenbezogene Auswertung dieser Daten z.B. für soziologische Fragestellungen außerhalb des Bereichs der gesetzlichen Rentenversicherungsträger ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich.

Der Schwerpunkt der zum Thema Frühinvalidität erstellten Forschungsarbeiten umfaßt deshalb Untersuchungen, die entweder im Auftrag oder aber selbst vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) oder den Landesversicherungsanstalten (LVA) durchgeführt worden sind. Diesbezüglich vorliegende Forschungsarbeiten und ihre Ergebnisse werden regelmäßig in den jeweiligen verbandseigenen Publikationsorganen, wie z. B. die "DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG" oder "DIE ANGESTELLTENVERSICHERUNG", veröffentlicht (vgl. hierzu die einzelnen Jahrgänge).

Der überwiegende Teil der Forschungsarbeiten in diesem Bereich befaßt sich mit Fragen der retro- und prospektiven Entwicklung der Zugänge bei den Frühinvaliditätsrenten (MÖRSCHEL/REHFELD 1981; BRAUN 1986), Problemen einer genaueren statistischen Erfassung (vgl. SCHUNTERMANN 1986; KERWAT 1984) sowie der Finanzierungsfolgen und der Steuerbarkeit dieser Rentenarten innerhalb des gesamten Rentensicherungssystems (KALTENBACH 1981; 1986). Ebenso werden regelmäßig Fragestellungen im Hinblick auf veränderte Aufgabenstellungen zur Vermeidung eintretender oder Verringerung eingetretener Minderung der Erwerbsfähigkeit im Vorfeld einer BU/EU-Berentung, bearbeitet (vgl. z.B. REHFELD/SCHMITL 1985; LÖFFLER et. al. 1988; MÜLLER-FAHRNOW et. al. 1989; SCHUNTERMANN et. al. 1990).

Die Themenstellungen ergeben sich aus den Interessen der Rentenversicherungsträger, da diese die mit dem Problem der Frühinvalidität verbundenen Kosten - Rentenleistungen wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit - tragen müssen und ebenso für die Verhinderung eintretender Erwerbsunfähigkeit bzw. der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit - Leistungen zur Rehabilitation - zuständig sind.

Im Rahmen der statistischen Berichterstattungspflicht (vgl. KNOBLICH 1980:223 ff.) veröffentlicht der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) regelmäßig - meist jährlich - sehr detaillierte Statistiken, z.B. über Rentenneuzugänge, Rehabilitationsleistungen, Rentenanwartschaften usw., in den "ROTEN BÄNDEN" der Statistikreihe des VDR (vgl. hierzu im Überblick REHFELD 1984). Diese sekundären Fallstatistiken, auf deren Aussagefähigkeit im Zusammenhang mit der Darstellung des quantitativen Entwicklungsgeschehens bei den Rentenzugängen ausführlich eingegangen wird (vgl. das folgende Kapitel sowie im Überblick LEIBING/MÜLLER-SPÄTH 1981), stellen die wesentliche, wenn nicht sogar einzige Datenbasis der vorliegenden empirischen Untersuchungen zu Fragen der Frühinvalidität dar, die unter "externen" Fragestellungen durchgeführt worden sind. Dabei steht die Frage nach den Ursachen der Frühinvalidität im Zentrum der Forschungsarbeiten.

Gestützt auf die Entwicklung der Zugangsdaten wegen BU/EU, hat RÜTH (1976) für den Zeitraum von 1962 bis 1972 durch tiefergehende Differenzierung nach Versichertenmerkmalen, wie z.B. Alter, Geschlecht, Versicherungszweig, Versichertenstatus usw., sehr unterschiedliche Ausgangslagen im Hinblick auf die Verrentung wegen Frühinvalidität ermittelt. Unter Heranziehung arbeitsmedizinischer und gerontologischer Forschungsergebnisse wird versucht, einen Orientierungsrahmen für eine strukturell-funktionale Analyse der Ursachen von Frühinvalidität zu entwickeln. Frühinvalidität bzw. Berufs- und Erwerbsunfähigkeit wird dabei als Instrument zur Beendigung der Erwerbstätigkeit beschrieben. Ziele und Zielkonflikte werden aus der Sicht der verschiedenen am Verrentungsprozeß beteiligten Instanzen - den Sozialversicherungsträgern, den Betrieben und schließlich den Betroffenen selbst - dargelegt.

RICKE/KARMAUS/HÖH (1977) haben bei der Auswertung der Zugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit unter der Berücksichtigung der zugrundeliegenden Krankheitsdiagnosen auf alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede hingewiesen. Im Vergleich zu den Angestellten der entsprechenden Altersgruppen weisen jüngere Arbeiter eine höhere Betroffenheit von Frühinvalidität auf. Dies wird als grundsätzliche soziale Benachteiligung gewertet und Frühinvalidität somit als "Arbeiterschicksal" bezeichnet.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch die Arbeiten von SCHARF (1980; 1980a) sowie HOFEMANN/SCHARF (1984), die einerseits den Anstieg der Frührenten im Verhältnis zu den Rentenzugängen insgesamt und andererseits den Rückgang des durchschnittlichen Zugangsalters bei den BU/EU-Renten überwiegend auf veränderte und gestiegene Arbeitsplatzanforderungen und -bedingungen zurückführen. Der arbeitsbedingte Gesundheitsverschleiß wird hier als zentrale Ursache der Frühinvalidität angesehen.

Andere Untersuchungen der Frühinvaliditätsentwicklung im Zeitverlauf (MÖRSCHEL/REHFELD 1981; KENTNER 1983; REHFELD 1987; KENTNER/WOLFF/WELTLE 1990) lassen wiederum auf variable Einflußfaktoren rückschließen, die im Zusammenhang mit der Arbeitsmarktentwicklung und Veränderungen in der Rechtsprechung zu Fragen der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit stehen. Hierbei wird implizit das Problem der Risikoabgrenzung zwischen Arbeitslosen- und Rentenversicherung angesprochen.

Aus sozialmedizinischer und sozialepidemiologischer Sicht haben z.B. KENTNER et.al. (1983) für den Zeitraum von 1950 bis 1980 u.a. versucht, einen Zusammenhang zwischen der Veränderung des Krankheitspanoramas und der quantitativen Zugangsentwicklung herzustellen und dabei auf interne Veränderungen der Bedeutung einzelner Krankheitsursachen, die Frühinvalidität begründen, hingewiesen. Auch hierbei ergaben sich auffällige Unterschiede zwischen den jeweiligen Versichertengruppen nach Geschlecht und Versicherungszweig.

Als die wohl umfassendste Untersuchung, die derzeit in der Bundesrepublik Deutschland zur Frühinvaliditätsproblematik vorliegt, ist die Studie von WASILEWSKI et.al. (1984) zu bezeichnen. Dies bezieht sich sowohl auf die methodische Vorgehensweise als auch auf den, der Untersuchung zugrundeliegenden theoretischen Ansatz. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, den Landesversicherungsanstalten Baden und Württemberg sowie des Landesverbandes Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften wurde eine retrospektive Fall-Kontrollstudie durchgeführt. Die Prüfgruppe bestand aus 17595 Frührentnern, die im Jahr 1982 wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit den Landesversicherungsanstalten Baden und Württemberg zugegangen sind. Bei der Kontrollgruppe handelte es

sich um eine geschichtete Zufallsstichprobe aus dem Versichertenbestand. Sie umfaßte 17840 Personen, die noch im Erwerbsleben standen. Mittels eines standardisierten Fragebogens wurden beide Gruppen nach dem Gesundheitszustand, Arbeits- und Umweltbedingungen und Lebensgewohnheiten befragt. Darüber hinaus bestand für die Forscher die Möglichkeit des Zugriffs auf die Versichertenkonten zur Ermittlung der Berentungsdiagnosen.

Der Rücklauf (51,7 v.H.) erbrachte insgesamt 18313 auswertbare Fragebögen (9909 für die Prüfgruppe, 8404 für die Kontrollgruppe) (vgl. ebenda: 173 ff.). Den theoretischen Rahmen für die Auswertung stellte zum einen ein sozialmedizinisches Modell der Krankheitsentstehung dar, das nicht auf Kausalitätsannahmen (monokausales Ursache-Wirkungsverhältnis) beruht, sondern auf die Ermittlung und Bedeutung von Risiken im psychosozialen Umfeld einer Person bzw. Personengruppen ausgerichtet ist ("Risikofaktorenkonzept") (vgl. ebenda: 120 ff.; zur Frage der Operationalisierung dieses Konzepts vgl. ebenda: 138).

Daneben wird ein hypothetischer Bezugsrahmen entwickelt, in dem der Frühinvalidisierungsprozeß bis zur endgültigen Berentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit verläuft. Determinanten der möglichen Entstehung von Frühinvalidität finden sich auf der individuellen Prädispositions- und (Gesundheits-) Verhaltensebene, der Ebene der Rechtsprechung und auf der konjunkturellen Ebene. Die Rentenantragstellung wird beeinflußt vom Schweregrad der Diagnose, der Erfüllung sozialversicherungsrechtlicher Anspruchsvoraussetzungen und der konkreten Arbeitsmarktlage. Auf die Rentenantragstellung erfolgt die Rentenbegutachtung durch den zuständigen Versicherungsträger, der das Vorliegen von Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit feststellt (vgl. ebenda: 135). Im Resultat dieser Untersuchung zeigten sich als wesentliche Determinanten die individuelle physische und psychische Prädisposition, gefolgt vom Gesundheitsverhalten und den Einflüssen aus der Arbeits- und Berufswelt. Auch die Veränderungen in der Rechtsprechung beeinflussen das Frühberentungsgeschehen deutlich.

Neben verschiedenen, vor allem methodenkritischen Hinweisen, die gegenüber dieser Untersuchung eingewendet worden sind (vgl. ZWINGMANN 1984), besteht ein tatsächlicher Mangel in ihrer Beschränkung auf den Bereich der Arbeiterren-

tenversicherung, die z.B. den Vergleich mit Frühinvaliden im Bereich der Angestellten nicht leistet.

3.2 Besonderheiten der Frühinvalidisierung

Versucht man ein Resümee der zur Frühinvaliditätsproblematik vorliegenden Forschungsarbeiten und ihrer Ergebnisse zu ziehen, so zeigt sich, daß es sich bei der vorzeitigen Beendigung des Erwerbslebens wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit um einen vielschichtigen, multifaktoriellen Prozeß handelt. Sie beruht auf einer eingetretenen Minderung der Erwerbsfähigkeit, die zwar auf gesundheitliche Gründe zurückführbar sein muß, deren Anerkennung aber nicht ausschließlich hiervon bestimmt wird. Bei der Frage nach den Gemeinsamkeiten und den Besonderheiten der Frühinvalidität im Rahmen des Problemkreises der vorzeitigen Beendigung des Erwerbslebens insgesamt muß folgendes berücksichtigt werden:

Die Absicherung des (Früh-)Invaliditätsrisikos ist inhaltlicher Bestandteil der gesetzlichen Rentenversicherung seit der Entstehung dieses Versicherungszweiges überhaupt. Die vorzeitige Beendigung des Erwerbslebens infolge gesundheitlich geminderter Leistungsfähigkeit beruht auf sozialversicherungsrechtlichen Regelungen, wonach der spätere Leistungsbezug (Rente wegen BU/EU) unter Berücksichtigung der Beitragszahlungen des Versicherten gewährleistet wird. Das unterscheidet diese Art des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Erwerbsleben grundsätzlich von rein betrieblichen "Instrumenten", wie z.B. von Sozialplanregelungen, Abfindungsleistungen usw.

Ein weiterer Unterschied (abgesehen von den ebenfalls vorausgesetzten Sozialversicherungsbeitragsleistungen - hier zur Arbeitslosenversicherung) besteht gegenüber arbeitsmarktpolitischen Instrumenten, wie z.B. dem Vorruhestandsgesetz oder der sogenannten "59er"-Regelung, die einerseits, durch Ausnutzung gesetzlicher und/oder sozialversicherungsrechtlicher Regelungen, für Betriebe die "massenhafte" alimentierte Freisetzung älterer Arbeitnehmer ermöglichen und andererseits für die davon betroffenen Beschäftigten den Weg in den vorgezogenen Ruhestand eröffnen. Hierbei können auch gesundheitlich Leistungsgeminderte ältere Beschäftigte einbezogen sein. Eine derartig direkte

"Instrumentalisierung" ist bei der Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit seitens der Betriebe, insbesondere für Klein- und Mittelbetriebe, allerdings kaum möglich, da dieser keinerlei Einfluß auf die tatsächliche Rentengewährung hat (vgl. hierzu z.B. RUSSIG 1982). Zwar wurde in diesem Zusammenhang auf die "Nahelegung", z.B. durch Betriebsräte, oder auf die "Befürwortung", z.B. durch Betriebsärzte, einer diesbezüglichen Rentenantragstellung hingewiesen (vgl. z.B. NAEGELE 1983:309 ff.); auch mögen in Einzelfällen Arbeitgeber die Gewährleistung des Beschäftigungsverhältnisses von einer Bewilligung bzw. Versagung einer diesbezüglichen Rente durch den Sozialversicherungsträger abhängig machen, die Entscheidung für eine Antragstellung kann aber nur von dem Betroffenen selbst vorgenommen werden. Der Betrieb ist in diesem Zusammenhang bei der Frage der "Freisetzung" eines gesundheitlich leistungsgeminderten älteren Arbeitnehmers letztlich auf personen- und verhaltensbedingte Kündigungsgründe verwiesen (vgl. hierzu z.B. FALKE et. al. 1981:683 ff.).

Allerdings muß in diesem Zusammenhang auf ein grundsätzliches sozialpolitisches Problem hingewiesen werden, nämlich der entschädigungsrechtlichen Seite von Frühinvalidität. Die Renten wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung werden nach dem "Prinzip der Finalität" entschädigt. Im Unterschied z.B. zum Bereich der Unfallversicherung, deren Entschädigungsleistungen auf dem "Kausalitätsprinzip" beruhen, wird hierbei also nicht die Frage nach der "Ursache" oder dem "Verursacher" gestellt, sondern nur die vorliegende gesundheitlich beeinträchtigte Leistungsminderung eines Versicherten als rentenrelevant in Betracht gezogen.

Die grundsätzliche Kritik gegenüber diesem Sachverhalt (vgl. z.B. TENNSTEDT 1978) bezieht sich vor allem auf betriebswirtschaftliche Maximen, die der Berücksichtigung gesundheitsbezogener individueller Leistungsfähigkeit der Beschäftigten nur wenig Spielraum einräumen. Unter der Zielsetzung der "Gewinnmaximierung" wird der gesundheitlichen Komponente der dauerhaften Leistungsfähigkeit von Arbeitnehmern wenig Beachtung geschenkt. Für die Betriebe besteht aufgrund des Finalprinzips die Möglichkeit der "Abwälzung" entsprechender Sozialkosten. Da nach dieser Auffassung die Ursache gesundheitlicher Leistungsminderung bei den Betrieben bzw. den innerbetrieblichen Arbeitsanforderungen zu

finden ist, wurde eine Entschädigung nach dem Kausalitätsprinzip gefordert (vgl. RÜHT 1976:158; TENNSTEDT 1978:77).

Anzumerken ist, daß eine derartige Forderung in der aktuellen Diskussion kaum mehr vorgetragen wird. Ein Grund hierfür ist u.a. vermutlich darin zu sehen, daß, auch aus betriebspersonalpolitischer Sicht, im Hinblick auf den sich abzeichnenden Strukturwandel des verfügbaren Arbeitskräftepotentials der längerfristigen Erhaltung gesundheitlicher Leistungsfähigkeit tendenziell mehr Beachtung geschenkt wird (vgl. z.B. NAISBITT/ABURDENE 1986).

Wenngleich die jährlich große Zahl der bewilligten Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten auf ein gesellschaftliches "Massenphänomen" im Rahmen des Trends der vorzeitigen Beendigung des Erwerbslebens hindeutet, erweist sich auch aus der Betroffenenperspektive dieser Weg vor allem als "individuelle Strategie" des Rückzugs aus dem Erwerbsleben. Diese Art der Frühberentung stellt im Unterschied zu betriebsvertraglichen Vereinbarungen oder arbeitsmarktpolitischen Regelungen keinen "stummen Zwang" (vgl. FRIEDMANN/NAEGELE/WEIMER 1980) der Beendigung der beruflichen Tätigkeit dar. Eine diesbezügliche Bereitschaft zur Rentenantragstellung beruht hier besonders stark auf dem subjektiven Abwägen der individuellen lebens- und arbeitsweltlichen Bedingungen und künftigen Erwartungen.

Die Rentenbewilligung seitens des Sozialversicherungsträgers erfolgt wiederum unter Berücksichtigung der individuell erfüllten versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen, dem individuellen Ausmaß der Erwerbsminderung und der konkreten Möglichkeit die verbliebene individuelle Resterwerbsfähigkeit zu verwenden. Diese "Individualisierung" des gesellschaftlichen Problems der Frühberentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit beruht letztlich auf der hierzu geltenden Sozialrechtsprechung, wobei grundsätzlich immer nur auf den konkreten Einzelfall bezogen über die Rentengewährung entschieden wird.

Die Frühverrentung aufgrund von Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit kann vom einzelnen befürchtet, erhofft oder auch angestrebt werden (vgl. RÜTH 1976:7). Dem Faktor Alter kommt in diesem Zusammenhang eine eher untergeordnete Bedeutung zu, da einerseits diese Frührenten nicht an eine bestimmte Altersgrenze gebunden sind und dieser Faktor an-

dererseits von der gesundheitlich bedingten Leistungseinschränkung überlagert wird. Dennoch muß gerade aus der Betroffenen-sicht eine Altersabhängigkeit der retrospektiven Bewertung der eigenen Lebensumstände und Erwartungshaltungen berücksichtigt werden.

Die berufliche Qualifikation bzw. der berufliche Status und damit auch die Einkommenssituation spielen sowohl für die Bereitschaft zur Rentenantragstellung als auch bei der Rentenbewilligung durch den zuständigen Sozialversicherungsträger eine wesentliche Rolle. Für den Rentenantragsteller erscheint hierbei vor allem die individuelle Investitionsentscheidung und der damit im Zusammenhang stehende Einkommensaspekt von erheblicher Bedeutung. Sofern er noch im Besitz eines Arbeitsplatzes ist, muß er, je nach Versicherungsverlauf und Einkommenshöhe, mit einer deutlichen individuellen Einkommenseinbuße im Falle der Rentengewährung rechnen. Für einen Rentenantragsteller, der bereits arbeitslos ist und dessen zeitlich vorgegebenen diesbezüglichen Ansprüche abgelaufen sind, kann die Anerkennung einer Rente wegen BU/EU durchaus eine Verbesserung seiner Einkommenssituation darstellen. In beiden Fällen ist die Kompensationsmöglichkeit im Hinblick auf das Haushaltseinkommen zu berücksichtigen (vgl. MILENOVIC/ROSENBLADT v. 1985).

Im Rentenantragsverfahren ist gemäß der Rechtsprechung vom Sozialversicherungsträger zu prüfen, welche konkret zu benennenden Tätigkeiten im Falle einer verbliebenen Restarbeitsfähigkeit dem Rentenantragsteller zumutbar sind. Unter diesem Aspekt zeigt sich, daß, je höher die berufliche Qualifikation eines Rentenbewerbers ist, desto geringer sind die Möglichkeiten ihn auf eine zumutbare Beschäftigung zu verweisen und umso wahrscheinlicher ist eine Rentenbewilligung seitens des Versicherungsträgers.

Zweifellos kommt dem Faktor des Gesundheitszustandes bei der Frühberentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit die wichtigste Bedeutung zu, da sich die Anerkennung einer BU/EU - Rente hierauf bezieht. Die subjektiv empfundene Beeinträchtigung der psychophysischen Leistungsfähigkeit eröffnet für den Betroffenen den Weg zum Arzt. Aus therapeutischen Gründen kann dieser die Arbeitsruhe verordnen bzw. Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Sofern die Arbeitsunfähigkeit länger andauert, können (Rehabilitations-) Maßnahmen zur Verhinderung einer nicht nur vorübergehenden Gefahr der

Erwerbsminderung angezeigt sein, die von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung zu tragen sind. In beiden Fällen entstehen betrieblicherseits Kosten, die auf dem Ausfall der Arbeitsleistung des Beschäftigten beruhen. Hieraus leitet sich allerdings kein unmittelbarer Kündigungsgrund seitens des Betriebes ab.

Sofern eine vollständige Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit nicht möglich erscheint und eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen leistungsadäquaten Arbeitsplatz nicht gegeben ist (vgl. KOTTHOFF 1986), verbleibt der Antrag auf BU/EU. Der medizinische Krankheitsbefund wird vom medizinischen Dienst der Sozialversicherungsträger begutachtet und hiervon ausgehend, das Ausmaß der Leistungseinschränkung des Versicherten beurteilt. Reicht allein der medizinische Befund für die Rentengewährung nicht aus, so sind zusätzliche Faktoren bei der Beurteilung einzubeziehen, wie z.B. die zeitliche Differenz, die für den Versicherten bis zum Anspruch auf ein Altersruhegeld noch besteht. Ebenso sind die Verweisungsmöglichkeiten konkret zu prüfen.

Von den Betroffenen wird eine eintretende gesundheitliche Beeinträchtigung sehr unterschiedlich wahrgenommen. Die subjektive Bewertung eines Krankheitszustandes und die damit verbundene Leidenshaltung erfolgt im Rahmen der den einzelnen direkt oder auch indirekt umgebenden Arbeits- und Lebensbedingungen, wie z.B. dem Vorhandensein materieller oder immaterieller Stützungs-systeme. Ist der Betroffene hochgradig arbeitsethisch orientiert, so kann sich für ihn eine auftretende Krankheit als kritisches Lebensereignis darstellen, da sie ihn von möglichen Sozialleistungen abhängig macht; sie kann aber auch für ihn z.B. eine gewisse Bestätigung (Krankheitsgewinn) seines "unermüdlichen" Arbeitseinsatzes und seiner Leistungsbereitschaft darstellen. Hierbei fließen wiederum altersspezifische Aspekte sowie die innegehabte Berufsposition in den Bewertungskontext ein.

Wie man sieht, unterliegt die Berentung wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung einer vielschichtigen Problematik, die von zahlreichen Faktoren beeinflusst wird. Sie erfolgt innerhalb eines normativen Rahmens sozialversicherungsrechtlicher Regelungen, die selbst wiederum von gesellschaftlichen strukturellen Wandlungsprozessen beeinflusst werden.

TEIL B: DIE QUANTITATIVE ENTWICKLUNG DES BERENTUNGS- GESCHEHENS

I. DIE ENTWICKLUNG DER RENTENZUGÄNGE IM ZEITVERLAUF

1.1 Datenquellen: Die Verbandsstatistik zum Rentenzugang

Der Zeitpunkt der Beendigung des Erwerbslebens hat seit jeher in der sozialpolitischen Diskussion zentrale Bedeutung. Da in der Bundesrepublik verschiedene Möglichkeiten hierzu bestehen, kann die Veränderung der quantitativen Verteilung bei der Inanspruchnahme der einzelnen Rentenarten als Resultat sozialversicherungsrechtlicher (Neu-) Regelungen gewertet werden, aber auch als gesellschaftlicher Wandlungsprozeß oder als Ausdruck sozialer Problemlagen interpretiert werden.

Entsprechende Statistiken über die jährlichen Rentenneuzugänge werden hierüber von seiten der gesetzlichen Rentenversicherungsträger erhoben, weitergeleitet und u.a. von deren Dachverband (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) regelmäßig veröffentlicht (vgl. KNOBLICH 1980:223 ff.).

In der Statistik des VDR wird unterschieden zwischen Versicherten-, Leistungs- und Finanzstatistiken sowie weiterer Berichterstattungen (vgl. im Überblick REHFELD 1984 a:442 ff.). Bei diesen Fachstatistiken handelt es sich um monatlich bzw. jährlich erhobene "statistische Massen", die den Charakter von Querschnittsdaten haben und im Verwaltungsverfahren einer Rentenantragstellung bis zu deren Bewilligung anfallen. Sie werden deshalb als prozeßproduzierte Daten bezeichnet. Diese Statistiken werden grundsätzlich unter dem Aspekt der Rechenschaftslegung der Versicherungsträger erstellt.

Seit 1950 wird vom VDR die Statistik zum Rentenzugang, Rentenwegfall und zur Rentenumwandlung geführt und in verbandseigenen Statistiken ("Rote Bände") der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Erfasst werden alle in einem Berichtsjahr bei den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung neu zugegangenen Renten der Versicherten und Hinterbliebenen. Die

Zugangsstatistiken sind in sich tief gegliedert. Differenziert wird u.a. nach Rentenarten, Rentenzahlbetrag, Versicherungszweig, Alter, Geschlecht und Versicherungsverhältnis. Bei den Frührenten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit werden zusätzliche Merkmale wie z.B. Berufsgruppe, Hauptdiagnosen und Arbeitsmarkteinfluß ausgewiesen.

Die Grundgesamtheit, auf die sich diese Statistiken beziehen, besteht aus demjenigen Anteil der Wohnbevölkerung, der aktuell oder zu einem zurückliegenden Zeitpunkt Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung einbezahlt hat. Dies sind bei den Männern rund 80 v.H. und bei den Frauen etwa 75 v.H. mit steigender Tendenz (STATISTISCHES BUNDESAMT 1990, FS 13/1:47 f.) Insofern kommt dieser Statistik ein hoher Grad an Repräsentativität zu. Andererseits handelt es sich bei den veröffentlichten Daten um sekundäre Fallstatistiken; d.h., die auf die individuellen Versichertenkonten bezogenen, im Verwaltungsverfahren anfallenden Daten werden maschinell bzw. manuell verschlüsselt an den VDR oder an den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) zur Berichterstattung weitergeleitet. Sie können somit zwar als relativ fehlerfrei bewertet werden, sind aber für darüberhinausgehende z.B. sozialwissenschaftliche oder sozialepidemiologische Fragestellungen nur bedingt geeignet (vgl. REHFELD 1984 a:445).

Die Sekundärstatistik zum Rentenzugang stellt die wesentliche, zugängliche Grundlage dar, auf der quantitative Informationen über das Rentenzugangsverhalten der Versicherten zu erhalten sind. Die Verwendung diesbezüglicher Daten ist mit einer Vielzahl von Problemen sowohl methodischer als auch inhaltlicher Art verbunden. Im folgenden wird über die quantitative Verteilung der Rentenneuzugänge im Zeitverlauf berichtet und auf die methodischen Probleme hingewiesen. Dabei wird zunächst auf die Entwicklung bei den Altersrenten eingegangen und in einem zweiten Schritt auf die Entwicklungen bei den Frührenten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit.

1.2 Die globale Entwicklung des Rentenzugangs

Im Zeitverlauf der Jahre von 1960 bis 1990 zeigt sich, daß die absoluten Zahlen der jährlich neu zugehenden Versichertenrenten insgesamt eine außerordentliche Variationsbreite

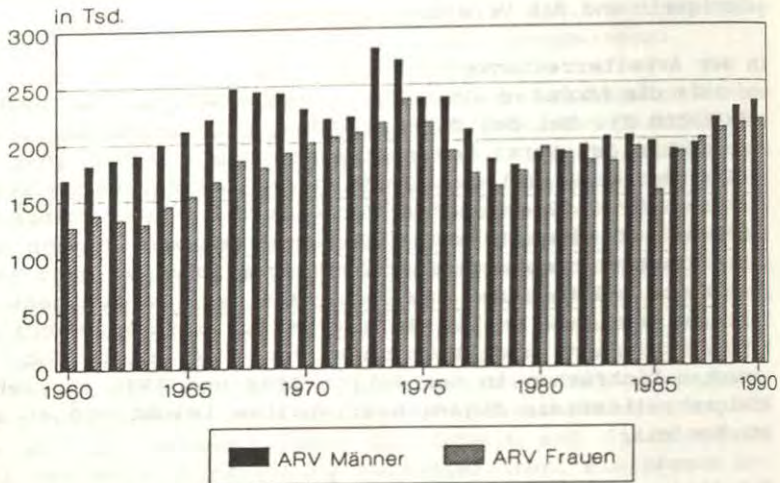
aufweisen (TABELLE 6). Dabei sind im Zeitverlauf erheblich mehr Renten der Arbeiterrentenversicherung zugegangen als in der Angestelltenversicherung. Die folgende Betrachtung differenziert bei den Zugängen zwischen der Geschlechtszugehörigkeit und dem Versicherungszweig.

In der Arbeiterrentenversicherung (ARV) sind im Jahr 1973 und 1974 die höchsten absoluten Zugangswerte zu verzeichnen (SCHAUBILD I). Bei den Männern gehen 1973 insgesamt 282158 Rentenfälle den Versicherungsträgern neu zu. Von 1960 bis 1967 findet ein deutlicher Anstieg der Rentenzugänge statt. Bis zum Jahr 1972 gehen die Werte zurück - verbleiben allerdings auf einem Niveau, das über dem der frühen 60er Jahre liegt. Ein sprunghafter Anstieg erfolgt im Jahr 1973. Hohe Werte weist ebenso das Jahr 1974 auf. Danach geht die Zahl der Rentenfälle bis 1979 deutlich zurück, wobei die Zahl der Zugänge fast derjenigen von 1960 entspricht. Von erneuten Einbrüchen in den Jahren 1986 und 1987 abgesehen, steigen seitdem die Zugangshäufigkeiten leicht und ab 1988 stärker an.

Bei den Frauen in diesem Versicherungszweig sind im Zeitraum von 1960 bis 1974 die Zugangszahlen, abgesehen von den Jahren 1963 und 1968, kontinuierlich angestiegen. Im Jahr 1974 wird der Spitzenwert erreicht. Ein starker Rückgang erfolgt bis zum Jahr 1978. Im Zeitverlauf bis 1985 schwanken die Zugangswerte teilweise erheblich, allerdings auf einem höheren Niveau als zu Beginn der 60iger Jahre. Ab 1986 steigen diese Werte wiederum kontinuierlich an. Auffällig ist, daß in den Jahren 1980 und 1986 mehr Rentenfälle von Frauen als von Männern der ARV neu zugehen.

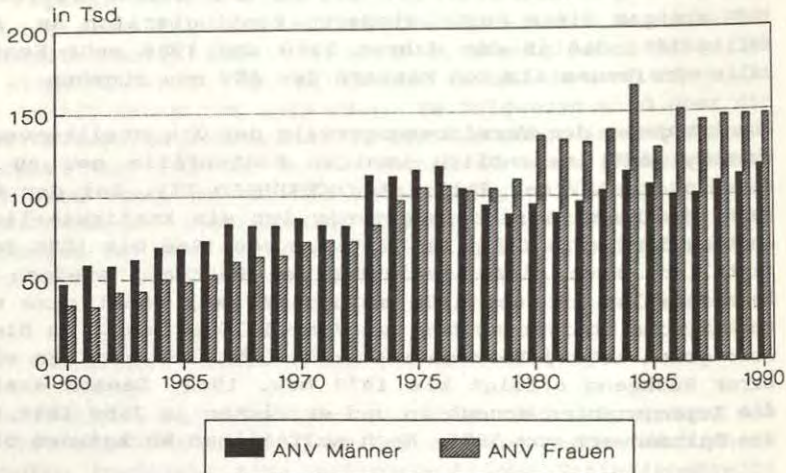
Absolut gehen dem Versicherungszweig der Angestelltenversicherung (ANV) wesentlich weniger Rentenfälle neu zu als dies in der ARV der Fall ist (SCHAUBILD II). Bei den Männern in diesem Versicherungszweig ist ein kontinuierlicher Anstieg der Rentenfälle im Zeitraum von 1960 bis 1970 festzustellen. Nach einem geringfügigen Rückgang steigen die Zugangszahlen im Jahr 1974 sprunghaft an, wobei eine noch zusätzliche Steigerung bis zum Jahr 1976 erfolgt. In diesem Jahr gehen 117690 Versichertenrenten der ANV zu. Ein spürbarer Rückgang erfolgt bis 1979 bzw. 1981. Danach steigen die Zugangszahlen erneut an und erreichen im Jahr 1984 fast den Spitzenwert von 1976. Nach auffälligen Rückgängen bis

Schaubild I: Rentenzugänge 1960 - 1990
nach Geschlecht u. Versicherungsweig
- absolut -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

Schaubild II: Rentenzugänge 1960 - 1990
nach Geschlecht u. Versicherungsweig
- absolut -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

1987 steigen die Zugangshäufigkeiten bis 1990 wieder leicht an.

Eine besondere Entwicklung gegenüber allen anderen Versicherungengruppen weisen die Zugänge der Frauen in der ANV auf. Von 1960 bis 1979 nehmen die Werte fast linear zu. Im Jahr 1980 und 1984 sind deutliche Sprünge bei dieser Entwicklung festzustellen. Im Jahr 1984 wird der Spitzenwert erreicht. Nach einem Rückgang im Jahr 1985 verlaufen die Zugangswerte auf einem hohen, nahezu konstanten Niveau. Bemerkenswert ist, daß seit 1978 absolut mehr Rentenfälle von Frauen als Männern diesem Versicherungszweig zugegangen sind.

- Diskussion der Ergebnisse -

Wie die Entwicklung des quantitativen Umfangs der jährlichen Rentennewuzugänge von 1960 bis 1990 deutlich macht, verlaufen diese differenziert nach Versicherungszweig und Geschlechtszugehörigkeit höchst unterschiedlich. Dem linear ansteigenden Niveau bei den Zugängen der Frauen in der ANV sind mehr oder minder große Schwankungen bei den Zugangszahlen der Männer in beiden Versicherungszweigen, aber auch der Frauen in der ARV gegenübergestellt.

Diese unterschiedliche Entwicklung ist vor allem auf drei Einflußfaktoren zurückzuführen. Das Ausmaß der jährlichen Rentennewuzugänge wird strukturell durch demographische Einflüsse geprägt. Zu berücksichtigen ist hierbei die unterschiedliche Besetzung der Geburtsjahrgänge, die auf die Zahl der Rentennewuzugänge einwirkt. Ein jährlicher Rentennewuzugang ist zusammengesetzt aus Personen, die verschiedenen Geburtsjahrgängen angehören. Sieht man zunächst von den Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ab, die nicht an ein bestimmtes gesetzlich festgelegtes Renteneintrittsalter gebunden sind, so umfaßt ein jährlicher Rentenzugang im wesentlichen fünf Geburtsjahrgänge von Versicherten, die im jeweiligen Zugangsjahr das 60. bis 65. Lebensjahr vollendet haben. Der Rentenzugang des Jahres 1974 bezog sich z.B. danach im Schwerpunkt auf die Geburtsjahrgänge 1909 bis 1914. Diese Geburtsjahrgänge umfaßten insgesamt rd. 11,3 Mio. Lebendgeborene. Im Vergleich z.B. zu dem Zugangsjahr 1984 erreichten die Geburtsjahrgänge 1919

bis 1924 das Rentenalter. Die Zahl der Lebendgeborenen dieser Jahrgänge lag bei rund 8,3 Mio., also etwa 3 Mio. weniger als im Jahr 1974 (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.) 1972:101 f.).

Selbstverständlich ist die Zahl der Lebendgeborenen nach Geburtsjahrgängen nur ein Hinweis auf den demographischen Einfluß, der sich auf die Rentenzugangszahlen auswirkt, da hierbei sowohl die Sterblichkeit als auch die Wanderungsbewegung der jeweiligen Geburtskohorten zu berücksichtigen sind.

Ein zweiter wichtiger Faktor für die Erklärung der Unterschiede bei den absoluten Häufigkeiten der jährlichen Rentenzugänge ist auf einen gesellschaftlich strukturellen Wandel zurückzuführen. Dieser besteht zum einen in einer im Zeitverlauf zunehmenden Frauenerwerbstätigkeit, die immer mehr eigene Rentenansprüche dieser Personengruppe begründet. Darüber hinaus hat ein Wandel der Arbeitslandschaft stattgefunden, wobei die Bedeutung des Dienstleistungssektors gegenüber dem Produktionsbereich einen enormen Anstieg erfahren hat. Da es sich in diesem Bereich überwiegend um Angestelltentätigkeiten handelt, ist hierin auch eine Ursache für den Anstieg des der ANV zugehenden Frauenanteils zu sehen. Im Jahr 1972 sind erstmals mehr Frauen in der ANV versichert als in der ARV (vgl. TABELLE 15).

Im Zusammenhang mit dem sozialen Wandel steht schließlich drittens auch die Tatsache des Zuzugs und Weggangs ausländischer Arbeitnehmer, die im betrachteten Zeitverlauf in quantitativ unterschiedlichem Ausmaß Rentenansprüche geltend machen.

1.3 Die Entwicklung des Rentenquotienten - Rentenzugänge nach Rentenarten, Geschlecht und Versicherungszweig

Eine in der Literatur häufig verwendete statistische Methode, die Bedeutung der einzelnen Rentenarten im Zeitverlauf darzustellen, besteht in der Bildung eines Rentenquotienten. Dabei wird die Anzahl der Rentenanzugänge zu einer bestimmten Rentenart ins Verhältnis gesetzt zu dem entsprechenden jährlichen Rentenanzugang insgesamt. Daß dabei für eine Zeitreihenbetrachtung die bereits benannten Einflußfaktoren methodisch erneut zum Tragen kommen, ist of-

fensichtlich. Dennoch bietet die Verwendung des Rentenquotienten eine Möglichkeit, weitere Einflußfaktoren, die auf das Rentenzugangsverhalten wirken, deutlich zu machen.

In den SCHAUBILDERN III-VI (vgl. TABELLEN 7-10) sind die relativen Häufigkeiten der einzelnen Rentenarten, bezogen auf den jeweiligen jährlichen Rentenanzug insgesamt aufgeführt. (Obwohl es sich wegen der Heterogenität der jährlichen Rentenanzugänge um im Zeitablauf nicht direkt vergleichbare Größenordnungen handelt, werden die Zugänge nach Rentenarten in den Schaubildern als Kurvenverläufe dargestellt, was einer besseren Veranschaulichung dienen soll).

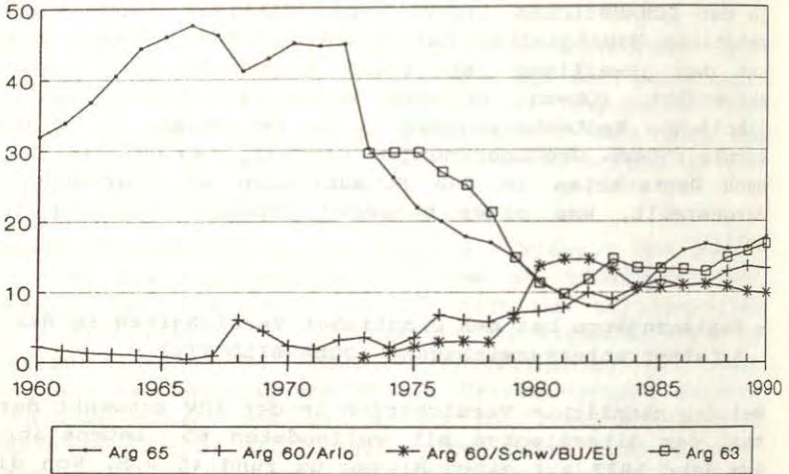
- Rentenzugänge bei den männlichen Versicherten in der Arbeiterrentenversicherung (SCHAUBILD III) -

Bei den männlichen Versicherten in der ARV schwankt der Anteil der Altersrenten mit vollendetem 65. Lebensjahr bis zum Jahr 1972 auf einem Niveau um rund 45 v.H. Von diesem Jahr an, geht dieser Anteil kontinuierlich auf unter 8 v.H. zurück und steigt seit 1984 wieder an. Im Jahr 1990 liegt der Anteil dieser Rentenart bei 17,8 v.H.

Die Möglichkeit, mit vollendetem 63. Lebensjahr das Erwerbsleben zu beenden, besteht in der gesetzlichen Rentenversicherung seit 1973. In diesem Jahr machten knapp 30 v.H. der Männer in der ARV erstmalig davon Gebrauch. Ähnlich der Entwicklung beim Altersruhegeld mit vollendetem 65. Lebensjahr, ist auch hier eine rückläufige Entwicklung auffällig. Im Jahr 1981 gehen nur noch unter 10 v.H. nach dieser Rentenart der Rentenversicherung zu. Im Jahr 1990 ist ihr relativer Anteil auf 16,7 v.H. gestiegen.

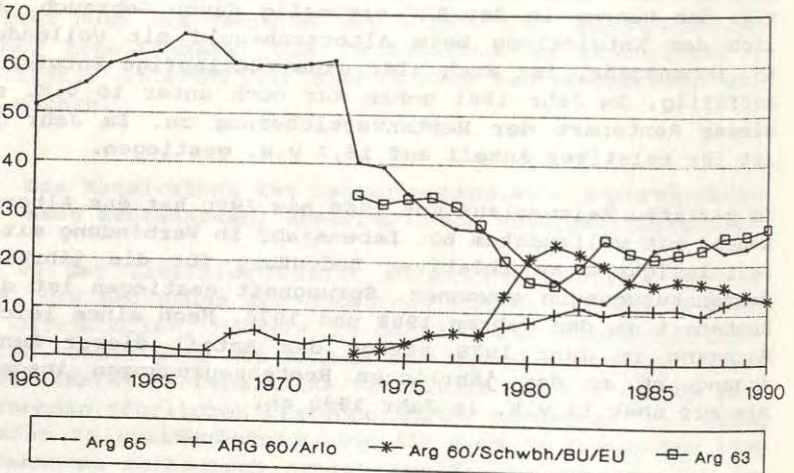
Im gesamten Zeitverlauf von 1960 bis 1990 hat das Altersruhegeld mit vollendetem 60. Lebensjahr in Verbindung mit Arbeitslosigkeit an relativer Bedeutung für die jährlichen Rentenanzugängen gewonnen. Sprunghaft gestiegen ist diese Rentenart in den Jahren 1968 und 1976. Nach einem leichten Rückgang im Jahr 1978 steigt der Anteil dieser Rentenanzugsart an den jährlichen Rentenanzugängen insgesamt bis auf über 13 v.H. im Jahr 1990 an.

Schaubild III: Rentenzugänge 1960 - 1990
Anteile der Rentenarten bei ARV-Männer
- in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

Schaubild IV: Rentenzugänge 1960 - 1990
Anteile der Rentenarten bei ANV-Männer
- in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

Ebenfalls sprunghaft steigt im Jahr 1980 der Anteil der Renten nach der ab 1973 geltenden Zugangsmöglichkeit der vorzeitigen Beendigung des Erwerbslebens ab vollendetem 62. bzw. 60. Lebensjahr in Verbindung mit Schwerbehinderung oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit. Auch in den darauffolgenden Jahren sind diese Anteile relativ hoch und erreichen schließlich im Zeitraum ab 1984 ein Niveau zwischen 10 und 11 v.H.

- Rentenzugänge bei den männlichen Versicherten in der Angestelltenversicherung (SCHAUBILD IV) -

Charakteristisch für die relative Zugangshäufigkeit des Rentenbezugs mit vollendetem 65. Lebensjahres in der ANV bei den Männern ist der erhebliche Rückgang dieser Rentenart im Zeitraum von 1966 bis 1983. Der diesbezügliche Anteil reduziert sich von fast 66 v.H. auf etwas über 12 v.H. Dabei ist der wohl größte Sprung im Jahr 1973 zu verzeichnen. Die in den früheren Jahren relativ hohe Bedeutung dieser Rentenzugangsart erreicht in keinem folgenden Jahr mehr den Anteil von zwei Drittel der jährlichen Rentenzugänge insgesamt. Trotz eines leichten Anstiegs ab 1984 gehen in den folgenden Jahren nurmehr etwa ein Viertel der in der Angestelltenversicherung versicherten Männer mit vollendetem 65. Lebensjahr in Rente.

Zwischen einem Drittel und einem Viertel der Rentenzugänge schwankt der Anteil derjenigen, die das Erwerbsleben ab 1973 mit dem 63. Lebensjahr beenden. Auch hier erfolgt die Entwicklung des Rentenquotienten nicht kontinuierlich, sondern mit einem Tiefpunkt im Jahr 1981.

Von 1960 bis 1978 ist mit einem Anteil, der unter 6 v.H. liegt, die Bedeutung des Rentenzugangs mit vollendetem 60. Lebensjahr in Verbindung mit Arbeitslosigkeit relativ gering. Erst ab 1982 ist hier ein leichter Anstieg des Zugangs auffällig, wobei im Jahr 1989 das höchste relative Niveau erreicht wird.

Erheblich sprunghafter als die Anteilsentwicklung beim Arbeitslosenruhegeld ist die Entwicklung bei denjenigen Zugängen, die das Erwerbsleben in Verbindung mit Schwerbehinderung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beendeten. Dies betrifft insbesondere die Jahre 1979, 1980 und 1981. Danach

verliert diese Zugangsart an Bedeutung und erreicht 1990 ein relatives Niveau von 12,6 v.H.

- Rentenzugänge der weiblichen Versicherten in der Arbeiterrentenversicherung (SCHAUBILD V) -

Die wohl auffälligste Entwicklung des relativen Anteils der Rentenzugänge hat für den betrachteten Zeitraum die Altersrente für Frauen mit vollendetem 65. Lebensjahr durchlaufen. Nach einem kontinuierlichen Anstieg dieses Anteils am jährlichen Zugang bis 1966 auf 31 v.H. fällt der relative Anteil auf weit unter 10 v.H. bis zum Jahr 1983. Seit 1984 setzt eine von Jahr zu Jahr steigende Entwicklung ein, die im Jahr 1990 mit 54,9 v.H. ihren höchsten Stand hat.

Die Möglichkeit, bei vollendetem 63. Lebensjahr das Erwerbsleben zu beenden, fällt bei den Frauen der ARV quantitativ ebensowenig ins Gewicht wie die Bedeutung des Arbeitslosenruhegeldes oder des Altersruhegeldes in Verbindung mit Schwerbehinderung bzw. Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit (BU/EU). (Für die diesbezüglichen Zugangsanteile wird auf die TABELLE 9 verwiesen).

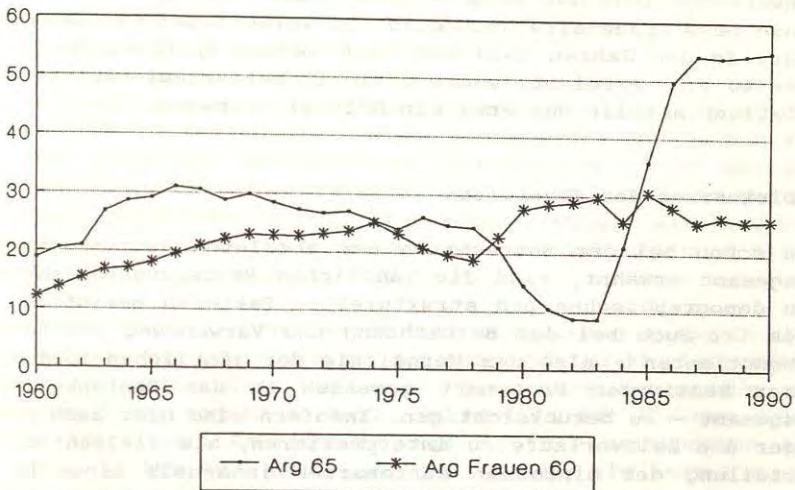
Der Anteil des Frauenaltersruhegeldes mit vollendetem 60. Lebensjahr schwankt, nach einem zunächst kontinuierlichen Anstieg bis zum Beginn der 70er Jahre, im Zeitraum bis 1990 auf einem relativen Niveau zwischen 20 und 30 v.H.

- Rentenzugänge der weiblichen Versicherten in der Angestelltenversicherung (SCHAUBILD VI) -

Beim Altersruhegeld der Frauen mit vollendetem 65. Lebensjahr in der ANV findet im Jahr 1980 ein deutlicher Einbruch bei den relativen Anteilswerten der Rentenzugänge statt. Stufenweise fällt ab diesem Zugangsjahr der relative Anteil bis 1983 auf etwa 10 v.H. Bis 1990 erreicht dieser Anteilswert den schließlich höchsten Stand mit über 42 v.H.

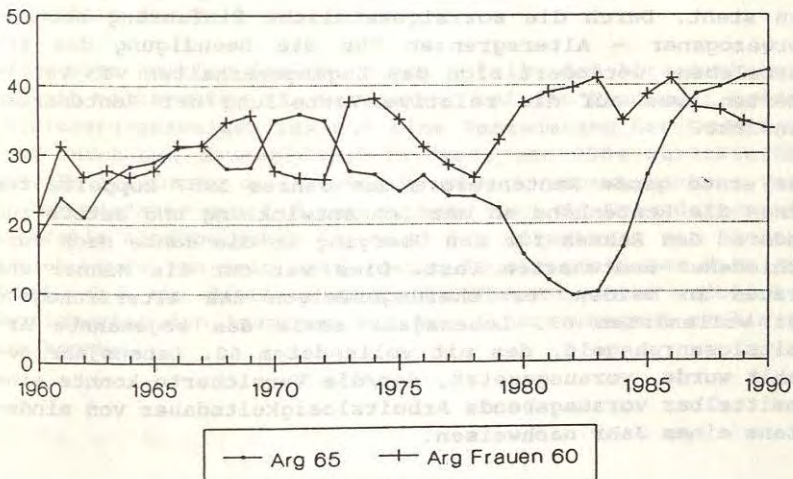
Wesentlich geringere relative Anteilswerte weisen die Rentenzugangsarten mit vollendetem 63. Lebensjahr auf. Wie schon bei den Frauen der ARV, gilt dies auch für die Rentenarten in Verbindung mit Arbeitslosigkeit oder in Verbin-

Schaubild V: Rentenzugänge 1960 - 1990
 Anteile der Rentenarten bei ARV-Frauen
 - in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

Schaubild VI: Rentenzugänge 1960 - 1990
 Anteile der Rentenarten bei ANV-Frauen
 - in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

dung mit Schwerbehinderung bzw. BU/EU (siehe hierzu TABELLE 10).

Schwankende relative Anteilswerte charakterisieren die Zugänge beim Frauentalersruhegeld mit vollendetem 60. Lebensjahr. In den Jahren 1983 und 1986 werden Spitzenwerte mit über 40 v.H. erreicht, während die im Zeitablauf häufigsten relativen Anteile nur etwa ein Drittel betragen.

- Diskussion der Ergebnisse -

Wie schon bei der Betrachtung der absoluten Rentenzugänge insgesamt erwähnt, sind die jährlichen Rentenzugangszahlen von demographischen und strukturellen Faktoren beeinflußt. Dies ist auch bei der Betrachtung und Verwendung des Rentenquotienten - also dem Verhältnis der jährlichen Zugänge einer bestimmten Rentenart gemessen an dem Rentenzugang insgesamt - zu berücksichtigen. Insofern sind hier auch weniger die Zeitverläufe zu interpretieren, als vielmehr die Verteilung der einzelnen Rentenarten innerhalb eines Berichtsjahres. Trotz dieser methodischen Einschränkungen erscheint der Rentenquotient als hinreichend geeignet, weitere Einflußfaktoren des Rentenzugangsverhaltens deutlich zu machen.

Die sich verändernde quantitative Bedeutung einer bestimmten Rentenart erklärt sich u.a. hierbei durch das Konkurrenzverhältnis, in dem diese zu anderen Zugangsmöglichkeiten steht. Durch die sozialgesetzliche Einführung neuer - vorgezogener - Altersgrenzen für die Beendigung des Erwerbslebens verändert sich das Zugangsverhalten von Versicherten, was auf die relative Verteilung der Rentenarten einwirkt.

Die erste große Rentenreform des Jahres 1957 koppelte zum einen die Rentenhöhe an der Lohnentwicklung und setzte zum anderen den Rahmen für den Übergang in die Rente nach verschiedenen Rentenarten fest. Dies war für die Männer und Frauen in beiden Versicherungszweigen das Altersruhegeld mit vollendetem 65. Lebensjahr sowie das sogenannte Arbeitslosenruhegeld, das mit vollendetem 60. Lebensjahr gezahlt wurde, vorausgesetzt, der/die Versicherte konnte eine unmittelbar vorausgehende Arbeitslosigkeitsdauer von mindestens einem Jahr nachweisen.

Konkurrierend zu der Altersgrenze von 65 Jahren bestand für Frauen in beiden Versicherungszweigen die Möglichkeit des Bezugs eines Frauenaltersruhegeldes, das bei überwiegender Versicherungspflicht in den letzten zwanzig Jahren bereits mit vollendetem 60. Lebensjahr bezogen werden konnte.

Der Vergleich der Rentenzugänge bei den Männern in beiden Versicherungszweigen macht deutlich, daß die relative Bedeutung des Altersruhegeldes mit vollendetem 65. Lebensjahr in der Angestelltenversicherung durchgängig größer war als in der Arbeiterrentenversicherung, was die Schlußfolgerung zuläßt, daß Männer in der ARV relativ häufiger das Erwerbsleben bereits vor dem Erreichen des 65. Lebensjahres beenden.

Bei den Frauen in beiden Versicherungszweigen spielt die Beendigung des Erwerbslebens mit vollendetem 65. Lebensjahr eine deutlich andere Rolle, da hier eine Konkurrenz zum Frauenaltersruhegeld besteht. Während in der ARV der relative Anteil des Rentennewuzugangs mit dem vollendeten 65. Lebensjahr bis 1978 durchgängig höher war als beim Frauenaltersruhegeld, stellt sich diese Relation in der ANV umgekehrt dar. Hier lag, vom Zeitraum 1970 bis 1972 abgesehen, der Anteil derjenigen Frauen, die bereits mit vollendetem 60. Lebensjahr das Erwerbsleben beendeten, fast in jedem Jahr bis 1986 über dem Anteil der Altersrenten. Da dem Frauenaltersruhegeld eine längere Dauer der Versicherungspflicht vorausgeht, erfüllen demnach weniger Arbeiterinnen diese Bedingungen, als dies bei den Frauen im Angestelltenverhältnis der Fall ist.

Der enorme Anstieg des relativen Anteils des Altersruhegeldes mit vollendetem 65. Lebensjahr bei den Frauen in beiden Versicherungszweigen ist auf eine Veränderung der Gesetzgebung durch das Haushaltbegleitgesetz von 1984 zurückzuführen. Es verkürzte die dieser Rentenart vorausgesetzte Versicherungsdauer von 180 auf nunmehr noch 60 Kalendermonate. Ebenfalls einzubeziehen ist hier die Anrechnung von Kindererziehungszeiten seit 1986. Beide Regelungen haben dazu geführt, daß ein deutlich größerer Personenkreis weiblicher Versicherter den Anspruch auf das Altersruhegeld realisieren konnte.

Einschneidende sozialversicherungsrechtlich bedingte Veränderungen des Rentenzugangsverhaltens brachte die Einführung der flexiblen Altersgrenze in die gesetzliche Rentenversicherung im Jahr 1973 mit sich. Damit wurde u.a. für die männlichen Versicherten die Möglichkeit eröffnet, "flexibel" mit vollendetem 63. Lebensjahr das Erwerbsleben zu beenden und ein vorgezogenes Altersruhegeld zu beziehen. Damit stand diese Rentenzugangsart in Konkurrenz zum weiterbestehenden Altersruhegeld mit vollendetem 65. Lebensjahr.

Darüber hinaus wurde ebenfalls in diesem Jahr die Möglichkeit geschaffen, im Falle bestehender Schwerbehinderung bzw. bei Vorliegen von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ein vorgezogenes Altersruhegeld mit vollendetem 62. Lebensjahr zu beziehen. Diese Regelung wurde in den Jahren 1979 und 1980 dahingehend modifiziert, daß die vorgegebene Altersgrenze auf das vollendete 61. bzw. 60. Lebensjahr herabgesetzt wurde.

Betrachtet man die Relation dieser drei Rentenarten zueinander, so zeigt sich in den Jahren 1973 bis 1978 bei den männlichen Versicherten in der ANV eine deutlich höhere Inanspruchnahme des flexiblen Altersruhegeldes, als dies bei den Arbeitern der Fall war. Die Bedeutung des vorgezogenen Altersruhegeldes mit vollendetem 62. Lebensjahr spielt in diesem Zeitraum in beiden Versicherungszweigen eine demgegenüber nur untergeordnete Rolle. Als in den Jahren 1979 und 1980 die diesbezügliche Altersgrenze auf das vollendete 61. bzw. 60. Lebensjahr weiter herabgesetzt wurde, entstand mit dieser Zugangsmöglichkeit ein "echtes" Konkurrenzverhältnis zu den anderen Rentenarten. In beiden Jahren stieg die Inanspruchnahme in den Versicherungszweigen bei den Männern um teilweise über das Doppelte des jeweiligen Vorjahres, mit der Konsequenz einer weiteren Abnahme der Rentenanteile mit dem 65. bzw. 63. Lebensjahr. Nach einer erneuten leichten Steigerung, reduzierte sich in den Folgejahren die Bedeutung dieser Rentenzugangsmöglichkeit auf ein Niveau, das in der ARV bei rund 11 v.H. und in der ANV bei über 15 v.H. liegt.

Aufgrund unterschiedlicher Arbeitsbedingungen und sozialer Sicherungsmechanismen ist offenbar die Wahrscheinlichkeit, als schwerbehinderter Erwerbstätiger die Rentenaltersgrenze von 60 Jahren zu erreichen, in Angestelltenberufen größer

als in Arbeiterberufen. Zu berücksichtigen ist hierbei, daß die gesetzliche Anerkennung von Schwerbehinderung grundsätzlich nicht die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten teilweise oder ganz ausschließt, wie dies für Berufs- und Erwerbsunfähigkeit gilt. Sofern sich ein Versicherter mit anerkannter Schwerbehinderung in einem Arbeitsverhältnis befindet, gilt für ihn ein besonderer Kündigungsschutz. Für einen Arbeitslosen bedeutet Schwerbehinderung allerdings ein negatives, die Vermittlung erschwerendes Merkmal.

Erwartungsgemäß spielt aufgrund der konkurrierenden Zugangsmöglichkeiten das Arbeitslosenruhegeld bei den Frauen eine untergeordnete Rolle. Sieht man von den Jahren 1960 und 1961 ab, steigt der relative Anteil dieser Rentenart erst in den beginnenden 70er Jahren auf über ein Prozent an. Im gesamten hier betrachteten Zeitraum ändert sich an der Bedeutung dieser Zugangsform bei den Frauen wenig. Der diesbezügliche relative Anteil bleibt auch bei den relativ höchsten Zugängen unter 2,5 v.H.

Für die männlichen Versicherten schlägt die Arbeitsmarktsituation deutlich stärker auf das Verrentungsgeschehen durch. So sind in den Jahren 1968 und 1969 relative Zugangshäufigkeiten dieser Rentenart von über 6 v.H. zu verzeichnen gewesen.

Die Konjunkturunbrüche seit Beginn der 80er Jahre wirken sich noch deutlicher auf die relativen Zugangswerte aus. Das durchschnittliche relative Zugangsniveau liegt in beiden Versicherungszweigen bei den Männern ab 1981 bei rund 11 v.H. Diese Zugangsmöglichkeit wird aber nicht nur konjunkturell, sondern vor allem strukturell durch ein bestehendes arbeitsmarkt- und betriebspolitisches Instrumentarium beeinflußt, wie z.B. die sogenannte 59er Regelung oder Veränderungen der Leistungsdauer beim Bezug von Arbeitslosengeld.

Im Hinblick auf die Arbeitsmarktsituation bleibt nachzutragen, daß diese indirekt auf andere Altersruhegelder ebenso Einfluß hat. Grundsätzlich besteht für Versicherte die Möglichkeit, auch über das vollendete 65. Lebensjahr hinaus weiterzuarbeiten (hinausgeschobenes Altersruhegeld bis zum 68. Lebensjahr). Die Zahl derjenigen, die von dieser Möglichkeit Gebrauch machen, ist allerdings so gering, daß die Zugänge nach dem vollendeten 65. Lebensjahr eine zu ver-

nachlässigende Größe darstellen. Dies ist zweifellos auch auf einen Mangel an entsprechenden Arbeitsgelegenheiten für diesen Personenkreis zurückzuführen.

Anhand der absoluten und relativen Zugangshäufigkeiten der Versichertenrenten beim Altersruhegeld und den vorgezogenen Altersruhegeldern wurden verschiedene Einflußfaktoren für die Inanspruchnahme deutlich. Sie bestehen in der unterschiedlichen demographischen Besetzung der Geburtsjahrgänge, strukturellen Wandlungsprozessen, Veränderungen der Sozialgesetzgebung sowie Einflüssen der Arbeitsmarktentwicklung. Alle diese Faktoren wirken gleichzeitig auf die Verteilung eines jährlichen Rentenanzugangs und auf die verschiedenen Rentenzugangsmöglichkeiten ein. Allgemein läßt sich infolge konkurrierender Zugangsmöglichkeiten ein relativer Rückgang der Zugänge beim Altersruhegeld mit vollendetem 65. Lebensjahr zumindest bis zur Mitte der achtziger Jahre feststellen. Dieser Rückgang und die damit gleichzeitige höhere Inanspruchnahme vorgezogener Altersruhegelder gilt als Nachweis eines Trends zur Frühverrentung.

Dabei wird aus der Sicht der Rentenversicherungsträger vor allem auf den sozialversicherungsrechtlich bedingten Einfluß auf das Zugangsverhalten verwiesen. In der Tat scheint die Einführung konkurrierender Zugangsmöglichkeiten insbesondere dann, wenn derartige Renten ohne versicherungsmathematischen Abschläge gezahlt werden, das Inanspruchnahmeverhalten zentral zu beeinflussen. Insofern ist eine Veränderung des Rentenzugangsverhaltens und damit die Umkehrung des Trends zur frühen Verrentung aus der Logik der Rentenversicherungsträger nur durch die Abschaffung vorgezogener Verrentungsmöglichkeiten und in der Heraufsetzung der Altersgrenze zu sehen, wie es das Rentenreformgesetz 1992 festlegt.

Diese Argumentation ist m.E. allerdings eindimensional und läßt wichtige Faktoren des Rentenzugangsverhaltens unberücksichtigt. Nicht mit einbezogen wird hierbei der hohe Anteil derjenigen Versicherten, die bereits lange vor dem Erreichen des 60. Lebensjahres das Erwerbsleben aufgrund von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beenden bzw. beenden müssen. Dieser Sachverhalt wird im folgenden näher untersucht.

II. RENTENZUGÄNGE WEGEN BERUFS- UND ERWERBSUNFÄHIGKEIT

Bei den Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit handelt es sich um Rentenarten, die unabhängig von dem Erreichen einer bestimmten Altersgrenze gewährt werden. Beide Rentenarten unterscheiden sich nach dem Grad gesundheitlich bedingter Einschränkung der Erwerbsfähigkeit. (Zur Definition dieser Rentenarten und den sozialversicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen vgl. die ausführliche Darstellung in Teil D, Kap. 5.3. der vorliegenden Arbeit).

2.1 Rentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit BU/EU

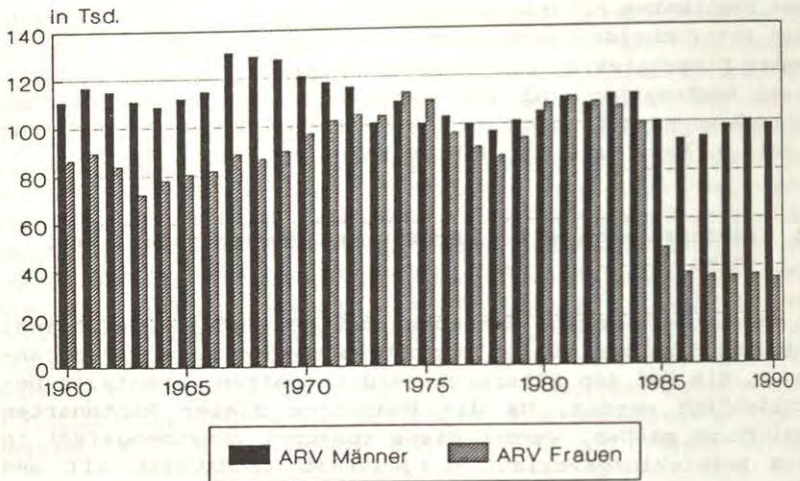
Bei der Interpretation der quantitativen Entwicklung beider Rentenzugangsarten müssen sämtliche methodische Einschränkungen, die bei den Altersruhegeldern gelten, ebenfalls berücksichtigt werden. Um die Bedeutung dieser Rentenarten deutlich zu machen, werden diese zunächst zusammengefaßt in ihrem Entwicklungsverlauf dargestellt (SCHAUBILD VII und VIII; vgl. TABELLE 11).

Absolut ist die hohe Zahl diesbezüglicher Rentenfälle im Bereich der Arbeiterrentenversicherung auffällig. Die Männer in diesem Versicherungszweig weisen durchschnittlich im Zeitverlauf die weitaus meisten BU/EU-Rentenfälle auf. Dabei gehen häufig weit über 100000 derartiger Rentenfälle den Versicherungsträgern jährlich zu. Die häufigsten Werte weisen die Jahre 1967 und 1968 auf. Die geringste Zahl der Fälle geht im Jahr 1986 zu.

Bei den Frauen in diesem Versicherungszweig sind ebenfalls hohe Zugangshäufigkeiten feststellbar. In den Zeiträumen von 1971 bis 1975 und 1980 bis 1983 gehen mehr als 100000 Versicherungsfälle in der ARV zu. Ein sehr auffälliger Rückgang erfolgt seit 1985, wobei sich bis 1990 die Zugangswerte z.B. gegenüber 1974, dem Jahr mit den meisten Zugängen, auf etwa ein Drittel reduziert haben.

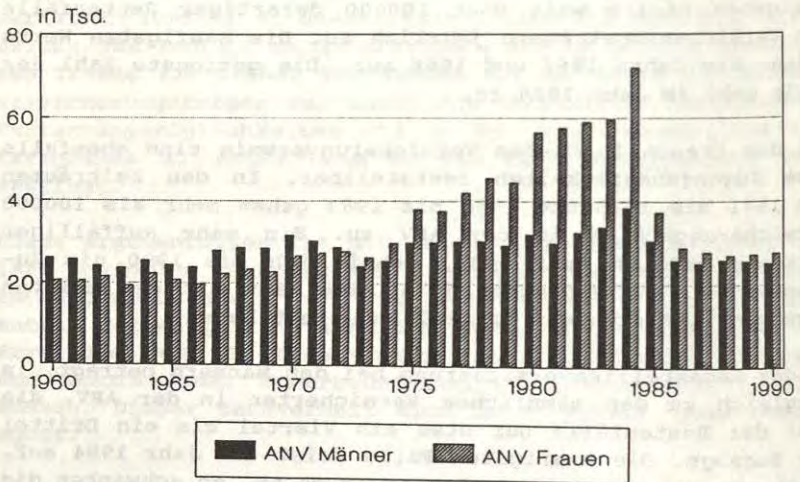
In der Angestelltenversicherung bei den Männern beträgt, im Vergleich zu den männlichen Versicherten in der ARV, die Zahl der Rentenfälle nur etwa ein Viertel bis ein Drittel der Zugänge. Die häufigsten Fälle weist das Jahr 1984 auf. Sieht man von den wenigen Extremwerten ab, so schwanken die

Schaubild VII: Rentenzugänge wegen BU/EU
1960 - 1990
nach Geschlecht / ARV - absolut -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

Schaubild VIII: Rentenzugänge wegen BU/EU
1960 - 1990
nach Geschlecht / ANV - absolut -



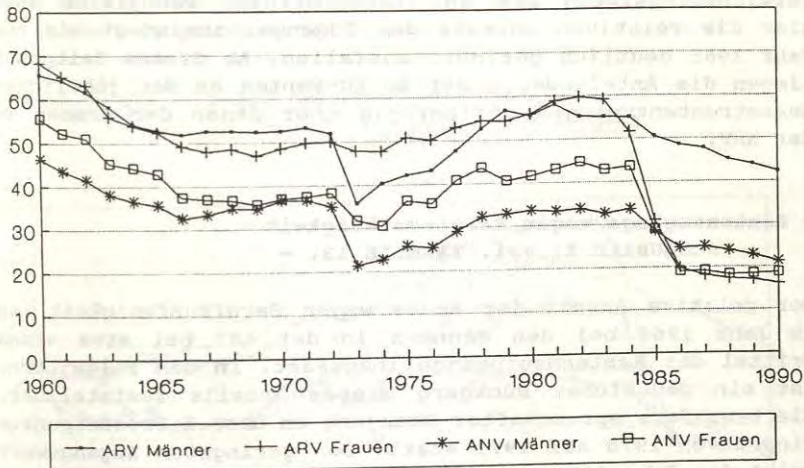
Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

Zugangshäufigkeiten zwischen rund 25000 und 30000 Versicherungsfällen.

Bei den Frauen in diesem Versicherungszweig sind erheblich größere Schwankungen auffällig. Dabei steigen die Zugangshäufigkeiten seit 1973 deutlich bis zum Jahr 1984 an und erreichen einen Spitzenwert mit 72037 Rentenfällen in diesem Jahr. Danach erfolgt ein deutlicher Einbruch bei den Zugangshäufigkeiten. Sie fallen auf ein Niveau, das etwa dem zu Beginn der 70er Jahre entspricht.

Die Bedeutung der BU/EU-Rentenzugänge für die gesamte Rentenentwicklung wird besonders bei der Darstellung des diesbezüglichen Rentenquotienten deutlich (SCHAUBILD IX, vgl. TABELLE 12).

Schaubild IX: Rentenzugänge 1960 - 1990
wegen Berufs- u. Erwerbsunfähigkeit
- in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

Der Anteil dieser Rentenarten, gemessen an den jeweiligen jährlichen Zugängen insgesamt bei den Männern in der ARV liegt bei durchschnittlich über 50 v.H. Allerdings sind deutliche Schwankungen auffällig, so z.B. ein sprunghafter

Rückgang im Jahr 1973, wobei diese Rentenarten nur noch etwas über 35 v.H. an den Gesamtzugängen ausmachen. Danach steigen die Werte wieder deutlich an und erreichen im Jahr 1981 einen erneuten Höhepunkt. Seit 1985 geht der Anteil dieser Rentenarten stark zurück. Bei den Männern in der ANV verläuft diese Entwicklung fast gleichartig, allerdings auf einem deutlich geringeren Niveau.

Frauen im Versicherungszweig der ARV weisen ebenfalls extrem hohe relative Anteile von BU/EU-Rentenfällen auf. Dies gilt vor allem für die frühen 60er Jahre. Nach einem kontinuierlich verlaufendem Rückgang, der seine Tiefpunkte in den Jahren 1969 und 1973/74 hat, steigen die Rentenanteile wieder an. In den Jahren 1982/83 wird erneut ein relativer Anteilswert von fast 60 v.H. erreicht. Ein extremer Einbruch dieser Entwicklung findet von 1983 bis 1986 statt. Die Zugangswerte fallen auf ein Niveau von unter 20 v.H. und sind auch in den Folgejahren leicht rückläufig.

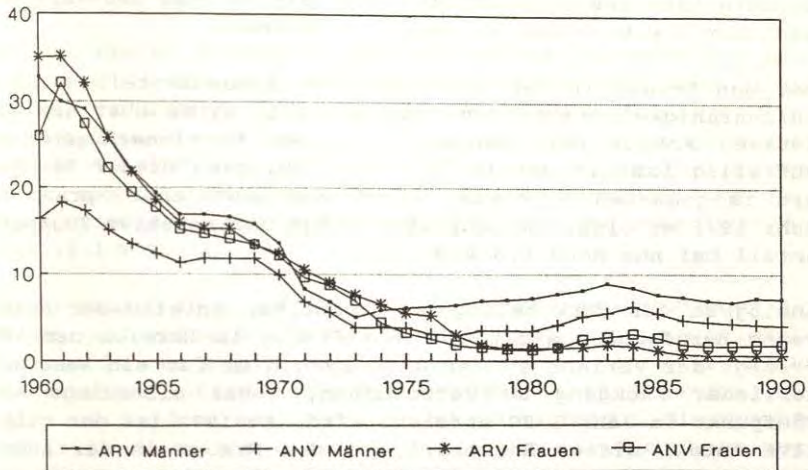
Eine analoge Entwicklung hierzu ist auch bei den Frauen im Versicherungszweig der ANV feststellbar, wenngleich auch hier die relativen Anteile der Zugänge, zumindest bis zum Jahr 1985 deutlich geringer ausfallen. Ab diesem Zeitpunkt liegen die Anteilswerte der BU/EU-Renten an den jährlichen Gesamtrentenzugängen geringfügig über denen der Frauen in der ARV.

- Rentenzugänge wegen Berufsunfähigkeit
(SCHAUBILD X; vgl. TABELLE 13) -

Der relative Anteil der Rente wegen Berufsunfähigkeit lag im Jahr 1960 bei den Männern in der ARV bei etwa einem Drittel der Rentenanzugänge insgesamt. In den Folgejahren ist ein deutlicher Rückgang dieses Anteils feststellbar. Ein besonders sprunghafter Rückgang um über 5 Prozentpunkte findet von 1970 auf 1971 statt. Den geringsten Zugangswert weist das Jahr 1973 mit nur noch 5 v.H. auf. Danach steigen die relativen Anteile der Rente wegen Berufsunfähigkeit wieder leicht an und erreichen im Jahr 1983 einen Wert von rund 9 v.H. der Zugänge insgesamt.

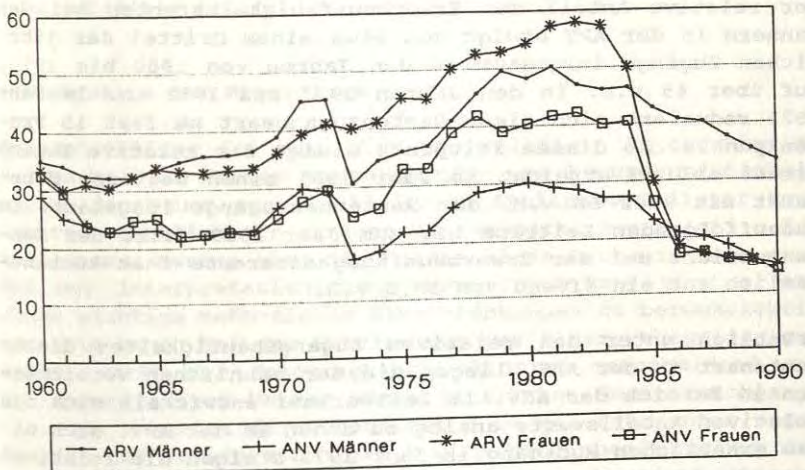
Geringer fällt der Anteil der Berufsunfähigkeitsrenten bei den Männern in der ANV aus. In sämtlichen Jahren liegt ihr Anteil deutlich unter denen in der ARV. Der höchste Anteil

Schaubild X: Anteil der Renten wegen BU
an den Rentenzugängen 1960 - 1990
- in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

Schaubild XI: Anteil der Renten wegen EU
an den Rentenzugängen 1960 - 1990
- in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

an den Rentenzugängen ist für das Jahr 1961 mit etwas über 18 v.H. festzustellen. Bis zum Jahr 1977 sinkt dieser Anteil auf nurmehr 2,9 v.H. ab. Nach diesem Jahr finden noch leichte Anteilssteigerungen statt, die im Jahr 1984 mit etwas über 6 v.H. einen Höhepunkt erreichen.

Bei den Frauen in der ARV liegt der Zugangsanteil der Berufsunfähigkeitsrente von 1960 bis 1962 etwas über dem relativen Anteil der Männer im selben Versicherungszweig. Auffällig ist ein kontinuierlicher Rückgang dieser Rentenart im gesamten Zeitraum, wobei ein deutlicher Sprung im Jahr 1976 erfolgt. Im Jahr 1990 liegt der relative Zugangsanteil bei nur noch 0,6 v.H.

Analog zu der Entwicklung der relativen Anteile der Rente wegen Berufsunfähigkeit bei den Frauen im Bereich der ARV erfolgt der Verlauf in der ANV. Auch hier ist ein kontinuierlicher Rückgang zu verzeichnen, wobei allerdings ein Tiefpunkt im Jahr 1980 erreicht wird. Ab 1982 ist der relative Anteil dieser Rentenart bei den Frauen in der Angestelltenversicherung durchschnittlich doppelt so hoch wie in der Arbeiterrentenversicherung.

- Rentenzugänge wegen Erwerbsunfähigkeit
(SCHAUBILD XI; vgl. TABELLE 14) -

Der relative Anteil der Erwerbsunfähigkeitsrenten bei den Männern in der ARV steigt von etwa einem Drittel der jährlichen Zugänge insgesamt in den Jahren von 1960 bis 1970, auf über 45 v.H. in den Jahren 1971 und 1972 an. Im Jahr 1973 reduziert sich diese Rentenzugangsart um fast 15 Prozentpunkte. Ab diesem Zeitpunkt steigt der relative Zugang erneut an und erreicht im Jahr 1981 einen weiteren Höhepunkt mit über 50 v.H. der Rentenanzugänge insgesamt. Im darauffolgenden Zeitraum bis zum Jahr 1990 fällt der Rentenquotient bei der Erwerbsunfähigkeitsrente fast kontinuierlich auf ein Niveau von 33,5 v.H.

Erheblich unter den relativen Zugangshäufigkeiten dieser Rentenart in der ARV, liegen die der männlichen Versicherten im Bereich der ANV. Im Zeitverlauf entwickeln sich die relativen Anteilswerte analog zu denen in der ARV. Nach einem erheblichen Rückgang im Jahr 1973 steigen die relativen Zugangswerte sukzessive wieder an, wobei der höchste Wert

mit etwas über 30 v.H. im Jahr 1980 erreicht wird. Danach sind die Anteilswerte erneut rückläufig. Ein größerer Sprung ist im Jahr 1984 auffällig. Im Jahr 1990 beträgt der relative Zugangsanteil nurmehr 13,4 v.H.

Bei den Frauen im Bereich der ARV steigt der Anteil dieser Zugangsart mehr oder weniger sprunghaft von etwa einem Drittel der Zugänge insgesamt im Jahr 1960 auf fast 60 v.H. der Anteilswerte im Jahr 1982 an. Ein erheblicher Rückgang erfolgt im Jahr 1985, wobei ein Wert von knapp 30 v.H. erreicht wird. Im darauffolgenden Zeitraum hat sich auch dieser Zugangswert fast halbiert und beträgt im Jahr 1990 nur noch 15,1 v.H.

In den Jahren 1960 und 1961 sind bei den Rentenzugängen der Frauen im Bereich der ANV fast identische Zugangshäufigkeiten wie in der ARV zu verzeichnen gewesen. Ab 1962 werden quantitative Unterschiede bei den relativen Zugängen zwischen den beiden Versicherungszweigen sichtbar. Die Schwankungen im Zeitverlauf betrachtet entsprechen sich weitgehend, wenn auch auf unterschiedlichem Niveau. Erst in den Jahren ab 1987 findet eine erneute Angleichung der relativen Häufigkeiten statt, wobei in diesem Jahr der Zugangswert in der ANV sogar erstmalig über dem in der ARV liegt. Die Zugangsanteile entwickeln sich mit deutlichen Sprüngen, wobei der relative Rückgang dieser Rentenzugangsart, wie schon bei den Frauen in der ARV, ab 1985 und danach besonders auffällig ist.

- Diskussion der Ergebnisse -

Die Entwicklung der absoluten und relativen Zugangshäufigkeiten bei den Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit machen den hohen sozialpolitischen Stellenwert dieser Rentenarten deutlich. In einigen Jahren macht der relative Anteil dieser Renten über die Hälfte eines Rentenzugangs aus. Bei der Interpretation derartiger Ergebnisse sind allerdings wichtige methodische Einschränkungen zu berücksichtigen. Wie schon bei der Entwicklung der Altersruhegelder gezeigt, wirkt der demographische Einfluß entscheidend auf den quantitativen Umfang eines jährlichen Rentenanzugangs ein. Die Relation der Altersrenten zu den Frührenten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit wird hier ebenfalls von der Besetzung der zugehenden Geburtsjahrgänge bestimmt. So er-

klärt sich z.B. der relativ höchste Anteil der Rentenzugänge wegen Erwerbsunfähigkeit in den Jahren 1980 bis 1983 dadurch, daß in diesen Jahren die am schwächsten besetzten Kriegsjahrgänge 1916 bis 1918 die Grenzen für die Altersrenten erreichten.

Auch die Gesetzgebung im Bereich der Sozialversicherung beeinflusst die relativen Zugangshäufigkeiten bei den Frührenten wesentlich. So war die Einführung der flexiblen Altersgrenze für das Jahr 1974 besonders bei den Männern in beiden Versicherungszweigen mit einem erheblichen Rückgang des Anteils der Erwerbsunfähigkeitsrenten verbunden. Die Schaffung konkurrierender Rentenarten ab dem vollendeten 60. Lebensjahr führte zu einer höheren Inanspruchnahme diesbezüglicher Renten von denjenigen, die bis zu diesem Zeitpunkt im Alter von 60 bis 65 Jahren wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit der Rentenversicherung zugegangen sind.

Infolge der stufenweisen Herabsetzung des vorgezogenen Altersruhegeldes bei bestehender Schwerbehinderung oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit auf das vollendete 60. Lebensjahr bis 1980 kann davon ausgegangen werden, daß seitdem ein nur noch unbedeutender Anteil an Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrenten in einem höheren Lebensalter der Rentenversicherung zugeht.

Im Jahr 1984 wurden mit einem Haushaltbegleitgesetz die Zugangsvoraussetzungen für beide Frührentenarten verschärft, was zu einem erheblichen Rückgang des Anteils dieser Rentenarten am Gesamtzugang in den Folgejahren führte.

Aber nicht nur der Einfluß der Sozialgesetzgebung ist bei den Frührentenarten zu berücksichtigen, sondern auch die Entwicklung veränderter Rechtsauffassung. Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit sind nicht an eine vorgegebene Altersgrenze gebunden. Von Bedeutung ist der jeweilige Grad der gesundheitlich bedingten Leistungseinschränkung, der entweder die weitere Ausübung des Berufes oder einer Erwerbstätigkeit teilweise oder gänzlich unmöglich macht. Sofern theoretisch eine noch teilweise, zeitlich begrenzte Ausübung einer Tätigkeit möglich ist, stellt sich die Frage, ob, auf den Einzelfall bezogen, ein diesbezüglicher Arbeitsplatz tatsächlich vorhanden ist. Insofern spielt bei den Frührenten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit die Entwicklung des Arbeitsmarktes - insbesondere des Teilzeit-

arbeitsmarktes - eine zentrale Rolle. Zur Frage dieser "konkreten Betrachtungsweise" bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, sind vor allem zwei wichtige Urteile des Bundessozialgerichts in den Jahren 1969 und 1976 ergangen. Der Anstieg der relativen Zugangshäufigkeiten insbesondere nach 1976 ist auf die diesbezüglich veränderte Praxis der Rechtsprechung zurückzuführen. Diese Veränderung der Rechtsprechung hat dabei wesentlich zum Rückgang der Renten wegen Berufsunfähigkeit beigetragen und dadurch gleichzeitig den Anstieg bei den Erwerbsunfähigkeitsrenten bewirkt (vgl. hierzu ausführlich Teil E, Kap. 4.1).

Die Diskussion der Entwicklungsverläufe der Rentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit wird im folgenden weitergeführt.

2.2 Berufs- und Erwerbsunfähigkeit als Indikator von Frühinvalidität - weiterführende Untersuchungen

Da es sich bei der Frühberentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit querschnittbezogen um hohe Anteilswerte handelt, die damit ein wichtiges sozialpolitisches Problemfeld deutlich machen, sind vor allem von seiten der Rentenversicherungsträger weitergehende Untersuchungen durchgeführt worden, um Ursachen und Entwicklung des Frühberentungs geschehens und Möglichkeiten der Einflußnahme (im Sinne von Prävention) zu ermitteln. Dabei steht zum einen die Frage im Vordergrund, inwieweit die Frührentenzugänge wegen BU/EU durch soziale Unterschiede gekennzeichnet sind bzw. eine unterschiedliche Betroffenheit des Erwerbsminderungsrisikos für bestimmte Versichertengruppen besteht (struktureller Aspekt der Frühinvalidität). Zum anderen wird die Frage nach den medizinischen Ursachen, die zu einer Erwerbsminderung führen, und ihrer Verteilung, diskutiert (sozialepidemiologischer Aspekt der Frühinvalidität).

Im Rahmen einer Frühinvaliditätsberichterstattung unter diesen Aspekten erscheint die Differenzierung zwischen den beiden Rentenarten von geringem Informationswert. Aufgrund der veränderten Sozialrechtsprechung bei der Zuerkennung einer diesbezüglichen Rente seit 1969 ist mit der Abnahme des Anteils der Berufsunfähigkeitsrenten gleichzeitig ein Anstieg der Renten wegen Erwerbsunfähigkeit verbunden gewesen, so daß hier von einer internen Verschiebung der An-

teile in der Zugangsstatistik auszugehen ist. Die Rentenarten Berufs- und Erwerbsunfähigkeit können demnach zum Begriff "Frühinvalidität" zusammengefaßt werden (vgl. RÜTH 1976:20 f.; LEIBING/ MÜLLER-SPÄTH 1981:190 ff.; KENTNER et al. 1983:19).

Auf der Grundlage der vom VDR veröffentlichten Statistikdaten zum Rentenzugang wurde im vorangegangenen Abschnitt ein Überblick über die relativen Zugangshäufigkeiten nach Rentenarten gegeben und auf die jeweiligen Einflußgrößen hingewiesen. Insgesamt handelt es sich allerdings bei den jährlichen Rentenzugangszahlen um Querschnittsdaten, die für die Darstellung von Zeitverläufen ungeeignet sind, da sie aufgrund ihrer altersstrukturellen Zusammensetzung nicht miteinander vergleichbar sind.

Die Verwendbarkeit der Statistik über die Rentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit als Indikator des Invaliditätsgeschehens ist in der Fachliteratur vielfach diskutiert worden. Dabei wurde auf die methodischen Probleme verwiesen (vgl. u.a. SCHEWE/ZÖLLNER 1957; RÜTH 1976; LEIBING/ MÜLLER-SPÄTH 1981; MÖRSCHER/REHFELD 1981; KENTNER et al. 1983; REIMANN 1985; SCHUNTERMANN 1986).

Von zentraler Bedeutung für eine tiefergehende quantitative Analyse ist die Frage, auf welche Grundgesamtheit die jeweiligen Frührentenzugänge zu beziehen sind. Der jährlich ausgewiesene Gesamtrentenzugang als Bezugsgröße (Rentenquotient) gibt nur Auskunft über die relative Verteilung der einzelnen Rentenarten zueinander. Sofern aufgrund des demographischen Einflußfaktors die Geburtsjahrgänge z.B. mit vollendetem 65. Lebensjahr insgesamt nur schwach besetzt sind, erhöht sich der relative Anteil der Frührentenzugänge und umgekehrt.

Die Aufgabe besteht demnach darin, derartige Einflüsse zu kontrollieren und damit die jährlichen Zugangsergebnisse vergleichbar zu machen. Hierfür sind vor allem drei verschiedene methodische Vorgehensweisen möglich.

Ein erster methodischer Ansatz besteht darin, den Rentenzugang im Längsschnitt nach Geburtskohorten auszuwerten (vgl. BLOHM/CZOCK 1981; PAGE/REIMANN 1983; REIMANN 1985). Dabei wird von derjenigen Kohorte, die zu einem bestimmten Zugangsjahr das 65. Lebensjahr vollendet hat, ausgegangen.

Es wird unterstellt, daß zu diesem Zeitpunkt der betreffende Geburtsjahrgang vollständig verrentet ist. Retrospektiv kann dann der jeweilige Anteil der Versicherten dieses Geburtsjahrgangs festgestellt werden, der zu einem früheren Zeitpunkt das Erwerbsleben beendet hat und der Rentenversicherung zugegangen ist. In der Untersuchung von PAGE und REIMANN (1983) wird dabei der Rentenzugang einer jeweiligen Kohorte bis zu einem Alter z.B. von 50 Jahren zurückverfolgt. Diese Anteile werden dann zum Gesamtrentenzugang dieser Kohorte ins Verhältnis gesetzt, wodurch man eine sogenannte Rentenzugangsverteilung erhält, die unabhängig von demographischen Einflüssen ist. Ein Nachteil dieser Vorgehensweise vor allem hinsichtlich der Frühinvaliditätsrenten liegt darin, daß von einem aktuellen Rentenzugang jeweils nur diejenigen Jahrgänge analysiert werden können, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, also z.B. für das Rentenzugangsjahr 1990 die Geburtsjahrgänge bis 1925. Für die (prospektive) Analyse des Rentenzugangsverhaltens der jüngeren Jahrgänge ist man demnach auf Schätzungen angewiesen, wobei z.B. unterstellt werden muß, daß das Zugangsverhalten der noch nicht Berenteten konstant bleibt. Die Einschätzung der künftigen Entwicklung des Rentenzugangsverhaltens der Versicherten auf der Grundlage einer retrospektiven Kohortenanalyse ist vor allem unter Aspekten der Kosten, die auf die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zukommen können, von Bedeutung.

Ein zweiter methodischer Ansatz besteht darin, die Zahl der Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit auf die Zahl der Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung gemäß dem Mikrozensus zu beziehen. Da dem Anspruch auf eine diesbezügliche Rente eine bestimmte Zeit der Versicherung innerhalb der gesetzlichen Rentenversicherung vorausgesetzt ist, bietet sich diese Bezugsgröße für die Bildung eines Frühinvaliditätsindex an. Dabei werden die jeweiligen Zugänge auf je 1000 Versicherte bezogen. Diese Vorgehensweise "normiert" die jeweiligen Rentenzugänge und macht sie im Zeitverlauf vergleichbar. Es lassen sich dadurch u.a. auch epidemiologische Fragestellungen untersuchen (KENTNER et.al. 1983; KENTNER/WOLFF/WELTLTE 1990). Bei der Verwendung der Daten des Mikrozensus (ein-prozentige Stichprobe, Umfang rund 230000 Haushalte) als Bezugsgröße, muß allerdings berücksichtigt werden, daß es sich hierbei um Hochrechnungen und Fortschreibungen auf der Basis von Volkszählungen (Totalerhebung) handelt. Diese konnten aus Daten-

schutzgründen nicht in den geplanten (Zehn-Jahresrhythmus) Zeitabschnitten durchgeführt werden. Aus ebensolchen Gründen konnten auch die Mikrozensuserhebungen in den Jahren 1983 und 1984 nicht durchgeführt werden. Demzufolge sind die vorliegenden Daten mit einem mehr oder minder hohen Grad der Ungenauigkeit behaftet (vgl. hierzu z.B. BRENNECKE 1981). In den letzten Jahren sind die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung u.a. aus diesen Gründen dazu übergegangen, eine eigene Statistik des Versichertenbestandes aufzubauen (vgl. REHFELD 1984 b).

Ein dritter methodischer Analyseansatz baut auf dem Verhältnis der Rentenzugänge wegen BU/EU zu den Versichertenzahlen auf. Hintergrund dieses Ansatzes ist die Überlegung, daß für die Einflußnahme auf das Berentungsgeschehen wegen BU/EU nicht die jährlichen Zugänge, sondern die Ermittlung des "Frühberentungsrisikos" (SCHUNTERMANN 1986:238 ff.) von Bedeutung ist. Die Ermittlung des Risikos der Erwerbsminderung erfolgt, in Anlehnung an die Konstruktion von z.B. Sterbetafeln, durch die Aufstellung von "Erstberentungstafeln wegen Erwerbsminderung". Anhand dieser Tafeln, läßt sich die (theoretische) Wahrscheinlichkeit des Risikos feststellen, ob und in welchem Alter ein Versicherter bis zu seinem 60. Geburtstag eine Berentung wegen Erwerbsminderung zu erwarten hat (zur Methodik und Datelage vgl. SCHUNTERMANN 1986; BRAUN 1986). Dieser Ansatz ermöglicht u.a. die Analyse des Einflusses von Krankheiten (vgl. SCHUNTERMANN 1987 sowie SCHUNTERMANN/WEBER-FALKENSAMMER 1988) oder der Sozialrechtsprechung (vgl. SCHUNTERMANN/BRAUN 1986) auf das Berentungsrisiko und wird auch für den Bereich der Rehabilitation angewendet (vgl. SCHUNTERMANN 1989).

Da es sich bei den genannten methodischen Ansätzen um Sonderuntersuchungen der Rentenversicherungsträger handelt, die zum Teil auf nicht allgemein zugänglichem Datenmaterial basieren, wird im folgenden die Entwicklung des Frühinvaliditätsindex' dargestellt, wobei Ergebnisse der anderen Arbeiten in die Interpretation einbezogen werden.

2.3 Die Bezugsgröße des Frühinvaliditätsindex'

Die Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung werden durch den Mikrozensus (einprozentige Stichprobe der Bevölkerung) differenziert nach drei Fallgruppen erfaßt:

- Pflichtversicherte, die in der Berichtswoche der Erhebung (Pflicht-)beiträge entrichtet haben;
- Versicherte, die keine Pflichtbeiträge in der Berichtswoche, aber in den letzten 12 Monaten Pflicht- oder freiwillige Beiträge gezahlt haben.

Bei den letzten handelt es sich um eine relativ kleine Gruppe von Selbstständigen, Beamten, mithelfenden Familienangehörigen und Nichterwerbspersonen. Der Anteil dieser Gruppe an den Versicherten insgesamt, lag im Jahr 1989 bei den Männern bei 5,4 v.H. (ARV) bzw. 7,5 v.H. (ANV) und bei den Frauen bei 5,5 v.H. (ARV) bzw. 5,6 v.H. (ANV) (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT FS 13/1 1990:53).

- Sonstige oder latent Versicherte. Dies sind Versicherte, die weder in der Berichtswoche noch in den letzten 12 Monaten, aber nach dem 1.1.1924 Pflicht- und/oder freiwillige Beiträge entrichtet haben.

Diese Gruppe umfaßt neben Selbständigen, Beamten und geringfügig bzw. kurzfristig Beschäftigten vor allem Hausfrauen. Der Anteil dieser Gruppe an den Versicherten insgesamt ist deutlich höher als der bei den freiwillig Versicherten. Er lag im Jahr 1989 bei den Männern bei 14,9 v.H. (ARV) bzw. 16,1 v.H. (ANV) und bei den Frauen sogar bei 46,2 v.H. (ARV) bzw. 32,4 v.H. (ANV) (vgl. ebenda).

Die Zusammenfassung aller Versichertengruppen als Bezugsgröße für den Frühinvaliditätsindex (vgl. TABELLE 15) hat den Vorteil, daß kurzzeitige Arbeitsmarkteinflüsse sich nur bedingt auf die jeweilige Höhe des Index' auswirken. Dies wäre der Fall bei einer Beschränkung nur auf die Gruppe der Pflichtversicherten in der Berichtswoche.

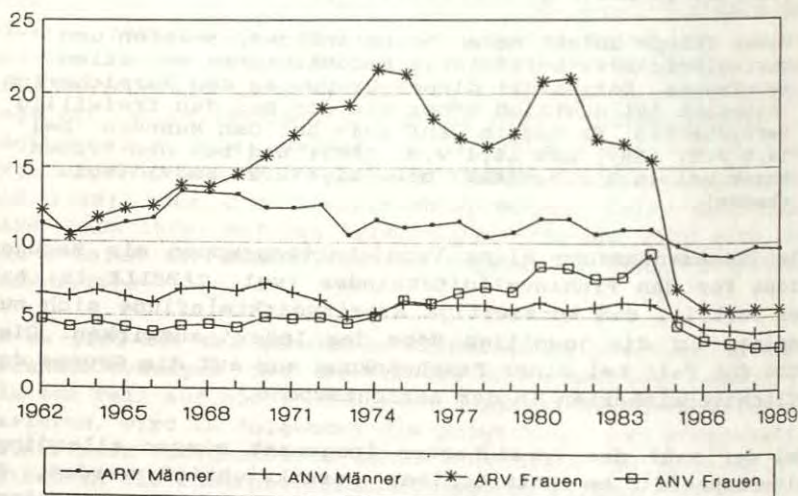
Bei der Zahl der Versicherten insgesamt müssen allerdings altersspezifische Unterschiede berücksichtigt werden, da der Anteil jüngerer (Ausbildung) und älterer Jahrgänge (Berentung) bei den Versicherten geringer ist (vgl. MÖRSCHEL/REHFELD 1981:234 ff.).

2.4 Die Entwicklung des Frühinvaliditätsindex'

Im SCHAUBILD XII (vgl. TABELLE 16) ist die Entwicklung des Frühinvaliditätsindex' (FI) im Zeitraum seit 1962 wiedergegeben. Bei einem Vergleich mit den relativen Häufigkeiten des Rentenquotienten (vgl. SCHAUBILD IX) ist zu berücksichtigen, daß es sich hierbei um Promille-Werte handelt. Um einen geschlossenen Verlauf der Indexraten für unsere Darstellung zu erhalten, wurden für die Jahre 1983 und 1984 die Rentenzugangswerte auf die Versichertenzahlen des Jahres 1982 bezogen. Es handelt sich demnach nicht um exakte Werte für diese Jahre.

Die Entwicklung des Frühinvaliditätsindex' zeigt, mit Ausnahme der Zugänge bei den Frauen in der Arbeiterrentenversicherung, einen wesentlich kontinuierlichen Verlauf gegenüber dem des Rentenquotienten.

Schaubild XII: Frühinvaliditätsindex 1962 - 1989
- je 1000 Versicherte -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

Die männlichen Versicherten in der ARV weisen durchgehend höhere Indexwerte auf als diejenigen in der Angestelltenversicherung. Der Vergleich im Zeitverlauf weist auf eine fast durchgängig parallele Entwicklung bei den Frühinvaliditätsraten in beiden Versicherungszweigen hin. Lediglich im Zeitraum von 1964 bis 1966 sind die Raten bei den Männern in der ANV zurückgegangen, während bei der ARV eine leichte Steigerung zu verzeichnen war. Im Zeitraum von 1970 bis 1973 findet in beiden Versicherungszweigen ein Rückgang der Indexwerte statt, der in der ARV durch stärkere Schwankungen geprägt ist. Gegenläufig ist die Entwicklung von 1980 nach 1981, wo eine leichte Zunahme der Raten in der ARV einer Abnahme in der ANV gegenübersteht. Eine ebenso gegenläufige Entwicklung ist von 1987 nach 1988 zu verzeichnen, wobei auch hier die Indexwerte in der ARV ansteigen und in der ANV zurückgehen.

Gegenüber den Entwicklungsverläufen bei den Männern zeigt sich, daß die jährlichen Raten in der ARV bei den Frauen durchschnittlich am höchsten und sehr auffälligen Schwankungen unterworfen sind. Bis zum Jahr 1968 entwickelt sich der Verlauf annähernd auf dem gleichen Niveau wie bei den Männern im selben Versicherungszweig. Ab 1969 steigen die Raten stark an und erreichen in den Jahren 1974 und 1975 einen ersten Höhepunkt. Nach einem Rückgang steigt die Rate im Jahr 1978, vor allem aber im darauffolgenden Jahr erneut erheblich an und sinkt ab 1981 erstmalig und im Jahr 1984 zum zweiten Mal deutlich ab. Ab 1985 liegen die Frühinvaliditätsraten unter denen der Männer in der ARV.

Bei den Frauen in der ANV verläuft die Entwicklung der Frühinvaliditätsraten von 1962 bis 1973 unterhalb des Niveaus der Männer im gleichen Versicherungszweig. Ab 1973 findet eine Angleichung statt, und im Jahr 1977 steigen die Raten gegenüber denen der Männer deutlich an. Ähnlich wie bei den Frauen in der ARV sinkt der Indexwert des Jahres 1984, der hier einen Höhepunkt erreicht, in den darauffolgenden Jahren deutlich. Seit dem Jahr 1985 sind die Werte des Frühinvaliditätsindex' bei den Frauen in der ANV die geringsten von allen Versichertengruppen.

- Diskussion der Ergebnisse -

Während die Bildung eines Rentenquotienten durch Bezug der jährlichen Renten neuzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit auf den jährlichen Gesamtrenten neuzugang nur die relative Verteilung der unterschiedlichen Rentenzugangsarten wiedergibt, stellt der Bezug auf die Zahl der Versicherten eine Normierung dar und macht eine zeitraumbezogene Betrachtungsweise des Verlaufs der unter dem Begriff Frühinvalidität zusammengefaßten BU/EU-Renten möglich.

Wie schon bei der Beschreibung des Rentenquotienten werden auch hier die verschiedenen, bereits benannten Einflußfaktoren sichtbar. Dies gilt vor allem für Veränderungen der Sozialgesetzgebung sowie der Sozialrechtsprechung bei der Anerkennung dieser Rentenarten. So hat die Einführung konkurrierender Rentenzugangsarten im Jahr 1973 bei den Altersruhegeldern im gleichen Jahr zu einem Rückgang der BU/EU-Rentenzugänge vor allem bei den Männern in beiden Versicherungszweigen geführt. Mit der Verschärfung der Zugangsvoraussetzungen zu beiden Rentenarten im Jahr 1984 ging der Frühinvaliditätsindex bei den Frauen deutlich zurück.

Wie der unterschiedliche Verlauf des Index' zwischen Männern und Frauen verdeutlicht, hat sich offenbar die Berücksichtigung der Arbeitsmarktsituation bei der Anerkennung einer Frühinvaliditätsrente in der Sozialrechtsprechung und die damit verbundene Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises im Jahr 1976 bei den Frauen stärker ausgewirkt als bei den Männern. Dies ist vor allem auf den hohen Anteil der latent versicherten Frauen zurückzuführen. Ab 1984 können diese einen Anspruch auf eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente nicht mehr realisieren.

Aber auch zahlreiche andere sozialversicherungsrechtliche Änderungen sind bei der Interpretation der Entwicklungsverläufe des Frühinvaliditätsindex zu berücksichtigen. So z.B. die Öffnung der gesetzlichen Rentenversicherung für Privatversicherte, die Möglichkeit der Nachentrichtung freiwilliger Beiträge im Zeitraum von 1972 bis 1976, die Anerkennung von Kindererziehungszeiten als Versicherungszeiten ab 1.1.1986 usw. (zu den quantitativen Auswirkungen dieser Regelungen auf den jeweiligen Rentenzugang vgl. z.B. die Kom-

mentierungen der jährlichen Rentennewugänge in der Zeitschrift: DIE ANGESTELLTENVERSICHERUNG).

III: STRUKTURELLE ASPEKTE DES FRÜHINVALIDITÄTSGESCHEHENS

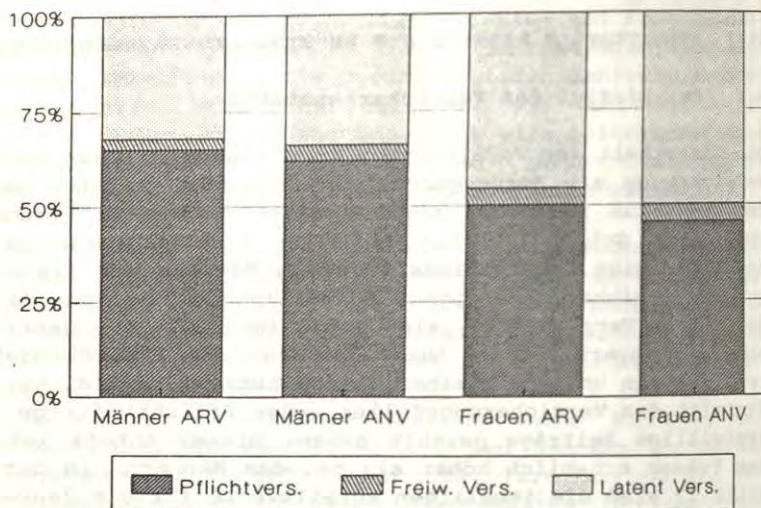
3.1 Der Einfluß des Versichertenstatus

Die Gesamtheit der Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung als Bezugsgröße, ist hinsichtlich des Versichertenstatus heterogen zusammengesetzt. Die Differenzierung nach Subpopulationen bei den Frührentennewugängen zeigt wichtige Unterschiede zwischen Männern und Frauen in beiden Versicherungszweigen. Auffällig ist der hohe Anteil der latent Versicherten, also derjenigen, die der gesetzlichen Rentenversicherung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zugehen und unmittelbar (mindestens 12 Monate) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles weder Pflichtbeiträge noch freiwillige Beiträge gezahlt haben. Dieser Anteil ist bei den Frauen erheblich höher als bei den Männern. In der TABELLE 17 sind die jeweiligen Anteilswerte für die Jahre von 1980 bis 1989 aufgeführt. Die Anteile der pflichtversicherten Männer in beiden Versicherungszweigen liegen dabei durchgängig erheblich über denen der latent Versicherten. Eine umgekehrte Entwicklung zeigt sich bei den weiblichen Versicherten - hier sind bis zum Jahr 1984 deutlich höhere Anteilswerte der latent Versicherten gegenüber den Pflichtversicherten auffällig. Das SCHAUBILD XIII zeigt die Bedeutung des Versichertenstatus bei den Rentenzugängen für das Jahr 1984.

Auf diesen Sachverhalt weist u.a. auch eine ältere Untersuchung von RÜHT (1976) für den Zeitraum von 1962 bis 1971 hin. Seine Analyse der Rentennewugänge belegt dabei u.a., daß der Frauenanteil der latent Versicherten zunimmt, je länger der Zeitpunkt der letzten Beitragszahlung zurückliegt (ebenda:46 ff).

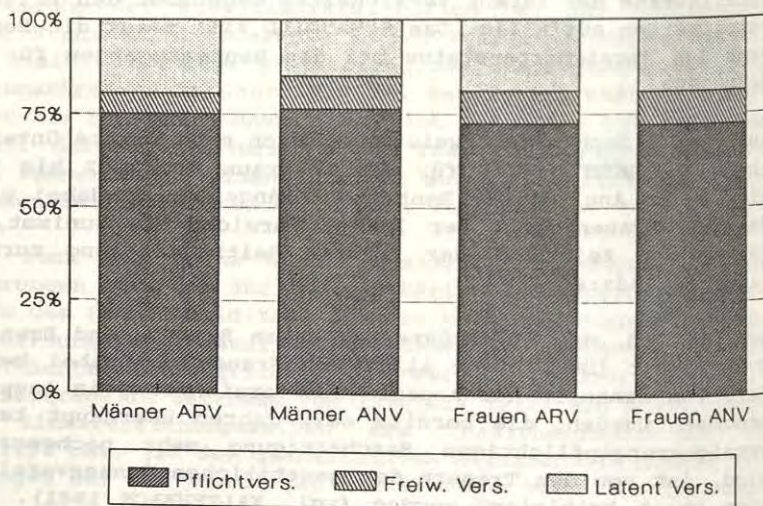
Der Umstand, daß die Frührenten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (BU/EU) vor allem von Frauen und dabei besonders von denen in der Angestelltenversicherung in Anspruch genommen wurden, die bereits seit Jahren überhaupt keiner versicherungspflichtigen Beschäftigung mehr nachgegangen sind, ist von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung stark kritisiert worden (vgl. KALTENBACH 1981). Dies

Schaubild XIII: Rentenzugänge wegen BU/EU 1984
nach Versicherungszeit und -status



Quelle: Zugangsstatistik VDR, 1984

Schaubild XIV: Rentenzugänge wegen BU/EU 1989
nach Versicherungszeit und -status



Quelle: Zugangsstatistik VDR, 1989

führte schließlich im Jahr 1984 zu einer Gesetzesänderung hinsichtlich der Zugangsvoraussetzungen (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1985 a;b). Danach sollen nur diejenigen Versicherten, die vor Eintritt des Versicherungsfalls innerhalb von 60 Monaten mindestens für 36 Monate versicherungspflichtige Beiträge entrichtet haben, einen Anspruch auf eine BU/EU-Rente geltend machen können. Seit diesem Jahr sind die Anteile der latent Versicherten in allen Gruppen deutlich zurückgegangen. Diese Veränderung wird für das Zugangsjahr 1989 im SCHAUBILD XIV ausgewiesen.

3.2 Der Einfluß der Altersstruktur

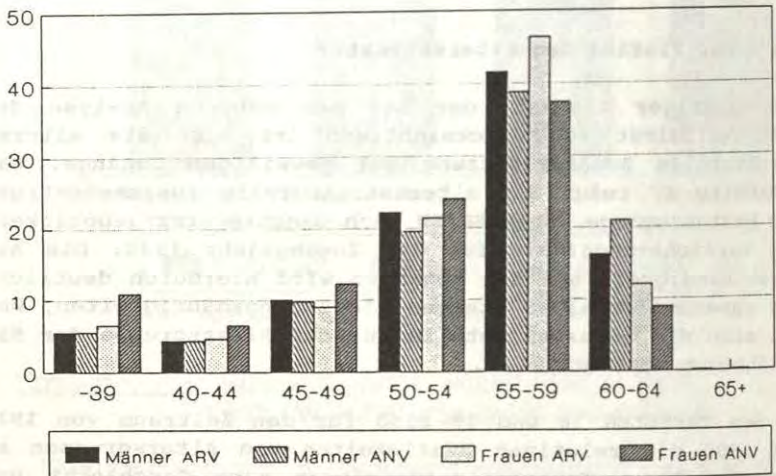
Ein wichtiger Umstand, der bei der näheren Analyse der Frühinvalidität zu berücksichtigen ist, ist die altersstrukturelle Zusammensetzung der jeweiligen Zugänge. Das SCHAUBILD XV zeigt die altersstrukturelle Zusammensetzung der Rentenzugänge wegen BU/EU nach Geschlechtszugehörigkeit und Versicherungszweig für das Zugangsjahr 1990. Die Altersabhängigkeit bei den Zugängen wird hierdurch deutlich. Mit zunehmendem Alter steigen die Zugangshäufigkeiten, wobei sich die höchsten Anteile auf die Altersgruppe der 55-59jährigen konzentrieren.

In den TABELLEN 18 und 19 sind für den Zeitraum von 1978 bis 1990 die relativen Häufigkeiten von Altersgruppen an den jeweiligen Frührentenneuzugängen nach Geschlecht und Versicherungszweig aufgeführt. In den Altersgruppen bis 49 Jahren entwickeln sich die Zugangshäufigkeiten auf einem relativ konstanten Niveau, wobei der höchste Anteilswert bei den Männern in der Arbeiterrentenversicherung (ArV) im Jahr 1986 mit 12 v.H. und bei den Frauen in der Angestelltenversicherung (ANV) mit 12,7 v.H. im Jahr 1989 erreicht wird. Kumuliert man die Zugangshäufigkeiten bis zum Alter von 49 Jahren, so wurden z.B. im Jahr 1988 bei den Frauen in der ARV gerade 21 v.H. und in der ANV 29,9 v.H. an Zugangsanteilen erreicht. Für die Männer liegen in dem selben Jahr die Werte bei 21,8 v.H. (ARV) und 19,5 v.H. (ANV).

In den Altersgruppen vom 50 bis 64 Jahren finden sich die höchsten Zugangshäufigkeiten sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen in beiden Versicherungszweigen für jedes Zugangsjahr. Bei den Frauen schwanken die Zugangshäufigkeiten in diesen Altersgruppen in einem sehr viel stärkeren

keren Ausmaß. Insgesamt deutet sich für den betrachteten Zeitraum ein Rückgang des Zugangsanteils in der Altersgruppe der 60- bis 64jährigen Versicherten an, bei einer gleichzeitigen Zunahme dieser Werte bei den 54- bis 59jährigen.

Schaubild XV: Rentenzugänge wegen BU/EU 1990
nach Altersgruppen (Jahre)
- in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, 1990

Mehr als die allgemeine Aussage, daß der Anteil der Rentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in den höheren Altersklassen größer ist als bei den Jüngeren, läßt sich dieser Statistik allerdings nicht entnehmen. Neben den bereits benannten externen Einflußfaktoren wirkt sich hier der demographische Faktor besonders aus. Dies schließt eine tiefergehende Analyse des Zeitverlaufs, also die Vergleichbarkeit der relativen jährlichen Zugangsanteile, von vornherein aus.

In den Untersuchungen von MÖRSCHEL und REHFELD (1981) sowie REHFELD (1987) wurden die Zugänge der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten für den Zeitraum von 1962 bis 1979 bzw. bis 1985 ebenfalls analysiert. Die Bezugsgröße für die Zu-

gänge stellte hier die Zahl der Versicherten dar. Die Untersuchungen machen vor allem die altersspezifischen Faktoren bei den Zugangswerten deutlich. Der altersspezifische Vergleich von jeweils fünf Altersjahre umfassenden Altersgruppen zeigt, daß die Invalidisierungshäufigkeiten mit zunehmendem Alter extrem ansteigen. Dabei liegen bis zum 59. Lebensjahr die Zugangshäufigkeiten bei den Männern in der Arbeiterrentenversicherung durchgängig höher als in allen anderen Zugangsgruppen. In der Altersgruppe der 60- bis 64 jährigen übersteigen nach diesen Untersuchungsbefunden dann allerdings die Zugänge der Frauen in der ARV die der Männer derart stark, daß dadurch der gesamte Verlauf der Invaliditätsrate bestimmt wird.

Die altersspezifische Betrachtungsweise relativiert auch im Bereich der Angestelltenversicherung den Verlauf des Frühinvaliditätsindex' insgesamt. So liegen z.B. die Zugangshäufigkeiten in den Altersgruppen der bis 54jährigen Frauen in der Angestelltenversicherung im Zeitverlauf durchgängig über denen der Männer in diesem Versicherungszweig. Der überproportionale Anstieg der Zugangshäufigkeiten und deren Angleichung bei Männern und Frauen in den Altersgruppen der 55- bis 59jährigen und insbesondere bei den 60- bis 64jährigen, führt zu dem Effekt, daß insgesamt betrachtet bis Mitte der siebziger Jahre die Zugangsdaten der Männer höher sind als die der Frauen.

Die Untersuchungen auf der Grundlage von Indexraten machen u.a. deutlich, daß die Vernachlässigung altersspezifischer Besonderheiten zu Fehlinterpretationen bei der Entwicklung des Frühinvaliditätsindex' führt bzw. führen kann. Gleichzeitig wird auch deutlich, daß es sich bei der Frühinvaliditätsproblematik um einen altersabhängigen Prozess handelt, von dem vor allem die Männer in der Arbeiterrentenversicherung besonders betroffen sind.

Diese Ergebnisse werden auch durch die Untersuchungen von SCHUNTERMANN (1986) bestätigt. Die Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Risikos der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit setzt bei den Männern in der ARV zu einem erheblich früheren Zeitpunkt ein als bei den anderen Versichertengruppen. So tritt der "charakteristische Prozessbeginn" (wonach mehr als 5 v.H. des Ausgangsbestandes von 100000 15jährigen Versicherten wegen Erwerbsminderung berentet sind), bei den Männern in der ARV bereits in einem Alter von 44 Jahren

ein. Bei den Männern in der ANV wird dieser Wert erst kurz vor dem 53. Geburtstag erreicht. Für die Frauen steigt das altersspezifische Erwerbsminderungsrisiko in der ARV ab einem Alter von 46 Jahren und in der ANV mit 50 Jahren an (vgl. ebenda:244 ff.).

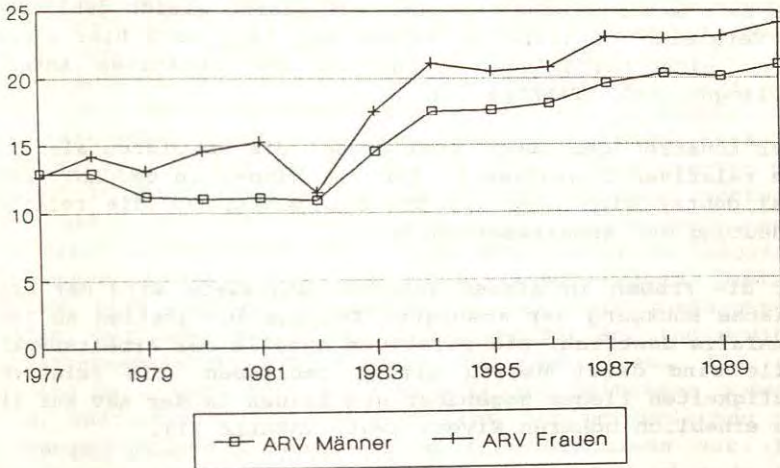
3.3 Der unmittelbare Einfluß des Arbeitsmarktes auf die FrühinvaliditätSENTWICKLUNG

Der Einfluß der Arbeitsmarktlage, vor allem des Teilzeitarbeitsmarktes ist für das Frühinvaliditätsgeschehen von zentraler Bedeutung. Änderungen in der Sozialrechtsprechung aus den Jahren 1969 und 1976 haben eine Ablösung von der rein medizinischen (abstrakten) Betrachtungsweise bei der Bewilligung von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten bewirkt. Nach den Urteilen der Sozialgerichtsbarkeit in diesen Jahren wird bei denjenigen Versicherten, die einen diesbezüglichen Rentenantrag gestellt haben und deren Leistungsfähigkeit soweit gemindert ist, daß sie zwar noch halbschichtig, d.h. mindestens 4 Stunden täglich, aber nicht mehr vollschichtig arbeiten können, geprüft, ob eine diesbezügliche Arbeitsgelegenheit auf dem Arbeitsmarkt überhaupt vorhanden ist oder nicht (konkrete Betrachtungsweise) (vgl. hierzu den ausführlichen Teil D der vorliegenden Arbeit).

In den SCHAUBILDERN XVI und XVII sind die relativen Anteile der Rentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, bei denen vor der Rentengewährung eine Prüfung des Arbeitsmarktes erfolgte ("Arbeitsmarktfälle"), für den Zeitraum von 1977 bis 1990 aufgeführt. (Die Darstellung als Kurvenverlauf ist wegen der bereits genannten methodischen Probleme eingeschränkt aussagefähig und soll hier lediglich der Veranschaulichung dienen. Die absoluten Werte sind den TABELLEN 20 und 21 zu entnehmen. Diesbezügliche statistische Daten werden in den "Roten Bänden" zum Rentenzugang vom VDR seit 1982 regelmäßig veröffentlicht).

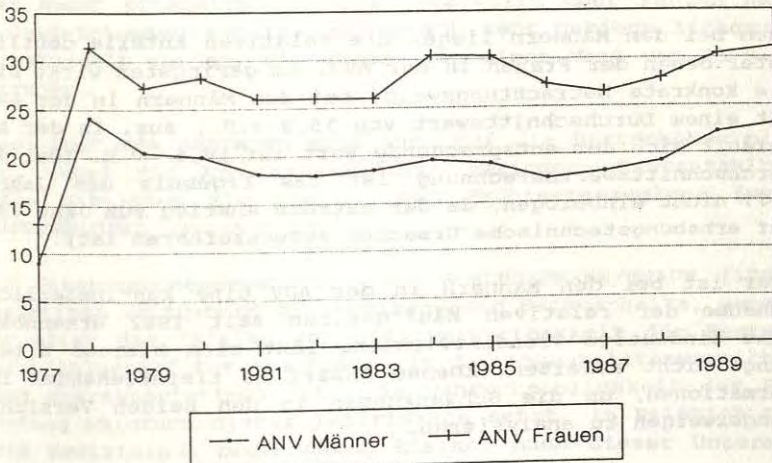
Betrachtet man zunächst die Entwicklung der absoluten Zugangshäufigkeiten bei den sogenannten Arbeitsmarktfällen, so haben diese bei den Männern in der ARV zugenommen, bei einem gleichzeitigen leichten Rückgang derjenigen, die aus rein medizinischen Gründen eine BU/EU-Rente erhielten. Dies gilt auch für die relativen Zugangshäufigkeiten.

Schaubild XVI: Anteile der Rentenzugänge mit
Prüfung des Arbeitsmarktes 1977 - 1990
ARV Männer und Frauen - in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

Schaubild XVII: Anteile der Rentenzugänge mit
Prüfung des Arbeitsmarktes 1977 - 1990
ANV Männer und Frauen - in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, versch. Jahre

Eine ähnliche Entwicklung ist auch für die Frauen in diesem Versicherungszweig feststellbar. Trotz des einschneidenden Einbruchs bei den absoluten Zugangswerten nach 1984 ist das Verhältnis von den Arbeitsmarktfällen zu den Rentenfällen aus rein medizinischen Gründen weitgehend gleich geblieben. Im Vergleich zu früheren Jahren hat sich auch hier allerdings eine auffällige Steigerung des relativen Anteils vollzogen (vgl. TABELLE 20).

Eher konstant geblieben sind sowohl die absoluten als auch die relativen Zugangswerte für die Männer in der ANV. Seit 1987 deutet sich eine leichte Steigerung für die relative Bedeutung der Arbeitsmarktfälle an.

Für die Frauen in diesem Versicherungszweig wird der drastische Rückgang der absoluten Zugangshäufigkeiten ab 1984 ebenfalls deutlich. Die relativen Anteile der Arbeitsmarktfälle sind dabei nahezu gleich geblieben. Die relativen Häufigkeiten liegen gegenüber den Frauen in der ARV auf einem erheblich höheren Niveau (vgl. TABELLE 21).

Wie sich aus der relativen Zugangsentwicklung schließen läßt, wirkt sich offenbar die konkrete Betrachtungsweise bevorzugt für die Frauen in der ANV aus. Im Durchschnitt ist für über 28 v.H. bei diesem Personenkreis die Prüfung des Arbeitsmarktes bei der Rentenbewilligung ausschlaggebend gewesen - gegenüber nur rund 18 v.H. bei den Frauen in der ARV.

Auch bei den Männern liegen die relativen Anteile deutlich unter denen der Frauen in der ANV. Am geringsten wirkt sich die konkrete Betrachtungsweise bei den Männern in der ARV, mit einem Durchschnittswert von 15,3 v.H., aus. In der ANV beläuft sich der entsprechende Wert auf 19,5 v.H. (Bei der Durchschnittswertberechnung ist das Ergebnis des Jahres 1977 nicht einbezogen, da der extreme Anstieg zum Jahr 1978 auf erhebungstechnische Ursachen zurückzuführen ist).

Zwar ist bei den Männern in der ARV eine kontinuierliche Zunahme der relativen Häufigkeiten seit 1982 erkennbar, eine eindeutige Trendentwicklung läßt sich hieraus allerdings nicht ableiten. Ebenso bedarf es tiefergehender Informationen, um die Schwankungen in den beiden Versicherungszweigen zu analysieren.

Eine derartige Untersuchung ist u.a. für die Versicherungsfälle im Zeitraum von 1977 bis 1981 von BRAUN und KNOEDEL (1983) durchgeführt worden. Die altersspezifische Unterscheidung bei den Nicht-Arbeitsmarktfällen und Arbeitsmarktfällen macht deutlich, daß die konkrete Betrachtungsweise besondere Auswirkung auf die Altersklasse zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr hat, wobei die höchsten prozentualen Anteilswerte bei den 56- bzw. 57jährigen zu finden sind. Bei den Arbeitsmarktfällen treten gegenüber den Nicht-Arbeitsmarktfällen darüber hinaus bestimmte Merkmale häufiger auf. So ist der Anteil der latent Versicherten bei den Arbeitsmarktfällen - unabhängig von der Geschlechtszugehörigkeit und dem Versicherungszweig - besonders hoch. Dies gilt insbesondere für diejenigen, deren Beitragszahlung schon mehr als zehn Jahre zurückliegt. Dieser Umstand schlägt sich auch auf die Beitrags- und Versicherungszeit nieder. Gegenüber den Nichtarbeitsmarktfällen sind weniger Versicherungsjahre und kürzere Beitragszeiten, die zum größten Teil auch noch aus freiwilligen Beiträgen gedeckt sind, charakteristisch. Hinsichtlich der persönlichen Bemessungsgrundlage liegen ebenfalls Unterschiede vor. Bei den Arbeitsmarktfällen der Männer in der ARV wird in der Mehrzahl der Fälle ein Wert erreicht, der unter dem Durchschnittswert von 100 v.H. liegt. In der ANV schwankt der Wert der persönlichen Bemessungsgrundlage zwischen 100 und 130 v.H.

Bei den Frauen werden erheblich geringere Werte erreicht. Hier kommt offensichtlich die Vorschrift über Renten nach Mindesteinkommen zum Tragen, wonach sehr geringe Einkommen so behandelt werden, als würden sie einen Wert von 75 v.H. betragen.

Diese Umstände schlagen sich auch auf die Rentenhöhen nieder, wobei die Arbeitsmarktfälle geringere Rentenzahlbeträge erreichen als die übrigen Frührentenzugänge (vgl. BRAUN/KNOEDEL 1983:638 ff.).

Die Untersuchungsergebnisse von SCHUNTERMANN/BRAUN (1986) bestätigen weitgehend die vorliegenden Sachverhalte, wonach vor allem das "Risiko der Nichtverwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit" für die Frauen in der Angestelltenversicherung charakteristisch ist. Die Wahrscheinlichkeit der Berentung aufgrund dieses Teilrisikos setzt, in Relation zum rein medizinisch begründeten Risiko, nach dieser Untersu-

chung relativ spät ein und zwar in den letzten 4 bis 5 Jahren vor der Vollendung des 60. Lebensjahres. Erwartungsgemäß tritt dieses Risiko bei den Männern in der ARV früher ein als in den anderen Versichertengruppen (vgl. ebenda:760 ff.).

Die konkrete Betrachtungsweise, wonach bei einer verbleibenden mindestens halbschichtigen Restarbeitsfähigkeit zu prüfen ist, ob ein zumutbarer Arbeitsplatz am Arbeitsmarkt vorhanden ist oder nicht, hat vor allem für Frauen zu einer Anerkennung einer Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit geführt. Dies gilt insbesondere im Bereich der Angestelltenversicherung.

Berücksichtigt man, daß die in der Bundesrepublik vorhandenen Teilzeitarbeitsplätze überwiegend von Frauen besetzt sind, so ist die relativ konstante Entwicklung des Anteils dieser Personengruppe - auch nach der Verschärfung der Zugangsvoraussetzungen für eine diesbezügliche Rente seit dem Jahr 1984 - auf den absoluten Anstieg des Frauenanteils mit eigenem Rentenanspruch zurückzuführen. Das relative Ausmaß der Rentenfälle unter Berücksichtigung der Arbeitsmarktlage allgemein kann zum Teil als Ausdruck des Fehlens diesbezüglicher Arbeitsplätze interpretiert werden.

IV. DIE ENTWICKLUNG DES KRANKHEITSPANORAMAS BEI FRÜHINVALIDISIERUNG

Die Statistik des VDR weist bei den Frührentenzugängen wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit auch die zur Verrentung führenden Krankheitsursachen aus. Diese werden sowohl als Einzeldiagnosen als auch zu Diagnosehauptgruppen zusammengefaßt dokumentiert. Die Diagnosen werden mittels der International Classification of Diseases (ICD) verschlüsselt, wobei diese Klassifikation in regelmäßigen Abständen überarbeitet und verfeinert wird. Den folgenden Ausführungen ist die seit 1.1.1982 erarbeitete 9. Revision der ICD zugrundegelegt.

4.1 Krankheitsursachen und Krankheitsverteilung

Den Rentenversicherungsträgern obliegt neben den finanziellen Leistungen u.a. auch die Aufgabe der Verhinderung und

Vermeidung des Eintretens von Erwerbsminderung. Vor diesem Hintergrund sind zwei Fragen von zentraler Bedeutung:

- Welches sind die häufigsten Krankheitsursachen, die zur Frühinvalidität führen und welche diesbezüglichen Veränderungen lassen sich feststellen?
- Welche Zusammenhänge zwischen den Krankheitsursachen und bestimmten Merkmalen der Versicherten bestehend (Krankheitsverteilung)?

Bei dem Versuch einer Beantwortung dieser Fragen ist allerdings vorab auf einige methodische Probleme hinzuweisen. Sieht man von unbedeutenden Schwankungen bei den Häufigkeiten der zur Verrentung führenden Einzelerkrankungen ab, so ist z.B. die Beantwortung der Frage, ob ein tatsächlicher Wandel des Krankheitspanoramas feststellbar ist, nur durch die Betrachtung über sehr lange Zeiträume hinweg möglich. Methodische Schwierigkeiten bestehen dabei aufgrund von Veränderungen in der Art der Berichterstattung seitens des VDR sowie infolge der Überarbeitung des Klassifikationschemas der Krankheitsursachen.

Aber auch mittel- oder kurzfristige Einflüsse, z.B. durch Rehabilitationsbemühungen seitens der Versicherungsträger, lassen sich aus der Frührentenstatistik nur begrenzt ableiten. Die Statistik weist jeweils nur eine einzige Diagnose (Hauptdiagnose) als Verrentungsgrund aus. Eine Zusammenführung mit der vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger ebenfalls veröffentlichten Rehabilitationsstatistik wird angestrebt, ist aber nur mittels Sondererhebungen und -auswertungen möglich.

Für die Beschreibung des aktuellen Diagnosespektrums wird der Frührentenzugang des Berichtsjahres 1990 dargestellt. In den TABELLEN 22 und 23 sind die absoluten und relativen Häufigkeiten der Frührentenzugänge im Jahr 1990, nach den vom VDR zu 17 Diagnosehauptgruppen zusammengefaßten Einzeldiagnosen, für Männer und Frauen in der Arbeiterrentenversicherung und in der Angestelltenversicherung wiedergegeben. (Eine Auflistung der Diagnosehauptgruppen nach der ICD Verschlüsselung findet sich im Anhang (Übersicht I)).

Die SCHAUBILDER XVIII - XXI zeigen für das Zugangsjahr 1990, daß nach der relativen Häufigkeit bei den Frührentenzugängen vor allem vier Krankheitsgruppen dominieren, die

zusammen fast 80 v.H. der Verrentungsursachen auf sich ziehen.

In der Arbeiterrentenversicherung, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen, sind dies an erster Stelle die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (ICD 710 - 739), mit einem Anteil von 29,9 v.H. bzw. 34,3 v.H. An zweiter Stelle liegen die Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 390 - 459) mit einer Häufigkeit von 26,6 v.H. bzw. 18,7 v.H. Die Gruppe der psychiatrischen Krankheiten (ICD 290 - 319) nehmen die dritte Rangposition mit 10,6 v.H. bei den Männern und 17,1 v.H. bei den Frauen ein. An vierter Stelle folgen die Neubildungen (ICD 140 - 239) mit 8,8 v.H. bzw. 9,7 v.H. (vgl. TABELLE 24).

In der Angestelltenrentenversicherung ist eine andere Reihenfolge dieser Krankheitsgruppen feststellbar. So stehen hier bei den Männern die Kreislaufkrankheiten (29,9 v.H.) an erster Stelle der Verrentungsursachen. Es folgen die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (21,4 v.H.) sowie die psychiatrischen Krankheiten mit einem Anteil von 15,2 v.H. An vierter Position liegen die Neubildungen mit einem Anteil von 10,5 v.H.

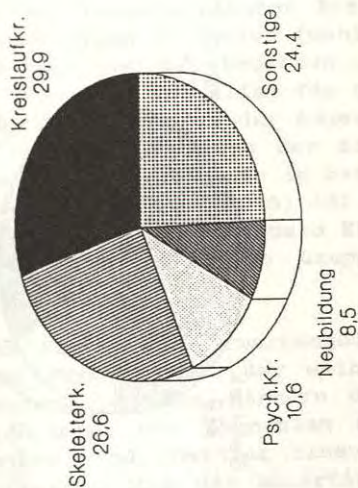
Frauen in der Angestelltenversicherung wurden im Jahr 1990 in erster Linie wiederum wegen der Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (29,6 v.H.) verrentet. An zweiter Stelle sind die psychiatrischen Krankheiten (22,7 v.H.) von Bedeutung. Den dritten Rang nehmen hier die Neubildungen mit einem Anteil von 13,3 v.H. ein. Erst an vierter Stelle liegen die Krankheiten des Kreislaufsystems (12,8 v.H.) (vgl. TABELLE 25).

Geht man der Frage nach, welche Einzelerkrankungen innerhalb dieser vier Diagnosehauptgruppen dominieren, lassen sich zwischen den Versichertengruppen weitere Unterschiede feststellen. (Die Grundlage der folgenden Ausführungen stellen die Tabellen 58 AR Z und 58 AV Z der VDR STATISTIK Bd. 96 Rentenzugang 1990:142 ff. dar).

Mit Ausnahme der männlichen Versicherten im Bereich der Angestelltenversicherung sind die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes als die gegenwärtig überwiegende Verrentungsursache anzusehen. Innerhalb dieser Diagnosehauptgruppe sind es vor allem die Rückenleiden

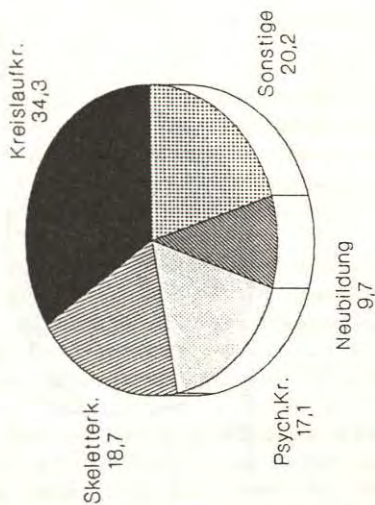
Schaubild XVIII:

Rentenzugänge nach Diagnosegruppen 1990
ARV Männer
- in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, 1990

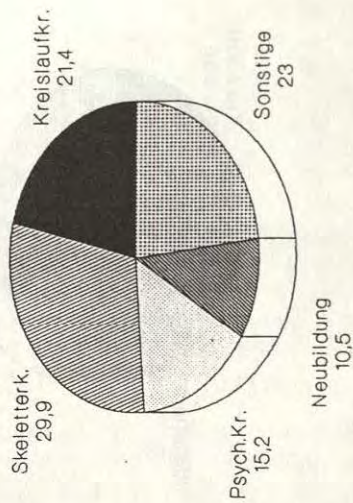
Rentenzugänge nach Diagnosegruppen 1990
ARV Frauen
- in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, 1990

Schaubild XX:

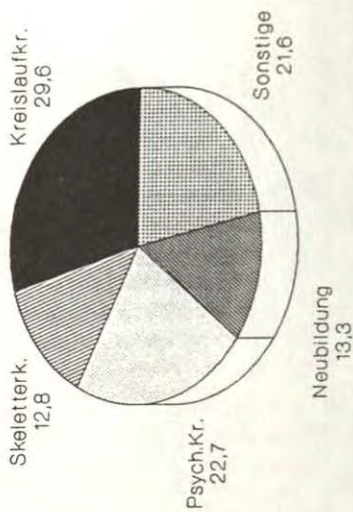
Rentenzugänge nach Diagnosegruppen 1990
ANV Männer
- in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, 1990

Schaubild XXI:

Rentenzugänge nach Diagnosegruppen 1990
ANV Frauen
- in v.H. -



Quelle: Zugangsstatistik VDR, 1990

(Dorsopathien (ICD 720 - 724)) und darunter wiederum die Spondylitis (ICD 721) und die Bandscheibenschäden (Intervertebrale Diskopathien (ICD 722)), die sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen den Invaliditätstatbestand auslösen. Mehrheitlich gilt dies ebenso für die Versicherten in der Angestelltenversicherung. Eine zweite Hauptgruppe bilden die Gelenkleiden (Arthropathien ICD 710 - 719) und hierunter wiederum die Verschleißkrankheiten (Osteoarthrose und entsprechende Affektionen ICD 715).

Die Krankheiten des Kreislaufsystems sind für die Männer in beiden Versicherungszweigen von hoher Bedeutung. Relativ liegt demgegenüber der Anteil dieser Diagnosegruppe bei den Frauen in der ARV erheblich unter dem Anteil der Krankheiten des Bewegungsapparates und bei den Frauen in der ANV sogar nur an vierter Stelle. Die hauptsächlichsten Einzeldiagnosen sind bei den Männern eindeutig die ischämischen Herzkrankheiten (ICD 410 - 414), darunter die chronische Form dieser Erkrankungen (ICD 414) und die koronare Herzkrankheit (Koronararteriosklerose ICD 4140). Demgegenüber weisen Frauen in beiden Versicherungszweigen vor allem Hypertonie und Hochdruckkrankheiten (ICD 401 - 405) und dabei die essentielle Hypertonie (ICD 401) als häufigste Einzeldiagnose auf.

Innerhalb der Gruppe der psychiatrischen Krankheiten sind in beiden Versicherungszweigen affektive (manische, depressive) Psychosen (ICD 296) und die Neurosen (ICD 300) von zentraler Bedeutung. Dies gilt vor allem für die weiblichen Versicherten sowie für die Männer in der Angestelltenversicherung. Eine etwas andere Verteilung der Einzeldiagnosen in dieser Hauptgruppe weisen die Männer in der ARV auf. Neben den schizophrenen Psychosen (ICD 295) ist vor allem die Alkoholabhängigkeit (ICD 303) die häufigste Einzeldiagnose, die als Verrentungsursache für diese Gruppe aufgeführt wird.

Bei den Neubildungen überwiegen erwartungsgemäß bei den Frauen die bösartigen Neubildungen der weiblichen Brustdrüse (ICD 174), während bei den Männern die bösartigen Neubildungen der Luftröhre, der Bronchien und der Lunge (ICD 162) von Bedeutung sind. Darüber hinaus spielen bei den männlichen Versicherten auch die bösartigen Neubildungen des Magens (ICD 151) und des Rektums (ICD 154) eine herausragende Rolle in dieser Diagnosehauptgruppe.

Es wurde bereits in anderen Zusammenhängen darauf verwiesen, daß es sich bei der Frühinvalidisierung um einen altersspezifischen Prozeß handelt, der vor allem mit Beginn des 6. Lebensjahrzehnts an Bedeutung zunimmt. Eine derartige Altersabhängigkeit ist auch hinsichtlich der Krankheitsursachen feststellbar. Dies kann durch die Berücksichtigung des durchschnittlichen Zugangsalters für ausgewählte Diagnosegruppen nach Geschlecht und Versicherungszweig nachgewiesen werden (vgl. TABELLE 26).

Es wird deutlich, daß die noch am ehesten unter dem Begriff der chronischen (Verschleiß-) Krankheiten einzuordenenden Krankheiten des Kreislaufsystems und des Bewegungsapparates in einem höheren durchschnittlichen Zugangsalter auftreten als bei den psychiatrischen Krankheiten und den Neubildungen.

Unter Berücksichtigung der benannten methodischen Probleme lassen sich aus der Diagnosestatistik der Frührentenzugänge Hinweise auf das Krankheitsspektrum, das die Minderung der Erwerbsfähigkeit herbeiführt, entnehmen. Um die Bedeutung und den Wandel dieser Erkrankungen vor dem Hintergrund einer möglichen Verhinderung oder Vermeidung erfassen zu können, reicht die Querschnittsbetrachtung eines Berichtsjahres nicht aus. Eine Beantwortung dieser Fragen ist nur auf der Grundlage von Zeitraumbetrachtungen möglich.

In den TABELLEN 27-30 sind die absoluten und relativen Zugangshäufigkeiten bei den vier dominierenden Diagnosehauptgruppen für Männer und Frauen in der ARV und ANV im Zeitraum von 1982 bis 1990 aufgeführt. Darüber hinaus wurden, soweit möglich, die absoluten Zugangszahlen auf je 1000 Versicherte in der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen und somit ein Frühinvaliditätsindex für die jeweiligen Diagnosehauptgruppen gebildet.

Wie die Entwicklung in den einzelnen Diagnosehauptgruppen unschwer erkennen läßt, liegen durchaus auffällige Schwankungen vor. Da die absoluten Zugangshäufigkeiten stark von externen Faktoren beeinflußt werden, sind für die nähere Betrachtung der Anteilsentwicklung der Diagnosehauptgruppen vor allem die relativen Häufigkeiten von Interesse. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Zunahme in einer Diagnose-

hauptgruppe immer zu einer Abnahme in einer anderen Hauptgruppe führt und umgekehrt.

- Diagnosehauptgruppe: Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (ICD 710 - 739) (TABELLE 27)

Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen in der ARV, ist durchgängig eine deutliche Zunahme der relativen Bedeutung der Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes feststellbar. Dabei erreichen die Zugänge bei den Frauen in diesem Versicherungszweig seit 1986 mit über 30 v.H. die höchsten Werte aller einbezogenen Gruppen.

Im Bereich der ANV steigt dieser Anteil bei den Männern ebenfalls kontinuierlich an. Seit 1989 wird ein Anteilswert von über 20 v.H. erreicht. Bei den Frauen in diesem Versicherungszweig verläuft die Entwicklung, im Unterschied zu den anderen Gruppen, auf einem fast gleichbleibend hohen Niveau, das seit 1983 nahe bei 30 v.H. liegt und im Jahr 1984 dieses sogar überschreitet.

Betrachtet man im Vergleich dazu die Entwicklung des 'Frühinvaliditätsindex' (FI) hinsichtlich dieser Diagnosegruppe, bezogen auf je 1000 Versicherte, so fällt auf, daß im Jahr 1985 in allen Gruppen ein Spitzenwert erreicht wird und nach einem Rückgang im Jahr 1986 der FI für Männer und Frauen in der ARV ansteigt. In der ANV verbleibt der Indexwert für die Männer auf einem eher gleichbleibenden Niveau, während er bei den Frauen sogar eine rückläufige Entwicklung zeigt.

- Diagnosehauptgruppe: Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 390 - 459) (TABELLE 28)

In den Jahren 1983 und 1984 weisen die Krankheiten des Kreislaufsystems die relativ höchsten Anteile aller Verrentungsursachen auf. Dabei erreicht dieser Anteil bei den Frauen in der ARV und bei den Männern in der ANV sogar Werte von über 40 v.H. Ab 1985 geht der relative Anteil dieser Diagnosegruppe in allen Gruppen auffällig zurück, wobei dies insbesondere für die Frauen in der ANV gilt.

Der Anteil der Männer in der ANV ist im Zeitverlauf durchgängig höher als bei den Arbeitern, wobei allerdings hierbei nochmals auf die erheblich höheren absoluten Zugänge in der ARV zu verweisen ist. Umgekehrt verhält es sich bei den Frauen in beiden Versicherungszweigen. Sowohl absolut als auch relativ weisen die Frauen in der ARV durchgängig höhere Anteile dieser Krankheitsgruppe auf als die Vergleichsgruppe.

In der Entwicklung des FI spiegelt sich die rückläufige Entwicklung für alle Versichertengruppen ebenfalls wieder. Im Unterschied zu den relativen Häufigkeiten liegen die Indexwerte für die Männer in der ARV deutlich über denen in der ANV.

**- Diagnosehauptgruppe: Psychiatrische Krankheiten
(ICD 290 - 319) (TABELLE 29)**

Obwohl die Entwicklung der absoluten Zugangshäufigkeiten bei den psychiatrischen Krankheiten je nach Versichertengruppe mehr oder minder große Schwankungen aufweist, zeigt sich bei den relativen Häufigkeiten eine kontinuierliche Zunahme in allen Versichertengruppen. Die relativ höchsten Anteilswerte erreichen hier die Männer und Frauen in der ANV. Betrachtet man im Vergleich hierzu allerdings wiederum die diesbezüglichen Werte des Frühinvaliditätsindex', so zeigt sich eine insgesamt stärkere Betroffenheit von diesen Krankheiten für die Männer und Frauen im Bereich der ARV.

**- Diagnosehauptgruppe: Neubildungen (ICD 140 - 239)
(TABELLE 30)**

Nach einem Anstieg der relativen Häufigkeiten bis 1985/86 verbleibt diese Diagnosegruppe in allen Versichertengruppen auf einem nahezu gleichbleibenden Niveau, wobei die Frauen in der ANV durchgängig die höchsten relativen Werte aufweisen. Bezieht man die Zugangshäufigkeiten auf je 1000 Versicherte, so zeigt sich wie schon für die anderen Diagnosehauptgruppen eine umgekehrte Verteilung. Männer und Frauen in der ARV haben deutlich höhere Frühinvaliditätsindexwerte als die Vergleichsgruppen in der ANV.

- Diskussion der Ergebnisse -

Für den Zeitraum von 1982 bis 1990 wurden die absoluten, relativen und auf je 1000 Versicherte bezogenen Anteile der vier hauptsächlichsten zur Frühinvalidität (BU/EU) führenden Diagnosehauptgruppen dargestellt. Dabei sind die Männer und die Frauen in der Arbeiterrentenversicherung absolut am stärksten von diesen Verrentungsursachen betroffen. Dies drückt sich auch in der Entwicklung des Frühinvaliditätsindex' aus. Hinsichtlich der Zu- und Abnahme der Krankheitsgruppen zeigt sich, daß bei den Männern in der Arbeiterrentenversicherung die Krankheiten des Kreislaufsystems zurückgehen, während die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes einen ansteigenden Trend aufweisen. Steigende Tendenzen finden sich auch bei den psychiatrischen Krankheiten und bei den Neubildungen in dieser Gruppe. Bei den Frauen in diesem Versicherungszweig liegen im Zeitverlauf die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes an vorderster Stelle mit steigender Tendenz seit 1986. Demgegenüber sind auch für diesen Personenkreis die Krankheiten des Kreislaufsystems rückläufig. Während die absoluten und relativen Zugangshäufigkeiten bei den psychiatrischen Krankheiten in dieser Gruppe ansteigen, zeigt die Entwicklung des FI eher eine abnehmende Tendenz. Etwa gleichgeblieben sind die Anteile bei den Neubildungen.

Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich auch im Bereich der Angestelltenversicherung. Ein Rückgang der Krankheiten des Kreislaufsystems steht einem Anstieg der Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes bei den Männern in diesem Versicherungszweig gegenüber. Absolut und relativ haben die psychiatrischen Krankheiten für diese Personengruppe zugenommen. Dies gilt im eingeschränkten Maße auch für den Frühinvaliditätsindex. Gleichgeblieben ist der Anteil der Krankheitsursachen an Neubildungen. Bei den Frauen in diesem Versicherungszweig sind die Krankheiten des Kreislaufsystems merklich zurückgegangen. Dies gilt ebenso für die Entwicklung der Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, sofern die Zugangszahlen auf je 1000 Versicherte bezogen werden. Eine rückläufige Entwicklung zeigt der FI auch für die Gruppe der psychiatrischen Krankheiten, wobei die absoluten und relativen Häufigkeiten eine demgegenüber steigende Tendenz aufweisen. Trotz gleichbleibenden absoluten und relativen Zugangshäufigkei-

ten sind die Werte des FI auch für die Krankheitsgruppe der Neubildungen rückläufig.

Anhand der aufgezeigten Entwicklung für den Zeitraum von 1982 bis 1990 ist festzuhalten, daß hinsichtlich der Zugangshäufigkeiten die vier Diagnosehauptgruppen die hauptsächlichsten Verrentungsursachen auch zeitraumbezogen auf sich ziehen. Damit werden Untersuchungsergebnisse, die sich auf frühere Zeiträume beziehen (z.B. KENTNER et.al. 1983, SCHUNTERMANN 1987), weiterhin bestätigt. Die Schwankungen bzw. Trendentwicklungen innerhalb der Gruppen lassen sich auf der Basis des vorliegenden Datenmaterials nicht hinreichend erklären. Eine epidemiologische-sozialmedizinische Betrachtungsweise, die derartige Trendergebnisse stützt, muß deutlich längere Zeiträume berücksichtigen und wäre nur auf der Ebene von Einzeldiagnosen sinnvoll.

Hierzu sei insbesondere auf die Untersuchung von KENTNER et.al. (1983) verwiesen, der die Frühinvaliditätsentwicklung unter epidemiologischen Aspekten für 13 Diagnosegruppen im Zeitraum von 1950 bis 1980 analysiert. Unter Verwendung des Frühinvaliditätsindex' kommen die Autoren u.a. zu dem Ergebnis, daß innerhalb dieses Zeitraums entsprechend der allgemeinen Morbiditätsentwicklung die chronisch-degenerativen Erkrankungen auch als Frühinvaliditätsursachen zugenommen haben. Neben den vier bereits benannten Diagnosegruppen stellt auch die Diagnosegruppe der bronchopulmonalen Erkrankungen (ICD 490-496), wie z.B. die chronische Bronchitis (ICD 491), eine der häufigsten, im Zeitverlauf aber tendenziell abnehmende Verrentungsursache dar. Die Autoren kommen allerdings auch zu dem Resultat, daß die Datenlage für eine Erklärung der Ursachen von Frühinvalidität wie z.B. die Rückführung auf Arbeits- oder Umweltbedingungen nicht ausreicht. Dies gilt ebenso für die Beantwortung der Frage, inwieweit die Schwankungen bei den Zugangshäufigkeiten durch Faktoren wie z.B. dem medizinisch-technischen Fortschritt, von Veränderungen bei der medizinischen Begutachtungspraxis oder von besonderen Rehabilitationsbemühungen in Bezug auf einzelne Erkrankungen beeinflusst werden (vgl. ebenda: 40 ff.).

Von seiten der Rentenversicherungsträger sind ebenfalls epidemiologische Sonderauswertungen durchgeführt worden, u.a. unter der Fragestellung, in welchem Zusammenhang einzelne Merkmale der Versicherten mit bestimmten Krankheiten

bzw. Krankheitsgruppen zu sehen sind. So untersucht SCHUN-
 TERMANN (1987) im statistischen Modell das Ausmaß des Ver-
 lustes an Erwerbsjahren hinsichtlich ausgewählter Krankhei-
 ten. Im Resultat zeigt sich, daß die Gruppe der psychiatri-
 schen Krankheiten und die Gruppe der Neubildungen mit einem
 insgesamt höheren Verlust an Erwerbsjahren verbunden sind
 als die beiden anderen hauptsächlichen Krankheitsgruppen.
 Dies läßt umgekehrt den Schluß zu, daß das Risiko der Be-
 rentung aufgrund dieser Diagnosegruppen in einem deutlich
 früheren Lebensalter eintritt als bei den Krankheiten des
 Kreislaufsystems und der Krankheiten des Skeletts, der Mus-
 keln und des Bindegewebes, die sich erst in einem späteren
 Abschnitt des Erwerbslebens manifestieren.

Da das Frühinvaliditätsgeschehen überwiegend durch chroni-
 sche Erkrankungen bestimmt wird, schließen sich an die Dar-
 stellung des Krankheitsspektrums unmittelbar zwei Fragen-
 komplexe an:

- Inwieweit werden diesbezügliche Krankheitsbilder bereits
 zu einem dem Verrentungszeitpunkt vorgelagerten
 Zeitpunkt manifest?
- Welche Bedeutung haben diese Erkrankungen im Hinblick
 auf die Lebenserwartung bzw. Sterblichkeit?

Zur Beantwortung dieser Fragen können die im Verwaltungsab-
 lauf anfallenden (prozeßproduzierten) Daten der gesetzli-
 chen Krankenversicherungsträger zur Arbeitsunfähigkeit und
 zur stationären Behandlung herangezogen werden. Für den
 Problemkomplex der Mortalität liefert die amtliche Todesur-
 sachenstatistik empirische Informationen.

4.2 Frühinvalidität und Morbidität

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung in der BRD
 ist nach sieben Kassenarten gegliedert, die den überwiegen-
 den Teil der versicherungspflichtig Beschäftigten erfassen.
 Darüberhinaus gibt es für bestimmte Personengruppen die
 Möglichkeit der Versicherung in einer privaten Kranken-
 kasse. Im April 1989 waren von je 1000 Personen der Wohnbe-
 völkerung 998 in einer gesetzlichen oder privaten Kranken-
 kasse versichert. Dabei weisen die höchsten Mitgliederzah-
 len die Ortskrankenkassen (38,6 v.H.), die Ersatzkassen
 (27,9 v.H.) und an dritter Stelle die Betriebskrankenkassen

(11,1 v.H.) auf (zur vollständigen Übersicht vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT FS. 13/1, 1990).

Die verschiedenen Kassen geben u.a. jährlich eine Krankheitsartenstatistik heraus, die die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach Tagen ausweist. Dabei wird ausschließlich auf die Gruppe der Pflichtversicherten Bezug genommen. Für Pflichtmitglieder und deren mitversicherten Familienangehörigen werden die Krankenhausfälle und -tage statistisch dokumentiert. Es handelt sich bei der Krankheitsartenstatistik ebenfalls um eine reine Fallstatistik, die einen Rückbezug auf einzelne Versicherte oder Versichertengruppen nicht zuläßt (vgl. SCHACH 1981).

Inhaltlich ist die Aussagefähigkeit von Diagnosen auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zu problematisieren. Es handelt sich bei einer derartigen Bescheinigung um eine therapeutische Leistung des behandelnden Arztes (Verordnen von Arbeitsruhe), die dieser mit der zuständigen Krankenkasse abrechnet. Die die Arbeitsunfähigkeit begründende Diagnose wird demnach ausschließlich zu Abrechnungszwecken erstellt (Abrechnungsdiagnose). Da sich bei Krankenscheindiagnosen im allgemeinen und bei Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen im besonderen medizinische und sozialrechtliche Zusammenhänge stark vermischen, muß die Validität der bescheinigten Diagnosen zu Forschungszwecken von vornherein als begrenzt angesehen werden (vgl. SCHWEFEL/SCHWARTZ 1978). Eine Möglichkeit die Aussagefähigkeit diesbezüglicher Diagnosen zu erhöhen, wird in der Analyse von versichertenbezogenen Langzeitverläufen gesehen (vgl. HÄUSSLER/SCHRÄDER 1983).

Trotz dieser methodischen Einschränkungen wird im folgenden ein Überblick (Querschnittsbetrachtung) über die häufigsten Krankheitsarten gegeben. Im Anschluß daran werden die Ergebnisse mit dem Krankheitspanorama, das der Frühinvalidität zugrundeliegt, verglichen.

Sowohl die Krankheitsartenstatistik der Ortskrankenkassen (STEFFENS 1990:361 ff.) als auch der Betriebskrankenkassen (BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN 1990) weisen für die Jahre 1988 bzw. 1989 hinsichtlich der Zahl der Fälle und der Dauer vier am häufigsten auftretende Krankheitsar-

ten für die Begründung der Arbeitsunfähigkeit aus. Dies sind:

- die Krankheiten der Atmungsorgane
- die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
- die Krankheiten der Verdauungsorgane
- Verletzungen und Vergiftungen
(vgl. SCHAUBILD XXII).

Von Bedeutung ist, daß es sich bei den Krankheiten der Atmungsorgane in der Mehrzahl der Fälle um eher kurzzeitige Krankheitszustände handelt, während die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes die insgesamt höchste Zahl der AU-Tage auf sich ziehen (SCHAUBILD XXIII).

Bei den vier häufigsten Krankheitsarten, die mit einem Krankenhausaufenthalt verbunden sind, zeigt sich ein etwas anderes Krankheitspektrum. Hier ist folgende Rangfolge auffällig:

- Krankheiten des Kreislaufsystems
- Verletzungen und Vergiftungen
- Krankheiten der Verdauungsorgane
- Neubildungen

Bei dieser Verteilung sind die Krankheiten des Kreislaufsystems auch mit der längsten Dauer des stationären Aufenthalts verbunden. In den SCHAUBILDERN XXIV und XXV sind die Zahl der Krankenhausfälle und -tage für die jeweiligen Krankheitsarten nach Altersgruppen für das Jahr 1989 gemäß der Statistik der Betriebskrankenkassen wiedergegeben.

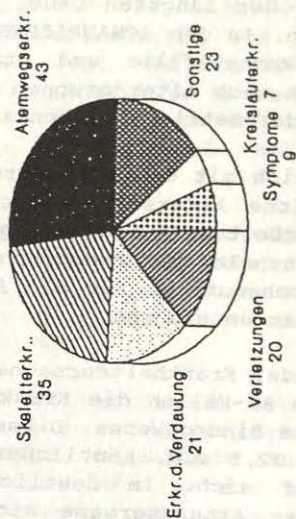
Für den Vergleich mit den Frühverrentungsdiagnosen ist von Interesse, welche Altersabhängigkeit dieser Krankheitsarten, die die Arbeitsunfähigkeit begründen, besteht. Im folgenden wird deshalb die Bedeutung der Arbeitsunfähigkeit und der Krankenhausfälle für die Altersgruppe der 55- bis 59jährigen näher untersucht.

An der Spitze der Krankheitsursachen in dieser Altersgruppe liegen bei den AU-Fällen die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Diese Krankheitsursachen ziehen insgesamt 32,5 v.H. sämtlicher AU-Fälle in dieser Altersgruppe auf sich. Im deutlichen Abstand folgen die Krankheiten der Atmungsorgane mit einem Anteil von 20,9 v.H. Wiederum mit deutlichem Abstand folgen die Krankheiten

Schaubild XXIII:

Arbeitsunfähigkeitsfälle nach Krankheitsgruppen

-1989-



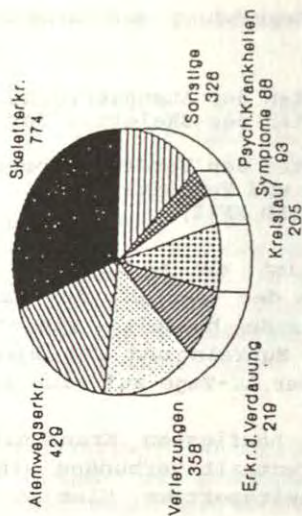
pro 100 Pflichtmitglieder

Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen
1990 : 11

Schaubild XXIII:

Arbeitsunfähigkeitstage nach Krankheitsgruppen

-1989-

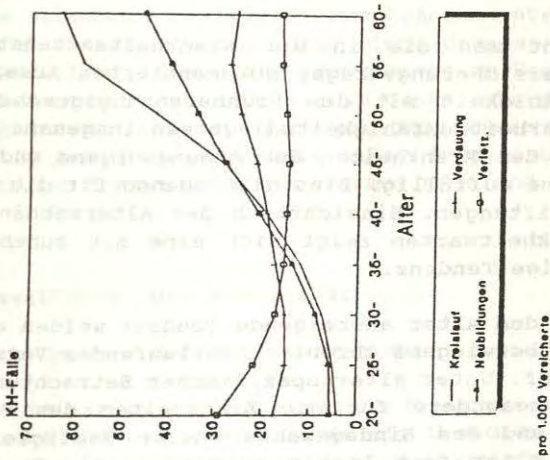


pro 100 Pflichtmitglieder

Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen
1990 : 11

Schaubild XXIV:

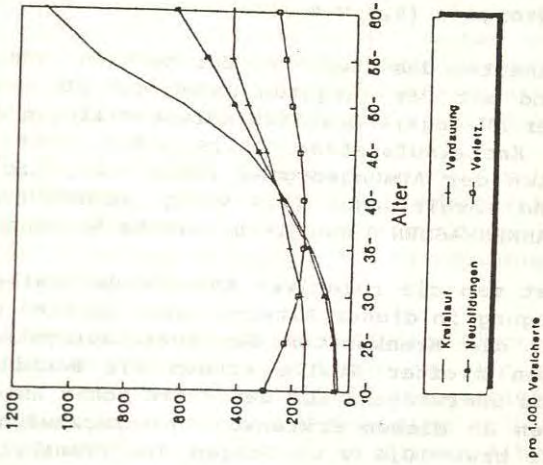
Krankenhausfälle nach Altersgruppen -1989-



Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen
1990 ; 27

Schaubild XXV:

Krankenhaustage nach Altersgruppen -1989-



Quelle: Bundesverband der Betriebskrankenkassen
1990 ; 27

des Kreislaufsystems (9,4 v.H.) und die Krankheiten der Verdauungsorgane (9,3 v.H.).

Die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sind mit der längsten Dauer der AU verbunden (25,8 v.H. aller AU-Tage). Deutlich darunter liegen die Krankheiten des Kreislaufsystems (14,9 v.H.), gefolgt von den Krankheiten der Atmungsorgane (12,3 v.H.) und den Verletzungen und Vergiftungen (7,9 v.H.) (BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN 1990:61-65, eigene Berechnungen).

Betrachtet man die relativen Anteile der Fälle stationärer Unterbringung in dieser Altersgruppe, so sind mit 22,9 v.H. auch hier die Krankheiten des Kreislaufsystems an erster Stelle. An zweiter Stelle stehen die Neubildungen (15,3 v.H.), was überwiegend auf den enorm hohen Anteil betroffener Frauen an diesen Erkrankungen zurückzuführen ist. Mit 12,0 v.H. bzw. 10,6 v.H. folgen die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes und die Krankheiten der Verdauungsorgane.

Im Hinblick auf die Zahl der Krankenhaustage dominieren die Krankheiten des Kreislaufsystems vor denen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes. Die Neubildungen liegen an dritter und die Krankheiten des Verdauungssystems wiederum an vierter Position (ebenda: 127-131, eigene Berechnungen).

Vergleicht man die in der Krankheitsartenstatistik der Krankenversicherungsträger dokumentierten Aussagen zur Arbeitsunfähigkeit mit dem Frühberentungsgeschehen, so ist bei den Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen insgesamt zunächst die Dominanz der Krankheiten der Atmungsorgane und der Verdauungsorgane auffällig. Dies gilt ebenso für die Verletzungen und Vergiftungen. Hinsichtlich der Altersabhängigkeit dieser Krankheitsarten zeigt sich eine mit zunehmendem Alter rückläufige Tendenz.

Eine mit dem Alter ansteigende Tendenz weisen erwartungsgemäß die überwiegend chronisch verlaufenden Verschleißkrankheiten auf. Unter altersspezifischer Betrachtungsweise gilt dies insbesondere für die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, deren Häufigkeit und Dauer mit dem Alter fast linear ansteigen. Die Kreislaufkrankungen nehmen zwar bezogen auf die Zahl der AU-Fälle nur

einen 5. Rangplatz ein, gemessen an der Zahl der Krankheitsfälle und der stationären Behandlungsdauer liegen diese Erkrankungen allerdings mit Abstand an der Spitze sämtlicher Diagnosegruppen. Dieser Umstand kann möglicherweise auch als ein Hinweis auf das akute Eintreten dieser Krankheitsarten und den intensiven Behandlungsbedarf gewertet werden.

Dies gilt auch für die Neubildungen, die zwar relativ bei den AU-Fällen und deren Dauer von untergeordneter Bedeutung sind, bei der stationären Behandlung allerdings insgesamt den 4. Rang und in der Altersgruppe der 55-59jährigen sogar den 2. Rangplatz einnehmen.

Die für die Frühverrentung dritthäufigste Diagnosegruppe der psychiatrischen Krankheiten scheint bei der quantitativen Verteilung von Arbeitsunfähigkeit und stationärer Behandlungshäufigkeit zunächst keine Bedeutung zu haben. Sie nehmen hinsichtlich der Fallzahlen in dieser Altersgruppe nach der Statistik der Betriebskrankenkassen nur den 9. Rangplatz bei den AU-Fällen und den 10. Platz bei den Fällen stationärer Unterbringung ein. Sie weisen allerdings die mit Abstand längste Dauer des Krankenhausaufenthalts je Fall auf.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß unter altersspezifischen Aspekten die Krankheitsursachen für die Begründung von Arbeitsunfähigkeit und von Frühinvalidität durchaus parallele Bedeutung besitzen. Eine Ausnahme stellen dabei die psychiatrischen Krankheiten dar. Gemessen an der zunehmenden Bedeutung, die diese Krankheiten am Frühinvaliditätsgeschehen aufweisen, sind sie im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit von relativ geringer ausgewiesener Relevanz. Eindeutig ist dieses Ergebnis allerdings nicht interpretierbar und gibt eher Raum für Vermutungen und Spekulationen.

4.3 Frühinvalidität und Mortalität

4.3.1 Zur Entwicklung der Lebenserwartung

Wenn Frühinvalidität durch medizinische Ursachen begründet ist, stellt sich auch die Frage, ob die Ursachen für Berufs- und Erwerbsunfähigkeit einen Zusammenhang mit der Lebenserwartung bzw. Sterblichkeit aufweisen und inwieweit

das Krankheitspanorama dieser Verrentungsarten in Übereinstimmung mit der Mortalität steht.

Der Lebenserwartung der Bevölkerung kommt zentrale sozialpolitische Bedeutung für die Entwicklung des Sozialen Sicherungssystems zu. Darüber hinaus wird sie als Indikator für den Gesundheitszustand verwendet, wobei steigende Lebenserwartung als Ausdruck besserer Gesundheit interpretiert wird.

Die Lebenserwartung ist ein auf der Wahrscheinlichkeitsrechnung beruhender statistischer Durchschnittswert (vgl. PROEBSTING 1984). Dieser Wert lag gemäß der abgekürzten Sterbetafel der Jahre 1986/1988 für einen männlichen Lebendgeborenen bei 71,81 Jahren bzw. für eine weibliche Lebendgeborene bei 78,37 Jahren. Im Vergleich mit den Werten aus der Sterbetafel der Jahre 1901/1910 hat die Lebenserwartung bei Geburt für die Männer um rund 27 Jahre und für die Frauen sogar um rund 30 Jahre zugenommen. Die Differenz der Lebenserwartung von Männern und Frauen hat sich vor allem seit Beginn der fünfziger Jahre deutlich weiterentwickelt. Gemäß der abgekürzten Sterbetafel der Jahre 1949/1951 betrug sie knapp vier Jahre, nach heutigen Werten liegt sie bei 6,5 Jahren. Für die Erklärung der unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen werden vielfältige biologische und soziale Einflußfaktoren herangezogen, die allerdings für sich genommen eine eindeutige Beantwortung dieser Frage nicht zulassen (vgl. ARNOLD 1988).

Die Wahrscheinlichkeit, ein höheres Lebensalter zu erreichen, läßt sich auch für Einzelalter errechnen. Man spricht in diesem Zusammenhang von der ferneren Lebenserwartung (vgl. PROEBSTING 1984). Während die Lebenserwartung für Lebendgeborene insgesamt einen kontinuierlich zunehmenden Verlauf genommen hat, stellt sich dies für die verschiedenen Einzelalter durchaus unterschiedlich dar. Die höchsten Zugewinne an Lebenserwartung sowohl für die Männer als auch für die Frauen liegen bei den Neugeborenen und bei den höheren Lebensaltern. Der prozentuale Zugewinn an Lebenserwartung in den mittleren Lebensjahren liegt demgegenüber deutlich darunter. Auch auf die Einzelalter bezogen ist die Lebenserwartung der Frauen durchgängig höher als bei den Männern (vgl. ebenda).

Im Zusammenhang mit dem Nachweis geschlechtsspezifischen Einflusses langjähriger Berufstätigkeit auf die Lebenserwartung hat der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger auf der Grundlage der vorliegenden Rentenbestandsdaten Sonderuntersuchungen zur Rentnersterblichkeit durchgeführt. Dabei wurde u.a. die Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung von Altersrentnern mit der von langjährig versicherten Frauen und von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentnern für die Jahre 1982/1984 (MÜLLER/REHFELD 1985), 1985 (REHFELD/SCHEITL 1986) und 1986/87 (SCHEITL 1989) verglichen.

Ohne hier näher auf die methodische Vorgehensweise dieser Untersuchungen einzugehen, zeigt sich zunächst eine höhere fernere Lebenserwartung für Männer und Frauen bezogen auf den Rentenbestand als die, die sich für die Wohnbevölkerung entsprechenden Alters errechnet. So lag z.B. die fernere Lebenserwartung auf das Jahr 1984 bezogen, nach den Berechnungen des VDR, für 65jährige Männer bei 14,04 Jahren und für Frauen bei 18,12 Jahren. Nach der amtlichen Sterbetafel beträgt dieser Zeitraum für 65jährige Männer nur 13,51 Jahre und für Frauen 17,27 Jahre (MÜLLER/REHFELD 1985:393).

Der Vergleich der ferneren Lebenserwartung von Altersrentnern und denjenigen mit langfristiger Versicherungszeit (mehr als 40 Jahre) ergibt, daß letzterer Personenkreis eine auf das Einzelalter bezogene durchgängig leicht höhere Lebenserwartung aufweist als die aller Rentner und Rentnerinnen. Für Männer mit mehr als 40 Versicherungsjahren im Alter von 65 Jahren liegt die fernere Lebenserwartung demnach bei 14,34 Jahren gegenüber 14,16 Jahren für die Vergleichsgruppe. Bei Frauen liegt dieser Zeitraum bei 18,69 Jahren gegenüber 18,22 Jahren (hier bezogen auf den gemittelten Durchschnittswert 1985/87, SCHEITL 1989:112). Darüber hinaus ergeben diese Berechnungen auch, daß die unterschiedliche Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen für jedes Einzelalter auch bei den langjährigen Versicherten weiterhin besteht, was der These einer Angleichung der Sterblichkeit bzw. der Lebenserwartung von langjährig berufstätigen Frauen an die der Männer widerspricht (vgl. MÜLLER/REHFELD 1985: 382 ff.). Gemäß den Berechnungen des VDR für 1985/87 lag die fernere Lebenserwartung der Versichertenrentnerinnen um 4,06 Jahre höher als die der Männer (SCHEITL 1989:109).

Eine eindeutig geringere Lebenserwartung als die reinen Altersrentner weisen hiernach allerdings die Rentner wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit auf. Bezogen auf das Alter 65 Jahre, beträgt die fernere Lebenserwartung gemäß der Berechnung 1985/87 für reine Altersrentner 15,18 Jahre und für Altersrentnerinnen 19,04 Jahre. Demgegenüber weisen die BU/EU-Rentner eine fernere Lebenserwartung von nur 12,15 Jahren bzw. 16,90 Jahren auf (SCHEITL 1989:111). Der Unterschied in der ferneren Lebenserwartung von 3,03 Jahren bei den Männern und von 2,24 Jahren bei den Frauen, die wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit verrentet worden sind, belegt ein gegenüber den reinen Altersrentnern deutlich höheres Sterberisiko.

4.3.2 Zur Entwicklung der Sterblichkeit

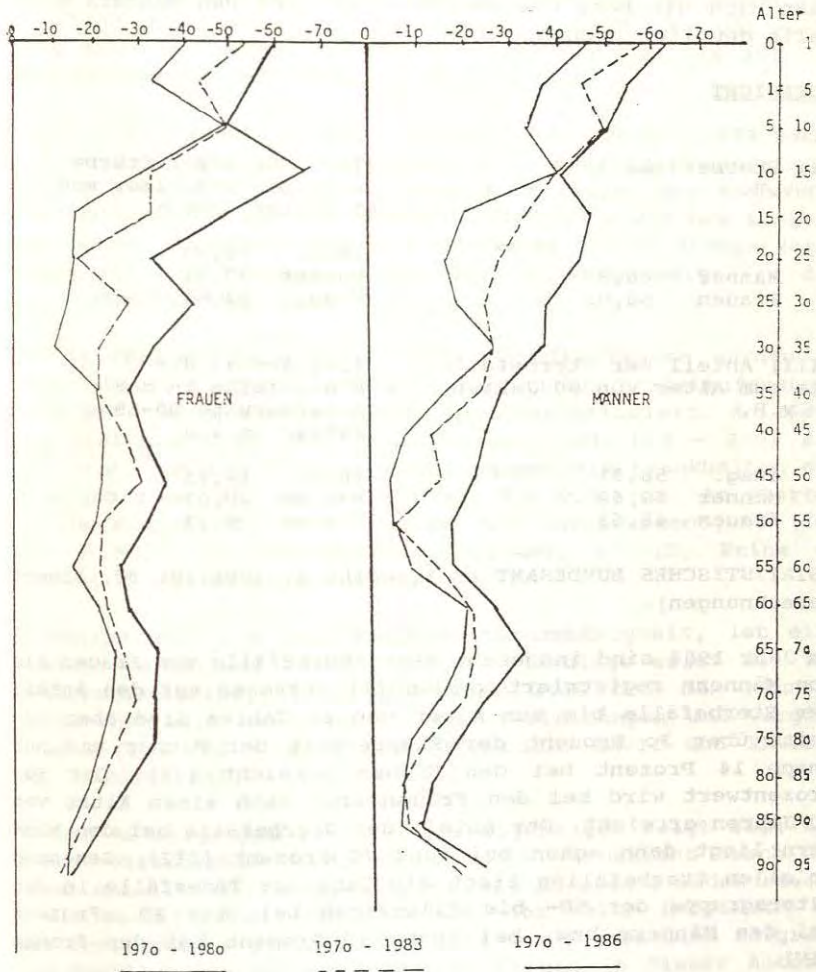
Im Unterschied zur Lebenserwartung die vor allem für retrospektive und prospektive Entwicklungsverläufe von Bedeutung ist, handelt es sich bei der Entwicklung der Sterblichkeit (gemessen an der Zahl der Sterbefälle) um empirisch überprüfbares statistisches Datenmaterial, das in die Berechnung der Lebenserwartung eingeht.

Auch die Sterblichkeit kann im Zeitverlauf betrachtet als Indikator für den Gesundheitsstand der Bevölkerung herangezogen werden. Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf alters- und geschlechtsspezifische Aspekte. (Zu regionalen Unterschieden der Sterblichkeit vgl. KERN/BRAUN 1987; zum Problem sozialer Differenzen vgl. ANTONOVSKY 1976; SPREE 1981; SCHEPERS/WAGNER 1989)

Das SCHAUBILD XXVI gibt den prozentualen Anteil an Sterbefällen verteilt auf die jeweiligen Altersgruppen wieder. Bezogen auf das Basisjahr 1970 wird der Rückgang der Sterblichkeit für die Zeiträume bis 1980, 1983 und 1986 betrachtet (vgl. TABELLE 31).

Die Werte verdeutlichen, daß dieser Prozeß sowohl nach Geschlechtszugehörigkeit als auch nach Altersgruppen höchst unterschiedlich verlaufen ist. Der Rückgang der Sterblichkeit hat sich bei den Frauen insgesamt stärker vollzogen, als dies bei den Männern der Fall war. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ist der stärkste Rückgang bei den jungen und jüngsten Altersgruppen auffällig. In der Al

Schaubild XXVI: Rückgang der Sterblichkeit seit 1970
nach Altersgruppen - in v.H. -



Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 1, Reihe 1,
1983: 102; 1986: 126; sowie eigene Berechnungen

tersgruppe der 50- bis etwa 60jährigen Männer ist zumindest bis 1983 ein nur minimaler Rückgang (- 5 v.H.) der Sterbefälle zu verzeichnen. Stärker wird der Rückgang in dieser Altersgruppe dann bis 1986. Anhand der folgenden Übersicht läßt sich die hohe Übersterblichkeit bei den Männern ebenfalls deutlich machen.

ÜBERSICHT

(I) Sterbefälle 1988
in v.H.

Männer	46,97
Frauen	53,02

(II) Anteil der Sterbefälle bis zum Alter von 65 Jahren in v.H.

insg.	21,66
Männer	30,53
Frauen	13,80

(III) Anteil der Sterbefälle bis zum Alter von 80 Jahren in v.H.

insg.	58,51
Männer	69,69
Frauen	48,61

(IV) Anteil der Sterbefälle in der Altersgruppe 50-65 Jahren in v.H.

insg.	14,25
Männer	20,03
Frauen	9,13

(STATISTISCHES BUNDESAMT FS 1, Reihe 1, 1990:109 ff, eigene Berechnungen).

Im Jahr 1988 sind insgesamt mehr Sterbefälle von Frauen als von Männern registriert worden (I). Bezogen auf den Anteil der Sterbefälle bis zum Alter von 65 Jahren sind aber bereits über 30 Prozent der Sterbefälle der Männer und nur knapp 14 Prozent bei den Frauen erreicht (II). Der 50-Prozentwert wird bei den Frauen erst nach einem Alter von 80 Jahren erreicht. Der Anteil der Sterbefälle bei den Männern liegt dann schon bei rund 70 Prozent (III). Gemessen an allen Sterbefällen liegt die Zahl der Todesfälle in der Altersgruppe der 50- bis 65jährigen bei über 20 Prozent bei den Männern bzw. bei knapp 10 Prozent bei den Frauen (IV).

4.3.3 Die häufigsten Todesursachen

Bekanntlich ist die Sterblichkeit der Gesamtbevölkerung in den letzten Jahrzehnten immer mehr zurückgegangen, woraus auf eine Verbesserung des Gesundheitsstandes insgesamt geschlossen wird. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Rückgang einzelner Todesursachen wesentlichen Einfluß auf die Entwicklung der Gesamtsterblichkeit nimmt.

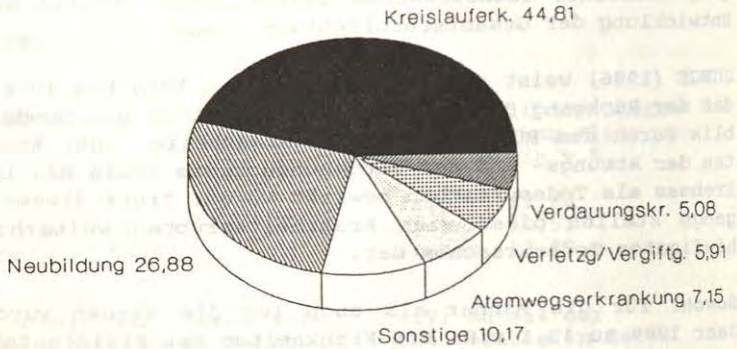
JUNGE (1986) weist für den Zeitraum von 1968 bis 1978 nach, daß der Rückgang der Gesamtsterblichkeit in der Bundesrepublik durch den Rückgang der Herzkrankheiten, der Krankheiten der Atmungs- und der Verdauungsorgane sowie des Lungenkrebses als Todesursachen bewirkt wurde. Trotz dieses Rückgangs stellen diese vier Krankheitsgruppen weiterhin die häufigsten Todesursachen dar.

Sowohl für die Männer als auch für die Frauen wurden im Jahr 1989 zu 49,1 v.H. die Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 390 - 459) als Todesursachen diagnostiziert. An zweiter Stelle standen die Neubildungen (ICD 140 - 239) mit 25,1 v.H. und den dritten Platz nahmen die Krankheiten der Atmungsorgane (ICD 460 - 519) mit 5,9 v.H. ein. An vierter Stelle standen die Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD 520 - 579) (STATISTISCHES BUNDESAMT, FS 12, Reihe 4, 1990:10 f., eigene Berechnungen).

Differenziert nach der Geschlechtszugehörigkeit, ist eine analoge Verteilung feststellbar, allerdings weist die Todesursachenstatistik für das Jahr 1989 bei den Männern einen ebenfalls hohen Anteil der Verletzungen und Vergiftungen (ICD 800 - 999) aus (SCHAUBILD XXVII und XXVIII, vgl. TABELLE 32).

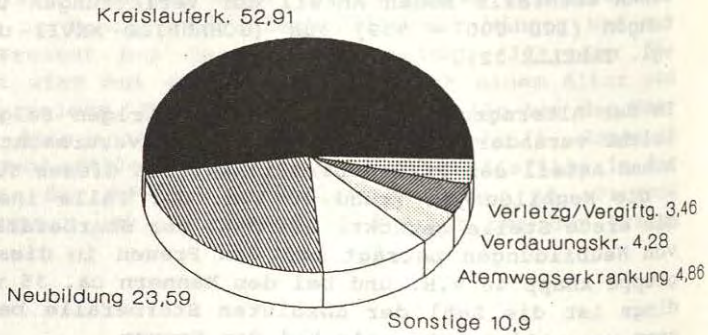
In der Altersgruppe der 50- bis 65jährigen zeigt sich ein leicht verändertes Bild, hier sind - verursacht durch den hohen Anteil der Frauensterblichkeit an dieser Todesursache - die Neubildungen (rund 40 v.H. der Fälle insgesamt) an die erste Stelle gerückt. Die Zahl der Sterbefälle aufgrund von Neubildungen beträgt bei den Frauen in dieser Altersgruppe knapp 48 v.H. und bei den Männern ca. 35 v.H. Allerdings ist die Zahl der absoluten Sterbefälle bei den Männern wesentlich höher als bei den Frauen.

Schaubild XXVII: Todesursachen 1989 Männer
- in v.H. -



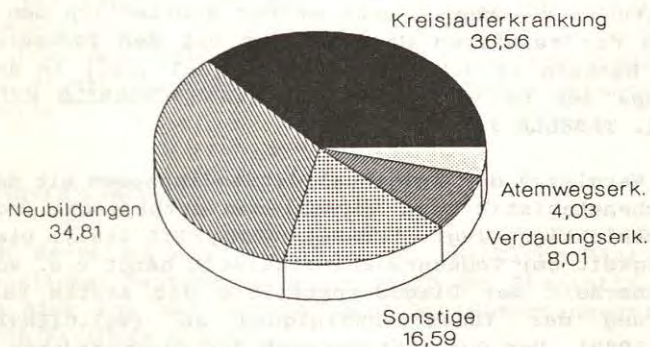
Quelle: Statistisches Bundesamt FS 12, Reihe 4, 1990

Schaubild XXVIII: Todesursachen 1989 Frauen
- in v.H. -



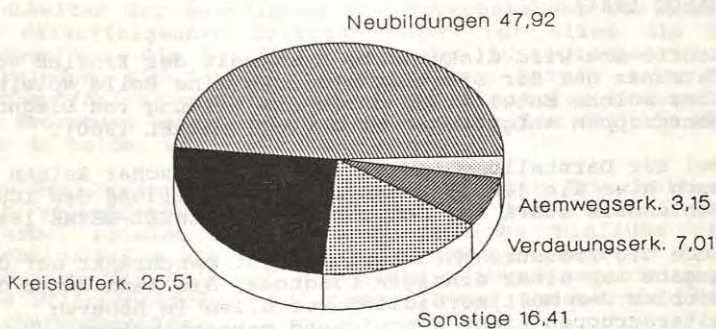
Quelle: Statistisches Bundesamt FS 12, Reihe 4, 1990

Schaubild XXIX: Todesursachen 1989
Männer im Alter 50-65 Jahre
- in v.H. -



Quelle: Statistisches Bundesamt FS 12, Reihe 4, 1990

Schaubild XXX: Todesursachen 1989
Frauen im Alter 50-65 Jahre
- in v.H. -



Quelle: Statistisches Bundesamt FS 12, Reihe 4, 1990

Absolut und relativ häufiger sterben Männer dieser Altersgruppe an Kreislaufkrankungen (36,5 v.H.), worunter hier vor allem die ischämischen Herzkrankheiten besonders ins Gewicht fallen. Weit hinter diesen beiden Todesursachen liegen die Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD 520 - 529) in dieser Altersgruppe an dritter Stelle - dies gilt gleichermaßen für Männer (8 v.H.) und Frauen (7 v.H.). Die Krankheiten der Atmungsorgane nehmen schließlich den vierten Rang der relativen Häufigkeiten bei den Todesursachen bei den Männern (4 v.H.) und Frauen (3,1 v.H.) in der Altersgruppe der 50 - 65 jährigen ein (SCHAUBILD XXIX und XXX, vgl. TABELLE 33).

Bei dem Vergleich der Frühinvaliditätsdiagnosen mit der Todesursachenstatistik sind verschieden methodische Probleme zu berücksichtigen (vgl. FRENZEL-BEYME/KEIL 1981). Die Aussagefähigkeit der Todesursachenstatistik hängt u.a. von der Treffsicherheit der Diagnosenstellung des Arztes bei der Ausstellung der Todesbescheinigung ab (vgl. GIERSEIPEN/GREISER 1989). Der Qualitätsmaßstab der Diagnosedaten liegt dabei in:

- der Häufigkeit mit der Todesbescheinigungen von Notärzten ausgestellt werden (mit deutlichen Schwankungen teilweise über 10 Prozent) (vgl. MÜLLER/BOCTER 1987),
- der Häufigkeit, mit der z.B. Altersschwäche und unbekannte Todesursachen bescheinigt werden (ICD 780 - 799) (vgl. FRENZEL-BEYME 1985),
- dem Umfang von Sektionen bei den Krankenhaussterbefällen (derzeit zwischen 11 und 22 Prozent) (vgl. HÖPKER/BURKHARDT 1984).
- Kontrovers wird diskutiert, inwieweit der Einfluß von Modetrends bei der Diagnosenstellung eine Rolle spielt und eine solche Entwicklung durch die Bildung von Diagnoseobergruppen aufgefangen wird (vgl. HACKEL 1980).
- Bei der Darstellung langer epidemiologischer Reihen fällt auch hier die jeweils zehnjährige Umstellung des ICD - Schlüssels stark ins Gewicht (vgl. FRENZEL-BEYME 1985).
- Auch die Todesursachenstatistik ist beschränkt auf die Angabe nur einer einzigen Diagnose. Sie kann damit dem Problem der Multimorbidität vor allem in höheren Altersgruppen nicht hinreichend gerecht werden (SACHVERSTÄNDIGENRAT 1987: 194).

Ein Vergleich der Todesursachenstatistik mit der Diagnosestatistik des VDR für die Rentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (vgl. KENTNER et. al. 1983; SKARABIS/TIEMANN 1988) macht deutlich, daß zumindest zwei der ermittelten Hauptdiagnosegruppen bei der Frühverrentung mit den häufigsten Ursachen für Frühsterblichkeit in der Gesamtbevölkerung übereinstimmen. Dies gilt für die Krankheiten des Kreislaufsystems und für die Krankheitsgruppe der Neubildungen. Psychiatrische Krankheiten, sowie die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes spielen erwartungsgemäß als Todesursachen eine untergeordnete Rolle.

V. ZUSAMMENFASSUNG

Auf der Grundlage der absoluten und relativen Häufigkeiten der jährlichen Rentenanzugänge gemäß der Statistik des VDR lassen sich bei der Entwicklung des Berentungsgeschehens folgende Verläufe erkennen:

- Bis zur Mitte der 80er Jahre hat die Beendigung des Erwerbslebens mit vollendetem 65. Lebensjahr gegenüber früheren Jahren an Bedeutung deutlich eingebüßt.
- Der erneute Anstieg dieser Rentenart seit 1984 ist sowohl auf die demographische Besetzung der Rentenversicherung zugehenden Geburtsjahrgänge als auch auf Eingriffe in das Sozialversicherungsrecht zurückzuführen.
- Seit der Einführung der flexiblen Altersgrenze hat sich die Rentenzugangshäufigkeit auf die vorgezogenen Möglichkeiten der Beendigung des Erwerbslebens verlagert. Im darauffolgenden Zeitraum haben vor allem die Zugangsarten, die bei Vollendung des 60. Lebensjahres in Verbindung mit Schwerbehinderung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit stehen sowie das Arbeitslosengeld, an Bedeutung gewonnen. Dies gilt vor allem für die Männer in beiden Versicherungszweigen.
- Bei den Frauen steht die Beendigung des Erwerbslebens mit vollendetem 60. Lebensjahr im Vordergrund. Auch hierbei spielen sowohl demographische Einflüsse eine wichtige Rolle als auch die Tatsache zunehmender Frauenerwerbstätigkeit und die damit verbundenen mit eigenen Pflichtbeiträgen belegten, länger andauernden Versicherungszeiten.
- Die relativen Zugangshäufigkeiten bei den Frührentenarten Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit korrespondieren sowohl mit der Entwicklung bei den Altersrenten

als auch untereinander. Die Schwankungen der jährlichen relativen Zugänge lassen dabei nicht auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes schließen, sondern sind auch hier das Resultat demographischer Faktoren - vor allem aber rentenversicherungsrechtlicher Regelungen, die wiederum auf das Antragsverhalten der Versicherten einzuwirken scheinen.

Da die relativen Zugangshäufigkeiten nur sehr bedingt aussagefähig sind, wurden weitergehende Untersuchungen zur Frühinvaliditätsproblematik durchgeführt und Ergebnisse anderer quantitativer Studien herangezogen. Die Entwicklung sowohl der Quote als auch des Index' der unter dem Begriff der Frühinvalidität zusammengefaßten Rentenzugangsarten der Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit, zeigt deutliche Unterschiede im Hinblick auf einzelne Merkmale der Versicherten. Die Ergebnisse können wie folgt zusammengefaßt werden:

- Gegenüber dem Versicherungszweig der Angestellten sind die Versicherten in der Arbeiterrentenversicherung stärker von der Frühinvalidisierung betroffen. Dies wird insbesondere beim Vergleich der absoluten Zugangshäufigkeiten deutlich. Dabei liegen die Zugänge der Frauen in der Arbeiterrentenversicherung noch über denen der Männer in der Angestelltenversicherung.
- Von Bedeutung für die Unterschiede bei der Entwicklung der Frühinvaliditätszugänge ist das Merkmal des Versichertenstatus. Die Männer in beiden Versicherungszweigen sind in weitaus höherem Maße pflichtversichert, als dies bei den Frauen der Fall ist. Dies gilt zumindest bis zum Jahr 1984. Frauen gingen bis zu diesem Zeitpunkt in hohem Ausmaß als sogenannte latent Versicherte der Rentenversicherung zu.
- Frühinvalidität erweist sich als ein altersspezifischer Prozeß, der vor allem im 6. Lebensjahrzehnt der Versicherten zum Tragen kommt. Erst die altersspezifische Betrachtungsweise macht allerdings deutlich, daß Männer in der Arbeiterrentenversicherung deutlich früher und damit auch in höherem Maße dem Risiko der Frühinvalidität ausgesetzt sind als Frauen im selben Versicherungszweig oder den Versicherten in der Angestelltenversicherung. Während sich bis zum Alter von etwa 49 Jahren das Invaliditätsrisiko auf einem mehr oder minder festen Sockel bewegt, steigt es mit zunehmendem Alter deutlich an. Diese Entwicklung ist in den Altersgruppen über 55 Jahren, insbesondere in der Altersgruppe der 60- bis 64jährigen Frauen so stark ausgeprägt, daß der Verlauf der Invaliditätsrate insgesamt dadurch bestimmt wurde.

- Die Entwicklung des (Teilzeit-) Arbeitsmarktes hat seit den Urteilen der Sozialgerichtsbarkeit in den Jahren 1969 und insbesondere seit 1976 unmittelbar Einfluß auf das Frühberentungsgeschehen. Je nach Geschlecht und Versicherungszweig zeigt sich eine unterschiedliche Einflußstärke, die vor allem für die Frauen in der Angestelltenversicherung charakteristisch ist.
- Frühinvalidität gründet sich auf eine gesundheitlich bedingten Leistungseinschränkung der Erwerbsfähigkeit. Als medizinische Ursachen der Leistungsminderung werden überwiegend sogenannte Volkskrankheiten diagnostiziert, die chronisch verlaufen. Die nach Versicherungszweig und Geschlecht in der Rangfolge unterschiedlich häufigsten Krankheitsarten sind: die Krankheiten des Kreislaufsystems, die Krankheiten des Skeletts der Muskeln und des Bindegewebes, die psychiatrischen Krankheiten und die Neubildungen. Hinsichtlich der Diagnosehäufigkeiten zeigen sich Unterschiede nach Versicherungszweig, Geschlechtszugehörigkeit und dem Alter der Versicherten. Ebenso ist innerhalb der Diagnosehauptgruppen nach Einzeldiagnosen zu differenzieren.
- Im Zeitverlauf haben die vier Diagnosegruppen einen tendenziellen Wandel in ihrer Bedeutung als Verrentungsursachen erfahren. Einen steigenden Trend seit 1950 weisen die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes sowie die psychiatrischen Krankheiten auf. Die Krankheiten des Kreislaufsystems sind mit Ausnahme bei den männlichen Versicherten in der Angestelltenversicherung, wo ein eher gleichbleibender Trend feststellbar ist, rückläufig. Gleichgeblieben ist die Häufigkeit der Diagnosehauptgruppe der Neubildungen als Verrentungsursache.
- Hinsichtlich der Mortalität ist eine kürzere Lebenserwartung und somit ein höheres Mortalitätsrisiko sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Frühinvaliditätsrentnern gegenüber den Altersrentnern statistisch nachweisbar. Dabei stimmen die Todesursachen und die in der Statistik aufgeführten medizinischen Invaliditätsursachen bei den Diagnosegruppen der Krankheiten des Kreislaufsystems und der Neubildungen weitgehend überein.

TEIL C: ERKLÄRUNGSANSÄTZE ZUR FRÜHINVALIDITÄTSENTWICKLUNG

I. FRÜHINVALIDISIERUNG ALS PROBLEM DER SOZIALPOLITIK UND ALS SOZIALWISSENSCHAFTLICHES FORSCHUNGSPROBLEM

Angesichts des hohen sozialpolitischen Stellenwertes des Problems der Frühinvalidität, das sich nicht nur in finanziellen Kostenbelastungen für die Rentenversicherungsträger niederschlägt, sondern auch im Falle hoher Zugangswerte als Indikator geminderter Lebensqualität gewertet werden kann, wird die Erforschung der Ursachen allgemein als notwendig anerkannt. Dies läßt sich u.a. auch aus dem sozialgesetzlich festgelegten Grundsatz der "Rehabilitation vor Rente" ableiten, der aus der Sicht der Rentenversicherungsträger in den letzten Jahren um den Begriff der "Prävention" zu erweitern ist (vgl. VDR 1987:173 f.).

Die Diskussion um die Frühinvalidisierung ist hochgradig von politischen Interessen bestimmt. Je nach der (sozial-) politischen Position, werden sehr unterschiedliche Belege zur Erklärung der Ursachen und der Entwicklung des Frühinvaliditätsgeschehens herangezogen. In dieser Diskussion werden derzeit hauptsächlich drei Thesen vorgetragen:

- die These vom arbeitsbedingten Gesundheitsverschleiß,
- die Arbeitsmarktthese,
- die Rechtsprechungsthese.

Jeder dieser Erklärungsansätze weist dabei auf wichtige Aspekte bei der Entwicklung des Frühinvaliditätsgeschehens hin, wobei allerdings vor allem das Problem der Folgekosten der Frühinvalidität im Vordergrund der Betrachtung steht. Für sich genommen, ist aber keiner dieser Ansätze aus (sozial-) wissenschaftlicher Sicht geeignet, die Komplexität der Frühinvalidisierungsprozesse unterworfen sind, hinreichend zu erfassen.

Die quantitative Auswertung der Rentenzugangsstatisik des VDR machte deutlich, daß das Ausmaß der Rentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit von einer Vielzahl von Variablen beeinflußt wird und somit aus den Veränderungen der Zugangszahlen z.B. nicht gleichzeitig auf eine Veränderung des Gesundheitsstandes rückgeschlossen werden kann. Dokumentiert wird darüber hinaus nur der Tatbestand der von den

Trägern der Rentenversicherung tatsächlich bewilligten, in einem Berichtsjahr zugehenden Rentenfälle. Es handelt sich somit lediglich um den Endpunkt eines rentenrelevanten Sachverhaltes.

Nicht erfaßt werden die Vorgänge, die im Vorfeld der endgültigen Verrentung liegen. Dies betrifft sowohl die sozialen Bedingungen, die die Verrentungsentscheidung beeinflussen, als auch die subjektive Bereitschaft eines Versicherten, einen diesbezüglichen Antrag zu stellen.

Nach dem Stand der Forschung erweist sich Frühinvalidisierung als ein altersspezifischer Prozeß, in dem medizinische, juristische und arbeitsmarktpolitische Faktoren gleichermaßen zum Tragen kommen. Insofern stellt die Ermittlung der Ursachen von Frühinvalidität eine wissenschaftliche, interdisziplinäre Forschungsaufgabe dar.

Im folgenden wird auf die oben aufgeführten Thesen im einzelnen eingegangen und ihr Erklärungswert für die Frühinvaliditätsproblematik untersucht. Die jeweils in diesen Erklärungsansätzen enthaltenen Aspekte werden aufgenommen und aus sozialwissenschaftlicher Perspektive weitergeführt.

1.1 Die These vom arbeitsbedingten Gesundheitsverschleiß

Dieser Erklärungsansatz, der sich vor allem mit der Frage der Ursachen von Frühinvalidität befaßt, wird überwiegend von gewerkschaftlicher Seite vorgetragen. Die quantitative Zunahme des Anteils der Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit wurde hier vor allem im Zusammenhang mit der "Humanisierung des Arbeitslebens" diskutiert und als Indikator für Gesundheitsverschleiß infolge gestiegener Arbeitsanforderungen interpretiert ("Arbeit macht krank") (vgl. z.B. SCHARF 1980; WSI 1983; HOFEMANN/SCHARF 1984). Da Frühinvalidität in engem Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit steht, sind nach diesem Erklärungsansatz die Ursachen hierfür überwiegend in den betrieblichen Arbeitsbedingungen zu finden (vgl. KONSTANTY 1983).

Als Beleg für diese Argumentation werden u.a. Untersuchungsergebnisse aus dem Bereich der Arbeitsmedizin herangezogen, die besondere, durch spezielle Arbeitsabläufe bedingte Belastungen, wie z.B. Lärm, Hitze, Nässe, Staub

usw., hervorheben und in einen direkten (kausalen) Zusammenhang mit bestimmten Krankheitsarten (Lärmschwerhörigkeit, Staublunge, Krebserkrankungen) stellen. Hierbei handelt es sich um Berufskrankheiten, deren Anerkennung (und damit Entschädigungsfähigkeit gemäß § 551 RVO) den arbeitsmedizinischen Nachweis eines kausalen Zusammenhangs zwischen einer in der Regel physikalisch-chemischen Noxe, z.B. einer Schadstoffeinwirkung, und einer Erkrankung, die bei derjenigen Berufsgruppe überzufällig auftritt, die dieser Einwirkung ausgesetzt ist, voraussetzt.

Der Verweis auf die Berufskrankheiten für die Erklärung der Ursachen von Frühinvalidität ist allerdings nur sehr eingeschränkt aussagefähig. Aufgrund der geforderten Kausalität ist das Spektrum der Berufskrankheiten nur begrenzt (vgl. MERTENS 1987:75). Eine Verbindung zum Krankheitsspektrum des Frühinvaliditätsgeschehens ist nicht herstellbar.

Da der Nachweis eines Zusammenhangs von Arbeit und Krankheit nur eingeschränkt kausal belegt werden kann, wurde etwa seit Beginn der achtziger Jahre in der gewerkschaftspolitischen Diskussion stärker auf den Begriff der "Arbeitsbedingtheit" von Krankheitsursachen verwiesen (KONSTANTY 1983).

Eingeführt wurde dieser Begriff mit dem Arbeitssicherheitsgesetz (§ 3 Abs. 2 Nr. 3c ASiG) im Jahr 1973. Im Rahmen dieses Gesetzes wird den Betriebsärzten die Aufgabe auferlegt, Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen zu ermitteln, die hierzu erfassten Daten auszuwerten und dem Arbeitgeber entsprechende Maßnahmen zur Verhütung derartiger Krankheiten vorzuschlagen.

Von arbeitsmedizinischer Seite (z.B. RUTENFRANZ 1983; HERNBERG 1984; FUNKE/TILLER 1985) ist immer wieder betont worden, daß es sich bei dem nicht näher festgelegten Begriff arbeitsbedingter Erkrankungen nur um ein Konzept zur Ermittlung präventiver Maßnahmen handeln kann, der nicht unter dem Aspekt der Entschädigungsfähigkeit durch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zu diskutieren ist, wie dies verschiedentlich vorgetragen wird (vgl. z.B. TENNSTEDT 1978; KONSTANTY 1983). Insofern kommt der definitorischen Abgrenzung dieses Begriffs von dem Begriff der Berufskrankheiten in der diesbezüglichen Diskussion eine besondere Bedeutung zu (vgl. hierzu KENTNER/VALENTIN 1986).

Löst man sich von dieser, unter entschädigungsrechtlichen Aspekten geführten Diskussion, so kann das Konzept arbeitsbedingter Erkrankungen in der sozialwissenschaftlichen Forschung für die Ermittlung bestimmter Risiken über das Entstehen frühinvaliditätsrelevanter Erkrankungen als durchaus tragfähig angesehen werden (vgl. v. FERBER/SLESINA 1981; MÜLLER 1981; BRAUN et.al. 1982; SLESINA 1987). (Im Hinblick auf die folgenden Ausführungen muß betont werden, daß hier nur Untersuchungsansätze behandelt werden, die die Arbeitsbedingtheit von chronischen Krankheiten zu lokalisieren versuchen, mit dem Ziel ihrer Prävention durch betriebliche Arbeitsschutzmaßnahmen).

Dem Kausalmodell als Grundlage des arbeitsmedizinischen Forschungsansatzes stehen epidemiologische, sozialmedizinische und medizinsoziologische Forschungsansätze gegenüber, die die soziale Bedingtheit bei der Krankheitsentstehung betonen (soziogenetisches Paradigma) (im Überblick vgl. WALTZ 1981:40 ff.). Krankheit beruht danach - verkürzt dargestellt - nicht, wie in der rein naturwissenschaftlich orientierten Medizin vorherrschend, auf nur einer (somatischen) Ursache, sondern auf einer "multifaktoriellen Genese", wobei eine hierarchische Wirkung von sozialen und ökologischen Einflüssen (tertiäre Risikofaktoren) auf die Psyche und das Verhalten (sekundäre Risikofaktoren) ausgeht. Dies kann wiederum zu Organreaktionen (primäre Risikofaktoren) und schließlich zur Entstehung von Krankheit führen (vgl. SCHAEFER/BLOHMKE 1972:165 ff.; PLANZ 1973: 11 ff.).

Bezogen auf die Analyse der Arbeitsbedingtheit von chronischen Krankheiten werden, über die Ermittlung schadstoffgebundener Gefahren hinausgehend, mögliche negative Risiken in der sozialen Arbeitsumwelt (Belastungen), die auf den einzelnen über- bzw. unterfordernd wirken (Beanspruchung), erforscht. Als Indikatoren hierfür können u.a. Daten zur Arbeitsunfähigkeit dienen, wobei unterstellt ist, daß es sich bei chronischen Krankheiten um wiederkehrende Krankheitszustände handelt, deren Schweregrad bzw. Krankheitswert Arbeitsunfähigkeit bedingt. Darüber hinaus wird von einer konstanten Beziehung der chronischen Krankheiten zu innerbetrieblichen Belastungs- und Beanspruchungsschwerpunkten (Risikosituation) ausgegangen, die sich durch unterschiedlich verteilte Häufigkeiten des Auftretens dieser

Krankheiten (Prävalenztabelle) statistisch nachweisen lassen (v.FERBER/SLESINA 1981:40).

Im Unterschied zum Kausalmodell, wonach nur derjenige erkranken kann der einer Noxe ausgesetzt war, räumt die hier beschriebene Vorgehensweise ein, daß nicht nur Personen relativ häufiger erkranken die der Risikosituation ausgesetzt sind, sondern auch diejenigen, die ihr nicht ausgesetzt sind durchaus erkranken können (vgl. ebenda:41).

Zur Frage inwieweit bestimmte chronische (degenerative und funktionelle) Erkrankungen auf spezifische Arbeitseinflüsse zurückführbar sind, liegen auf der Grundlage des Risikofaktorenkonzepts zahlreiche Untersuchungen vor, die diesen Zusammenhang bestätigen (vgl. im Überblick z.B. KARMAUS et.al. 1979; v.FERBER/STANDFEST 1981; HAUB (Hrsg.) 1982; FRICZEWSKI et.al. 1982). Im folgenden wird hierauf näher eingegangen, wobei weniger die Ergebnisse, bezogen auf Einzelerkrankungen, als vielmehr die methodische Vorgehensweise und die theoretischen Konzepte derartiger Untersuchungen erörtert wird.

1.1.1 Methodik und Datengrundlage für die Ermittlung der Arbeitsbedingtheit chronischer (Verschleiß-) Krankheiten

Die Ermittlung des arbeitsbedingten Einflusses bei der Entstehung von Krankheiten erfolgt mittels methodisch kontrollierten Gruppenvergleichs. Zu berücksichtigen ist dabei, auf welcher Ebene derartige Forschungen angesiedelt sind. Sie können überbetrieblich als Branchen - oder Berufsgruppenvergleiche oder als betriebsepidemiologische Untersuchungen durchgeführt werden. Das Untersuchungsdesign hängt ab von den zur Verfügung stehenden Daten (im Überblick vgl. GREISER 1981:9 ff.; SLESINA 1987:6 ff.). Für eine große Zahl von diesbezüglichen Untersuchungen stellen die prozeßproduzierten Daten der gesetzlichen Krankenversicherungsträger die empirische Datenbasis dar.

Als ein Indikator des Krankheitsgeschehens findet häufig der "amtliche Krankenstand" Verwendung (Statistiken des Krankenstandes werden in regelmäßigen Abständen u.a. im BUNDESARBEITSBLATT, das vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung herausgegeben wird, veröffentlicht).

Dieser, nur wenig differenzierte Indikator bezeichnet das Verhältnis der zu einem Stichtag (bescheinigt) arbeitsunfähigen gemeldeten Pflichtmitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse zu deren Gesamtzahl. Er erfaßt damit nicht etwa Krankheit oder eine bestimmte Krankheitsart, sondern das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, ausgestellt durch den behandelnden Arzt, der aufgrund eines konkreten Krankheitsbildes eines Arbeitnehmers dessen Arbeitsunfähigkeit bescheinigt.

Krankenstandsuntersuchungen haben vor allem im Zusammenhang mit der Wirtschaftsentwicklung (konjunkturelle Abhängigkeit) Bedeutung erlangt (vgl. z.B. PREISER/ SCHRÄDER 1983). Ergebnisse über Unterschiede bei der Entwicklung des Krankenstandes liegen unter alters-, geschlechts- und herkunftsspezifischen Merkmalen sowie nach Ländern, Regionen und Kassenarten vor (vgl. im Überblick BÜRKHARDT/OPPEN 1982; BEHREND 1983; PFAFF et. al. 1986).

Differenzierter als die amtliche Krankenstandsstatistik sind die Krankheitsartenstatistiken der Krankenkassen, insbesondere der Allgemeinen Ortskrankenkassen und der Betriebskrankenkassen. Hierbei wird die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die Anzahl und Dauer der stationären Behandlung, u.a. nach Geschlechtszugehörigkeit und Altersgruppen ausgewiesen.

GEORG et.al. (1982) haben auf der Grundlage einer Querschnittsanalyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten der Mitglieder der Betriebskrankenkassen im Jahr 1980 sowohl branchen- als auch arbeitsbereichsspezifische Beanspruchungs- und Belastungsschwerpunkte, die mit hohen Fallzahlen von Arbeitsunfähigkeiten verbunden sind, ermitteln können. Differenzierungen hinsichtlich der Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeitsfälle werden danach insbesondere unterhalb der Branchen in jeweiligen Betriebsbereichen deutlich. Die höchste Zahl von AU-Fällen je 100 Versicherte weisen sowohl die Männer als auch die Frauen des produzierenden Gewerbes auf. Es folgen Verkehr, Handel und Verwaltung. Nach Arbeitsbereichen gegliedert finden sich hohe Anteile von AU-Fällen im Fahrzeugbau (Männer und Frauen). In der Textilindustrie sind die Spinnereien (Männer) und die Färbereien (Frauen) stark überrepräsentiert. Innerhalb der Druckindustrie sind für Frauen im Bereich der allgemeinen Dienste und in der Wei-

terverarbeitung die höchsten AU-Häufigkeitsraten auffällig. Sie werden allerdings von den Männern im Produktionsbereich der allgemeinen Dienste noch übertroffen.

Bezogen auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ergibt sich für die Arbeitsbereiche eine andere Verteilung. Danach sind Frauen in der Elektrotechnik/Optik, der Textilerzeugung, der chemischen Industrie und der Druckindustrie länger arbeitsunfähig als die männlichen Pflichtversicherten. Männer weisen demgegenüber in den Zweigen Nahrung, Steine/ Erden/Keramik und Maschinenbau längere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf (vgl. GEORG et. al. 1982:304).

Derartige Populationsstudien auf der Basis von Arbeitsunfähigkeitsfällen, wie sie von den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern erfaßt werden (vgl. z.B. auch MÜLLER 1981; BEHRENS/VOGES 1990), können durchaus Hinweise auf die Verteilung besonderer Belastungs- oder Verschleißschwerpunkte geben, sind aber aufgrund ihres Allgemeinheitsgrades und methodischer Probleme, die mit einer diesbezüglichen Querschnittsanalyse verbunden sind ("confounding factors", "healthy worker effect"), für den Nachweis der Arbeitsbedingtheit von Krankheiten mit dem Ziel ihrer Prävention wenig geeignet und somit nur als ein erster Schritt in die richtige Richtung zu werten (vgl. kritisch hierzu RUTENFRANZ 1983:259 f.; KENTNER/VALENTIN 1986:29 ff.).

SCHRÖER/v.FERBER (1987) sehen in der Verwendung personenbezogener Arbeitsunfähigkeitsdaten im Langzeitvergleich, die zu sogenannten Patientenkarrerien (Geburtsjahr, Tätigkeitsbereich, Leit- und Zusatzdiagnosen, Dauer der AU) aufbereitet werden, eine geeignetere Möglichkeit der Risikoerkennung und damit der Selektion einzelner Personen mit beginnenden gesundheitlichen Problemen (Krankheitsfrüherkennung) oder von Personen aus gesundheitlichen Risikopopulationen (primäre Prävention) (ebenda:38).

Das Ziel dieser Untersuchung wird in einer Verbesserung der Einbestellpraxis durch den Vertrauensärztlichen Dienst gesehen, wobei auf der Grundlage der gewonnenen Informationen gemeinsam mit den betrieblichen Instanzen (Arbeitgeber, Betriebsrat, Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit) Strategien zur Gesundheitsvorsorge entwickelt werden können (ebenda:39).

Schließlich liegen Forschungsarbeiten vor, die auf der Ebene des Einzelbetriebes Daten erheben. Grundlage derartiger betriebsepidemiologischer Untersuchungen können sowohl Befragungs- und Beobachtungsdaten sein als auch Daten, die im betrieblichen Verwaltungsablauf anfallen (z.B. Daten der Betriebskrankenkassen, des Betriebsärztlichen Dienstes usw.). Aufgrund der hier gegebenen möglichen Vergleichbarkeit von subjektiven Befindensäußerungen mit ergonomisch meßbaren Arbeitsanforderungen und -belastungen und medizinischen Untersuchungsbefunden erscheint diese Vorgehensweise gegenüber dem überbetrieblichen epidemiologischen Untersuchungsansatz für die Analyse der Arbeitsbedingtheit von chronischen Krankheiten mit dem Ziel ihrer Prävention besonders geeignet (vgl. SLESINA 1987:25 ff.).

1.1.2 Theoretische Ansätze/Konzepte für die Ermittlung der Arbeitsbedingtheit chronischer (Verschleiß-) Krankheiten

Als forschungsleitend für derartige Analysen haben sich vor allem zwei theoretische Konzepte durchgesetzt:

- das Belastungs-Beanspruchungskonzept,
- das Konzept des psychosozialen Stresses.

1.1.3 Zum Belastungs-Beanspruchungskonzept

Grundannahme des Belastungs-Beanspruchungskonzepts ist ein "mechanistischer" Zusammenhang, wonach Arbeitsbelastungen, vermittelt durch persönliche Merkmale des Arbeitenden, zu individuellen Beanspruchungen führen. Die langfristig pathogene Relevanz von Belastungen beruht auf ihrer zeitlichen, situativen und quantitativen Kumulation, wobei das Erkrankungsrisiko entweder unmittelbare Folge der Belastungskumulation ist oder durch die Überschreitung eines Dauerleistungsgrenzwertes (z.B. Ermüdung) entsteht. Als intervenierende Variable ist in diesem Zusammenhang die personenspezifische "Belastbarkeit" einzubeziehen (vgl. ROMERT 1973).

Dieses Konzept, das vor allem arbeitsmedizinischen und ergonomischen Untersuchungen zugrunde liegt (zur Abgrenzung dieser Wissenschaftsbereiche untereinander und gegenüber

der Sozialmedizin vgl. DFG 1980:12 ff.), wurde aufgrund seines Allgemeinheitsgrades zunehmend ergänzt und differenziert. Dies bezieht sich insbesondere auf die Analyse der Arbeitsbelastungen (Tätigkeitsanalyse), die in einen komplexen Zusammenhang (System Mensch-Arbeit) gestellt werden (vgl. LAURIG 1982: 27ff.).

Gegenüber dem allgemeinen Belastungs-Beanspruchungs-konzept, das den Menschen lediglich in seiner psychophysischen Konstitution - als intervenierende Variable - einbezog, berücksichtigt das erweiterte Konzept nunmehr auch die Frage, inwieweit der Beschäftigte bereit ist, sich den an ihn gestellten Arbeitsbelastungen zu unterwerfen, und die Art und Weise ihrer Bewältigung. Die Reaktionsmuster (aktiv-leistungsorientiert oder passiv-beanspruchungsminimierend) werden gemäß dieses Konzepts als "Aktivität" bezeichnet (ROMERT/RUTENFRANZ 1975:23 ff.). In zeitlicher Hinsicht kann der Umfang der Beanspruchung des einzelnen zu oder abnehmen, je nachdem, wie er auf die Arbeitsbelastungen, denen er ausgesetzt ist, reagiert. So kann z.B. trotz gleichbleibender Belastungen die Beanspruchung aufgrund von Gewöhnung, Training usw. abnehmen. Andererseits kann dauerhafte Beanspruchung aber auch zu Funktionsminderungen des Organismus und damit zu Erkrankungsrisiken führen. In diesem Fall steigt die Beanspruchungshöhe trotz gleichbleibender Belastungen (vgl. ebenda:25).

Als eine Aufgabe der Arbeitsmedizin und der Ergonomie wird die Ermittlung von Schwellenwerten, wie der sogenannten Dauerleistungsgrenze, angesehen. Diese ergibt sich bei körperlicher Arbeit, z.B. aus der Feststellung von Veränderungen der Pulsfrequenz oder aus der irreversiblen Abnahme der Funktionsfähigkeit eines Organs bzw. des Organismus (Ermüdung) (vgl. ausführlich ROHMERT 1973; ZIMMERMANN (HRSG.) 1982). Deutlich schwieriger stellt sich die Ermittlung von Schädigungsgrenzen bei mentaler und emotionaler Belastung dar. Hierfür hat das ergonomische Belastungs-Beanspruchungskonzept bislang nur unzureichend Antworten gefunden.

Nach dem ergonomischen Konzept treten pathogene Belastungen in der Regel nur oberhalb der ermittelten Schädigungsgrenzen auf, die innerhalb der Arbeitssituation (Arbeitsrhythmus) durch Erholzeiten nicht kompensierbar sind. Implizit ist dieses Konzept auf die Ermittlung kurzzeitiger Krank-

heitsrisiken ausgerichtet, da es die Möglichkeit der Mitbedingtheit langfristiger Arbeitsbelastungen, die unterhalb der Dauerleistungsgrenze liegen, für das Entstehen chronischer Krankheiten unberücksichtigt läßt. Dem Belastungs-Beanspruchungskonzept fehlt damit die Langzeitperspektive.

Darüber hinaus werden kritische Einwände gegenüber dem erweiterten Belastungs-Beanspruchungsmodell der Arbeitswissenschaft von seiten der Arbeits- und Medizinsoziologie erhoben, wobei vor allem auf analytische Kürzen dieses Konzepts aufmerksam gemacht wird (vgl. FRICZEWSKI et. al. 1982:25 ff.; SLESINA 1987:51 ff.). Arbeitsbelastungen sind danach nicht auf bloße Sachinhalte (spezielle Arbeitsaufgaben und Arbeitsanforderungen) begrenzt, sondern sind vielmehr in einen sozial-normativen Kontext eingebettet (soziale Formen der Durchsetzung der Arbeitsbelastungen, soziale Anpassungszwänge, Kontrollen, Sanktionen). Die Berücksichtigung des normativen Charakters ermöglicht es nach dieser Auffassung, sowohl die Handlungsgründe des einzelnen als auch den emotionalen Lastcharakter der Arbeitsbelastungen soziologisch zu hinterfragen.

Die sozialepidemiologische und medizinsoziologische Kritik an dem Belastungs-Beanspruchungskonzept bezieht sich auch auf die Berücksichtigung des Beschäftigten als bloßem Träger individueller, typologischer Merkmale, dessen Arbeitshandeln im Aktivitätsbegriff als energetisch-mentales Tätigsein nur verkürzt erfaßt ist. Arbeitshandeln wird demgegenüber als "soziales Handeln" verstanden. Der Beschäftigte nimmt eine betriebliche Position (Rolle) ein, mit der bestimmte offizielle und inoffizielle Verhaltenserwartungen verknüpft sind. Er nimmt die normative Geltung der Arbeitsanforderungen (-belastungen) wahr und setzt sie in "normerfüllende Handlungen" um (SLESINA 1987:61). Von Bedeutung in diesem Zusammenhang ist der Begriff des Selbstzwanges, womit die antizipierende Anwendung betrieblicher Normen und Sanktionen bei der Handlungssteuerung seitens des Beschäftigten gemeint ist. Die Bereitschaft zur Übernahme von Belastungen, die für ihn auch mit Überforderung verbunden sein kann, ist dabei abhängig von dem Grad der Identifizierung mit den Arbeitsanforderungen und ihrem positiven Prestige- und Sanktionswert oder aber von der Angst vor Lohn- und Statusverlust.

Wenn gleich die Bereitschaft der Erfüllung betrieblicher sanktionsbesetzter Verhaltenserwartungen in der Arbeitssituation als sehr hoch einzuschätzen ist, muß allerdings die gesamte Handlungsorientierung des Beschäftigten, wie z.B. persönliche Ziele, der (erlernte) soziale Standard des Zumutbaren sowie die Bewertung der Angemessenheit von Leistungsanforderungen und finanzieller Kompensation (Lohnhöhe) berücksichtigt werden (vgl. ebenda).

Über die betrieblich-normativen Leistungsanforderungen, die an ihn gestellt werden, und über seine persönlichen Merkmale hinaus ist das Leistungsverhalten eines Beschäftigten ebenso im Kontext der jeweiligen Arbeitsgruppe (Kollegen) zu sehen. Von hier können nicht nur bestimmte Gruppenstandards bezüglich des Leistungsniveaus ausgehen, sondern auch gegenseitige Unterstützung ("social support") und Hilfeleistungen.

SLESINA bezeichnet den betrieblichen Normen-, Kontroll- und Sanktionszusammenhang als einen "symbolisch-interpretativen" und "symbolisch-interaktiven Konditionalzusammenhang", der auf die Beschäftigten als Belastung im Sinne der stets gegenwärtigen Fehler- und Sanktionsmöglichkeiten wirkt. Hierbei handelt es sich um bedeutungshafte, d.h. wahrnehmungs- und interpretationsgebundene Belastungen (ebenda:62).

Da sich nach diesem handlungssoziologischen Ansatz der faktische Belastungscharakter der Arbeit aus der Wechselwirkung des sinnhaft orientierten Verhaltens der Person gegenüber der Situation entwickelt bzw. konkretisiert, scheint dieser theoretische Ansatz letztlich nur eine individualisierte Sichtweise der Belastungsanalyse zuzulassen. SLESINA weist demgegenüber darauf hin, daß durch die Berücksichtigung des betrieblich sozial-normativen Kontext, in den die spezifischen Arbeitsbelastungen eingebettet sind und der zu ihrer Durchsetzung beitragen soll, die individuelle Verhaltensvarianz eingeschränkt ist. Aufgrund der sozial-normativen Festlegung einer betrieblichen Tätigkeit bzw. Position ergibt sich für verschiedene Beschäftigte, die die gleiche Tätigkeit ausüben bzw. die gleiche Position einnehmen, ein relativ einheitlicher Belastungskern (ebenda:64).

Das hier dargelegte theoretische Konzept einer betriebsepidemiologischen Arbeitsanalyse bezieht die subjektive Kom-

ponente (subjektive Wahrnehmung, Alltagsinterpretation) der Betroffenen in die Belastungsanalyse ein und ermöglicht somit einen soziologischen Zugang für die Ermittlung der Arbeitsbedingtheit von Krankheiten bzw. der Entstehung von Krankheitsrisiken.

1.1.4 Zum Konzept des psychosozialen Stresses

Für die Erfassung arbeitsbedingter Krankheitsrisiken hat in den letzten Jahren zunehmend die Streßforschung einen Beitrag geleistet. Das ihr zugrundeliegende Streßkonzept zeigt Parallelen zum Belastungs-Beanspruchungskonzept, geht allerdings in vielen Punkten weit darüber hinaus, da es im stärkeren Ausmaß am soziogenetischen Paradigma der Krankheitsentstehung orientiert ist. Der Überblick von WALTZ (1981) zeigt, daß der Einfluß von psychosozialem Streß als Risikobedingung für verschiedene Krankheitsformen als empirisch gesichert anzusehen ist. Das Streßkonzept scheint auch dazu geeignet, Krankheitsursachen aufgrund physischer vor allem aber psycho-mentaler Belastungen in der Arbeitswelt zu ermitteln.

Grundlegend für den theoretischen Streßbegriff ist die Annahme einer herzustellenden Anpassungsleistung des Menschen an Veränderungen seiner Lebensumwelt. Das Auftreten von physiologischen und/oder psychosozialen Stressoren verändert das angestrebte Gleichgewichtsverhältnis (Homöostase) und mobilisiert persönliche und soziale Ressourcen des Individuums. Sind die vorhandenen Ressourcen für die Anpassung an die veränderten Bedingungen nicht ausreichend bzw. mißlingt die Anpassungsleistung, so erhöht sich das Erkrankungsrisiko (im Überblick vgl. HEIM 1986:343 ff.).

Nach SELYE (1974) bedeutet Stress zunächst nur die rein physiologische Reaktion des Organismus (neuroendokrines Reaktionsmuster) auf Umwelteinflüsse, die auf das Gleichgewichtsverhältnis störend einwirken und damit eine Anpassungsleistung erfordern (allgemeines Adaptionssyndrom). Das physiologische Reaktionsmuster (Streß) ist dabei eher gleichförmig, während die Störgrößen (Stressoren) variieren können. Gelingt es dem Organismus nicht, aufgrund des Ausmaßes (Dauer, Häufigkeit, Intensität) der Störgrößen sich den veränderten Bedingungen anzupassen, erhält Streß eine pathogene Bedeutung.

Von der sozialwissenschaftlichen Forschung wurde am physiologischen Streßmodell kritisiert, daß es die emotionale Bedeutungswahrnehmung und -bewertung der Stressoren weitgehend außer acht läßt. Über Einflüsse wie z.B. Hitze, Kälte, Lärm usw. hinaus, ist der einzelne auch Stressoren ausgesetzt, die seinem psychosozialen Umfeld entstammen. Die Art und Weise individueller Wahrnehmung der psychischen und sozialen Umwelteinflüsse entscheidet über das pathogene Risiko. Psychosoziale Stressoren können langfristiger (chronischer) Natur sein und mit der sozialen Lebenssituation im Zusammenhang stehen. So haben sich zahlreiche Forschungsarbeiten bereits schon früh mit Einflüssen der sozialen Lage (z.B. MOSSE/TUGENDREICH (HRSG.) 1913 (1981); ABHOLZ (HRSG.) 1976; OPPOLZER 1986), des sozialen Wandels (z.B. PFLANZ 1962 (1986)) oder soziokulturellen Einflüssen (SIEGRIST 1975) auf die Krankheitsentstehung befaßt.

Mit der Bedeutung eher kurzzeitiger Veränderungen der psychosozialen Lebensumwelt für die Auslösung psychischer und somatischer Krankheiten hat sich die "Life-event-Forschung" beschäftigt (vgl. im Überblick HEIM 1986:355 ff.). Die mehr oder minder plötzlich eintretende Veränderung der individuellen Lebensbezüge, wie z.B. der Tod des Ehepartners, Scheidung usw., kann zu einer Lebenskrise führen und dadurch zur Krankheitsauslösung beitragen. Dies gilt insbesondere für Fälle, in denen der Betroffene bereits dauerhaften Belastungen ausgesetzt ist und bestimmte psychische Dispositionen (z.B. Typ-A-Verhalten, vgl. z.B. BADURA et.al. 1987 a) entwickelt hat.

Neben den lebensweltlichen Einflüssen, die als Stressoren wirken können, sind selbstverständlich auch Einflüsse der Arbeitswelt in ihrer Bedeutung für die Krankheitsentstehung untersucht worden (vgl. z.B. KARMAUS et. al. 1979). Auch hierbei ist zwischen langfristig wirkenden Stressoren, die sich z.B. aus der organisatorischen und zeitlichen Struktur der Arbeit ergeben oder mit dem Ausmaß der Verantwortung am Arbeitsplatz zusammenhängen (z.B. Nacht- und Schichtarbeit, Lärm, Monotonie, Funktionskontrolle, Leitungstätigkeit) und kurzzeitig wirkenden Einflüssen (z.B. Arbeitsplatzwechsel, Abgruppierung, Entlassung, Pensionierung usw.) zu unterscheiden.

Dem psychosozialen Streßkonzept zuzuordnende zentrale Begriffe sind "coping" und "social support" (vgl. BADURA 1981). Während "coping" das intraindividuelle Bewältigungs- bzw. Reaktionsverhalten des einzelnen meint, bezieht sich "social support" auf die interindividuellen Hilfe- und Unterstützungssysteme (z.B. Familie, Freunde usw.). Das körperliche und/oder psychische Krankheitsrisiko (zu erklärende Variable) hängt ab vom Wechselverhältnis der Stressoren zu den persönlichen und sozialen Ressourcen. Inwieweit bei den Betroffenen aufgrund eingetretener Veränderungen tatsächlich eine negative Streßreaktion (Disstreß) eintritt, die Anpassungsleistung friktionslos erfolgt oder sogar ein eher positiver Stimulus (Eustreß) ausgelöst wird, ist abhängig von der individuellen Situationsbewertung. Soziologisch gesehen, kann die Bewertung und soziale Deutung ("Sinnggebung") z.B. als erlernt (Sozialisationsaspekt) angesehen werden (vgl. SELIGMAN 1979; SCHNABEL 1988) und/oder durch die sozialstrukturelle Eingebundenheit des Betroffenen als sozial vermittelt (Rollen- oder Handlungssoziologischer Aspekt (vgl. SLESINA 1987)).

Der psychosozialen Streßforschung liegen verschiedene kausale theoretische Modellannahmen zugrunde (vgl. WALTZ 1981:52 ff.).

So wird zum einen von der Bestimmung des Ausmaßes der persönlichen und sozialen Ressourcen durch die Höhe und Stärke der einwirkenden Stressoren ausgegangen. Der Anstieg der Stressoren kann dabei entweder zu einer Verstärkung der Ressourcen führen oder aber zu einer Schwächung der Anpassungsfähigkeit und damit zur Entstehung von Krankheit ("triggering model").

Nach einer anderen Modellkonstruktion wird das Ausmaß der Stressoren und damit das Gesundheitsrisiko von den vorhandenen Ressourcen bestimmt. Die Art, wie die Stressoren kognitiv wahrgenommen werden oder aber das vorhandene soziale Unterstützungssystem, mindert den Einfluß der Stressoren und schützen das Individuum vor dem Erkrankungsrisiko ("shield model").

Sind die persönlichen und sozialen Ressourcen für die Bewältigung der jeweiligen Lebenssituation nicht oder nicht ausreichend geeignet, kann dies im gleichen Maße krankheitsauslösend sein wie das Ausmaß der einwirkenden Stres-

soren. Bei dieser Modellannahme wirken Stressoren und Ressourcen in direkter und additiver Weise auf die Krankheitsentstehung ein ("additiv model").

Ein hieran anschließendes viertes Modell geht davon aus, daß Individuen dauerhaften (chronischen) Belastungen und sozialen Stressoren ausgesetzt sind. Stärker als bei den anderen Modellen wird hier die Langfristperspektive betont. Der Zusammenhang zwischen Stressoren und Krankheitsrisiko ist latent vorhanden. Die Wahrscheinlichkeit aber, daß eine Person erkrankt oder nicht, wird wiederum von den bestehenden Ressourcen (Kontrollvariable) bestimmt, die den Betroffenen gegenüber psychischen und somatischen Störungen immunisieren ("interactive" oder "buffering model").

Auf der Grundlage der hier nur verkürzt dargelegten Modelle wurden von der Sozialepidemiologie die psychosozialen Ursachen für die Entstehung verschiedener chronischer Krankheitsarten nachgewiesen (vgl. im Überblick BLOHMKE et.al. 1977). Am weitesten fortgeschritten ist dabei die Ursachen- und Verlaufsanalyse für koronare Herzkrankheiten (vgl. SIEGRIST et. al. 1980; MASCHEWSKY/SCHNEIDER 1982; BADURA et. al. 1987). Aber auch zur Ätiologie von Krankheiten des rheumatischen Formenkreises sowie Krebserkrankungen liegen diesbezügliche Untersuchungsergebnisse vor (vgl. z.B. ZINK 1987; KRAEMANN/LAASER/SCHACH (HRSG.) 1987).

Die hier dargelegten Ausführungen zur empirischen Vorgehensweise medizinsoziologischer und sozialmedizinischer Untersuchungen sowie die Erörterung der theoretischen Ansätze des Belastungs-Beanspruchungskonzepts und des psychosozialen Stressfaktoren-Konzepts sollten deutlich machen, daß für eine wissenschaftlich begründete Analyse eines Zusammenhangs zwischen Arbeitsplatzanforderungen und Krankheitsentstehung soziale und individuelle Vermittlungsprozesse von ausschlaggebender Bedeutung sind. Erst die Berücksichtigung der sozial vermittelten Bewältigung und Bedeutungswahrnehmung alltäglicher Lebens- und Arbeitsanforderungen ermöglicht den Zugang für die Erklärung der Entstehung frühinvaliditätsrelevanter (chronischer) Krankheiten.

Selbst wenn man unzulässigerweise Frühinvalidität als Indikator für arbeitsbedingten Gesundheitsverschleiß interpretiert, wird die bloße Rückführung der diesbezüglichen medi-

zinischen Befunde allein auf Arbeitsbelastungen der Ätiologie dieser Krankheiten nicht gerecht.

Eine Argumentation, die Ursachen für die Entstehung von Krankheiten ausschließlich auf Arbeitsbedingungen reduziert, kann sich empirisch nur auf arbeitsmedizinisch eindeutig nachgewiesene und gesetzlich anerkannte Berufskrankheiten berufen. Auch der Hinweis auf die "Arbeitsbedingtheit" für die Erklärung der Ursachen von chronischen Verschleißkrankheiten greift zu kurz, wenn sich die Betrachtung allein auf die arbeitsweltlichen Bedingungen konzentriert. In die wissenschaftliche Analyse der Entstehungsbedingungen von Erkrankungen, die gegenwärtig zur Frühinvalidität führen, müssen die Vermittlungsprozesse zwischen den Dimensionen der Arbeits- und Lebenswelt Berücksichtigung finden. Hierin sind soziale und individuelle Faktoren einzubeziehen.

1.2 Die Arbeitsmarktthese

Frühinvalidität und Arbeitslosigkeit stellen unterschiedliche soziale Risiken im Bereich des Systems der Sozialen Sicherung dar. Die Sicherungsleistungen liegen im Fall der Arbeitslosigkeit bei der Arbeitslosenversicherung (Bundesanstalt für Arbeit) und im Fall der Berufs- und/oder Erwerbsunfähigkeit bei den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung. Aus der Sicht der Sozialversicherungsträger ist es nicht zuletzt aus finanziellen Aspekten geboten, diese Risiken eindeutig voneinander abzugrenzen und dem zuständigen Sicherungszweig zuzuordnen.

In der sozialpolitischen Diskussion wird häufig eine arbeitsmarktpolitische Instrumentalisierung der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitrenten behauptet. Frühinvalidität stelle demnach einerseits ein Ventil der Ausgliederung älterer und/oder leistungsgeminderter Erwerbspersonen aus dem Arbeitsmarkt dar (vgl. z.B. BÄCKER 1982). Zum anderen sei die nunmehr seit Jahren andauernde strukturelle Beschäftigungskrise für ältere Arbeitnehmer als Ursache für die Zugangsentwicklung bei den Frühinvaliditätsrenten anzusehen.

Bei diesem Erklärungsansatz sind drei Aspekte zu unterscheiden. Es wurde bereits bei der Darstellung der Besonderheiten der Frühinvalidisierung gegenüber arbeitsmarktpo-

litischen Regelungen, wie z.B. der 59er Regelung oder dem Vorruhestandsgesetz usw., gezeigt (Teil A), daß von einer Instrumentalisierung der Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit als gezielte und massenhafte betriebliche Ausgliederungsstrategie schon deshalb kaum gesprochen werden kann, da allein der Träger der Rentenversicherung bzw. die Sozialgerichtsbarkeit über die Rentengewährung entscheidet. Dies erfolgt immer auf der Grundlage des Einzelfalles. Aus betrieblicher Sicht ist dieser Aspekt der Arbeitsmarktthese nicht zutreffend.

Im Rahmen der Darstellung der quantitativen Zugangsentwicklung (Teil B) wurde auf den strukturierenden, unmittelbaren Einfluß der Arbeitsmarktsituation auf die Rentenarten der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit ausführlich eingegangen. Dieser Einfluß beruht auf der veränderten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur sogenannten "konkreten Betrachtungsweise" bei der Rentenbewilligung. Die Einbeziehung bzw. Prüfung der konkreten Arbeitsmarktlage erfolgt bei dem einzelnen Versicherten, wenn sein Leistungsvermögen in zeitlicher Hinsicht eingeschränkt ist, d.h. er weniger als acht Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit ausüben kann. Die These, daß die Arbeitsmarktentwicklung eine wesentliche Ursache für die Frühinvaliditätszugänge darstellen würde, trifft in diesem Zusammenhang zu, kann sich allerdings nur auf einen Teilbereich des Arbeitsmarktes beziehen. Da Teilzeitbeschäftigungen für Männer ohnehin und für Frauen bereits seit Jahren nicht in nennenswertem Umfang auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, hat sich diese Entwicklung in der Tat auf das Frühinvaliditätsgeschehen seit 1969 und insbesondere nach 1976 ausgewirkt.

Neben dem unmittelbaren Einfluß des Teilzeitarbeitsmarktes auf das Frühberentungsgeschehen wird nach dem arbeitsmarktpolitischen Erklärungsansatz für die Entwicklung der Frühinvalidität ein grundsätzlicher Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Arbeitslosigkeit und der Frühberentung behauptet. Die Entwicklung der Frühinvalidität folgt demnach der Entwicklung des Arbeitsmarktes. Somit müßten die Zugangshäufigkeiten in Phasen hoher Arbeitslosigkeit steigen und bei relativer Vollbeschäftigung entsprechend sinken.

Wie hoch der Anteil derjenigen Frührentner ist, der aus dem Zustand der Arbeitslosigkeit in die Frührente überwechselt,

läßt sich den veröffentlichten Statistikdaten des VDR nicht entnehmen. Im folgenden wird deshalb der Frage nachgegangen, ob ein diesbezüglicher Zusammenhang mittels der Entwicklung der Arbeitslosenquoten, als Indikator für die Arbeitsmarktentwicklung, feststellbar ist. Grundlage hierfür sind die Stichtagsdaten über die Strukturmerkmale der Arbeitslosen, die jährlich von der Bundesanstalt für Arbeit veröffentlicht werden (vgl. Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA), versch. Jahrgänge).

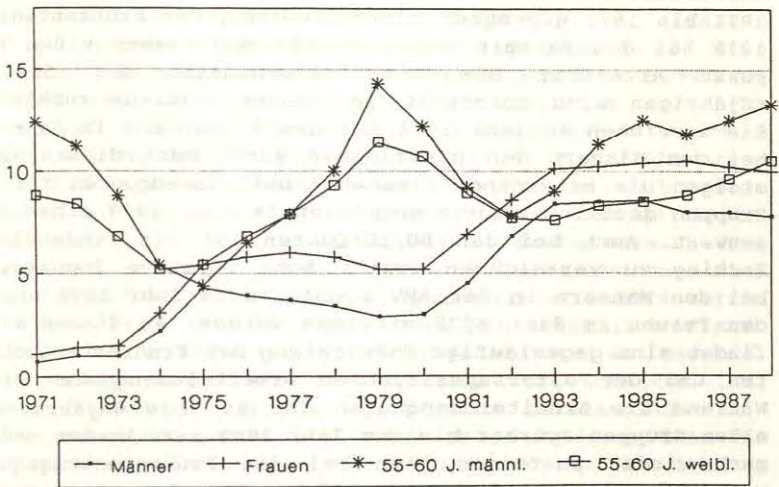
Die SCHAU BILDER XXXI UND XXXII (vgl. TABELLE 34) geben die Entwicklung der Arbeitslosenquoten von 1971 bis 1988 nach Geschlecht sowie die altersspezifische Arbeitslosenquote für die Gruppe der 55- bis 60jährigen unterschieden nach Angestellten und übrigen Berufsgruppen, wieder. Diese Vergleichsgruppe wurde deshalb gewählt, da, wie bereits festgestellt, die Frühberentung wegen BU/EU ein altersspezifischer Prozeß ist, wobei die Altersgruppe der 55- bis 60jährigen die relativ höchsten Anteile aller Frühberenteten aufweist.

Es zeigt sich eine gegenläufige Entwicklung zwischen der geschlechtsspezifischen Arbeitslosenquote insgesamt und der altersspezifischen Quote für die 55 - 60jährigen, wobei relativ diese Altersgruppe besonders stark vom Zustand der Arbeitslosigkeit betroffen ist (SCHAU BILD XXXI). Dies gilt für die Männer ebenso wie für die Frauen. Auffällig ist, daß die Arbeitslosenquote der Frauen insgesamt deutlich über der für die Männer im gesamten betrachteten Zeitraum liegt, während die Quoten für die 55- bis 60jährigen Frauen mit Ausnahme der Jahre 1975 und 1976 teilweise erheblich unter der entsprechenden Quote der Männer verläuft. Dies läßt den Schluß zu, daß - relativ betrachtet - höhere Anteile von Frauen in jüngeren Altersjahren von Arbeitslosigkeit betroffen sind als dies bei den Männern der Fall ist.

Die Unterscheidung nach Berufsgruppen (SCHAU BILD XXXII) zeigt, daß die Arbeitslosenquote bei den 55- bis 60jährigen Frauen in Angestelltenberufen durchgängig geringer ist als für die sonstigen Berufsgruppen. Bei den Männern haben sich die entsprechenden Arbeitslosenquoten deutlich anders entwickelt. Ab dem Jahr 1980 weist die Quote für die Angestelltenberufe teilweise erheblich höhere Werte auf als für die 55- bis 60jährigen in den sonstigen Berufsgruppen.

Schaubild XXXI:

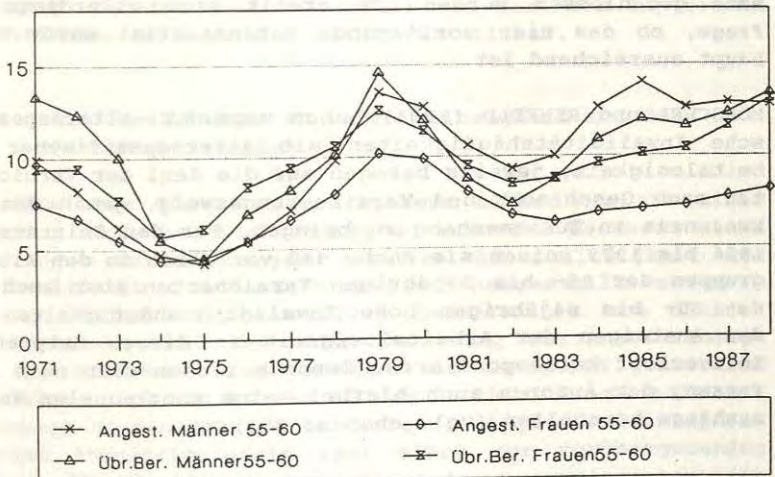
Entwicklung der Arbeitslosenquote nach Geschlecht und Alter



Quelle: Amtliche Nachrichten der BA, versch. Jahre

Schaubild XXXII:

Entwicklung der Arbeitslosenquote nach Geschlecht, Alter und Berufsgruppen



Quelle: Amtliche Nachrichten der BA, versch. Jahre

Vergleicht man die Entwicklungsverläufe der Arbeitslosenquoten mit denen der Rentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (vgl. SCHAUBILD IX), zeigt sich zunächst ein deutlicher Anstieg der Arbeitslosenquote insgesamt von 1971 bis 1975 gegenüber einem Rückgang der Frührenten, der 1973 bei den Männern und 1974 bei den Frauen einen Tiefpunkt erreicht. Die Arbeitslosenquoten der 55- bis 60jährigen sind ebenfalls in diesem Zeitraum rückläufig. Sie erreichen im Jahr 1974 bei den Frauen und im Jahr 1975 bei den Männern den niedrigsten Wert. Nach diesen Jahren steigen die altersspezifischen Arbeitslosenquoten für alle Gruppen deutlich an und erreichen im Jahr 1979 einen Spitzenwert. Auch bei den BU/EU-Quoten ist ein tendenzieller Anstieg zu verzeichnen, wobei hohe relative Zugangswerte bei den Männern in der ARV ebenfalls im Jahr 1979 und von den Frauen im Jahr 1978 erreicht werden. Ab diesen Jahren findet eine gegenläufige Entwicklung der Frührentenquotienten und der altersspezifischen Arbeitslosenquoten statt. Während die Arbeitslosenquoten der 55- bis 60jährigen in allen Gruppen spürbar bis zum Jahr 1982 zurückgehen und danach wieder ansteigen, ist bei den Frühberentungsquoten weiterhin ein ansteigender Trend bis 1983 bzw. 1984 festzustellen, der nach diesen Jahren merklich zurückgeht.

Aus dem Verlauf der altersspezifischen Arbeitslosenquoten und der Entwicklung der Frühinvaliditätsquoten kann auf keinen, auch zeitlich versetzten, unmittelbaren Zusammenhang geschlossen werden. Es stellt sich allerdings die Frage, ob das hier vorliegende Datenmaterial dafür überhaupt ausreichend ist.

MÖRSCHER und REHFELD (1981) haben versucht, altersspezifische Invaliditätshäufigkeiten mit altersspezifischer Arbeitslosigkeit, jeweils bezogen auf die Zahl der Versicherten nach Geschlecht und Versicherungszweig, gemäß dem Mikrozensus in Zusammenhang zu bringen. Für den Zeitraum von 1966 bis 1979 weisen sie nach, daß vor allem in den Altersgruppen der 55- bis 59jährigen Versicherten aber auch bei den 60- bis 64jährigen hohe Invaliditätshäufigkeiten mit dem Ansteigen der Arbeitslosigkeit in diesen Gruppen im Zeitverlauf korrespondieren. Dennoch lassen sich nach Auffassung der Autoren auch hierbei keine monokausalen Zusammenhänge herstellen (vgl. ebenda: 253).

Eine differenziertere Betrachtungsweise müßte darüber hinaus z.B. auch regionale und branchenmäßige Besonderheiten berücksichtigen. Eine regionale Vergleichbarkeit läßt sich aufgrund der Datenlage nur für den Bereich der Arbeiterrentenversicherung herstellen (vgl. RÜTH 1976, BEHREND 1987). Allerdings ergeben sich hierbei Probleme, die u.a. auf den unterschiedlichen regionalen Aufbau der Landesarbeitsämter und der Landesversicherungsanstalten zurückzuführen sind. Auch branchenbedingte Zusammenhänge zwischen der Entwicklung der Arbeitslosenzahlen und der Frührentenzugänge sind auf der Grundlage der verbandseigenen VDR-Statistik nicht ermittelbar. Ausnahmen stellen lediglich die Bereiche der knappschaftlichen Rentenversicherung (Bergbau), der Seekasse und der Bundesbahnversicherung dar, die über eine eigene Rentenversicherungsträgerschaft verfügen. Hierbei sind Besonderheiten des Rentenrechts wie z.B. die Rente wegen verminderter Berufsfähigkeit im Bergbau, die der Rente wegen Berufsunfähigkeit vorgeschaltet ist, ebenso zu beachten wie die spezifische strukturelle Entwicklung dieser Branchen (vgl. RÜTH 1976: 48ff.). Diese Umstände erschweren die Vergleichbarkeit mit der Entwicklung im Bereich der Arbeiter- und Angestelltenrentenversicherung wesentlich.

Wie die vorangehenden Ausführungen hinsichtlich des Erklärungswertes der Arbeitsmarktthese in Bezug auf das Frühinvaliditätsgeschehen zeigen, ist auf der Grundlage des zur Verfügung stehenden Datenmaterials ein direkter empirisch-statistischer Zusammenhang nicht nachweisbar.

1.2.1 Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand

Betrachtet man die Arbeitsmarktthese allerdings aus einer mehr soziologischen Sichtweise, so kann der Nachweis eines bestehenden Zusammenhanges zwischen Arbeitslosigkeit und Frühinvalidität zumindest theoretisch hergestellt werden.

Aus der Betroffenenperspektive, insbesondere von älteren Arbeitnehmern stellt sich die Bedeutung von Arbeitslosigkeit und Frühverrentung zunächst als lediglich gradueller Unterschied dar. In beiden Fällen handelt es sich in der Konsequenz um den Verlust der Arbeitstätigkeit. Prinzipiell bedeutet Arbeitslosigkeit zwar einen nur vorübergehenden Zustand, für die Älteren und/oder Leistungsgeminderten läßt

sich allerdings empirisch ein höheres Verbleibsrisiko (Dauerarbeitslosigkeit) nachweisen. Die Frühverrentung wegen Erwerbsminderung hingegen stellt die endgültige Beendigung des Erwerbslebens dar. In beiden Fällen sinkt in der Regel das Einkommensniveau, wobei die finanziellen Sicherungsleistungen im Fall der Frühverrentung unter der des Arbeitslosengeldes liegt. Allerdings bestehen auch qualitative Unterschiede im Hinblick auf die Selbst- und Fremdeinschätzung des jeweiligen sozialen Status. Während die Verrentung wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit den Endpunkt eines längeren Entwicklungsprozesses darstellt, der in den Rentnerstatus mündet, und somit eine grundsätzliche Neustrukturierung der Lebensverhältnisse für den Betroffenen ermöglicht, ist der Arbeitslosenstatus mit erheblicher Ungewißheit verbunden. Dies gilt vor allem dann, wenn es sich um einen längerandauernden Zustand handelt, dessen Ende nicht absehbar ist, und keine Möglichkeit eines vorzeitigen Rentenbezugs besteht (vgl. BRINKMANN 1982).

In diesem Zusammenhang ist nach der Bedeutung der Betroffenheit von Arbeitslosigkeit im Hinblick auf psychosoziale Belastungen zu fragen, da eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes infolge dieser Belastungen selbst wiederum als (früh-) rentenrelevanter Sachverhalt angesehen werden kann. Neben dem altersstrukturellen Einfluß für das Ausmaß der Dauer der Arbeitslosigkeit stellt vor allem der Gesundheitszustand bzw. der Grad gesundheitlicher Beeinträchtigung einen wichtigen, die Arbeitslosigkeit strukturierenden Faktor dar, der eine Wiedereingliederung in das Arbeitsleben deutlich erschwert (vgl. SCHETTKAT/SEMLINGER 1982; NOLL/BERGER 1983).

Zahlreiche empirische Untersuchungen haben die Bedeutung von Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand der Betroffenen untersucht (vgl. im Überblick z.B. LAND/VIEFHUES 1984; BONSS/HEINZE (HRSG.) 1984). Trotz unterschiedlicher theoretischer und methodischer Vorgehensweise weisen empirische Studien einen mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit negativen Einfluß auf die gesundheitliche Befindlichkeit und entsprechender Verhaltensweisen nach.

Allerdings kann dabei nicht von einem linearen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einer negativen Veränderung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Arbeitslosigkeit stellt sich nicht per se als Belastung für die Betrof-

fenen durch den Wegfall der Arbeitstätigkeit (arbeitsethischer Aspekt) und damit verbundener finanzieller und sozialer Verluste dar, wie dies häufig in der sozialwissenschaftlichen Diskussion behauptet wird (vgl. BRINKMANN 1984).

Zu berücksichtigen sind vielmehr eine Vielfalt individueller Bewältigungs- und Verarbeitungsformen. So ist z.B. in der Eingangsphase der Arbeitslosigkeit häufig eine Verbesserung des Gesundheitszustandes insbesondere bei denjenigen feststellbar, die zuvor erheblich belasteten Arbeitsplatzbedingungen ausgesetzt waren. Ebenso lassen sich auch alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Bewältigung von Arbeitslosigkeit ausmachen (vgl. z.B. BÜCHTEMANN 1983). Allerdings sind unter Einbeziehung der zeitlichen Dimension durchaus Zusammenhänge mit psychosozialen Belastungen der Betroffenen und damit verbundenen negativen Veränderungen des Gesundheitsbefindens und -verhaltens, die sich bis hin zum Selbstmord entwickeln können, feststellbar (vgl. im Überblick BONSS/KEUPP/KOENEN 1984).

Die individualisierende Betrachtungsweise von Belastungen durch Arbeitslosigkeit eröffnet ein breites Spektrum von Interpretationsmöglichkeiten. Die Diskussion dieser Befunde ist deshalb auch außerordentlich kontrovers geführt worden und letztlich offen für jede von politischen Interessen geleitete Argumentation (vgl. BRINKMANN 1984:461; BONSS/KEUPP/KOENEN 1984: 143 ff.).

In kritischer Auseinandersetzung mit der Forschungsliteratur haben LAND und VIEFHUES (1984) aus medizinsoziologischer Sicht ein theoretisches Konzept zur Analyse des Verhältnisses von Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand entwickelt. Nicht der Verlust von Arbeit und damit verbundener Belastungen, sondern vielmehr die psychosozialen Vermittlungsprozesse stehen dabei im Vordergrund der Betrachtung. Inwieweit sich die vom Zustand der Arbeitslosigkeit verändernden Lebensverhältnisse als Belastungen formieren, hängt demnach ab vom sozialpolitischen Rahmen, von der Qualität und dem Ausmaß bestehender sozialer Netzwerke sowie von der Biographie und Persönlichkeitsstruktur der Betroffenen (vgl. ebenda:71). In Anlehnung an das Lebensstil-Konzept lassen sich durch diesen Ansatz die widersprüchlichen Be- und Entlastungsbefunde im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit theoretisch vereinbaren. Arbeitslosigkeit ist analytisch

in einen arbeitsbiographischen Kontext eingebettet ("labilisierender Erwerbsverlauf", vgl. hierzu auch BEHRENS/VOGES 1990), der sowohl die berufliche Tätigkeit als auch Arbeitslosigkeit umfaßt. Darüber hinaus ist auch die Phase der Antizipation von Arbeitslosigkeit Bestandteil der Arbeitsbiographie.

Parallel dazu ist Gesundheit als Abfolge von Phasen der Beschwerdefreiheit mit Krankheitsepisoden zu betrachten (Gesundheitsbiographie) (vgl. LAND/VIEFHUES 1984:13 ff.). Die Krankheitsepisoden können sich als Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit in der Arbeitsbiographie niederschlagen. Schädigungen durch die Arbeit sind in der Gesundheitsbiographie latent enthalten. Im Vergleich mit der Arbeitsbiographie erweist sich die Gesundheitsbiographie hinsichtlich der Gestaltbarkeit ihrer Struktur als variabler, da in ihr relativ eigenständige Reaktionsweisen des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens (Symptomwahrnehmung und -bewertung, Umgang mit der Krankenrolle, Akzeptanz medizinischer Behandlung und Rehabilitation) enthalten sind. Ebenso ist die familiäre Eingebundenheit oder das Vorhandensein sozialer Netzwerke im Sinne eines "social support" zu berücksichtigen. LAND und VIEFHUES stellen fest, daß durch den Arbeitsmarkt oder betriebliche Entscheidungen für den einzelnen verbindlichere Handlungsmarken gesetzt werden, als dies z.B. für die Wahrnehmung körperlicher Symptome der Fall ist (ebenda:14).

Der Zusammenhang zwischen der individuellen Arbeits- und Gesundheitsbiographie wird nach LAND und VIEFHUES durch das "gesellschaftliche Krisenmilieu" sozial vermittelt (vgl. ebenda:16 f.). Dieses gestaltet sich nach der Art der Krise und ihrer politischen Bewältigung. Auch der entwicklungsge- schichte Bedeutungswandel des Werts der Arbeit kann mit einbezogen werden (vgl. BONSS/KEUPP/KOENEN 1984:176).

Das "gesellschaftliche Krisenmilieu" stellt den sozialen Rahmen für die Entwicklung der Arbeitsbiographie dar. Diese wiederum nimmt Einfluß auf den Verlauf der Gesundheitsbiographie. Veränderungen des Gesundheitsstatus, seien sie subjektiver Art (Veränderung der Symptomwahrnehmung und -bewertung) oder objektiver Art (Veränderungen durch eingetretene Belastungssituation, Veränderungen im Gesundheitsverhalten), können entweder direkt als Wirkung des Krisenmilieus, als verzögerte Folge der Berufstätigkeit oder un-

ter der Arbeitslosigkeit ausgelöst werden (vgl. LAND/ VIEFHUES 1984:16).

Bei der Belastungsanalyse von Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand der Betroffenen sind nach dieser theoretischen Konzeption neben der biographischen Sichtweise vor allem auch die strukturellen Bedingungen der Arbeitslosigkeit und ihre Rezeption seitens der Betroffenen einzubeziehen. Durch die Berücksichtigung der sozialen Vermittlungsprozesse zwischen Arbeits- und Gesundheitsbiographie kann die traditionell individualisierende Sichtweise dieses Problemfeldes überwunden werden.

Obwohl es sich nach Aussage der Autoren bei diesem Theoreiansatz um ein "heuristisches" Konzept der Herangehensweise handelt, das noch der methodischen Umsetzung bedarf, wurde seiner Darstellung ein breiterer Raum gewidmet. Es können m.E. von dieser Konzeption wichtige Impulse für die Diskussion der Frühinvalidisierungsproblematik ausgehen. Der Umstand negativer Auswirkungen längerandauernder Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand verdient bei der Frage einer Frühinvaliditätsrentengewährung besondere Beachtung.

1.3 Die Rechtsprechungsthese

Im Rahmen der Frühinvaliditätsdiskussion wird, u.a. sogar von den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung selbst, auf den Einfluß der Rechtsprechung auf das Frühberentungsgeschehen und dabei insbesondere auf die Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit verwiesen. Im Zusammenhang mit der Frage der konkurrierenden Rentenzugangsmöglichkeiten und der quantitativen Zugangsentwicklung bei den Frühinvaliditätsrenten wurde der Einfluß der Rechtsprechung und der Rentengesetzgebung bereits deutlich. Die Rechtsprechung beeinflusst demnach die Entwicklung der Zugangshäufigkeiten zu den jeweiligen Rentenarten wesentlich. Im folgenden wird der Frage der Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens der Versicherten durch die Sozialgesetzgebung und in diesem Zusammenhang dem Vorwurf des "Mißbrauchs" von Sozialleistungen näher nachgegangen.

Die Soziale Sicherung z.B. von länger andauernden Arbeitsunfähigkeit, medizinischen Behandlungskosten, Rehabilitati-

onsleistungen wie z.B. Kuren, lange Arbeitslosigkeitsdauern von gesundheitlich eingeschränkten Arbeitslosen, der Verlust an Erwerbsjahren sowie längere Rentenlaufzeiten bei vorzeitiger Aufgabe der Erwerbstätigkeit usw. ist mit zum Teil erheblichen finanziellen Aufwendungen verbunden, die aus dem Beitragsaufkommen der Versichertengemeinschaft gedeckt werden müssen. Andererseits beruht die Absicherung dieser Risiken, die alle im Zusammenhang mit der Frühinvaliditätsproblematik gesehen werden können, auf einem gesellschaftlichen Konsens, an dem alle hierfür zuständigen Interessenverbände beteiligt sind. Sowohl die finanzielle Absicherung als auch die Vermeidung dieser Risiken stellen eine zentrale sozialstaatliche Aufgabe dar.

Allerdings sind in der Öffentlichkeit und in der politischen Diskussion immer wieder Stimmen laut geworden, die in Ausbau sozialstaatlicher Sicherungsleistungen auch Möglichkeiten einer mißbräuchlichen Inanspruchnahme durch die Versicherten mutmaßen. Im Zusammenhang mit der Debatte um das Rentenreformgesetz 1992 wurde z. B. von der Arbeitsgemeinschaft selbständiger Unternehmer e.V. (ASU) auf den Anstieg der Zahl der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner verwiesen und damit die Frage der "Invalidisierung unserer Bevölkerung" gestellt. Nach Auffassung der ASU habe der Ausbau des Sozialen Sicherungssystems dazu geführt, daß der Leistungswille der Versicherten wesentlich eingeschränkt wurde. Das Ansteigen der Frühinvaliditätsrentenzahlen insgesamt und der Erwerbsunfähigkeitsrenten gegenüber den Renten wegen Berufsunfähigkeit im Besonderen sei ein Anzeichen für eine von der Sozialrechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) noch beflügelten, besonderen Rentenbegehrlichkeit ("Rentenneurose") der Versicherten. Der Anreiz bzw. die Anziehungskraft einer Rente untergrabe den Willen zur Rehabilitation und Arbeitsaufnahme (vgl. ASU 1988:29). Demgegenüber führen die Autoren nicht näher belegte Untersuchungsergebnisse an, wonach

- "Schadensfälle" bei Nichtversicherten schneller behoben,
- Nichtversicherte schneller aus der klinischen Behandlung entlassen und
- die große Mehrheit von Personen deren Rentenanspruch nicht anerkannt wurde im Laufe eines Jahres wieder in Arbeit und Verdienst stehen würden (ebenda).

Mit dieser Argumentation sind Aspekte angesprochen, die in der Diskussion um Frühinvalidität implizit eine mißbräuchliche Inanspruchnahme von Sozialleistungen seitens der Versicherten behaupten und im Zusammenhang damit eine fehlgesteuerte Sozialpolitik im Bereich der Sozialversicherung kritisieren. Im folgenden soll deshalb auf diese Fragen näher eingegangen werden.

1.3.1 Probleme sozialer Steuerung und Inanspruchnahme von Rentenleistungen wegen Frühinvalidität

Im Zusammenhang mit Berufs- und Erwerbsunfähigkeit werden in den Massenmedien immer wieder Fälle benannt, wonach Versicherte nach ihrer Verrentung eine zweite Erwerbskarriere durch Ausübung einer selbständigen Beschäftigung durchlaufen oder umgekehrt, gutverdienende Selbständige oder ehemalige Beamte auf zusätzliche Leistungen einer BU- oder EU-Rente aus dem Beitragsaufkommen der Versichertengemeinschaft zurückgreifen. Quantitative Aussagen hierzu liegen verständlicherweise nicht vor.

Eine wesentliche Funktion der Sozialleistungsträger besteht im Schutz der Versichertengemeinschaft vor einer möglichen ungerechtfertigten Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen. Hierzu wurde ein komplexes Anspruchsvoraussetzungs- und Begutachtungssystem entwickelt. Seine Aufgabe besteht vor allem in der Prüfung der Leistungsberechtigung. Schon allein aus dieser Aufgabenstellung heraus ist davon auszugehen, daß es sich bei den benannten Fällen um (politisch) hochgespielte Einzelfälle handelt. Eine Verallgemeinerung im Hinblick auf vermeintlichen Mißbrauch ist daher unzulässig.

Eine sachliche Diskussionsebene stellt in dem hier zu betrachtenden Zusammenhang das Problem der sozialen Steuerung und der damit entstehenden Schaffung von Anreizsystemen für die Versicherten dar.

Es kann als ein Grundproblem der Sozialpolitik angesehen werden, daß jeder gezielte Eingriff z.B. zum Ausgleich bzw. zur Abwendung sozialer Benachteiligung von Personen oder Personengruppen mit dem Risiko neu entstehender Ungleichheiten oder unerwünschter Mitnahmeeffekte verbunden ist.

Nach HERDER-DORNEICH (vgl. z.B. 1982) ist der Ausbau sozialstaatlicher Regelungen und Sicherungsleistungen nicht nur als Resultat des Versagens von Marktmechanismen anzusehen, sondern auch von in sich widersprüchlichen Steuerungsmechanismen innerhalb des Systems der Sozialen Sicherung selbst. Die Gewährung von durch finanzielle Beitragsleistungen kollektiv bereitgestellten Gütern (z.B. Gesundheitsleistungen) führt danach zu einer "rational" begründeten Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens auf der Individualebene. Dieses kann wiederum erneute unerwünschte Beitragserhöhungen zur Folge haben usw. Infolge unterschiedlicher "Rationalitäten", die sich innerhalb eines Systems auf den verschiedenen Entscheidungsebenen (Individuum-Kollektiv-Politik) gegenüberstehen, kann sich somit eine "Anspruchsspirale" entwickeln. Derartige Widersprüche oder "Rationalitätenfallen" sind für verschiedene Zweige des Sozialen Sicherungssystems, insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung beschrieben worden (vgl. ebenda:80 ff.).

Auf den Bereich der Frührenten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit übertragen, kann eine derartige "Falle" im Zusammenhang mit der Einführung der "konkreten Betrachtungsweise" gesehen werden. Folgen dieser Änderung in der Rechtsprechung waren zum einen eine Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises ("Ausweitung des sozialen Schutzprinzips" vgl. WANNAGAT 1980:327) und zum anderen ein Rückgang der Berufsunfähigkeitsrente zugunsten der Erwerbsunfähigkeitsrente ("durchschlagen von BU nach EU").

Das Prinzip der Verwertbarkeit des Restarbeitsvermögens unter bestehenden Arbeitsmarktbedingungen (konkrete Betrachtungsweise) führt theoretisch dazu, daß in Vollbeschäftigungsphasen (Arbeitskräftemangel) die Aussicht auf eine erfolgreiche Rentenantragstellung wegen BU/EU für diesen Personenkreis eher gering ausfallen wird, während sie sich in Phasen schlechter Konjunkturerwartung verbessern wird. Sofern für einen Versicherten subjektive Entscheidungsspielräume über den Zeitpunkt einer Rentenantragstellung gegeben sind, erscheint es aus seiner Sicht durchaus "rational", den Antrag dann zu stellen, wenn er auch damit rechnen kann, daß ihm am ehesten stattgegeben wird. Für die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung kann sich die Einführung der konkreten Betrachtungsweise somit als "kon-

junkturrelle Falle" erweisen (vgl. SCHUNTERMANN/BRAUN 1986: 754 f.).

1.3.2 "Konjunkturen" der Rentenantragstellung

Wir wollen im folgenden der Frage des Antragsverhaltens der Versicherten vor dem Hintergrund des Vorwurfs einer eventuellen mißbräuchlichen Inanspruchnahme weiter nachgehen. Direkte empirische Informationen über die Bereitschaft, einen Rentenantrag wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit zu stellen, liegen nicht vor. Hinweise auf diesen Faktor bietet allerdings die Rentenantragsstatistik des VDR. Sie dient im wesentlichen dazu, Informationen über das Verhältnis der Anzahl beantragter Renten und deren Bearbeitungsaufwand bzw. -dauer seitens der Verwaltung zu ermitteln. Hierbei wird monatlich und jährlich die Summe der Rentenanträge in ihrer Verteilung nach Rentenarten, nach Versicherungsträgern und -zweigen sowie nach der Art und Dauer der Antragserledigung ausgewiesen. In der Statistik werden darüber hinaus auch die Erledigungsarten (Bewilligungen, Ablehnungen und sonstige Erledigungen) erfaßt. Abgelehnt werden Rentenanträge, weil die Wartezeit, die Voraussetzungen der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder andere als diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind (vgl. REHFELD 1984 b:129 ff). Für eine differenzierte Betrachtung des Antragsverhaltens ist diese Statistik allerdings nur sehr eingeschränkt verwendbar, da weder nach der Geschlechtszugehörigkeit noch nach Versicherten- und Hinterbliebenenrenten unterschieden wird. Infolge der zeitlichen Dauer der Bearbeitung eingegangener Anträge sind die Zahlen der jährlich bewilligten bzw. abgelehnten Anträge mit der Zahl der Anträge eines gleichen Jahres nicht identisch. Die Daten bieten in dem uns interessierenden Zusammenhang nur eine Interpretationsmöglichkeit und keinen hinreichenden empirischen Beleg.

Betrachtet man die Entwicklung der Rentenantragszahlen wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit im Zeitraum von 1978 bis 1987 (vgl. TABELLEN 35 bis 39), so zeigt sich, daß in beiden Versicherungszweigen bis 1984 zunehmend Anträge gestellt worden sind. In der Angestelltenversicherung ist der Anstieg der Antragszahlen gegenüber dem Vorjahr besonders deutlich. Nach diesem Jahr gehen die Antragszahlen stark zurück.

An diesem Sachverhalt kann der Einfluß der Sozialgesetzgebung auf das Versichertenverhalten beim Übergang in die Rente deutlich herausgestellt werden. Die Ankündigung veränderter Zugangsvoraussetzung bei den Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit hatte zur Folge, daß verstärkt Anträge gestellt wurden, um noch nach altem Recht eine diesbezügliche Rente zu erhalten. Dies gilt nach einer Sonderauswertung des VDR insbesondere für den Personenkreis der nicht unmittelbar Pflichtversicherten (vgl. hierzu auch KNOEDEL 1985:182 ff.).

Bezeichnenderweise sind in diesem Jahr über ein Viertel der Anträge in der Arbeiterrentenversicherung abgelehnt worden. In der Angestelltenversicherung beträgt der entsprechende Anteil etwa ein Fünftel. Der Vergleich des relativen Anteils abgelehnter Rentenanträge in den beiden Versicherungszweigen zeigt, daß in der Arbeiterrentenversicherung durchschnittlich erheblich mehr Anträge abgelehnt werden, als dies in der Angestelltenversicherung der Fall ist. Aufgrund der unzureichend differenzierten Statistikdaten läßt sich hieraus allerdings nicht der Schluß ziehen, daß etwa Arbeiter eine höhere, ungerechtfertigte "Rentenbegehrlichkeit" aufweisen als Angestellte.

Faßt man die hier dargelegten Ausführungen vor dem Hintergrund der These einer eventuellen mißbräuchlichen Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen zusammen, so zeigt sich, daß dieser Vorwurf empirisch und wissenschaftlich nicht haltbar und eher polemischer Natur ist.

Allerdings darf in der Diskussion hierüber nicht von der Tatsache abstrahiert werden, daß den einzelnen Versicherten bevorstehende Veränderungen im System der Sozialen Sicherung, insbesondere im Hinblick auf Leistungsgewährungen und zu erfüllenden Anspruchsvoraussetzungen durchaus bewußt sind und sie in ihrem Inanspruchnahmeverhalten, unter Berücksichtigung der eigenen Lebensumstände, hierauf "rational" reagieren und handeln. Dieser Umstand ist in der Diskussion um Frühinvalidisierung von zentraler Bedeutung und darf keinesfalls mit "Mißbrauch" verwechselt werden.

1.3.3 Das Problem der "Rentenneurose"

Ein dritter Aspekt, der im Zusammenhang mit einem möglichen ungerechtfertigten Anspruch auf eine Frührente wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in der politischen Diskussion immer wieder vorgetragen wird, ist der Verweis auf die sogenannte "Rentenneurose". Die Diskussion um diesen Begriff geht dabei fast zurück bis auf das Inkrafttreten der gesetzlichen Unfallversicherung im Jahre 1884.

Er entstammt einer im wesentlichen psychiatrisch-medizinischen Problemstellung und umschreibt den Sachverhalt, daß der Rentenwunsch eines Versicherten so stark (neurotisch) ausgeprägt sein kann, daß ihm selbst ein Krankheitswert zukommen kann. Dem medizinischen Gutachter kommt in diesem Zusammenhang die Aufgabe der Unterscheidung zwischen einem tatsächlich vorliegenden Krankheitsbild, im Sinne eines "Nicht-Könnens" und einer subjektiven Überbewertung eines Leidenszustandes, im Sinne eines "Nicht-Wollens" seitens des Rentenantragstellers, zu (vgl. z.B. ADAM 1976).

Nach einer anerkannten Definition von SCHWIDDER (1972) ist eine Neurose "eine krankhafte Störung der Erlebnisverarbeitung mit Symptomen abnormen Erlebens, Verhaltens und (oder) gestörter somatischer Funktionsabläufe. Der Störung liegen eine Fehlentwicklung und konflikthafte Fehlhaltungen zugrunde, die dem Leidenden unzureichend einsichtig sind und deren ätio- und pathogenetische Bedingungen bis in die Kindheit zurückreichen. Die Krankheit ist primär psychogen, überwiegend umweltbedingt. Sie wird also nicht durch hirnorganische Veränderungen oder überwiegend krankhafte Erbanlagen hervorgerufen" (ebenda:353).

In psychiatrischen Gutachten über Rentenantragsteller lassen sich immer noch häufig Begriffe wie "psychogene Überlagerung", "Tendenzreaktionen", "Zweckreaktionen", "Rentenwuschreaktionen", "Aggravation", "Simulation", "Sozialneurose" usw. finden. Diese Begriffe umschreiben eine vom medizinischen Sachverständigen aus der Verhaltensweise des Antragstellers abgeleitete Einstellung zum Anspruch auf Rente. Dabei wird weniger ein tatsächlicher Krankheitsbefund ermittelt, als vielmehr der Verdacht einer vorliegenden besonderen Rentenbegehrlichkeit im Hinblick auf die zu treffende Leistungsbeurteilung geäußert. Dieser Verdacht beruht in der Regel auf dem Fehlen eines medizi-

nisch feststellbaren organischen Befundes. Er kann - aus tiefenpsychologischer Sicht - teilweise sogar auf einem Gegenübertragungseffekt seitens des Arztes ("dann könnte ich ja auch...") gründen (vgl. MOLLIEEN 1986:275 f.).

Derartige Gutachten verneinen meistens grundsätzlich den Anspruch auf Rente, da es sich hierbei lediglich um eine funktionelle Störung handele, eine Rentengewährung die Übertreibung der Beschwerden belohnen und damit letztlich die Beschwerden vertiefen würde (vgl. kritisch hierzu SCHIMANSKI 1976:139).

FOERSTER (1984) hat versucht die Diskussion um den Begriff der Renten neurose zu versachlichen. Er stellt, anhand kammnestischer (Nach-) Untersuchungen von psychiatrisch begutachteten Rentenbewerbern u.a. fest, daß das Vorliegen einer "reinen" Simulation tatsächlich selten ist. Von den von ihm untersuchten 112 Probanden lag lediglich in einem einzigen Fall der Verdacht auf Simulation vor. Dieses Ergebnis bestätigte auch andere breiter angelegte Untersuchungsergebnisse aus dem angloamerikanischen Sprachraum (vgl. ebenda:87 f.).

FOERSTER vermutet, daß der Umstand der tatsächlichen Seltenheit einer Simulation auch darauf zurückzuführen ist, daß derartige Rentenbewerber in der Regel bereits "entdeckt" werden, bevor es überhaupt zu einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung durch einen medizinischen Sachverständigen kommt (ebenda:88).

Bei der Begutachtung der Bedeutung und des Schweregrades einer Neurose im Zusammenhang mit einer Rentenantragstellung handelt es sich um ein außerordentlich komplexes und schwieriges Aufgabengebiet (vgl. hierzu die Ausführungen von SCHLIERF (1985), die die Renten neurose als ein "psychosoziales Arrangement" bezeichnet).

Während die Versicherungsträger der gesetzlichen Rentenversicherung bzw. die Sozialgerichte nur über die Bewilligung oder Ablehnung des Rentenantrags zu befinden haben ("entweder-oder" Standpunkt), stellt sich für den medizinischen Sachverständigen, sofern es sich nicht um das Vorliegen einer schweren Zwangs- oder Organneurose handelt, die Beurteilung des Krankheitswerts als eine eher graduelle Abstufung ("mehr-oder weniger" Standpunkt) dar. Deshalb for-

dert FOERSTER, den Begriff der Rentenneurose aufzugeben, und eine eingehende Analyse der Symptomatik, der sozialen Situation und der Persönlichkeitsstruktur derartiger Rentenbewerber vorzunehmen. Im Ergebnis seiner Untersuchung weist er nach, daß nicht der Rentenwunsch die Ursache für das Rentenbegehren ist, sondern in den meisten Fällen dieses lediglich ein Symptom innerhalb eines eigenständigen Krankheitsprozesses darstellt.

Darüber hinaus läßt sich die Behauptung, daß die Rentenbewilligung eine Belohnung darstelle, die ein subjektiv übertriebenes Krankheitsbild eher noch verschlimmern würde, empirisch nicht bestätigen (vgl. ebenda 130 f.).

II. ZUSAMMENFASSUNG

Im Untersuchungsteil C wurde auf sozialpolitische Argumente der Erklärung der Ursachen und der Entwicklung des Frühinvaliditätsgeschehens eingegangen. Diskutiert wurde die These des arbeitsbedingten Gesundheitsverschleisses, die Bedeutung des Arbeitsmarkteinflusses und schließlich der Einfluß der Rechtsprechung auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten. Wie deutlich wurde, ist keiner dieser Erklärungsansätze für eine empirisch wissenschaftlich begründete Erklärung hinreichend geeignet. Je nach dem Verwendungszusammenhang sind die jeweiligen Argumentationen (sozial-) politischen Interessenlagen verpflichtet.

Allerdings lassen sich ihnen Hinweise auf tieferliegende Zusammenhänge entnehmen. So ist sowohl die Analyse der Arbeitsbedingtheit von chronischen Krankheiten als auch die Bedeutung länger anhaltender Arbeitslosigkeit auf den Gesundheitszustand für die Frühinvaliditätsproblematik beachtenswert. Dies wird im Untersuchungsteil, der mit Einzelfallbeispielen der Beantragung von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten befaßt ist deutlich werden.

Auch die Problematik der "Rentenneurose" weist auf tiefergehende Fragestellungen der Frühinvalidität hin. Gerade psychische Krankheiten, denen in diesem Zusammenhang wesentliche Bedeutung zukommt, stellen, vor allem wenn sie auf keinem organisch feststellbaren Befund beruhen, ein zentrales Problem im Rahmen der sozialmedizinischen Begutachtungspraxis dar.

Ursachen der Frühinvalidisierung können, wie unsere Ausführungen zeigen, nicht eindimensional, also auf Einzelfaktoren zurückgeführt werden. Wesentlich für eine Analyse der Frühinvalidisierung ist die Berücksichtigung der sozialen Vermittlungsprozesse, die das Entstehen der Problemlage eines Rentenantragstellers auf Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit bewirken. Hierbei spielt sowohl das "gesellschaftliche Krisenmilieu" als auch der normative Rahmen, in dem sich der Frühinvalidisierungsprozeß vollzieht, eine zentrale Rolle.

**TEIL D: FRÜHINVALIDISIERUNG ALS PROBLEM DER
SOZIALEN SICHERHEIT - DAS NORMATIVE SYSTEM**

I. MECHANISMEN DER SOZIALEN SICHERUNG

In der folgenden Darstellung wird auf den Verlaufscharakter des Übergangs in die Berentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit innerhalb des sozialversicherungsrechtlich vorgegebenen Normensystems eingegangen. Dabei werden verschiedene Mechanismen der Sozialen Sicherung bereits im Vorfeld der Berentung wirksam. Die sozialversicherungsrechtliche Normsetzung ist an bestimmten Prinzipien der Sozialen Sicherung, z.B. hinsichtlich der Risikoabgrenzung oder der Leistungsbewilligung seitens der einzelnen Träger, orientiert (vgl. im Überblick z.B. LAMPERT 1980).

Im Zusammenhang mit der Frühinvalidisierung stehen Risiken, wie z.B. die vorübergehende gesundheitliche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit), der Verlust des Arbeitsplatzes (Arbeitslosigkeit) oder die Gefahr einer dauerhaften Erwerbsminderung.

Die Risikoabdeckung fällt in den Zuständigkeitsbereich verschiedener Träger der Sozialversicherung, die ihrerseits eintreten müssen, bevor eine Rentenbewilligung durch die gesetzliche Rentenversicherung erfolgt. Zuständiger Träger für die Risiken, die im Zusammenhang mit vorübergehender Gesundheitsbeeinträchtigung stehen, sind die jeweiligen Krankenkassen. Für Risiken des drohenden oder eingetretenen Arbeitsplatzverlustes ist die Bundesanstalt für Arbeit zuständig. Die Risiken Alter und (Früh-)Invalidität fallen schließlich in den Zuständigkeitsbereich der Landesversicherungsanstalten bzw. der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA).

- Das Nahtlosigkeitsprinzip -

Aufgrund der prinzipiellen Trennung der Zuständigkeit für die Absicherung sozialer Risiken ist es im Interesse der Versicherten notwendig, im Falle des Übergangs von Leistungsansprüchen von einem Versicherungsträger zum anderen diesen zeitlichen Vorgang friktionslos zu sichern. Wirksam wird hier das Prinzip der "Nahtlosigkeit" des Sicherungsan-

spruchs. Es besagt, daß die Zuständigkeit bei der Leistungserbringung zwischen den verschiedenen Trägern des Sozialversicherungssystems, also der Arbeitslosen-, Kranken- und Rentenversicherung, abgestimmt sein muß und bei eingetretene Versicherungsfälle für den Versicherten der Übergang des Anspruchs auf etwaige Leistungen von einem Versicherungszweig auf den anderen bruchlos erfolgen soll.

In engem Zusammenhang hiermit steht das Prinzip der "Rehabilitation vor Rente". Dieser Grundsatz gilt für die Sozialversicherung bereits seit der ersten Nachkriegsrentenreform im Jahr 1957. Das Prinzip der Rehabilitation vor Rente besagt, daß bevor eine Rente wegen Erwerbsminderung seitens der Rentenversicherungsträger gezahlt wird, alle Möglichkeiten der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit eines Versicherten in beruflicher und medizinischer Hinsicht ausgeschöpft werden sollen.

Besondere Geltung erlangte dieses Prinzip seit 1974 mit dem Rehabilitationsangleichungsgesetz (vgl. hierzu § 7 RehaAnG). Danach ist die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger (gesetzliche Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Altershilfe für Landwirte, Kriegsopferversorgung und -fürsorge, Arbeitsförderung) festgelegt. Es sind gemeinschaftliche Auskunfts- und Beratungsstellen anzustreben. Die jeweils von den zuständigen Trägern der Rehabilitationsmaßnahmen zu erbringenden Leistungen sind vollständig und umfassend nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu erbringen (vgl. § 5 Abs.2 RehaAnG).

"In allen geeigneten Fällen, insbesondere wenn das Rehabilitationsverfahren mehrere Maßnahmen umfaßt oder andere Träger und Stellen daran beteiligt sind, hat der zuständige Träger einen Gesamtplan zur Rehabilitation aufzustellen. Der Gesamtplan soll alle Maßnahmen umfassen, die im Einzelfall erforderlich sind, um eine vollständige und dauerhafte Eingliederung zu erreichen; dabei ist sicherzustellen, daß die Maßnahmen nahtlos ineinandergreifen" (§ 5 Abs.3 S.1,2 RehaAnG).

Rehabilitation vor Rente beinhaltet also ebenso das Prinzip der Sicherstellung der Nahtlosigkeit im Interesse der Versicherten, hier aber stärker im Sinne der Zusammenarbeit der verschiedenen Versicherungsträger, bezogen auf die Verhinderung einer möglichen Erwerbsminderung.

Es wurde bereits gezeigt, daß Frühinvalidisierung einen Verlaufsprozess darstellt, in dem eine Vielzahl verschiedener Faktoren zum Tragen kommt. Bezogen auf den einzelnen Versicherten bedeutet dies, daß das individuelle Erwerbsminderungsrisiko nicht nur durch ein zeitliches Nacheinander, sondern vielmehr durch das gleichzeitige Nebeneinander unterschiedlicher (negativer) Risiken die eine Person auf sich vereinigt, charakterisiert ist. So kann sich die soziale Lage eines Frührentenantragstellers dadurch auszeichnen, daß er sowohl arbeitsunfähig als auch arbeitslos ist, und die Arbeitsunfähigkeit nicht nur vorübergehender Art ist. Das Prinzip der Nahtlosigkeit der Sicherungsleistungen wird in diesem Fall von der Frage nach der Zuständigkeit der Versicherungsträger beeinflusst.

Auf den Einzelfall bezogen ergibt sich m.E. daraus die Notwendigkeit einer stärker ganzheitlich ausgerichteten Betrachtungsweise. Hinsichtlich des Aufbaus des Systems der Sozialen Sicherung bzw. des normativen Rahmens innerhalb dessen sich der Frühinvalidisierungsprozeß vollzieht, stellt sich die Frage, inwieweit dieses System die gesetzten Ziele einlöst.

- Das Zumutbarkeitsprinzip -

Ein weiteres Prinzip der Sozialen Sicherung, dem im Rahmen der Frühinvaliditätsproblematik wichtige Bedeutung zukommt, bezieht sich auf die Frage nach der Zumutbarkeit von Tätigkeiten ("Zumutbarkeitsprinzip"), auf die ein Versicherter bei eingetretenem Versicherungsfall noch verwiesen werden kann. Ein für den Versicherten bestehender "Berufsschutz" wird in den jeweiligen Versicherungszweigen unterschiedlich berücksichtigt. Der Grad der Zumutbarkeit bzw. die Möglichkeit der Verweisung auf andere für den Versicherten zumutbare Tätigkeiten, ist dabei abhängig von der Art des eingetretenen Versicherungsfalles. Während im Falle von Arbeitsunfähigkeit ein weitgehender Berufsschutz besteht, wird dieser im Bereich der Arbeitslosenversicherung mit der Dauer der Arbeitslosigkeit zunehmend eingeschränkt. Im Zusammenhang mit einer Antragstellung auf eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente besteht ein Berufsschutz nur noch hinsichtlich der konkreten beruflichen Qualifikation bzw. konkreter Tätigkeitsmerkmale.

- Das Lohnersatzprinzip -

Ein schließlich drittes, im engen Zusammenhang mit der Zumutbarkeitsproblematik stehendes Sicherungsprinzip bezieht sich auf die Leistungsseite. Der Eintritt des Versicherungsfalls löst neben Sachleistungen, wie z.B. medizinische Versorgung, gesetzlich vorgegebene Ansprüche auf monetäre Stützungsleistungen aus, die den mit ihm verbundenen Verdienstaussfall kompensieren sollen. Hierbei kommt das sogenannte "Lohnersatzprinzip" im System der Sozialen Sicherung zum Tragen.

Bei verschiedenen Geldleistungen im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung handelt es sich um monetäre Kompensationsleistungen, die, prozentual am beitragspflichtigen Einkommen (Lohn) des Versicherten gemessen, von den jeweiligen für den eingetretenen Versicherungsfall (VF) zuständigen Versicherungsträgern als (Lohn-)Ersatzleistung gezahlt werden. Im Unterschied zu Versorgungsleistungen wie z.B. der Sozialhilfe haben diese Leistungen die Funktion der Aufrechterhaltung des bisherigen Lebensstandards des Versicherten. Das bedeutet, daß der Versicherte durch diese Leistungen wirtschaftlich so gestellt werden soll, "wie er ohne den VF stünde, um seinen wirtschaftlichen und mit ihm auch seinen sozialen Status (und den seiner unterhaltsberechtigten Angehörigen) aufrechtzuerhalten" (BLEY 1975: 168).

Die für die folgende Darstellung wichtigsten Leistungen mit Lohnersatzfunktion sind das Krankengeld, das Arbeitslosengeld und die Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit. Krankengeld und Arbeitslosengeld werden für bestimmte Zeiträume gezahlt, Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, sofern nicht von vornherein nur auf Zeit gewährt, sind Dauerleistungen. Für die Leistung von Krankengeld und Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit gilt im Sozialversicherungsrecht das "Präsumptionsprinzip", wonach bei Vorliegen des Versicherungsfalls Einkommensverlust unterstellt wird. Im Unterschied dazu muß im Versicherungsfall der Arbeitslosigkeit der Ausfall an Arbeitsentgelt tatsächlich eingetreten sein (vgl. BLEY 1975:147).

An der Berechnungsgrundlage der monetären Kompensationsleistungen mit Lohnersatzfunktion läßt sich eine Abstufung, gemessen an der Lohnhöhe bei Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, ablesen. Hierin drückt sich die Einkommens- und Beitragsbezogenheit von Geldleistungen in der Sozialversicherung aus. So ist z.B. das Krankengeld, das einem arbeitsunfähigen Beschäftigten im Krankheitsfall zusteht, höher als das Arbeitslosengeld, das dieser im Falle des Arbeitsplatzverlustes erhält. Besteht für denselben Versicherten keine Möglichkeit mehr in eine Erwerbstätigkeit zurückzukehren und erfüllt er die Voraussetzungen für eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, ist diese monetäre Leistung in der Regel wiederum geringer als die Höhe des zuvor bezogenen Arbeitslosengeldes.

Gerade an den Beispielen des Berufsschutzes und der Höhe der Lohnersatzleistungen soll nachgewiesen werden, daß das System der Sozialen Sicherung durch eine Hierarchisierung charakterisiert ist, die ausschließlich an der aktiven Erwerbstätigkeit eines Versicherten ausgerichtet ist. Je weiter das versicherte Risiko hiervon entfernt ist bzw. je geringer die Chancen der Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit sind, desto geringer ist das Ausmaß der gesetzlich bestimmten materiellen Absicherung.

Bei den sozialversicherungsrechtlichen Regelungen zur Absicherung derartiger Risiken und ihrer praktischen Anwendung handelt es sich um ein außerordentlich komplexes Gebiet. Die folgende Darstellung stellt deshalb lediglich den Versuch dar, die im Zusammenhang mit der Frühinvaliditätsproblematik wesentlichen gesetzlichen Regelungen zu benennen. Damit ist weder der Anspruch auf Vollständigkeit im einzelnen noch auf die Erfassung sämtlicher diesbezüglicher Zusammenhänge erhoben. Von vornherein unberücksichtigt bleiben vergleichbare Sachverhalte im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung sowie im sozialen Versorgungsrecht.

Darüber hinaus muß auf zwei weitere wichtige Verkürzungen bei der Darstellung aufmerksam gemacht werden, die aus rein pragmatischen Gründen erfolgen. Eine betrifft den Sachverhalt der Kündigung eines älteren und/oder leistungsgeminderten Arbeitnehmers. Geht man von der Überlegung aus, daß von einem Versicherten verschiedene Stationen durchlaufen werden, bevor es zu einer Frühberentung kommt, so ist das Risiko einer vorausgehenden Kündigung des Beschäftigungs-

verhältnisses mit in die Betrachtung einzubeziehen. Diesbezügliche Regelungen sind dabei im Betriebsverfassungsgesetz und im Kündigungsschutzgesetz festgelegt und werden durch die ständige Rechtsprechung der Arbeitsgerichte beeinflusst. Hierbei handelt es sich ausschließlich um arbeitsrechtliche Fragestellungen.

Zum zweiten wird nur sehr verkürzt und allein auf die Leistungsseite im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung begrenzt auf die Bedeutung der Rehabilitation eingegangen. Geht man von dem sozialversicherungsrechtlichen Prinzip der "Rehabilitation vor Rente" aus, so zeigt sich bereits hier, daß Fragestellungen zur Frühinvalidität ohne den Einbezug der Rehabilitationsbemühungen der Sozialversicherungsträger hinsichtlich ihrer Veränderungen, ihrer Effizienz und Effektivität letztlich nur unzureichend beantwortbar sind. Auch hierbei handelt es sich um eine ebenfalls außerordentlich komplexe Materie. Ihr kann in der hier vorliegenden Darstellung nicht in dem diesem Sachverhalt zukommenden Umfang Rechnung getragen werden (vgl. hierzu z.B. die jeweiligen Schwerpunktheft der Zeitschrift DIE DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG).

Der Darstellung der jeweiligen Mechanismen der Sozialen Sicherung hinsichtlich des Risikos der Arbeitsunfähigkeit, dem Risiko der Arbeitslosigkeit, der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen und schließlich dem Risiko der dauerhaft geminderten Erwerbsfähigkeit (Frühinvalidität) ist ein kurzer Abriß der historischen Entwicklung vorangestellt. Daran schließt sich die jeweilige sozialversicherungsrechtliche Definition und die Darstellung der Voraussetzungen der Inanspruchnahme und die Ausgestaltung diesbezüglicher Sicherungsleistungen an. Schließlich wird auf die Fragen der Zumutbarkeit und Verweisbarkeit bezüglich der verschiedenen Risiken eingegangen. Es werden Besonderheiten für die Gruppe der älteren und/oder gesundheitlich eingeschränkt leistungsfähigen Versicherten herausgestellt.

II. BEDEUTUNG UND SOZIALE SICHERUNG BEI VORÜBERGEHENDER GESUNDHEITLICH BEDINGTER LEISTUNGSMINDERUNG - DER VERSICHERUNGSFALL "ARBEITSUNFÄHIGKEIT"

2.1 Historisches zur Sozialen Sicherung im Fall von Arbeitsunfähigkeit

Das Risiko, aufgrund von Krankheit die Arbeitstätigkeit vorübergehend nicht ausüben zu können (Arbeitsunfähigkeit), war, neben der Invalidität, eines der ersten Existenzrisiken, die im Bereich der Sozialversicherung materiell abgesichert wurden (vgl. hierzu sowie im folgenden z.B. HENTSCHEL 1983). So war Zahlung von Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit schon mit der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Arbeitnehmer im Jahr 1883 vorgesehen. Nach einer Wartezeit von drei Tagen bestand im Krankheitsfall Anspruch auf Krankengeld in Höhe von mindestens der Hälfte des durchschnittlichen Lohnes der Kassenmitglieder für die Dauer von einem Vierteljahr (13 Wochen). Ab 1903 weitete sich der Anspruch auf ein halbes Jahr (26 Wochen) aus. Nach und nach wurden immer mehr Personen in den Kreis der Versicherungspflichtigen einbezogen. Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung im Jahr 1911 waren nun auch landwirtschaftliche Arbeiter, Dienstboten, unständig Beschäftigte, das Wandergewerbe und die Heimarbeiter in der gesetzlichen Krankenversicherung zwangsversichert. Die Einkommensgrenze von bislang 2000 Mark wurde auf 2500 Mark angehoben, wodurch ein größerer Teil der Gruppe der Angestellten in die Krankenversicherung einbezogen war. Zeitgleich mit der Ausweitung des Personenkreises stieg die Höhe der Krankengeldleistung.

Eine finanzielle Besserstellung im Krankheitsfall für Arbeiter erfolgte schließlich gegen Mitte der 50er Jahre. Während diese noch bis 1956 Krankengeld in Höhe von 50 v.H. des Grundlohns erhielten, wurde dieser Betrag ab 1957 durch einen Zuschuß des Arbeitgebers auf 90 v.H. des individuellen Nettoeinkommens aufgestockt. Darüber hinaus wurde die vorausgehende Karenzzeit auf zwei Tage verkürzt. Im Jahr 1961 fand eine weitere Verkürzung dieser Zeit auf nur noch einen Tag statt sowie eine Erhöhung des Arbeitgeberzuschusses auf 100 v.H. des Nettoeinkommens. Mit dem Lohnfortzahlungsgesetz des Jahres 1970 entfiel für Arbeiter schließ-

lich auch dieser Karenztag. Das Gesetz beinhaltet den Anspruch auf das volle Bruttoeinkommen im Krankheitsfall für die Zeit von 6 Wochen gegenüber dem Arbeitgeber.

Zu berücksichtigen ist, daß gegenüber diesem Personenkreis für bestimmte Arbeitnehmergruppen, im Hinblick auf die materielle Absicherung im Krankheitsfall, bereits historisch schon sehr früh ein Anspruch auf Geldleistungen gegenüber dem Arbeitgeber, vor der Zahlung von Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung, bestanden hat. Einen Anspruch auf Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum von insgesamt sechs Wochen hatten die gewerblichen technischen Angestellten seit 1891 (§ 133c GewO), die Angestellten allgemein seit 1896 (§ 616 Abs. 1 BGB) sowie die Handlungsgehilfen, deren Anspruch bereits seit 1861 bestand (§ 63 HGB).

Wie die historische Entwicklung zeigt, waren die Arbeiter gegenüber anderen Berufsgruppen, insbesondere den Angestellten bei der materiellen Absicherung im Krankheitsfall über einen sehr langen Zeitraum hinweg deutlich schlechtergestellt, da sie bis 1956 keinerlei Leistungen von Arbeitgeberseite erhielten. Erst durch das Lohnfortzahlungsgesetz von 1970 fand eine tatsächlich soziale Angleichung von Arbeitern und Angestellten statt.

2.2 Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit

Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit ist ein unbestimmter Gesetzesbegriff (wertenden Inhalts) und bedarf somit juristischer Auslegung. Er ist sowohl im Krankenversicherungsrecht im Zusammenhang mit der Zahlung von Krankengeld, in der gesetzlichen Rentenversicherung mit der Zahlung von Übergangsgeld (bei beruflichen oder medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen) bzw. der Anrechnung von Ausfallszeiten als auch arbeitsrechtlich im Lohnfortzahlungsgesetz als anspruchsbegründend enthalten (vgl. hierzu ausführlich HEINZE 1981). Es besteht hierbei ein enger Zusammenhang zwischen Arbeits- und Sozialleistungsrecht.

Arbeitsunfähigkeit wird vom Bundessozialgericht und vom Bundesarbeitsgericht einheitlich wie folgt definiert:
 "Arbeitsunfähig ist derjenige, der infolge Krankheit seine Arbeit oder eine ähnliche Tätigkeit überhaupt nicht oder

nur mit der Gefahr fortsetzen kann, seinen Gesundheitszustand in absehbarer Zeit zu verschlimmern" (zit. bei KUMMER 1986:87).

Zu betonen ist der enge kausale Zusammenhang, der zwischen Arbeitsunfähigkeit und Krankheit der Definition nach besteht. Hierbei muß es sich um eine akute, behandlungsfähige Erkrankung handeln. Eine damit verbundene Leistungsminde- rung muß vorübergehender Art sein, ihr Ende demnach unzweifelhaft absehbar sein. Dies gilt für einen Zeitraum von mindestens 26 Wochen. Nach diesem Zeitraum wird gemäß § 1276 Abs.1 RVO (§ 53 Abs.1 AVG) ("Rente auf Zeit") der rentenversicherungsrechtlich relevante Bereich tangiert (vgl EICHER 1988:358).

Damit besteht ein wesentlicher Unterschied zu den Regelungen in der gesetzlichen Rentenversicherung, wonach dort nicht die Krankheit, sondern der Umstand, daß eine auf nicht absehbare Zeit zumutbare Erwerbstätigkeit wegen Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte nicht ausgeübt werden kann, als anspruchsbegründend definiert ist.

2.3 Lohnfortzahlung im Falle der Arbeitsunfähigkeit

Das Ziel des Lohnfortzahlungsgesetzes (LFZG) vom 1.1.1970 bestand in der Gleichstellung der Arbeiter mit den Angestellten im Hinblick auf den Schutz des konkreten Arbeitsplatzes bei eintretender Arbeitsunfähigkeit. Es regelt den folgenden Sachverhalt:

"Wird ein Arbeiter nach Beginn der Beschäftigung durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung verhindert, ohne daß ihn ein Verschulden trifft, so verliert er dadurch nicht den Anspruch auf Arbeitsentgelt für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen" (§ 1 Abs. 1 Satz 1 LFZG). Dabei gilt als Voraussetzung für die Lohnfortzahlung:

"Der Arbeiter ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich anzuzeigen und vor Ablauf des dritten Kalendertages nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit eine ärztliche Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer nachzureichen" (§ 3 Abs. 1 Satz 1 LFZG).

Während der Zeit der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber ruht der Anspruch auf Krankengeld gegenüber dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. § 49 SGB V). In Fällen in denen der Arbeitgeber Zweifel an der tatsächlichen Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers hat und sich weigert das Arbeitsentgelt zu zahlen, besteht sofortiger Anspruch auf Krankengeld durch den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Anspruch gegenüber dem Arbeitgeber wird dann auf die Krankenkasse übergeleitet (vgl. § 115 SGB X). Keinen Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall haben u.a. diejenigen Arbeiter, deren regelmäßige Arbeitszeit wöchentlich zehn Stunden oder monatlich fünfundvierzig Stunden nicht übersteigt (vgl. § 1 Abs. 3 S. 2 LFZG).

Obwohl mit dem Lohnfortzahlungsgesetz eine Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten intendiert war, bestehen auch heute noch wesentliche Unterschiede in der Gleichbehandlung im Falle von Arbeitsunfähigkeit. So sind z.B. Arbeiter grundsätzlich verpflichtet, selbst bei einer Arbeitsunfähigkeit von nur ein oder zwei Tagen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes dem Arbeitgeber vorzulegen. Angestellte sind von dieser Regelung nicht betroffen; für sie gilt, daß die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nach drei Tagen vorliegen muß, sofern die Arbeitsunfähigkeit über diesen Zeitraum hinausgeht.

Ebenso bestehen Unterschiede zwischen Arbeitern und Angestellten im Hinblick auf eine ärztlich verordnete Schonungszeit während und im Anschluß an eine Kur (vgl. § 7 Abs. 4 LFZG), wobei der Anspruch auf Lohnfortzahlung für Arbeiter nur dann besteht, wenn sie während dieses Zeitraums auch arbeitsunfähig sind. Für Angestellte muß in diesem Fall keine Arbeitsunfähigkeit vorliegen (vgl. EICHER/HAASE/RAUSCHENBACH Kommentar zu § 1236 RVO (§13 AVG) Nr. 9).

Sofern ein Angestellter bei Beginn der durch Arbeitsvertrag vereinbarten Arbeitsaufnahme krank ist, hat er Anspruch auf Gehalt für die Dauer von sechs Wochen gegenüber dem Arbeitgeber (vgl. hierzu § 616 BGB). Dies gilt auch hinsichtlich der Lohnfortzahlung für Arbeiter. Ein hiervon betroffener gewerblicher Kleinbetrieb erhält in diesem Falle von der Krankenkasse eine Ausgleichsleistung von 70 v.H.

Im Übergang von der arbeitsrechtlichen Regelung des Lohnfortzahlungsgesetzes zum sozialversicherungsrechtlichen Anspruch auf Krankengeldzahlung gegenüber der Krankenkasse im Falle einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als sechs Wochen besteht ebenfalls nur der Effekt einer Quasi-Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten. Tarifvertragliche Regelungen für die überwiegende Anzahl der Arbeitnehmer, insbesondere in Angestelltenberufen regeln eine Entgeltfortzahlung bis weit über die vorgesehenen sechs Wochen hinaus. Für Arbeiter stehen derartige Regelungen vor allem im engen Zusammenhang mit der jeweiligen Betriebsgröße und der Dauer der Betriebszugehörigkeit.

2.4 Krankengeld im Falle von Arbeitsunfähigkeit

Nach Ablauf der durch das Lohnfortzahlungsgesetz vorgegebenen sechswöchigen Frist hat der Versicherte Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung (durch die jeweilige Krankenkasse) in Form von Krankengeld (vgl. § 44 SGB V):

"Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 23 Abs. 4, §§ 24, 40 Abs. 2 und § 41 SGB V) behandelt werden" (§44 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Der Kreis derjenigen Versicherten, die Anspruch auf Krankengeld haben, ist dabei begrenzt auf die versicherungspflichtigen Arbeitnehmer einschließlich der Auszubildenden in betrieblicher Ausbildung und der Behinderten in geschützten Einrichtungen, soweit sie tatsächlich Entgelt beziehen. Auch Arbeitslose haben einen diesbezüglichen Anspruch. Ausgenommen sind Rentner, Studenten, Berufspraktikanten und die mitversicherten Familienangehörigen sowie diejenigen, die nur einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 SGB IV nachgehen.

Die Höhe des Krankengeldes bemißt sich nach dem Regelentgelt, das in den letzten abgerechneten vier Wochen vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erzielt wurde (zur Berechnung des Regelentgelts vgl. § 47 Abs. 2 SGB V). Das Krankengeld beträgt 80 v.H. des Bruttolohnes, es darf jedoch 100 v.H. des Nettolohnes nicht überschreiten (vgl. § 47 SGB V).

Krankengeld wird ohne zeitliche Begrenzung gewährt. Ist ein Versicherter allerdings wegen derselben Krankheit dauerhaft arbeitsunfähig, so wird Krankengeld längstens für 78 Wochen innerhalb von drei Jahren gezahlt.

Bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes im Januar 1989 galt die Regelung, daß der Anspruch auf Krankengeld nach Ablauf von drei Jahren wiederum für die Dauer von 78 Wochen erneut auflebte. Voraussetzung hierfür war, daß zum Zeitpunkt des Wiederauflebens des Krankengeldes grundsätzlich eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen mußte, allerdings brauchte diese nicht notwendigerweise mit dem Anspruch auf Krankengeld verknüpft zu sein, wie z.B. bei Mitgliedschaft in der KVdR (vgl. STEINWEDEL 1989:73).

Aus der Sicht der Versicherungsträger bestand damit das Problem, daß bei Vorliegen einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit des Versicherten wegen ein und derselben Erkrankung, das Krankengeld den Charakter einer Dauerleistung mit Rentenersatzfunktion erhielt. Dies war von größerer Bedeutung, da die Blockfristregelung u.a. dazu führen konnte, daß ein Versicherter, der eine Berufsunfähigkeitsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezog, für die Dauer von 78 Wochen in dem jeweiligen Dreijahreszeitraum gleichzeitig sowohl Berufsunfähigkeitsrente als auch Krankengeld beziehen konnte (vorausgesetzt, daß die BU Rente vor dem Krankengeldanspruch zuerkannt wurde) und der Krankengeldanspruch nach den drei Jahren erneut auflebte (vgl. hierzu ausführlich HEINZE 1986: 304 ff.). Damit bestand eine deutliche Ungleichheit gegenüber den Erwerbsunfähigkeitsrentnern, die - wenn überhaupt - einen Anspruch auf Krankengeld bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes nur für maximal sechs Wochen realisieren konnten (vgl. § 183 Abs.4 RVO a.F.).

Mit dem Ziel einer Konsolidierung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Möglichkeit des Wiederauflebens des Krankengeldes durch das Gesundheitsreformgesetz grundlegend geändert. Danach gilt:

"Für Versicherte, die im letzten Dreijahreszeitraum wegen derselben Krankheit für achtundsiebzig Wochen Krankengeld bezogen haben, besteht nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen dersel-

ben Krankheit, wenn sie bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate

1. nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig waren und
2. erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen" (§48 Abs. 2 SGB V).

Diese Regelung setzt demnach voraus, daß ein Versicherter - der dauerhaft arbeitsunfähig erkrankt ist - nur noch dann Anspruch auf ein Wiederaufleben des Krankengeldes hat, wenn er innerhalb der Dreijahresfrist mindestens sechs Monaten arbeitsfähig gewesen ist. Für den Versicherten beinhaltet dieser Umstand, daß er sich trotz bestehender Krankheit "gesund schreiben" lassen müßte bzw. er gezwungen ist, auf Kosten seiner Restarbeitsfähigkeit weiterzuarbeiten. Diese Regelung wird u.a. seitens der Gewerkschaften als zunehmende Härte und dem Prinzip der Sozialversicherung ("Rehabilitation vor Rente") widersprechend heftig kritisiert (vgl. FAUPEL 1989:33 ff). Werden die Voraussetzungen, die mit der Blockfristregelung verbunden sind nicht erfüllt, so erlischt der Anspruch auf Krankengeld nach 78 Wochen.

2.5 Zumutbarkeit und Verweisbarkeit bei Arbeitsunfähigkeit

Hinsichtlich der Zumutbarkeit und Verweisbarkeit im Falle eingetretener Arbeitsunfähigkeit gilt im Krankenversicherungsrecht ein weitgehender Berufsschutz. D.h., die Möglichkeiten der Verweisung auf eine andere Tätigkeit im Fall krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit sind sehr eng begrenzt. Selbst wenn die Möglichkeit der Verweisung auf einen ähnlichen Arbeitsplatz besteht, kann dies nur bei Fortbestehen des Arbeitsverhältnisses beim bisherigen Arbeitgeber erfolgen. Insofern dient die sozialversicherungsrechtliche Regelung im Falle von Arbeitsunfähigkeit zum Schutz des konkreten Arbeitsplatzes.

Die Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten besteht auch dann, wenn ein noch verbliebenes Restarbeitsvermögen am Arbeitsplatz zeitlich verkürzt in Form von Teilzeitarbeit einsetzbar wäre, da eine Teilarbeitsunfähigkeit gesetzlich nicht vorgesehen ist (vgl. MAASSEN/SCHERMER/WIEGAND/ ZIPPERER GKV-Kommentar zu § 44 SGB V, Abs. II Nr. 3).

Wird dennoch eine Teilzeitarbeit am alten Arbeitsplatz ausgeübt und der Versicherte erhält während der Krankheit beitragspflichtiges Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen, so wird dieses für den Anspruch auf Krankengeld als nicht unbeachtlich gewertet, mit der Folge einer Reduzierung des Krankengeldes (vgl. KUMMER 1986:87).

Unter dem Aspekt der Rehabilitation kann bei eingetretener Arbeitsunfähigkeit (z.B. nach Herzinfarkt) das langsame Heranführen an die frühere Arbeitstätigkeit sinnvoll sein. Das Gesundheitsreformgesetz, das vollständig am 1.1.1989 in Kraft getreten ist, hat deshalb die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung geschaffen:

"Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch die stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einholen" (§ 74 SGB V).

Der Versicherte gilt allerdings auch bei einer stufenweisen und arbeitszeitlich befristeten Wiedereingliederung im Sinne des Gesetzes als arbeitsunfähig.

Nach den Definitionen des Bundesarbeitsgerichts und des Bundessozialgerichts gilt darüber hinaus ein Versicherter auch dann als arbeitsunfähig, wenn er die frühere Tätigkeit vollschichtig wiederaufnimmt auf die Gefahr hin, den Leidenszustand zu verschlimmern. "So schließt die Verrichtung einer Arbeit auf Kosten der Gesundheit - wie der 3. Senat des BSG in seinem Urteil vom 17. August 1982 ausgeführt hat - das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit nicht aus" (KUMMER 1986:87).

Ein anderer Sachverhalt bezüglich der Zumutbarkeit und möglichen Verweisbarkeit liegt vor, wenn das Arbeitsverhältnis aufgrund häufiger oder langandauernder Arbeitsunfähigkeit aufgelöst bzw. gekündigt ist. Auch in diesem Fall muß von der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ausgegangen werden, allerdings sind nun die besonderen, die Gesundheit des Versicherten beeinträchtigenden Arbeitsplatzanforderungen und -bedingungen zu berücksichtigen.

"Gibt es in nennenswerter Zahl Arbeitsplätze auf dem Arbeitsmarkt, auf denen der Versicherte ohne solche Beeinträchtigungen eine ähnliche, etwa gleich hoch bezahlte Tätigkeit verrichten kann, und ist er hierzu gesundheitlich in der Lage, so endet die Arbeitsunfähigkeit" (KUMMER 1986:87).

Eine damit möglicherweise verbundene Einkommenseinbuße bis zu 10 v.H. erscheint zumutbar. Die Frage, ob dem Versicherten ein diesbezüglicher Arbeitsplatz tatsächlich zugewiesen werden kann, bleibt ohne Belang (vgl. STEINWEDEL 1989:74).

Die Einschränkung des Berufsschutzes durch die Verweisbarkeit auf ähnliche Tätigkeiten erscheint notwendig, da (gemäß § 183 Abs. 2 RVO a.F., § 48 Abs. 1 S. 1 SGB V: "Krankengeld wird ohne zeitliche Begrenzung gewährt") eine Reduzierung "auf ein vernünftiges Maß" im Sinne der Versicherungsgemeinschaft verlangt ist (vgl. KUMMER 1986:87).

2.6 Sozialversicherungsrechtliche Bedeutung der Krankengeldregelung für langfristig Arbeitsunfähige

In Fällen, bei denen es sich absehbar nicht nur um eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit handelt und der Versicherte nach ärztlichem Gutachten als erwerbsunfähig im Sinne einer vorliegenden dauerhaften Leistungsminderung, anzusehen ist, besteht für den Träger der Krankengeldleistung - die Krankenkassen - die Möglichkeit, den Versicherten aufzufordern, innerhalb einer Frist von zehn Wochen einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen (vgl. § 51 Abs.1 Satz 1 SGB V).

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes gilt diese Regelung, die bis zu diesem Zeitpunkt auf Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung beschränkt war (vgl. § 183 Abs.7 RVO a.F.), nunmehr auch für andere Sozialleistungsbereiche, die Rehabilitationsmaßnahmen durchführen.

Bei Krankengeld beziehenden Versicherten, die die Voraussetzungen für den Bezug einer Altersrente erfüllen und das 65. Lebensjahr vollendet haben, kann die Krankenkasse diese in ebenfalls zehnwöchiger Frist zur Rentenantragstellung auffordern (vgl. § 51 Abs.2 SGB V).

Die besondere Bedeutung dieser Regelungen besteht darin, daß mit der Aufforderung einen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen oder Rente gegenüber einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zu stellen, für den Versicherten der Dispositionsspielraum der Bestimmung des Zeitpunkts des Eintritts des Versicherungsfalls - also der Zeitpunkt, ab dem eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit gezahlt werden soll - durch die Krankenkasse begrenzt wird. Aufgrund der in der gesetzlichen Rentenversicherung vorgesehenen Regelungen zu den Rentenarten Berufs- und Erwerbsunfähigkeit bestehen für die Krankenkassen mit § 51 SGB V zwei Möglichkeiten, den Versicherten zur Antragstellung auf Leistungen des Rentenversicherungsträgers aufzufordern:

1. Liegt nach ärztlichem Gutachten Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vor und besteht begründete Aussicht auf Besserung der zugrundeliegenden Leistungsminderung des Versicherten in absehbarer Zeit, kann eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente auf Zeit nach Ablauf der 26. Woche der Arbeitsunfähigkeit beantragt werden (vgl. § 1276 Abs.1 RVO). In den Fällen, in denen der Rentenversicherungsträger eine derartige Rente ablehnt, besteht für den Versicherten allerdings weiterhin Anspruch auf Krankengeldleistungen.

2. Besteht die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit infolge ein und derselben Krankheit innerhalb der vorgeschriebenen Dreijahresfrist länger als 78 Wochen und erfüllt der Versicherte die Voraussetzungen für das Wiederaufleben des Krankengeldanspruchs nach § 48 SGB V Abs.2 nicht, so erlischt dieser Anspruch auch dann, wenn der Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen oder Rente seitens anderer Sozialleistungsträger abgelehnt wird. Der Versicherte erhält dann keinerlei Leistungen und ist gegebenenfalls auf die Sozialhilfe verwiesen.

III. BEDEUTUNG UND SOZIALE SICHERUNG BEI ARBEITSLOSIGKEIT - DER VERSICHERUNGSFALL "ARBEITSLOSIGKEIT"

3.1 Historisches zur Sozialen Sicherung von Arbeitslosigkeit

(Vorbemerkung: Die folgende Darstellung beruht, soweit im Text nicht anders hervorgehoben, auf der Einleitung des Gemeinschaftskommentar zum Arbeitsförderungsgesetz (GK - AFG) von AMBS et. al., Neuwied/Darmstadt, Loseblattsammlung, lfd.).

Der institutionelle Aufbau der Arbeitsvermittlung bzw. der Arbeitslosenversicherung erfolgte gegenüber den anderen Bereichen des Sozialversicherungssystems erst zu einem relativ späten Zeitpunkt mit der Gründung des Reichsamtes für Arbeitsvermittlung im Jahr 1920.

1922 beschloß der Reichstag das Arbeitsnachweisgesetz, das den künftigen dreigliedrigen Aufbau der Arbeitsverwaltung begründete: Arbeitsnachweisämter auf kommunaler Ebene, Landesämter für Arbeitsvermittlung und das Reichsamt für Arbeitsvermittlung.

1927 wurde das Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (AVAVG) beschlossen. Dieses Gesetz beendete die bis dahin erfolgte Entwicklung. Eine gewerbsmäßig betriebene Stellenvermittlung war grundsätzlich verboten.

Die Arbeitslosenversicherung erlangte besondere Bedeutung vor allem nach dem 1. Weltkrieg durch die Umstellung der Kriegs- auf die Friedenswirtschaft. Im Zusammenhang mit der entstehenden hohen Arbeitslosigkeit erfolgte eine reichseinheitliche Regelung durch die Verordnung zur Erwerbslosenfürsorge vom 13.11.1918, wobei die Trägerschaft von den Gemeinden übernommen wurde. Die Einführung der Beitragspflicht wurde 1923 beschlossen und mit Gesetz von 1927 der Aufbau einer Arbeitslosenversicherung vollendet.

Wesentliche Änderungen traten in der Zeit nach 1933 ein. Wie in den anderen Zweigen des Sozialen Sicherungssystems war die Zerschlagung der Selbstverwaltung und die Durchsetzung des Führerprinzips für die Zeit des Faschismus charakterisierend. Sie erfolgte durch den "Erlaß zur Übertragung

von Befugnissen auf den Präsidenten der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung" vom 10.11.1933. Später erfolgte die Ablösung des Versicherungsprinzips durch das Fürsorgeprinzip auf der Grundlage der "Verordnung über Arbeitslosenhilfe" vom 5.9.1939. Monetäre Stützungsleistungen wurden demnach überwiegend von der Bedürftigkeit des Arbeitslosen abhängig gemacht. Die Entwicklung der Eingliederung der gesamten Arbeitseinsatzverwaltung in die Reichsverwaltung wurde abgeschlossen durch die "Verordnung über die Gauarbeitsämter" vom 27.6.1943. Hierbei wurden die Landesarbeitsämter in Gauarbeitsämter neu gegliedert.

Mit Kontrollratsdirektive Nr.29 vom 27.5.1946 wurde die alte Gliederung wiederhergestellt und die demokratische Selbstverwaltung gestärkt. Arbeitnehmer, Arbeitgeber und die öffentlichen Körperschaften bildeten beratende Ausschüsse. Verschiedene nachfolgende Regelungen in den jeweiligen Besatzungszonen führten dann zur Wiedereinführung des Versicherungsprinzips.

Wichtigste Etappe in der Entwicklung nach dem Kriege dürfte die Bildung der Bundesanstalt für Arbeitslosenvermittlung und Arbeitslosenversicherung im Jahr 1955 darstellen, die seitdem ihren Sitz in Nürnberg hat. Ihre Grundlage bildet das Bundesanstaltsgesetz von 1952. Die Selbstverwaltung ist paritätisch (Verwaltungsausschüsse der Arbeitsämter, der Landesarbeitsämter und dem Verwaltungsrat und Vorstand der Bundesanstalt) aufgebaut. Die diesbezügliche Rechtsprechung wurde durch die Große Novelle zum AVAVG im Jahr 1956 vereinheitlicht.

Vor dem Hintergrund des ersten größeren Beschäftigungseinbruchs und steigenden Arbeitslosenzahlen in der Mitte der sechziger Jahre erschien es notwendig, die gesetzlichen Regelungen des AVAVG stärker der wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen. Resultat dieser Reformdiskussion war das am 1.7.1969 in Kraft getretene Arbeitsförderungs-gesetz (AFG). Zwar wurden die bisherigen Maßnahmen des AVAVG modifiziert beibehalten, der Aufgabenkatalog der Bundesanstalt für Arbeit aber wesentlich erweitert. Dies betrifft insbesondere die Aufgabe der Arbeitsmarktbeobachtung und die Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, der Berufsberatung, die Förderung beruflicher Bildungsmaßnahmen (Ausbildung, Fortbildung, Umschulung). In den Bereich der beruflichen Rehabili-

tation werden auch körperlich, geistig oder seelisch Behinderte einbezogen.

Der Bereich monetärer Stützungsleistungen zielt sowohl auf die Förderung der Arbeitsaufnahme als auch auf Leistungen zur Erhaltung und Schaffung von Arbeitsplätzen. Zum letzteren gehören die Gewährung von Kurzarbeitergeld, Schlechtwettergeld, die produktive Winterbauförderung sowie die Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung. Dieser Aufgabenkatalog soll zu einer "produktionsorientierten Beschäftigungspolitik" beitragen, die nicht nur den Strukturwandel des Arbeitsmarktes (technologische Entwicklung) berücksichtigt, sondern auch zum Ausgleich regionaler und branchenmäßiger Besonderheiten beiträgt.

Im Arbeitsförderungsgesetz wird der subsidiäre Charakter der Arbeitslosenversicherung mit den Leistungen Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe deutlich hervorgehoben. D.h., die zentrale Aufgabe besteht in der Sicherung vor Arbeitslosigkeit, und erst dann tritt die Sicherung bei Arbeitslosigkeit ein. Im Einzelfall gilt das Prinzip der Rehabilitation vor Leistung, wonach Maßnahmen zur Umschulung und beruflichen Fortbildung Vorrang vor den Leistungen des Arbeitslosengeldes und der Arbeitslosenhilfe haben. Diese sollen grundsätzlich nur dann gewährt werden, wenn eine Wiedereingliederung des Arbeitslosen in ein Beschäftigungsverhältnis überhaupt möglich erscheint. Abweichungen von diesem Prinzip bestehen nach dem AFG in Hinblick auf ältere und/oder leistungsgeminderte Arbeitslose (vgl. Kapitel 3.7).

Das Arbeitslosengeld und die Arbeitslosenhilfe sind Leistungen mit Lohnersatzfunktion. Dabei wird der Einkommensverlust nur teilweise abgedeckt. Die Leistungen haben den Charakter eines "sozialen Mindestschutzes", d.h., die Höhe der Leistung richtet sich nicht nach den gezahlten Beiträgen, sondern muß lediglich den Anforderungen der sozialen Gerechtigkeit (Sozialstaatsprinzip) entsprechen. Hieraus ergibt sich ein Ausgestaltungsspielraum bei der Leistungsbemessung durch den Gesetzgeber.

Gegenüber den klassischen Zweigen der Sozialversicherung liegt der wesentliche Unterschied der Arbeitslosenversicherung in der Eigenart ihres Risikos. Diese besteht darin, "daß das Wagnis wegen der Unvoraussehbarkeit der Entwick-

lung der Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage nicht so kalkulierbar ist wie in der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Es ist daher einer Berechnung viel weniger ausgesetzt" (GK - AFG vor §§ 100 ff. Abs. III RZ. 10).

Hinzu kommt, daß der Eintritt des Versicherungsfalls Elemente der Manipulierbarkeit enthält, da er vom Willen sowohl des Arbeitgebers als auch des Arbeitnehmers abhängen kann. Aus diesem Grunde gibt es für das Risiko der Arbeitslosigkeit auch keine private Versicherungsmöglichkeit und deshalb auch keine freiwillige Teilnahme an der Arbeitslosenversicherung, wie dies in den anderen Zweigen der Sozialversicherung vorgesehen ist (vgl. ebenda).

3.2 Der Begriff der Arbeitslosigkeit

Das Risiko, den Arbeitsplatz zu verlieren und somit arbeitslos zu werden, ist seit den siebziger Jahren zu einem Massenphänomen geworden. Dadurch hat die Sicherungsleistung des Arbeitslosengeldes bzw. der Arbeitslosenhilfe zunehmend an Bedeutung gewonnen. Seit dieser Zeit sind die gesetzlichen Regelungen, die den Anspruch auf eine derartige monetäre Stützungsleistung voraussetzen, häufigen Veränderungen unterworfen gewesen. Charakterisierend für diese Sicherungsleistung ist, daß das Risiko des Vorhandenseins geeigneter Arbeitsplätze nicht in den Bereich der Arbeitslosenversicherung fällt, "sondern die Arbeitslosigkeit, die ihren Grund in den Verhältnissen des freien Arbeitsmarktes hat (Unfähigkeit des Arbeitsmarktes, das vorhandene Leistungsvermögen bei Arbeitsbereitschaft zu nutzen). Sie sichert demnach nicht vor den Folgen fehlender Erwerbsfähigkeit oder Erwerbswilligkeit" (GK-AFG vor §§ 100 ff. RZ. 7). Dies gilt allerdings nicht uneingeschränkt vor allem im Hinblick auf ältere und/oder leistungsgeminderte Arbeitslose (vgl. Kapitel 3.7.).

Der Begriff der Arbeitslosigkeit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne, wie ihn das Arbeitsförderungsgesetz (AFG) definiert, ist altersspezifisch, d.h. an der Arbeitnehmereigenschaft orientiert, festgelegt und steht im Zusammenhang mit einem Beschäftigungsverhältnis und dessen zeitlicher Dauer.

"Arbeitslos im Sinne dieses Gesetzes ist ein Arbeitnehmer, der vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht oder nur eine kurzzeitige Beschäftigung ausübt" (§ 101 AFG).

Im Zeitverlauf hat die Definition der "kurzzeitigen Beschäftigung" quantitative Veränderungen erfahren. "Kurzzeitig (..) ist eine Beschäftigung, die auf weniger als 18 Stunden wöchentlich der Natur der Sache nach beschränkt zu sein pflegt oder im voraus durch einen Arbeitsvertrag beschränkt ist" (§ 102 AFG). Das quantitative Ausmaß kurzzeitiger Beschäftigungen ist immer mehr herabgesetzt worden. Bis 1986 war die Arbeitszeit noch auf 20 Stunden, dann, bis zum Dezember 1987, auf 19 Stunden begrenzt. Als nicht kurzzeitig gelten u.a. Beschäftigungen, die wegen stufenweiser Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, z.B. bei bestehender Arbeitsunfähigkeit (vgl. S. § 74 SGB V), die wöchentliche Arbeitszeit von 18 Stunden nicht erreichen oder im Zusammenhang mit dem Altersteilzeitgesetz, "zur Erleichterung des Übergangs in den Ruhestand auf weniger als 18 Stunden herabgesetzt und hierfür ein Entgeltausgleich vereinbart worden ist, der dem Arbeitnehmer mindestens ein durchschnittliches wöchentliches Arbeitsentgelt gewährleistet, das er zuletzt vor Herabsetzung der Arbeitszeit innerhalb von 18 Stunden erzielt hätte" (§ 102 AFG) (vgl. hierzu die Darstellung des Altersteilzeitgesetzes bei v. EINEM 1989).

Hat ein Arbeitnehmer das 65. Lebensjahr vollendet und verliert seinen Arbeitsplatz, gilt er dem Gesetz nach nicht als arbeitslos und hat keinen Anspruch auf diesbezügliche Leistungen (vgl. § 100 Abs.2 AFG). Das Kriterium der Vollendung des 65. Lebensjahres steht im Zusammenhang mit der gesetzlichen Altersgrenze in der Rentenversicherung. Dabei ist es unerheblich ob für den Arbeitnehmer ein Altersrentenanspruch gegenüber einem Rentenversicherungsträger besteht oder nicht. Umgekehrt bedeutet dieser Umstand, daß im Falle der Weiterbeschäftigung eines über 65jährigen, der Sozialversicherungsbeitrag für die Arbeitslosenversicherung für den beschäftigten Arbeitnehmer entfällt. Die Beitragsfreiheit besteht allerdings nicht für den Arbeitgeber (vgl. § 172 AFG).

Bis 1.1.1989 bestand die Beitragsfreiheit für Arbeitnehmer bereits ab vollendetem 63. Lebensjahr (vgl. § 169 Nr.2 AFG a.F., sowie § 107 Abs. 1 Nr. 2 AFG a.F.). Im Zusammenhang

mit der Heraufsetzung der gesetzlichen Altersgrenze ist die Beitragspflicht für diesen Personenkreis bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres heraufgesetzt worden.

3.3 Die Sicherungsleistung "Arbeitslosengeld"

Das Arbeitslosengeld hat die Funktion, dem Versicherten den bis zum Eintritt der Arbeitslosigkeit innegehabten Lebensunterhalt zu erhalten und den Ausfall an Arbeitseinkommen auszugleichen (Lohnersatzfunktion). Hierbei handelt es sich allerdings nur um einen teilweisen Ausgleich. Die Höhe des Arbeitslosengeldes richtet sich nach dem bisherigen (Netto-) Arbeitsentgelt, abzüglich der Mehrarbeitszuschläge und Zuwendungen, die der Arbeitgeber gezahlt hat. Es beträgt für Arbeitslose mit Kindern 68 v.H. des um die bei Arbeitnehmern gesetzlichen Regelabzüge geminderten Arbeitsentgelts (vgl. § 111 Abs.2 AFG). Bei Arbeitslosen ohne Kinder beträgt das Arbeitslosengeld 63 v.H. des vorherigen (um die Abzüge geminderten) Arbeitsentgelts.

Hintergrund der auf diese prozentualen Größen festgesetzten Höhe des Arbeitslosengeldes ist die Überlegung, die monetäre Stützungsleistung so zu bemessen, daß der Arbeitslose nicht zu stark in seiner Lebenshaltung absinkt, er aber andererseits noch ein ökonomisches Interesse haben soll, eine vermittelte Beschäftigung wiederaufzunehmen.

Die wesentlichen Vorschriften, wann ein Arbeitsloser im oben genannten Sinne Anspruch auf Arbeitslosengeld hat, sind nach § 100 AFG geregelt. Danach gilt, daß er der Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht, die Anwartschaftszeit erfüllt, sich beim Arbeitsamt gemeldet und Arbeitslosengeld beantragt hat.

Den Anspruch auf Arbeitslosengeld erwirbt ein Arbeitsloser, wenn er innerhalb einer auf drei Jahre festgelegten Rahmenfrist mindestens dreihundertsechzig (zweihundertvierzig bzw. einhundertachtzig) Kalendertage in einer die Beitragspflicht begründenden Beschäftigung gestanden hat (vgl. § 104 sowie § 106 AFG). Wird diese Anwartschaftszeit erfüllt, besteht Anspruch auf Arbeitslosengeld für die Dauer von 156 Tagen ("Grundanspruchsdauer"). Aufgrund der hier vorgesehenen Anwartschaftszeit unterscheidet sich die Leistung des Arbeitslosengeldes wesentlich von den Leistungen z.B. in

der Krankenversicherung, die derartige Voraussetzungen nicht kennt.

Die Anspruchsdauer ist gestaffelt, sie verlängert sich nach Maßgabe der Dauer der die Beitragspflicht begründenden Beschäftigung (vgl. § 106 AFG). Entscheidend für eine Verlängerung der Anspruchsdauer ist dabei zum einen die Dauer der versicherungspflichtigen Beschäftigung - zuzüglich gleichgestellter Zeiten vor Eintritt der Arbeitslosigkeit innerhalb einer auf sieben Jahre erweiterten Rahmenfrist - sowie zum anderen das Lebensalter des Versicherten.

Die Staffelung der Anspruchsdauer ist wie folgt geregelt:

nach einer die Beitragspflicht begründenden Beschäftigung von mindestens (...)	und nach Vollendung des (...)	(...) Tage
Kalendertagen.	Lebensjahres	

480		208
600		260
720		312
840	42.	364
960	42.	416
1080	42.	468
1200	44.	520
1320	44.	572
1440	49.	624
1560	49.	676
1680	54.	728
1800	54.	780
1920	54.	832

(vgl. § 106 AFG)

Mit dieser an das Lebensalter der Versicherten anknüpfenden Regelung, soll u.a. den erschwerten Bedingungen des Arbeitsmarktes für ältere Arbeitslose Rechnung getragen werden. Die Regelungen bezüglich der Anspruchsdauer sind zuletzt gesetzlich im Juli 1987 geändert worden, wobei neben der Herabsetzung des die Verlängerung der Anspruchsdauer begründenden Lebensalters auf das 42. Lebensjahr (davor 44. Lebensjahr) vor allem das Verhältnis der Dauer der beitragspflichtigen Beschäftigung innerhalb der Rahmenfrist zur Dauer des Anspruchs auf Arbeitslosengeld von 3:1 auf 2:1 herabgesetzt wurde. Für die älteren Arbeitslosen ab 54 Jahren besteht nunmehr ein Anspruch auf Arbeitslosengeld für die Höchstdauer von 32 Monaten (832 Tage).

3.4. Die Sicherungsleistung "Arbeitslosenhilfe"

Im Unterschied zum Arbeitslosengeld wird die Leistung der Arbeitslosenhilfe zeitlich unbefristet gewährt; sie wird in der Regel allerdings längstens für ein Jahr bewilligt. Nach diesem Zeitraum müssen die Anspruchsvoraussetzungen beim Arbeitsamt erneut nachgewiesen werden.

Der Anspruch auf Arbeitslosenhilfe besteht für denjenigen Arbeitslosen, der keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld hat, weil er die Anwartschaftszeit nicht erfüllt, d.h. der Arbeitslosengeldanspruch nicht besteht, oder erfüllt oder erloschen ist (vgl. § 134 AFG). Arbeitslosenhilfe wird demnach nachrangig gegenüber dem Arbeitslosengeld gewährt.

Der Arbeitslosenhilfe ist die Bedürftigkeit vorausgesetzt. Verfügt der Arbeitslose oder dessen Ehegatte über eigenes Einkommen oder Vermögen, so wird dieses auf die Arbeitslosenhilfe angerechnet. Darüber hinaus werden bei der Bedürftigkeitsprüfung Unterhaltsansprüche gegenüber Dritten berücksichtigt. Als Freibetrag gilt dabei ein Einkommen des Ehegatten bzw. der Eltern eines unverheirateten minderjährigen Arbeitslosen von DM 150 wöchentlich. Dieser Freibetrag erhöht sich um DM 70 für jede weitere Person, mit Ausnahme des Arbeitslosen selbst, für die ein Unterhaltsanspruch besteht. Eine vorherige Beschäftigung, zur Begründung des Anspruchs auf Arbeitslosenhilfe ist u.a. nicht erforderlich, wenn der Arbeitslose zuvor mindestens zweihundertvierzig Kalendertage Leistungen anderer Sozialversicherungsträger bezogen hat (vgl. § 134 Abs. 3 AFG).

Bei der Arbeitslosenhilfe handelt es sich nicht um eine Versicherungsleistung. Sie wird nicht aus dem Versicherungssystem finanziert, sondern ist eine Leistung des Bundes, die durch die Bundesanstalt für Arbeit ausgezahlt wird. Sie ist eine Fürsorgeleistung, die vor allem in Fällen struktureller Arbeitslosigkeit geleistet wird. Der Leistung selbst kommt ebenfalls Lohnersatzfunktion zu, allerdings auf einem deutlich niedrigeren Niveau als beim Arbeitslosengeld. "Sie soll arbeitslosen Arbeitnehmern das infolge der Arbeitslosigkeit ausfallende Arbeitsentgelt teilweise ersetzen, nicht aber - wie bei der Sozialhilfe - den Bedarf des Arbeitslosen für den eigenen Unterhalt und denjenigen seiner Familie decken. Bei niedrigen ausfallenden Arbeitsentgelten kann daher die Arbeitslosenhilfe in

Einzelfällen unter dem Bedarfssatz der Sozialhilfe liegen, so daß sie durch Sozialhilfe entsprechend aufgestockt werden kann" (GK - AFG zu § 134 Abs. III RZ. 5). Die Arbeitslosenhilfe beträgt für Arbeitslose mit mindestens einem Kind 58 v.H. des früheren Nettoeinkommens, bei Arbeitslosen ohne Kinder 56 v.H. des früheren Nettoeinkommens.

Trotz dieser wesentlichen Unterschiede beider Leistungsarten besteht hinsichtlich der Voraussetzung - wonach der Arbeitslose dem Arbeitsamt zur Verfügung stehen muß und der Bereitschaft der Annahme einer zumutbaren Tätigkeit - grundsätzlich Übereinstimmung. Bevor dies im folgenden Kapitel näher dargestellt wird, soll ergänzend noch kurz auf die Entwicklung des Verhältnisses zwischen den Leistungsarten des Arbeitslosengeldes und der Arbeitslosenhilfe eingegangen werden. Hier hat sich mit dem Ansteigen der Arbeitslosenzahlen, insbesondere seit Ende der siebziger Jahre ein deutlicher Wandel vollzogen.

Der Anteil der Arbeitslosen, die derartige Leistungen vom Arbeitsamt überhaupt bezogen haben, lag im Jahresdurchschnitt 1981 bei rund 68 v.H. Bis zum Jahr 1986 ist dieser Anteil auf knapp 63 v.H. zurückgegangen und stieg u.a. aufgrund der Veränderung bei der Rahmenfristregelung bis 1988 wieder auf knapp 66 v.H. an. Im Jahr 1990 erhielten rd. 69 v.H. der Arbeitslosen Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit.

Der Anteil derjenigen Arbeitslosen, die Arbeitslosengeld bezogen haben, lag im Jahresdurchschnitt 1981 bei etwas über 80 v.H. gegenüber 20 v.H. der Bezieher von Arbeitslosenhilfe. Dieses Verhältnis veränderte sich bis 1986 auf 57 v.H. Arbeitslosengeldbezieher gegenüber 43 v.H. Beziehern von Arbeitslosenhilfe. Hierin drückt sich die zunehmende Bedeutung des Problems der Langzeitarbeitslosigkeit aus. Aufgrund der Veränderungen des AFG beim Leistungsbezug, ist der Anteil der Arbeitslosengeldbezieher bis 1988 wieder auf rund 64 v.H. angestiegen und der Anteil der Arbeitslosenhilfebezieher auf knapp 36 v.H. gesunken. Im Jahr 1990 lag dieses Verhältnis bei 66,5 v.H. zu 33,5 v.H. (eigene Berechnungen nach ANBA 1991 a: Übersicht 17; 152; 154; 156).

Von besonderer Bedeutung bei dieser Entwicklung ist, daß sich bei einem großen Anteil der Arbeitslosenhilfebezieher Überschneidungen zur Sozialhilfe ergeben. Eine Untersuchung

von 1985 ergab, daß ein knappes Viertel der Leistungsbezieher von Arbeitslosenhilfe monatliche Zahlungsbeträge erhielten, die unter DM 600 monatlich lagen. Davon betroffen sind vor allem diejenigen, bei denen gemäß § 138 AFG nur eingeschränkte Bedürftigkeit vorlag (vgl. WIESE 1985:137).

3.5 Verfügbarkeit und Zumutbarkeit im Falle von Arbeitslosigkeit

Die wesentliche Voraussetzung für den Anspruch auf Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe besteht darin, daß der Arbeitslose der Arbeitsverwaltung zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung steht (vgl. § 100 AFG).

Ein Arbeitsloser steht der Arbeitsvermittlung zur Verfügung, wenn er

- "1. eine zumutbare, nach § 168 die Beitragspflicht begründende oder allein nach § 169 Nr. 2 beitragsfreie Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann und darf,
2. bereit ist,
 - a) jede zumutbare Beschäftigung anzunehmen, die er ausüben kann und darf, sowie
 - b) an zumutbaren Maßnahmen zur beruflichen Ausbildung, Fortbildung und Umschulung zur Verbesserung der Vermittlungsaussichten sowie zur beruflichen Rehabilitation teilzunehmen, sowie
3. das Arbeitsamt täglich aufsuchen kann und für das Arbeitsamt erreichbar ist" (§ 103 Abs.1 AFG)

Die Verfügbarkeit gilt als Nahtstelle zwischen dem Versicherungsfall der Arbeitslosigkeit und dem Leistungsbezug von Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe. Sie beinhaltet, daß im Prinzip die eingetretene Arbeitslosigkeit eines Arbeitnehmers durch die Vermittlungsbemühungen der Arbeitsverwaltung behebbar sein muß. Dabei sind sowohl die fachlichen Fähigkeiten als auch der Arbeitsmarkt des gesamten Bundesgebietes zu berücksichtigen. Diese Bemühungen sind vorrangig gegenüber der Zahlung der monetären Stützungsleistung (Subsidiarität des Arbeitslosengeldes).

Die Besonderheit der Arbeitslosenversicherung ist darin zu sehen, daß sie nur dann eintritt, "wenn der von Arbeitslosigkeit betroffene Arbeitnehmer in Arbeit vermittelt werden kann und will. Das abgesicherte Risiko ist damit grundsätzlich auf Arbeitslosigkeit beschränkt, die ihren Grund in

den besonderen Verhältnissen des freien Arbeitsmarktes hat" (GK-AFG § 103 RZ. 1).

Zu unterscheiden ist zwischen objektiver und subjektiver Verfügbarkeit. Dabei bedeutet die objektive Verfügbarkeit, daß die in § 100 AFG aufgeführten Voraussetzungen jederzeit erfüllt sein müssen und keine Hinderungsgründe seitens des Arbeitslosen bestehen, unverzüglich eine zumutbare beitragspflichtige Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes aufzunehmen. Die Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes sind charakterisiert durch die bestehenden, in Gesetzen, Tarifverträgen, Tarifordnungen und Arbeitsverträgen festgelegten Arbeitsverhältnisse. Als "üblich" werden diese Bedingungen angesehen, wenn es sich um Arbeitsverhältnisse handelt, die in nennenswertem Umfang bzw. in beachtlicher Zahl auf dem Arbeitsmarkt vorhanden sind. Die "üblichen Bedingungen" sind dabei regional und branchenmäßig unterschiedlich und der Entwicklung des allgemeinen Arbeitsmarktes unterworfen.

Unter der subjektiven Verfügbarkeit eines Arbeitslosen ist die Bereitschaft zu verstehen, alle "der objektiven Leistungsfähigkeit des Arbeitslosen entsprechenden und nach Art und Umfang zumutbaren Beschäftigungen" (GK-AFG § 103 RZ. 25) aufzunehmen. Die subjektive Verfügbarkeit wird seitens der Arbeitsverwaltung durch die Arbeitslosmeldung und die Antragstellung vorausgesetzt. Werden von dem Arbeitslosen besondere Wünsche hinsichtlich der Art der Beschäftigung oder in regionaler Hinsicht geäußert, so gilt dies noch nicht als Einschränkung der subjektiven Verfügbarkeit. Als Indikator für die subjektive Verfügbarkeit können die eigenen Bemühungen des Arbeitslosen, unabhängig von der Arbeitsverwaltung eine Tätigkeit zu finden, angesehen werden. Sofern der Arbeitslose einmalig die Aufnahme einer ihm angebotenen Tätigkeit oder die Teilnahme an einer die Vermittlungsaussichten verbessernden Maßnahme abbricht oder verweigert, wird im allgemeinen noch nicht von einer Einschränkung der subjektiven Verfügbarkeit ausgegangen. Er wird in diesem Fall aber mit einer achtwöchigen Sperrzeit des Leistungsbezuges belegt werden, in besonderen Härtefällen beträgt die Sperrzeit "nur" vier Wochen (für den Zeitraum von 1.1. 1985 bis 31.12.1989 lag die Sperrzeit bei zwölf bzw. sechs Wochen). Erst im Wiederholungsfall wird die monetäre Stützungsleistung gestrichen (vgl hierzu § 119 AFG).

3.6 Verweisbarkeit und Zumutbarkeit im Falle von Arbeitslosigkeit

Wie bei vielen Begriffen im Sozialversicherungsrecht handelt es sich auch bei dem Begriff der Zumutbarkeit bei Arbeitslosigkeit um einen bestimmten Rechtsbegriff wertenden Inhalts (normativer Rechtsbegriff), der der juristischen Auslegung bedarf und der den sich wandelnden Wertvorstellungen der Gesellschaft anzupassen ist.

"Bei der Beurteilung der Zumutbarkeit sind Interessen des Arbeitslosen und die der Gesamtheit der Beitragszahler gegeneinander abzuwägen. Näheres bestimmt die Bundesanstalt durch Anordnung" (§ 103 Abs.2 AFG).

Das Abwägungsgebot beinhaltet das Interesse des Arbeitslosen nach einer sachgerechten Vermittlung sowie das Interesse der Gemeinschaft der Beitragszahler nach einer Begrenzung der Leistungen. Zu berücksichtigen ist aber auch die Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes, woraus sich unterschiedliche Maßstäbe bei der Beurteilung der Zumutbarkeit ergeben können.

Grundsätzlich besteht im Bereich der Arbeitslosenversicherung kein Schutz vor sozialem Abstieg, so wie dies z.B. bei der Rente wegen Berufsunfähigkeit der Fall ist. Es gilt, daß, je länger die Zeit der Arbeitslosigkeit dauert, desto niedriger die an die Zumutbarkeit einer Beschäftigung zu stellenden Anforderungen sind (vgl. GK-AFG § 103 RZ. 71).

Die Anordnung des Verwaltungsrates der Bundesanstalt für Arbeit über die Beurteilung der Zumutbarkeit einer Beschäftigung (Zumutbarkeits-Anordnung) vom 16.3.1982 (ANBA 1982:523 ff.) unterscheidet zwischen einer ersten und einer weiteren Zeit der Arbeitslosigkeit. Die erste Zeit der Arbeitslosigkeit umfaßt in der Regel zunächst vier Monate. Sie erweitert sich um weitere zwei Monate, wenn vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit in einem Zeitraum von acht Jahren der Arbeitslose mindestens sechs Jahre (einschließlich der Berufsausbildung) eine seiner Qualifikationsstufe maßgebende Beschäftigung ausgeübt hat (vgl. § 8 Zumutbarkeits-Anordnung). Dies gilt ebenso im Hinblick auf die mit der Beschäftigung erzielte Einkommenshöhe sowie bezogen auf die Dauer der Arbeitszeit. Während dieser Zeit

gilt für den Arbeitslosen demnach ein gewisser Berufsschutz, der allerdings nicht z.B. mit dem innerhalb der Krankenversicherung im Falle von Arbeitsunfähigkeit bestehenden vergleichbar ist.

In der Arbeitslosenversicherung wird ein echter Berufsschutz "nur für die Auswirkungen einer konkreten Beschäftigung in der Zukunft (wesentliche Erschwerung der Ausübung der bisherigen überwiegenden Tätigkeit oder schwere Beeinträchtigung der weiteren beruflichen Entwicklung (...)) gewährt" (GK-AFG § 119 RZ. 55). Sofern es innerhalb dieser Zeit der Arbeitsverwaltung nicht möglich gewesen ist, den Arbeitslosen in ein entsprechendes Beschäftigungsverhältnis zu vermitteln, tritt die weitere Zeit der Arbeitslosigkeit ein (vgl. § 12 Zumutbarkeits- Anordnung). Dem Arbeitslosen sind dann im Rahmen eines Stufenschemas nur Beschäftigungen zuzumuten, die unmittelbar unterhalb seiner eigenen Qualifikationsstufe liegen.

Wesentliches Kriterium für die Rangfolge ist die Qualität der Ausbildung, die aber auch durch die langfristige Ausübung einer Beschäftigung nachgewiesen werden kann. Hierbei gelten folgende fünf Qualifikationsstufen:

1. Hochschul- und Fachhochschulbildung
2. Aufstiegsfortbildung auf einer Fachschule oder in einer vergleichbaren Einrichtung
3. Ausbildung in einem Ausbildungsberuf
4. Anlernausbildung
5. alle übrigen Beschäftigungen

3.7 Besondere Regelungen für ältere und oder leistungsgeminderte Arbeitslose

Wie die quantitative Entwicklung der Arbeitslosenzahlen deutlich macht, stellen vor allem ältere Arbeitslose eine besondere arbeitsmarktpolitische Problemgruppe dar. Unter ihnen sind die höchsten Anteile an Dauerarbeitslosen und gesundheitlich Leistungsgeminderten zu finden. So lag die Arbeitslosenquote der 55- bis 60jährigen im Jahr 1990 (Stand Ende September) mit 14,6 v.H. deutlich über dem Durchschnitt aller Arbeitslosen. Weit über ein Drittel (35,7 v.H.) der Arbeitslosen in dieser Altersgruppe waren zu diesem Zeitpunkt bereits länger als zwei Jahre arbeitslos; fast jeder Zweite (47,4 v.H.) wies gesundheitliche

Einschränkungen auf (eigene Berechnungen nach ANBA 1991 b: Übersicht I/66; I/74).

Aufgrund der Perspektivlosigkeit einer Wiedereingliederung von älteren und/oder leistungsgeminderten Arbeitslosen finden sich zahlreiche Regelungen im Arbeitsförderungsgesetz, die diesem Umstand Rechnung zu tragen versuchen. Die folgenden Ausführungen sind dabei auf die rein sozialversicherungsrechtlichen Aspekte begrenzt.

3.7.1 Arbeitslosigkeit bei älteren Erwerbspersonen

Bereits erwähnt wurde die Verlängerung der Anspruchsdauer des Arbeitslosengeldbezuges für ältere Arbeitslose ab dem 54. Lebensjahr seit 1987. Faktisch bedeutet gegenwärtig diese Regelung z.B. für einen Arbeitnehmer, der 57 Jahre und vier Monate alt ist, bei Erfüllung der geforderten Anspruchsvoraussetzungen den nahtlosen Übergang in Rente (Arbeitslosenuhrgeld).

Eine besondere Bedeutung für die Gruppe älterer Arbeitsloser kommt den Regelungen des § 105 a-c AFG zu. Hierin wird versucht dem Prinzip der Nahtlosigkeit des Überganges von Arbeitslosigkeit zur Rente zu entsprechen. Vor allem die am 1.1.1986 eingeführte Regelung des § 105 c fiel dabei aus den Prinzipien der Arbeitslosenversicherung beim Leistungsbezug heraus. Das AFG ließ danach den Anspruch auf Arbeitslosengeld für Arbeitslose ab dem 58. Lebensjahr auch dann weiterhin gelten, wenn dieser "nicht bereit ist, jede zumutbare Beschäftigung anzunehmen oder an zumutbaren beruflichen Bildungsmaßnahmen teilzunehmen" (§ 105c Abs.1 S.1 AFG). Der Anspruch bestand auch dann, wenn der Arbeitslose nur noch beitragsfreie Beschäftigungen ausüben konnte. § 105c AFG schloß somit bei älteren Arbeitslosen die subjektive Verfügbarkeit aus.

Diese Regelung war allerdings damit verknüpft, daß sich der betreffende Arbeitslose bereit erklärte, der vom Arbeitsamt gestellten Aufforderung, einen Antrag auf Altersruhegeld zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu stellen, nachzukommen (vgl. § 105c Abs.2 AFG). Mitte 1988 wurde von fast 60 000 Arbeitslosen eine derartige Erklärung abgegeben (vgl. KLAUDER 1989:87).

Die Einfügung dieses Paragraphen in das AFG diene der "Abfederung" arbeitsmarkt- und sozialpolitischer Probleme bei der Vermittelbarkeit älterer Arbeitsloser. Aus diesem Grunde wurde sie bis zum 1. Januar 1990 befristet. Danach gilt diese Regelung nur noch, "wenn der Anspruch vor dem 1. Januar 1990 entstanden ist und der Arbeitslose vor diesem Tag das 58. Lebensjahr vollendet hat" (§ 105c Abs.1 S. 3 AFG).

3.7.2 Arbeitslosigkeit bei geminderter Leistungsfähigkeit

Sofern ein Arbeitsloser wegen einer nicht nur vorübergehenden Minderung seiner Leistungsfähigkeit keine längere als kurzzeitige Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann und allein deshalb die Anspruchsvoraussetzungen auf Arbeitslosengeld nach § 100 AFG nicht erfüllt, hat er dennoch Anspruch auf Arbeitslosengeld, wenn von seiten der gesetzlichen Rentenversicherung weder Berufs- noch Erwerbsunfähigkeit festgestellt worden ist (vgl. § 105 a Abs. 1 AFG). Das Arbeitslosengeld hat hier die Bedeutung einer "Nahtlosigkeitsleistung", die ein leistungsgeminderter Arbeitsloser bis zur Anerkennung einer diesbezüglichen Rente erhält. Ihr unterliegt eine gesetzliche Fiktion, die sich auf die (objektive) Verfügbarkeit und den Begriff der Arbeitslosigkeit im Sinne von § 101 AFG bezieht. Dies gilt auch für die sogenannten "Nullfälle", die wegen Leistungsminderung überhaupt nicht mehr arbeiten können. "Sinn und Zweck der Fiktion ist es, zu verhindern, daß sich unterschiedliche Beurteilungen der Versicherungsträger über die Leistungsfähigkeit eines Versicherten zu dessen Lasten auswirken, weil der Versicherte hierauf keinen Einfluß hat" (GK-APG 105a RZ. 2)

Im Unterschied zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung muß es sich in diesen Fällen um eine nicht nur vorübergehende Arbeitsunfähigkeit handeln. Hierüber entscheidet ein arbeitsamtsärztliches Gutachten. Der leistungsgeminderte Arbeitslose erhält danach solange Arbeitslosengeld, bis seitens der gesetzlichen Rentenversicherung die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit festgestellt wird.

Dazu wird der Arbeitslose vom Arbeitsamt aufgefordert unverzüglich innerhalb eines Monats einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation oder Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit zu stellen (vgl § 105a Abs.2 AFG). Das Arbeitsamt ist dabei an die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers gebunden. Sofern seitens der Rentenversicherungsträger Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt werden und in Verbindung damit ein Übergangsgeld gezahlt wird oder der Arbeitslose eine Rente wegen BU/EU erhält, steht der Bundesanstalt für Arbeit ein Erstattungsanspruch zu. (vgl. § 105a Abs.3 AFG).

Der Anspruchsübergang zwischen den Sozialversicherungsträgern ist durch eine Verwaltungsvereinbarung geregelt (vgl. "Nahtlosigkeit zwischen den Leistungen an Arbeitslose und Leistungen der Rentenversicherung bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, hier: Verwaltungsvereinbarung zwischen der Bundesanstalt für Arbeit und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger vom 5. März 1980" - Runderlaß der Bundesanstalt vom 21. März 1980 (DBl. 80/80)). Sie soll neben der Sicherstellung der Nahtlosigkeit zwischen den Leistungen der Leistungsträger dazu dienen, unterschiedliche Beurteilungen hinsichtlich der Leistungsfähigkeit des Versicherten durch das Arbeitsamt und den Rentenversicherungsträger zu vermeiden. Dies gilt ebenso für unnötige Doppeluntersuchungen des Versicherten.

IV. LEISTUNGEN ZUR REHABILITATION

Vorbemerkung

Das folgende Kapitel nimmt in der Darstellung eine gewisse Sonderstellung ein, da die Möglichkeit, Rehabilitationsleistungen in Anspruch zu nehmen, nicht unmittelbar mit dem Eintreten eines Versicherungsfalles verbunden ist. Leistungen zur Rehabilitation werden von verschiedenen sozialen Sicherungsträgern erbracht. Zu unterscheiden sind Leistungen zur beruflichen und/oder medizinischen Rehabilitation sowie ergänzende Leistungen, wie dem Übergangsgeld, die mit den medizinischen und beruflichen Maßnahmen im engen Zusammenhang stehen.

Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation werden notwendig, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung des Versicherten dazu führt, daß er nicht wieder in seinen ursprünglich ausgeübten Beruf zurückkehren kann. Träger der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen ist in der Regel die Bundesanstalt für Arbeit (vgl. § 3 Abs.2 (4) AFG).

Die Trägerschaft bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen richtet sich danach, ob es sich um kurativ-medizinische oder rehabilitative Maßnahmen handelt. Zentral dabei ist der Begriff der Erwerbsbefähigung des Versicherten. Maßnahmen, die dazu dienen, "einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten" (JOCHHEIM/SCHOLZ 1975:5), werden vom Träger der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

Die Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherungsträger ist dann tangiert, wenn "die Erwerbsbefähigung infolge einer Erkrankung gefährdet oder gemindert ist, wenn die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten, wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Darüber hinaus können unter den gleichen Voraussetzungen auch Rentner Rehabilitationsmaßnahmen erhalten, die wegen Minderung oder wegen Wegfalls der Erwerbsfähigkeit eine Rente beziehen" (ebenda:6).

Neben diesen Trägern erfolgen Maßnahmen zur Rehabilitation im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn die

Beeinträchtigung durch einen Arbeitsunfall oder eine anerkannte Berufskrankheit hervorgerufen wurde. Zu erwähnen sind noch diesbezügliche Maßnahmen, die durch die Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge durchgeführt werden. Auch die Träger der Sozialhilfe gewähren solche Maßnahmen mit dem Ziel, "dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihm die Ausübung eines angemessenen Berufs- oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder ihn soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen" (BSHG).

Die Mehrzahl an diesbezüglichen Leistungen werden von der gesetzlichen Rentenversicherung getragen. Unsere Darstellung von Maßnahmen und Leistungen zur Rehabilitation ist hierauf begrenzt. Allerdings bestehen Überschneidungen mit dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ein Grund für diese Einschränkung ist darin zu sehen, daß Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen an die gesetzliche Rentenversicherung gemäß § 1241d Abs. 3 RVO gleichzeitig als Rentenanträge wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit gelten, sofern keine Aussicht besteht, mit diesen Maßnahmen die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen.

4.1 Historisches zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung

Maßnahmen zur Heilfürsorge entwickelten sich aus der Selbstverwaltung der Landesversicherungsanstalten heraus als freiwillige Leistungen. Im Zusammenhang mit dem "Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung" von 1891 übernahm die Rentenversicherung auch die Krankenfürsorge für denjenigen Personenkreis, der nicht der reichsgesetzlichen Krankenfürsorge unterlag, bei denen aber die Krankheit Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat oder haben kann und somit ein Anspruch auf Invalidenrente bestand. Dies richtete sich vor allem auf Tuberkuloseerkrankungen als zentraler Volkskrankheit.

Im § 18 des Invalidenversicherungsgesetzes aus dem Jahr 1899 wurden auf Betreiben des Reichsversicherungsamtes die Grundzüge für die Heilfürsorge erstmalig gesetzlich festgeschrieben. Das Heilverfahren als Ermessensleistung sollte

dann eintreten, wenn "ein Versicherter dergestalt erkrankt, daß infolge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet" (zit. nach TENNSTEDT 1976:453).

Auch die Heilfürsorgemaßnahmen im Bereich der Angestelltenrentenversicherung standen im engen Zusammenhang mit der Tuberkulosebekämpfung und mit der Verhinderung bzw. dem Wegfall eines Invaliditätsrentenbezuges. Dabei erfolgte die Unterbringung in einer von den Versicherungsträgern betriebenen Heilstätte aus politischen Motiven strikt nach Arbeitern und Angestellten getrennt (vgl. TENNSTEDT 1976:456).

Die Bekämpfung der Tuberkulose wurde sehr bald als Gemeinschaftsaufgabe verschiedener Träger erkannt. Es bildeten sich auf der Grundlage von freiwilligen Vereinbarungen Arbeitsgemeinschaften heraus, in die neben den Rentenversicherungsträgern auch die Länder, Stadt- und Landkreise, die Krankenkassen, das Hauptversorgungsamt, Wohlfahrtsverbände, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen usw. einbezogen waren. Mitte der zwanziger Jahre entbrannte eine Diskussion, in der die Reichsregierung bemüht war, unter ihrer Federführung diese Arbeitsgemeinschaften zwangsweise zusammenzuführen. Hiergegen wandten sich die Selbstverwaltungen der Sozialversicherungsträger entschieden. Resultat dieser Auseinandersetzung waren die im Jahr 1929 erlassenen "Richtlinien über Gesundheitsfürsorge in der versicherten Bevölkerung", in denen sich der Aspekt der Freiwilligkeit der Vereinbarungen weiterhin durchsetzen konnte.

Die Rentenversicherung konnte danach die Maßnahmen der Bekämpfung der Tbc weiter ausdehnen, mit der Verpflichtung der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. "Aufgabe der Arbeitsgemeinschaften ist das Zusammenwirken ihrer Mitglieder zur Erreichung einer umfassenden und planmäßigen, zusammenhängenden und möglichst wirksamen Gesundheitsfürsorge für die fürsorgebedürftige Bevölkerung, unbeschadet der besonderen Aufgaben, die den Gemeinschaftsmitgliedern nach Gesetz oder Satzung obliegen. (...). Verfassung und Geschäftsführung, Arbeitsgebiet und Arbeitsweise, Aufbringung und Verwendung der Mittel regeln die Beteiligten durch Vereinbarung" (zit. nach TENNSTEDT 1976:469). Besondere Regelungen über die Bekämpfung der Tuberkulose hinaus bestanden gemäß diesen Richtlinien im Hinblick auf die zunehmenden Geschlechtskrankheiten.

Trotz der Durchsetzung des Führerprinzips in der Sozialversicherung während der Zeit des Nationalsozialismus blieben die aus der Selbstverwaltung heraus auf freiwilliger Basis geschaffenen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge weitgehend erhalten. Die Erbringung derartiger Leistungen erfolgte allerdings weitgehend unkoordiniert ohne ein gemeinsames Konzept der Leistungsträger.

Die wichtigsten Entwicklungen dieser Zeit waren die Einführung des Vertrauensärztlichen Dienstes im Jahre 1930. Dieser wurde zunächst den Krankenkassen zugeordnet (Überprüfung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen). Im Jahr 1934 ging im Zusammenhang mit dem Aufbaugesetz der Vertrauensärztliche Dienst auf die Rentenversicherungsträger über. Darüber hinaus wurden die Landesversicherungsanstalten zum Träger der Gemeinschaftsaufgaben im Bereich der Gesundheitsfürsorge, d.h. die bislang von den Krankenkassen betriebenen Heilanstalten, Erholungs- und Genesungsheime wurden nunmehr auf die Träger der Rentenversicherung verlagert. Seit dem Jahr 1936 wurden erstmals auch die Kinder und die nichtversicherten Ehefrauen der Versicherten in die Gesundheitsförderung und Tuberkuloseheilmaßnahmen einbezogen. Die "Verordnung über die Tuberkulosehilfe" im Jahre 1942 und in der Folgezeit das "Tuberkuloseversorgungswerk" von 1944 regelten die Zuständigkeit für die Tbc - Bekämpfung verbindlich und grenzten die Leistungen der Rentenversicherungsträger von denen der Landesfürsorgeverbänden und den Krankenkassen ab (vgl. GÖTZE 1989:3).

Eine wesentliche Änderung bei den Ermessensleistungen der Rentenversicherungsträger hinsichtlich der Heilfürsorgemaßnahmen trat mit der Rentenreformgesetzgebung im Jahr 1957 ein. Erstmals wurde durch die Neuregelungsgesetze in der Arbeiter- und Angestelltenrentenversicherung der bislang untrennbare Zusammenhang zwischen der Bewilligung von Heilverfahren und der Abwendung bzw. des Wegfalls des drohenden bzw. eingetretenen Invaliditätsfalls aufgegeben. Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung beinhaltete von nun an auch Prävention, "mit dem Ziel der Behandlung gesundheitlicher Beeinträchtigungen noch vor deren Wirksamwerden als Krankheitserscheinungen (Primärprävention) bzw. der Behandlung schon eingetretener, u.U. chronischer Gesundheitsschäden zum Zwecke der Besserung oder Begrenzung des Fortschreitens der Krankheit, um diese besser behandeln

oder auch heilen zu können (Sekundärprävention)" (GÖTZE 1989:3).

Seitdem ist der Begriff des Heilverfahrens durch den Rehabilitationsbegriff im Gesetz ersetzt worden. Dieser ist erheblich weiter gefaßt und schließt nunmehr auch berufsfördernde Maßnahmen in den Aufgabenkatalog der Rentenversicherungsträger ein, da erkannt wurde, daß ohne berufsfördernde Beratung, Hilfe und soziale Betreuung ein erneutes Krankheitsrisiko des Versicherten nicht auszuschließen ist, "so daß Mühe und Kosten der gesundheitlichen Wiederherstellung mangels beruflicher Wiedereingliederung vertan waren" (WEINHAGEN/GÖTZE 1989:233).

Mit der Rentenreform 1957 gilt der Grundsatz des "Vorrangs der Rehabilitation vor Rente" im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. Gemäß § 1235 RVO bzw. § 12 AVG gilt, daß Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit vor der Gewährung einer Rente Vorrang haben. Eingeschlossen sind dabei medizinische, berufsfördernde und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (vgl. §§ 1236 ff RVO bzw. §§ 13ff AVG). Damit erhielt die gesetzliche Rentenversicherung den allgemeinen Rehabilitationsauftrag. Der Rentenversicherungsträger ist dabei gehalten, seine Maßnahmen nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu erbringen (vgl. WEINHAGEN/GÖTZE 1989:234).

Die Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung orientierten sich trotz dieser erweiterten Aufgabenstellung, aus der Tradition der Heilbehandlung im Rahmen der Tuberkulosebekämpfung heraus, an der Heilung von Krankheiten und weniger an der Förderung von Gesundheit. Dieser Umstand wird von TENNSTEDT (1976) kritisch hervorgehoben: "Statt einer umfassenden und koordinierten Gesundheitsvorsorge führten die Rentenversicherungsträger vor allem nur gesundheitliche Maßnahmen in Form von Heilbehandlungen durch. Diese im Rahmen der Tuberkulosebekämpfung entwickelten (aber schon hier nicht die effektivste Bekämpfungsform!) medizinischen Maßnahmen, insbesondere die Behandlung in Kur- und Badeorten sowie in Spezialanstalten wurden "übertragen" auf: Erkrankungen der Atmungsorgane, Erschöpfungskrankheiten, Frauenleiden, Herz- und Kreislauferkrankungen, Erkrankungen der oberen Luftwege, Nervenerkrankungen, rheumatische Erkrankungen und Stoffwechselkrankheiten. Dabei verknüpften sich

die institutionalisierten Interessen der Versicherungsbürokratie mit denen der "herrschenden", naturwissenschaftlich orientierten kurativen Medizin (TENNSTEDT 1976:487).

Mit dem 1974 in Kraft getretenen Rehabilitationsangleichungsgesetz (RehaAngG) wurde die gesetzliche Verankerung des Prinzips der "Rehabilitation vor Rente" weiterentwickelt (vgl. § 7 RehaAngG). Es legt die Zusammenarbeit der verschiedenen Träger von Rehabilitationsmaßnahmen fest und soll gemäß § 5 RehaAngG "im Interesse einer raschen und dauerhaften Eingliederung der Behinderten" die Zuständigkeiten regeln.

Das RehaAngG bildete die Grundlage für die gemeinsam von den Rentenversicherungsträgern und den gesetzlichen Krankenkassen getragene Verwaltungsverfahren der Anschlußheilbehandlung (AHB). Hierbei soll die Nahtlosigkeit des Übergangs von einer Akutbehandlung im Krankenhaus in eine der besonderen Art der Erkrankung entsprechenden Rehabilitationsklinik gewährleistet werden. Voraussetzung hierfür ist, daß die Akutbehandlung abgeschlossen ist und der Patient zudem frühmobilisiert, d.h. transportfähig ist, sich selbstständig anziehen, essen kann usw. Die Frage der Kostenträgerschaft im AHB-Verfahren wird erst nach der Verlegung in eine Rehabilitationsklinik zwischen den Trägern der Krankenversicherung und der Rentenversicherung geklärt (vgl. WEINHAGEN/GÖTZE 1989:233).

Der weitere Verlauf der Entwicklung bei der Bewilligung von Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherungsträger ist durch verschiedene wichtige Eingrenzungen und Leistungskürzungen im Zusammenhang mit der zunehmenden Verschlechterung der Finanzlage der Rentenversicherung gekennzeichnet. So wurde mit dem 20. Renten Anpassungsgesetz vom 27.6.1977 der Personenkreis der Beamten und ihnen gleichgestellte Personen des öffentlichen Dienstes aus dem Kreis der Anspruchsberechtigten auf Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherungsträger ausgegrenzt. Eingeschränkt wurde ebenso der Zeitraum für die Möglichkeit der Durchführung von Wiederholungsbehandlungen sowie die Höhe der Barleistungen. Die Anspruchsbedingungen auf berufsfördernde Maßnahmen wurden heraufgesetzt, so daß in Fällen, in denen sowohl medizinische als auch berufsfördernde Maßnahmen angezeigt sind, letztere nicht erbracht werden können,

weil die sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen nicht erfüllt sind (vgl. WEINHAGEN/GÖTZE 1989:234).

Weitere Einschränkungen erfolgten durch die Haushaltbegleitgesetze der Jahre 1983 und 1984. Der Zugang zu Rehabilitationsleistungen setzte nunmehr eine "erhebliche Gefährdung" der Erwerbsfähigkeit voraus. Ebenso reicht seitdem die bloße "Erhaltung" der Erwerbsfähigkeit als Rehabilitationsziel nicht mehr aus. Gewährt werden derartige Maßnahmen nur dann, wenn die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann. Eine Wiederholung von Rehabilitationsmaßnahmen (Kuren) ist nur noch nach Ablauf von drei Jahren möglich, es sei denn, es liegen dringende medizinische Gründe für eine Wiederholung nach kürzerer Zeit vor.

Die gesetzlichen Neuregelungen im Zusammenhang mit der Rentenreform 1992 haben für den Bereich der Rehabilitation zu keinen wesentlichen Änderungen geführt. Die bestehenden Regelungen nach der Reichsversicherungsordnung (RVO), dem Angestelltenversicherungsgesetz (AVG) sowie anderer diesbezüglicher Rechtsbereiche werden im Sozialgesetzbuch (SGB) VI im zweiten Kapitel unter den §§ 9 - 32 zusammengefaßt. Sie sind seit 1.1.1992 in Kraft.

Durch diese Zusammenfassung im SGB VI haben sich allerdings die Formulierungen einzelner Sachverhalte geändert. Aufgrund des von uns dargestellten Entwicklungszeitraumes und dem uns zur Verfügung stehenden empirischen Datenmaterials im Zusammenhang mit der Rechtsprechung zu den Problemen der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit (vgl. TEIL E) haben wir zum besseren Verständnis an den Formulierungen der RVO bzw. des AVG festgehalten. Soweit dies möglich ist, wird auf die entsprechenden §§ des SGB VI verwiesen.

4.2 Voraussetzungen der Inanspruchnahme und Begriff der Rehabilitation

Bei den Leistungen zur Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung handelt es sich um "Regelleistungen", die im Gesetz vorgeschrieben oder zugelassen sind, also "regelmäßig" gewährt werden. Die Regelleistungen können als Pflichtleistungen (einklagbarer Rechtsanspruch) oder als Ermessensleistungen ausgestaltet sein (vgl. EICHER/

HAASE/RAUSCHENBACH Kommentar zu § 1235 RVO (§ 12 AVG) Nr. 2)) (§ 9 SGB VI). Den Leistungen ist die Antragstellung des Versicherten vorausgesetzt. Für die Inanspruchnahme von medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation sind zum Zeitpunkt der Antragstellung in den vorausgegangenen 24 Kalendermonaten mindestens für 6 Kalendermonate Beiträge auf Grund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung oder Tätigkeit, vorausgesetzt, oder der Versicherte kann eine Versicherungszeit von 180 Kalendermonaten nachweisen. Sofern bereits Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Antragstellung vorliegt oder in absehbarer Zeit zu erwarten ist, genügt eine Versicherungszeit von 60 Kalendermonaten.

Versicherungsrechtlicher Anspruch auf RehaMaßnahmen besteht auch für denjenigen, der zum Zeitpunkt der Antragstellung versicherungspflichtig beschäftigt oder tätig ist und diese Beschäftigung oder Tätigkeit innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung seiner Schul- oder Berufsausbildung aufgenommen hat. Für die Inanspruchnahme von berufsfördernden Maßnahmen gilt als sozialversicherungsrechtliche Voraussetzung entweder eine Versicherungszeit von 180 Kalendermonaten oder der Bezug einer Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (vgl. § 1236 RVO (§13 AVG)) (§§ 9-13 SGB VI).

Leistungen zur Rehabilitation können auch diejenigen Versicherten erhalten, die eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen sowie Witwen, Witwer und frühere Ehegatten, die wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit Anspruch auf die erhöhte Hinterbliebenenrente haben (vgl. § 1236 Abs.2 RVO) (§ 11 Abs.3 SGB VI)).

Neben diesen formalen Anspruchsvoraussetzungen muß für die Gewährung von RehaMaßnahmen eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegen.

"Ist die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder ist sie gemindert, kann der Träger der Rentenversicherung Leistungen zur Rehabilitation erbringen, wenn die Erwerbsfähigkeit durch diese Leistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann oder wenn bei einer bereits geminderten Erwerbsfähigkeit durch diese Leistungen der Eintritt von Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit abgewendet werden kann" (§ 1236 Abs.1 S.1 RVO) (§ 10 SGB VI)).

Die Definition des Begriffs der Erwerbsfähigkeit eines Versicherten ist dabei aus der gesetzlichen Unfallversicherung entlehnt. Erwerbsfähigkeit wird als die Fähigkeit eines Versicherten bezeichnet, "sich unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihm nach seinen gesamten Kenntnissen und körperlichen wie geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, einen Erwerb zu verschaffen (...)" (EICHER/HAASE/RAUSCHENBACH Kommentar zu § 1236 RVO (§ 13 AVG), Nr. 4 a).

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt dann vor, "wenn ein Versicherter nicht mehr in der Lage ist, seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit in normalem Umfang nachzukommen; sie muß wesentlich sein; es genügt nicht jede, wenn auch noch so geringfügige Minderung, vielmehr muß es sich um eine solche von einem gewissen Gewicht und voraussichtlicher Dauer handeln (...). Andererseits darf keine so hochgradige Einschränkung der Erwerbsfähigkeit gefordert werden, daß bereits BU oder EU vorliegt oder bevorsteht (...)" (ebenda).

Hervorzuheben ist, daß die Minderung der Erwerbsfähigkeit sich an der bisherigen beruflichen Tätigkeit orientiert und nicht an einer nach § 1246 Abs. 2 RVO (§ 43 SGB VI) möglichen zumutbaren Verweisungstätigkeit. Eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit liegt vor, "wenn aufgrund der nach dem Gesundheitszustand zu erwartenden Entwicklung und nach bisheriger Erfahrung damit gerechnet werden muß, daß ohne eine Maßnahme zur Reha eine Minderung der Erwerbsfähigkeit eintritt" (EICHER/HAASE/RAUSCHENBACH Kommentar zu § 1236 RVO (§ 13 ANV), Nr. 4 a).

Bis zum Inkrafttreten des "Rentenreformgesetzes 92" (RRG 1992 vom 18. 12. 1989) galt die Regelung, daß für einen Versicherten, der das 63. Lebensjahr vollendet hat, nur dann Anspruch auf eine Heilbehandlung besteht, wenn er berufs- oder erwerbsunfähig ist oder Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit zu erwarten ist, d.h. der Invaliditätsfall vor Erreichen des 65. Lebensjahres absehbar ist. Dieser Personenkreis unterlag damit schärferen medizinischen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen als jüngere Versicherte.

EICHER/HAASE/RAUSCHENBACH kommentieren diese Regelung als sozialpolitisch unverständlich. Da bei der Feststellung von

Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit in der Rechtsprechung auch die Frage nach der Verschllossenheit des Arbeitsmarktes Bedeutung hat, haben nach oben genannter Regelung diejenigen Versicherten, die gering gesundheitlich beeinträchtigt sind und einen Dauerarbeitsplatz innehaben (somit also weder berufs- noch erwerbsunfähig sind), nur dann einen Anspruch auf Heilverfahren, wenn ihnen der Verlust des Arbeitsplatzes droht, da dann Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit zu erwarten ist. Demgegenüber haben Versicherte, die im gleichen Ausmaß gesundheitlich beeinträchtigt sind, aber arbeitslos sind, einen derartigen Anspruch, da sie entweder bereits Berufs- bzw. Erwerbsunfähig sind oder im Hinblick auf die Arbeitsmarktlage der Versicherungsfall absehbar ist(vgl. dieselb. Kommentar zu § 1236 RVO Nr.4 d).

Durch das "Rentenreformgesetz 92" ist eine diesbezügliche Änderung insoweit eingetreten, daß die schärferen medizinischen Voraussetzungen für diesen Personenkreis wegfallen und im Zusammenhang mit der Heraufsetzung der Altersgrenze und dem Teilrentengesetz ein Anspruch auf Heilverfahren für ältere Arbeitnehmer besteht, soweit diese überwiegend erwerbstätig bleiben und deshalb weniger als Zwei drittel der Vollrente in Anspruch nehmen wollen (vgl. SCHAUB 1989:426).

Andererseits sah das Gesetz aber auch vor, daß derartige Maßnahmen an ältere Arbeitnehmer nur vorbehaltlich einer Rückforderung der aufgewandten Kosten bewilligt werden sollten. Die Rückforderung gegenüber dem Versicherten sollte in Kraft treten, wenn dieser innerhalb eines Jahres nach Abschluß der Rehabilitationsleistungen mehr als die Hälfte der Vollrente in Anspruch nimmt (vgl. ebenda).

Abgesehen von der Frage der formalrechtlichen Zulässigkeit einer derartigen Regelung, stand diese im krassen Gegensatz zu der im Gesetz immer wieder hervorgehobenen Freiwilligkeit hinsichtlich eines flexiblen Übergangs in den Ruhestand. Sie ist vermutlich auch deshalb nicht in das Gesetz übernommen worden.

4.3 Medizinische Maßnahmen

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation können Versicherte in der Regel in einem dreijährigen Abstand erhalten. Ausnahmen bestehen dann, wenn aus gesundheitlichen Gründen derartige Leistungen dringend erforderlich sind (vgl. § 1236 Abs.1 S.3 RVO) (§ 12 Abs. 2 SGB VI). Die Heilbehandlung dauert im allgemeinen vier Wochen. Die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation umfassen dabei:

1. ärztliche Behandlung,
2. Arznei- und Verbandmittel,
3. Heilmittel einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie,
4. Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel,
5. Belastungserprobung und Arbeitstherapie, vor allem in Kur- und Spezialeinrichtungen einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung" (§ 1237 RVO (§ 14 AVG)) (vgl. § 15 SGB VI).

Das Rentenreformgesetz 1992 hebt im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung besonders die ärztliche Aufgabe der "Anleitung der Versicherten, eigene Abwehr- und Heilungskräfte zu entwickeln" (§ 15 Abs.1 SGB VI) hervor. Mit dem Hinweis auf Gesundheitserziehung wird die besondere Mitwirkungspflicht des Versicherten zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung des Gesundheitszustandes betont.

Wesentlich ist, daß die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation in der Regel nur stationär in Einrichtungen erbracht werden, die der Träger der Rentenversicherung selbst betreibt. Ambulante Leistungen werden nur ausnahmsweise im Rahmen der gemeinsamen Richtlinien für die sonstigen Leistungen, im Anschluß an stationäre Leistungen, die vom Rentenversicherungsträger durchgeführt worden sind, von diesem getragen (vgl. § 15 Abs.2 SGB VI). Ambulanten Leistungen kommt demnach Nachrang gegenüber stationären Leistungen zu. Sie werden nur erbracht, soweit sie für eine Wiedereingliederung des Versicherten in das Erwerbsleben geeignet und ausreichend sind.

4.4 Berufsfördernde Maßnahmen

Im Unterschied zu medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation, die darauf gerichtet sind den Gesundheitszustand zu bessern oder wiederherzustellen, ist Sinn und Zweck berufsfördernder Rehabilitationsmaßnahmen "die Fähigkeit des Versicherten zur möglichst dauernden Ausübung seines bisherigen Berufs oder zu einer seiner Eignung, Neigung und bisherigen Tätigkeit angemessenen Erwerbs- oder Berufstätigkeit wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen" (EICHER/HAASE/RAUSCHENBACH Kommentar zu § 1237a RVO Nr.3). Berufsfördernde Maßnahmen sollen den beruflichen und sozialen Status des Betreuten grundsätzlich erhalten (vgl. ebenda).

Der Anspruch für einen Versicherten auf berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen ist enger als bei den medizinischen Leistungen gefaßt. Er setzt entweder die Erfüllung der "großen Wartezeit" von 15 Jahren oder den Bezug einer Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit voraus. Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation umfassen

- "1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich der Leistungen zur Förderung der Arbeitsaufnahme und Eingliederungshilfen an Arbeitgeber,
2. Berufsfindung und Arbeitserprobung, Berufsvorbereitung einschließlich der wegen einer Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
3. berufliche Anpassung, Fortbildung, Ausbildung und Umschulung, einschließlich eines zur Teilnahme an diesen Maßnahmen erforderlichen schulischen Abschlusses,
4. sonstige Hilfen der Arbeits- und Berufsförderung, um dem Betreuten eine angemessene und geeignete Erwerbs- oder Berufstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für Behinderte zu ermöglichen" (§ 1237a RVO (§ 14a AVG) (vgl. § 16 SGB VI)).

Bei den berufsfördernden Maßnahmen sind die Eignung, Neigung und die bisherige Tätigkeit des Versicherten angemessen zu berücksichtigen. Welche berufsfördernde Maßnahme geeignet ist, kann durch berufsfindende oder arbeitserprobende (probeweises Arbeiten im angestrebten Beruf) Maßnahmen festgestellt werden. Eine Kostenübernahme durch den Rentenversicherungsträger ist gewährleistet, wenn mit der

Maßnahme eine Unterkunft außerhalb der eigenen oder elterlichen Wohnung notwendig wird (übernahme von Miet- und Mietnebenkosten) und eine internatsmäßige Unterbringung des Betreuten nicht möglich ist. Dabei muß sichergestellt sein, daß der Erfolg der Rehamaßnahme von einer derartigen Unterbringung abhängig ist. Dies gilt auch in den Fällen, in denen eine berufliche Eingliederung in einer Werkstatt für Behinderte angestrebt wird. Hier soll der Versicherte befähigt werden, ein Mindestmaß an wirtschaftlich vertretbarer Arbeitsleistung zu erbringen.

Ebenso wie medizinische Rehamaßnahmen müssen auch die berufsfördernden Maßnahmen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entsprechend geplant und durchgeführt werden.

"Berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Leistungen für die berufliche Umschulung und Fortbildung sollen in der Regel nur erbracht werden, wenn die Maßnahme bei ganztägigem Unterricht nicht länger als zwei Jahre dauert, es sei denn, daß der Betreute nur durch eine längerdauernde Maßnahme eingegliedert werden kann" (§ 1237a Abs.3 S.1 RVO) (vgl. § 19 SGB VI).

Dieser Zeitraum gilt auch für Maßnahmen, die im Eingangsverfahren und im Arbeitstrainingsbereich von anerkannten Werkstätten von Behinderten erbracht werden.

Leistungen der berufsfördernden Rehabilitation sind auch die im Gesetz vorgesehenen Zuschüsse an Arbeitgeber, die gewährt werden im Falle einer dauerhaften beruflichen Wiedereingliederung, einer befristeten Probebeschäftigung, oder bei einer Ausbildung oder Umschulung des Versicherten in seinem Betrieb. Hierbei besteht mit dem Rentenreformgesetz 1992 für den Träger der Maßnahmen die Möglichkeit, diese Zuschüsse von Bedingungen und Auflagen an den Arbeitgeber abhängig zu machen (vgl. § 17 SGB VI).

Die Notwendigkeit, Rehabilitationsmaßnahmen nicht nur auf den medizinischen Bereich zu beschränken und auch die Problematik der beruflichen Eingliederung einzubeziehen, ist mit der Rentenreform 1957 erkannt und in das Gesetz aufgenommen worden. Problematisch ist allerdings, daß beiden Leistungen unterschiedliche sozialversicherungsrechtliche Anspruchsbedingungen vorausgesetzt sind, so daß in Fällen,

in denen sowohl medizinische als auch berufsfördernde Rehabilitationsmaßnahmen seitens der Rentenversicherungsträger angezeigt sind, die letzteren deshalb nicht durchgeführt werden können, weil der Versicherte die enger begrenzten Voraussetzungen für den Anspruch auf Berufsförderung nicht erfüllt. In derartigen Fällen kann das Prinzip der Nahtlosigkeit nur unzureichend greifen (vgl. Neuregelung zum Bezug von Übergangsgeld im folgenden Abschnitt). Sofern nur berufsfördernde Maßnahmen zu ergreifen sind und der Versicherte die sozialversicherungsrechtlichen Voraussetzungen in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht erfüllt, ist der Träger dieser Maßnahmen die Bundesanstalt für Arbeit.

4.5 Soziale Sicherung bei Rehabilitationsmaßnahmen - Übergangsgeld

Während der Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen, die ein Versicherter erhält, ist er durch den Bezug eines Übergangsgeldes finanziell gesichert, sofern kein Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber mehr besteht, also in der Regel dann, wenn die RehaMaßnahme länger als 6 Wochen in Anspruch nimmt. Dem Übergangsgeld kommt ebenso wie dem Krankengeld Lohnersatzfunktion zu.

Der Anspruch auf Übergangsgeld besteht grundsätzlich für alle Versicherten, die stationär medizinische oder sonstige Leistungen zur Rehabilitation erhalten. Voraussetzung für die Zahlung von Übergangsgeld ist, daß der Versicherte arbeitsunfähig ist oder wegen Teilnahme an der Maßnahme keine ganztägige Erwerbstätigkeit ausüben kann (vgl. § 1240 S. 1 RVO; (§ 20 SGB VI)). Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgeldes entspricht der des Krankengeldes (vgl. § 47 Abs.1 und 2 SGB V), wobei das Regelentgelt bis zur in der gesetzlichen Rentenversicherung geltenden (höheren) Beitragsbemessungsgrenze zugrunde gelegt wird (vgl. § 1385 Abs.2 RVO; (§ 159 SGB VI)).

Für Versicherte, die Arbeitseinkommen oder als freiwillig Versicherte Arbeitsentgelt bezogen und Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet haben, wird das Übergangsgeld aus 80 v.H. des Einkommens berechnet, das der Beitragszahlung für die letzten zwölf Kalendermonate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder, wenn sie nicht arbeitsunfähig sind, vor Beginn der Maßnahme (Bemessungszeitraum)

entspricht (vgl. § 1241 Abs.2 RVO; (§§ 21 - 24 SGB VI)). Diese Berechnungsgrundlage ist dynamisiert, d.h. das Übergangsgeld erhöht sich entsprechend der jährlichen gesetzlichen Rentenanpassung (vgl. § 1241c RVO; (§ 26 SGB VI)). Durch das Rentenreformgesetz 1992 sind für die Berechnung des Übergangsgeldes keine wichtigen Änderungen eingetreten mit der Ausnahme, daß ab 1.1.92 eine Nettoanpassung des Übergangsgeldes erfolgt.

Bezieht ein Versicherter Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgeld, entspricht das Übergangsgeld bei einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation der zuvor bezogenen Leistung (vgl. § 158 Abs. 1 und 2 AFG). Eine entsprechende Anpassung (Dynamisierung) nach § 1241 c RVO ist nicht vorgesehen (vgl. § 1241 Abs.3 RVO) (§ 26 Abs. 2 SGB VI). Auch wenn die Maßnahme zur Rehabilitation im Anschluß an den Bezug u.a. von Krankengeld durchgeführt wird, ist für die Berechnung des Übergangsgeldes die Berechnungsgrundlage für die bisherigen Leistungen weiterhin maßgebend (vgl. § 1241 Abs.4 RVO) (§ 24 Abs. 2 SGB VI).

Besondere Probleme beim Zusammentreffen beider Leistungen bestehen bei freiwillig in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung Versicherten aufgrund der unterschiedlichen Höhe der Beiträge und der Bemessungsgrenzen in den jeweiligen Versicherungszweigen (vgl. hierzu TESSMER 1987).

Durch die Regelungen des § 1241 RVO (§§ 21, 23, 24 SGB VI) ist die Berechnungsgrundlage für die Höhe des Übergangsgeldes grundsätzlich sowohl für medizinische als auch für berufsfördernde Maßnahmen festgelegt. Im Falle von berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation beruht die Berechnung des Übergangsgeldes allerdings in den Fällen, in denen der letzte Tag des Bemessungszeitraumes bei Beginn der Maßnahme länger als drei Jahre zurückliegt, auf einer anderen Grundlage. Anstelle des Regellohnes wird hier das tarifliche oder ortsübliche Arbeitsentgelt zugrundegelegt, daß für den Versicherten in Betracht kommen würde, sofern er gesund wäre und die Tätigkeit seinen beruflichen Fähigkeiten und seinem Lebensalter entspricht.

In der Regel wird dabei von der zuletzt vom Versicherten ausgeübten beruflichen Tätigkeit ausgegangen. Hierdurch soll eine Anpassung an die Tariflohnentwicklung erreicht werden. In diesen Fällen "ist das Übergangsgeld aus 65 vom

Hundert des auf ein Jahr bezogenen tariflichen oder, wenn es an einer tariflichen Regelung fehlt, des ortsüblichen Arbeitsentgelts zu berechnen, das für den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalts der Betreuten gilt. Maßgebend ist das Arbeitsentgelt in dem letzten Kalendermonat vor dem Beginn der Maßnahme (Bemessungszeitraum) für diejenige Beschäftigung, für die der Betreute ohne die Behinderung nach seinen beruflichen Fähigkeiten und nach seinem Lebensalter in Betracht käme" (§ 1241 a Abs. 2 RVO) (vgl. §§ 22, 24 SGB VI). Je nachdem ob es sich um medizinische oder berufsfördernde Maßnahmen der Rehabilitation handelt, wird Unterhaltsgeld in unterschiedlicher Höhe gezahlt. Berücksichtigt werden ebenfalls soziale Umstände des Versicherten.

"Das Übergangsgeld beträgt

1. bei einem Betreuten, der mindestens ein Kind (§ 1262 Abs. 2 und 3) hat oder dessen Ehegatte, mit dem er in häuslicher Gemeinschaft lebt, eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben kann, weil er den Betreuten pflegt oder selbst der Pflege bedarf,
 - a) bei einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation 90 vom Hundert,
 - b) bei einer berufsfördernden Maßnahme zur Rehabilitation 80 vom Hundert,
 2. bei den übrigen Betreuten
 - a) bei einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation 75 vom Hundert,
 - b) bei einer berufsfördernden Maßnahme zur Rehabilitation 70 vom Hundert
- des nach § 1241 Abs. 1, 2 und 4, § 1241a maßgebenden Betrages" (§ 1241 b Abs. 1 RVO) (vgl. § 24 SGB VI).

Bei denjenigen Versicherten, die in einer Rehabilitationseinrichtung gleichzeitig medizinische und berufsfördernde Maßnahmen erhalten, wird das Übergangsgeld nach den für medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation geltenden Sätzen bemessen (vgl. § 1241 b Abs. 2 RVO) (§ 24 SGB VI).

Der Zeitraum für den das Übergangsgeld erbracht wird, ist von zwei Grundsätzen in der gesetzlichen Rentenversicherung berührt. Erstens gilt - gesetzlich festgelegt mit dem Rehabilitationsangleichungsgesetz seit 1974 - der Grundsatz des Vorranges von Rehabilitationsleistungen gegenüber der Rentenleistung; zweitens ist der Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen in der gesetzlichen Rentenversicherung gleichzeitig auch Antrag auf Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit.

Grundsätzlich wird Übergangsgeld vom Beginn der durchzuführenden Maßnahme an für deren gesamte Dauer gewährt. Während dieser Zeit besteht kein Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit oder auf erhöhte Rente wegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit nach § 1268 Abs.2 Nr.2 RVO (vgl. § 1241 d Abs. 1 und 2 RVO) (§§ 25, 116 SGB VI). Sofern bereits vor Beginn der medizinischen oder berufsfördernden Rehamaßnahme ein Antrag auf Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit gestellt worden ist, wird die Zahlung von Übergangsgeld der Rentenzahlung vorgezogen. Dies soll dazu beitragen, die psychologische Bereitschaft des Versicherten zu fördern und am Erfolg der Rehabilitationsmaßnahme mitzuwirken (vgl. EICHER/HAASE/RAUSCHENBACH Kommentar zu § 1241 d RVO Nr. 4). Übergangsgeld wird in diesen Fällen vom Zeitpunkt der Rentenantragstellung an erbracht.

In den Fällen, in denen die BU- oder EU-Rente bereits durch bestandskräftigen Rentenbescheid vor der durchzuführenden Rehamaßnahme bewilligt ist, besteht der Anspruch auf Übergangsgeld neben dem Rentenbezug (vgl. § 1241d Abs.2 RVO). Die Rente wird dann auf das Übergangsgeld angerechnet (vgl. § 1241f Abs.3 Nr 2 und 3) (§ 27 SGB VI).

Liegt bei dem Versicherten Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vor und kann auch nicht erwartet werden durch eine Maßnahme zur Rehabilitation die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen, so gilt der Antrag auf Rehabilitation als Antrag auf Rente (§ 1241d Abs.3 RVO) (§ 116 SGB VI). Dies ist auch dann der Fall, wenn nach dem Abschluß einer Rehabilitationsmaßnahme der Versicherte berufs- oder erwerbsunfähig ist, die Maßnahme also fehlgeschlagen ist. Sofern in diesen Fällen ein Anspruch auf Übergangsgeld besteht, entspricht dieses wenigstens der Höhe der Rente (vgl. § 1241d Abs. 4 RVO) (§§ 25, 116 SGB VI).

Versicherte, die berufs- oder erwerbsunfähig sind und Übergangsgeld aufgrund einer medizinischen Rehamaßnahme beziehen, haben nach den Neuregelungen des Rentenreformgesetzes (RRG 92) jetzt auch einen Anspruch auf ein Ersatzübergangsgeld für den Zeitraum bis zum Beginn einer anschließenden berufsfördernden Maßnahme, die von einem anderen Rehabilitationsträger (in der Regel Bundesanstalt für Arbeit) über-

nommen werden muß, weil die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (Erfüllung der "großen" Wartezeit) seitens des Versicherten nicht vorliegen. Das Ersatzübergangsgeld wird in Höhe der Rente von dem für die anschließende Maßnahme zuständigen Träger erbracht (vg. § 24 Abs. 4 und 5 SGB VI).

**V. BEDEUTUNG UND SOZIALE SICHERUNG BEI DAUERHAFT
GEMINDERTER LEISTUNGSFÄHIGKEIT - DER VERSICHERUNGSFALL
"BERUFS- UND ERWERBSUNFÄHIGKEIT"**

**5.1 Historisches zur Sozialen Sicherung im Fall von
Invalidität**

Das Invaliditätsrisiko wurde bereits frühzeitig als zentrales Lebensrisiko der abhängig Beschäftigten erkannt und seine Absicherung im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung verankert.

Grundstein für die gesetzliche Rentenversicherung war das "Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Alterssicherung", das im Jahr 1891 in Kraft trat. Versicherungspflichtig waren sowohl Lohnarbeiter als auch untere Beamte, wobei das Beitragsaufkommen zu gleichen Teilen durch die Arbeitnehmer und die Arbeitgeber aufgebracht wurde. Darüber hinaus erfolgt die Finanzierung der Rentenversicherung durch einen Reichszuschuß. Die gesetzliche Altersgrenze, die zu einem Anspruch auf Rente führen sollte, wurde auf die Vollendung des 70. Lebensjahres festgelegt, in Verbindung mit einer grundsätzlichen Wartezeit von 30 Beitragsjahren.

Für die Invalidenrente galt, daß ein Versicherter diese erst dann erhielt, "wenn er infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr imstande war, durch eine ihn in seinen Kräften und Fähigkeiten nicht überfordernde Tätigkeit einen Lohnbeitrag zu verdienen, dessen Höhe gleichkam mit der Summe aus einem Sechstel seines eigenen Lohnsatzes in den vergangenen fünf Jahren und einem Sechstel des "ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagelöhner des letzten Beschäftigungsorts" "(TENNSTEDT 1976:450). Dem Anspruch auf eine Invalidenrente waren 200 Beitragswochen vorausgesetzt.

Zwei Umstände im Hinblick auf die Wirksamkeit dieses Gesetzes wurden von einzelnen Sozialpolitikern bereits damals problematisiert. Erstens wurde die gesetzlich festgelegte Altersgrenze tatsächlich nur von einem geringen Anteil der Bevölkerung erreicht, was sich zumindest statistisch an den Sterbetafeln der Jahre 1891-1900 nachweisen ließ. Zweitens wurde anhand von Untersuchungen ermittelt, daß Beschäftigungsprobleme älterer Arbeitnehmer, die in aller Regel mit einem erheblichen sozialen Abstieg verbunden waren,

bereits sehr früh im Erwerbsleben auftraten (vgl. TENNSTEDT 1976:449f).

Bezogen auf die Invaliditätssicherung bedeutete dies, daß die Erwerbsbefähigung so gering angesetzt war, daß ein Versicherter gesundheitlich und materiell sehr deutliche Einschränkungen aufweisen mußte, ehe die Versicherungsleistung eintrat. "Die Rente sollte 'nur für den notdürftigen Lebensunterhalt an billigem Orte' ausreichen (...) und dies sollte dazu führen, daß die Rentner tunlichst auf dem Lande ihre Wohnung nehmen, dadurch die Bevölkerung des platten Landes vermehren und letzterem neben dem Reste ihrer Arbeitskraft auch vermehrten Geldumsatz zuführen" (Grundzüge 1887)" (zit. bei TENNSTEDT 1976:450).

Ebenso blieb der Umstand, ob eine Arbeitsgelegenheit für den Versicherten überhaupt noch bestand oder nicht, unberücksichtigt. Arbeitslosigkeit wurde begrifflich bereits damals prinzipiell nicht als ein im Zusammenhang mit der Invaliditätssicherung stehendes Risiko definiert.

Eine Änderung der Anspruchsvoraussetzungen für den Erhalt einer Invaliditätsrente wurde mit dem "Invalidenversicherungsgesetz" im Jahr 1899 eingeleitet. Jetzt wurden auch Angestellte bis zu einer bestimmten Verdienstgrenze in die Invalidenversicherung einbezogen. Zwar wurde der Grad der Erwerbsminderung (2/3 Invalidität) und die abstrakte Betrachtungsweise bezüglich vorhandener Arbeitsgelegenheiten beibehalten, jedoch wurde nun stärker auf die Ausbildung des Versicherten und dessen Lebensumstände Rücksicht genommen. Diese Änderung beinhaltete damit noch keinen Versicherungsschutz im Falle von Berufsinvalidität, sie verbesserte aber die Aussichten auf eine Erwerbsunfähigkeit- oder Invalidenrente insbesondere für die besser verdienenden und beruflich qualifizierten Versicherten, die sich zwar auch weiterhin auf "Tagelöhnerarbeit" verweisen lassen mußten, jedoch dann Anspruch auf Rente hatten, wenn sie das nötige "Vergleichsdrittel" nicht verdienen konnten (vgl. TENNSTEDT 1972: 30 f.). Das "Invalidenversicherungsgesetz" führte zu einem deutlichen Anstieg der diesbezüglichen Rentenart.

Eine Vereinheitlichung der bis dahin bestehenden Zweige der Sozialversicherung wurde mit der Reichsversicherungsordnung (RVO) im Jahr 1911 geschaffen. Sie umfaßte die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Invalidenversiche-

rung und die der Invalidenversicherung angegliederte Hinterbliebenenversicherung. Die Definition der Invalidität im Rahmen der Reichsversicherungsordnung (§ 1255 RVO) war weitgehend identisch mit derjenigen des Invalidenversicherungsgesetzes. Weiterhin beibehalten wurde als Grenze der Invalidität die Minderung der Arbeitskraft um zwei Drittel derjenigen von vergleichbaren (körperlich und geistig) gesunden Person mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend.

Eine wichtige Veränderung erfolgte jedoch dadurch, daß in der neuen Definition dem Lebensalter des Versicherten keine besondere Bedeutung mehr zukam. Während im Invaliditätsversicherungsgesetz im Hinblick auf die Versicherungspflicht noch definiert war: "Der Versicherungspflicht unterliegen endlich nicht diejenigen Personen, deren Erwerbsfähigkeit infolge von Alter, Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd auf weniger als ein Drittel herabgesetzt ist"(zit.bei TENNSTEDT 1972:30), wurde das Alter in der neuen Definition als besonderer Lebensumstand nicht mehr einbezogen. "Von erheblicherer Bedeutung ist, daß die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit ausscheidet, die infolge >von Alter< eintritt. Die Erfahrungen, die Kommissare des Reichsamtes des Innern, des Reichsversicherungsamtes und der Landesregierungen bei der Bereisung der Bezirke einer Reihe von Versicherungsanstalten gemacht haben, zeigen, daß manche Feststellungsorgane geneigt waren, allein beim Vorliegen eines vorgerückten Alters die Voraussetzungen für die Invalidenrente als gegeben anzusehen, ohne zu bedenken, daß nicht das Alter schlechthin, sondern nur die dadurch herbeigeführte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zur Gewährung der Invalidenrente führen durfte. Das Alter kann aus der Begriffsbestimmung um so unbedenklicher ausscheiden, als auch reine Alterserscheinungen sich als Krankheit oder andere Gebrechen darstellen werden" (Reichstagsdrucksache, 12. Legislaturperiode, II.Session 1909/11, Nr. 340,S398f., zit. bei TENNSTEDT 1972:39).

Grundlage bei der Prüfung der Erwerbsmöglichkeit war auch weiterhin der gesamte Arbeitsmarkt, wobei die Frage, ob der Versicherte noch in der Lage ist, die gewöhnlichen Arbeiten seines bisherigen Berufes auszuüben, also ob Berufsinvalidität vorliegt, für die versicherten Arbeiter keine Bedeutung hatte. Bis auf einige Ausnahmen in der Praxis der Rechtsprechung (vgl. TENNSTEDT 1972:41 ff.) änderte sich auch in den darauffolgenden Jahren nichts an dem Umstand,

daß auch für beruflich hochqualifizierte Arbeiter bei gesundheitlich bedingter Erwerbsminderung grundsätzlich jede Tätigkeit auf dem gesamten Arbeitsmarkt als zumutbar angesehen wurde.

Wesentliche Änderungen im Bereich der Invalidenversicherung sind in den kommenden Jahren in der Herabsetzung der Altersgrenze auf das vollendete 65. Lebensjahr im Jahr 1916 und in der Herabsetzung der Invaliditätsgrenze auf mindestens die Hälfte (50 v.H.) der Erwerbsfähigkeit eines vergleichbaren Versicherten im Jahr 1949 zu sehen.

Die Intention der Sozialversicherungsgesetzgebung seit ihrer Entstehung bestand u.a. darin, die Erwerbstätigen in die bestehende Gesellschaftsordnung einzubinden und damit gegen die sich entwickelnde Arbeiterbewegung zu immunisieren. Im Falle der Angestellten mußte der besondere soziale Status dieser Gruppe gegenüber den Arbeitern berücksichtigt werden. Aus diesem Grunde wurde eine eigenständige Versicherung, die von den Regelungen der Reichsversicherungsordnung getrennt war, aufgebaut.

Mit dem "Versicherungsgesetz für Angestellte" sollten nun auch die gegenüber der Arbeiterschaft deutlich privilegierten Angestellten (bis dahin waren diese in etwa 50 Angestelltenvereinen zusammengeschlossen) einen einheitlichen Versicherungsschutz erhalten. Beim Beitragsaufkommen entfiel der Reichszuschuß, weil man davon ausging, daß aufgrund der Besserstellung gegenüber den Arbeitern, den Arbeitgebern und den Angestellten eine höhere Beitragsbelastung zumutbar sei. Die Rentenaltersgrenze wurde auf das 65. Lebensjahr festgelegt. Neben die Erwerbsunfähigkeits- oder Invalidenrente, die auch hier eine um zwei Drittel verminderte Arbeitsfähigkeit voraussetzte, trat die Berufsunfähigkeitsrente, die bereits dann gezahlt wurde, wenn der Versicherte um mehr als die Hälfte erwerbsgemindert war.

"Ruhegeld erhält derjenige Versicherte, welcher das Alter von fünfundsiebzehn Jahren vollendet hat oder durch körperliche Gebrechen oder wegen Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte zur Ausübung seines Berufes dauernd unfähig ist. Berufsunfähigkeit ist dann anzunehmen, wenn seine Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist" (Versicherungsgesetz für Angestellte §25, zit. nach TENNSTEDT 1972:62 f.).

Hinzu kam eine deutlich stärkere Einschränkung bei der Verweisung auf Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes. Bis zum Jahr 1922 bestand für Angestellte bis zu einer bestimmten Verdienstgrenze die Möglichkeit der Doppelversicherung gegen Invalidität für ein und dieselbe Tätigkeit sowohl in der Invalidenversicherung bzw. nach der Reichsversicherungsordnung als auch nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte (vgl. TENNSTEDT 1972:41). Durch Gesetzesänderung vom 10.11.1922 waren dann Angestellte einheitlich nur noch in der Angestelltenversicherung versicherungsbe-rechtigt.

1924 wurde dieses Gesetz als "Angestelltenversicherungsgesetz" neu gefaßt, wobei sich an den gesetzlichen Definition der Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit allerdings nichts änderte.

Die deutliche Besserstellung der Angestellten im Falle von eintretender Erwerbsminderung wurde im Jahr 1926 durch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes (RVA), das seit 1922 oberste Spruchbehörde für die Angestelltenversicherung war, noch gestärkt.

Bezüglich der Zumutbarkeit von Verweisungstätigkeiten galt nun die Verweisbarkeit nicht mehr auf grundsätzlich alle anderen Angestelltentätigkeiten, die der Betreffende "mit seinen körperlichen und geistigen Kräften" auszuführen in der Lage wäre, bevor ein Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente entstand.

Als Grundlage der Feststellung von Berufsunfähigkeit diente in der Rechtsprechung ein sog. Verweisungskreuz, "wonach ein Angestellter 1. "horizontal" nur auf "innerlich benachbarte Berufe" und (danach!) 2. "vertikal" "auf mehr oder weniger qualifizierte Tätigkeitsarten innerhalb dieses Kreises" verweisbar war, d.h. einem Oberbuchhalter war z.B. Buchhaltertätigkeit zumutbar, nicht aber Abschreibearbeit im Büro" (TENNSTEDT 1976:464). Der Verweisbarkeit bei eingetretener Berufsunfähigkeit waren durch die Anwendung des Verweisungskreuzes innerhalb der Angestelltenversicherung relativ enge Grenzen gesetzt. Die Prüfung der "horizontalen" Verweisbarkeit erfolgte vor dem Hintergrund einer (für statistische Zwecke erstellten) Klassifizierung von Berufen. Vierstufig unterschieden werden 8 Berufsabtei-

lungen, 41 Berufsgruppen, 150 Berufsordnungen, und 437 Berufsklassen, wobei der Verweis auf eine andere dem Versicherten noch zumutbare Tätigkeit sich in aller Regel im Rahmen der Berufsklassen bewegte (vgl. TENNSTEDT 1972:69 f.).

Aufgrund der Praktikabilität der "horizontalen" Verweisung war die "vertikale" Ebene, also der Schutz des sozialen Status oder das Problem der "sozialen" Zumutbarkeit von gering oder unqualifizierten Tätigkeiten bei Berufsunfähigkeit im Rahmen der Angestelltenversicherung, von eher untergeordneter Bedeutung.

Der Vollständigkeit halber sei für den kurzen historischen Exkurs zur Entwicklung der Invaliditätsgesetzgebung noch die Regelungen der knappschaftlichen Versicherung benannt. Dieser Versicherungszweig bildete sich erst relativ spät mit dem Reichsknappschaftsgesetz im Jahr 1923 heraus. Diese reichsgesetzliche Regelung löste die bis dahin bestehenden zu Knappschaftsvereinen oder Knappschaftskassen zusammenschlossenen Fürsorgesysteme der Bergbaubeschäftigten ab.

Eine knappschaftliche Invalidenpension wegen Berufsunfähigkeit wurde unter der Voraussetzung der Vollendung des 50. Lebensjahres und der Zurücklegung von 25 Versicherungsjahren gezahlt, wobei darin mindestens 15 Jahre durch die Verrichtung wesentlicher bergmännischer Tätigkeiten eingeschlossen sein mußten.

Im Jahr 1926 wurde das Reichsknappschaftsgesetz neugefaßt, wobei die Beitragslasten zu drei Fünftel von den Versicherten und zu zwei Fünftel von den Arbeitgebern aufzubringen war. Für die Angestellten im Bergbau bestand die Möglichkeit der Doppelversicherung sowohl in der Angestelltenversicherung als auch im Reichsknappschaftsverein. Diese Möglichkeit wurde mit der Neufassung ebenfalls beseitigt. Die Doppelversicherung zusätzlich in der Arbeiterrentenversicherung für knappschaftsversicherte Bergarbeiter wurde hingegen erst mit den Neuregelungen, die zur "Knappschaftlichen Rentenversicherung" führten, in den Jahren 1941/42 beendet.

Dem Bezug einer Invalidenpension war Berufsunfähigkeit vorausgesetzt, die anfangs allerdings nicht näher definiert war. Erst im Jahr 1934 wurde unter Rückgriff auf eine dies-

bezügliche Grundsatzentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom Jahr 1927 eine Definition der Berufsunfähigkeit in das Gesetz aufgenommen. Berufsunfähig war demnach "wer infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen unfähig ist, die von ihm verrichtete Knappschaftsversicherungspflichtige Tätigkeit und die anderen Tätigkeiten derselben Berufsgruppe, d.h. die im wesentlichen gleichartigen und wirtschaftlich gleichwertigen Tätigkeiten von Personen mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten zu verrichten" (§ 35 Reichsknappschaftsgesetz in der Fassung von 1934, zit. bei TENNSTEDT 1972:72). Damit war in diesem Versicherungszweig eine weitere Definition von Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit gegeben, die sich deutlich von denen in der Reichsversicherungsordnung bzw. dem Angestelltenversicherungsgesetz unterschied.

Eine Vereinheitlichung der Invaliditätsgesetzgebung findet durch die erste Rentenreform der Nachkriegszeit im Jahr 1957 statt. Das Sozialversicherungsangleichungsgesetz des Jahres 1949 hatte zwar bewirkt, daß im Invaliditätsfall der Grad der Erwerbsminderung auch in der Arbeiterrentenversicherung nur noch mindestens die Hälfte, also 50 v.H. gegenüber der bisherigen zwei Drittel Regelung betragen mußte, und damit den Bedingungen in der Angestelltenversicherung angeglichen wurde; allerdings bestand der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Beschäftigtengruppen weiterhin darin, daß Angestellte nur innerhalb ihrer Tätigkeitsgruppe verwiesen werden konnten, während für die Arbeiter grundsätzlich der gesamte Arbeitsmarkt als Verweisungsfeld galt.

Mit der Rentenreform des Jahres 1957 wurden vor allem zwei wichtige Ziele angestrebt: Das erste Ziel bestand in einer Angleichung der Rentenentwicklung an die Lohnentwicklung mittels einer "dynamischen Rentenformel". Das zweite Ziel bestand in der Angleichung der sozialrechtlichen Stellung der Arbeiter an die der Angestellten. Von nun an galten in der Arbeiterrentenversicherung gemäß der Reichsversicherungsordnung die Begriffe der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit nach § 1246 RVO für Berufsunfähigkeit und § 1247 RVO für Erwerbsunfähigkeit. Analog dazu galten im Rahmen des Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) die Paragraphen § 23 AVG für Berufsunfähigkeit und § 24 für Erwerbsunfähigkeit. Ebenso bestehen diesbezügliche sozialversicherungsgesetzliche Regelungen im Rahmen des Knappschaftsrechts mit §

46 und § 47 Reichsknappschaftsgesetz (RKnG). Hier ist zusätzlich noch der Begriff der verminderten bergmännischen Berufsunfähigkeit aufgenommen worden. (Weitere Regelungen gelten mit dem im Jahr 1960 in Kraft getretenen Handwerker-versicherungsgesetz (HwVG) gemäß § 1 in Verbindung mit §1246 RVO bzw. §1247 RVO sowie seit 1981 mit dem Gesetz über die Sozialversicherung der selbständigen Künstler und Publizisten (Künstlersozialversicherungsgesetz KSVG) ebenfalls nach § 1 in Verbindung mit § 23 AVG bzw. § 24 AVG).

An der Definition der Rentenarten Berufs- und Erwerbsunfähigkeit hat sich bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nichts Grundlegendes verändert. Das Rentenreformgesetz 1992 hat die, für die verschiedenen Versichertengruppen geltenden Paragraphen nunmehr im Sozialgesetzbuch (SGB) VI zusammengefaßt. Wesentliche Veränderungen sind aber seit 1957 hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzungen und Leistungsbewilligung erfolgt. Hierauf wird in den folgenden Kapiteln näher eingegangen.

5.2 Voraussetzungen der Rente wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit

Die begriffliche Unterscheidung von Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit impliziert, daß im Falle von Berufsunfähigkeit der Versicherte noch in der Lage ist, die verbliebene Restarbeitsfähigkeit zu verwerten und somit Einkommen zu erzielen. Im Fall vorliegender Erwerbsunfähigkeit wird davon ausgegangen, daß keinerlei verwertbare Restarbeitsfähigkeit besteht. Diese Unterscheidung schlägt sich auch in einer unterschiedlichen Höhe der jeweiligen Rentenarten nieder. Dem Bezug der altersunabhängigen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrenten ist seit 1957 eine Wartezeit von mindestens 60 Kalendermonaten vorausgesetzt.

Die Zuerkennung der beiden Rentenarten hat durch die Sozialrechtsprechung des Bundessozialgerichts durch zwei Urteile in den Jahren 1969 und 1976 wesentliche Änderungen erfahren. Während bislang Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit aus rein medizinischen Gründen zuerkannt wurde (abstrakte Betrachtungsweise), soll nunmehr geprüft werden, inwieweit für den Versicherten die Möglichkeit besteht, mit der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit auf einem konkret nachzuweisenden Teilzeitarbeitsplatz Einkommen zu erzielen. Sofern

sich innerhalb eines Jahres ein derartiger Teilzeitarbeitsplatz für den Versicherten nicht nachweisen läßt, erhält dieser Rente wegen Erwerbsunfähigkeit.

Mit dem Haushaltbegleitgesetz im Jahr 1984 wurden die Zugangsvoraussetzungen zu den Renten wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit erschwert. Anspruch haben nur diejenigen Versicherten, die innerhalb der letzten fünf Jahre vor Eintritt des Versicherungsfalles mindestens 36 Kalendermonate pflichtversichert waren und diese Zeit mit den entsprechenden Beiträgen belegt haben. Freiwillig Versicherte haben danach keinen Anspruch mehr auf eine diesbezügliche Rente.

Bis zum Inkrafttreten des Haushaltbegleitgesetzes am 22.12.1983 galt als Voraussetzung für eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit folgende Formulierung:

"Rente wegen Berufsunfähigkeit erhält der Versicherte, der berufsunfähig ist, wenn die Wartezeit erfüllt ist" (§ 1246, Satz 1 alte Fassung (a.F.)). Diese Bestimmung galt analog als Voraussetzung für Erwerbsunfähigkeit (§ 1247 Satz 1 a.F.).

Die Wartezeit galt in beiden Fällen als erfüllt, sofern eine Versicherungszeit von 60 Kalendermonaten zurückgelegt wurde.

Mit dem oben benannten Haushaltbegleitgesetz sollte ein aus der Sicht der Rentenversicherungsträger bestehender Mißstand beseitigt werden, nämlich die Möglichkeit des Bezugs einer Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, obwohl dem Versicherungsfall unmittelbar schon längere Zeit überhaupt keine versicherungspflichtige Erwerbstätigkeit mehr vorausging. Hiervon betroffen waren Personengruppen, die keine geschlossene Erwerbsbiographie aufwiesen, wie z.B. Arbeitsemigranten oder kleine Selbständige. Insbesondere galt dies aber für Frauen, wobei deren langjährige Tätigkeit als Hausfrau auch heute noch rentenrechtlich keinerlei Relevanz hat (vgl. hierzu auch SCHÄFER 1980). Darüber hinaus muß berücksichtigt werden, daß gerade dieser Personenkreis oftmals den versicherungsrechtlichen Anspruch für den Bezug einer Altersrente (180 Kalendermonate Beitragszeit) nicht erfüllte und somit diese Rentenarten die einzige Möglichkeit darstellten, überhaupt einen eigenen Rentenanspruch zu realisieren. Im Zusammenhang mit der Verschärfung der Zugangsvoraussetzungen durch das Haushaltbegleitgesetz

steht deshalb auch die Veränderung bei der Anspruchsberechtigung auf Altersruhegeld, wobei die Versicherungszeit auf 60 Kalendermonate herabgesetzt wurde (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 1985 a,b).

Für die Neufassung der §§ 1246,1247 RVO durch das Haushaltbegleitgesetz wurde folgende Formulierung gefunden:

"Rente wegen Berufsunfähigkeit erhält der Versicherte, der berufsunfähig ist und zuletzt vor Eintritt der Berufsunfähigkeit eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit ausgeübt hat, wenn die Wartezeit erfüllt ist" (§ 1246 Abs.1 RVO) (vgl. § 43 Abs.1 SGB VI).

Entsprechendes gilt bei der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (§1247 Abs. 1 RVO) (vgl. § 44 Abs.1 SGB VI).

Die Voraussetzungen sind in der geänderten Fassung nunmehr als erfüllt anzusehen, wenn "von den letzten 60 Kalendermonaten vor Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens 36 Kalendermonate mit Beiträgen für eine versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit belegt sind (..)" (§1246 Abs. 2a RVO) (vgl. § 43 Abs.1 SGB VI). Auch hier gilt wiederum Entsprechendes für die Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (vgl. § 44 Abs.1 SGB VI).

5.3 Der Begriff der Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit

Der Versicherungsfall der Berufsunfähigkeit gilt als der problematischste des gesamten Sozialversicherungsrechts (vgl. BLEY 1975:113). Die Auslegung dieser Rechtsvorschrift kann als eine der wesentlichsten Aufgaben der Sozialgerichtsbarkeit angesehen werden. Im folgenden soll auf diese Probleme näher eingegangen werden, wobei zunächst die Begriffe der Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit voneinander abgegrenzt werden.

- Rente wegen Berufsunfähigkeit -

"Berufsunfähig ist ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen oder Schwächen seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlichen und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und

gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Der Kreis der Tätigkeiten, nach denen die Erwerbsfähigkeit eines Versicherten zu beurteilen ist, umfaßt alle Tätigkeiten, die seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechen und ihm unter Berücksichtigung der Dauer und des Umfangs seiner Ausbildung sowie seines bisherigen Berufs und der besonderen Anforderungen seiner bisherigen Berufstätigkeit zugemutet werden können. Zumutbar ist stets eine Tätigkeit, für die der Versicherte durch Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult worden ist" (§ 1246 Abs. 2 RVO) (§ 43 Abs. 2 SGB VI).

- Rente wegen Erwerbsunfähigkeit -

"Erwerbsunfähig ist der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit erzielen kann. Geringfügige Einkünfte im Sinne des Satzes 1 sind monatliche Einkünfte in Höhe eines Siebtels der monatlichen Bezugsgröße. Nicht erwerbsunfähig ist, wer eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübt" (§ 1247 Abs. 2 RVO) (§ 44 Abs. 2 SGB VI).

Die Definitionen von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit unterscheiden sich demnach in einem unterschiedlichen Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Während bei der Berufsunfähigkeit noch von einer verbliebenen Restarbeitsfähigkeit ausgegangen wird, setzt Erwerbsunfähigkeit die volle Invalidität infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung voraus. Bei dem für beide Rentenarten zentralen Begriff "Erwerbsfähigkeit" sind zwei Umstände zu berücksichtigen:

- die Fähigkeit Arbeit zu verrichten sowie
- die Fähigkeit durch Ausübung einer Tätigkeit Entgelt zu erwerben.

Als berufsunfähig ist ein Versicherter anzusehen, der infolge von Krankheit weder in seinem noch in einem zumutbaren anderen Beruf die gesetzliche Lohnhälfte eines vergleichbaren gesunden Versicherten erzielen kann. Als erwerbsunfähig gilt ein Versicherter, der entweder überhaupt keine regelmäßigen Arbeiten mehr oder nur Arbeiten mit sehr geringem Verdienst ausüben kann (vgl. TÜMLER 1986:90). Den Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit kommt hiernach wiederum Lohnersatzfunktion zu.

- Renten wegen BU/EU auf Zeit -

Da der Bezug einer Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit einen Gesundheitsschaden voraussetzt, ist für den Fall einer eintretenden Besserung des Gesundheitszustandes die Möglichkeit vorgesehen, eine diesbezügliche Rente auf Zeit zu beziehen. Diese Regelung soll insbesondere bei jüngeren Versicherten verhindern, daß diese sich an einen dauerhaften Rentenbezug gewöhnen (vgl. EICHER/HAASE/RAUSCHENBACH: Kommentar zu § 1276 RVO Nr. 2).

"Besteht begründete Aussicht, daß die Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit in absehbarer Zeit behoben sein kann, so ist die Rente wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Erwerbsunfähigkeit (...) vom Beginn der 27. Woche an, jedoch nur auf Zeit und längstens für drei Jahre von der Bewilligung an zu gewähren." (§ 1276 Abs 1 Satz 1 RVO) (vgl. §§ 101, 102 SGB VI).

Dabei werden diese Renten auch dann gewährt, wenn die Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit nicht ausschließlich medizinisch begründet ist, dem Versicherten aber der Arbeitsmarkt verschlossen ist (Einfluß der konkreten Betrachtungsweise). In den Fällen, in denen bei einem Versicherten eine Rente auf Zeit berechtigt ist, dieser aber innerhalb von zwei Jahren nach Rentenbeginn das 60. Lebensjahr vollendet, wird keine Zeitrente mehr gewährt.

Derartige Zeitrenten können auch wiederholt bewilligt werden, "jedoch nicht über die Dauer von sechs Jahren seit dem ersten Rentenbeginn und nicht über die Vollendung des 60. Lebensjahres hinaus, wenn sich die Bezugszeiten unmittelbar anschließen" (§ 1276 Abs.3 RVO) (§ 102 Abs. 2 SGB VI). Eine wiederholte Bewilligung ist allerdings nicht vorgesehen für Versicherte, deren Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit auf der Verschlossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes beruht.

5.4 Die Sicherungsleistung "Berufsunfähigkeitsrente"

Die Höhe der Berufsunfähigkeitsrente richtet sich wie bei den anderen Versichertenrenten der gesetzlichen Rentenversicherung nach der Dauer und Höhe der geleisteten Beiträge gemäß dem Prinzip der Beitragsäquivalenz. Maßgebend für die Rentenberechnung ist die Höhe, in der das individuelle Einkommen des Versicherten im Versicherungsverlauf, also vom Eintritt in die gesetzliche Rentenversicherung bis zum Ein-

tritt des Versicherungsfalls, vom Durchschnittseinkommen der Versicherten insgesamt (allgemeine Bemessungsgrundlage) abweicht. Dieser prozentuale Wert multipliziert mit dem DM-Betrag der jährlichen allgemeinen Bemessungsgrundlage stellt die persönliche Rentenbemessungsgrundlage dar.

Für die Rentenberechnung der Berufsunfähigkeitsrente ist dieser Betrag wiederum zu multiplizieren mit der Anzahl der zurückgelegten Versicherungsjahre. Hierzu zählen neben den Beitragszeiten auch Ersatzzeiten, Kindererziehungszeiten und Ausfallzeiten. Im Falle von Berufsunfähigkeit werden darüber hinaus Zurechnungszeiten (vgl. § 1260 RVO) (§ 59 SGB VI) angerechnet. Als Zurechnungszeit wird die Zahl der Kalendermonate beim Rentenanspruch für Versicherte gewertet, die vor der Vollendung des 55. Lebensjahres berufsunfähig geworden sind. Dies gilt allerdings nur dann, wenn in den 60 Kalendermonaten vor Eintritt des Versicherungsfalls der Berufsunfähigkeit mindestens 36 Monate mit Pflichtversicherungsbeiträgen belegt sind.

Im Zusammenhang mit der Rentenreform 1992 hat sich seit 1.1.1990 die Zurechnungszeit im Fall der Frühinvalidität verlängert. Sie wird bis auf das 60. Lebensjahr hinausgeschoben, wobei die Zeit bis zum 55. Lebensjahr weiterhin voll, die Zeit zwischen dem 55. und 60. Lebensjahr zu einem Drittel als beitragsfreie Zeit angerechnet wird (vgl. § 59 Abs.3 SGB VI).

Das aus der Multiplikation errechnete Produkt der individuellen Bemessungsgrundlage und der Zahl der Versicherungsjahre wird nun wiederum mit einem Steigerungssatz (seit 1.1.92 = Rentenartfaktor) multipliziert, der nach § 1253 RVO (§ 67 SGB VI) festgelegt ist. Im Falle der Berufsunfähigkeit beträgt dieser Satz für jedes anrechnungsfähige Versicherungsjahr 1 v.H. (seit 1.1.92 = 0,6667 v.H) der persönlichen Bemessungsgrundlage des Versicherten. Hieraus ermittelt sich schließlich die Höhe der Jahresrente der Rente wegen Berufsunfähigkeit.

5.5 Die Sicherungsleistung "Erwerbsunfähigkeitsrente"

Die Berechnung der Höhe der Sicherungsleistung im Falle von Erwerbsunfähigkeit erfolgt nach den gleichen Prinzipien wie

im Falle von Berufsunfähigkeit. Auch die Zurechnungszeiten werden im Falle der Erwerbsunfähigkeit berücksichtigt.

Da ein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Rentenarten im Hinblick auf unterschiedliche Grade der gesundheitlich bedingten Leistungsminderung besteht und im Falle von Berufsunfähigkeit für den Versicherten nach den sozialversicherungsrechtlichen Festlegungen die Möglichkeit einer gegen Entgelt verwertbaren Erwerbstätigkeit über die Rente hinaus einbezogen wird, wird bei der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit von einer vollständigen Aufgabe des Erwerbslebens ausgegangen. Aus diesem Grunde ist der Steigerungssatz (seit 1.1.92 = Rentenartfaktor), mit dem das Produkt aus individueller Bemessungsgrundlage und der Anzahl der Versicherungsjahre gebildet wird, wie bei den Altersrenten auf 1,5 v.H. (seit 1.1.92 = 1 v.H.) festgelegt (vgl 1253 Abs. 2 RVO) (§ 67 SGB VI). Im Resultat bedeutet dies, daß die Rente wegen Erwerbsunfähigkeit grundsätzlich höher ist als die Berufsunfähigkeitsrente. Oder umgekehrt die BU-Rente nur zwei Drittel der Vollrente beträgt.

5.6 Zumutbarkeit und Verweisbarkeit bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit

Zunächst ist beiden Rentenarten ein abgestufter Grad der Erwerbsminderung infolge von Krankheit vorausgesetzt. Bei der Berufsunfähigkeit muß die Minderung der Erwerbsfähigkeit dazu geführt haben, daß der Versicherte nicht mehr in der Lage ist, die (gesetzliche) Hälfte des Lohnes eines in der beruflichen Entwicklung vergleichbaren Versicherten zu erzielen. Bei Erwerbsunfähigkeit gilt der Versicherte als derart erwerbsgemindert, daß er überhaupt nicht mehr in der Lage ist Erwerbseinkommen zu erzielen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, daß die Frage der Zumutbarkeit und Verweisbarkeit auf andere Tätigkeiten im wesentlichen nur im Falle der Entscheidung über die Fälle von Berufsunfähigkeit zum Tragen kommt.

Dem Kriterium der "gesetzlichen Lohnhälfte" im Falle von Berufsunfähigkeit kommt allerdings nur begrenzte Bedeutung zu:

"Die 'gesetzliche Lohnhälfte' hat in der Lebenswirklichkeit keine Bedeutung. Selbst der niedrigst entlohnte und unge-

lernte Arbeiter verdient im Vergleich mit dem höchst entlohnten Arbeiter mehr als die Hälfte. Die 'gesetzliche Lohnhälfte' - die Zulässigkeit also selbst einer enormen Lohneinbuße - belegt aber eindrucksvoll die Auffassung des Gesetzgebers, daß die BU nicht von bestimmten Lohnminderungen, z.B. um 15 oder 20 v.H., abhängen soll. Die Lohneinbuße ist damit kein Kriterium, das die BU nach § 1246 Abs. 2 RVO bestimmen könnte" (RAUSCHER 1981:330).

Die gesetzliche Lohnhälfte die als Grenzwert am Einkommensdurchschnitt und nicht am individuellen früheren Verdienst orientiert ist, kann im Einzelfall allerdings relevant sein, "wenn (...) der Versicherte eine ihm nur noch zumutbare Halbtags-tätigkeit in einem ihm sozial zumutbaren Verweiserberuf ausübt und er sowohl eine finanzielle Einbuße wegen der zeitlichen wie auch sozialen Differenz zu seinem früheren Beruf in Kauf nehmen muß, die zum Unterschreiten der Lohnhälfte führen könnte" (EICHER 1988: 360).

Im Unterschied zum Versicherungsrecht in der gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf Arbeitsunfähigkeit, besteht bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit kein eng gefaßter Berufsschutz. "Der Versicherte muß sich vielmehr auf alle Arbeiten verweisen lassen, die ihm nach seinen körperlichen und geistigen Fähigkeiten zugemutet werden können und für die er ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt. Die Verweisungstätigkeit darf allerdings zu keinem unzumutbaren sozialen Abstieg führen" (vgl. TÜMLER 1986:91). Im Falle von Erwerbsunfähigkeit muß sich der Versicherte sogar auf "jede nur denkbare Tätigkeit verweisen lassen und nur im Einzelfall ist die Verweisung auf sozial besonders gering bewertete Tätigkeiten nicht zulässig" (EICHER 1988:357).

Die Verweisbarkeit wird nach einem Stufenschema, daß für die Sozialverwaltungen bzw. die Sozialrechtsprechung vom Bundessozialgericht entwickelt worden ist, beurteilt. Nach diesem Schema, das insgesamt vier Stufen umfaßt, wird zunächst der Hauptberuf des Versicherten ermittelt bzw. eingestuft und daraus dann die etwaige Verweisungstätigkeit abgeleitet. Vom Hauptberuf ausgehend läßt sich sowohl der Grenzwert der gesetzlichen Lohnhälfte bestimmen als auch die Beurteilung des zumutbaren sozialen Abstiegs.

5.6.1 Ermittlung des Hauptberufes und der Verweisungstätigkeit

Als Hauptberuf gilt in der Regel die letzte Tätigkeit des Versicherten, wobei von einem kontinuierlichen Berufsverlauf ausgegangen wird. Allerdings ist die Anerkennung nur auf diejenigen Tätigkeiten gerichtet, für die Pflichtbeiträge entrichtet worden sind. "Hat der Versicherte mehrere Berufstätigkeiten mit unterschiedlicher sozialer Qualifikation ausgeübt, so kann auch eine frühere als die zuletzt ausgeübte den Hauptberuf bestimmen, wenn sie höherwertiger ist und der Versicherte sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr hat fortsetzen können (...)" (TÜMLER 1986:91). Ist andererseits ein Berufswechsel freiwillig erfolgt und hat z.B. ein Facharbeiter eine ungelernte Tätigkeit längere Zeit ausgeübt, so gilt die ungelernte Tätigkeit als Hauptberuf (vgl. ebenda).

Die Qualität des Hauptberufs und der Verweisungsberufe ergeben sich überwiegend aus deren tarifrechtlichen Einstufungen auf der Grundlage von Tarifverträgen. Sie stellen eine wesentliche Entscheidungshilfe dar, "da sie nämlich am zuverlässigsten zum Ausdruck brächten, welchen qualitativen Wert die am Berufsleben teilnehmenden Bevölkerungskreise, die Tarifpartner, einer bestimmten Berufstätigkeit zumäßen" (EICHER 1988:361).

Von nebengeordneter Bedeutung ist die Art der Berufsausbildung, da diese "nur den Weg kennzeichnen kann, auf dem der Versicherte 'in der Regel' zu seinem Beruf gelangt ist. Andere Versicherte, so lehrt die Erfahrung, gelangen auf anderen Wegen, z.B. durch die berufliche Praxis, zu beruflichen Qualifikationen; andere hochqualifizierte Berufe sehen eine Regelausbildung überhaupt nicht vor. (...) Damit ist aber in Anwendung des § 1246 Abs. 2 Satz 2 RVO dem Versicherten jeder Beruf zuzumuten, der nicht vorwiegend seiner Ausbildung, sondern seinem 'bisherigen Beruf' samt dessen im Gesetz ausdrücklich genannten 'besonderen Anforderungen', d.h. nach Auffassung des BSG seinen 'positiv zu bewertenden Merkmalen' und damit seiner Bedeutung im Betrieb angemessenen entspricht. Mit anderen Worten: Zulässig ist eine Verweisung auf einen Beruf, der nach seinen qualitativen Merkmalen, kurz nach seiner 'Qualität' dem bisherigen Beruf nicht zu ferne steht. Bei dieser Qualität handelt es

sich nach allem um keine Status- oder Prestigequalität, sondern um eine Leistungsqualität" (RAUSCHER 1981:331).

5.6.2 Die Verweisungstätigkeit nach dem Stufenschema

Intention des vom Bundessozialgericht entwickelten Stufenschemas war es, der Wirklichkeit der Berufswelt bei Entscheidungen über die Verweisbarkeit von erwerbsgeminderten Versicherten auf andere Tätigkeiten Rechnung zu tragen.

Es umfaßt in der Arbeiterrentenversicherung die folgenden vier Stufen sogenannter Leitberufe:

"1. Stufe

besonders qualifizierter Facharbeiter oder - alternativ, nicht synonym - Vorarbeiter mit Vorgesetztenfunktion (Polier, Betriebsstudienhauer),

2. Stufe

Facharbeiter = anerkannter Ausbildungsberuf (...), wenn die Regelausbildung länger als zwei Jahre dauert (Schlosser, Bäcker usw.),

3. Stufe

sonstige Ausbildungsberufe und Anlernberufe

- als sonstige anerkannte Ausbildungsberufe und

Anlernberufe gehobener Art (1 1/2 bis 2 Jahre Regelausbildung bzw. Regelanlernzeit = Berufskraftfahrer usw.) und

- sonstige anerkannte Ausbildungsberufe und Anlernberufe mit einer Regelausbildung von mindestens drei Monaten, und

4. Stufe

ungelernte Tätigkeiten

- als gehobene ungelernete Tätigkeiten, wenn sie in Tarifverträgen oder ansonsten wegen ihres qualitativen Wertes den Ausbildungsberufen gleichgestellt sind (Pförtner in gehobener Stellung mit Verwaltungsaufgaben usw.),

- normale ungelernete Tätigkeiten (einfache Pförtnertätigkeiten usw.) und

- ungelernete Tätigkeiten von ganz geringem Wert

(Reinigungs- und Putzarbeiten usw.)" (EICHER 1988:361).

Der Rechtsprechung gemäß, darf bei Anwendung dieses Schemas ein Versicherter auf Tätigkeiten entweder nur innerhalb einer dieser Stufen, oder aber auf die nächst untere Stufe verwiesen werden. Eine Ausnahme dieses Grundsatzes besteht jedoch darin, daß ein Versicherter, der der dritten Stufe (mit gehobener Ausbildung) zugeordnet wurde, nicht auf Tätigkeiten von ganz geringem Wert verwiesen werden darf (vgl. EICHER 1988:361).

So einfach sich dieses Schema auch darstellen mag, so problembeladen ist seine Anwendung, da - wie bereits ausgeführt - sehr unterschiedliche Ausbildungswege zu einer Berufsqualifikation führen können, und darüber hinaus Überschneidungen der Tätigkeitsfelder insbesondere zwischen der dritten und vierten Stufe bestehen. Aus diesem Grunde wird dieses Schema vom BSG auch nur als ein Denkmodell verstanden (vgl. ebenda).

Die konkrete Bezeichnung der für einen Versicherten noch in Betracht kommenden Tätigkeit erfolgt, in Zweifelsfällen auf der Grundlage von Tarifverträgen, in allgemeiner Art, d.h., daß z.B. hohe tarifliche Einstufungen, die auf besondere Erschwernisse der Tätigkeit wie z.B. Akkordarbeit oder Erschwerniszulagen zurückzuführen sind, nicht berücksichtigt werden.

Wird der Versicherte auf die vierte Stufe, also der ungelerten Tätigkeiten verwiesen, so bedarf es keiner konkreten Bezeichnung der infragekommenden Tätigkeit, es sei denn, daß aufgrund der besonderen qualitativen Leistungseinschränkungen des Versicherten auch hierfür eine Auswertung der für die untersten Tarifgruppen betriebsüblichen Arbeitsbedingungen für einen Vergleich mit dem verbliebenen Leistungsvermögen erforderlich wird.

Bei der Verweisung auf eine konkrete Tätigkeit, die einem Versicherten sozial zumutbar ist, ist die Frage, ob es für die Ausübung dieser Tätigkeit auch tatsächlich ausreichend vorhandene Arbeitsgelegenheiten gibt, diese Tätigkeit also am Arbeitsmarkt nachgefragt wird, unerheblich. Sie stellt sich allerdings dann, wenn ein weiteres Kriterium einbezogen wird, nämlich die Frage, in welchem zeitlichen Umfang die Leistungsfähigkeit des Versicherten eingeschränkt ist, wie lange er also gesundheitlich in der Lage ist eine derartige Verweisungstätigkeit täglich auszuüben. Bevor hierauf näher einzugehen ist, soll noch auf die Verweisung im Bereich der Angestelltenversicherung eingegangen werden.

5.6.3 Das Mehrstufenschema im Bereich der Angestelltenversicherung

Auch im Bereich der Angestelltentätigkeiten wird ein Stufenschema unterlegt, da auch hier die tarifliche Einstufung eine Grundlage für die Ermittlung der Qualität der jeweiligen Berufe bietet. Es wird analog zur Arbeiterrentenversicherung von vier Stufen ausgegangen:

1. Stufe

- noch nicht endgültig anerkannt - besonders qualifizierte Ausbildungsberufe (Meister im Angestelltenverhältnis usw.),

2. Stufe

Ausbildungsberufe mit einer über zweijährigen Regelausbildung (Sozialversicherungsfachangestellter, Arzthelferin, Bankkauffrau, Hotelfachfrau usw.)

3. Stufe

Ausbildungsberufe mit einer Regelausbildung von drei Monaten bis zu zwei Jahren (Stenosekretär, techn. Zeichner, Assistent in Bibliotheken, Apothekenhelferin, Bürogehilfe, Fachgehilfe im Gastgewerbe usw.)

und

4. Stufe

Angestelltenberufe ohne Ausbildung bzw. einer "solchen" von unter drei Monaten, also nach einer Einweisung (Verwaltungshelfer mit einfachen Bürotätigkeiten)" (EICHER 1988:362).

Die Verweisung eines Angestellten darf auch hier nur auf eine Stufe erfolgen, die unmittelbar unter derjenigen liegt, der der Hauptberuf zugeordnet ist. Der Qualitätsmaßstab der Berufe, die den einzelnen Stufen zugeordnet sind, bemißt sich ausschließlich an der Dauer der Ausbildung und nicht an dem Kriterium der Anerkennung einer Ausbildung, was darauf zurückzuführen ist, daß ein Großteil von Berufen (z.B. Heil- und Hilfsberufe) außerhalb des Geltungsbereichs des Berufsbildungsgesetzes und der Handwerksordnung liegen (vgl. EICHER 1988:362). Die Verweisung im Bereich der Angestelltenversicherung wird im Vergleich zur Arbeiterrentenversicherung als weniger problematisch gesehen, da "im Angestelltenbereich das Verweisungsfeld wegen vergleichbarer beruflicher Voraussetzungen größer ist" (EICHER 1988:362).

5.6.4 Zur Frage der zeitlichen Einsetzbarkeit bei eingetretener Erwerbsminderung -

Neben der Feststellung des Hauptberufs und der infragekommenden Verweisungstätigkeit ist die Frage nach dem zeitlichen Umfang in dem ein leistungsgeminderter Versicherter noch einer diesbezüglichen Tätigkeit nachgehen kann, ein entscheidendes Kriterium bei der Entscheidung über Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Folgende Unterschiede müssen berücksichtigt werden:

A. Vollsichtlich Leistungsfähige

Wird ein Versicherter vom Rentenversicherungsträger als vollsichtlich leistungsfähig befunden, so hat er keinen Anspruch auf eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Dabei ist es unerheblich, ob der Versicherte einen Arbeitsplatz inne hat oder nicht, da bei vollsichtiger Leistungsfähigkeit ein offener Arbeitsmarkt unterstellt wird. Dies gilt auch für diejenigen, die aufgrund eines höheren Lebensalters keine Chance mehr haben, einen diesbezüglichen Arbeitsplatz tatsächlich zu finden. Im Grundsatz gilt: "Bei im Rahmen subjektiv und objektiv zumutbarer Tätigkeiten vollsichtlich Arbeitsfähigen ist regelmäßig keine rentenversicherungsrelevante Leistungseinschränkung gegeben, so daß das Arbeitsplatzrisiko - wie ansonsten üblich - von der Bundesanstalt für Arbeit nach den arbeitsförderungsrechtlichen Normen abgedeckt werden muß" (EICHER 1988:363).

Ausnahmen von diesem Grundsatz bestehen allerdings dann, wenn "zusätzliche Einschränkungen" bei einem solchen Versicherten berücksichtigt werden müssen, die sowohl Berufs- als auch Erwerbsunfähigkeitsrente als Zeitrenten zur Folge haben können. Diese bestehen dann, wenn

1. der Versicherte von besonders gearteten Leiden betroffen ist, die zwar die Arbeitsfähigkeit nicht oder nicht wesentlich berühren, gleichwohl aber die wirtschaftliche Ausnutzung der Arbeitskraft unmöglich machen (z.B. nicht nur vorübergehende Krankheiten mit hoher Ansteckungsgefahr sowie ekelerregende Krankheiten),

2. durch eine Summierung von Krankheiten und Gebrechen jede Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschlossen wird,

- a) die unter Berücksichtigung des Leistungsvermögens möglichen Tätigkeiten werden nicht von Tarifverträgen erfaßt bzw. es gibt sie nur vereinzelt,
- b) die an sich möglichen Tätigkeiten können nicht unter den in Betrieben in der Regel üblichen Arbeitsbedingungen verrichtet werden,
- c) der Versicherte ist nicht in der Lage, entsprechende Arbeitsplätze von seiner Wohnung aus aufzusuchen" (GRABER 1984:392).

Dabei ist zu betonen, daß diese Ausnahmen nur auf gesundheitliche also medizinische Gründe zurückgeführt werden dürfen. "Lange Entwöhnung von jeder Erwerbstätigkeit, Entfremdung von früherer Berufstätigkeit, das Lebensalter, charakterliche Mängel, die sich auf die Erlangung eines Arbeitsplatzes negativ auswirken, stellen keine rechtserheblichen Einbußen an der Erwerbsfähigkeit dar. Sie können daher auch über den Weg der "zusätzlichen Einschränkung" nicht den Anspruch auf eine Rente wegen EM (Erwerbsminderung d.V.) begründen" (GRABER 1984:392).

In den Folgejahren wurden durch Urteile des Bundessozialgerichts die Kriterien für die Verschlussheit des Arbeitsmarktes bei vollschichtiger Einsatzfähigkeit modifiziert (BSG, Urteil vom 25.6.1986 - 4a RJ 55/84 - sowie vom 2.9.1986 - 5b RJ 50/84). Über die bereits aufgeführten Ausnahmekriterien, daß diesbezügliche Versicherte nur noch Tätigkeiten unter nicht betriebsüblichen Arbeitsbedingungen ausüben oder den Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen nicht von der Wohnung aus aufsuchen können hinaus, gilt dies auch für

- " - Tätigkeiten, bei denen die Zahl der in Betracht kommenden Stellen dadurch nicht unerheblich reduziert ist, daß der Versicherte nur in Teilbereichen des Tätigkeitsfeldes eingesetzt werden kann;
- Tätigkeiten, bei denen es sich um typische "Schonarbeitsplätze" handelt, die regelmäßig leistungsgeminderten Angehörigen des eigenen Betriebes vorbehalten bleiben und somit als Eingangsstelle für Betriebsfremde außer Betracht bleiben;
- Tätigkeiten, die auf einem Arbeitsplatz ausgeführt werden, der als Einstiegsstelle für Berufsfremde nicht zur Verfügung steht;
- Arbeitsplätze, die lediglich an bewährte Mitarbeiter als Aufstiegspositionen durch Beförderung oder Höherstufung vergeben werden;
- Fälle besonderer Art, in denen es naheliegt, daß der Arbeitsplatz trotz einer tariflichen Erfassung nur in ganz geringer Zahl vorkommt" (ADAMI 1989:66).

Der vorliegenden qualitativen und quantitativen gesundheitlich bedingten Leistungsminderung dieser Versicherten wird gemäß der Rechtsprechung dann Rechnung getragen, wenn die Arbeitstätigkeit z.B. nur unter dem Vorbehalt mehrerer Arbeitsunterbrechungen (Pausen) ausgeführt werden kann, also von den in der Regel üblichen betrieblichen Arbeitsbedingungen abweicht.

Im Hinblick auf die Befähigung, einen entsprechenden Arbeitsplatz von der eigenen Wohnung aus zu erreichen, wurde durch die Rechtsprechung festgelegt, daß eine Wegstrecke bis zu 500 m als zumutbar erscheint (BSG, Urteil vom 6.6.1986 - 5b RJ 52/85).

B: Halbschichtig bis unter vollschichtig Leistungsfähige

Wird ein Versicherter halb- bis unter vollschichtig, also für Tätigkeiten zwischen vier bis unter acht Stunden im Haupt- oder Verweisungsberuf für leistungsfähig befunden, sind verschiedene Konstellationen für den Rentenanspruch zu berücksichtigen. Besondere Bedeutung kommt in diesen Fällen der Prüfung des Arbeitsmarktes zu (konkrete Betrachtungsweise).

Ist einem im Hauptberuf vollschichtig Einsatzfähigen der Arbeitsmarkt aufgrund "zusätzlicher Einschränkungen" verschlossen und im Verweisungsberuf noch Teilzeitarbeit möglich, so besteht, nach erfolgter Prüfung des Teilzeitarbeitsmarktes, Anspruch auf Rente auf Zeit wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, sofern der Versicherte keinen Arbeitsplatz besitzt. Der gleiche Fall gilt bei Versicherten, die im Hauptberuf nur noch Teilzeitarbeit verrichten können und denen im Verweisungsberuf, obwohl dort vollschichtig einsetzbar, der Arbeitsmarkt verschlossen ist. Wenn auch sie über keinen Arbeitsplatz verfügen, besteht Anspruch auf Zeitrenten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit.

Verfügt ein Versicherter über einen zumutbaren Vollzeitarbeitsplatz und ist ihm aber nur noch Teilzeitarbeit im oben erwähnten Umfang zuzumuten, so besteht kein Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit. Dies gilt auch in den Fällen, in denen der Versicherte über einen zumutbaren Teilzeitarbeitsplatz tatsächlich verfügt.

c: Unter halbschichtig Leistungsfähige

Sofern ein Versicherter sowohl im Hauptberuf als auch im Verweisungsberuf nur noch Teilzeittätigkeit ausüben kann, die unter einer täglichen Dauer von vier Stunden liegen und verfügt er selbst nicht über einen Arbeitsplatz, ist in der Regel der Versicherungsfall gegeben, ohne daß es auf die Frage der Offenheit des Arbeitsmarktes ankommt. Es besteht somit Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente auf Dauer, sowie gleichzeitig Erwerbsunfähigkeitsrente auf Zeit.

Wird ein Versicherter für in der Lage befunden nur noch weniger als zwei Stunden täglich arbeiten zu können, liegt in jedem Fall Erwerbsunfähigkeit auf Dauer vor. Ist der Versicherte noch in der Lage, täglich zwei bis unter vier Stunden zu arbeiten, besteht Anspruch auf Rente wegen Berufsunfähigkeit auf Dauer, sowie Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Zeit (vgl. DRV 1990 4/5:266).

1. Die ...
 2. Die ...
 3. Die ...
 4. Die ...
 5. Die ...
 6. Die ...
 7. Die ...
 8. Die ...
 9. Die ...
 10. Die ...
 11. Die ...
 12. Die ...
 13. Die ...
 14. Die ...
 15. Die ...
 16. Die ...
 17. Die ...
 18. Die ...
 19. Die ...
 20. Die ...
 21. Die ...
 22. Die ...
 23. Die ...
 24. Die ...
 25. Die ...
 26. Die ...
 27. Die ...
 28. Die ...
 29. Die ...
 30. Die ...
 31. Die ...
 32. Die ...
 33. Die ...
 34. Die ...
 35. Die ...
 36. Die ...
 37. Die ...
 38. Die ...
 39. Die ...
 40. Die ...
 41. Die ...
 42. Die ...
 43. Die ...
 44. Die ...
 45. Die ...
 46. Die ...
 47. Die ...
 48. Die ...
 49. Die ...
 50. Die ...
 51. Die ...
 52. Die ...
 53. Die ...
 54. Die ...
 55. Die ...
 56. Die ...
 57. Die ...
 58. Die ...
 59. Die ...
 60. Die ...
 61. Die ...
 62. Die ...
 63. Die ...
 64. Die ...
 65. Die ...
 66. Die ...
 67. Die ...
 68. Die ...
 69. Die ...
 70. Die ...
 71. Die ...
 72. Die ...
 73. Die ...
 74. Die ...
 75. Die ...
 76. Die ...
 77. Die ...
 78. Die ...
 79. Die ...
 80. Die ...
 81. Die ...
 82. Die ...
 83. Die ...
 84. Die ...
 85. Die ...
 86. Die ...
 87. Die ...
 88. Die ...
 89. Die ...
 90. Die ...
 91. Die ...
 92. Die ...
 93. Die ...
 94. Die ...
 95. Die ...
 96. Die ...
 97. Die ...
 98. Die ...
 99. Die ...
 100. Die ...

TEIL E: PROBLEME UND PRAXIS DER RECHTSPRECHUNG ZUR BERUFS-
UND ERWERBSUNFÄHIGKEIT

I. EINFÜHRUNG

Die Auffangmechanismen des Systems der Sozialen Sicherung im Fall eintretender gesundheitlich bedingter Leistungsminderung bzw. damit im Zusammenhang stehender Arbeitslosigkeit stellen sich als ein überaus komplexes und durch eine Fülle gesetzlicher Regelungen geflochtenes Netzwerk dar. Bevor von der gesetzlichen Rentenversicherung eine Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit gewährt wird, sind Versicherte häufig Risiken im Vorfeld der Verrentung ausgesetzt. Wie der quantitative Teil unserer Untersuchung u.a. zeigt, führen vor allem chronisch degenerative Erkrankungen zu einer Rente wegen Erwerbsminderung. In diesem Zusammenhang ist davon auszugehen, daß, bevor die hierauf gründende Leistungsminderung ein rentenrelevantes Ausmaß erreicht hat, die Gesundheitsbiographie eines Versicherten durch mehr oder weniger häufige bzw. dauerhafte Unterbrechungen im Sinne von Arbeitsunfähigkeitszeiten gekennzeichnet ist. Von Bedeutung scheint auch die Entwicklung des individuellen Erwerbsverlaufes - der Arbeitsbiographie - für die Situation im Vorfeld der Frühberentung zu sein. Wie verschiedene Fallbeispiele (vgl. Teil E, Abschnitt V) zeigen, erhöht ein labilisierender Erwerbsverlauf, z.B. durch häufigen Berufswechsel, beruflichen Abstieg oder Zeiten der Arbeitslosigkeit das Risiko einer Frühberentung wesentlich. Insofern ist es gerechtfertigt, bei der Frühinvaliditätsproblematik immer auch diese beiden Aspekte der Biographie eines Versicherten einzubeziehen und damit auf diesbezügliche zugrundeliegende Entwicklungsprozesse in der Betrachtung hinzuweisen.

Wir haben versucht, die gesetzlichen Regelungen zur Absicherung der mit der Frühinvalidisierung im Zusammenhang stehenden Existenzrisiken darzustellen. Wie sich zeigt, fallen diese Risiken in die Zuständigkeit der jeweiligen Sozialversicherungszweige. Die materielle Absicherung durch die verschiedenartigen Leistungen verläuft je nach Art des eingetretenen Versicherungsfalls auf einem zunehmend geringer werdenden Einkommensniveau. Sowohl der jeweilige Versicherungsfall als auch das damit im Zusammenhang stehende

Einkommensniveau bestimmen die soziale Lebenslage eines Versicherten wesentlich.

Vor dem Hintergrund der im vorangegangenen Teil D unserer Ausführungen dargestellten Mechanismen der Sozialen Sicherung lassen sich idealtypische Wege in die Frühverrentung nachvollziehen.

So wird im Falle eintretender Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten diesem für die Dauer von mindestens sechs Wochen zunächst der volle Lohnausgleich durch den Arbeitgeber gewährt. Daran schließt sich die Zahlung des Krankengeldes in Höhe von 80 v.H. des Bruttoeinkommens (Regelentgelt) an. Sofern es sich um ein und dieselbe Krankheit handelt, die der Arbeitsunfähigkeit zugrundeliegt, besteht der Krankengeldanspruch für die Dauer von 78 Wochen. Besteht die Arbeitsunfähigkeit über diesen Zeitraum hinaus voraussichtlich weiter, so kann die zuständige Krankenkasse den Versicherten auffordern, einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation beim Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zu stellen. Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nach, besteht für ihn der Anspruch auf Übergangsgeld, das vom gesetzlichen Rentenversicherungsträger für die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme zu zahlen ist. Die Höhe des Übergangsgeldes entspricht dabei der Höhe des Krankengeldes. Gelingt es durch die einsetzende Rehabilitationsmaßnahme nicht, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, so wird der Antrag auf diesbezügliche Leistungen umgedeutet in eine Rentenantragstellung wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit.

Die Höhe der jeweiligen Rentenart berechnet sich nach der anrechnungsfähigen Versicherungsdauer und der individuellen Einkommenshöhe gemäß der geltenden Rentenformel. Während in diesem hypothetischen Fall der Weg in die Frühinvalidität für einen Versicherten relativ bruchlos erfolgt und er darüber hinaus ebenfalls bis zur Rentengewährung als materiell gut abgesichert anzusehen ist, kann sich dies für andere Versicherte durchaus anders darstellen, so z.B. für einen Versicherten, der in keinem Beschäftigungsverhältnis mehr steht. Sein Einkommen hat sich bereits mit dem Eintritt der Arbeitslosigkeit auf nurmehr 68 v.H. bzw. 63 v.H. seines früheren Nettoeinkommens reduziert. Im Falle eintretender Arbeitsunfähigkeit zahlt die Arbeitsverwaltung zunächst für sechs Wochen weiterhin das Arbeitslosengeld. Nach dieser Zeit besteht Anspruch auf Krankengeld, dessen Höhe sich

zunehmend allerdings nach der Höhe der zuvor bezogenen Leistungen errechnet. Als Beurteilungsmaßstab für die Arbeitsunfähigkeit wird die Vermittelbarkeit des arbeitslosen Versicherten zugrunde gelegt. Sofern es sich um eine nicht nur vorübergehende Minderung der Leistungsfähigkeit handelt, wird der Versicherte von der Arbeitsverwaltung aufgefordert, innerhalb eines Monats den Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen zu stellen. Sofern der Rehabilitationsantrag aufgrund der vorliegenden Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einen Rentenanspruch umgedeutet wird und ein Anspruch auf eine diesbezügliche Rente besteht, wird die Dauer der Arbeitslosigkeit und die Höhe des Leistungsbezuges für die Rentenberechnung wirksam.

Es ließen sich noch eine Vielzahl anderer idealtypischer Wege in die Frühverrentung aufzeigen, die mit einer mehr oder minder einhergehenden Verschlechterung der Lebenslage der Versicherten durch Frühinvalidisierung verbunden sein können. Dieser Gefahr sind vor allem diejenigen ausgesetzt, die bestimmte "negative" Merkmale im Hinblick auf die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf sich vereinen. Dies sind z.B. ein höheres Alter, geringe berufliche Qualifikation und/oder eine gesundheitliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Das Spektrum möglicher Fallkonstruktionen ist dabei unübersehbar. Dies gilt vor allem dann, wenn die Abfolge der bestehenden Leistungsmechanismen durch die Weigerung der Leistungsübernahme eines Versicherungsträgers, hier insbesondere durch die Ablehnung eines Rentenanspruchs wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit seitens der gesetzlichen Rentenversicherung, durchbrochen wird.

In den sozialversicherungsrechtlichen Prinzipien, wie z.B. der Lohnersatzfunktion von sozialen Leistungen oder dem Prinzip der Nahtlosigkeit beim Übergang von Leistungsansprüchen von einem Sicherungszweig zum anderen, kommt zum Ausdruck, daß die "Kontinuität" der Lebenslage eines Versicherten beim Eintritt eines Versicherungsfalles weiterhin aufrecht erhalten bleiben soll. Hinsichtlich der Frühinvalidisierungsproblematik wird m.E. allerdings ein strukturelles Problem der Sozialen Sicherung deutlich. Der mehrgliedrige Aufbau des Sozialversicherungssystems bewirkt eine prinzipielle Aufteilung bzw. Trennung von zusammengehörigen Merkmalen der Lebenslage eines Versicherten in einzelne Risiken. Tritt der Versicherungsfall ein, ist zunächst die Zuständigkeit des jeweiligen Trägers zu prü-

fen. Sofern es sich aber um mehrere gleichzeitig eintretende Versicherungsfälle handelt, wie dies z.B. für ältere gering qualifizierte Arbeitslose mit gesundheitlicher Beeinträchtigung der Fall ist, kann die Überschneidung von Zuständigkeiten und die damit verbundenen möglichen Leistungsverweigerungen durch die jeweiligen Versicherungsträger mit einer zusätzlichen Verschlechterung seiner gesamten Lebenslage verbunden sein.

Im Falle eines vom Träger der Rentenversicherung abgelehnten Rentenanspruches auf Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, besteht für den Betroffenen die Möglichkeit des Klageweges. Der Sozialgerichtsbarkeit kommt die Aufgabe zu, die Rechtmäßigkeit der Entscheidung des Versicherungsträgers im Einzelfall zu überprüfen und gegebenenfalls zu revidieren. Sie ist gleichzeitig die maßgebende Instanz der Rechtsfortbildung.

Im folgenden wird zunächst auf die Aufgaben und den Aufbau der Sozialgerichtsbarkeit eingegangen. Daran anschließend werden die zentralen Problemfelder bei der Rentenentscheidung über Berufs- und Erwerbsunfähigkeit diskutiert. Dabei handelt es sich zum einen um die Frage der medizinischen Sachverständigen-Begutachtung im Rentenverfahren, und zum anderen um die zentralen Probleme der Rechtsprechung zu den beiden Rentenarten. Diese eher allgemeine Darstellung wird schließlich anhand von Einzelfällen von Streitverfahren zur Anerkennung von Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit konkretisiert.

II: AUFBAU UND AUFGABEN DER SOZIALGERICHTSBARKEIT

Die folgende Darstellung ist auf den Bereich des Sozialversicherungsrechts und dabei insbesondere auf die Rechtsprechung im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung zu dem Sachverhalt der Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit begrenzt (zum umfassenderen Begriff des Sozialrechts vgl. ZACHER 1980:123 ff.). Im folgenden wird zunächst die historische Entwicklung der Rechtsprechungsinstanzen skizziert, deren Aufgaben sowohl in der rechtlichen Mitgestaltung als auch in der Aufsicht über die verschiedenen Sozialversicherungsträger bestehen. Seit 1953 wurde mit dem Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein eigenständiger Gerichtszweig der Rechtsprechung in der Sozialversicherung geschaffen, dessen

Aufbau daran anschließend kurz dargestellt wird. Schließlich wird auf die Bedeutung des medizinischen Sachverständigen im Rahmen der Sozialgerichtsbarkeit beim Rentenanspruchsverfahren eingegangen.

2.1 Historisches zur Entwicklung der Sozialgerichtsbarkeit

Im Unterschied zur Gesamtrechtsordnung ist das positive Sozialrecht sehr viel stärker dem gesellschaftlichen Strukturwandel unterworfen. Aus diesem Grunde enthält es eine Vielzahl sogenannter "unbestimmter Rechtsbegriffe", wie z.B. auch den der Invalidität bzw. Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, die durch die Rechtsprechung inhaltlich ausgefüllt werden müssen. Dies ist bewußt so angelegt, da dadurch das Versicherungsrecht flexibler und den wirtschaftlichen und sozialen Entwicklungsprozessen angepaßt werden kann. Die Rechtsprechung beeinflußt damit ganz wesentlich die Entwicklung in der Rentenversicherung (vgl hierzu WANNAGAT 1980: 325 ff.).

Die Mitgestaltung und Ausformung erfolgte zunächst staatlicherseits durch das 1884 errichtete Reichsversicherungsamt als Aufsichtsbehörde in der Sozialversicherung (Unfall- und Invalidenversicherung) und oberstes Rechtsprechungsorgan sowie ab 1911 durch die mit der Reichsversicherungsordnung (RVO) eingeführten Landes- und Obergversicherungsämter. Dem Reichsversicherungsamt kam die Entscheidungskompetenz in allen Versicherungszweigen über Revisionen und Rekurse gegen Urteile der Obergversicherungsämter zu (vgl. CHRISTMANN 1984:11). Im Jahr 1922 wurde das Reichsversicherungsamt für Angelegenheiten der Angestelltenversicherung zur Revisionsinstanz; 1923 für die Knappschaftsversicherung, 1927 schließlich für die Arbeitslosenversicherung.

Innerhalb der Vielzahl an Rechtsveränderungen, die mit der Kriegs- und Inflationszeit im Zusammenhang standen, ist die im Jahr 1928, mit der Änderung des § 1715a RVO dem Reichsversicherungsamt eingeräumte Kompetenzerweiterung besonders hervorzuheben. Das Amt erhielt mit dieser Änderung die Befugnis, über die Auslegung von Vorschriften mit grundsätzlicher Bedeutung verbindlich zu befinden, ohne das hierzu ein Einzelfall den Anlaß bietet. Diese neue Zuständigkeit stellte gemeinsam mit der Bindungswirkung seiner veröffent-

lichten Entscheidungen gegenüber den nachgeordneten Instanzen und den Landesversicherungsämtern ein wichtiges Hilfsmittel zur Steuerung der Praxis dar (vgl. CHRISTMANN 1984:11).

In den Folgejahren, unter nationalsozialistischer Herrschaft, wurde die Aufsichtskompetenz des Reichsversicherungsamtes noch stärker ausgeweitet, wobei es von 1939 an sogar weisungsbefugt gegenüber den bisher beaufsichtigten Sozialversicherungsträgern war. Bis zum Zusammenbruch und der staatlichen Reorganisation durch das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland lag somit Rechtsprechung und Aufsicht in der deutschen Sozialversicherung in den Händen einer einzigen, für das ganze Reich zuständigen Behörde (vgl. CHRISTMANN 1984:12).

Im Jahr 1953 wurde das Sozialgerichtsgesetz erlassen, daß gemäß dem Auftrag des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland die Schaffung einer eigenen Sozialgerichtsbarkeit (Art. 96 GG) sowie die klare Trennung zwischen Rechtsprechung und Verwaltung (Art. 20 GG) beinhaltete (vgl. ZÖLLNER 1981:138 f.).

Den Oberversicherungsämtern verblieben lediglich Verwaltungs- und Aufsichtsaufgaben gemäß der Zuständigkeitsaufteilung zwischen Bund und Ländern. Der Bund übertrug (mit Ausnahmen) seine Aufsichtsbefugnisse auf das 1956 als selbständige Bundesbehörde errichtete Bundesversicherungsamt, dessen Tätigkeit nunmehr überwiegend auf Verwaltungsaufgaben, wie z.B. der finanziellen Ausgleichsverteilung zwischen den Landesversicherungsanstalten der gesetzlichen Arbeiterrentenversicherung und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte. Seit dieser Zeit wurde die Sozialgerichtsbarkeit zur Rechtsprechungsinstanz für den Bereich der Sozialversicherung.

2.2 Der Aufbau der Sozialgerichtsbarkeit

Die Grundstruktur der Sozialgerichtsbarkeit besteht auf drei Ebenen der Rechtsprechung:

Sozialgerichte

Sie werden als Landesgerichte errichtet (§ 7 SGG) und entscheiden "im ersten Rechtszug über alle Streitigkeiten, für die der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit offensteht" (§ 8 SGG).

Eine Aufteilung der Sozialgerichte erfolgt nach fachlichen Kammern (vgl. § 10 SGG) "für Angelegenheiten der Sozialversicherung, der Arbeitslosenversicherung einschließlich der übrigen Aufgaben der Bundesanstalt für Arbeit sowie der Kriegsopferversorgung. Bei Bedarf sind für Angelegenheiten der Knappschaftsversicherung einschließlich der Unfallversicherung für den Bergbau eigene Kammern zu bilden" (§10 Abs.1 SGG).

Die Besetzung der Kammern erfolgt jeweils durch einen Vorsitzenden und zwei ehrenamtlichen Richtern, die als Beisitzer tätig sind (vgl. § 12 SGG). "In den Kammern für Angelegenheiten der Sozialversicherung und für Angelegenheiten der Arbeitslosenversicherung gehört je ein ehrenamtlicher Richter dem Kreis der Versicherten und der Arbeitgeber an. Sind für Angelegenheiten einzelner Zweige der Sozialversicherung eigene Kammern gebildet, so sollen die ehrenamtlichen Richter dieser Kammern an dem jeweiligen Versicherungszweig beteiligt sein" (§ 12 Abs.2 SGG).

Landessozialgerichte

Die Landessozialgerichte werden wie die Sozialgerichte als Landesgerichte errichtet (§ 28 SGG). Sie "entscheiden im zweiten Rechtszug über die Berufung gegen die Urteile und die Beschwerden gegen andere Entscheidungen der Sozialgerichte" (§ 29 SGG). Die fachliche Aufteilung erfolgt hier durch Senate, wobei jeder Senat mit einem Vorsitzenden, zwei weiteren Berufsrichtern und zwei ehrenamtlichen Richtern besetzt ist (vgl. § 33 SGG).

Bundessozialgericht

Das Bundessozialgericht hat seinen Sitz in Kassel (§ 38 SGG). Es entscheidet (1) über das Rechtsmittel der Revision sowie (2) "im ersten und letzten Rechtszug über Streitigkeiten nicht verfassungsrechtlicher Art zwischen dem Bund und den Ländern sowie zwischen verschiedenen Ländern in Angelegenheiten des § 51. Hält das Bundessozialgericht in diesen Fällen eine Streitigkeit für verfassungsrechtlich, so legt es die Sache dem Bundesverfassungsgericht zur Entscheidung vor. Das Bundesverfassungsgericht entscheidet mit bindender Wirkung" (§ 39 Abs. 2 SGG). Die beim Bundessozialgericht ebenfalls bestehenden Senate sind entsprechend denen bei den Landessozialgerichten besetzt (§ 40 SGG).

"(1) Bei dem Bundessozialgericht wird ein Großer Senat gebildet, der aus dem Präsidenten, sechs weiteren Berufsrichtern und vier ehrenamtlichen Richtern als Beisitzern besteht.

(2) Je zwei Berufsrichter müssen Senaten für Angelegenheiten der Sozialversicherung, der Arbeitslosenversicherung sowie der Kriegsopferversorgung angehören" (§ 41 SGG). Die Besetzung mit ehrenamtlichen Beisitzern erfolgt bei Angelegenheiten der Sozialversicherung sowie der Bundesanstalt für Arbeit mit je vier Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber (vgl § 41 Abs. 3 SGG).

III. PROBLEME DER MEDIZINISCHEN SACHVERSTÄNDIGEN - BEGUTACHTUNG IM RENTENANTRAGSVERFAHREN

Zum besseren Verständnis der folgenden Ausführungen ist vorab auf die begriffliche Bezeichnung der begutachtenden Instanzen der Sozialversicherungsträger einzugehen.

Im Bereich der Krankenversicherung ist der "Medizinische Dienst" (MD) zuständig für die Beratung der Krankenkassen, z.B. in Fällen, in denen der Versicherte eine medizinisch vorab zu klärende Leistung beantragt hat. Darüber hinaus obliegt ihm die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Versicherten durch Verträge mit den Leistungserbringern (z.B. Ärzten, Krankenhäusern, Heil- und Hilfsmittellieferanten) sowie die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der für die Versicherten erbrachten Leistungen.

Im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherungsträger ist die Bezeichnung der medizinischen Instanzen, die sowohl für

die Begutachtung im Falle von Rehabilitationsmaßnahmen als auch für die Leistungsbeurteilung bei Erwerbsminderung (BU/EU) zuständig sind, höchst unterschiedlich. Bei den Landesversicherungsanstalten (LVA) werden diese als "Prüfärztlicher Dienst", "Beratungsärztlicher Dienst" oder "Sozialärztlicher Dienst" (SÄD) bezeichnet. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) verwendet den Begriff des "Beratungsärztlichen Dienstes". Im Bereich der Arbeitslosenversicherung, z.B. im Fall der Feststellung gesundheitlich eingeschränkter Vermittelbarkeit, existiert der Begriff des "Arbeitsamtsärztlichen Dienstes".

3.1 Die medizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit

Eine Frührente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beruht prinzipiell auf der Voraussetzung eines oder mehrerer Krankheitsbefunde, die das Leistungsvermögen des Versicherten mindern. Der ärztliche Sachverstand entscheidet über den vorliegenden Krankheitswert. Die Entscheidung darüber, ob eine Rente gewährt wird oder nicht, richtet sich nach dem Umfang der medizinisch ermittelten Leistungseinschränkungen. Dem ärztlichen Befundbericht kommt somit im Renten-antragsverfahren eine zentrale Bedeutung zu.

Hat ein Versicherter einen diesbezüglichen Antrag bei seinem zuständigen Rentenversicherungsträger gestellt, holt der Versicherungsträger die beim behandelnden Arzt vorliegenden Befundberichte über den Krankheitszustand des Patienten ein. Um die Rentenlaufzeiten zu verkürzen, wird seit 1984 der Versicherte selbst beauftragt, ein hierfür vorgesehenes Formblatt dem behandelnden Arzt zu überbringen, es von diesem ausfüllen zu lassen und danach wiederum an den Rentenversicherungsträger bzw. dessen beratungsärztlichen Dienst zur Leistungsbeurteilung zurückzuschicken. Dieses Verfahren wird grundsätzlich bei allen Rentenantragstellern, die älter als 50 Jahre sind, sowie bei der Weitergewährung von Zeitrenten wegen Verschlossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes angewendet. Bei Rentenantragstellern, die unter 50 Jahre alt sind, und bei der Weitergewährung von Zeitrenten aus rein medizinischen Gründen entscheidet der beratungsärztliche Dienst des Rentenversicherungsträgers über die Art der Ermittlung (vgl. KERTZENDORFF 1986:191).

Von der Qualität der Befundberichte hängt es ab, ob eine ausreichende Leistungsbeurteilung vorgenommen werden kann. Dies kann in den Fällen gegeben sein, wo sich Befunde und Diagnosen logisch ergänzen, oder bei den im Falle von Rentenverlängerungsverfahren bereits vorliegenden Vorgutachten, die mit dem ärztlichen Befundbericht verglichen werden können. Für eine beratungsärztliche Leistungsbeurteilung nicht ausreichend sind Befundberichte, die Diskrepanzen zwischen Beschwerden, Befunden und Diagnosen aufweisen, oder veraltete Untersuchungsergebnisse aufführen (vgl. ebenda 192 f.).

Erfolgt eine überprüfende Begutachtung durch den beratungsärztlichen Dienst und entspricht das Ergebnis der medizinischen Begutachtung des Versicherungsträgers nicht den Vorstellungen des Antragstellers - wird also z.B. sein Rentenantrag abgelehnt -, hat er die Möglichkeit der Klage vor dem hierfür zuständigen Sozialgericht. Wird der Klage stattgegeben, so werden in der Regel im Sozialgerichtsverfahren weitere medizinische Gutachten von Sachverständigen zur Klärung eingeholt (vgl. § 106 Abs.3 Nr. 5 SGG). Für den Versicherten besteht darüber hinaus die Möglichkeit zu beantragen, daß einem bestimmten Arzt gutachterlich Gehör geschenkt wird, wobei er einen entsprechenden Kostenvorschuß selbst tragen muß (vgl. § 109 SGG). Gegen das Urteil des Sozialgerichts kann Berufung beim Landessozialgericht eingelegt werden (vgl. § 143 SGG sowie die Ausschlußgründe § 144 SGG). In besonderen Fällen, sofern z.B. die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat, besteht schließlich noch die Möglichkeit der Revision des Urteils des Landessozialgerichts vor dem Bundessozialgericht (vgl. § 160 SGG). Darüber hinaus ist das Mittel der Sprungrevision und damit die Umgehung der Berufungsinstanz vorgesehen, sofern sie u.a. von dem Sozialgericht im Urteil zugelassen ist (vgl. § 161 SGG).

Bei der Frage der Bewilligung einer Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit ist es aufgrund der Definition dieser Rentenarten im Rentenrecht unerheblich, welcher Art und Entstehung (Ätiologie) die der Leistungs- bzw. Erwerbsminderung zugrundeliegende Erkrankung ist. So ist z.B. der seit Jahren in der Medizin geführte Streit um die Frage, ob es sich bei einer Rentenneurose um eine "echte" Neurose handelt, der ein tatsächlicher Krankheitswert zuzumessen sei, für die Rechtsprechung unerheblich, da es nur darum

geht, ob eine Krankheit im Rechtssinn, also ein regelwidriger Geistes- oder Körperzustand vorliegt (vgl. § 182 RVO a.F.). Dabei kommt es darauf an, daß der Versicherte die vorliegenden seelischen und psychisch bedingten Störungen aus eigener Kraft nicht überwinden kann.

Dem sozialmedizinischen Dienst der Versicherungsträger bzw. im Streitfall vor dem Sozialgericht dem medizinischen Sachverständigen obliegt - verkürzt dargestellt - die Aufgabe der Feststellung der Schwere der Krankheit und der Verweis auf möglicherweise noch bestehende Fähigkeiten zur Verrichtung konkret zu benennender zumutbarer Tätigkeiten mit entsprechenden Zeitvorgaben.

3.2 Das Verhältnis des medizinischen Gutachters zum Sozialrichter

Das Verhältnis des Sachverständigen zum Richter gestaltet sich formal so, daß der Richter "Herr des Verfahrens" ist, wobei er rechtlich unabhängig und in freier Beweiswürdigung sich dem Sachverständigengutachten anschließen kann oder auch nicht. Der Sachverständige ist dem Richter als Gehilfe oder Helfer zur Seite gestellt (vgl. z.B. HAASE 1987:364). Gegenüber dieser allgemein anerkannten Funktion des Sachverständigen betont WANNAGAT 1987 mehr eine Komplementärfunktion von Richter und Sachverständigem, da beide denselben Zielen zugeordnet seien, nämlich der Rechtsgewißheit, der Rechtssicherheit und der Wahrheitsfindung (vgl. WANNAGAT 1987:351). So eindeutig, wie die Aufgabenstellungen des Richters und des medizinischen Gutachters beim Rentenanspruchsverfahren - selbst nach den Ausführungen WANNAGATS - theoretisch voneinander abgegrenzt sind, erweist sich dies in der Praxis jedoch nicht.

Während die Leistungsbeurteilung durch die Versicherungsträger konsequenter Weise deren Interessenlage (Leistungsverpflichtung) untergeordnet ist und deshalb von den betroffenen Versicherten mit Argwohn und Mißtrauen betrachtet werden (vgl. z.B. SCHIMANSKI 1976:2), wird im Streitfall vor dem Sozialgericht vom Richter ein unparteiliches "neutrales" Urteil verlangt, wobei er aufgrund mangelndem eigenen medizinischen Sachverstand auf diesbezügliche Gutachten angewiesen ist.

Wie empirische Untersuchungen hierzu zeigen, wurde in ca. 45 v.H. der Streitverfahren im Bereich des materiellen Sozialrechts auf medizinische und/oder berufskundliche Sachverständigengutachten zurückgegriffen (zit. bei GITTER 1987:358). SENDLER (1986) verweist auf weitere Untersuchungsergebnisse, wonach Richter zu 95 v.H. den Sachverständigengutachten folgen, ohne in eine wirkliche inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Gutachten einzutreten. Er bezeichnet die Vorstellung einer "sauberen Arbeitsteilung" zwischen Richter und Sachverständigem als "frommen Selbstbetrug seitens des Richters" (ebenda:2908 f.). Dieser befindet sich in dem Dilemma, entweder dem Sachverständigengutachten allzu bereitwillig zu folgen, mit der Konsequenz der Aufhebung seiner Entscheidung wegen kritikloser Übernahme des Gutachtens, oder aber er folgt dem Gutachten nicht und begibt sich damit in die Gefahr des Vorwurfs angemäßer Überschätzung der eigenen Sachkunde (vgl. ebenda 2909). Aufgrund des Angewiesenseins auf das medizinische Gutachten besteht die Tendenz, daß nicht der Richter der eigentliche "Herr des Verfahrens" ist, sondern eher der Arzt zum "Richter im weißen Kittel" wird (vgl. FAUPEL 1984:121).

In diesem Zusammenhang ist allerdings anzumerken, daß es einem Sozialrichter freigestellt ist, welchen Gutachter er für das jeweilige Fachgebiet im Streitverfahren zur Beweiserhebung bestellt. Aufgrund des Dispositionsspielraums, der für den Richter besteht, handelt es sich bei dieser Kritik nur um die halbe Wahrheit.

Die Aufgaben des medizinischen Sachverständigen im Streitverfahren um die Anerkennung einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung sind eindeutig umrissen. Sie bestehen

- in der Feststellung der Krankheit, des Gebrechens oder der Schwäche,
- der Beantwortung der Frage, inwieweit die Krankheit, das Gebrechen oder die Schwäche zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit geführt hat,
- in der Bewertung der Höhe der Erwerbsminderung,
- in der Klärung, ob und inwieweit der Versicherte in der Lage ist, eine andere zumutbare Tätigkeit zu verrichten.

Hierzu kann auch ein berufskundlicher Sachverständiger hinzugezogen werden (vgl. z.B. GITTER 1987:362 f.).

Grundlage der Begutachtung ist das ärztlich-medizinische Wissen, wobei nur allgemein in der Medizin als gesichert, zumindest aber als wahrscheinlich gesichert geltende Erkenntnisse zur Anwendung kommen dürfen. Hypothesen können nicht als Grundlage einer Begutachtung gelten, ebenso müssen kontroverse Auffassungen zu einem medizinischen Problem als solche im Gutachten zu erkennen sein (vgl. FRITZE 1984:1).

Wenn damit die Aufgaben des medizinischen Sachverständigen im Sozialgerichtsverfahren formal festgelegt sind, so treten in der Begutachtungspraxis dennoch zahlreiche Probleme auf, die eine "neutrale" Leistungsbeurteilung durch den Sozialrichter erschweren oder ihm sogar die Richtung der Urteilsfindung nahelegen. Einige dieser Probleme seien im folgenden benannt:

So kann etwa infolge mangelnden Verständnisses der durch juristische Normen vorgegebenen Aufgabenstellung, der medizinische Sachverständige zu Aussagen in seinem Gutachten kommen wie z.B. "...der Antragsteller ist als erwerbsunfähig anzusehen". Von HAASE (1987) werden mündliche Äußerungen von Gutachtern im Gerichtssaal zitiert, wie: "der Kläger (Ausländer) wolle sich offenbar nur eine Rente erstreiten, um dann in seiner Heimat ein angenehmes Leben führen zu können, oder, der Kläger habe es bislang geschickt verstanden, der Arbeit aus dem Wege zu gehen, oder, der Kläger habe sich in seinem Leben ohne Arbeit gut eingerichtet, das einzige, was ihm zu seinem Glück fehle, sei offenbar eine Rente.." usw. (ebenda:367).

Der medizinische Gutachter überschreitet mit diesen Formulierungen eindeutig seine Kompetenz, indem er einen möglicherweise erst festzustellenden juristischen Tatbestand vorweg zu nehmen versucht. Dies kann auch in umgekehrter Richtung durch ein besonders "mildtätiges" Gutachten erfolgen. Diese "Anmaßung" des Arztes, kann unter Umständen auch darauf zurückgeführt werden, daß ihm die Konsequenzen seiner Begutachtung durchaus bekannt sind und er sich deshalb mehr mit der juristischen Seite des Falles befaßt (vgl. SCHIMANSKI 1986:136).

Eine andere Art der Kompetenzüberschreitung liegt vor, wenn ein Facharzt sich im Gutachten zu Fragen außerhalb seiner Disziplin äußert. SCHIMANSKI (1986) weist in diesem Zusammenhang auf zwei Fälle hin, in denen ein Hals-Nasen-Ohrenarzt (HNO) und in einem anderen Fall ein Internist und ein Chirurg Fragen aus dem psychiatrischen bzw. psychologischen Fachgebiet beantworteten. Das Bundessozialgericht hat dies als einen absoluten Verfahrensfehler bezeichnet (vgl. ebenda:134).

Während derartige Probleme durch die Vertiefung eines kontinuierlichen Dialogs zwischen Richtern und medizinischen Sachverständigen als lösbar erscheinen, wobei es darum geht, dem Mediziner die juristische Problematik zu verdeutlichen und andererseits die medizinische Argumentation für den Juristen nachvollziehbar zu machen, stellt sich auf der medizinischen Seite doch eine grundlegende Problematik dar.

Im Zusammenhang mit der Diskussion um die Frage der "Rentenneurose" wurde erwähnt, daß bei der Begutachtung auch sehr subjektive Ansichten des Arztes einfließen können. Dies gilt letztlich für den gesamten Problemkomplex der Begutachtung psychosomatisch bedingter Krankheiten, insbesondere aber auch z.B. in Verbindung mit Suchtkrankheiten oder Alkoholabhängigkeit (vgl. HENNIES 1989:104). Die Persönlichkeit des medizinischen Sachverständigen, seine Normen- und Wertvorstellungen, aber auch sein Prestige und sein Selbstverständnis als fachärztliche "Kompetenz" haben Einfluß auf die Begutachtung. Dieser Umstand drückt sich nicht zuletzt darin aus, daß unter Umständen verschiedene Sachverständige bei der Begutachtung desselben Krankheitsbildes zu höchst unterschiedlichen Befunden gelangen können.

3.3 Die Frage der "Objektivität" medizinischer Befunde

Damit ist das grundsätzliche Problem der "Objektivität" medizinischer Gutachten im Streitverfahren um die Anerkennung einer Rente wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit angesprochen. Vor allem die technische Entwicklung ("Apparatemedizin") hat eine zunehmend genauere Diagnosestellung ermöglicht und z.B. die Belastbarkeit von Organen oder Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates detailliert meßbar gemacht. Daß es sich bei derartigen Befun-

den dennoch nur um eine "Scheinobjektivität" für die Frage der Leistungsbeurteilung handelt, läßt sich an zwei miteinander zusammenhängenden Problemfeldern verdeutlichen.

Eine grundsätzliche Frage ist die nach dem Vergleichsmaßstab derartiger Befunde. Der medizinisch begutachtende Sachverständige steht vor der Aufgabe entscheiden zu müssen, welcher Rentenantragsteller z.B. noch vollschichtig, halbschichtig oder unter-halbschichtig leistungsfähig ist und welcher dies nicht ist. Er ist daher gezwungen, Vergleichsmaßstäbe im Sinne eines Systems medizinischer Normen zu entwickeln, "nach dem mögliche Einschränkungen menschlicher Lebensäußerungen einer allgemeingültigen Beurteilung zugeführt werden können" (HAASE 1987:366). So werden z.B. Blutdruckwerte, Leberwerte, Skelettbefunde usw. danach klassifiziert, inwieweit sie einem "Normalzustand" bzw. dem einer "imaginären Durchschnittsbevölkerung" entsprechen oder von diesem abweichen (vgl. ebenda).

Kann ein derartiger Vergleichsmaßstab für die Objektivität eines Befundes schon durchaus als hinterfragenswert angesehen werden, gilt dies umso mehr für die Beurteilung der Frage, welche Funktionsbeeinträchtigungen mit einer festgestellten Normabweichung verbunden sind. So können z.B. erhebliche Verschleißerscheinungen an der Wirbelsäule bei einem Menschen mit deutlichen Funktionseinschränkungen verbunden sein, wohingegen ein anderer kaum wahrnehmbare Leistungseinschränkungen aufweist (vgl. ebenda).

Dieses Beispiel leitet über zu dem zweiten allgemeineren Problemfeld, das hinter der "Objektivität" medizinischer Befunde liegt, nämlich dem naturwissenschaftlichen Paradigma der Medizin, das auch in der Begutachtungsmedizin als immer noch vorherrschend anzusehen ist.

Es wurde bereits bei der Diskussion der These der Arbeitsbedingtheit von chronischen Krankheiten ausführlich auf den sozialmedizinischen bzw. medizinsoziologischen Forschungsstand eingegangen, wobei immer wieder auf die Notwendigkeit der Einbeziehung der arbeits- und lebensweltlichen Bedingungen bei Fragen der Krankheitsentstehung und ihrer Bewältigungsformen verwiesen wird.

Der sich dem rein naturwissenschaftlichen Paradigma verpflichtet fühlende Arzt ist in seiner Rolle als Gutachter

in dieser Hinsicht als überfordert anzusehen, da seine Sichtweise des Menschen als bloßem "biologischem Apparat" oder "Mechanismus" von vornherein begrenzt ist. In diesem Zusammenhang weist SCHIMANSKI (1986) darauf hin, daß der Maßstab der Leistungsbeurteilung in der gesetzlichen Sozialversicherung immer noch das sterile Labor sei und nicht die reale Arbeitswelt mit ihrem Totalanspruch an den arbeitenden Menschen. Dies erkläre hinreichend, warum die medizinische Leistungsbeurteilung nicht mit der tatsächlichen Leistungsfähigkeit übereinstimme (vgl. ebenda: 137). Erforderlich erscheint daher eine Überwindung dieser begrenzten Sichtweise durch eine medizinisch begründete "ganzheitliche" Betrachtungsweise, wobei dem Problem der Diskrepanz zwischen seelischem Erleben und objektiv nachweisbaren Organveränderungen verstärkt Rechnung zu tragen ist (vgl. z.B. v. UEXKÜLL 1981:177 ff.).

Eine praktische Möglichkeit, sich dem zentralen Problem der umfassenden "Wahrheitsfindung" im Begutachtungsprozeß durch den Mediziner anzunähern, kann nach GROSSPIETZSCH und GROSSPIETZSCH (1986) (hier bezogen auf die Begutachtung durch den Sozialversicherungsträger bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen) auf der Grundlage eines sozialmedizinischen Explorationsplanes erfolgen. Da ein Begutachtungsprozeß in der Regel nicht am Anfang einer sogenannten "Patientenkarriere" steht, sondern häufig schon verschiedene organärztliche oder psychiatrische Befundberichte vorliegen, kann der Gutachter hierauf aufbauen und eine die eigene Fachkompetenz betreffende Selbstbegrenzung vornehmen sowie gegebenenfalls weitergehende Spezialuntersuchungen veranlassen.

Beim Gespräch im Rahmen der Patientenvorstellung muß der Arzt in der Lage sein, sich zunächst auf die subjektive Krankheitserklärung des Patienten einzulassen, wobei besonders auf Unterschiede von biologischen Verhältnissen einerseits und psychischem Verhalten andererseits zu achten ist. Innerhalb des Dialogs des Arztes mit dem Patienten entwickelt sich nach medizinischer Erfahrung bei der subjektiven Schilderung des Krankheitszustandes durch den Patienten ein Entwicklungsprozeß mit der Tendenz von einer mehr rationalen, äußeren, sozialakzeptierten Krankheitsvorstellung zu einer mehr persönlichen, irrationalen, magischen und psychodynamischen Darstellung (vgl. ebenda:278).

Der nächste Schritt der sozialmedizinischen Exploration wird in der gemeinsamen Analyse des mitgeteilten subjektiven "Krankheitszusammenhangs" gesehen, bei der eine schrittweise medizinische Wertung und eventuelle Richtigstellung hin zu einer möglichst objektiven Interpretation des mitgeteilten anamnestischen Sachverhalts erfolgt. Durch die Anwendung einer klaren "Informationsmedizin", die vor allem auf Informationen von handfesten, offen zutage tretenden Störfaktoren des täglichen Arbeits- und Freizeiterslebens gestützt ist, wird der Schritt vom subjektiven zum objektiven Krankheitsverständnis vollzogen, wobei es um die Wertung der gemeinsam aufgefundenen, auslösenden "sozialmedizinischen Störquelle" geht.

Der von GROSSPIETZSCH und GROSSPIETZSCH vorgestellte sozialmedizinische Explorationsplan sieht als letzte Stufe, die gemeinsame Festlegung der zu treffenden Strategie zur Rehabilitation und Prävention vor (zur praktischen Anwendung vgl. die dort aufgeführte exemplarische Falldarstellung ebenda:278 f.).

Der hier dargelegte Vorschlag der Anwendung eines sozialmedizinischen Explorationsplanes kann nach unserer Auffassung auch als Anforderung an die medizinische Begutachtung in einem Rentenanztragsverfahren übertragen werden. Damit wird dem medizinischen Sachverständigen jeder Fachrichtung, die Fähigkeit abverlangt den Antragsteller in seiner "Ganzheitlichkeit", d.h. seiner Persönlichkeitsentwicklung und Verhaltensweise und den ihn umgebenden konkreten arbeits- und lebensweltlichen Bedingungen zu sehen und die ermittelten medizinischen organischen und/oder psychiatrischen Befunde damit in Zusammenhang zu bringen. Er muß somit in der Lage sein, sich auf die Person des Rentenantragstellers "einzulassen" und darüber hinaus hinsichtlich der an ihn gestellten Aufgabe einer Leistungsbeurteilung, die Anforderungen der konkreten Arbeitsplatzanforderungen mit einzubeziehen (vgl. z.B. auch GRAMSE:1989).

Nur auf diesem Wege scheint es m.E. möglich, die häufig bestehende Differenz zwischen der medizinischen Leistungsbeurteilung und der tatsächlichen Leistungsfähigkeit eines Rentenbewerbers zumindest zu verringern. Ist ein medizinischer Sachverständiger hierzu in der Lage, so kann er auch am ehesten der ihm von WANNAGAT (1987) zukommenden "Komplementärfunktion" zum Sozialrichter entsprechen.

IV. PROBLEME DER RECHTSPRECHUNG ZUR BERUFS- UND ERWERBSUNFÄHIGKEIT

Seit der Differenzierung der Invaliditätsrente in zwei Rentenarten mit der Rentenreform 1957 ist, vor allem von seiten der Sozialgerichtsbarkeit der unteren Instanzen und den Rentenversicherungsträgern selbst, an der Praktikabilität der Rechtsbegriffe Berufs- und Erwerbsunfähigkeit Kritik geübt worden. Obwohl mit der Übernahme der Berufsunfähigkeitsrente in die Arbeiterrentenversicherung eine Gleichstellung der Arbeiter mit den Angestellten intendiert war, bildeten sich im Zeitverlauf aufgrund der Rechtsprechung zur konkreten Betrachtungsweise zunehmend auch Probleme der sozialen Gleichbehandlung von erwerbsgeminderten Versicherten heraus.

Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit der konkreten Betrachtungsweise stellt die Risikoabgrenzung zwischen dem Versicherungsfall der Arbeitslosigkeit und dem der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit dar. Hiervon betroffen sind vor allem der Personenkreis der älteren und/oder leistungsgeminderten Versicherten.

Hinsichtlich dieser beiden Fragestellungen, die auch aktuell noch als unzureichend gelöst anzusehen sind, ist gegenüber der Rechtslage immer wieder Kritik erhoben worden.

4.1 Die Problematik der Rente wegen Berufsunfähigkeit (§ 1246 RVO/ § 43 SGB VI)

Die Ablösung der Invaliditätsrente durch die Regelungen zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit beinhaltet die Aufgabe, die Leistungsfähigkeit eines Versicherten, der dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen seines Leistungsvermögens aufweist, konkret zu benennen. Diese Aufgabe ist vom medizinischen Sachverständigen zu übernehmen, der entscheiden muß, ob dem Versicherten noch leichte, mittelschwere oder schwere Arbeitstätigkeiten zumutbar sind. Benannt werden muß dabei, ob der Versicherte noch oder nicht mehr in der Lage ist, Tätigkeiten auszuüben, die z.B. mit schwerem Heben und Tragen oder Bewegen von Lasten verbunden sind, die überwiegend im Stehen, in Kälte, Nässe, Staub, in Wechsel- und Schichtarbeit ausgeführt werden usw. Dies gilt auch im Hinblick auf die zeitliche Dauer der Einsatzfähigkeit.

Beide Aspekte zusammen ergeben das Maß der verbliebenen Leistungsfähigkeit für den Vergleich mit einem Versicherten, der keine gesundheitliche Leistungsminderung aufweist. (Diese konkrete Beschreibung von verbleibenden Tätigkeiten durch den medizinischen Sachverständigen stellt den wesentlichen Unterschied zum Schwerbehindertenrecht dar, wo der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit in einem prozentualen Wert angegeben wird).

Die Rente wegen Berufsunfähigkeit ist seit ihrer Einführung in die Arbeiterrentenversicherung immer wieder als problematisch diskutiert worden. Der wesentliche Unterschied zur Erwerbsunfähigkeitsrente besteht darin, daß kein voller Lohnersatz geleistet wird, sondern die Möglichkeit eines Zuerwerbs zur Rente eingeräumt wird. Die Intention des Gesetzgebers liegt darin, bei eingetretener gesundheitlich bedingter Leistungsminderung, demjenigen eine Rente zu zahlen, der noch arbeitet, jedoch nicht mehr als die Hälfte eines vergleichbaren Versicherten verdient (vgl. KRAUSE 1986).

Mit diesem Vergleichsmaßstab, der im Gesetzestext aufgenommen wurde, war aber bereits ein Widerspruch zur Realität des Arbeitslebens angelegt, der die künftige Bedeutung der Berufsunfähigkeitsrente prägte.

In den Fällen, in denen "vollsichtige Einsatzfähigkeit" des leistungsgeminderten Versicherten vorliegt, dieser also acht Arbeitsstunden hintereinander täglich arbeitsfähig ist, liegt keine Berufsunfähigkeit vor, weil er den Vergleichsmaßstab der "gesetzlichen Lohnhälfte" stets überschreiten wird und zwar deshalb, "weil der tarifliche Arbeitslohn des höchstbezahlten Facharbeiters niemals das Doppelte des Lohnes des ungelernten Hilfsarbeiters erreicht. Wenn der Versicherte dagegen den Mindestanforderungen eines Arbeitsplatzes nicht mehr genügen kann, wird er keinen Arbeitsplatz mehr finden. Dann aber ist er erwerbsunfähig, weil ihm der Arbeitsmarkt tatsächlich verschlossen ist" (SCHEERER 1976:11).

Das Herabsinken der Erwerbsfähigkeit auf weniger als die Hälfte stellt eine unmögliche Rentenvoraussetzung dar, "weil alle Versicherten der ArV, bei denen diese Voraussetzungen vorliegen, gleichzeitig erwerbsunfähig sind, da sie die ihnen verbliebene Erwerbsfähigkeit nicht ausnutzen kön-

nen" (ebenda:12). Im Regelfall "schlägt" also die Berufsunfähigkeit in der Arbeiterrentenversicherung nach Erwerbsunfähigkeit "durch".

Dies führte vor allem seit der Durchsetzung der konkreten Betrachtungsweise durch die Urteile des BSG zu einer bedeutsamen Abnahme der Rentenneuzugänge wegen Berufsunfähigkeit. Die Möglichkeit, im Falle eingetretener Berufsunfähigkeit einen Teilzeitarbeitsplatz zu finden bzw. eine Teilerwerbstätigkeit auszuüben, war unter den Bedingungen der Vollbeschäftigung und der Arbeitskräfteknappheit für Männer und Frauen durchaus gegeben. Mit den ersten Beschäftigungseinbrüchen Ende der 60er Jahre aber strukturierte sich der Teilzeitarbeitsmarkt dahingehend, daß derartige Tätigkeiten überwiegend von Frauen mit nur relativ geringem Qualifikationsniveau ausgeübt wurden.

Mit dem kontinuierlichen Anstieg der Arbeitslosenzahlen Mitte der 70er Jahre besteht allerdings selbst für diesen Personenkreis kaum mehr die Möglichkeit, auf einen Teilzeitarbeitsplatz vermittelt zu werden. Seit 1982 ist die Zahl von Teilzeitarbeitsplätzen in der Bundesrepublik angestiegen, dennoch arbeitet nur etwa jeder zehnte auf einem Teilzeitarbeitsplatz, wobei diese zu 90 v.H. von Frauen besetzt werden (vgl. SOZIALPOLITISCHE UMSCHAU Nr. 33/1990 vom 22.1.1990). Für die Bundesrepublik gilt der Teilzeitarbeitsmarkt bereits seit Jahren als verschlossen, da die Nachfrage das Angebot erheblich übersteigt.

Im Zusammenhang mit der Berufsunfähigkeit eines Versicherten, insbesondere eines männlichen in der Arbeiterrentenversicherung ergibt sich also, daß die Annahme einer möglichen Verwertung des Restarbeitsvermögens auf einem dem verbliebenen Leistungsvermögen entsprechenden Teilzeitarbeitsplatz der Realität des Arbeitslebens nicht entspricht. Die zentrale Fragestellung ist heute darauf gerichtet, welcher Personenkreis von Versicherten überhaupt einen Rentenanspruch aufgrund von Berufsunfähigkeit realisieren kann.

In der Praxis der Rechtsprechung konnten Renten wegen Berufsunfähigkeit nur noch dem zugesprochen werden, "der einen Beruf erlernt hatte, dessen Arbeitsleben von diesem erlernten Beruf geprägt war und der aus Gesundheitsgründen nicht mehr in der Lage war, diesen Beruf weiter auszuüben" (KRAUSE 1986:190).

Vor dem Hintergrund des beschriebenen Stufenschemas in der Arbeiterrentenversicherung, das zur Einordnung des Hauptberufes und für die in Betracht kommende Verweisungstätigkeit dient, "kam es nunmehr nur noch darauf an, ob der gelernte Arbeiter, der Berufsschutz genoß, sich zumutbar, ohne einen sozialen Abstieg zu erleiden, noch auf einen anderen Beruf verweisen lassen mußte. Wenn dies nicht möglich war, war ihm die Berufsunfähigkeitsrente wegen eines sozialen Abstiegs zuzuerkennen" (ebenda).

Dies konnte dazu führen, daß ein Versicherter zwar nicht mehr in der Lage war aus bestimmten gesundheitlichen Gründen seinen Beruf auszuüben und deshalb Berufsunfähigkeitsrente erhielt, er aber mit einer anderen Tätigkeit, die ihm nach der Rechtsprechung allerdings sozial nicht zumutbar war, zusätzlich noch ein Einkommen erzielte, das über dem seiner früheren Berufstätigkeit lag. Diese Möglichkeit stand eindeutig im Widerspruch zur Lohnersatzfunktion der Berufsunfähigkeitsrente.

Die Betonung des Kriteriums des "zumutbaren sozialen Abstiegs" in der Rechtsprechungspraxis zur Berufsunfähigkeit in den siebziger Jahren, offenbarte eine weitere Widersprüchlichkeit dieser Rentenart. "Die Rente wegen Berufsunfähigkeit hatte den Sinn, demjenigen den größten Berufsschutz einzuräumen, der am meisten gelernt hatte und am höchsten qualifiziert war. Da jedoch gerade derjenige, der die größten Kenntnisse und Fähigkeiten erworben hatte, naturgemäß am ehesten auf einen anderen Arbeitsplatz verwiesen werden konnte, ohne einen sozialen Abstieg zu erleiden, blieb ihm die Berufsunfähigkeitsrente verwehrt" (KRAUSE 1986:190).

SCHEERER bezeichnet in diesem Zusammenhang die Rente wegen Berufsunfähigkeit als "Prestigeersatzrente", da in ihr die Lohnersatzfunktion, also die Aufrechterhaltung des bisherigen Lebensstandards, wie sie bei der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder den Altersruhegeldern gewährleistet ist, nicht zum Tragen kommt. "Man fragt sich bei der BU-Rente vergebens, welcher Lohnausfall durch sie ersetzt werden soll. Die Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit auf weniger als die Hälfte gibt es im praktischen Erwerbsleben (...) nicht. Eine Berufsunfähigkeit kann daher nur wegen der Unzumutbarkeit einer möglichen Verweisungstätigkeit anerkannt werden. Die Ausübung einer solchen Verweisungstätigkeit ist selten

mit einem so wesentlichen Lohnausfall verbunden, daß sie einen wesentlichen sozialen Abstieg zur Folge hat, zumal die Tarifverträge im immer größeren Umfang bei langjährigen Betriebsangehörigen die Heruntergruppierung untersagen. So kommt man zu dem Schluß, daß es sich bei der BU-Rente nicht um einen Lohnersatz, sondern um den Ersatz eines immateriellen Schadens handelt" (SCHEERER 1976:16).

Dieser Widerspruch, der der Rente wegen Berufsunfähigkeit insbesondere in der Arbeiterrentenversicherung zugrunde liegt, hat bereits Ende der siebziger Jahre zu zahlreichen Reformvorschlägen geführt (vgl. z.B. SCHEERER 1976, RISCHE 1979, SCHÄFER 1980). Der Gesetzgeber hat demgegenüber allerdings keinen Handlungsbedarf gesehen und die Entscheidung an die Instanzen der Rechtsprechung zurückgegeben.

Damit bestand weiterhin das Problem, welches Kriterium für die Beantwortung der Frage des zumutbaren oder unzumutbaren "sozialen Abstiegs" bei der Zuerkennung einer BU-Rente den Ausschlag geben soll - der berufliche Status oder das Ausmaß der Verdiensteinbuße eines versicherten Facharbeiters.

Wenngleich die Rechtsprechung immer stärker auf das Kriterium der Verdiensteinbuße, unter Zuhilfenahme bestehender Tarifverträge, abstellte und nunmehr als gefestigt angesehen werden kann, ist eine Lösung des inneren Widerspruchs der Berufsunfähigkeitsrente nicht gefunden worden.

Diese Frage kennzeichnet aktuell die Rechtsprechungspraxis der Sozialgerichtsbarkeit. Zunehmend bereiten drei Fallgruppen besondere Probleme bei der Zuerkennung einer Berufsunfähigkeitsrente. Zum einen betrifft dies den Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente bei bestehender tarifvertraglicher Verdienstsicherung.

In Fällen, in denen gesundheitlich leistungsgeminderte Facharbeiter innerbetrieblich auf einen sozial zumutbaren Arbeitsplatz nicht umgesetzt werden konnten und bei einer erfolgten Umbesetzung einen sozialen Abstieg haben hinnehmen müssen, stellt sich die Frage nach dem Anspruch auf eine Rente wegen Berufsunfähigkeit auch dann, wenn sie aufgrund langer Betriebszugehörigkeit aus tarifvertraglichen Gründen eine volle Lohnabsicherung erhalten. Hierzu sind die Rechtsauffassungen uneinheitlich (vgl. ADAMI 1989:94). Einerseits wird in Urteilen die Auffassung ver-

treten, daß in diesen Fällen aufgrund der tarifvertraglichen Verdienstsicherung keine soziale Betroffenheit, die eine Rente wegen Berufsunfähigkeit rechtfertigen würde, vorliegt. Ein Nebeneinander von Rente und vollem Lohn widerspricht der Lohnersatzfunktion der Rente.

Andererseits wird seit 1984 (vgl. BSG v. 29.11.1984 5bRJ 46/84) zunehmend vor den Sozialgerichten um die Anerkennung einer BU-Rente in den Fällen gestritten, bei denen die Verdienstaussgleichszahlung nur vergönungsweise, d.h. auf besonderen Absprachen des Versicherten mit dem Arbeitgeber beruhend, erfolgt.

Von KRAUSE wird hierzu die Auffassung vertreten, daß auch in diesen Fällen "die Berufsunfähigkeitsrente so lange versagt werden (muß), als die vergönungsweise Ausgleichszahlung durch den Betrieb tatsächlich gewährt wird" (KRAUSE 1986:190).

Da bei gleichzeitigem Bezug von Rente und Ausgleichszahlung das Einkommen eines leistungseingeschränkten Arbeiters durchaus höher sein kann als das eines Arbeiters, der voll in seinem erlernten Beruf tätig ist, sieht KRAUSE sogar die Möglichkeit einer Störung des Betriebsfriedens angelegt (vgl. ebenda:191).

Wie problematisch die Regelungen zur Rente wegen Berufsunfähigkeit vor dem Hintergrund des beruflichen Wandels und der Tarifordnungen - die als Indiz für die richterlichen Entscheidungen dienen - sind, wird an den beiden anderen Fallgruppen deutlich. Dies betrifft zum einen den Beruf des Postfacharbeiters und zum anderen den des Berufskraftfahrers.

Der Beruf des Postfacharbeiters (Briefträger, Postsortierer u.ä.) wurde lange Zeit hindurch als Arbeiterberuf mit kurzer Anlernzeit angesehen. Aufgrund der Neuordnung der Posttarifverträge und einer veränderten Einordnung des Postfacharbeiterberufes (nunmehr Gruppe T 2) ist der 5. Senat des Bundessozialgerichts zu der Auffassung gelangt, Postfacharbeitern Berufsschutz zuzubilligen. In der Praxis bedeutet dies, daß Postfacharbeiter, obwohl sie keine Lehrzeit mit Prüfung aufweisen, berufsunfähig sind, wenn sie nicht mehr im Freien arbeiten dürfen, sonst aber durchaus fast alle Tätigkeiten mit wenigen Einschränkungen verrich-

ten können. Der Berufsschutz bei derartig geringer beruflicher Qualifikation dieser Berufsgruppe bewirkt, daß sie auf sozial zumutbare Tätigkeiten nicht verwiesen werden können.

KRAUSE sieht hierin geradezu eine "Perversion des Rechts", da aus dieser Rechtsprechung folgt, daß derjenige am ehesten eine Berufsunfähigkeitsrente erhält, der am wenigsten gelernt hat (vgl. KRAUSE 1986:191).

Eine ähnliche Problematik besteht im Fall des Berufskraftfahrers, der ebenfalls jahrelang als angelernter Arbeiterberuf eingestuft wurde. Mit der Berufskraftfahrerverordnung von 1974 stellte sich verstärkt die Frage des Berufsschutzes. Einbezogen hierin sind alle diejenigen, die gemäß dieser Verordnung eine diesbezügliche berufliche Prüfung abgelegt haben bzw. die über Jahre gleiche Tätigkeiten, die nach dieser Verordnung festgelegt sind, ausgeübt haben. Die diesbezügliche Rechtsprechungspraxis ist auch gegenwärtig als uneinheitlich anzusehen, da Berufsschutz auch solchen Berufskraftfahrern zugebilligt wurde, die die Anforderungen gemäß der Verordnung nicht erfüllten. Dabei gab häufig lediglich die Dauer der Tätigkeit den Ausschlag (vgl. im einzelnen hierzu KRAUSE 1986:192).

In der Darlegung der neueren Rechtsprechung zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit kommt ADAMI(1989) zu der Schlußfolgerung, daß aufgrund der Tendenz des Bundessozialgerichts "einerseits den bisherigen Beruf als Facharbeiter auch solchen Gruppierungen zu eröffnen, die diesen Beruf tatsächlich nicht erlernt haben, andererseits die Verweisbarkeit auf zumutbare Verweisungstätigkeiten einzuschränken, (...) wohl in der Regel davon auszugehen (ist), daß Vorarbeiter-Facharbeitern und Facharbeitern in der Regel auch bei vollschichtigem Einsatzvermögen eine Rente wegen Berufsunfähigkeit zuzubilligen ist, da eine konkrete Verweisungstätigkeit nicht gefunden werden kann. Sollte eine derartige Verweisungstätigkeit tatsächlich noch aufgefunden werden können, dürfte eine Verweisbarkeit im Regelfall daran scheitern, daß diese aus medizinischen Gründen nicht verrichtet werden kann" (ADAMI 1989:95).

Aus dieser Tendenz in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts folgt andererseits, daß "der Großteil der Arbeitnehmer, die im ungelernten bzw. kurzzeitig angelernten Bereich z.B. als Fabrikarbeiter tätig sind und dort auch qua-

litativ gehaltvolle Tätigkeiten verrichten" (ebenda:95), keine Möglichkeit haben einen Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente zu realisieren.

4.2 Das Problem der Abgrenzung der Risiken Arbeitslosigkeit und Frühinvalidität

Das Bundessozialgericht geht in seinen Urteilen von 1969 und später von 1976 von unterschiedlichen Kriterien für die Feststellung, wann von der Verschlossenheit des Arbeitsmarktes für einen gesundheitlich leistungsgeminderten Versicherten auszugehen ist, aus. Nach dem Urteil von 1969 galt der Arbeitsmarkt für den Versicherten als verschlossen, "wenn das Verhältnis der im Verweisungsgebiet vorhandenen, für den Versicherten in Betracht kommenden Teilzeitarbeitsplätze zur Zahl der Interessenten für solche Beschäftigungen ungünstiger als 75:100 ist" (DRV 1980:11).

Aufgrund der Problematik, die in dem Beschluß benannte Verhältniszahl mit hinreichender Sicherheit zu ermitteln, hat das Bundessozialgericht im Jahr 1976 diese Bestimmung, wann von der Verschlossenheit des Arbeitsmarktes für Teilzeitarbeitsfähige auszugehen ist, stärker konkretisiert. "Dem Versicherten ist der Arbeitsmarkt praktisch verschlossen, wenn ihm weder der Rentenversicherungsträger noch das zuständige Arbeitsamt innerhalb eines Jahres seit Stellung des Rentenanspruches einen für ihn in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten kann" (DRV 1980:11).

Durch diese Entscheidung sollte vor allem die Nahtlosigkeit des Übergangs von der Arbeitslosen- zur Rentenversicherung gewährleistet sein. Dies galt für die sogenannten "Nullfälle". Darunter waren diejenigen Versicherungsfälle zu verstehen, deren Antrag auf Leistungen von der Bundesanstalt für Arbeit aufgrund bestehender gesundheitlich bedingter Leistungsminderung abgelehnt wurde, ohne dabei die Rentenversicherungsträger einzuschalten. Um auch in diesen Fällen die Nahtlosigkeit der materiellen Sicherstellung zu gewährleisten, wurde 1980 der § 105a AFG eingeführt, wonach gilt:

"Anspruch auf Arbeitslosengeld nach § 100 Abs.1 hat auch, wer die in den §§ 101 bis 103 genannten Voraussetzungen für den Anspruch auf Arbeitslosengeld allein deshalb nicht erfüllt, weil er wegen einer nicht nur vorübergehenden Minde-

zung seiner Leistungsfähigkeit keine längere als kurzzeitige Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann, wenn weder Berufsunfähigkeit noch Erwerbsunfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung festgestellt worden ist. Die Feststellung, ob Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit vorliegt, trifft der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung" (§105 a Abs.1 AFG).

Der Anspruch besteht allerdings nur dann, wenn der Arbeitslose auf die unverzügliche Aufforderung der Arbeitsverwaltung innerhalb eines Monats einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation oder auf Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit fristgemäß stellt (vgl. §105 a Abs.2 AFG).

Nach dieser Regelung wird nunmehr auch bei den Nullfällen zunächst Verfügbarkeit unterstellt und der Rentenversicherungsträger zur Entscheidung über die Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit hinzugezogen. Umgekehrt, und dies ergibt sich wiederum durch Verweis auf § 5 Rehabilitationsangleichungsgesetz (Verpflichtung zur Zusammenarbeit zwischen den Trägern der Sozialversicherung zur Sicherstellung der Nahtlosigkeit), ist die Bundesanstalt für Arbeit bzw. die Arbeitsverwaltung verpflichtet, an der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers darüber mitzuwirken, ob für einen Versicherten der Arbeitsmarkt praktisch verschlossen ist. Aus dieser Entscheidung wird offensichtlich, daß nach geltendem Recht für die Beurteilung des Gesundheitszustandes bzw. des verbliebenen Leistungsvermögens dem Träger der Rentenversicherung gegenüber der Arbeitsverwaltung der Vorrang eingeräumt wird.

Darüber hinaus begrenzt das Urteil von 1976 die örtliche Verweisbarkeit, d.h., für einen nicht mehr vollschichtig einsatzfähigen Versicherten ist nicht mehr der Arbeitsmarkt der Bundesrepublik Deutschland maßgebend, sondern nur noch der regionale Arbeitsmarkt seiner Wohngegend bzw. Teilzeitarbeitsplätze, die er von seiner Wohnung täglich erreichen kann.

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat mit diesen Urteilen die Gesetzgebung wesentlich beeinflußt. Im 20. Renten Anpassungsgesetz (RAG) vom Jahr 1977 wird die Auffassung zur Verschlossenheit des Arbeitsmarktes bzw. zur konkreten Betrachtungsweise bestätigt, indem die Arbeitsmarktsituation auch bei der Rente auf Zeit (§ 1276 RVO; §§ 101, 102 SGB VI) berücksichtigt wird. BU oder EU wird demnach

auch dann als Zeitrente gewährt, wenn sie nicht ausschließlich auf dem Gesundheitszustand des Berechtigten beruht.

Eine gesetzliche Festschreibung der Entscheidung von 1976 liegt ebenso mit der Neufassung des § 1283 RVO vor, die durch das 21. Rentenanpassungsgesetz erfolgte. Hierbei wird die Zusammenarbeit der Arbeitsverwaltung und dem Träger der Rentenversicherung gesetzlich festgelegt.

Allerdings gilt in den Fällen, in denen ein Versicherter durch das ärztliche Gutachten als vollschichtig einsetzbar befunden wird, auch weiterhin die abstrakte Betrachtungsweise, d.h. die fiktive Annahme über die Offenheit des Arbeitsmarktes für diesen Personenkreis. Die Unterscheidung bei der Frage der Rentenbewilligung nach vollschichtiger, unter-vollschichtiger und weniger als halbschichtiger Einsatzfähigkeit hat zur Konsequenz, daß letztlich nicht die gesundheitliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit, sondern die zeitliche Dauer der verbliebenen Arbeitsfähigkeit das eigentliche Kriterium bei der Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente ist. Der grundsätzliche Verzicht auf die Bezeichnung einer konkreten Tätigkeit bei vollschichtig einsetzfähigen gesundheitlich Leistungsgeminderten steht im Widerspruch zu der geforderten konkreten Betrachtungsweise in Bewilligungsverfahren (vgl. WOLFF 1980). Selbst in den vorgesehenen Ausnahmefällen, in denen Versicherte zwar als vollschichtig einsetzfähig eingestuft werden, bei ihnen aber dennoch Arbeitsmarktkriterien herangezogen werden, da sie besonderen qualitativen gesundheitlichen Einschränkungen unterliegen, erfolgt die Konkretisierung auf einer abstrakten Ebene.

Grundlage für die Prüfung des Arbeitsmarktes für diesen Personenkreis sind die in Tarifverträgen erfaßten Arbeitstätigkeiten, wobei davon ausgegangen wird, daß diese dann unter "betriebsüblichen Bedingungen" in beachtlicher Zahl vorhanden sind (vgl. § 103 AFG). Ist die vom medizinischen Gutachter bezeichnete Arbeitstätigkeit, die der Versicherte trotz vorhandener Leistungseinschränkung noch ausüben in der Lage ist, von Tarifverträgen erfaßt, so bedarf es keiner weiteren Konkretisierung im Hinblick auf die Verweisbarkeit. Der Versicherte gilt dann ebenfalls als vollschichtig auf dem gesamten Arbeitsmarkt vermittelbar, unabhängig davon, ob ein entsprechender Arbeitsplatz überhaupt vorhanden ist.

Während also bei halb- bis unter-vollschichtiger bzw. unter-halbschichtiger Einsatzfähigkeit von der Verschlussenheit des Arbeitsmarktes ausgegangen wird, wenn die Vermittlungstätigkeit des Arbeitsamtes aufgrund der gesundheitlichen Leistungsminderung des Versicherten innerhalb eines Jahres erfolglos blieb, gilt dieser Umstand bei den vollschichtig Einsatzfähigen trotz bestehender gesundheitlicher Einschränkungen nicht.

Diese offensichtliche Ungleichbehandlung bei der Konkretionspflicht bei vollschichtig Einsatzfähigen wird seitens der Träger der Rentenversicherung mit dem Verweis auf die grundsätzliche Trennung von Risiken der Arbeitslosenversicherung und der Rentenversicherung gerechtfertigt. Die Prüfung des Arbeitsmarktes auch bei diesem Personenkreis würde nicht nur zu einem kaum durchführbaren Verwaltungsaufwand führen, sondern vor allem zu einer weiteren Risikoverschiebung hin zu den Rentenversicherungsträgern.

KOLB (1980) vertritt die Auffassung, daß im Falle vollschichtiger Einsatzfähigkeit eines Versicherten das Risiko, einen Arbeitsplatz zu finden, ausschließlich im Bereich der Arbeitslosenversicherung liegt. Vollschichtige Einsetzbarkeit trotz gesundheitlich bedingter Leistungsminderung stellt hiernach die Grenze zwischen dem Risikobereich Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung dar.

In den sogenannten Ausnahmefällen (vgl. Teil D, Kapitel 5.6.4.) ist nach KOLB davon auszugehen, daß diese aufgrund der qualitativen gesundheitlichen Einschränkungen ("zusätzliche Einschränkungen") faktisch nicht mehr "vollschichtig erwerbsfähig" sind, in dem Sinne, daß sie ihr Arbeitsvermögen nicht gegen ein Entgelt einsetzen zu können und somit die Fähigkeit zu einer wirtschaftlich verwertbaren Arbeit nicht besitzen. In diesen Fällen muß deshalb von der Verschlussenheit des Arbeitsmarktes auch bei medizinisch für "vollschichtig einsatzfähig" befundene Versicherte ausgegangen werden.

Auch durch die in der Folgezeit durch das Bundessozialgericht modifizierte Auffassung hinsichtlich der Verweisbarkeit auf sogenannte Schonarbeitsplätze für "vollschichtig einsatzfähige" Versicherte ist an der Grenzziehung zwischen den Risiken Arbeitslosigkeit und Rentenanspruch festgehal-

ten worden. "Habe der aus gesundheitlichen Gründen Leistungsgeminderte eine - 'wenn auch schlechte' - Chance in einer zumutbaren - vollschichtigen - Verweisungstätigkeit unterzukommen, so sei er arbeitslos; habe er bei vernünftiger Betrachtung keine solche, auch nur schlechte Chance mehr, so sei er 'nicht nur arbeitslos'. Das beim Träger der Rentenversicherung versicherte Absinken seiner Leistungsfähigkeit schließe ihn in diesem Falle vom Arbeitsmarkt schlechthin aus" (ADAMI 1989:66).

Mit dieser Risikoabgrenzung sind für eine Vielzahl von Rentenantragstellern, insbesondere für ältere, gering qualifizierte und gesundheitlich Leistungsgeminderte zentrale Probleme der Bewältigung der Lebenslage verbunden, die sozialpolitischen Handlungsbedarf sichtbar machen und die Frage der Nahtlosigkeit bzw. der Abgrenzung dieser Risiken erneut aufwerfen.

V. FALLDARSTELLUNGEN ZU RENTENANTRÄGEN WEGEN FRÜHINVALIDITÄT

Wie schon im Vorwort zu unserer Gesamtdarstellung hingewiesen wurde, bestand das Ziel des Forschungsprojekts darin, Entwicklungsprozesse im Vorfeld einer Frühberentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zu ermitteln und dabei mögliche Ursachen und Motive für eine diesbezügliche Rentenantragstellung herauszustellen. Auf der Grundlage der für die Bearbeitung des Projekts zur Verfügung stehenden Kapazitäten war die Möglichkeit der Durchführung einer repräsentativen Befragung von Frühinvaliditätsrentnern von vornherein ausgeschlossen. Wir haben uns aus diesem Grund bei der Vorgehensweise für einen Methodenmix entschieden. Dabei sollten die zur Thematik seitens der Versicherungsträger vorliegenden prozeß-produzierten Daten einer sekundäranalytischen Auswertung unterzogen werden. Dieses hochaggregierte Datenmaterial sollte wiederum mit Ergebnissen aus leitfadenorientierten Experteninterviews ergänzt werden. Da die Durchführung derartiger Expertengespräche schon in der Vorlaufphase mit erheblichen organisatorischen und inhaltlichen Problemen verbunden war, wurde nach einem anderen Weg der Informations- und Datenbeschaffung gesucht. Dieser Weg öffnete sich durch den Kontakt zu einem Sozialgericht, das uns die Einsichtnahme und Auswertung von Gerichtsakten zu Streitfällen um die Anerkennung einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente gewährte. Damit war die Möglichkeit einer auf Einzelfälle bezogenen "Typologisierung" von Frühinvalidisierungsprozessen im Sinne von Statuspassagen des Übergangs in den vorzeitigen Ruhestand gegeben.

Unsere Forschungshypothese lautet:

Der Frühinvalidisierungsprozeß stellt eine besondere soziale Problemlage der Betroffenen dar, die von verschiedenen negativen Einflußfaktoren gleichzeitig bestimmt ist. Durch die Ausrichtung des Systems der Sozialen Sicherung auf die getrennte Absicherung und das Auffangen von Einzelrisiken, wie z.B. Krankheit, Arbeitslosigkeit oder Alter, kann es einer notwendigen "ganzheitlichen Betrachtungsweise" der sozialen Lebenslage im Falle von Frühinvalidität nicht in allen Fällen gerecht werden.

5.1 Beschreibung der Datenlage und methodische Grenzen

Für die Beschreibung der uns zur Verfügung stehenden Datenlage muß zunächst die Frage der Repräsentativität der Daten geklärt werden. Gerichtsakten eines einzelnen Sozialgerichts bieten keine verwertbare Datenbasis für eine repräsentative Untersuchung. Das "Erstreiten" einer Rente wegen Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit gegenüber den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung ist eher als Ausnahme innerhalb des Berentungsgeschehens zu sehen. Die diesbezügliche Tätigkeit der Sozialgerichte ist mit dem untersten Ende eines breiten Trichters vergleichbar. Eindeutige Fälle werden zwischen den Versicherten und den Versicherungsträgern gelöst, nicht eindeutige Fälle werden z.B. durch Rentenberatung (Auskunfts- und Beratungsstellen der Versicherungsträger oder Versichertenälteste) gefiltert.

Im Bereich der Arbeiter- und Angestelltenversicherung werden vor den Sozialgerichten überwiegend drei Problemkonstellationen behandelt:

- Der Antrag eines Versicherten auf Rente ist vom Versicherungsträger abgelehnt worden; der Versicherte erhebt Klage.
- Strittig sind die Anerkennung von Ausfalls- bzw. Beitragszeiten des Versicherten.
- Strittig ist die Anerkennung des Zeitpunkts des Eintritts des Versicherungsfalles.

Der Anteil derjenigen Rentenverfahren, die von der Sozialgerichtsbarkeit entschieden werden, läßt sich nur sehr grob auf der Grundlage von Makrodaten schätzen. Im Jahr 1990 waren rund 193000 Klageverfahren vor den Sozialgerichten anhängig. Davon betrafen etwa 63000 Verfahren Angelegenheiten der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (vgl. BUNDESARBEITSBLATT 1991: Tab. 261). Setzt man diese Zahl ins Verhältnis zu den im Durchschnitt von 1988 bis 1990 der Rentenversicherung zugegangenen Frührenten in der ARV und ANV, ergibt sich ein Wert von knapp 9 v.H., wobei der wirkliche Wert vermutlich geringer anzusetzen ist. Daß es sich hierbei nur um eine vage Schätzung handeln kann, ergibt sich allein schon daraus, daß hier zwei qualitativ unterschiedliche Sachverhalte in Relation gesetzt werden.

Die anhängigen Klageverfahren in Angelegenheiten der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten betreffen nicht nur Fälle von Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit. Dar-

über hinaus ist zu bedenken, daß nicht alle Streitverfahren zu einer Rentenbewilligung führen. Das Sozialgericht stellt auch nur die erste Instanz der Gerichtsbarkeit dar, wobei die Verfahrensdauer häufig längere Zeiträume in Anspruch nehmen kann.

Durch die Beschränkung auf die Fälle eines einzigen Sozialgerichts wird ein Anspruch auf Repräsentativität zusätzlich prinzipiell beschränkt. Die Anzahl und die Art der Fälle, die vor einem Sozialgericht verhandelt werden, sind stark von strukturellen und regionalen Einflußfaktoren bestimmt, je nachdem z.B. der Zuständigkeitsbereich des Sozialgerichts eher ländliche Strukturen oder industrielle Ballungsgebiete einschließt. Die vor den Sozialgerichten verhandelten Berentungsfälle stellen somit eine bestimmte Selektion (bias) dar.

Eine zweite Selektion besteht in der Begrenzung der Aktenauswahl auf Fälle eines einzelnen Sozialgerichts. Die der Untersuchung zugrundeliegenden Gerichtsakten des Sozialgerichts Wiesbaden können nur als Einzelfälle qualitativ analysiert werden. Ein Anspruch auf Repräsentativität wird nicht gestellt. Eine Vergleichbarkeit zu anderen Sozialgerichten wird in dieser Arbeit nicht hergestellt.

Neben der Frage der Repräsentativität ist das Problem der Zugänglichkeit der Daten bei der Untersuchung von Bedeutung. Auch hieraus ergeben sich wichtige Einschränkungen. Eine für unsere Fragestellung auswertbare Gerichtsakte eines BU/EU-Streitfalles setzt sich aus drei Bestandteilen zusammen, der Verwaltungsakte, der Gerichtsakte und der medizinischen Beiakte. Die Einsichtnahme und die Auswertung der in diesen Akten enthaltenen geschützten Daten setzt voraus

1. die schriftliche Einverständniserklärung des betreffenden Versicherten;
2. die schriftliche Einverständniserklärung des Versicherten ist wiederum Voraussetzung für die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers, in die Verwaltungsakte Einsicht nehmen zu dürfen;
3. schließlich bedarf die Einsichtnahme und Auswertung der sozialmedizinischen Gutachten (medizinische Beiakte) nochmals einer gesonderten schriftlichen Genehmigung der jeweiligen ärztlichen Gutachter.

Da die Erfüllung dieser Voraussetzungen allein schon aus zeitlichen Gründen im Rahmen des Projekts nicht möglich war, mußten wir uns für die Auswertung auf die Informationen beschränken, die im jeweiligen Urteil des Sozialgerichts aufgeführt sind. Ein diesbezügliches Urteil umfaßt je Fall ca. 9 bis 25 Seiten. Der Aufbau und die Inhalte des Dokuments sind hochgradig standardisiert. Die Urteile enthalten folgende Informationen:

1. Tatbestand ("die Beteiligten streiten um die Gewährung von Versichertenrente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit")
2. Geburtsdatum bzw. Alter des Versicherten
3. Beschäftigungsverläufe:
 - a) berufliche Ausbildung
 - b) versicherungspflichtige Beschäftigung
 - c) Beginn der Arbeitsunfähigkeit
 - d) arbeitslos seit...
4. Diagnosebericht des Sozialärztlichen Dienstes (SÄD) des Versicherungsträgers (Beklagte)
5. Ausführungen über das Leistungsvermögen
6. Begründung und Antrag der Kläger
7. Antrag der Beklagten (meist unter Berufung auf den Untersuchungsbefund des SÄD)
8. Entscheidungsgründe (Klage ist zulässig, Klage ist begründet (§§ 87, 91 SGG))
9. Rechtliche Voraussetzungen für BU/EU allgemein sowie auf den Versicherten bezogen
10. Charakterisierung der verbliebenen Leistungsfähigkeit nach den Kriterien
 - zeitliche Einsatzfähigkeit
 - Verweisbarkeit auf bestimmte Tätigkeiten
 - Zumutbarkeit des Weges zur Arbeit
11. Die Entscheidung über die Kostenträgerschaft
12. Rechtsmittelbelehrung (Berufungsmöglichkeit innerhalb eines Monats).

Das Urteil des Sozialgerichts stellt entweder den Schlußpunkt eines Rentenantragsverfahrens dar oder, im Fall der Widerklage, eine Zwischenstation vor den übergeordneten Instanzen der Sozialgerichtsbarkeit. Die Beschränkung auf das Urteil im Rahmen eines Rentenantragsverfahrens hat allerdings auch Vorteile hinsichtlich der Überprüfbarkeit unserer Aussagen. So dürfte es nach unseren Erfahrungen dem interessierten Forscher nicht schwer fallen, nach Absprache mit den zuständigen Stellen sich bei anderen Sozialgerichten Zugang zu derartigen Urteilen in anonymisierter Form zu verschaffen.

5.2 Auswahl der Urteile und Methode

Die Grundlage für die Auswahl stellten ca. 300 Urteile zur Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit dar, die im Zeitraum von 1982 bis 1989 vom Sozialgericht Wiesbaden gefällt worden sind. Nach eingehender Beratung und Diskussion mit der damaligen Direktorin und den für die Urteile zuständigen Sozialrichtern wurden insgesamt 24 Urteile gezielt ausgewählt, die sowohl Besonderheiten als auch Gemeinsamkeiten im Sinne verallgemeinerbarer Problemkonstellationen der Frühinvaliditätsproblematik aufweisen.

Die Verwendung des methodischen Instruments der Dokumenten- bzw. Aktenanalyse ist in der sozialwissenschaftlichen empirischen Forschung ein übliches und häufig verwendetes Verfahren (vgl. z.B. BICK/MÜLLER/REINKE 1979). Eine ausführliche Darstellung dieser Methode findet sich u.a. bei GERTH (1975). Über die Möglichkeit der Aktenanalyse als einer Methode der Sozialarbeitsforschung und die Voraussetzungen der Auswertung von Verwaltungsakten berichtet LUKAS (1978). Auch bei den Daten, die in einer Verwaltungs- oder Gerichtsakte enthalten sind, handelt es sich um prozeßproduzierte Daten, die im Verwaltungs- bzw. Verfahrensablauf anfallen und auf bestimmte verwaltungstechnische Zwecke und Ziele ausgerichtet sind.

Der Inhalt der Urteilsakten bezieht sich ausschließlich auf rentenrelevante Sachverhalte. Informationen über die Problemsituation der betreffenden Personen sind nur partiell enthalten. Die Darstellung erfolgt unserer Fragestellung gemäß selektiv. Bei der Darlegung der jeweiligen Fälle werden weitestgehend die Formulierungen aus dem Urteil verwendet. Die Weglassung einzelner Passagen bzw. die Zusammenfassung von längeren Ausführungen sind nicht weiter gekennzeichnet. Dies gilt auch für Verweise auf andere Urteile oder gesetzliche Regelungen im Rahmen der richterlichen Argumentationen. Ebenso wird an den Formulierungen der zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidungen geltenden Paragraphen der Reichsversicherungsordnung (RVO) festgehalten. Da es sich bei unserer Fragestellung nicht um eine detaillierte juristische Auseinandersetzung mit der jeweiligen Rechtsauffassung handelt, erschien diese Vorgehensweise angebracht.

Bevor die einzelnen Fallbeispiele dargestellt und diskutiert werden, ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß die Urteile lediglich zur Illustration der Problemlage im Zusammenhang mit der Frühinvaliditätsproblematik und der genannten Forschungsfrage dienen. Hierbei handelt es sich um eine ausschließlich sozialwissenschaftliche Fragestellung. Eine Wertung oder gar Bewertung der dargestellten Urteile liegt außerhalb sozialwissenschaftlicher Kompetenz.

Dies gilt auch für die Einschätzung der in den Urteilen aufgeführten medizinischen Diagnosenstellungen. Hier werden häufig Krankheitsbefunde im Zusammenhang mit der Bezeichnung eines Syndroms beschrieben (gemäß PSCHYREMBEL KLINISCHES WÖRTERBUCH 1990 ist dies als Symptomenkomplex bzw. als Gruppe von gleichzeitig zusammen auftretenden Krankheitszeichen zu übersetzen). Eher unspezifisch erscheinen ebenso im Rahmen der Begutachtung vorkommende Bezeichnungen wie "vegetative Übererregbarkeit" oder "depressive Stimmungslage". Eine Kritik an dieser Begrifflichkeit ist auch hier nicht angebracht, da die Einsichtnahme in die ausführliche medizinische Beilakte nicht möglich war.

5.3 Fallbeispiele

5.3.1 Streitfälle zur Rente wegen Berufsunfähigkeit

Fallbeispiel I

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Jahr 1985 ist der Kläger fast 50 Jahre alt. Er hat von 1953 - 1956 den Beruf eines Elektroinstallateurs erlernt und 1956 die Prüfung abgeschlossen. Bis 1974 hat er im erlernten Beruf gearbeitet.

In der Silvesternacht zum 1. Januar 1974 erlitt er bei einer Feuerwerkskörperexplosion Verletzungen an den Händen (mit Finger- und Mittelhandverlusten) sowie an den Ohren. Nach einer chirurgischen Behandlung der Handverletzungen wurde später eine Innenohrschwerhörigkeit infolge eines Knalltraumas festgestellt. Bis März 1975 war der Kläger arbeitsunfähig erkrankt und bezog Krankengeld. Ab März 1975 nahm er an einer von der Landesversicherungsanstalt (LVA) Hessen bewilligten beruflichen Rehabilitationsmaßnahme zur Umschulung zum Bürokaufmann teil (geplante Dauer der Maßnahme 24 Monate). Ein vorzeitiger Versuch im September 1976 die Prüfung abzulegen scheiterte ebenso, wie die auf eigene Initia-

tive versuchte Wiederholungsprüfung Mitte Juli 1978. Im Rahmen der Rehamaßnahme erhielt der Kläger bis September 1976 Übergangsgeld. Seitdem ist er arbeitslos und war zunächst arbeitssuchend gemeldet. Inzwischen lebt er mit seiner Familie von der Sozialhilfe.

Im Mai 1981 ergab eine arbeitsamtsärztliche Untersuchung, daß dem Kläger noch leichte körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zugemutet werden können. Im Februar 1982 stellte der Kläger einen Rentenantrag wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit. Der Sozialärztliche Dienst der LVA Hessen diagnostizierte im März 1982 beim Kläger:

1. Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäulensyndrom bei beginnender degenerativer Verschleißerkrankung (Spondylose, Osteochondrose), mit Reizung der Schultergelenkmanschette rechts, ohne wesentliche neurologische Ausfälle
2. Funktionsminderung beider Hände links mehr als rechts nach Verlust der Finger 1 und 3 links sowie des Mittelhandstrahles 1 und 2 links und des rechten Daumengliedes (Knallkörperverletzung 1974)
3. Leberzellschaden geringen Grades mit Fettstoffwechselstörung
4. Diabetes mellitus
5. Schwerhörigkeit links mehr als rechts (Hochtonschallempfindungsstörung)
6. Sehschwäche links mehr als rechts mit Einschränkung des räumlichen Sehens.

Nach der Beurteilung des Arztes war der Kläger nicht mehr fähig, in seinem erlernten Beruf als Elektroinstallateur tätig zu sein. Zusammenfassend hielt er ihn aber noch für fähig, leichte körperliche Tätigkeiten, auch verbunden mit Schreibarbeiten, im Sitzen, Gehen und Stehen vollschichtig zu verrichten, ohne Forderung an die Haltefunktion der linken Hand und ohne Anforderungen an das räumliche Sehvermögen sowie an das Hörvermögen. Ausgeschlossen sein sollten auch Über-Kopfarbeiten und häufiges Bücken. Als Bürokaufmann nach Umschulung und als Pförtner und Bote hielt der Arzt den Kläger für einsetzbar.

Unter Berufung auf diese Diagnose lehnte die LVA Hessen den Rentenantrag mit der Begründung ab, daß dem Kläger noch leichte Arbeiten mit Einschränkungen z.B. als Pförtner oder Bote vollschichtig zugemutet werden könnten. Gegen diesen ablehnenden Bescheid hat der Versicherte beim Sozialgericht im September 1982 geklagt mit dem Hinweis, daß er zu keinerlei Berufstätigkeit mehr in der Lage sei.

In der Entscheidung des Sozialgerichts wird betont, daß im Falle von Berufsunfähigkeit nach § 1246 Abs. 2 RVO ein Versicherter grundsätzlich nur auf solche Tätigkeiten verwiesen werden kann, für die er mit Erfolg umge-

schult werden kann. Dies ist im vorliegenden Beispiel nicht der Fall. Nach dem geltenden Stufenschema ist bei dem Kläger von dem Leitberuf des Facharbeiters mit abgeschlossener, anerkannter Ausbildung auszugehen. Er ist demnach grundsätzlich nur auf sonstige Ausbildungsberufe verweisbar. Ausnahmsweise können ihm einfache ungelernte Tätigkeiten zugemutet werden, allerdings nur dann, wenn diese durch benannte, qualifizierte Tätigkeitsmerkmale aus der Gruppe der übrigen ungelernten Tätigkeiten herausgehoben sind.

Aufgrund des vorliegenden Leistungsvermögens des Klägers kommt er für qualifiziertere Bürotätigkeiten nicht mehr in Betracht. Dabei wird die Frage, inwieweit eine solche Tätigkeit wegen ihrer geringen tarifvertraglichen Eingruppierung (BAT IX) dem Kläger überhaupt sozial zumutbar sind, nicht näher erörtert.

Auch eine Verweisung auf eine sogenannte "gehobene" Pförtnertätigkeit (Tätigkeitsmerkmale: regelmäßige Vermittlung von Ferngesprächen (auch ins Ausland), Abwicklung eines größeren Besucherverkehrs mit der Zuteilung zu Fachabteilungen einer Behörde oder sonstigen Institutionen) entfällt, da derartige Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt nicht in nennenswertem Umfang vorhanden sind. Andere in ausreichender Zahl vorhandene Pförtnerstellen, erfüllen die zusätzlichen Merkmale wiederum nicht, weshalb der Kläger hierauf auch nicht verweisbar ist. Nach dem Urteil des Sozialgerichts ist der Kläger somit als berufsunfähig anzusehen.

Fallbeispiel II

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung 1987 ist der Kläger 56 Jahre alt. Von 1945 bis 1948 hat er eine Lehre als Gärtner durchlaufen und mit der Gärtnergehilfenprüfung abgeschlossen. Er war danach als Bauhilfsarbeiter, Verputzer und - von 1963 bis 1970 - bei der Deutschen Bundesbahn als Schweißer beschäftigt. Seit 1. April 1970 ist er im erlernten Beruf als Gärtner beim Gartenamt der Stadt L. tätig. Zuletzt war er Vorarbeiter in der Tarifgruppe I HLT, BMT-G eingruppiert.

Ein erster Rentenantrag im Jahr 1982 wurde abgelehnt. Im Oktober 1984 stellte der Kläger erneut einen diesbezüglichen Antrag. Die daraufhin erfolgte Untersuchung des Sozialärztlichen Dienstes ergab folgende gesundheitliche Einschränkungen des Leistungsvermögens:

1. Fehlhaltung und Verschleißbefunde der Wirbelsäule
2. Beginnende Verschleißbefunde der Hüft- und Kniegelenke;
3. Erhebliches Übergewicht
4. Zustand bei Minderdurchblutung der Herzkranzgefäße
5. Belastungs-Bluthochdruck

6. Zuckerkrankheit
7. Fettstoffwechselstörung
8. Harnsäurestoffwechselstörung
9. Fettleber
10. Zustand nach Achselvenenblutgerinself links
beeinträchtigt.

Nach der Beurteilung des Arztes ist der Kläger zwar nicht mehr in der Lage in seinem hauptsächlich ausgeübten Beruf als Gärtner tätig zu sein. Es sind ihm aber noch leichte Arbeiten - mit Einschränkungen - vollschichtig zumutbar. Unter Verweis auf diesen Befund lehnte die LVA Hessen den Rentenantrag ab mit dem Hinweis, der Kläger sei noch in der Lage, z.B. als Lagerverwalter und Warenprüfer tätig zu sein sowie leichte Gärtnerarbeiten in dem fortbestehenden Beschäftigungsverhältnis zu verrichten. Gegen diesen Bescheid legte der Kläger am 1. April 1985 Widerspruch ein. Dieser wurde am 20. August 1985 abgewiesen mit der Begründung, der Kläger müsse sich auf Tätigkeiten als Lagerverwalter oder Fachverkäufer in Sämereien oder Großhandlungen für Gartenbedarfsartikel verweisen lassen.

Die Klage gegen diesen Bescheid erfolgt am 12. September 1985 beim Sozialgericht Wiesbaden. Von diesem wird Beweis erhoben durch Beiziehung von medizinischen Entlassungs- und Befundberichten über eine Krankenhausbehandlung im Januar 1984, eines Orthopäden vom 9. Dezember 1985, eines Allgemeinmediziners vom 20. Januar 1986 und eines Klinikberichtes mit einer Myocard-Szintigraphie vom 23. Januar 1986. Darüber hinaus wurde ein internistisches Sachverständigengutachten (5. Februar 1986) veranlaßt sowie weiterer Beweis durch Beiziehung eines Entlassungsberichtes einer orthopädischen Klinik (vom 20. Oktober 1986) erhoben. Schließlich wurde berufskundliche Auskunft beim Präsidenten des Landesarbeitsamtes Hessen eingeholt. Hiernach kommen für den Kläger vom Berufsbild des Gärtners ausgehend keine berufsnahen Tätigkeiten mehr in Betracht. Der Kläger könne noch als Mitarbeiter in der Poststelle eines Betriebes oder einer Behörde, als Pflörtner oder Warensortierer tätig sein. Nach den im Verwaltungs- und Klageverfahren durchgeführten ärztlichen Untersuchungen und Begutachtungen ist das Leistungsvermögen des Klägers eingeschränkt durch:

1. Diabetes mellitus
2. eine kleine Infarktnarbe an der Herzspitze und zeitweilige funktionelle Kreislauf labilität
3. Schmerzen der linken vorderen Thoraxpartie und am linken Arm, die wahrscheinlich auf ein dorsales Nervenwurzelreizsyndrom zurückzuführen sind
4. Abgelaufene tiefe Armvenenthrombose links
5. Ausgeprägtes degeneratives Wirbelsäulensyndrom mit deutlichen Funktionseinschränkungen
6. Coxarthrose beiderseits (Hüftgelenksverschleiß).

In der Gesamtwürdigung des vom Sozialgericht bestellten internistischen Gutachtens hält der sozialmedizinische Sachverständige den Kläger zur ganztägigen Verrichtung nur noch leichter körperlicher Arbeiten - mit weiteren Einschränkungen - in der Lage. Tätigkeiten als Gärtner, Lagerverwalter oder Fachverkäufer in Sämereien oder Großhandlungen für Gartenbedarfsartikel kann der Kläger aufgrund des verbliebenen Leistungsvermögens nicht mehr ausüben.

Die Kammer des Sozialgerichts folgt im Ergebnis diesem Gutachten. Danach ist das Leistungsvermögen des Klägers auf weniger als die Hälfte desjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen herabgesunken. Aufgrund seiner Ausbildung (Leitberuf des Facharbeiters mit anerkannter staatlicher Ausbildung) ist der Kläger nur auf andere Facharbeitertätigkeiten verweisbar sowie auf Tätigkeiten in sonstigen Ausbildungsberufen. Ausnahme kommt eine Verweisung auf ungelernete Tätigkeiten in Betracht, allerdings nur dann, wenn diese durch qualifizierende (auch tarifvertraglich benannte) Merkmale aus dem Kreis der einfachsten, ungelerneten Tätigkeiten herausgehoben sind.

Nach den Untersuchungen des Sozialärztlichen Dienstes der LVA Hessen steht fest, daß der Kläger eine Berufstätigkeit als Gärtner nicht mehr verrichten kann. Nach Auskunft des Landesarbeitsamtes scheiden berufsnahe Tätigkeiten aus. Die von der LVA Hessen genannten Tätigkeiten als Lagerverwalter oder Fachverkäufer in Sämereien bzw. Großhandlungen für Gartenbedarfsartikel kann der Kläger aus gesundheitlichen Gründen (gemäß dem internistischen Gutachten) nicht mehr verrichten. Die vom Landesarbeitsamt vorgeschlagenen Verrichtungen als Mitarbeiter in der Poststelle eines Betriebes oder einer Behörde, als Pfortner und/oder Warensortierer stellen einfachste ungelernete Tätigkeiten dar, die dem Kläger als qualifizierten Facharbeiter nicht zumutbar sind. Nach dem Urteil des Sozialgerichts ist der Kläger somit als berufsunfähig anzusehen.

Fallbeispiel III

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Jahr 1988 ist der Kläger 54 Jahre alt. Er hat eine Ausbildung als Schuhmacher erhalten und im Jahr 1952 die Prüfung abgelegt. Im erlernten Beruf arbeitete er bis 1973. Danach war er bis Juli 1978 abwechselnd als Bauhelfer, Maurer, Fabrikarbeiter, Fliesenleger und Maschinist tätig. Ab August 1978 war er zunächst arbeitsunfähig erkrankt und von 1980 bis 1983 arbeitslos. Ein erster Rentenantrag im August 1980 wurde abgewiesen. Der Widerspruch blieb erfolglos, nachdem im Widerspruchsverfahren ein orthopädisches Gutachten eingeholt worden war. Die hierzu

erhobene Klage beim Sozialgericht nahm der Kläger zum Termin am 9. August 1983 zurück.

Ab September 1983 war der Kläger bei einer Schnellsohlfirma in verschiedenen Warenhäusern im Raum Frankfurt/M tätig. Diese Firma ist in der Handwerksrolle eingetragen und beschäftigt dementsprechend auch Schuhmachermeister. Im übrigen werden gelernte Schuhmacher und Anlernkräfte beschäftigt. Nach Angaben dieser Firma dauert ein solcher Anlernprozeß ca. 6 Monate. Nach Angaben des Klägers wurde dieser nur kurz eingearbeitet, wobei getestet wurde, ob er den erlernten Beruf noch ausüben kann. Mit der Firma wurde ein Stundenlohn von DM 10,50 vereinbart, der im Sommer 1987 auf DM 11,50 angehoben wurde. Hinzu kamen Prämien, mit denen der Kläger sein Einkommen bis zu einer Höhe von ca. DM 13,50 je Stunde erhöhen konnte. Anfangs arbeitete der Kläger als Aushilfe 25 Stunden je Woche, danach länger, um sein Einkommen zu erhöhen. Am 8. Januar 1988 wurde ihm gekündigt.

Der im Januar 1986 gestellte zweite Rentenantrag wurde mit Bescheid vom Mai 1986 mit der Begründung abgelehnt, die Erwerbsfähigkeit des Klägers sei zwar durch anlagebedingte umformende Veränderungen der Kniegelenke, Umbau- und Verschleißveränderungen der Wirbelsäule sowie degenerative Veränderungen am rechten Ellenbogen eingeschränkt, der Kläger könne aber die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (hier noch bezogen auf die vom Kläger ausgeübte Wochenarbeitszeit von 25 Stunden) fortführen.

Demgegenüber macht der Kläger mit Klage vom Juni 1986 geltend, daß er den erlernten und zuletzt ausgeübten Facharbeiterberuf nicht weiter verrichten und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt allenfalls halbschichtige Tätigkeiten im Sitzen und ohne körperliche Beanspruchung ausüben kann.

Von der Kammer des Sozialgerichts wird Beweis erhoben durch Beiziehung ärztlicher Befund- und Entlassungsberichte. Ebenso wird ein orthopädisches Sachverständigen-Gutachten angefordert. Danach wird der Kläger für fähig gehalten, ohne die Gefahr einer Gesundheitsschädigung Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ganztätig auszuführen. Diese Tätigkeiten sollen im Sitzen und Umhergehen, nicht im Stehen, ohne Zwangshaltungen, ohne Heben und Tragen von schweren Gegenständen und ohne häufiges Bücken sowie in warmen Räumen ausgeübt werden können. Beschäftigungen auf Leitern und Gerüsten werden durch das Gutachten ausgeschlossen.

Darüber hinaus wurde sowohl Arbeitgeberauskunft als auch berufskundliche Auskunft beim Landesarbeitsamt eingeholt. In dessen Stellungnahme (vom Mai 1987) wird ausgeführt, daß der Kläger den erlernten Beruf eines Schuhmachers aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben könne, weil diese Tätigkeit heutzutage überwie-

gend im Stehen verrichtet wird. Als mögliche Verweigerungstätigkeiten werden Beschäftigungen als Montierer in der Metall- oder Elektrogeräteindustrie, als Waren- aufmacher/ Versandfertigtmacher und als Kontrolleur, Warenprüfer, Endproduktprüfer in der Metallwaren- oder Elektroindustrie vorgeschlagen.

Nach den im Verwaltungsverfahren und Gerichtsverfahren durchgeführten ärztlichen Untersuchungen und Begutachtungen ist das Leistungsvermögen des Klägers vor allem eingeschränkt durch:

1. Epicondylitis humeri lateralis und medialis beiderseits (Entzündung der Oberarmknochenenden)
2. Drehskoliose (Verbiegung der Wirbelsäule)
3. Generalisierte Spondylosis deformans (Verschleiß der Wirbelkörper) der Brustwirbelsäule
4. Lumbalsyndrom bei Spondylarthrosis deformans (Gelenkerkrankung) der unteren Lendenwirbelsäule
5. Leichte Gonarthrosis (Knien Gelenkserkrankung) beiderseits.

Mit dieser Leistungseinschränkung wird der Kläger für nicht mehr in der Lage befunden eine Tätigkeit als Schuhmacher auszuüben, ohne seine Gesundheit weiter zu gefährden. Der Schwerpunkt der Tätigkeiten eines Schuhmachers liegt heute bei Verrichtungen, die im Stehen an laufenden Maschinen ausgeübt werden. Für diese Tätigkeiten ist der Kläger nach dem orthopädischen Sachverständigen-Gutachten nicht mehr geeignet. Wenn die tatsächliche Beschäftigungslage für gelernte Schumacher heute dazu geführt hat, daß Schuhreparaturen im wesentlichen an laufenden Maschinen durchgeführt werden (und beispielsweise nur noch selten schwierige Näharbeiten oder gar Maßanfertigung von Schuhen anfallen), so kann dies als Folge technisch-ökonomischer Entwicklung und damit einhergehender Entqualifizierung der Arbeitskraft nicht zu Lasten der Versicherten gehen.

Das Sozialgericht erkennt die Facharbeiterschaft des Versicherten darüber hinaus auch dahingehend an, daß der Kläger bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ein Entgelt erhalten hat, das dem für Schuhmachergesellen nach dem Lohntarifvertrag für das Schuhmacherhandwerk aus dem Jahr 1983 nahezu entspricht. Da eine tatsächliche Eingruppierung in Ermangelung einer Tarifbindung des Arbeitgebers beim Kläger nicht in Betracht kommt, ist der tarifüblichen Entlohnung die Indizwirkung beizumessen, die in der Rechtsprechung der Sozialgerichte üblicherweise der tariflichen Eingruppierung zugeschrieben wird.

Aufgrund der Facharbeiterschaft des Klägers sind ihm die vom Landesarbeitsamt vorgeschlagenen Tätigkeiten nicht zumutbar, da diese nicht durch qualitative Merkmale aus der Gruppe der einfachsten ungelernten Tätig-

keiten herausragen. Dem Kläger wird die Berufsunfähigkeit zuerkannt.

Fallbeispiel IV

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung ist der Kläger 54 Jahre alt. Er hat von 1945 bis 1947 den Beruf eines Zimmermanns erlernt, ohne eine erfolgreiche Gesellenprüfung belegen zu können. Danach war er bis 1981 bei verschiedenen Arbeitgebern fast ausschließlich als Zimmermann tätig. Im letzten Beschäftigungsverhältnis von September 1978 bis Oktober 1981 war der Kläger als Zimmerer-Vorarbeiter tätig und in die Gruppe 2 des Bundesrahmenvertrages für die gewerblichen Arbeitnehmer des Baugewerbes eingruppiert. Er arbeitete in der Gruppe eines Werkpoliers und übernahm bei dessen Abwesenheit die Vertretung. Seit Mitte der 50er und vermehrt seit Mitte der 60er Jahre litt der Kläger unter Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule. Diese Beschwerden verstärkten sich 1981 erneut; Kniegelenksbeschwerden traten hinzu. Ab September 1981 bis zum März 1983 war der Kläger arbeitsunfähig erkrankt. Ab dem 7. März bezog er Arbeitslosengeld. Seither lebt er nach seinen Angaben von Arbeitslosenhilfe in Höhe von zuletzt rund DM 800.- monatlich.

Aus einem stationären Heilverfahren im März und April 1981 wurde er als weiterhin arbeitsunfähig entlassen. Eine arbeitsamtsärztliche Untersuchung im Mai 1982 ergab, daß der Kläger noch für leichte körperliche Arbeiten im Sitzen vollschichtig einsatzfähig sei, unter Ausschluß ungünstiger Körperhaltungen, schweren Hebens und der Exposition von Nässe und Witterungseinflüssen. Der Antrag auf eine berufliche Rehabilitationsmaßnahme wurde daraufhin abgelehnt. Eine Renten Antragstellung auf BU/EU erfolgte am 15. Juni 1982.

Diese wurde im Oktober 1982 abgelehnt. Der Sozialärztliche Dienst diagnostizierte beim Kläger eine ausgeprägte Coxarthrose rechts sowie Verschleißerscheinungen der Hals- und der Brustwirbelsäule. Der Kläger ist zwar nicht mehr in der Lage als Zimmermann zu arbeiten, wohl aber in der Lage körperlich leichte Arbeiten im Sitzen vollschichtig zu verrichten, ohne Klettern, Steigen, Absturzgefahr, Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sowie unter Ausschluß einer Exposition von Kälte und Nässe.

Auf den hiergegen erhobenen Widerspruch des Klägers wurde vom Rentenversicherungsträger eine erneute fachorthopädische Begutachtung veranlaßt. Dieses Gutachten enthielt keine Äußerungen zum Leistungsvermögen des Klägers. Der Widerspruch wurde am 18. November 1983 abgelehnt.

Die Klage erfolgte am 19. Dezember 1983. Während des Klageverfahrens befand sich der Kläger von Juni bis Juli 1984 in stationärer Behandlung in einer Orthopädischen Klinik. Im Anschluß daran erfolgte eine weitere arbeitsamtsärztliche Untersuchung. Nach dem Arztbericht wurde der Kläger für nur mehr halb- bis untervollschichtig (täglich 6 Stunden) für leichte körperliche Arbeiten im Sitzen für fähig befunden. Auszuschließen waren danach Arbeiten unter Zeitdruck, in Nässe, Kälte, Zugluft und bei Temperaturschwankungen sowie Hitze. Dem Kläger war ein Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ein Arbeiten unter Verletzungsgefahr mit häufigem Bücken und in Zwangshaltungen nicht mehr zumutbar.

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigen-Gutachtens beim Arzt der Orthopädischen Klinik. Im Ergebnis hielt dieser den Kläger ohne die Gefahr einer Gesundheitsschädigung eine leichte bis mittelschwere Arbeit halb- bis untervollschichtig (d.h. bis zu 6 Stunden täglich) noch für zumutbar. Zu vermeiden seien Arbeiten im Akkord, Über-Kopf, im Knien, auf Leitern und Gerüsten sowie ein häufiges Bücken und ein Arbeiten mit Verletzungsgefahr an Maschinen. Vermieden werden sollte auch die Exposition von Hitze, Kälte und Zugluft sowie das Heben und Tragen schwerer Lasten.

Der Sachverständige hat diese Beurteilung des Gesundheitszustandes auf den Juni 1982 datiert. Die Kammer des Sozialgerichts stützt sich bei ihrer Entscheidung auf dieses Gutachten. Von allen den Kläger in den letzten 3 Jahren behandelnden und begutachtenden Ärzten hat der Sachverständige insgesamt am ausführlichsten (und zeitlich längstens) Gelegenheit gehabt, den Kläger zu beobachten und zu untersuchen.

Der Einwand des Rentenversicherungsträgers (Beklagte), daß ein untervollschichtiges Einsatzvermögen für mittelschwere Arbeiten zur Folge haben müsse, daß leichte Arbeiten vollschichtig verrichtet werden können, greift nach Überzeugung der Kammer nicht durch. Eine solche Argumentation liefe darauf hinaus, die Leistungsbewertung in eine Rechenformel umzuwandeln.

Im Urteil der Kammer des Sozialgerichts ist beim Kläger die Tätigkeit als Bau-Vorarbeiter (Berufsgruppe II des Anhangs zum BRTV Bau) als Ausgangsberuf festzulegen. Unerheblich ist, daß er einen Gesellenbrief für die Zimmermannsausbildung nicht vorlegen kann. Eine formale Berufsausbildung bezeichnet auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ausschließlich den Weg, auf dem Fertigkeiten und Wissen erworben werden können. Der Kläger hat die entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten durch seine langjährige berufliche Tätigkeit erworben, was durch seine tarifliche Einstufung dokumentiert wird. Er ist danach in die Gruppe der besonders qualifizierten Facharbeiter einzuordnen und dem-

nach lediglich auf andere Facharbeitertätigkeiten verweisbar.

Im Stufenschema der Bundesrahmentarifvertrages, in dem eine hierarchische Stufung der Tätigkeiten differenziert formuliert ist, kann der Kläger allenfalls auf die Berufsgruppe V (Baufacharbeiter) verwiesen werden. Die von der Beklagten im Widerspruchsverfahren genannten Verweisungstätigkeiten (Kontrollleur, Warenprüfer oder Endprodukteprüfer in der Holzwarenindustrie und Holzgerätefertigung) sind dem Kläger nicht zumutbar. Die in der Gruppe V des BRTV genannten Tätigkeiten (z.B. Baustellenmagaziner) kann der Kläger aber aus gesundheitlichen Gründen nicht ausführen.

Der Kläger ist als berufsunfähig anzusehen; der Versicherungsfall ist am 1. Juli 1982 eingetreten. Der Kläger hat Anspruch auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, dies allerdings nur auf Zeit, da er nach sechs Jahren, vom Eintritt des Versicherungsfalles an, das 60. Lebensjahr nicht vollendet haben wird (vgl § 1276 Abs. 3 RVO).

Diskussion:

Es wurden vier Fallbeispiele für die Beurteilung des Anspruchs auf Rente wegen Berufsunfähigkeit dargestellt. In allen Fällen hat in erster Linie der erlernte Beruf den Ausschlag für die Rentenbewilligung gegeben. Die Erwerbsunfähigkeit wird (mit Ausnahme im Fallbeispiel IV - EU-Rente auf Zeit) ausgeschlossen, da die Betroffenen - wenn auch mit Einschränkungen - auf dem Arbeitsmarkt vollschichtig einsatzfähig sind. Je nach Einzelfall werden sehr unterschiedliche Konstellationen des Frühinvalidisierungsprozesses deutlich.

Im Fall I hat der Kläger 21 Jahre lang bis zu seinem vierzigsten Lebensjahr den Beruf eines Elektroinstallateurs gelernt und ausgeübt. Infolge seiner erlittenen Verletzungen im Januar 1974 war er rund 1 1/4 Jahr arbeitsunfähig erkrankt und bezog Krankengeld. Im Rahmen der daran anschließenden beruflichen Rehabilitationsmaßnahme bezog er rund 1 1/2 Jahre Übergangsgeld. Die Umschulungsmaßnahme auf einen anderen Beruf scheiterte. Seit September 1976 bis zur Rentenanspruchstellung im Jahr 1982 bezog der Betroffene Arbeitslosengeld und später Sozialhilfe. Zum Zeitpunkt der Rentenanspruchstellung ist er etwa 47 Jahre alt. Der Rentenanspruch wird abgelehnt. Nach weiteren drei Jahren des Klageverfahrens wird im November 1985 die Berufsunfähigkeit anerkannt. Die Rente ist ab März 1982 zu zahlen. Das Beson-

dere an diesem Fall ist, daß die Minderung der Leistungsfähigkeit durch ein plötzliches Ereignis eingetreten ist. Die Problemlage des Betroffenen ist seit seinen erlittenen Verletzungen durch einen insgesamt elf Jahre dauernden erheblichen sozialen Abstieg gekennzeichnet. Dieser Umstand ist sowohl für den Rentenversicherungsträger als auch für die Rechtsprechung unerheblich. Dies gilt auch hinsichtlich der Bewertung der Eigeninitiative des Betroffenen zu einer Wiederholungsprüfung der Umschulungsmaßnahme. Trotz der fast neun Jahre andauernden Arbeitslosigkeit erscheint der Kläger vollschichtig auf den Arbeitsmarkt verweisbar. Aus der Sicht der Rentenversicherungsträger handelt es sich demnach um ein reines Arbeitsmarktrisiko. Entscheidend für die Berufsunfähigkeit ist nur das Kriterium der Zumutbarkeit.

Im zweiten Fallbeispiel steht der Betroffene noch in einem Beschäftigungsverhältnis. Nach Abschluß der Berufsausbildung als Gärtnergehilfe hat er rund 22 Jahre berufsfremde un- und angelernten Tätigkeiten ausgeübt. Erst ab seinem vierzigsten Lebensjahr arbeitet er wieder im erlernten Beruf. Im Alter von 51 bzw. 53 Jahren stellt er wiederholt den Rentenantrag. Sowohl die medizinische Begutachtung durch den Sozialmedizinischen Dienst als auch die zusätzlichen im späteren Klageverfahren zum Beweis eingeholten Arztbriefe und das internistische Gutachten belegen, daß er als Gärtner nicht mehr arbeiten kann, aber - mit Einschränkungen - auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig verweisbar ist. Da er aufgrund seines Gesundheitszustandes seinen Beruf nicht mehr ausüben kann, berufsnahe Tätigkeiten nicht vorhanden sind und ihm andere Tätigkeiten nicht zumutbar sind, wird ihm die Berufsunfähigkeit zuerkannt. Dieses Fallbeispiel macht u.a. den Zusammenhang zwischen Arbeits- und Gesundheitsbiographie eines Versicherten deutlich. Dieser hat seinen gelernten Beruf über einen langen Zeitraum nicht ausgeübt und stattdessen überwiegend un- und angelernte Tätigkeiten ausgeführt. Er war dabei deutlich höheren körperlichen Belastungen ausgesetzt, als dies im Falle einer berufsbezogenen Tätigkeit der Fall gewesen wäre. Mit dem vierzigsten Lebensjahr kehrt er in seinen ursprünglichen Beruf zurück und arbeitet darin rund zwölf Jahre. Sein Leistungsvermögen zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung ist vor allem aufgrund von Verschleißerkrankungen erheblich gemindert. Die Möglichkeit, daß derartige Verschleißerscheinungen auf Belastungen zurückzuführen sind, denen der Betroffene zu einer Zeit ausgesetzt war, in

der er als Bauhilfsarbeiter, Verputzer bzw. Schweißer tätig war, hat bei der Rentenanerkennung keinerlei Bedeutung.

Das dritte Fallbeispiel illustriert ebenfalls die Bedeutung der Arbeitsbiographie bei der Anerkennung einer BU-Rente. Auch in diesem Fall besteht zum Zeitpunkt der Klage ein Beschäftigungsverhältnis. Der Kläger hat rund 21 Jahre den von ihm erlernten Beruf eines Schuhmachers ausgeübt. Daran anschließend hat er fünf Jahre lang überwiegend un- und angelernte Tätigkeiten verrichtet. Nach einer etwa zweijährigen Arbeitsunfähigkeitsdauer stellte der Versicherte einen Rentenantrag, der abgelehnt wurde. Er war danach insgesamt drei Jahre arbeitslos. Eine daran anschließende Tätigkeit in seinem erlernten Beruf übte er insgesamt über knapp fünf Jahre hinweg aus. Innerhalb dieser Beschäftigungszeit stellte er nach knapp drei Jahren erneut den Rentenantrag, der im Klageverfahren aufgrund der Facharbeiteranerkennung (unter Berücksichtigung der tariflichen Eingruppierung) schließlich bewilligt wurde. Dieses Fallbeispiel macht das Problem des Strukturwandels beruflicher Tätigkeiten deutlich. Die Veränderung des Anforderungsprofils und die damit einhergehende Entqualifizierung des Berufes, hier eines Schuhmachers, zeigt, daß ein vor dreißig Jahren erlernter Beruf und die damit in Verbindung stehenden Tätigkeitsmerkmale nicht ohne weiteres mit Maßstäben, die hinter derselben Berufsbezeichnung heute stehen, zu messen ist. Im vorliegenden Sozialgerichtsurteil wird dies erkannt und festgestellt, daß dieser Wandel allerdings nicht zu Lasten des Klägers gehen kann.

Im vierten Fallbeispiel wird der Zusammenhang der Arbeits- und Gesundheitsbiographie ebenfalls deutlich. Der Kläger übt fast kontinuierlich rund 42 Jahre lang den Bauberuf eines Zimmermanns aus. Dieser Beruf ist mit hohen körperlichen Anstrengungen und Belastungen verbunden. Die Arbeitsbiographie weist dabei durchaus einen beruflichen Aufstieg aus, obwohl er den ausgeübten und erlernten Beruf nicht mit einer Gesellenprüfung abgeschlossen hat. Im Jahr 1981, der Betroffene ist zu diesem Zeitpunkt etwa 50 Jahre alt, bricht die Arbeitsbiographie ab. Nach einer 1 1/2jährigen Zeit der Arbeitsunfähigkeit bezieht er für ein knappes Jahr Arbeitslosengeld und bis zur Rentenbewilligung Arbeitslosenhilfe.

Seine Gesundheitsbiographie ist durch bereits früh einsetzende Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule und des Bewegungsapparates gekennzeichnet. Bei dem im Jahr 1981 durchgeführten stationären Heilverfahren werden zum Teil erhebliche Verschleißerscheinungen der Hüftgelenke und der Wirbelsäule festgestellt. Im Jahr 1984 wird eine Schultergelenksarthrose diagnostiziert. Allein diese Verschleißerkrankungen führen zu der gesundheitlichen Leistungseinschränkung, die die Berufsunfähigkeit schließlich begründet. Hinsichtlich der Rechtsprechungspraxis macht das Beispiel auch die Bedeutung von Tarifverträgen für die Verweisungsproblematik deutlich. Im Unterschied zu den vorangegangenen Fällen wird aufgrund der zeitlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Klägers auch eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Zeit zuerkannt. Das Fallbeispiel leitet damit über zu dem folgenden Sachverhalt der Renten wegen Erwerbsunfähigkeit.

5.3.2 Streitfälle zur Rente wegen Erwerbsunfähigkeit

Zur besseren Übersicht haben wir versucht, die folgenden Fallbeispiele insgesamt fünf Gruppen zuzuordnen. Wir sind dabei rein pragmatischen Ordnungskriterien gefolgt, wobei teilweise Überschneidungen möglich sind.

Zu einer Gruppe haben wir diejenigen Fälle zusammengefaßt, die sich zum Zeitpunkt der Rentenantragstellung unmittelbar zuvor noch in einem Beschäftigungsverhältnis befanden (Fallbeispiel V und VI). Eine zweite Gruppe bilden Fälle, die bereits aus dem Versicherungssystem gefallen sind und als Sozialhilfeempfänger die EU-Rente beantragen (Fallbeispiel VII und VIII). Die dritte Gruppe umfaßt besondere Berufsgruppen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung keine Versicherungsbeiträge entrichtet haben (Fallbeispiel IX bis XIII). Der weitaus größte Teil unserer Beispiele beschreibt Fälle, die aus teilweise länger andauernder Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit heraus den Rentenantrag gestellt haben. Wir haben diese, je nach medizinischem Befund, zwei Gruppen (internistisch/orthopädisch bzw. psychiatrisch) zugeordnet (Fallbeispiel XIV bis XVII bzw. XVIII bis XXIII). Zum Abschluß wird ein Fall dargestellt, bei dem zusätzlich zum medizinischen Befund bzw. der Arbeitsmarktlage, das Alter des Rentenantragstellers bei der Rentenbewilligung berücksichtigt wird (Fallbeispiel XXIV).

Fallbeispiel V

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Dezember 1985 ist der Kläger 59 Jahre alt. Er hat den Beruf eines Polsterers und Sattlers erlernt sowie von 1940 bis 1943 in diesem Beruf gearbeitet. Nach Kriegsende war er von 1947 bis 1982 als Verputzer tätig. Im Mai 1985 hat er, nachdem er aus der Krankenkasse ausgesteuert worden ist, bei einer Reinigungsfirma eine Hilfsarbeitertätigkeit aufgenommen. Er ist im Oktober 1985 krankheitsbedingt entlassen worden. Im September 1982 hat er den Rentenanspruch gestellt.

Eine Untersuchung beim Sozialärztlichen Dienst ergab folgende Diagnosen:

1. Coxarthrose beiderseits bei schon deutlicher Protrusio acetabuli (pathol. Vorwölbung des Pfannenbodens ins kleine Becken mit Einsinken des Hüftkopfs in die vertiefte Pfanne)
2. Lendenwirbelsäulen-Syndrom bei degenerativen Veränderungen
3. Beginnende Verschleißerscheinungen in beiden Kniegelenken
4. Übergewicht
5. Coronare Minderdurchblutung ohne Zeichen der Herzleistungsschwäche.

Veranlaßt wurde darüber hinaus ein arbeitsamtsärztliches psychologisches Gutachten, wonach beim Kläger eine eingeschränkte geistige Beweglichkeit und Umstellungsfähigkeit, die auf eine depressive Verstimmung und Zukunftsängste zurückzuführen sind, vorliegen.

Der Kläger wird demnach noch für fähig gehalten, vollschichtig leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten zu verrichten, die überwiegend im Sitzen, ohne häufiges Bücken, Klettern oder Steigen verrichtet werden können und die nicht mit Absturzgefahr verbunden sind. Die Durchführung von Arbeiten als Verputzer sind für ihn nicht mehr für möglich. Unter Hinweis auf das Restleistungsvermögen wurde der Antrag abgelehnt mit der Begründung, der Kläger könne noch als Mechanikerhelfer, Pförtner, Warenprüfer oder Schaltmechaniker tätig sein. Dagegen hat der Kläger im November 1982 beim Sozialgericht Klage erhoben.

Die entsprechenden Befundberichte wurden vom Gericht eingeholt sowie eine Auskunft der Firma, in der der Kläger vom Mai 1985 tätig gewesen ist. Darüber hinaus wurde Beweis erhoben durch ein fachorthopädisches und ein fachneurologisch-psychiatrisches Sachverständigen-Gutachten. Im fachneurologischen Sachverständigen-Gutachten wurde ein Wurzelreizsyndrom mit Wurzelschädi-

gungszeichen deutlich bei S1 (sakral), geringer im Bereich L4, L5 (lumbal) beiderseits festgestellt. Außerdem leidet der Kläger an einem Zervikalsyndrom mit ausstrahlenden Schmerzen in den Armbereich sowie an chronischen Gelenkschmerzen gerade im Kniebereich. Neben den Schmerzen in der rechten Schulter, die von einem Sturz im Juli des Jahres 1985 herrühren, hat der Sachverständige eine nicht unerhebliche Hirndurchblutungsstörung mit pathologischen Reflexen der rechten Seite und Verlangsamung der Hirnstromtätigkeiten diagnostiziert.

Zusammen mit den im fachorthopädischen Sachverständigen-Gutachten diagnostizierten Gesundheitsstörungen, die sich im ganz erheblichen Ausmaß auf das Leistungsvermögen des Klägers ausüben, ist er nach Ansicht der Kammer nicht mehr in der Lage, regelmäßig einer erwerbsbringenden Tätigkeit nachzugehen. Allenfalls besitzt er noch ein unterhalbschichtiges Arbeitsvermögen für leichte Arbeiten ohne besondere Anforderungen an die Konzentration und Merkfähigkeit oder Umstellungsfähigkeit. Die Arbeit darf nicht unter Zeitdruck oder in Nacht- oder Wechselschicht ausgeübt werden. Neben dem Erfordernis zur Einnahme wechselnder Körperhaltung und Ausübung von Tätigkeiten in klimatisch ausgeglichener Umgebung ist dem Kläger häufiges Heben, Bücken oder Tragen nicht mehr möglich. Daneben darf der Fußweg zur Arbeit 500 Meter nicht übersteigen.

Der Leistungseinschätzung steht nicht entgegen, daß der Kläger aus wirtschaftlichen Gründen in der Zeit von Mai bis Oktober 1985 in einer Reinigungsfirma gearbeitet hat. Zum einen hat sein damaliger Arbeitgeber bestätigt, daß die Arbeit dem Kläger nur vergütungswise angeboten wurde. Darüber hinaus haben die Gerichtssachverständigen in aller Eindeutigkeit darauf hingewiesen, daß die Ausübung auch dieser leichten Tätigkeit auf Kosten der Gesundheit des Klägers geschehe. Im übrigen ist dem Kläger nach eigenen Angaben, an deren Richtigkeit die Kammer keine Zweifel hatte, im Oktober 1985 krankheitsbedingt gekündigt worden. Eine tatsächliche Beschäftigung steht nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts einem Rentenanspruch wegen Erwerbsunfähigkeit jedenfalls dann nicht entgegen, wenn die Arbeiten auf Kosten der Gesundheit ausgeführt werden. Der Kläger ist somit als erwerbsunfähig anzusehen.

Fallbeispiel VI

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Dezember 1985 ist der Kläger fast 53 Jahre alt. Er hat den Beruf eines Wagners erlernt. Seit 1953 arbeitet er als Betriebsfachwerker (Abteilungsbote). Er ist mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 60 v.H. als Schwer-

behinderter anerkannt. Der Rentenantrag wird im Juni 1981 gestellt. Die Untersuchung durch den Sozialärztlichen Dienst ergab an Diagnosen:

1. Gehbehinderung bei kontraktem Plattfuß links mit Sprunggelenksfixation links, Beinlängendefizit
2. Endgradige Funktionseinschränkung beider Hüftgelenke bei Coxarthrose beiderseits
3. Belastungs-Lendenwirbelsäulen-Syndrom bei Lendenwirbelsäulen-Fehlstatik
4. Varikosis linkes Bein (Krampfadernleiden).

Das Leistungsvermögen wurde mit vollschichtiger Einsatzfähigkeit für leichte körperliche Arbeiten in wechselnder Körperhaltung angegeben. Das Bewegen schwerer Lasten sowie Arbeiten in körperlicher Zwangshaltung oder verbunden mit überwiegendem Gehen oder Stehen müßte vermieden werden.

Gegen diesen Ablehnungsbescheid erfolgt der Widerspruch, der als Klage an das Sozialgericht im September 1981 weitergeleitet wurde. Unter Berufung auf ein im Widerspruchsverfahren vorgelegtes Attest trägt der Kläger vor, die bisherige sozialmedizinische Beurteilung werde seinen Gesundheitsstörungen nicht gerecht. Insbesondere könne er den Weg zur Arbeit nicht bewältigen. Seine Auffassung sieht er durch die Dienstfähigkeitsbeschreibung durch den Werksarzt der ihn beschäftigenden Firma bestätigt.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen fachorthopädischen Sachverständigen-Gutachtens und eines schriftlichen fachneurologischen Sachverständigen-Gutachtens. Auf Antrag des Klägers wurde ein weiteres fachorthopädisches Sachverständigen-Gutachten eingeholt. Danach ist der Kläger seit Rentenantragstellung noch in der Lage, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Sitzen oder Stehen leichte Arbeiten fortgesetzt vollschichtig zu verrichten. Der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie weist darüber hinaus ein Leistungsvermögen auch für mittelschwere Arbeiten unter wechselnder Körperhaltung nach. Der seitens des Klägers bestellte Gutachter hält Arbeiten im Freien oder untertemperierten Räumen sowie Arbeiten über Kopf dem Kläger für nicht mehr zumutbar. Damit steht zur Überzeugung der Kammer fest, daß der Kläger durch seine gesundheitlichen Einschränkungen, vor allem auf orthopädischem Fachgebiet, nicht an der vollschichtigen Verrichtung leichter bis mittelschwerer Arbeiten unter den beschriebenen Bedingungen gehindert ist.

Die Kammer folgt insoweit den Sachverständigen-Gutachten. Danach leidet der Kläger vor allem auf orthopädischem Fachgebiet an leichten bis mässigen degenerativen Veränderungen des gesamten Achsenskeletts mit entsprechenden Bewegungseinschränkungen der einzelnen

Wirbelsäulenabschnitte mit Muskelverspannungen und Bewegungsschmerzen. Neben einem Wirbelgleiten des 5. Lendenwirbels - ebenfalls mäßigen Grades - leidet der Kläger an sekundärer schwerer Arthrose des oberen und unteren Sprunggelenkes als Folge des angeborenen Plattfußes, der zugleich eine Hammerzehenbildung am linken Fuß bedingt. Hinzu kommt eine mäßige Arthrose der Hüftgelenke und besonders am linken Bein ein Krampfaderleiden mit Rückflußstörungen. Der orthopädische Gerichtssachverständige attestierte eine Überbetonung der Leiden seitens des Klägers. Die deshalb erforderliche fachneurologisch-psychiatrische Zusatzuntersuchung hat ergeben, daß die Ursache des vom Kläger geschilderten Beschwerdebildes in erster Linie auf Verspannungen der gesamten Rückenmuskulatur und der Kreuzbeinbänder zurückzuführen ist.

Die Kammer hatte keine Veranlassung, die Feststellungen der Gerichts-Sachverständigen in Zweifel zu ziehen. Soweit der Kläger in deren Bewertung und Beschreibung seiner Leiden eine Herabsetzung seiner Persönlichkeit erblickt, vermochte dem die Kammer nicht zu folgen. Beide Gutachter haben überzeugend die Ursachen des Beschwerdebildes des Klägers dargelegt. Soweit ihnen eine gewisse Überbetonung der körperlichen Leiden aufgefallen ist und jene sachlich dargelegt wurden, sind ihre Beobachtung durch das neurologisch-psychiatrische Gutachten bestätigt worden, das ebenfalls die geklagten subjektiven Beschwerden nur zu einem Teil für objektivierbar hält. Ob der Kläger darüber hinaus zur Aggravation tendiert, konnte in Anbetracht der durch die objektiven Befunde gesicherte Beurteilung seines Leistungsvermögens nach Ansicht der Kammer dahingestellt bleiben. Denn allein aufgrund der durch die Befunderhebung nachgewiesenen Gesundheitsstörungen und der daraus resultierenden Einschränkungen der Leistungsfähigkeit ist dem Kläger die Ausübung seines zuletzt innegehabten Berufes oder die Ausübung einer anderen Erwerbstätigkeit zumutbar. Denn mit der Fähigkeit, noch vollschichtig leichte bis mittelschwere Arbeiten mit den genannten Einschränkungen verrichten zu können, ist die Erwerbsfähigkeit des Klägers noch nicht unter die vom Gesetz gezogene Grenze gesunken. Vielmehr erlaubt ihm sein Leistungsvermögen noch wenigstens die Hälfte des mittleren Tariflohnes eines vergleichbaren gesunden Versicherten zu verdienen. Diese sogenannte gesetzliche Lohnhälfte kann der Kläger nach Ansicht der Kammer noch in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chemiewerker (Abteilungsbote) erzielen.

Schon dieser Umstand würde bereits die Berufsunfähigkeit im Sinne des § 1246 Absatz 2 RVO ausschließen. Zwar hat der Kläger einen anerkannten Ausbildungsberuf erlernt. Doch hat er sich von diesem Beruf gelöst und zuletzt als Bote gearbeitet. Er ist damit allenfalls der Gruppe der angelernten Arbeitnehmer zurechenbar, mit der Folge, daß er sich auch sozial zumutbar zur Re-

alisierung seiner Arbeitskraft auf Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsfeldes der Bundesrepublik Deutschland verweisen lassen muß. Dort gibt es, ungeachtet der derzeit herrschenden Massenarbeitslosigkeit, entsprechend der Fiktion der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts für vollschichtig einsatzfähige Versicherte noch eine Vielzahl von Tätigkeiten, die dem Kläger objektiv und subjektiv zumutbar sind. Dazu zählt nicht zuletzt auch die Beschäftigung als Pförtner oder Bote. Ausnahmen im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind im Falle des Klägers nicht gegeben.

Demzufolge ist dem Kläger der Arbeitsmarkt auch faktisch nicht verschlossen. Bei vollschichtig einsatzfähigen Versicherten ist grundsätzlich von der sogenannten Offenheit des Arbeitsmarktes auszugehen. Die Tatsache, daß der Kläger keinen für ihn geeigneten Arbeitsplatz findet, ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung dem Risikobereich der Arbeitslosenversicherung und nicht der Rentenversicherung zuzuordnen. Nach alledem ist der Kläger nicht berufsunfähig. Wer nicht berufsunfähig ist, erfüllt auch nicht die weitergehenden Voraussetzungen der Gewährung von Versichertenrente wegen Erwerbsunfähigkeit. Die Klage war demzufolge abzuweisen.

Diskussion:

Es wurden zwei Beispiele einer EU-Renantragstellung dargestellt, wonach bei beiden Antragstellern unmittelbar zuvor noch ein Beschäftigungsverhältnis bestand.

Im Fallbeispiel V hat der Versicherte nach einer 35jährigen Tätigkeit als Verputzer im Alter von 56 Jahren den Rentenanspruch gestellt. In seinem erlernten Beruf hat er nur kurz gearbeitet und sich somit von diesem gelöst. Soweit dies aus den Angaben dem Urteil zu entnehmen ist, war er von September 1982 bis Mai 1985 arbeitsunfähig und bezog Krankengeld. Die während dieses Zeitraums erfolgte Renenantragstellung wurde vom Rentenversicherungsträger mit dem Verweis auf vollschichtig zumutbare Tätigkeiten abgelehnt. Eine gewisse Bestätigung könnte dies durch die vom Versicherten ausgeübte Hilfsarbeitertätigkeit im Jahr 1985 finden. Da diese Tätigkeit aber zum einen nur "vergönungsweise" erfolgte und zum anderen gemäß den eingeholten Gerichts-Sachverständigen-Gutachten, auf Kosten der Gesundheit erfolgt ist, ist sie für die Anerkennung einer EU-Rente unerheblich.

Anders stellt sich dies im Fallbeispiel VI dar. Hier handelt es sich um einen Versicherten, der den Beruf eines Wagners erlernt hat und danach ca. 32 Jahre lang als Betriebsfacharbeiter in einem Chemiewerk tätig ist. Aus dem als Abteilungsbote ausgeübten Beschäftigungsverhältnis heraus stellt er im Alter von ca. 49 Jahren den Rentenantrag. Die Besonderheit dieses Falles scheint in der Tatsache begründet, daß der Versicherte eine anerkannte Schwerbehinderung von 60 Prozent aufweist. Doch auch diese spielt bei einem EU-Rentenbewilligungsverfahren keine Rolle. Der Versicherte muß sich aufgrund des festgestellten Gesundheitszustandes auf den gesamten Arbeitsmarkt verweisen lassen, wobei ihm auch die Ausübung seiner derzeitigen Tätigkeit zumutbar ist. Aus dieser Tätigkeit leitet sich darüber hinaus keinerlei Berufsschutz ab.

Fallbeispiel VII

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Februar 1987 ist der Kläger 53 Jahre alt. Nach einer Lehre als Kaufmann und Zimmermann, die er nicht mit der vorgeschriebenen Prüfung abgeschlossen hat, war er nach eigenen Angaben von 1951 bis 1980 als Zimmermann tätig. Im letzten Beschäftigungsverhältnis wurde er als Zimmermann nach der Tarifgruppe III des Baurahmentarifvertrages entlohnt. Seit 1980 lebt der Kläger von Sozialhilfe. Den Rentenantrag stellte er im Dezember 1984. Der Sozialärztliche Dienst diagnostizierte:

1. Lungenemphysem, Pleuraschwarte rechts
2. Rückenschmerzen bei stärkeren degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule
3. Verlust des Endgliedes des linken Zeigefingers
4. geringe Krampfader der Unterschenkel
5. mäßige vorzeitige Alterung
6. Fettleber bei früherem Alkoholmißbrauch.

Aufgrund dessen wurde zum Leistungsvermögen ausgeführt, der Kläger könne noch leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne häufiges Heben und Tragen von Lasten in geschlossenen Räumen vollschichtig verrichten.

Dagegen wurde vom Kläger im April 1985 vor dem Sozialgericht Klage erhoben. Der Kläger ist der Ansicht, erwerbsunfähig zu sein. Insbesondere sei er wegen seines chronischen Alkoholismus zur Verrichtung von vollschichtigen Arbeiten nicht mehr in der Lage. Im übrigen sei ihm der allgemeine Arbeitsmarkt verschlossen. Zumindest sei er berufsunfähig.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines internistischen und eines nervenärztlichen Sachverständigen-Gutachtens. Darüber hinaus wurde eine Arbeitgeberauskunft eingeholt. Nach Auffassung des Gerichts sind beim Kläger die Tatbestandsmerkmale der Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit nicht erfüllt. Er kann noch körperlich leichte und geistig einfache Arbeiten vollschichtig verrichten. Das Heben und Tragen schwerer Gegenstände ist ihm nicht mehr möglich. Als Zimmermann kann er nicht mehr tätig sein.

Entgegen der Auffassung des Klägers ist seine Leistungsfähigkeit aufgrund seines Alkoholmißbrauchs noch nicht unter die Geringfügigkeitsgrenze des § 1247 Abs. 2 RVO gesunken. Insoweit wird im nervenärztlichen Sachverständigen-Gutachten als Folge dieser Krankheit ein vorzeitiger cerebraler Abbau beschrieben, dessen Auswirkungen wegen der einfachen Persönlichkeits- und Intelligenzstruktur des Klägers nicht kompensiert werden können. Die subjektive Empfindung des Klägers, keine Arbeiten von wirtschaftlichem Wert mehr verrichten zu können, wertet der Sachverständige als neurotische Fehlhaltung, die willensmäßig beherrschbar ist und der demzufolge kein Krankheitswert im Sinne der Rentenversicherung zukommt. Mit dem festgestellten Leistungsvermögen ist der Kläger nicht berufsunfähig. Als Zimmermann kann er nicht mehr tätig sein.

Aus diesem Umstand alleine folgt nicht das Vorliegen von Berufsunfähigkeit. Ausgehend von seinem bisherigen Beruf - seiner letzten versicherungspflichtigen Beschäftigung - ist er allenfalls als angelernter Versicherter anzusehen. Zwar war er nach der Arbeitgeberauskunft als Zimmermann beschäftigt und wurde nach der Tarifgruppe III des Baurahmentarifvertrages entlohnt, doch ist die tarifliche Einstufung, die sich hier auf Facharbeiterniveau bewegt, insoweit nur ein Indiz dafür, ob der Kläger, der keine Gesellenprüfung abgelegt hat, in seinem fachlichen Können und seinem theoretischen Wissen nach als Facharbeiter anzusehen ist. Allerdings wird aus der Arbeitgeberauskunft deutlich, daß der Kläger ausschließlich mit sogenannten Anlern- und Hilfstätigkeiten betraut war und seine tarifliche Lohnung allein im Hinblick auf eine spätere innerbetriebliche Qualifizierung erfolgt ist, zu der es infolge der Eigenkündigung des Klägers nicht mehr kommen konnte.

In Anwendung des von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entwickelten Stufenmodells ist der Kläger auf alle angelernten und sämtliche ungelernen Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes verweisbar, die er mit seinem Leistungsvermögen noch ausüben kann. Mangels gravierender gesundheitlicher Einschränkungen bedarf es der Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit nicht. Als vollschichtig einsetzbarer Versicherter ist dem Kläger der allgemeine Arbeitsmarkt nicht verschlossen. Ausnahmen von diesem Prinzip kommen bei

ihm nicht zum Tragen. Er kann noch unter betriebsüblichen Bedingungen arbeiten und ist noch imstande, Arbeitsplätze von seiner Wohnung aus aufzusuchen.

Wer nicht berufsunfähig ist, erfüllt auch nicht die weitergehenden Voraussetzungen der Gewährung von Versichertenrente wegen Erwerbsunfähigkeit. Die Klage wird abgewiesen.

Fallbeispiel VIII

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Mai 1987 ist der Kläger 55 Jahre alt. Er hat eine Metzgerlehre abgebrochen. Insgesamt war er vom April 1948 bis August 1978 als ungelernter Arbeiter (Hilfsarbeiter) beschäftigt. Seit diesem Zeitpunkt ist er arbeitslos und lebt von der Sozialhilfe. Den Rentenanspruch stellte er im Juni 1984. Seitens der Begutachtung durch den Rentenversicherungsträger vom April 1985 wurde beim Kläger festgestellt,

1. Verkrümmung (Hyperkyphose) der Brustwirbelsäule und beginnende Verschleißerkrankungen der Kniescheibenlenkfläche
2. Reduzierter Allgemeinzustand
3. Untergewicht
4. Lungenblähzustand
5. Übererregbarkeit des unbewußten Nervensystems
6. Leichte Minderbegabung.

Im Ergebnis ist der Kläger noch in der Lage vollschichtig leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten - mit Einschränkungen - zu verrichten. Er kann auf Tätigkeiten als Warensortierer oder Versandfertigtmacher verwiesen werden. Im Juli 1985 erhob der Kläger vor dem Sozialgericht die Klage.

Durch Beschluß vom Februar 1987 ist die Landeshauptstadt Wiesbaden (Sozialamt) beigeladen worden. Der Kläger und die Beigeladene tragen vor, den Auswirkungen der vielfältigen Erkrankungen des Klägers sei bei der Leistungsbeurteilung nicht ausreichend Rechnung getragen worden, zumal Herzbeschwerden unbeachtet geblieben seien. Unter Beachtung aller Erkrankungen sei der Kläger zur vollschichtigen Verrichtung einer körperlich leichten Arbeit nicht mehr in der Lage.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines internistischen Sachverständigen-Gutachtens im August 1986. Danach leidet der Kläger an einer beginnenden koronaren Herzerkrankung, die zeitweilig geringfügige Herzbeschwerden verursacht. Die Atembeschwerden führt der Sachverständige nach eingehender klinischer und röntgenologischer Untersuchung auf ein Lungenemphysem zurück; das Vorliegen einer chronischen Bronchitis

konnte dagegen mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Ein Gewichtsverlust von 5 kg innerhalb eines Zeitraums von vier Jahren bei einem Untergewicht von insgesamt 10 kg mißt der Sachverständige bei der Reduzierung der Leistungsfähigkeit auf nur noch leichte Arbeiten keine einschneidende Bedeutung bei, zumal sich das Untergewicht nicht als Symptom eines krankheitsbedingten Kräfteverfalls darstellt. Auch eine im August 1986 urologisch diagnostizierte geringgradige protrahierte Prostatitis ist ohne Einfluß auf das zeitliche Leistungsvermögen des Klägers. Bei den Verschleißerscheinungen des Stütz- und Bewegungsapparates entsprechen diese dem Alter und sind eher unterdurchschnittlicher Art. Sie lassen zwar schwere Arbeiten und solche unter Einnahme von Zwangshaltungen nicht mehr zu, sind jedoch ohne sonstige Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit.

Mit dem festgestellten Leistungsvermögen ist der Kläger nicht erwerbsunfähig. Als ungelernter Versicherter muß er sich zur lohnbringenden Verwertung seiner Arbeitskraft auf das allgemeine Arbeitsfeld verweisen lassen, ohne daß es der Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit bedurfte. Die Klage wird abgewiesen.

Diskussion:

Die Fallbeispiele VII und VIII zeigen zwei sehr unterschiedlich verlaufende berufliche Entwicklungen, die allerdings beide in den Sozialhilfebezug einmünden.

Im Fallbeispiel VII hat der Versicherte zwar eine Berufsausbildung nicht abgeschlossen, er hat aber rund 30 Jahre in demselben Beruf als Zimmermann gearbeitet. Vier Jahre, bevor er als 51jähriger den Rentenanspruch stellt, lebt er von der Sozialhilfe. Aus welchen Gründen heraus es zu diesem Abstieg kam, läßt sich dem Urteil nicht entnehmen. Zu vermuten ist aber ein Zusammenhang mit chronischem Alkoholmißbrauch, den der Versicherte zur Begründung seiner Erwerbsunfähigkeit selbst anführt. Daraus läßt sich allerdings, wie das Urteil zeigt, kein BU- bzw. EU-Rentenanspruch ableiten. Im Rahmen seiner tariflichen Eingruppierung ist er auf sämtliche ungelernen Tätigkeiten verweisbar. Im Zusammenhang mit seinem Alkoholmißbrauch ist die subjektive Empfindung der Leistungsfähigkeit als neurotische Fehleinstellung zu werten.

Im Fallbeispiel VIII hat der Versicherte bis zum Zeitpunkt der Rentenanspruchstellung sogar bereits sechs Jahre lang Sozialhilfe bezogen. Den Antrag auf EU-Rente stellt er im Al-

ter von 51 Jahren. Seine Arbeitsbiographie ist durch ausschließlich ungelernete Tätigkeiten, die er über einen Zeitraum von ca. 30 Jahren hinweg ausgeübt hat, charakterisiert. Eine ursprünglich begonnene Metzgerlehre hat er abgebrochen. Auffällig an diesem Fall ist, daß die Rentenbeantragung offenbar auch im Interesse des Sozialhilfeträgers liegt, da dieser vom Gericht beigeladen wird. Trotz der zahlreichen Diagnosestellungen auf verschiedenen Fachgebieten reicht die festgestellte Leistungsminderung nicht für eine Berentung aus. Der Versicherte ist bis zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung - somit nach nunmehr neun Jahren - weiterhin auf den Sozialhilfebezug angewiesen.

Fallbeispiel IX

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im November 1985 ist der Kläger 63 Jahre alt. Er hat keine vollständige Berufsausbildung erhalten. Vor seiner Einberufung zur Wehrmacht im Zweiten Weltkrieg war er als Arbeiter und Flugzeughauer beschäftigt. Nach Kriegsende war er als Arbeiter bei der Bahn tätig. Von 1948 bis Anfang 1951 war er Polizeivollzugsbeamter, danach bis Ende 1969 selbständiger Kaufmann. Von 1970 bis 1975 arbeitete er als kaufmännischer Angestellter und später nochmal von Juni 1981 bis Oktober 1982 als Verkäufer und Lagerverwalter. Seither ist er arbeitslos.

Im September 1982 erlitt der Kläger auf dem Heimweg von der Arbeitsstätte einen schweren Verkehrsunfall, der zweimalige stationäre Behandlungen erforderlich machte. Bei einer arbeitsamtsärztlichen Untersuchung im November 1982 wurde der Kläger noch für fähig gehalten, vollschichtig körperlich leichte Arbeiten zu verrichten. Im Mai 1983 wurde der Rentenantrag gestellt. Nach Untersuchung durch den Sozialärztlichen Dienst und insbesondere einer orthopädischen Befunderhebung lehnte die Beklagte im Januar 1984 den Rentenantrag mit der Begründung ab, daß die Erwerbsfähigkeit des Klägers zwar durch

1. Verschleiß an Hüft-, Knie- und Schultergelenken sowie der Wirbelsäule
2. Lungenerweiterung
3. Bluthochdruck
4. Leistenbruch links

eingeschränkt sei, dem Kläger aber gleichwohl leichte Arbeiten mit Einschränkungen noch vollschichtig zumutbar seien.

Der im Februar 1984 eingelegte Widerspruch wurde im Juli 1984 zurückgewiesen. Im August 1984 wurde Klage

erhoben, wobei der Kläger vor allem geltend machte, daß er nicht mehr in Arbeit habe vermittelt werden können.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch ein internistisches Sachverständigen-Gutachten. Aufgrund der Untersuchung im Dezember 1984 wurde beim Kläger diagnostiziert:

1. Fettsucht mit Stoffwechselstörung im Bereich der Fette und der Harnsäure
2. Fettleber
3. Grenzwerthochdruck
4. Fehlsichtigkeit beider Augen
5. Beginnende degenerative Veränderungen des Skelett- und Gelenksystems
6. Leichtes altersentsprechendes Lungenemphysem
7. Krampfadern beider Unterschenkel
8. Zustand nach Unterschenkelfraktur.

Im Ergebnis hielt der Sachverständige dem Kläger noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten vollschichtig für zumutbar. Damit ist der Versicherte weder berufs- noch gar erwerbsunfähig. Der Kläger hat eine qualifizierte Berufsausbildung nicht durchlaufen. Den größten Teil seiner Berufslaufbahn war er als selbständiger Kaufmann nicht versicherungspflichtig beschäftigt. Als sogenannter Ausgangsberuf - für den es nur auf die versicherungspflichtige Beschäftigung ankommen kann - kommt beim Kläger deswegen nur die Tätigkeit eines kaufmännischen Angestellten ohne besondere Qualifikation und Ausbildung sowie, gemäß dem zeitlich letzten Beschäftigungsverhältnis, als Verkäufer in Betracht. Nach dem von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entwickelten sogenannten Stufenschema ist der Kläger demnach allenfalls der Gruppe der Versicherten zuzurechnen, die mit der Tätigkeit eines "im sonstigen Ausbildungsberuf" Beschäftigten umschrieben wird. Für solche Versicherte ist aber die Verweisung auf sämtliche, auch einfachste ungelernete Tätigkeiten für zumutbar erachtet worden. Der Kläger muß sich deswegen auf den gesamten Arbeitsmarkt der Bundesrepublik Deutschland verweisen lassen. Die Klage ist abzuweisen.

Fallbeispiel X

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Januar 1986 ist der Kläger 61 Jahre alt. Er hat den Beruf eines Kaufmannsgehilfen erlernt. Seit November 1945 war er bei der Deutschen Bundesbahn zunächst als Werkstattschreiber, dann als Eisenbahngehilfe und zuletzt als Batteriearbeiter beschäftigt. Er ist im April 1957 in das Beamtenverhältnis übernommen und im August 1978 in den Ruhestand versetzt worden. Den Antrag auf Versi-

chertenrente wegen Erwerbsunfähigkeit stellte er im Dezember 1983.

Nach einer von der Beklagten veranlaßten Untersuchung ergab sich hinsichtlich des Leistungsvermögens, daß der Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch vollschichtig leichte Tätigkeiten ausüben könne, die nicht mit Absturzgefahr verbunden sind oder an laufenden Maschinen stattfinden. Auf den im Februar 1984 eingelegten Widerspruch veranlaßte die Beklagte im Juli 1984 ein erneutes fachinternistisches Sachverständigen-Gutachten. An Diagnosen wurden angeführt:

1. HWS- und LWS Syndrom bei Fehllhaltung, degenerative Wirbelssäulenveränderungen, beginnende Gonarthrose beiderseits, Zustand nach rechtsseitiger Schulter - Lungendurchschußverletzung
2. Labile Hypertonie, Pseudostenocardien, allgemeine Gefäßsklerose
3. Fettleber I. Grades, Zustand nach Hepatitis B, Neigung zu Störung des Fett- und Harnstoffwechsels, Übergewicht
4. Sigmadivertikulose (Darmwandschwäche)
5. Lungenemphysem.

Aufgrund dessen hielt der Sachverständige den Kläger noch für fähig, leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten vollschichtig zu verrichten. Das Heben und Tragen von Lasten ohne Hilfsmittel sowie Arbeiten in Nacht- und Wechselschicht oder an laufenden Maschinen müßten ebenso wie Tätigkeiten, die mit Klettern oder Steigen auf Gerüsten verbunden sind, vermieden werden. Die Beklagte weist daraufhin das Widerspruchsbegehren im August 1984 zurück. Im September 1984 erhebt der Kläger beim Sozialgericht die Klage.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen fachinternistischen Sachverständigen-Gutachtens. Dieser stellt nach einer eingehenden und sorgfältigen Untersuchung des Klägers zwar eine Vielzahl von Erkrankungen fest, denen aber insgesamt keine erheblichen leistungsmindernden Auswirkungen zukommen. Nach Angaben des Klägers treten bei ihm seit etwa 10 Jahren gerade im Ruhezustand und nachts nicht unbedeutende Herzbeschwerden auf. Doch hat der Sachverständige nach Durchführung eines Ruhe-EKGs sowie einer ergometrischen Belastung und einer körperlichen Untersuchung das Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung mit Sicherheit ausschließen können. Als schwerwiegender wurden dagegen die degenerativen Veränderungen des Stütz- und Bewegungsapparates des Klägers bezeichnet. Hier hat der Sachverständige bei Verdacht auf Bandscheibenschaden nicht unbedeutende Verschleißerscheinungen im Halswirbelsäulen- und Brustwirbelsäulenbereich diagnostiziert und darüber hinaus im Hüftgelenk eine beginnende Hüftarthrose beschrieben. Die daraus resultierenden leistungsmindernden Auswirkungen werden

zudem durch eine sich entwickelnde Kniegelenksarthrose verstärkt. Damit ist der Kläger nach Ansicht des Gerichts in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Doch haben die Leiden noch kein solches Ausmaß erreicht, daß jegliche Erwerbsfähigkeit unmöglich wäre. Der Sachverständige hat keine Zweifel daran gelassen, daß der Kläger trotz all seiner Krankheiten in einem seinem Alter entsprechenden Gesundheitszustand ist. Unter diesen Umständen hat das Gericht keine Bedenken, dem Kläger in Übereinstimmung mit dem Gerichtssachverständigen noch die Ausübung einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit zuzumuten. Der Kläger kann zumindest noch leichte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vollschichtig verrichten, sofern das Heben und Tragen schwerer Lasten vermieden wird.

Dieser Einschätzung des Leistungsvermögens steht die bereits im Jahr 1978 erfolgte vorzeitige Pensionierung des Klägers nicht entgegen. Denn die Dienstunfähigkeit von Beamten bewertet sich nach anderen Gesichtspunkten als die Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit in der Arbeiterrentenversicherung. In gleicher Weise hat der vom Versorgungsamt beim Kläger festgestellte Grad der Erwerbsminderung weder Einfluß noch Indizwirkung für die sozialmedizinische Beurteilung im Rentenverfahren.

Mit einem vollschichtigen Einsatzvermögen für zumindest noch leichte Arbeiten ist die Erwerbsfähigkeit des Klägers noch nicht unter die vom Gesetz gezogene Grenze gesunken. Vielmehr erlaubt ihm sein Leistungsvermögen noch zumindest die Hälfte des mittleren Tariflohnes eines vergleichbaren Versicherten zu verdienen. Die gesetzliche Lohnhälfte wird der Kläger zwar nicht mehr in seiner zuletzt - für die Arbeiterrentenversicherung maßgeblichen beruflichen Tätigkeit als Batteriearbeiter - erzielen können, da er den schweren körperlichen Anforderungen dieses Berufes nicht mehr gewachsen ist. Dieser Umstand allein bedingt jedoch noch keine Berufsunfähigkeit. Der Kläger hat sich von seinem erlernten Beruf als Kaufmannsgehilfe gelöst und in dem hier maßgeblichen Zeitraum eine allenfalls angelernte Tätigkeit ausgeübt. Damit zählt er zur Gruppe der angelernten Arbeiter. Er muß sich zur Realisierung seines Leistungsvermögens entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts auf andere angelernte Tätigkeiten oder andere ungelernete Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsfeldes der Bundesrepublik Deutschland verweisen lassen. Dort gibt es eine Vielzahl von Tätigkeiten, die ihm objektiv und subjektiv zumutbar sind. Einer konkreten Bezeichnung von Verweisungstätigkeiten bedarf es nicht.

Dem Kläger ist der Arbeitsmarkt auch nicht praktisch verschlossen. Denn bei Versicherten, die noch vollschichtig tätig sein können, ist grundsätzlich davon auszugehen, daß es für jede Tätigkeit in hinreichender Zahl Arbeitsplätze gibt. Ausnahmen von dem Prinzip der

grundsätzlichen Offenheit des Arbeitsmarktes für vollschichtig einsatzfähige Versicherte kommen nur dann in Betracht, wenn der Versicherte nach seinem Gesundheitszustand zwar an sich noch Vollzeittätigkeiten verrichten kann, aber nicht in der Lage ist, diese unter den in Betrieben üblichen Bedingungen zu leisten, oder wenn ein Versicherter zwar Vollzeittätigkeiten unter solchen Bedingungen noch verrichten kann, er aber aus gesundheitlichen Gründen außerstande ist, Arbeitsplätze dieser Art von seiner Wohnung aus aufzusuchen. Für dahingehende gesundheitsbedingte Einschränkungen des Klägers fehlt es an konkreten Anhaltspunkten.

Die Tatsache, daß der Kläger angesichts seines Alters und seiner beruflichen Vorbildung nicht mehr in der Lage sein wird, auf dem Arbeitsmarkt eine Stelle zu finden, vermag die Invalidenrentengewährung nicht zu begründen. Denn die höchstrichterliche Rechtsprechung ordnet das Risiko der Arbeitsplatzfindung der Arbeitslosenversicherung und nicht der Rentenversicherung zu. Die Klage wird abgewiesen.

Fallbeispiel XI

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im März 1986 ist die Klägerin fast 60 Jahre alt. Sie hat keine Berufsausbildung erhalten. Von 1940 bis 1942 war sie als Fabrikarbeiterin beschäftigt. Ab 1943 war sie - unterbrochen von länger dauernder Arbeit als Hausfrau und Mutter sowie nach über einjähriger Zeit der Arbeitslosigkeit - als Verlags- und Hausgehilfin sowie von 1967 bis 1979 als Hausverwalterin tätig. Zuletzt war sie als Gehilfin und Vertreterin des Hausmeisters von März 1981 bis Juni 1982 zwei Stunden täglich bei der Stadt Wiesbaden beschäftigt. Seit Juni 1982 ist die Klägerin arbeitslos. Ein erster Rentenanspruch wurde im März 1981 gestellt. Nach einem durchgeführten medizinischen Heilverfahren in einer Kurklinik und einem orthopädischen Sachverständigen-Gutachten wurde der Antrag im Juni 1982 abgelehnt. Nach erneuter Rentenanspruchstellung im März 1984 wurde nach der Untersuchung durch den Sozialärztlichen Dienst wurde im Ergebnis festgestellt, die Klägerin sei noch fähig, leichte körperliche Arbeiten vollschichtig zu verrichten, wobei Wechsel- und Nachtschicht sowie Zeitdruck zu vermeiden seien; ausgeschlossen sein sollten das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 5 kg, die Exposition gegenüber Kälte, Hitze, Zugluft und Nässe sowie ein Arbeiten in einseitiger Körperhaltung, mit häufigem Bücken, mit Überkopftätigkeiten, Klettern und Steigen sowie Absturzgefahr. Im Juli 1984 lehnte die LVA Hessen (Beklagte) den Antrag mit der Begründung ab, das Leistungsvermögen der Klägerin sei zwar beeinträchtigt durch folgende Krankheiten oder Gebrechen:

1. Wirbelsäulensyndrom bei degenerativer Verschleißerkrankung ohne wesentliche neurologische Ausfälle
2. Mässige Minderung der Knochensubstanz
3. Degenerative Verschleißerkrankung der Kniegelenke ohne Funktionsstörungen
4. Venenerweiterung mittleren Grades
5. Neigung zu Magenschleimhautreizung
6. Kreislaufbeschwerden, medikamentös kompensiert
7. Vegetative Übererregbarkeit
8. Depressive Stimmungslage bei familiärem Situationskonflikt.

Der Klägerin sei aber noch leichte Arbeit, mit weiteren Einschränkungen, vollschichtig zumutbar.

Gegen diesen Bescheid wird am 15. August 1984 Klage erhoben. Das Gericht hat Beweis erhoben durch ein medizinisches Sachverständigen-Gutachten auf orthopädischem Fachgebiet. Nach eingehender Diagnosestellung führt der Sachverständige aus, daß sich der Gesundheitszustand der Klägerin seit der letzten Begutachtung im Juli 1984 in mehreren Punkten deutlich verschlechtert habe. Der Sachverständige stellt fest, daß die Klägerin seit März 1984 nicht mehr in der Lage wäre und sei, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Tätigkeiten ohne die Gefahr einer Gesundheitsschädigung zu verrichten.

In der Entscheidung folgt das Gericht diesem Gutachten vor allem deshalb, weil der Sachverständige sich auf eine eigene, umfangreich durchgeführte Röntgendiagnostik stützt. Der Arzt des Sozialärztlichen Dienstes der Beklagten hat im Juli 1984 lediglich Fremdaufnahmen interpretiert. Dabei hat er die von ihm selbst erstellte orthopädische Diagnostik anschließend auch noch als Prüfarzt gewürdigt, dabei allerdings eine von ihm zunächst festgehaltene Verschleißerkrankung an beiden Schultergelenken nicht mehr in die prüfärztliche Stellungnahme übernommen. Demgegenüber hat das vom Gericht zum Beweis erhobene Sachverständigen-Gutachten dargelegt, daß bezüglich der Verschleißerkrankungen an beiden Schultergelenken Einschränkungen der Funktion und der Belastbarkeit nachzuweisen waren. Für die Kammer waren allein schon diese Gesichtspunkte ausreichend, um Untersuchungsergebnis und Leistungsbewertung im Sachverständigen-Gutachten als allein zutreffend anzuerkennen. Der Versicherten ist deshalb ab 1. April 1984 Versichertenrente wegen Erwerbsunfähigkeit zu zahlen.

Fallbeispiel XII

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Jahr 1985 ist die Klägerin 60 Jahre alt. Sie war ab 1939 zunächst als Arbeiterin in der Landwirtschaft und dann als Verkaufshilfe tätig. Von 1941 bis April 1944 war sie als Kin-

dergartenhelferin beschäftigt. Sie besuchte von 1944 bis 1945 eine Fachschule und legte im April 1945 eine Prüfung als Kinderpflegerin ab. Nach der Vertreibung infolge des 2. Weltkrieges war sie von 1948 bis 1955 als Fabrikarbeiterin tätig. Danach arbeitete sie als Hausfrau und Mutter zweier inzwischen erwachsener Kinder. Sie wurde 1979 wegen eines bösartigen Lymphknotens operiert. Im Mai 1983 stellte sie den Rentenantrag. Der sozialärztliche Dienst diagnostizierte bei der Klägerin im Juli 1983:

1. Verschleißerscheinungen der Lendenwirbelsäule
2. Spreizfüße beiderseits.

Im Ergebnis wurde die Klägerin für fähig gehalten, vollschichtig leichte bis gelegentlich mittelschwere körperliche Tätigkeiten zu verrichten, ohne nähere Einschränkungen.

Im August 1983 lehnte die Beklagte den Rentenantrag daraufhin mit der Begründung ab, das Leistungsvermögen der Klägerin sei zwar durch Abnutzungsschäden des Skelettsystems eingeschränkt, die Klägerin könne aber noch leichte Arbeiten mit Einschränkungen verrichten und z.B. als Lagerhelferin oder Versandfertigtmacherin tätig sein. Gegen diesen Bescheid richtet sich die im September 1983 erhobene Klage. Die Klägerin hält sich zu keiner regelmäßigen Erwerbstätigkeit mehr für fähig.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Beiziehung verschiedener Befundberichte und durch ein medizinisches Sachverständigen-Gutachten auf orthopädischem Fachgebiet. Im Januar 1985 wurde bei der Klägerin diagnostiziert:

1. Zustand nach Entfernung einer Lymphknotenmetastase in der linken Achselhöhle, wobei es sich um ein groß zelliges solides Karzinom gehandelt hat; ein Primärtumor wurde bislang nicht gefunden
2. Zustand nach Unterleibsoperation, wobei ein Myom und Schokoladenzysten der Ovarien entfernt wurden mit gleichzeitiger Appendektomie (Entfernung des Wurmfortsatzes)
3. Dorsalgie (Rückenschmerzen im Brustwirbelsäulenbereich) bei Skoliose und Spondylosis deformans (Verschleißerscheinungen der Wirbelkörper)
4. Periarthrosis coxae rechts, wobei es sich um eine Enthesiopathie der pelvitrochantären Muskulatur bei Praearthrose der Hüftgelenke handelt (Muskelansatz-erkrankung der Muskelgruppe, die vom Beckenkamm zum Rollhügel des rechten Oberschenkels führt)
5. Bluthochdruck
6. Deutlich psychovegetatives Syndrom mit positivem Dermographismus, ostentativer Schmerzangabe schon bei Berührung der Hautbezirke im Bereich des Rückens, ostentatives Zittern bei Prüfung der Muskeldehnungsreflexe besonders der Beine

7. Kreuzdarmbeinfugenblockierung rechts
8. Varikosis an beiden Beinen sowie Besenreiserarterien
9. Senk-Spreizfüße mit Fersensporn links.

Aus orthopädischer Sicht hielt der Sachverständige der Klägerin leichte körperliche Arbeiten im Wechsel von Sitzen und Gehen noch für zumutbar; ausgeschlossen sein sollten Tätigkeiten am Fließband, in Kälte, an feuchten Plätzen, auf Gerüsten oder Leitern sowie häufiges Überkopf-Arbeiten. Er empfahl ein weiteres Gutachten auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet, da er von dort her weitere Einschränkungen der Leistungsfähigkeit der Klägerin vermutete.

Das Gericht hat daraufhin eine neurologisch-psychiatrische Sachverständigen-Begutachtung veranlaßt. In seinem Gutachten vom Juli 1985 kommt der Sachverständige zu dem Ergebnis, daß bei der Klägerin eine Involutionsdepression mit psychophysischem Erschöpfungszustand und eine phobische Neurose mit vielseitigen psychosomatischen Beschwerden, Zwangsbefürchtungen und Vermeidungsreaktionen vorliegen sowie ein chronisches Kopfschmerzsyndrom, Spannungsschmerzen im Nacken-Schulter-Bereich, vertebrale Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule, bei Skoliose und Spondylose deformans, Rückenschmerzen (Dorsalgie) ohne neurologische Ausfallerscheinungen. Zusammenfassend sah der Sachverständige bei der Klägerin eine Neurose von Krankheitswert, deretwegen sie seit Mai 1983 keine Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr verrichten könne. Nach dem Ergebnis der vom Gericht in Auftrag gegebenen medizinischen Sachverständigen-Begutachtungen kann die Klägerin auf Grund einer psychischen Erkrankung seit Mai 1983 Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr verrichten.

Bereits der Sachverständige, der die Klägerin auf orthopädischem Fachgebiet noch für leichte körperliche Tätigkeiten für einsetzbar hielt, hat auf deutliche psychische Beeinträchtigungen hingewiesen. Dies war für das Gericht Anlaß, einen neurologisch-psychiatrischen Sachverständigen mit der Erstellung eines Gutachtens auf seinem Fachgebiet zu beauftragen. Dieses Gutachten ist auf Grund einer sorgfältigen Sozial- und Familienanamnese erstellt worden; es hat, soweit erforderlich, zusätzlich auf psychologische testdiagnostische Verfahren zurückgegriffen. Die Diskussion des dem Sachverständigen zur Verfügung stehenden Informationsmaterials und die daraus hergeleiteten Diagnosen und die Leistungsbewertungen seitens des Sachverständigen sind für die Kammer einleuchtend und nachvollziehbar begründet. Der Sachverständige stützt sich auf eine von ihm persönlich durchgeführte psychiatrische Exploration. Er hat die biographische Anamnese erhoben und dargestellt sowie durch das persönliche Gespräch die Möglichkeit gehabt, die Klägerin zu beobachten und deren Psychopathologie zu beschreiben. Darüber hinaus stand die Aus-

wertung wenigstens eines standardisierten Tests (MMPI, Saarbrücken) zur Verfügung. Auf der Grundlage dieser Tatsachen sind Diagnostik und Leistungsbewertung erfolgt.

Nach dem Ergebnis der Sachverständigenbegutachtung auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet war die Klägerin aufgrund ihres psychischen Gesundheitszustandes ab Mai 1983 nicht mehr in der Lage, Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten. Sie ist deshalb ab Juni 1983 erwerbsunfähig.

Fallbeispiel XIII

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Februar 1988 ist die Klägerin 47 Jahre alt. Sie hat eigenen Angaben zufolge eine 1955 begonnene Ausbildung zur Verkäuferin 1958 mit der Prüfung vor der IHK Wiesbaden abgeschlossen. In diesem Beruf war sie bis 1968 beschäftigt gewesen, anschließend arbeitete sie bis März 1974 in verschiedenen Bürotätigkeiten, zuletzt als Maschinenbuchhalterin. Wegen Heirat wurden ihr die Beiträge zur Rentenversicherung für die Zeit vom April 1955 bis Ende Juli 1959 erstattet. Im März 1985 wird der Rentenanspruch gestellt.

Aufgrund der sich anschließenden internistischen Untersuchung wurde ausgeführt, die Klägerin sei noch in der Lage, eine Bürotätigkeit ohne schweres Heben bei gelegentlichem Umhergehen vollschichtig zu verrichten. In der darauffolgenden Untersuchung auf orthopädischem Fachgebiet wurde zum Leistungsvermögen ausgeführt, die Klägerin könne noch leichte Arbeiten überwiegend im Sitzen bei gelegentlich wechselnder Körperhaltung ohne Heben und Tragen von Gegenständen über 8 kg und ohne Arbeiten in Zwangshaltung des Rumpfes vollschichtig verrichten.

Der Rentenversicherungsträger (Beklagte) lehnte daraufhin den Rentenanspruch im November 1985 ab. Zur Begründung führte sie an, das Leistungsvermögen der Klägerin sei infolge eines Übergewichts, eines Bluthochdruckleidens sowie degenerativer Wirbelsäulen- und Gelenkveränderungen eingeschränkt. Sie sei jedoch noch in der Lage, in ihrem bisherigen Beruf vollschichtig zu arbeiten.

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein. Eine von der Beklagten veranlaßte neurologisch-psychiatrische Begutachtung im Februar 1986 führte aus, bei der Klägerin bestünde im wesentlichen eine leicht hypochondrisch strukturierte Persönlichkeit mit konversionsneurotischen Mechanismen. Dennoch sei sie in der Lage, ihren bisherigen Beruf vollschichtig zu verrichten.

Im Juli 1986 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Mit ihrer dagegen Ende Juli 1986 vor dem Sozialgericht Wiesbaden erhobenen Klage trägt die Klägerin vor, erwerbsunfähig zu sein. Jegliche Erwerbstätigkeit geschehe auf Kosten ihrer Gesundheit. Angesichts ihres Alters und ihrer vielfältigen Erkrankungen sei ihr der Arbeitsmarkt verschlossen. Zumindest sei sie berufsunfähig, da sie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maschinenbuchhalterin nicht mehr ausüben könne.

Das Gericht hat bei insgesamt sieben Ärzten Befundberichte eingeholt. Außerdem hat es über die Minderung der Erwerbsfähigkeit der Klägerin Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen internistischen Sachverständigen - Gutachtens sowie eine Arbeitgeberauskunft eingeholt. Gemäß dem Gerichtsgutachten auf internistischem Fachgebiet vom März 1987 leidet die Klägerin an einer medikamentös befriedigend eingestellten arteriellen Hypertonie, die noch nicht zu einer zusätzlichen Herzerkrankung geführt hat. Die von der Klägerin geäußerten Beschwerden im Brust- und Herzbereich interpretiert der Gerichtssachverständige als Dyskardie bei erheblicher psychovegetativer Labilität. Das Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung konnte er zuverlässig ausschließen. Vom stärkeren Ausmaß auf die berufliche Einsatzfähigkeit ist eine Diabeteserkrankung vom Erwachsenenentyp, der durch diätetische Maßnahmen noch kompensierbar ist. Aufgrund der Beschwerden der Klägerin im Magen-Darm-Bereich ist zwar eine Störung der jeweiligen Funktionen nicht ausgeschlossen. Allerdings ist es bisher, wie auch der Befundbericht des Gastroenterologen vom Oktober 1986 und sein Arztbrief vom Dezember 1984 zeigen, noch zu keiner Auswirkung auf den Allgemein- und Ernährungszustand gekommen. Die Migräneanfälle betreffend hat der Sachverständige in seinem nervenärztlichen Gutachten vom Februar 1986 ausgehend von Dauer und Intensität eine wesentliche Einschränkung der beruflichen Einsatzfähigkeit verneint. Auch der bereits im Verwaltungsverfahren gestellten Diagnose einer leicht hypochondrisch strukturierten Persönlichkeit mit konversionsneurotischen Mechanismen kommt nach Auffassung des Sachverständigen kein Krankheitswert zu. Gravierender wirken sich dagegen die Leiden auf orthopädischem Fachgebiet im Sinne von Muskelansatzschmerzen und Verspannungen betreffend das Achsenorgan sowie Schulter- und Beckengürtel aus, die zum einen durch röntgenologisch gesicherte festgestellte Fehlform der Wirbelsäule sowie der Bauchdeckenschwäche bei Druck und Dehnungsschmerzhaftigkeit der Operationsnarben im Bauchbereich verursacht werden.

Diese durch sämtliche im Gerichtsverfahren eingeholten Befundberichte und Arztbriefe bestätigten Diagnosen führen zu den beschriebenen qualitativen Leistungseinschränkungen, jedoch nicht - ebensowenig wie das Übergewicht der Klägerin - zur Reduzierung des zeitlichen Leistungsvermögens. Vergleichbares trifft auch auf die

- durch fachärztliche Befunde abgesicherten - Diagnosen auf gynäkologischem, hautärztlichem und urologischem Fachgebiet zu. Auch hier hat der sozialmedizinisch erfahrene Gerichtssachverständige überzeugend und schlüssig eine Auswirkung auf das quantitative Leistungsvermögen verneint. Mit dem festgestellten Leistungsvermögen ist die Klägerin nicht erwerbs- und nicht berufsunfähig. Vielmehr kann sie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kontoristin bzw. Maschinenbuchhalterin noch vollschichtig verrichten. Ohnehin bedarf es mangels schwerer spezifischer Leistungseinschränkungen nicht der Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit. Ob ihr ein entsprechender Arbeitsplatz auch vermittelt werden kann, ist nicht erheblich. Denn für vollschichtig einsatzfähige Versicherte gilt der allgemeine Arbeitsmarkt der gesamten Bundesrepublik Deutschland als nicht verschlossen. Ausnahmen vom Prinzip der Offenheit des Arbeitsmarktes für vollschichtig einsatzfähige Versicherte kommen im Falle der Klägerin nicht zum Tragen. Sie ist noch in der Lage, unter betriebsüblichen Bedingungen tätig zu sein, und bei einer Gehfähigkeit von 1000 m noch imstande, Arbeitsplätze von ihrer Wohnung aus aufzusuchen. Die Klage wird abgelehnt.

Diskussion:

Die Gemeinsamkeit der Fallbeispiele IX bis XIII beruht darauf, daß es sich hier um Anträge handelt, die auf der Grundlage einer überwiegend lückenhaften versicherungspflichtigen Erwerbsbiographie gestellt werden. In allen hier dargelegten Fällen handelt es sich um Rentenantragstellungen, die vor dem Inkrafttreten der Regelungen des Haushaltbegleitgesetzes 1984 (gemäß Artikel 2 § 6 Arbeiterrentenversicherungs-Neuregelungs-Gesetz (ArVNG)) gestellt worden sind. Der Anspruch auf Rentenleistungen bezieht sich auf Zeiten einer versicherungspflichtigen Beschäftigung, die lange Zeit vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bzw. der Antragstellung zurückliegt. Wegen der Verschärfung der Anspruchsberechtigung für Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrenten durch das Haushaltbegleitgesetz 1984 ist die Rentengewährung in derartigen Fällen nun von vornherein nicht mehr möglich.

Fallbeispiel IX dokumentiert den Fall eines sehr wechselhaften Erwerbsverlaufes. Der ungelernte Versicherte war zuerst als Arbeiter und danach drei Jahre als Polizeivollzugsbeamter tätig. Im Anschluß daran war er rund 18 Jahre als Kaufmann selbständig. Anschließend arbeitet er fünf Jahre lang als kaufmännischer Angestellter. Über Tätigkei-

ten von 1975 bis Mitte 1981 liegen keine Informationen vor. Nach einem weiteren 16 Monate dauernden Beschäftigungsverhältnis als Lagerverwalter ist er arbeitslos. Der Erwerbsverlauf ist überwiegend durch Zeiten selbständiger Tätigkeiten geprägt. Mit 61 Jahren stellt er den Renten Antrag. Trotz der vorhandenen Leistungseinschränkungen ist er vollschichtig auf sämtliche ungelernen Tätigkeiten verweisbar, da er über keinerlei qualifizierte Ausbildung verfügt.

Fallbeispiel X dokumentiert den Fall eines Beamten, der bereits seit über 5 Jahren eine Beamtenpension aufgrund von Dienstunfähigkeit bezieht. Darüber hinaus gilt er als schwerbehindert. Einen Versichertenrentenantrag stellt er mit 58 Jahren. Von Bedeutung an diesem Fall ist der Umstand, daß für eine Rentenbewilligung aus der gesetzlichen Rentenversicherung weder eine beamtenrechtliche Dienstunfähigkeit noch eine versorgungsrechtlich anerkannte Schwerbehinderung rentenrelevant ist. Da der Versicherte sich von seinem ursprünglich erlernten Beruf als Kaufmannsgehilfe bereits frühzeitig gelöst hat, ist er nunmehr auf sämtliche an- bzw. ungelernen Tätigkeiten verweisbar.

Die folgenden Fallbeispiele betreffen sogenannte Hausfrauenfälle.

Im Fallbeispiel XI handelt es sich um eine ungelernete Arbeiterin, die im Alter von 14 bis 16 Jahren als Fabrikarbeiterin tätig war. Danach war sie Hausfrau und Mutter. Die Erwerbsbiographie, wie im Urteil beschrieben, ist für die Folgejahre bis 1967 nicht ganz eindeutig. Von diesem Zeitpunkt an ist sie weitere zwölf Jahre als Hausverwalterin tätig und zuletzt 15 Monate lang zweistündig als Gehilfin des Hausmeisters bei der Stadt Wiesbaden tätig. Wie die im Verwaltungsverfahren ermittelten Diagnosen zeigen, weist sie auffällige Verschleißerkrankungen des Bewegungsapparates auf. Im Alter von 55 Jahren stellt sie den ersten Rentenantrag und auf dessen Ablehnung hin im Alter von 57 Jahren einen zweiten Antrag. In allen Fällen wird sie auf orthopädischem Fachgebiet begutachtet. Eine festgestellte Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes und damit ihres Leistungsvermögens begründet schließlich den Anspruch auf Rente.

Auch das Fallbeispiel XII zeigt eine Arbeitsbiographie, die für viele der älteren Frauen heute charakteristisch ist.

Nach Tätigkeiten in der Landwirtschaft arbeitet sie als Kindergartenhelferin und legt eine Prüfung als Kinderpflegerin ab. Nach Krieg und Vertreibung arbeitet sie bis 1955 insgesamt sieben Jahre in einer Fabrik. Mit 29 Jahren gibt sie die Erwerbstätigkeit auf und wird Hausfrau und Mutter. Im Alter von 57 Jahren stellt sie den Rentenantrag. Trotz zahlreicher orthopädisch bedingter Leistungseinschränkungen gibt allerdings erst ein vom Gericht veranlaßtes neurologisch-psychiatrisches Gutachten den Ausschlag für die Rentengewährung.

Im Fallbeispiel XIII wird der Fall einer gelernten Verkäuferin dokumentiert, die zehn Jahre in diesem Beruf gearbeitet hat und daran anschließend sechs weitere Jahre Bürotätigkeiten ausgeübt hat. Ihre Beiträge zur Rentenversicherung für die Zeit von 1955 bis 1959 hat sie sich wegen ihrer Heirat auszahlen lassen. Im Alter von 44 Jahren stellt sie den Rentenantrag. Nach den Daten im Urteil hat sie vor Antragstellung elf Jahre in keinem Beschäftigungsverhältnis gestanden. Nach Einholung von insgesamt sieben ärztlichen Befundberichten, zwei internistischen Sachverständigen-Gutachten, einem orthopädischen Gutachten und einem neurologisch-psychiatrischen Gutachten sowie einer Arbeitgeberauskunft gilt ihr Leistungsvermögen zwar als qualitativ eingeschränkt, nicht aber in quantitativer Hinsicht. Sie ist weiterhin vollschichtig einsatzfähig.

Fallbeispiel XIV

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Jahr 1987 ist die Klägerin 57 Jahre alt. Sie hat keinen Beruf erlernt. Sie war 1956 als Arbeiterin und von 1979 bis November 1984 als Bandarbeiterin pflichtversichert beschäftigt gewesen. Seit dem 22. November 1984 ist sie arbeitsunfähig erkrankt und seit Februar 1986 arbeitslos. Im März 1985 stellte sie den Rentenantrag. Der Sozialärztliche Dienst diagnostizierte bei der Klägerin:

1. Asthmabronchiale
2. Labiler Hypertonus
3. Geringgradige Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule, degenerative Veränderungen der Brustwirbelsäule
4. Fersensporn ohne Gehbehinderung
5. Nierensteindiathese.

Zum Leistungsvermögen wurde ausgeführt, die Klägerin könne noch vollschichtig körperlich leichte Arbeiten

ohne Zeitdruck in vorwiegend staubarmen und gut temperierten Räumen unter Meidung ausschließlichen Stehens und überwiegender Bücarbeiten vollschichtig verrichten. Der Rentenantrag wird im Juni 1985 abgelehnt. Hiergegen wird Klage erhoben.

Das Gericht erhebt Beweis durch Einholung eines schriftlichen lungenfachärztlichen Sachverständigen-Gutachtens im August 1986 sowie einer diesbezüglichen erneuten Stellungnahme des Sachverständigen im Mai 1987. Die Klägerin wird darüber hinaus eingehend klinisch untersucht unter Einbeziehung einer Lungenfunktionsprüfung. Im Befundbericht wird eine chronische Bronchitis mit partiell reversibler Obstruktion und ein Bluthochdruck diagnostiziert. Der Sachverständige weist darauf hin, daß eine die Atemwegserkrankung in wechselnder Intensität beeinflussende allergische Diathese (Neigung) bei der Klägerin vorläge, die ein saisonal unterschiedliches Beschwerdebild erzeuge. Seine Beurteilung gerade des zeitlichen Leistungsvermögens bezieht der Sachverständige nicht alleine auf die unter günstigsten Bedingungen gemessenen Werte der Lungenfunktionsprüfung, sondern projiziert die gewonnenen Erkenntnisse auf eine acht Stunden tägliche körperliche Belastung der Klägerin. Diese ist nur noch zur halb-schichtigen Verrichtung körperlich leichter Arbeiten in geschlossenen hygienisch einwandfreien, staubarmen sowie geruchsfreien Räumen fähig.

Mit dem festgestellten Leistungsvermögen ist die Klägerin erwerbsunfähig. Als ungelernte Versicherte muß sie sich zur Realisierung ihres Restleistungsvermögens auf diejenigen Teilzeitarbeitsplätze verweisen lassen, die sie durch tägliches Pendeln von ihrer Wohnung aus erreichen kann und die ihr gesundheitlich zumutbar sind. Entsprechende Teilzeitarbeitsplätze sind - wie gerichtsbekannt - im Bereich des zuständigen Arbeitsamts nicht vorhanden. Dem steht nicht entgegen, daß die Klägerin bis zu ihrer Entlassung im Jahre 1986 formal in einem halbtägigen Arbeitsverhältnis als Packerin gestanden hat. Den gesundheitlichen Anforderungen dieser Tätigkeit war die Klägerin zumindest seit Rentenantragstellung nicht mehr gewachsen. Dafür spricht auch die seit November 1984 durchgehend bestehende Arbeitsunfähigkeit. In Anbetracht dessen kann die Klägerin ihr Leistungsvermögen aus rentenrechtlich relevanten Gründen nicht mehr in geldwerte Güter umsetzen. Doch beruht damit ihre Erwerbsunfähigkeit derzeit und in absehbarer Zukunft auf den ungünstigen Verhältnissen des Teilzeitarbeitsmarktes für weibliche Versicherte. Der Klägerin steht deshalb nur eine Erwerbsunfähigkeitsrente auf Zeit zu.

Fallbeispiel XV

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im August 1985 ist der Kläger 49 Jahre alt. Von 1950 bis 1952 hat er eine Lehre als Maler und Tüncher absolviert. Ein Nachweis über eine Abschlußprüfung liegt nicht vor. Von 1952 bis 1955 war er Nieter auf einer Schiffswerft. Von 1955 bis 1960 war der Kläger als Lagerarbeiter und von 1960 bis 1976 als Stapelfahrer beschäftigt. Danach war er wieder bis zum März 1977 als Lagerarbeiter tätig. Seither ist er arbeitslos. Eine im Februar 1981 begonnene Ausbildung in einer Übungswerkstatt zum Elektriker hat er aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben. Eine arbeitsärztliche Untersuchung im März 1981 ergab, daß dem Kläger leichte, körperliche Tätigkeiten vollschichtig zuzumuten waren.

Im August 1983 stellte der Kläger den Rentenanspruch wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit. Nach der Diagnosestellung des Sozialärztlichen Dienstes lehnt die Beklagte im November 1983 den Rentenanspruch mit der Begründung ab, daß das Leistungsvermögen des Klägers zwar durch eine anlagemäßige körperliche Minderbelastbarkeit, eine Neigung zu Bronchitis und Magenschleimhauterkrankungen sowie durch Krampfaderherabsetzung sei, ihm aber noch leichte körperliche Arbeiten vollschichtig zugemutet werden könnten. Als Beispiele nannte die Beklagte eine Tätigkeit als Lagerarbeiter oder Sortierer. Im Dezember 1983 wurde hiergegen Klage beim Sozialgericht erhoben.

Neben der Beiziehung der Befundberichte von den den Kläger behandelnden Ärzten hat das Gericht weiterhin Beweis erhoben durch ein internistisches Sachverständigen-Gutachten, im Januar 1985. Hiernach wurde der Kläger noch für fähig gehalten, zumindest leichte, gelegentlich auch mittelschwere körperliche Arbeiten zu ebener Erde ganztätig, d.h. acht Stunden täglich, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verrichten und z.B. als Pförtner, Parkwächter, Magazinverwalter, Werkzeugausgeber tätig zu sein. Ausgeschlossen sein sollten Arbeiten im Akkord, am Fließband und unter besonderem Zeitdruck. Empfohlen werden Tätigkeiten in witterungsgeschützten, wohltemperierten Räumen im Wechsel von Sitzen, Gehen und Stehen. Die Kammer hält das Gutachten für überzeugend. Der Kläger ist, da vollschichtig auf den gesamten Arbeitsmarkt der Bundesrepublik Deutschland verweisbar, demnach weder berufs- noch erwerbsunfähig. Die Klage wird abgewiesen.

Fallbeispiel XVI

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im November 1985 ist der Kläger 48 Jahre alt. Er hat eine Facharbeiter-

ausbildung nicht erhalten. Von 1953 an war er als Arbeiter in der Landwirtschaft und im Baugewerbe tätig. Von 1956 bis 1962 war er Soldat auf Zeit und danach von 1963 bis zu seiner Erkrankung im Baugewerbe als Kraftwagen-, Raupen- und Baggerfahrer beschäftigt; zuletzt war er von 1965 bis zu seiner Erkrankung im Jahre 1978 im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnis' in die Tarifgruppe III a des Baurahmentarifvertrages Bau (BRTV-Bau) eingruppiert. Seit September 1978 ist der Kläger durchgehend - von Phasen der Arbeitslosigkeit und kurzen Beschäftigungsversuchen abgesehen - arbeitsunfähig erkrankt. Der Kläger wurde 1978 und erneut 1980 wegen Wirbelsäulenschäden operiert. Den Rentenantrag stellte er im September 1978. Eine orthopädische Begutachtung und die Untersuchung des Sozialärztlichen Dienstes ergab folgende Diagnosen:

1. LWS - Syndrom bei Zustand nach Bandscheibenoperation 1978 und 1980, ohne neurologische Ausfälle
2. Vermehrte Verschleißerscheinungen in beiden Hüftgelenken
3. Wiederholtes HWS-Syndrom bei schmerzhaften Muskelverspannungen
4. Massives Übergewicht von 19 kg
5. Schwankender Bluthochdruck
6. Leichter Diabetes mellitus
7. Fettstoffwechselstörung
8. Leichter Leberzellschaden

Im Ergebnis wurde er nicht mehr für fähig gehalten, seine letzte Tätigkeit als Maschinist und Baggerführer auszuüben; wohl aber hielt der Arzt ihm vollschichtig sonstige leichte bis mittelschwere Arbeiten, in wechselnder Belastung, ohne Zwangshaltung, vorwiegend in geschlossenen Räumen und zu ebener Erde sowie ohne Zeitdruck für zumutbar. In dem ablehnenden Bescheid wurde der Kläger auf leichte Arbeiten mit Einschränkungen vollschichtig, z.B. als Warenprüfer, Warenaufmacher oder Montierer von Elektroarbeiten verwiesen.

Der Kläger legt zunächst Widerspruch ein. Vom Oktober bis November 1981 wird ein stationäres Heilverfahren bewilligt. Nach dem Entlassungsbericht ist der Kläger nach einer Schonzeit von sieben Tagen als arbeitsfähig anzusehen. Im August 1982 wird der Widerspruch zurückgewiesen. Im September 1982 wird beim Sozialgericht hiergegen Klage erhoben.

Das Gericht hat durch Einholung eines orthopädischen Sachverständigen-Gutachten Beweis erhoben. Im Ergebnis hielt der Sachverständige dem Kläger auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und in der bisherigen beruflichen Tätigkeit zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Leistungen mehr für zumutbar. Er schlug eine Berentung auf Zeit für die Dauer von zwei bis drei Jahren vor.

Von Februar bis März 1983 wird dem Kläger ein erneutes Heilverfahren bewilligt. Hieraus wurde er arbeitsfähig entlassen nach einer Schonzeit von sieben Tagen. Für zumutbar gehalten wurden vollschichtig leichte körperliche Arbeiten in wechselnder Körperhaltung in wohltemperierten Räumen, ohne Zeitdruck, Akkord oder Schichtdienst.

Das Gericht hat daraufhin eine Arbeitgeberauskunft eingeholt und ein neurochirurgisches Sachverständigen-Gutachten eingeholt. Auch dieser Sachverständige hielt den Kläger sowohl 1980 als auch zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung für fähig ganztags (8 Stunden) leichte bis allenfalls mittelschwere Tätigkeiten im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen zu verrichten.

Die Kammer des Gerichts schließt sich bei der Urteilsentscheidung diesem Gutachten an, da es sich gegenüber den anderen Gutachten auf eine ausführlichere und technisch anspruchsvollere medizinische Diagnostik stützt. Unter sorgfältiger Abwägung der beim Kläger zweifellos bestehenden - in der Computertomographie nachgewiesenen - krankhaften Anomalien an der Wirbelsäule, hat der Sachverständige dargetan, daß der Kläger trotz dieses pathologischen Befundes in der Lage ist, leichte Tätigkeiten auch ganztags zu verrichten.

Den Berufsschutz als Facharbeiter kann der Kläger nicht geltend machen. Nach der Arbeitgeberauskunft konnte die vom Kläger ausgeübte Tätigkeit nach der Tariflohngruppe IIIa (BRTV-Bau) auch von ungelerten Arbeitern nach längerer Einarbeitungszeit verrichtet werden. Der Kläger muß sich somit auf den gesamten Arbeitsmarkt der Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlin verweisen lassen. Die Klage wird abgewiesen.

Fallbeispiel XVII

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Jahr 1986 ist der Kläger 55 Jahre alt. Er hat von 1946 bis 1949 den Beruf des Dachdeckers erlernt und im Juni 1949 die Prüfung abgelegt. Danach war er bis Anfang 1983 im erlernten Beruf tätig. Ab Ende Januar 1983 war er, mit kurzen Unterbrechungen, arbeitsunfähig erkrankt. Das letzte Beschäftigungsverhältnis wurde Ende Oktober 1983 beendet. Seither ist der Kläger arbeitslos und bezog ab Ende März 1984 auch Leistungen von der Bundesanstalt für Arbeit. Den Rentenantrag stellt er im November 1983. Der Sozialärztliche Dienst diagnostiziert beim Kläger:

1. Coxarthrose beiderseits mit Funktionsminderung
2. Rezidivierendes HWS- und LWS-Syndrom
3. Arthrose beider Großzehengrundgelenke
4. Bluthochdruck

5. Übergewicht
6. Fettstoffwechselstörung.

Im Ergebnis wurde der Kläger für nicht mehr in der Lage befunden als Dachdecker zu arbeiten, es seien ihm aber noch leichte körperliche Arbeiten - mit weiteren Einschränkungen - vollschichtig zumutbar, z.B. als Lagerverwalter, Bürogehilfe oder Pförtner. Auf den daraufhin eingelegten Widerspruch im März 1984 erfolgte eine weitere orthopädische Sachverständigen-Begutachtung seitens des Rentenversicherungsträgers im Juni 1984. Dem Kläger sind danach noch leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten ganztägig zumutbar. Er könne als Lagerverwalter oder Magaziner in einer Großhandlung für Dachdeckerbedarf tätig sein. Hiergegen richtet sich die Klage beim Sozialgericht im Oktober 1984. Der Kläger macht geltend, zu Arbeiten mit wirtschaftlichem Wert nicht mehr in der Lage zu sein und in die von der Beklagten benannten Tätigkeiten nicht mehr vermittelt werden zu können.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Beiziehung der Befunde einer arbeitsamtsärztlichen Untersuchung vom März 1984, eines Allgemeinmediziners und eines Orthopäden jeweils vom Januar 1985. Darüber hinaus wurde ein weiteres orthopädisches Gutachten (Untersuchung im Dezember 1985) eingeholt. Der Sachverständige wurde aufgefordert, den Gesundheitszustand des Klägers ab dem Zeitpunkt der Rentenantragstellung (November 1983) zu beurteilen. Danach ist der Kläger im Ergebnis in der Lage, noch halb- bis untermittelschichtige, leichte körperliche Arbeiten zu verrichten, unter Vermeidung von besonderem Zeitdruck, häufigem Heben und Tragen von Lasten, häufigem Klettern oder Steigen sowie Tätigkeiten mit Absturzgefahr und in Exposition von Kälte und Nässe. Eine Tätigkeit als Dachdecker hält der Sachverständige nicht mehr für möglich, wohl aber Beschäftigungen als Lagerverwalter, Bürohilfe, Pförtner oder Telefonist.

Das Gericht erkennt dem Kläger eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Zeit zu. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist bei untermittelschichtig einsetzbaren Versicherten stets konkret zu prüfen, ob sie mit dem verbliebenen Leistungsvermögen in eine Arbeit hätten vermittelt werden oder würden vermittelt werden können. Der Teilzeitarbeitsmarkt ist - wie auch der Beklagten bekannt ist - im Bereich des hier zuständigen Arbeitsamtes für Versicherte, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, praktisch verschlossen. Dies wird auch dadurch bestätigt, daß der Kläger seit mehr als zwei Jahren arbeitslos geblieben ist. Der Kläger ist deshalb nicht mehr in der Lage, mit dem ihm verbliebenen Leistungsvermögen eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben oder auch nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit zu erzielen. Er ist deshalb erwerbsunfähig im Sinne des § 1247 Abs. 2 RVO.

Da diese Erwerbsunfähigkeit nicht ausschließlich auf gesundheitliche, sondern auch auf Arbeitsmarktgründe zurückzuführen ist, hat der Kläger lediglich Anspruch auf eine Versichertenrente wegen Erwerbsunfähigkeit auf Zeit.

Ein Anspruch auf eine Rente wegen Berufsunfähigkeit auf Dauer besteht nicht. Der Kläger kann den erlernten Beruf als Dachdecker nicht mehr ausüben. Die Frage, ob er aber nach Ablauf der Zeitrente wegen Erwerbsunfähigkeit in eine ihm sozial zumutbare (Teilzeit-) Tätigkeit vermittelt werden kann, in der er mit dem ihm verbliebenen Leistungsvermögen mindestens die sogenannte gesetzliche Lohnhälfte verdienen könnte, kann erst nach Ablauf der Zeitrentenfrist entschieden werden.

Diskussion:

Die Fallbeispiele XIV bis XVII dokumentieren Fälle, bei denen eine längere Zeit der Arbeitsunfähigkeit und/oder der Arbeitslosigkeit der Rentenantragstellung vorausgegangen sind.

Im Fallbeispiel XIV handelt es sich um einen typischen "Arbeitsmarktfall" einer 57jährigen ungelerten Arbeiterin. Im Alter von 54 Jahren wird sie arbeitsunfähig krank für eine Dauer von zwei Jahren und drei Monaten. Während dieser Zeit besteht ein formales Beschäftigungsverhältnis weiterhin. Danach ist sie arbeitslos. Während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit stellt sie mit 55 Jahren den Rentenantrag. Aufgrund des vorliegenden Krankheitsbildes, das sich nur schubweise verschlechtert, wird der Rentenantrag zunächst abgelehnt. Der Gerichts-Sachverständige projiziert in seiner Begutachtung das verbliebene Leistungsvermögen auf eine ganztägige Beschäftigung. Hierzu ist die Versicherte nicht mehr in der Lage. Sie muß sich aber noch auf Teilzeitarbeitsplätze verweisen lassen, die sie von ihrer Wohnung aus erreichen kann. Da aber keine entsprechenden Teilzeitarbeitsplätze vorhanden sind, steht ihr eine Erwerbsunfähigkeitsrente auf Zeit zu.

Anders stellt sich dies im Fallbeispiel XV dar. Seit seinem 14. Lebensjahr arbeitete der Versicherte in verschiedenen Beschäftigungsverhältnissen in ungelerten Tätigkeiten. Ab dem Alter von 44 Jahren ist er dauerhaft arbeitslos. Im Jahr der Urteilsentscheidung ist er bereits über acht Jahre ohne Beschäftigung. Dies wirkt sich auf die EU-Rentenbewil-

ligung in keiner Weise aus. Da der Versicherte keinen Berufsabschluß vorweisen kann und er vollschichtig auf den gesamten Arbeitsmarkt verweisbar ist, besteht kein Anspruch auf eine Rente. Die Vermittlung in eine tatsächliche Beschäftigung ist allein Aufgabe der Arbeitsverwaltung. Das entscheidende Kriterium besteht bei der Ablehnung des Antrags darin, daß der Versicherte keine zeitlichen Einschränkungen seines Leistungsvermögens aufweist.

Eine ähnliche Konstellation findet sich auch im Fallbeispiel XVI. Der Versicherte arbeitete seit seinem 16. Lebensjahr in überwiegend ungelernten Tätigkeiten. Im Alter von 41 Jahren erkrankt er und ist seitdem nahezu durchgehend arbeitsunfähig bzw. arbeitslos. Bis zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung hält dieser Zustand insgesamt sieben Jahre an. Trotz deutlich vorhandener Wirbelsäulenschäden wird er zur Verrichtung leichter vollschichtiger Tätigkeiten für fähig befunden. Er weist somit keine zeitliche Einschränkung seines Leistungsvermögens auf. Der Frage eines eventuell bestehenden Berufsschutzes aufgrund der tariflichen Eingruppierung kommt keine Bedeutung zu. Gemäß der Arbeitgeberauskunft hat der Versicherte überwiegend un- bzw. angelernte Tätigkeiten ausgeübt.

Das Fallbeispiel XVII hebt sich von den bisherigen Fällen dadurch hervor, daß der Versicherte über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt. Er hat mit 16 Jahren die Lehre als Dachdecker begonnen und in diesem Beruf ca. 34 Jahre kontinuierlich gearbeitet. Im Alter von 52 Jahren wird er arbeitsunfähig krank und schließlich arbeitslos. In diesem Alter stellt er den Rentenantrag. Bis zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung ist er bereits zwei Jahre und acht Monate arbeitslos. Die Sachverständigen-Gutachten auf orthopädischem Fachgebiet diagnostizieren deutliche und teilweise erhebliche Verschleißerkrankungen. Während die beiden Gutachter der Beklagten noch ein - mit Einschränkungen - vollschichtiges Leistungsvermögen des Versicherten feststellen, kommt der Gerichts-Sachverständige zum Resultat einer noch halb- bis unvollschichtigen Restarbeitsfähigkeit. Allein die zeitliche Verweisbarkeit ist schließlich für die Urteilsentscheidung relevant. Seinen erlernten Beruf kann der Versicherte nicht mehr ausüben. Die praktische Verschllossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes begründet den Anspruch auf eine EU-Rente auf Zeit. Erst danach - also nach Ablauf von drei Jahren - muß festgestellt werden, ob

er noch in eine ihm sozial zumutbare (Teilzeit-) Beschäftigung vermittelt werden kann. Es handelt sich hierbei somit um einen typischen Arbeitsmarktfall.

Die folgenden Fallbeispiele dokumentieren ebenfalls die Problemlage arbeitsloser Rentenantragsteller. Sie unterscheiden sich gegenüber den zuvor geschilderten Fällen durch eine zusätzliche psychiatrisch-neurologische Leistungsbeurteilung.

Fallbeispiel XVIII

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Jahr 1986 ist der Kläger 56 Jahre alt. Er hat keinen qualifizierten Beruf erlernt. Er war von 1948 bis 1960 in einer Ziegelei tätig und arbeitete danach als Kraftfahrer. Nach einem Vorderwandinfarkt im Dezember 1981 mußte er sich im Oktober 1982 einer sogenannten Bypaß-Operation unterziehen. Es folgten stationäre Rehabilitationsaufenthalte im Oktober/November 1982 und im Februar/März 1983. Ab Dezember 1981 ist der Kläger zunächst arbeitsunfähig und im Anschluß daran seit November 1983 arbeitslos. Im Januar 1983 stellte er den Rentenantrag wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit. Der Sozialärztliche Dienst diagnostizierte beim Kläger:

1. Aortokoronarer Venenbypaß wegen koronarer Dreifäßerkrankung und Zustand nach Vorderwandspitzeninfarkt Dezember 1981 (Operation Oktober 1982)
2. Thrombentfernung rechte Kranzarterie Oktober 1982.

Im Bescheid des Rentenversicherungsträgers (Beklagte) vom Juni 1983 werden darüber hinaus ein vorhandenes Übergewicht und degenerative Wirbelsäulenveränderungen ohne Funktionseinschränkungen aufgeführt. Der Kläger könne aber noch vollschichtig leichte körperliche Arbeiten - mit Einschränkungen - verrichten und z.B. als Etikettierer oder Materialausgeber tätig sein.

Die Klage gegen diesen Bescheid erfolgt im Juni 1983. Ein vom Gericht zum Beweis erhobenes medizinisches Sachverständigen-Gutachten bestätigt weitgehend den vorliegenden Krankheitsbefund. Es gelangt darüber hinaus zu der Auffassung, daß der Kläger nicht an einer Neurose leidet, der Krankheitswert mit der Folge zukommt, daß er nicht in der Lage ist, diese willensmäßig zu beherrschen. Der Kläger könne leichte Arbeiten vollschichtig verrichten und zwar entweder im Sitzen oder Wechsel von Sitzen und Stehen mit weiteren zusätzlichen Einschränkungen.

Das Gericht hat weiterhin ein psychologisches Gutachten zu der Frage eingeholt, ob der Kläger überhaupt noch in den Arbeitsprozeß eingegliedert werden könne. Im psychologischen Gutachten wurde aufgrund einer ambulanten Untersuchung im Januar 1986 beim Kläger eine schwere Depression vom Ausmaß einer endogenen Depression festgestellt. Die Einweisung in einen Arbeitsplatz wäre für den Kläger mit unzumutbaren psychischen Belastungen verbunden; eine Eingliederung in den Arbeitsprozeß erscheint nicht mehr möglich. Die Beklagte hat sich diese Leistungsbewertung nicht zu eigen gemacht und dagegen ausgeführt, daß die Diagnose einer Krankheit nicht Aufgabe eines Psychologen sei. Die psychologische Sachverständige (Dipl. Psych.) hat sich hierzu dahingehend geäußert, daß sich an dem Gutachten inhaltlich nichts ändern würde, auch wenn die Diagnose einer "major depression" nicht formuliert worden wäre.

In ihren Entscheidungsgründen folgt die Kammer des Sozialgerichts den Ausführungen des psychologischen Gutachtens. Gegenüber der Beklagten weist sie darauf hin, daß die Vorschrift von § 1247 Absatz 2 RVO keine Aussage darüber enthält, durch wen "Krankheit", "Gebrechen" oder "Schwäche der körperlichen oder geistigen Kräfte" festgestellt werden kann. Die Auffassung, daß die klinischen Psychologen generell solche Feststellungen nicht sollten treffen können, muß als überholt gelten. Es sei hierzu nur darauf verwiesen, daß im Rahmen der Delegation entsprechend qualifizierte Psychologen im Rahmen des Abrechnungssystems der gesetzlichen Krankenkassen an der Behandlung psychischer Erkrankungen beteiligt werden. Zur Überzeugung der Kammer ist nicht mehr nachvollziehbar, wieso ein mehr als über ein Jahrzehnt in einem psychiatrischen Krankenhaus tätiger klinischer Psychologe weniger geeignet sein sollte, durch Anamnese und Testdiagnostik die Diagnose einer psychischen Krankheit zu sichern, als ein arbeitsmedizinisch und psychosomatisch informierter und aufgeklärter Arzt auf dem Fachgebiet für Innere Krankheiten.

Dem psychologischen Gutachten wird seitens des Gerichts ein höherer Beweiswert zuerkannt. Darüber hinaus wird in der Urteilsbegründung darauf verwiesen, daß das psychologische Gutachten lediglich eine wissenschaftlich hinreichend gesicherte allgemeine Einsicht in die psychische Depravierung bei langjähriger Arbeitslosigkeit reflektiere. Sowohl die internationale als auch die deutschsprachige wissenschaftliche Literatur belege, daß mehrjähriger Arbeitslosigkeit (zumal wenn sie auf gesundheitlichen Einschränkungen beruht) eine auslösende Bedeutung für psychische Erkrankungen zuzumessen ist.

Der Kläger ist ab August 1983 infolge einer psychischen Störung von Krankheitswert nicht mehr in der Lage, eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit auszuüben

oder mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit zu erzielen und ist deshalb erwerbsunfähig.

Fallbeispiel XIX

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Mai 1987 ist die Klägerin 60 Jahre alt. Sie hat keinen Beruf erlernt. Von 1948 bis 1950 war sie als Näherin und seit 1966 bei der Deutschen Bundespost als Postzustellerin beschäftigt. Seit November 1984 ist sie arbeitsunfähig erkrankt. Von März bis April 1985 wurden medizinische Rehabilitationsmaßnahmen stationär bei ihr durchgeführt. Sie wurde von dort für voraussichtlich noch 8 Wochen arbeitsunfähig entlassen. Im Juli 1985 stellte sie den Renten Antrag. Der Sozialärztliche Dienst diagnostizierte bei der Klägerin:

1. Funktionelle Herzbeschwerden bei Zustand nach abgelaufener Perimyocarditis (Herzmuskelentzündung) (November 1984)
2. Rezidivierendes Halswirbelsäulen- und Lendenwirbelsäulen- Syndrom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule
3. Fettstoffwechselstörung
4. Vergrößerung der Schilddrüse
5. Geringes Krampfaderleiden.

Die Klägerin könne danach noch leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten vollschichtig, ohne besonderen Zeitdruck, ohne häufiges Heben, Tragen, Bewegen von Lasten, ohne überwiegend einseitige Körperhaltung, ohne Über-Kopf-Arbeiten und ohne Absturzgefahr verrichten. Unter Hinweis auf das verbliebene Leistungsvermögen lehnte der Rentenversicherungsträger den Antrag ab. Ebenfalls wurde der im September 1985 erhobene Widerspruch im Januar 1986 zurückgewiesen. Im Februar 1986 wird beim Sozialgericht die Klage erhoben. Im Laufe des Klageverfahrens wurde der Klägerin Altersruhegeld gemäß § 1248 Abs. 3 RVO (Frauenaltersruhegeld) seit Oktober 1986 gewährt. Zur Entscheidung steht nur die Bewilligung einer Rente wegen Erwerbsunfähigkeit ab dem Zeitpunkt der Renten Antragstellung im Juli 1985.

Das Gericht hat einen Befundbericht des Hausarztes sowie ein schriftliches internistisches Sachverständigen-Gutachten zum Beweis eingeholt. Nach diesem Gutachten sind vor allem die Auswirkungen der Herzerkrankung für das Leistungsvermögen der Klägerin ausschlaggebend. Demnach besteht bei der Klägerin ein Zustand nach Perimyocarditis (Herzmuskelentzündung) bei fortbestehender Einschränkung der Herzleistung und einer coronaren Herzerkrankung. Verstärkt werden die davon ausgelösten Beschwerden durch ein pseudo-neurasthenisches Syndrom bzw. Herzneurose, aufgrund dessen eine zwischenzeitlich

eingetretene Gesundheitsverbesserung in subjektiver Hinsicht nicht nachvollzogen werden kann, was einer proportionalen Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit entgegenwirkt. Vor allem diese subjektive Komponente führt zusammen mit der durch die Herzerkrankung ohnehin reduzierte Leistungsfähigkeit zum Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit. Das Gericht schließt sich dieser Beurteilung an. Die Klägerin ist erwerbsunfähig seit dem Zeitpunkt der Rentenantragstellung.

Fallbeispiel XX

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Juni 1986 ist die Klägerin 38 Jahre alt. Sie ist jugoslawische Staatsangehörige und lebt seit 1969 in der Bundesrepublik Deutschland. Einen Beruf hat sie nicht erlernt. Nach ihren Angaben ist sie in ihrem Heimatland keiner versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgegangen. Von 1969 bis 1982 war sie in verschiedenen ungelerten Tätigkeiten in der Bundesrepublik Deutschland beschäftigt gewesen. Den Rentenantrag stellt sie im Juli 1982. Der Sozialärztliche Dienst diagnostiziert bei der Klägerin:

1. Chronische Mittelohrentzündung links mit Schwerhörigkeit
2. Neurotische Fehlhaltung
3. Geringe Fehlstellung der Wirbelsäule mit endgradiger funktioneller Einschränkung der Halswirbelsäule.

Zum Leistungsvermögen wurde ausgeführt, die Klägerin könne noch vollschichtig leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne Zeitdruck verrichten. Eine zuvor durchgeführte nervenärztliche Untersuchung bestätigte dieses Leistungsvermögen anhand der Diagnose "hypochondrische Reaktion, rentenneurotische Fehlhaltung". Der Antrag wird vom Rentenversicherungsträger daraufhin abgelehnt. Gegen den gleichlautenden Widerspruchsbescheid vom Januar 1984 erhebt sie im Februar 1984 Klage beim Sozialgericht. Sie behauptet, aufgrund ihrer psychischen Erkrankung erwerbsunfähig zu sein.

Das Gericht hat durch Einholung zweier schriftlicher fachpsychiatrischer Sachverständigen-Gutachten Beweis erhoben. Gemäß dem zweiten im Jahr 1986 erstellten psychiatrischen Gutachten liegt bei der Klägerin ein Residualsyndrom als Folge einer endogenen Psychose bei zweimaligen akuten Phasen pro Jahr vor. Vor dem Hintergrund eines psychischen Bildes, das psychopathologisch dem Grenzbereich effektiver Psychosen und Schizophrenie zugeordnet werden kann, sind irreversible Affekt- und Antriebsveränderungen sowie Initiativverlust feststellbar. Hinzu kommt eine ohnehin schwache Primärbegabung gerade im intellektuellen Bereich.

Die Kammer des Gerichts folgt dieser Begutachtung vor allem deshalb, da die Anamneseerhebung und Untersuchung, im Unterschied zum zuvor vom Gericht eingeholten Gutachten, in der Heimatsprache der Klägerin erfolgt ist. Die Klägerin ist somit als erwerbsunfähig anzusehen. Der Versicherungsfall ist im Juli 1985 eingetreten.

Fallbeispiel XXI

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im November 1985 ist die Klägerin 51 Jahre alt. Eine Berufsausbildung hat sie nicht erhalten. Von 1948 bis 1981 war sie als Arbeiterin, Hausgehilfin und Reinemachefrau tätig. Im letzten Beschäftigungsverhältnis arbeitete sie als Maschinensbedienerin. Seit Januar 1982 ist sie arbeitslos.

Die Klägerin ist alkoholkrank mit körperlichen Folgeschäden; eine krankhafte Veränderung der Leber ist seit 1971 diagnostiziert. Eine arbeitsamtsärztliche Untersuchung vom Februar 1982 ergab, daß die Klägerin noch leichte Frauenarbeit vollschichtig würde verrichten können. Im März 1983 stellt sie den Rentenantrag.

Nach der Untersuchung des Sozialärztlichen Dienstes lehnt der Rentenversicherungsträger den Antrag ab mit der Begründung, daß das Leistungsvermögen der Klägerin zwar durch einen chronischen Leberschaden mit mäßigen Aktivitätszeichen, eine nervöse Fehlhaltung mit Neigung zu erhöhten Blutdruckwerten, hormonellen Ausfallzeichen, Kalkeinlagerungen der Bauchspeicheldrüse, Diabetes mellitus, Wirbelsäulenfehlhaltung und Verschleißerkrankung, Narbe nach operativer Entfernung der Gebärmutter, leichte Krampfaderbildung ohne frische Entzündungszeichen, Anaemie und Fettstoffwechselstörungen, Pilzkrankung an den Zehennägeln sowie durch Brille ausgeglichene Fehlsichtigkeit beeinträchtigt sei, der Klägerin aber noch leichte Frauenarbeiten mit Einschränkungen vollschichtig zugemutet werden könnten.

Der hiergegen eingelegte Widerspruch wurde im November 1983 zurückgewiesen. Die Klage wurde im Dezember 1983 beim Sozialgericht erhoben. Die Klägerin ist der Ansicht, zu keiner Arbeitsleistung mehr in der Lage zu sein. Das Gericht hat zunächst Beweis erhoben durch ein internistisches Sachverständigen-Gutachten. Festgestellt wurde, daß der Leberschaden eine toxische Hepatitis mit beginnendem cirrhotischen Umbau darstelle, der durch Alkoholmißbrauch verursacht würde. Der Sachverständige hat von einer gesicherten neurotischen Rentenfixation gesprochen, die die Klägerin aus eigener Kraft nicht überwinden könne.

Daraufhin holte das Gericht ein weiteres psychiatrisches Sachverständigen-Gutachten im Juli 1985 ein. Der

Sachverständige führte aus, daß bei der Klägerin ein chronischer Alkoholismus und eine alkoholische Polyneuropathie mit Gang- und Gleichgewichtsstörungen sowie eine beginnende Alkoholdemenz mit Wesensänderung (Depravationssyndrom), permanent auftretende Alkoholintoxikationszustände und in kurzen Abständen auftretende prädelirante Zustandsbilder vorliegen. Diese Krankheiten könne die Klägerin willensmäßig nicht beherrschen und die Hemmungen, die einer Arbeitsaufnahme entgegenstehen, aus eigener Kraft nicht überwinden. Die Klägerin könne demnach auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seit März 1983 keinerlei Tätigkeiten mehr verrichten. Neben den internistischen Befund ist somit zusätzlich von einer psychischen Erkrankung auszugehen. Die Klägerin ist, da keine Aussicht besteht, den psychischen und somatischen Gesundheitszustand der Klägerin in absehbarer Zeit zu bessern, auf Dauer erwerbsunfähig.

Fallbeispiel XXII

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Mai 1987 ist der Kläger 50 Jahre alt. Er ist türkischer Staatsangehöriger und hat nach eigenen Angaben von 1953 bis 1963 in der Türkei als Zimmermann gearbeitet. Beiträge zur Sozialversicherung hat er nicht geleistet. Seit Januar 1964 lebt er in der Bundesrepublik Deutschland und arbeitete zunächst bis 1967 als Bahngleisarbeiter, von 1967 bis 1972 als Zimmermann, von 1972 bis 1975 als Dreher, von 1975 bis 1981 als Presser in der Ölfabrik und in der Zeit vom September 1981 bis Oktober 1982 als Presser in einer Schreinerei. Seitdem ist er arbeitslos.

Im Februar 1985 beantragte der Kläger erneut die Gewährung von Versichertenrente wegen Erwerbsunfähigkeit, nachdem eine entsprechende Klage beim Sozialgericht Wiesbaden durch Urteil vom November 1984 abgewiesen worden ist. Ein nervenärztliches Gutachten, das von der Beklagten im Juli 1985 veranlaßt wurde, kommt zu dem Ergebnis, daß beim Kläger eine neurotische Fehlentwicklung mit hypochondrischer Klagsamkeit vorläge, aufgrund derer er noch zur vollschichtigen Verrichtung leichter bis mittelschwerer körperlicher Arbeit, ohne Zeitdruck und ohne Absturzgefahr in der Lage sei. Nach Auffassung der Beklagten könne der Kläger noch als Warensortierer oder Pfortner tätig sein. Dagegen wird im September 1985 Klage erhoben.

Der Kläger trägt vor, infolge einer schweren depressiven psychischen Erkrankung erwerbsunfähig zu sein. Durch seine langjährige Arbeitslosigkeit werde sowohl seine Depression als auch seine Somatisierung ständig verschlimmert. Keinesfalls sei er als Rentenneurotiker anzusehen.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines nervenärztlichen Sachverständigen-Gutachten sowie eines weiteren, auf Antrag des Klägers erstellten Gutachtens der gleichen Fachrichtung des ihn behandelnden Arztes. Beide Gutachter kommen zu weitgehend übereinstimmenden Diagnosen. Nach einer ambulanten neurologischen, psychiatrischen und psychosomatischem Untersuchung diagnostizierte der vom Gericht bestellte Gutachter neben Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet beim Kläger eine schwerwiegende psychogene depressive Entwicklung nach narzistischer Kränkung wie Arbeitsplatzverlust, wiederholten Operationen, körperlichen Erkrankungen bei Hinzutreten sprachlicher und soziokultureller Probleme. Die neurologische Untersuchung ergab im wesentlichen einen negativen Neurostatus. Insgesamt wird die Stimmungslage des Klägers mit depressiv und verdrängten aggressiven Impulsen und deutlicher Antriebshemmung beschrieben. Im weiteren weist das Gutachten nach, daß die zahlreichen Operationen, somatischen Maßnahmen und Behandlungen das Entstehen einer konversionsneurotischen Entwicklung mit hypochondrischer Komponente gefördert haben. Konversionsneurose vor allem deswegen, weil der Kläger lebensgeschichtlich bedingte Konflikte und Probleme aus dem Bewußtsein verdrängt hat, was im Rahmen des psychosomatischen Wechselspielgeschehens zur weiteren Somatisierung führt. In neurosenpsychologischer Sicht haben die lebensgeschichtlichen Ereignisse und alltäglichen subjektiven und objektiven Kränkungen nach Ansicht des Sachverständigen Frustration, Haßgefühle und aggressive Impulse mobilisiert, die der Kläger zum Teil gegen sich selbst wendet. Gerade diese neurotische Grunderkrankung hat nach den Ausführungen des Sachverständigen Krankheitswert, da der Kläger sie aus eigener Kraft nicht überwinden kann. Auf der Grundlage der multiplen körperlichen Beschwerden und der ungewissen sozialen Situation können die Hemmungen, die einer Arbeitsaufnahme entgegenstehen, nicht aus eigener Kraft überwunden werden. Gegenüber dem Gutachten von seiten des Rentenversicherungsträgers (Beklagte) wird vom gerichtlich bestellten Gutachter betont, daß die Diagnose einer neurotischen Fehlentwicklung mit hypochondrischer Klagsamkeit nicht begründet und den lebensgeschichtlichen Ereignissen keine Bedeutung beigemessen wurde. Als Folge der konversionsneurotischen Erkrankung ist der Kläger erwerbsunfähig.

Fallbeispiel XXIII

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Dezember 1985 ist der Kläger 32 Jahre alt. Er ist gelernter Bäcker. Nach der Abschlußprüfung im August 1970 hat er bis Juni 1976 im erlernten Beruf gearbeitet. Danach war er bis Ende Dezember 1978 arbeitslos bzw. krank. Zuletzt arbeitete er ab Januar 1979 als Verputzerhelfer. Der Klä-

ger ist von Geburt an durch eine Mißbildung des linken Oberarmes (sogenannte Erb'sche Lähmung) behindert. Im Juli und Oktober 1979 mußte er zunächst wegen eines Blasenkarzinoms und wegen einer sogenannten Sphinktersklerose operiert werden. Der Kläger ist seit dieser Zeit arbeitsunfähig krank und leidet an Miktionsbeschwerden (Harnlassen). Ein Heilverfahren wurde im Mai und Juni 1980 durchgeführt. Der Kläger wurde mit den Entlassungsdiagnosen: "Rez. Blasenkarzinom, Rez. Harnwegsinfektionen sowie angeborene Schulter-Arm-Lähmung links, Nackenmyalgien und vegetative Labilität" als arbeitsunfähig entlassen. Den Antrag auf Rente stellt der Kläger im Januar 1981. Der Sozialärztliche Dienst diagnostizierte bei dem Kläger:

1. Harninkontinenz mit wesentlicher Beeinträchtigung nach rezidivierender transurethraler Resektion Juli 1979, papilläres Blasenkarzinom, Oktober 1979 gutartiges Papillon; bisher kein Anhalt für Rezidiv.
2. Erb'sche Lähmung links mit praktischer Gebrauchsfähigkeit des linken Armes, z. Zt. schmerzhaftes HWS und BWS- Syndrom mit wesentlicher Funktionseinschränkung
3. Z. Zt. Gebißsanierung
4. Dringender Verdacht auf chronische Otitis media (Mittelohrentzündung) links.

Die diagnostizierende Ärztin des Sozialmedizinischen Dienstes hielt dem Kläger keine regelmäßigen Arbeiten von wirtschaftlichem Wert für zumutbar und empfahl eine urologische Begutachtung nach zwei Jahren. Nach weiteren Ermittlungen des Prüfarztes der Beklagten revidierte die Ärztin im November 1981 ihre Bewertung des Leistungsvermögens beim Kläger. Die Beklagte veranlaßte daraufhin eine nervenärztliche Begutachtung. Im September 1982 wurde beim Kläger diagnostiziert:

1. Geburtstraumatische Erb'sche Lähmung
2. Neurotische Fehlhaltung.

Im Ergebnis ist der Kläger fähig, leichte bis mittelschwere Arbeiten vollschichtig zu verrichten. Mit Bescheid vom November 1982 lehnte die Beklagte daraufhin den Rentenanspruch mit der Begründung ab, daß das Leistungsvermögen des Klägers zwar durch eine geburtsbedingte Teillähmung des linken Armes, die Neigung zu Gewebsneubildungen der Harnblase, einer möglicherweise vorliegenden chronischen Mittelohrentzündung und durch eine seelische Fehlhaltung eingeschränkt sei, ihm aber noch vollschichtig leichte körperliche Arbeiten zuzumuten seien und er damit die gesetzliche Lohnhälfte verdienen könne. Der Widerspruchsbescheid des Klägers wurde im August 1983 zurückgewiesen.

Im September 1983 reicht der Kläger beim Sozialgericht die Klage ein. Er macht geltend, seinen erlernten Beruf aus gesundheitlichen Gründen aufgeben zu haben und

eine Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr finden zu können.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Beiziehung der den Kläger betreffenden Schwerbehinderten-Akte, durch Befundberichte der den Kläger behandelnden Ärzte sowie durch ein medizinisches Sachverständigen-Gutachten auf internistischem Fachgebiet. Der internistische Sachverständige hielt dem Kläger leichte bis mittelschwere Arbeiten für zumutbar. Zur Abklärung der Frage, ob der Kläger noch arbeiten könne, empfahl der Sachverständige ein psychologisches oder psychiatrisches Gutachten.

Ein diesbezügliches Gutachten wurde vom Gericht veranlaßt.

Auf Grund der Untersuchung vom Mai 1985 wurde beim Kläger neben den bereits aufgeführten Erkrankungen eine schwere chronifizierte Depression auf dem Boden einer neurotischen Fehlentwicklung sowie eine geringe intellektuelle Ausstattung diagnostiziert. Der Arzt hielt den Kläger nicht mehr für fähig, seit Januar 1981 einer regelmäßigen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Eine Arbeitsaufnahme wäre für den Kläger mit einer nicht zumutbaren psychischen Belastung verbunden.

Die Kammer folgt bei ihrer Entscheidung den vom Gericht veranlaßten Sachverständigen-Gutachten. Bereits der Gutachter auf internistischem Sachgebiet hat dargetan, daß es beim Kläger infolge der mehrfachen Blasenoperationen zu erheblichen Störungen in der Funktion der Blase und zu wiederkehrenden Entzündungen gekommen ist, worunter der Kläger außerordentlich leidet. Hinzu kommen Ängste vor einem Rückfall, für die es aus der Sicht somatischer Medizin keinen ausreichenden Grund gibt. Bereits in diesem Gutachten wird erkannt, daß beim Kläger eine ausgeprägte reaktive depressive Verstimmung vorliegt, die nicht nur Arbeitswilligkeit, sondern auch Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt.

Unter Berücksichtigung dieser bereits vom Internisten recht gut gegebenen Umschreibung des psychischen Krankheitsbildes beim Kläger ist für die Kammer das psychiatrische Sachverständigen-Gutachten von ausschlaggebender Bedeutung. Der Sachverständige hat Intelligenz und psychisches Leistungsvermögen des Klägers testen lassen und seine Beurteilung auf eine ausführliche Sozialanamnese gestützt. Die gegenüber dem Gutachten von seiten der Beklagten vorgebrachten Einwände vermögen die Kammer nicht zu überzeugen. Die Aussage, es liege eine "neurotische Fehlhaltung" beim Kläger vor, ist im Rahmen eines nervenärztlichen Gutachtens erfolgt, das den Standards, die heute für eine psychiatrische Exploration mit testdiagnostischer Unterstützung angelegt werden, nicht genügt. Der Sachverständige der Beklagten hat auf eine Testdiagnostik vollständig verzichtet. Demgegenüber finden sich deutlich abwertende Formulier-

rungen ("eine erhebliche neurotische Fehlhaltung ... eingeschlichen"). Dies ist kein wissenschaftlicher Sprachgebrauch; der Sachverständige gibt auch keinerlei Anhaltspunkte dafür, worauf er seine Zuschreibungen stützt und weshalb er den psychischen Beeinträchtigungen keinen Krankheitswert beimißt.

Die Kammer folgt dem von ihr zum Beweis erhobenen neurologisch-psychiatrischen Sachverständigen-Gutachten auch deshalb, weil dort darauf hingewiesen wird, daß bei früheren somatisch-medizinischen Untersuchungen und Begutachtungen (vor allem auch auf urologischem Fachgebiet), die weiter bestehenden Folgekrankheiten wie Nykturie (vermehrtes nächtliches Wasserlassen), Dysurie (erschwerter schmerzhafter Harnentleerung) sowie Harninkontinenz nicht ausreichend gewürdigt wurden und insbesondere der Beitrag, den diese für die Chronifizierung des psychischen Leidens leisteten, nicht ausreichend gewürdigt wurde. Die Kammer verkennt nicht, daß für die schwierige Beurteilung und Bewertung psychischer Leiden, wie die Beklagte schreiben läßt, "strenge Maßstäbe" anzulegen sind. Diese auch in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Ausdruck kommende Position darf andererseits nicht dazu führen, massive psychische Beeinträchtigungen (die, wie im vorliegenden Fall, auch als Folge einer lebensbedrohenden somatischen Erkrankung gedeutet werden) mit einem pauschalen und undifferenzierten Verdacht auf Aggravation zu bagatellisieren.

Der Gerichts-Sachverständige hat die Entstehung und Ausprägung der psychischen Krankheit des Klägers aus einer sorgfältigen Anamnese der Lebensgeschichte und der Krankheitsgeschichte ab 1979 hergeleitet. Diese Ausführungen sind für die Kammer nachvollziehbar und einleuchtend. Sie tragen die Leistungsbewertung, derzufolge dem Kläger ab Januar 1981 eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß wegen einer neurotischen Depression von Krankheitswert nicht zugemutet werden konnte. Der Kläger ist deshalb ab Februar 1981 erwerbsunfähig.

Diskussion:

Die Gemeinsamkeit der Fallbeispiele XVIII bis XXIII ist in dem Umstand zu sehen, daß neben dem organischen Befund auch eine psychiatrische Bewertung der Leiden in die Urteilsentscheidung einfließt.

Fallbeispiel XVIII beschreibt einen Versicherten, der überwiegend ungerlernt beschäftigt war. Einen qualifizierten Beruf hat er nicht erlernt. Die arbeitsbiographischen Angaben im Urteil sind für eine diesbezügliche Beschreibung nicht

ausreichend. Lediglich im vom Gericht beschriebenen psychologischen Gutachten findet sich ein Hinweis auf eine 17jährige Tätigkeit als Kraftfahrer. Im Alter von 51 Jahren erleidet der Versicherte einen Herzinfarkt. Mit 53 Jahren setzt die Arbeitslosigkeit ein. Zu diesem Zeitpunkt stellt er den Rentenanspruch. Nach der Auffassung der Beklagten ist er nach entsprechender Behandlung vollschichtig mit Einschränkungen verweisbar. Ein psychiatrischer Befund liege nicht vor. Dem widerspricht das vom Gericht veranlaßte psychologische Gutachten mit dem Hinweis auf eine "seit jeher depressive Persönlichkeitsstruktur" des Versicherten. In Verbindung mit dem subjektiv empfundenen Verlust einer Arbeitsfähigkeit überhaupt, infolge einer Arbeitslosigkeitsdauer von ca. drei Jahren, bestehe eine "psychische Beeinträchtigung von Krankheitswert". Dem schließt sich das Gericht in der Urteilsbegründung an. Auffällig an diesem Fall ist, daß offenbar weniger die Tatsache eines erlittenen Herzinfarktes als vielmehr die dadurch ausgelöste Arbeitslosigkeit des Versicherten für die psychische Erkrankung von Bedeutung ist. In seinen Entscheidungsgründen weist das Gericht ausführlich auf den sozialwissenschaftlichen und epidemiologischen Forschungsstand zum Zusammenhang psychischer/psychiatrischer Erkrankungen mit Arbeitslosigkeit hin.

Im Fallbeispiel XIX liegt hinsichtlich des Krankheitsbefundes ebenfalls eine Herzerkrankung vor. Hierbei handelt es sich um eine Versicherte, die zum Zeitpunkt der Klage bereits ein Frauenaltersruhegeld bezieht. Vom Zeitpunkt der EU-Rentenanspruchstellung bis zur Urteilsentscheidung vergehen fast zwei Jahre. Den Rentenanspruch stellt sie im Alter von 58 Jahren. Ihre Arbeitsbiographie weist u.a. eine etwa 18jährige Tätigkeit als Postzustellerin bei der Deutschen Bundespost aus. Im Alter von 58 Jahren erkrankt sie an einer Entzündung im Bereich des Herzmuskels und ist seit dem arbeitsunfähig erkrankt. Der vom Gericht bestellte internistische Sachverständige sieht die Einschränkungen des Leistungsvermögen der Versicherten vor allem durch die Auswirkungen der Herzkrankheit verursacht. Die subjektive Beschwerdesymptomatik wird dabei auf das Vorliegen einer Herzneurose zurückgeführt. Obwohl eine objektive Verbesserung des Herzleidens feststellbar ist, steht dem die subjektive Bewertung durch die Versicherte entgegen. Einer zusätzlichen nervenärztlichen Stellungnahme hierzu bedarf es nicht. Aufgrund dieses Sachverhalts befindet das Gericht

die Versicherte für erwerbsunfähig für die Zeit vom Eintritt des Versicherungsfalles bis zum vorgezogenen Altersruhegeldbezug.

Das Fallbeispiel XX dokumentiert den Fall einer 39jährigen ungelerneten Arbeiterin. Seit ihrem 22. Lebensjahr lebt die jugoslawische Staatsangehörige in der Bundesrepublik Deutschland. Im Alter von 35 Jahren stellt sie den Rentenanspruch. Die Beklagte stellt durch eine nervenärztliche Untersuchung die Diagnose "hypochondrische Reaktion, rentenneurotische Fehlhaltung" und lehnt den Antrag ab. In diesem Fall hat das Gericht zwei fachpsychiatrische Gutachten eingeholt. In seiner Entscheidung folgt es nur einem, da im anderen Falle das Gutachten nicht durch den beauftragten Sachverständigen erstellt worden ist. Das Gutachten bescheinigt bei der Versicherten ein Residualsyndrom infolge einer endogenen Psychose. Hierbei handelt es sich um eine willensmäßig nicht beherrschbare Erkrankung. Im Unterschied zu den anderen erfolgten Begutachtungen ist diese Feststellung durch eine Untersuchung in der Heimatsprache der Versicherten erhoben worden. Dieser Fall zeigt die Notwendigkeit einer eingehenden Exploration bei der Ermittlung vorliegender psychiatrischer Krankheiten. Wie die Ablehnung durch den von der Beklagten beauftragten Nervenarzt deutlich macht, wird, ohne im ausreichenden Maße - allein schon unter Berücksichtigung der sprachlichen Darstellungsmöglichkeiten - auf die Versicherte einzugehen, auf Aggravation geschlossen. Dies mag als typisch für die Bewertung von Erkrankungen angesehen werden, die auf keinem organisch feststellbarem Befund beruhen.

Im Fallbeispiel XXI handelt es sich um eine alkoholkrankte Versicherte. Sie hat insgesamt 34 Jahre lang verschiedene ungelernete Tätigkeiten verrichtet. Im Alter von 48 Jahren wird sie arbeitslos, und ein Jahr darauf stellt sie den Rentenanspruch. Ein Leberschaden infolge ihrer Alkoholkrankheit wird bei ihr im Alter von 37 Jahren diagnostiziert. Gemäß dem internistischen Gerichts-Sachverständigen Gutachtens ist sie noch in der Lage, leichte bis mittelschwere Arbeiten zu verrichten, dem steht allerdings eine durch die Versicherte aus eigener Kraft nicht überwindbare "neurotische Rentenfixation" entgegen. Der psychiatrische Sachverständige weist auf verschiedene, mit der Alkoholkrankheit zusammenhängende Krankheitsbilder hin, die

willensmäßig von der Versicherten nicht beherrschbar sind. Aus diesen Gründen ist sie erwerbsunfähig.

Das Fallbeispiel XXII beschreibt den Fall eines 50 Jahre alten ungelernten Arbeiters türkischer Staatsangehörigkeit. Ab dem Alter von 27 Jahren lebt er in der Bundesrepublik und arbeitet kontinuierlich in verschiedenen Beschäftigungsverhältnissen rund 18 Jahre lang. Im Alter von 45 Jahren wird er arbeitslos. Ein erster Rentenantrag wird im Klageverfahren abgelehnt. Der Versicherte ist zu diesem Zeitpunkt 47 Jahre alt. Im darauffolgenden Jahr stellt er erneut einen Antrag. Im nervenärztlichen Gutachten der Beklagten wird ihm "neurotische Fehlentwicklung" und "hypochondrische Klagsamkeit" diagnostiziert. Auf der Grundlage von zwei weiteren, durch das Gericht eingeholten nervenärztlichen Gutachten wird bei dem Versicherten eine konversionsneurotische Erkrankung festgestellt, die sich aus seiner lebensgeschichtlichen Entwicklung heraus ergibt. Dabei wird ein deutliches psycho-/somatisches Wechselverhältnis beschrieben, welches u.a. durch sprachliche und soziokulturelle Probleme verstärkt wird. Diese neurotische Grunderkrankung hindert den Versicherten an einer Arbeitsaufnahme. Aus diesem Grunde ist er erwerbsunfähig. Dieses Fallbeispiel macht m.E. die besonderen Schwierigkeiten der Beurteilung psychischer Krankheiten, die auf keinem organischen Befund beruhen, deutlich. Der für den Sozialrichter bestehende Spielraum, verschiedene Gutachten desselben Fachgebietes für die Urteilsfindung heranzuziehen, eröffnet gerade in derartigen Fällen die Möglichkeit des Abwägens verschiedener wissenschaftlich begründeter Auffassungen.

Der Versicherte im Fallbeispiel XXIII ist 32 Jahre alt. Er ist von Geburt an behindert. Nach sechsjähriger Tätigkeit im erlernten Beruf als Bäcker wird er, im Alter von 23 Jahren, arbeitslos bzw. krank für die Dauer von 2 1/2 Jahren. Danach nimmt er eine Tätigkeit als Verputzerhelfer an, die er etwa ein halbes Jahr ausübt. Er wird dann wegen eines Blasenkarzinoms operiert. Mit 28 Jahren stellt er den Rentenantrag. Dieser wird u.a. mit dem Hinweis auf eine "neurotische Fehlhaltung" des Versicherten vom Rentenversicherungsträger abgelehnt. Nach orthopädischem Befund und einem vom Gericht veranlaßten internistischen Sachverständigen-Gutachten ist der Versicherte vollschichtig mit Einschränkungen verweisbar. Zur weiteren Leistungsbeurteilung wird ein psychiatrisch-neurologisches Gutachten veranlaßt.

Neben dem Vorliegen einer schweren chronifizierten Depression leidet der Versicherte demgemäß vor allem unter der Angst auftretender Harninkontinenz infolge der Blasenoperation. Dieses psychische Krankheitsbild hindert den Versicherten an der Arbeitsaufnahme. Er ist daher erwerbsunfähig. Dieses Beispiel verdeutlicht den Zusammenhang zwischen körperlicher Behinderung bzw. Beeinträchtigung und der psychischen Reaktionsweise. Der Versicherte ist seit seiner Geburt sichtbar behindert, was vermutlich schon frühzeitig zu einer depressiven Stimmungslage geführt hat. Das Auftreten von Harninkontinenz bzw. die Angst davor verstärkt bei dem noch nicht einmal 30jährigen Versicherten das psychische Krankheitsbild dermaßen, daß er zu einer Arbeitsaufnahme nicht mehr in der Lage ist.

Das letzte Fallbeispiel soll dazu dienen, die Bedeutung des Alters eines Versicherten ebenfalls im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit bei einem EU-Rentenverfahren zu verdeutlichen.

Fallbeispiel XXIV

Zum Zeitpunkt der Urteilsentscheidung im Juli 1989 ist der Kläger 58 Jahre alt. Er ist jugoslawischer Staatsbürger. Er war in seinem Heimatland von 1947 bis Juli 1968 als Schlosser und Schweißer sozialversicherungspflichtig beschäftigt. In dieser Zeit hat er von 1959 bis 1961 auf einer Werft eine Ausbildung zum Schweißer erworben. 1968 übersiedelte er in die Bundesrepublik, wo er bis 1986 als Montagearbeiter, Schweißer und Schlosser tätig war. Zuletzt war er zusammenhängend von Mai 1979 bis September 1980 und von März 1981 bis September 1982 bei einer Firma als Schlosser tätig; vom März 1976 bis Mai 1979 war er bei einer anderen Firma als Schweißer tätig und zuletzt war er auf verschiedenen Arbeitsstätten für eine Leiharbeitsfirma als Montageschlosser, Schweißer und Sanitär- und Heizungsbauhelfer sowie als Lager- und Produktionshelfer tätig. Im Jahre 1982 wurde der Kläger wegen eines Wirbelsäulenleidens in einer orthopädischen Klinik stationär behandelt. Im Mai 1986 wurde ein Herzinfarkt und eine coronare Zweigegefäßkrankheit diagnostiziert. Im Anschluß an die stationäre Behandlung war der Kläger von Juli bis August 1986 in einer Kurklinik; dort wurde er als zunächst bis Oktober 1986 arbeitsunfähig entlassen; anschließend wurden ihm leichte bis mittelschwere Arbeiten ganztägig zugemutet. Im Oktober 1986 stellt er den Rentenanspruch.

Nach Untersuchung des Sozialärztlichen Dienstes lehnte die Beklagte im Januar 1987 den Rentenantrag mit der Begründung ab, das Leistungsvermögen des Klägers sei zwar durch einen Zustand nach Herzinfarkt, coronare Zweigefäßkrankheit, Halswirbelsäulen- und Lendenwirbelsäulenverschleiß bei Wirbelsäulenverbiegung, Zustand nach Leistenbruchoperation, Teilversteifung des linken Zeige- und Mittelfingers und eine chronische Bronchitis beeinträchtigt. Der Kläger könne aber noch leichte körperliche Arbeiten ganztags verrichten, zu ebener Erde, ohne besonderen Zeitdruck, ohne häufiges Bücken und ohne Zwangshaltung.

Hiergegen wendet sich der Kläger mit der im Februar 1987 beim Sozialgericht eingegangenen Klage. Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung von Arbeitgeberskizzen und eines internistischen Sachverständigen-Gutachtens. Beim Kläger wird diagnostiziert:

1. Funktionell kompensierte koronare Zweigefäß-krankung nach Herzinfarkt 1986
2. Rezidivierender Atemwegsinfekt mit zeitweiliger Bronchitis
3. Degeneratives Wirbelsäulensyndrom bei mäßiger Fehlstellung
4. Leichte normochrome Anämie.

Im Ergebnis hält der Sachverständige den Kläger für fähig, leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten ganztags zu verrichten. Mit diesem Leistungsvermögen ist der Kläger aber nicht berufsunfähig. Zur Überzeugung der Kammer sind dem Kläger zwar Tätigkeiten als Schlosser, Schweißer und Montagehelfer nicht mehr zuzumuten. Der Kläger war aber jedenfalls von Oktober 1986 bis Mai 1989 noch in der Lage, mit dem verbliebenen Leistungsvermögen in einer zumutbaren Verweisungstätigkeit die sogenannte gesetzliche Lohnhälfte zu verdienen.

Die Ausbildung, die der Kläger in seinem Heimatland zum Schweißer bzw. Schmelzschweißer erhalten hat, entspricht nicht der Berufsausbildung als Schweißer bzw. Schmelzschweißer mit staatlich anerkannter Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. Der Kläger kann demnach lediglich der Gruppe der Versicherten zugerechnet werden, die durch eine Ausbildung von bis zu zweijähriger Dauer charakterisiert ist. Nach der Rechtsprechung ist die Verweisung auf Tätigkeiten in der nächst niedrigeren Gruppe zumutbar. Der Kläger mußte sich deshalb ab Oktober 1986 auf sämtliche Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes der Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlin verweisen lassen. Die Ablehnung des Rentenantrags durch die Beklagte im Januar 1987 ist somit zu Recht erfolgt.

Insoweit unterscheidet sich dieses Urteil zunächst nicht von der üblichen Rechtsprechung. Die Kammer des

Sozialgerichts geht aber in ihrer Entscheidung hierüber hinaus, in dem sie dem Kläger ab Juni 1989 den Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente zuerkennt. In ihrer Begründung weist sie darauf hin, daß seit der Grundsatzentscheidung des Großen Senats des Bundessozialgerichts zur konkreten Betrachtungsweise sich das Ausmaß der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik zu einem nicht vorhergesehenen dauerhaften Massenphänomen entwickelt hat. Neuere arbeitsmarkttheoretische und empirische Einsichten über die Funktionsweise des Arbeitsmarktes und von Teilarbeitsmärkten lassen ein Überdenken der vor nun mehr als 13 Jahren formulierten grundsätzlichen Positionen unerläßlich erscheinen.

Im einzelnen geht die Kammer von folgenden Erwägungen aus:

Nach dem Wortlaut des § 1247 Absatz 2 RVO ist derjenige erwerbsunfähig, der infolge von Krankheit oder anderer Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte eine Erwerbstätigkeit ... nicht mehr ausüben kann oder weniger als geringfügige Einkünfte aus seiner Erwerbstätigkeit erzielen kann. Damit ist nicht ausgeschlossen, daß auch andere als nur Gesundheitsfaktoren als (mit-)ursächlich bezüglich des Unvermögens, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, Berücksichtigung finden dürfen. Nichts anderes hat der Große Senat in seinen Entscheidungen aus den Jahren 1969 und 1976 im Übergang von der abstrakten zur konkreten Betrachtungsweise getan. Neuere sozialpolitische theoretische Überlegungen wie empirische Untersuchungen legen nahe, die Trennung der Risikobereiche "Arbeitsmarkt/Arbeitslosigkeit" einerseits und "Invalidität" andererseits nicht derart strikt durchzuhalten, wie dies traditionellerweise angenommen wird. Eine dauerhafte Unfähigkeit, durch Erwerbsarbeit den Unterhalt zu verdienen, die heute das massenhafte Schicksal älterer Arbeitsloser mit gesundheitlichen Einschränkungen ist, wird durch eine Vielfalt von Faktoren beeinflusst, die sich schwerlich einseitig dem Gesundheitszustand und der Arbeitsmarktlage zurechnen lassen. Die Chancenlosigkeit älterer Arbeitsloser mit gesundheitlichen Einschränkungen, die langfristig arbeitslos und/oder arbeitsunfähig erkrankt sind, wieder in eine dauerhafte Beschäftigung integriert zu werden, ist jedenfalls auch durch den Gesundheitszustand (d.h. durch Krankheit, Gebrechen und/oder körperliche und geistige Schwächen) mitbedingt. Der Wortlaut des § 1247 Abs.2 RVO steht deswegen einer Neuabgrenzung zwischen "Invalidität" und "Arbeitslosigkeit" und zwischen konkreter und abstrakter Betrachtungsweise nicht entgegen.

Eine Abweichung von der bisherigen Rechtsprechung widerspricht auch nicht den Intentionen des Gesetzgebers, wonach gemäß § 1248 Abs. 2 RVO ein Arbeitslosen-Altersruhegeld erst ab dem 60. Lebensjahr gezahlt werden dürfte. Gerade § 1276 Abs. 1 Satz 2 RVO macht deutlich,

daß der parlamentarische Gesetzgeber die Entwicklung der Rechtsprechung zur konkreten Betrachtungsweise - im begrenzten Umfang - ausdrücklich anerkannt hat. Die Begrenzung dort lautet lediglich, daß vor Vollendung des 58. Lebensjahres grundsätzlich nur eine Zeitrente zugesprochen werden darf. Umgekehrt wird aber aus der Formulierung in § 1276 ("es sei denn, der Berechtigte vollendet innerhalb von zwei Jahren nach Rentenbeginn das 60. Lebensjahr") auch deutlich, daß nach Vollendung des 58. Lebensjahres das Gesetz einer Bewilligung von Dauerrente wegen Erwerbsunfähigkeit nicht entgegensteht.

Schließlich zeigt die neuere Entwicklung des Arbeitsförderungsgesetzes (AFG), daß in der Bundesrepublik für diejenigen, die das 58. Lebensjahr vollendet haben, keine Verpflichtung mehr besteht, die Arbeitskraft uneingeschränkt auf dem Arbeitsmarkt anzubieten und sich deshalb beim Arbeitsamt zu melden (§105 c AFG). Hierin liegt die politische Konsequenz aus der Tatsache, daß für diese Personengruppe - insbesondere wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen - faktisch keinerlei Wiederbeschäftigung (jedenfalls nicht für eine Dauerbeschäftigung) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mehr möglich ist.

Die Kammer hält es aus diesen Erwägungen heraus für notwendig und gerechtfertigt, Kriterien für den Übergang von der abstrakten zur konkreten Betrachtungsweise auszuarbeiten. Aus den oben dargelegten Gründen ist hierfür die Vollendung des 58. Lebensjahres eines Versicherten eine Wendemarke. Das Zusprechen von Dauerrente vor Vollendung des 58. Lebensjahres würde sich in Gegensatz zu Wortlaut und gesetzgeberischer Intention des § 1276 Abs. 1 RVO begeben. Die Kammer hält deshalb die Vollendung des 58. Lebensjahres, von dem ab ein infolge Krankheit in seinem Leistungsvermögen beeinträchtigter Versicherter Rente wegen Erwerbsunfähigkeit haben kann, für zutreffend. Die Kammer geht weiter davon aus, daß erst nach langjähriger Arbeitslosigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit bedingender Krankheit hinreichend klar ist, daß ein Versicherter (im Sinne des § 1247 Abs. 2 RVO) nicht einmal mehr geringfügige Einkünfte auf dem Arbeitsmarkt erzielen kann. Die Kammer hält hierfür einen Zeitraum von 1 1/2 Jahren für notwendig und angemessen. Hierbei handelt es sich um den Zeitraum, für den am längsten die Lohnersatzleistung des Krankengeldes nach § 48 des SGB V gewährt werden kann. Für die langandauernde Arbeitslosigkeit gilt entsprechend, daß nach mehr als einem Jahr der Arbeitslosigkeit die Wiederbeschäftigungschancen deutlich sinken.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Kläger ab Vollendung des 58. Lebensjahres - ein Zeitpunkt, zu dem er fast drei Jahre arbeitslos und/oder arbeitsunfähig krank ist - nicht mehr in der Lage, mit dem ihm

verbliebenen Leistungsvermögen auch nur mehr als geringfügige Einkünfte auf dem Arbeitsmarkt zu erzielen. Der Kläger ist ab Juni 1989 erwerbsunfähig.

Diskussion:

Wir haben dieses Fallbeispiel besonders ausführlich dargestellt, da in der Urteilsentscheidung offenbar auch der Versuch einer Rechtsfortbildung durch das Sozialgericht enthalten ist. Es handelt sich hierbei um einen jugoslawischen Staatsbürger, der innerhalb einer 21jährigen sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung eine Ausbildung als Schweißer in seinem Heimatland abgeschlossen hat. Im Alter von 37 Jahren übersiedelt er in die Bundesrepublik Deutschland. Hier arbeitet er weitere 18 Jahre in verschiedenen zumindest berufsnahen Tätigkeiten. Mit 51 Jahren wird er an der Wirbelsäule operiert; mit 55 Jahren erleidet er einen Herzinfarkt. In diesem Alter stellt er den Renten Antrag. Sein Antrag wird abgelehnt, und ein Jahr später erhebt er die Klage beim Sozialgericht. Auch nach den vom Gericht eingeholten Sachverständigen-Gutachten ist er weiterhin vollschichtig verweisbar. Ein Berufsschutz steht ihm nicht zu. Nach Auffassung des Gerichts ist die Ablehnung des Rentenanspruchs deshalb auch zu recht erfolgt. Im Urteil wird allerdings darüber hinausgehend, auf die besondere Problemlage des nunmehr 58jährigen Versicherten verwiesen und der Versuch einer Verallgemeinerung bzw. der "Modifikation und Weiterentwicklung der bestehenden Rechtslage" unternommen. Die Argumentation des Gerichts ist ausführlich dargestellt worden und muß hier nicht nochmals wiederholt werden. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit war nicht zu ermitteln, ob dieses Urteil rechtskräftig geworden oder vor eine höhere Instanz der Sozialgerichtsbarkeit gelangt ist.

Nach m.E. belegt dieses Fallbeispiel sehr eindringlich die sozialversicherungsrechtliche Problematik der konkreten Betrachtungsweise bei der Rechtsprechung zur BU/EU-Verrentung. Es wird deutlich, daß beim Übergang von der abstrakten zur konkreten Betrachtungsweise auch das Alter eines Versicherten Berücksichtigung finden muß, da davon ausgegangen werden kann, daß nach einer Arbeitslosigkeits- bzw. Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 1 1/2 Jahren für einen älteren Arbeitnehmer - hier mit vollendetem 58. Lebensjahr - der Arbeitsmarkt faktisch verschlossen ist.

VI. Zusammenfassende Diskussion und Schlußfolgerungen

Frühinvalidisierungsprozesse beruhen auf einer besonderen sozialen Problemlage der Betroffenen. Diese ist durch gleichzeitig und wechselseitig wirkende negative Einflüsse bedingt. Frühinvalidisierung ist ein multidimensionales Geschehen, das in einem gesellschaftlichen und normativen Kontext verläuft. Die "Gleichzeitigkeit" der bei einem Versicherten auftretenden Risiken von Krankheit, Arbeitslosigkeit und Alter ist das wesentliche Merkmal, welches eine Vielzahl der Frühinvaliditätsfälle charakterisiert und qualitativ von anderen Formen der Frühverrentung unterscheidet.

Das System der Sozialen Sicherung in der Bundesrepublik ist danach aufgebaut, das Eintreten bestimmter Risiken zu verhindern bzw. diese durch materielle Stützungsleistungen aufzufangen. Es grenzt die jeweiligen Risiken dabei scharf voneinander ab und ordnet sie dem zuständigen Sicherungszweig zu. Dies gilt auch für das Risiko der Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, das der gesetzlichen Rentenversicherung zugeordnet ist.

In unserer Darstellung der normativen Regelungen, die dieses Risiko sichern sollen - Renten wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit - , wurde auf die Entwicklung und die bestehenden Probleme der Rechtsprechungspraxis eingegangen. Wir haben uns ausschließlich auf die Arbeiterrenten- und Angestelltenversicherung beschränkt. Da die Rentenleistungen aus dem Beitragsaufkommen der Versichertengemeinschaft erfolgen, besteht ein Grundanliegen der Rentenversicherung bei der Frage einer Rentenbewilligung im Schutz des aus den Beiträgen gebildeten Fonds vor möglicher ungerechtfertigter Inanspruchnahme einer derartigen Leistung. Dies wird im Rahmen des Verwaltungsverfahrens geprüft.

Diese Schutzfunktion gilt letztlich auch für die Sozialgerichtsbarkeit, deren Aufbau im Anschluß an die BU/EU-Rentenproblematik beschrieben wurde. Das sozialgerichtliche Verfahren stellt die Verlängerung des Verwaltungsverfahrens dar. Hierbei wurde auf die Erwartenshaltung der Versicherten auf ein "neutrales" Urteil seitens des Sozialrichters hingewiesen und auf dessen Verhältnis gegenüber dem medizinischen Sachverständigen eingegangen.

Die darauffolgende Darstellung von Sozialgerichtsurteilen zur Rentenbewilligung von BU/EU sollte die vorangehenden Ausführungen konkretisieren und auf mögliche künftige Handlungsfelder hinweisen, die m.E. für eine Diskussion der Reform von Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in Betracht zu ziehen sind.

Als Folge der geänderten Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht ist die Berufsunfähigkeitsrente quantitativ immer stärker von der Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zurückgedrängt worden. Dies hat in der Rentendiskussion bereits schon gegen Ende der 70er Jahre die Frage nach der Bedeutung dieser Rentenart aufgeworfen. Die Fallbeispiele I bis III veranschaulichen die diesbezügliche Problematik. Die Tatsache eines qualifizierten Berufsabschlusses begründet für die Versicherten den Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente, obwohl ihr verbliebenes Leistungsvermögen in zeitlicher Hinsicht noch vollschichtig verwertbar wäre. Ihnen ist gemäß dem in der Rechtsprechung geltenden Stufenschema die Verweisung auf eine andere Tätigkeit sozial nicht zumutbar. Das Kriterium des Erreichens der "gesetzlichen Lohnhälfte" kann in der Praxis des Arbeitslebens als irrelevant angesehen werden. Der Anspruch auf Rente ist nur dann in Frage gestellt, wenn der berufliche Status (Leitberuf) eines Versicherten auf einer Stufe angesiedelt ist, die ihn auf ungelernte Tätigkeiten verweisbar macht. Im Prinzip gilt, je höher der Ausgangsberuf in das Stufenschema eingeordnet ist, desto wahrscheinlicher ist die Anerkennung einer Rente wegen Berufsunfähigkeit.

Wenngleich ein Berufsunfähiger seinen Hauptberuf sowie entsprechende Verweisungstätigkeiten gemäß der Rechtsprechung nicht mehr ausüben kann, bestehen für ihn keinerlei Einschränkungen, sein bestehendes Arbeitsvermögen in anderen, gemäß der Rechtsprechung allerdings ihm sozial nicht zumutbaren Arbeitstätigkeiten zu verwerten. Eine Zuverdienstgrenze zur Berufsunfähigkeitsrente besteht nicht. Dies begründet u.a. die Bezeichnung der Berufsunfähigkeitsrente als "Prestigeersatzrente".

Die Voraussetzung eines erlernten Berufes für den Anspruch auf eine Rente wegen Berufsunfähigkeit grenzt von vornherein alle ungelernten Versicherten aus. Damit sind diejenigen Versicherten sozial benachteiligt, denen es nicht möglich war, eine berufliche Ausbildung zu erhalten. Dies be-

trifft vor allem Frauen der älteren Generation, die während der Kriegs- und Nachkriegszeit keinerlei Gelegenheit zu einer Berufsqualifikation hatten.

Neben diesem Aspekt ist m.E. die Frage der Angemessenheit dieser Rentenart auch unter den gegenwärtigen strukturellen Bedingungen des Arbeitslebens zu diskutieren. Hierbei erscheinen uns vor allem drei Aspekte wesentlich.

Zum einen hat, wie die Ausführungen zur Situation älterer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland zeigen, ein tiefgehender struktureller Wandel der Arbeitsbedingungen stattgefunden. Dieser beeinflußt die Arbeits- bzw. Berufsbiographien der Beschäftigten im wesentlichen Ausmaß. Die Anforderungen an das berufliche Leistungsvermögen von Beschäftigten bestehen heute vor allem darin, sich verändernden Arbeitsbedingungen anpassen zu können. Die Forderung nach höherer beruflicher Flexibilität steht häufig im Gegensatz zu den eng begrenzten beruflichen Qualifikationen älterer Facharbeiter.

Das Fallbeispiel III macht deutlich, daß Berufe - wie hier der des Schuhmachers - in ihren inhaltlichen Tätigkeitsmerkmalen einen wesentlichen (dequalifizierenden) Wandlungsprozeß erfahren haben. In diesem Fall ist die Berufsqualifikation eines Schuhmachers heute nur noch mit einer an- bzw. ungelernten Tätigkeit vergleichbar.

Infolge der technischen und industriellen Entwicklung sind zahlreiche Berufe vielfach obsolet geworden, was die "Lösung vom erlernten Beruf" für Beschäftigte erforderlich machte. Dies zeigen die Fallbeispiele V und VI. Da Berufe wie Polsterer/Sattler oder Wagner bereits schon früh auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr nachgefragt waren, sind die Betroffenen auf die Ausübung an- bzw. ungelerner Tätigkeiten angewiesen. In derartigen Fällen besteht kein Berufsschutz mehr für die Versicherten. Zu diskutieren ist m.E. die Frage, inwieweit eine derartige Lösung "strukturell" erzwingen war oder aber "freiwillig", z.B. zur Erzielung eines höheren Einkommens, erfolgt ist. Diesen Tatbestand legt das Fallbeispiel II nahe. Der Versicherte kehrt erst in einem späteren Abschnitt seines Arbeitslebens in seinen erlernten Beruf zurück, was ihm wiederum den Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente sichert.

Andererseits wird in der Rechtsprechung zur Rente wegen Berufsunfähigkeit auch ein Anspruch denjenigen eingeräumt, die zwar über keine abgeschlossene Facharbeiterausbildung verfügen, deren berufliche Tätigkeit aber innerhalb einer arbeitsvertraglich festgelegten Tarifgruppe entlohnt wird. Für die Zuordnung gemäß dem Stufenschema wird dann anstelle des Berufes die jeweilige tarifliche Entlohnungsgruppe und die damit im Tarifvertrag beschriebenen Tätigkeitsanforderungen zugrunde gelegt. Dies zeigen die Fallbeispiele IV und XVI sowie das dargestellte Problem des Postfacharbeiters. Hierbei kann sich der zuvor geschilderte Zusammenhang umkehren. Nicht der berufliche Status bzw. die berufliche Qualifikation eines Versicherten begründet den Anspruch auf Berufsunfähigkeit, sondern die tarifliche Eingruppierung.

Der immanente Widerspruch der Berufsunfähigkeitsrente zwischen den Kriterien des beruflichen Status eines Versicherten (soziale Zumutbarkeit) einerseits und der tarifvertraglichen Eingruppierung (finanzielle Zumutbarkeit) andererseits zu entscheiden, wird zweifellos die diesbezügliche Reformdiskussion weiterhin bestimmen. Der Begriff der Zumutbarkeit im Zusammenhang mit der Rente wegen Berufsunfähigkeit bedarf m.E. einer deutlichen Konkretion, nicht zuletzt deshalb, da absehbar ist, daß sich im Zuge der Vereinheitlichung der rentenversicherungsrechtlichen Regelungen, bezogen auf die Versicherten in den neuen Bundesländern und den dortigen Berufsbezeichnungen der Beschäftigten, künftig mögliche Zuordnungsprobleme verschärfen werden.

Auch die Regelungen zur Rente wegen Erwerbsunfähigkeit scheinen aus unserer Sicht überdenkenswert. Dies betrifft vor allem die verwaltungsseitige Vorstellung einer möglichen strikten Trennung des Invaliditätsrisikos gegenüber dem Arbeitsmarktrisiko. Gerade für ältere, gesundheitlich leistungsgeminderte und langfristig Arbeitslose, bleibt die Wiedereingliederung in ein dauerhaftes Beschäftigungsverhältnis faktisch ausgeschlossen. Diese Tatsache ist in der strukturellen Entwicklung des Arbeitsmarktes begründet. Vor allem für diesen Personenkreis wird die Multidimensionalität der Frühinvalidisierung besonders deutlich.

Bei der Rechtsprechung zur konkreten Betrachtungsweise wird die Berücksichtigung des Arbeitsmarktes nur bei Versicher-

ten wirksam, deren Leistungsvermögen in zeitlicher Hinsicht eingeschränkt ist. Für einen vollschichtig leistungsfähigen Arbeitslosen besteht, völlig unabhängig von seinem Alter und der Möglichkeit einer tatsächlichen Vermittelbarkeit, kein Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitsrente. Langjährige Arbeitslosigkeit ist nicht nur mit einem deutlichen sozialen und materiellen Abstieg verbunden, sondern auch mit der "Entwöhnung" von Arbeit überhaupt. Ebenso können die Belastungen von Dauerarbeitslosigkeit latent vorhandene psychosomatische Krankheiten verstärken oder sogar neue entstehen lassen. Die grundsätzliche Versagung einer Erwerbsunfähigkeitsrente für den Personenkreis älterer gesundheitlich leistungsgeminderter Dauerarbeitsloser kann in der Konsequenz zu einer zusätzlichen sozialen Härte bzw. Gesundheitsgefährdung führen, was u.a. auch dem Prinzip der Rehabilitation vor Rente widerspricht.

Neuere Urteile einzelner Sozialgerichte haben versucht, in der Urteilsbegründung die Fragwürdigkeit der "fiktiven" Annahme einer Trennung des Invaliditätsrisikos vom Arbeitslosigkeitsrisiko für die Praxis der Rechtsprechung herauszustellen (vgl. z.B. NZA 1988:670 ff.; OTTMÜLLER 1991: 509 ff. sowie Fallbeispiel XXIV). In diesen Urteilen wird älteren und leistungsgeminderten Arbeitslosen eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zuerkannt, wenn sie zwar noch leichte körperliche Arbeiten vollschichtig verrichten können, für sie aber nach mehr als einjähriger Dauerarbeitslosigkeit der Arbeitsmarkt faktisch verschlossen ist. Die Urteile unterscheiden sich allerdings hinsichtlich der Festlegung der diesbezüglichen Altersgrenzen.

Inwieweit diese Urteile tatsächlich rechtskräftig geworden sind, war zum Zeitpunkt der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit nicht zu ermitteln. Angesichts der auch künftig absehbaren desolaten Arbeitsmarktchancen für ältere leistungsgeminderte Arbeitslose, erscheint vor allem für diesen Personenkreis von Versicherten ein Überdenken der Rechtsprechung zur Rente wegen Erwerbsunfähigkeit angezeigt.

Im Hinblick auf die Bedeutung der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums von großer Wichtigkeit. Die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Grundlage der psychischen Heilung. Die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Grundlage der psychischen Heilung. Die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Grundlage der psychischen Heilung.

Die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Grundlage der psychischen Heilung. Die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Grundlage der psychischen Heilung. Die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Grundlage der psychischen Heilung. Die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Grundlage der psychischen Heilung. Die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Grundlage der psychischen Heilung.

Die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Grundlage der psychischen Heilung. Die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Grundlage der psychischen Heilung. Die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Grundlage der psychischen Heilung. Die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Grundlage der psychischen Heilung. Die Kenntnis der psychischen Vorgänge im Leben des Individuums ist die Grundlage der psychischen Heilung.

- 1962/1963/1974
 W. K. Pfeifer: *Erkrankung und
 Arbeitsleistung*. Ergebnisse der
 Untersuchungen über Arbeitsleistung,
 1962/1974
- 1964
 G. W. H. A. M. van der Linde und
 J. van der Linde: *Die Wirkung von
 Arbeit auf die Gesundheit*. In: *Arbeits-
 und Gesundheitswissenschaften*, 1964, 11,
 1964/1974, S. 110-112
- 1965
 W. K. Pfeifer: *Neue Erkenntnisse zur
 Arbeitsleistung*. In: *Arbeits- und
 Gesundheitswissenschaften*, 1965, 12,
 1965/1974, S. 110-112
- 1967/1968/1974
 H. Meyer: *Die Wirkung von Arbeits-
 und Gesundheitswissenschaften in
 der Arbeitswissenschaft*. In: *Arbeits-
 und Gesundheitswissenschaften*, 1967,
 14, 1967/1974, S. 110-112
- 1968
 L. B. Meyer: *Die Wirkung von Arbeits-
 und Gesundheitswissenschaften in
 der Arbeitswissenschaft*. In: *Arbeits-
 und Gesundheitswissenschaften*, 1968,
 15, 1968/1974, S. 110-112
- LITERATURVERZEICHNIS
- 1962
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1962
- 1963
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1963
- 1964
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1964
- 1965
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1965
- 1966
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1966
- 1967
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1967
- 1968
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1968
- 1969
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1969
- 1970
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1970
- 1971
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1971
- 1972
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1972
- 1973
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1973
- 1974
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1974
- 1975
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1975
- 1976
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1976
- 1977
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1977
- 1978
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1978
- 1979
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1979
- 1980
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1980
- 1981
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1981
- 1982
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1982
- 1983
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1983
- 1984
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1984
- 1985
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1985
- 1986
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1986
- 1987
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1987
- 1988
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1988
- 1989
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1989
- 1990
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1990
- 1991
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1991
- 1992
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1992
- 1993
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1993
- 1994
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1994
- 1995
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1995
- 1996
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1996
- 1997
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1997
- 1998
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1998
- 1999
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 1999
- 2000
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2000
- 2001
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2001
- 2002
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2002
- 2003
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2003
- 2004
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2004
- 2005
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2005
- 2006
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2006
- 2007
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2007
- 2008
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2008
- 2009
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2009
- 2010
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2010
- 2011
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2011
- 2012
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2012
- 2013
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2013
- 2014
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2014
- 2015
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2015
- 2016
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2016
- 2017
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2017
- 2018
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2018
- 2019
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2019
- 2020
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2020
- 2021
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2021
- 2022
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2022
- 2023
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2023
- 2024
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2024
- 2025
 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit
 2025

LITERATURVERZEICHNIS

- ABHOLZ (HRSG.) 1976 H. H. Abholz: Krankheit und soziale Lage - Befunde der Sozialepidemiologie, Frankfurt/M New York 1976
- ADAM 1976 F. W. Adam: Berufsunfähige und Erwerbsunfähige Rentner, in: M. Blohmke; Ch. v. Ferber; K. P. Kisker; H. Schaefer (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Bd. III, Stuttgart 1976, S. 142-160
- ADAMI 1989 M. Adami: Neue Rechtsprechung zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit Teil I; II, in: Die Sozialversicherung (1989) 3;4, S. 64-68; S. 90-95
- AHNER/THORN 1978 D. Ahner; W. Thorn: Beschäftigungssituation älterer Arbeitnehmer in Baden-Württemberg, Tübingen 1978
- AMANN 1988 A. Amann: Pensionierung: Hoffnung auf ein paar schöne Jahre, in: L. Rosenmayr; F. Kolland (Hrsg.): Arbeit - Freizeit - Lebenszeit, Opladen 1988, S. 111-130
- AMTLICHE NACHRICHTEN DER BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT 1982 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA): 30 (1982) Sondernummer
- AMTLICHE NACHRICHTEN DER BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT 1988 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA): Arbeitsstatistik 1987 - Jahreszahlen, 36 (1988) Sondernummer
- AMTLICHE NACHRICHTEN DER BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT 1990 Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA),: Arbeitsstatistik 1989 - Jahreszahlen, 38 (1990) Sondernummer
- AMTLICHE NACHRICHTEN DER BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT 1991 a Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA): Arbeitsstatistik 1990 - Jahreszahlen, 39 (1991) Sondernummer
- AMTLICHE NACHRICHTEN DER BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT 1991 b Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA), 39 (1991) 4
- ANTONOVSKI 1976 A. Antonovsky: Soziale Schicht, Lebenserwartung und Sterblichkeit, in: H.H. Abholz (Hrsg.): Krankheit und soziale Lage, Frankfurt/M, New York 1976

- ARBEITSGRUPPE
FACHBERICHT 1982** Arbeitsgruppe Fachbericht über Probleme des Alterns: Altwerden in der Bundesrepublik Deutschland: Geschichte - Situationen - Perspektiven, Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 40 I-III DZA-Berlin 1982
- ARNOLD 1988** K. Arnold: Warum leben Frauen länger ?, in: Zeitschrift für Geriatrie 1 (1988), Heft 2, S. 123-128, Heft 3, S. 181-186
- ASU 1988** Arbeitsgemeinschaft Selbständiger Unternehmer e.V. (ASU): Eine marktwirtschaftliche Reform der Rentenversicherung - ASU-Konzeption zur Neuorientierung der staatlichen Altersvorsorge, Bonn 1988
- BACH 1990** H.W. Bach: Die Langzeitarbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland, in: Sozialer Fortschritt, Heft 5 und 6 (1990)
- BÄCKER 1978** G. Bäcker: Beschäftigungsprobleme älterer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland - Ausprägungen und Ursachen, in: M.Dieck;G.Naegele (Hrsg.): Sozialpolitik für ältere Menschen, Heidelberg 1978, S. 37-64
- BÄCKER 1979** G. Bäcker: Der ältere Arbeitnehmer auf Arbeitsplatz und Arbeitsmarkt - Ein Beitrag zur Diskussion über Entstehung und Verfestigung von "Problemgruppen", in: Sozialer Fortschritt 28 (1979) 3 - 5, S. 64-67, 85-92, 135-137
- BÄCKER 1982** G. Bäcker: Ältere Arbeitnehmer - Probleme einer fehlgeleiteten Sozialpolitik ?, in: K. Dohse; U. Jürgens; H. Russig (Hrsg.): Ältere Arbeitnehmer zwischen Unternehmensinteressen und Sozialpolitik Frankfurt/ New York 1982, S. 61-86
- BÄCKER et.al. 1989** G. Bäcker; R. Bispinck; K. Hofemann; G. Naegele: Sozialpolitik und soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland, Band 2: Gesundheit, Familie, Alter, Soziale Dienste, Köln 1989, S. 21-167

- BÄCKER/NAEGELE 1983 G. Bäcker; G. Naegele: Früher in den Ruhestand - aber wie? Sozial- und arbeitsmarktpolitische Probleme einer weiteren Absenkung der Altersgrenze, in: Sozialer Fortschritt 32 (1983) 2;3;4; S. 27-34, 59-64, 79-83
- BÄCKER/NAEGELE 1989 G. Bäcker; G. Naegele: Wann und wie das Arbeitsleben beenden?, WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 65, Köln 1989
- BACKES/CLEMENS (Hrsg.) 1987 G. Backes; W. Clemens (Hrsg.): Ausrangiert!? - Lebens- und Arbeitsperspektiven bei beruflicher Frühausgliederung, Bielefeld 1987
- BACKES/SCHMACHTENBERG 1981 G. Backes, W. Schmachtenberg: Schichten - und geschlechtsspezifische Aspekte der Vorbereitung auf Alter und Ruhestand, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1981
- BADURA 1981 B. Badura: Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung, in: B. Badura (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit - zum Stand sozial-epidemiologischer Forschung, Frankfurt/M. 1981, S. 13-39
- BADURA et. al. 1987 B. Badura; G. Kaufhold; H. Lehmann; H. Pfaff; T. Schott; M. Waltz: Leben mit dem Herzinfarkt - eine sozialepidemiologische Studie, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo 1987
- BAETHGE/OBERBECK 1986 M. Baethge; H. Oberbeck: Zukunft der Angestellten, Frankfurt, New York 1986
- BEHREND 1983 C. Behrend: Teilzeitarbeit/ Job-sharing für ältere Arbeitnehmer. Eine Alternative zur Frührente?, Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin 1983
- BEHREND 1983 a C. Behrend: Probleme bei der Erfassung des Krankenstandes: Sind ältere Arbeitnehmer öfter krank?, Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V., Berlin 1983

- BEHREND 1987 C. Behrend: Frühinvalidität: Gesundheitsverschleiß oder Steuerungsinstrument ?, in: G. Backes; W. Clemens (Hrsg.): Ausrangiert!? Lebens- und Arbeitsperspektiven bei beruflicher Frühausgliederung, Bielefeld 1987, S. 100-122
- BEHREND 1987 a C. Behrend: Ältere Arbeitnehmer - Gewinner oder Verlierer des strukturellen Wandels, in: DZA (Hrsg.): Die ergraute Gesellschaft, DZA-Berlin 1987, S. 50-84
- BEHRENS/VOGES 1990 J. Behrens; W. Voges: Labilisierende Berufsverläufe und der vorzeitige Übergang in den Ruhestand, in: W. Dressel; W. R. Heinz; G. Peters; K. Schober (Hrsg.): Lebenslauf, Arbeitsmarkt und Sozialpolitik, Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (BeitrAB) 133, Nürnberg 1990, S. 201-219
- BICK/MÜLLER/REINKE 1979 W. Bick; P.J. Müller; H. Reinke Historische Sozialforschung 1979 Stuttgart 1979
- BIEBACK (Hrsg.) 1986 H.-J. Bieback (Hrsg.): Die Sozialversicherung und ihre Finanzierung - Bestandsaufnahme und Perspektiven, Frankfurt/Main, New York 1986
- BLEY 1975 H. Bley: Sozialrecht, Juristische Lehrbücher Bd. 7, Frankfurt/M 1975
- BLIEN/TESSARING 1986 U. Blien; M. Tessaring: Die Bildungsgesamtrechnung des IAB. Konzeption und erste Ergebnisse, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt und Berufsforschung (MittAB), 19 (1986) 4, S: 501-518
- BLOHM/CZOCK 1981 T.M. Blohm; H. Czock: Arbeitnehmer in der Spätphase ihrer Erwerbstätigkeit, Teilprojekt: Sekundäranalyse der Statistiken der Sozialversicherungsträger sowie Befragungen der Sozialversicherungsämter und Tarifvertragsparteien, Bd. 1 Ergebnisse der Sekundäranalyse Basel 1981

- BLOHMKE et. al. 1977 M. Blohmke; Ch. v. Ferber; K. P. Kisker; H. Schaefer (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 3, Epidemiologie und präventive Medizin, Stuttgart 1977
- BLUME 1970 O. Blume: Betrachtungen zur flexiblen Invalidisierungsgrenze, in: Soziale Sicherheit 19 (1970), 6, S. 163-166
- BLUME et. al. 1979 O. Blume u.a.: Altersgrenzen und Arbeitsmarkt, Opladen 1979
- BMA (Hrsg.) 1991 Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Übersicht über die Soziale Sicherheit, Bonn 1991
- BÖHLE/LUTZ 1974 F. Böhle; B. Lutz: Rationalisierungsschutzabkommen, Göttingen 1974
- BONSS/HEINZE (Hrsg.) 1984 W. Bonß; R.G. Heinze (Hrsg.): Arbeitslosigkeit in der Arbeitsgesellschaft, Frankfurt/M. 1984
- BONSS/KEUPP/KOENEN 1984 W. Bonß; H. Keupp; E. Koenen: Das Ende des Belastungsdiskurses? - Zur subjektiven und gesellschaftlichen Bedeutung von Arbeitslosigkeit, in: W. Bonß; R.G. Heinze (Hrsg.): Arbeitslosigkeit in der Arbeitsgesellschaft, Frankfurt/M. 1984, S. 143-188
- BRAUN 1986 R. Braun: Das Berentungsrisiko wegen Erwerbsminderung: Datenlage und Mengengerüste in der Zeit von 1973 bis 1982, in: Deutsche Rentenversicherung (1986) 5/6, S. 365-386
- BRAUN et. al. 1984 B. Braun; A. Georg; R. Stuppard; E. Zoike: Die Notwendigkeit der Analyse arbeitsbedingter Erkrankungen zum Zweck der Gesundheitsversicherung, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 19 (1984) 6, S. 143-146
- BRAUN/KNOEDEL 1983 R. Braun; P. Knoedel: Die Arbeitsmarktlage und die Gewährung von Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit im Spiegel der Statistik, in: Deutsche Rentenversicherung (1983) 9/10 S. 621 - 651

- BREITRÜCK/LOIBL/WÜBBELS** 1987
N. Breitrück; F. Loibl; R. Wübbels:
Zahlenwerk zur Sozialversicherung
in der Bundesrepublik Deutschland,
Losebl.-Ausg.; Berlin 1987
- BRENNECKE** 1981
Ralph Brennecke: Mikrozensus-
erhebungen, in: R. Brennecke; E.
Greiser; H.A. Paul; E. Schach:
Datenquellen für Sozialmedizin und
Epidemiologie, Berlin, Heidelberg,
New York 1981, S. 100-121
- BRINKMANN** 1976
C. Brinkmann: Finanzielle und
psycho-soziale Belastungen während
der Arbeitslosigkeit, in:
Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt-
und Berufsforschung (MittAB)
9 (1976) 4, S. 397-413
- BRINKMANN** 1982
C. Brinkmann: Arbeitslosigkeit und
berufliche Ausgliederung älterer
und leistungsgeminderter Arbeit-
nehmer, in: K. Dohse; U. Jürgens;
H. Russig (Hrsg.): Ältere Arbeit-
nehmer zwischen Unternehmensinter-
essen und Sozialpolitik,
Frankfurt/M, New York 1982,
S. 139-156
- BRINKMANN** 1984
C. Brinkmann: Die individuellen
Folgen langfristiger Arbeits-
losigkeit, in: Mitteilungen aus
der Arbeitsmarkt- und Berufs-
forschung (MittAB) 17 (1984) 4,
S. 454-473
- BRINKMANN et.al. (Hrsg.)**
1979
C. Brinkmann u.a. (Hrsg.):
Arbeitsmarktsegmentation - Theorie
und Therapie im Licht der
empirischen Befunde, Nürnberg 1979
- BÜCHTEMANN** 1980
C. Büchtemann: Ältere Arbeitslose,
Sekundäranalysen, INFRATEST-For-
schungsbericht (unveröffentlicht),
München 1980
- BÜCHTEMANN** 1983
C. Büchtemann: Die Bewältigung von
Arbeitslosigkeit im zeitlichen
Verlauf, in: Der Bundesminister für
Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.),
Forschungsbericht 85,
Sozialforschung, Bonn 1983
- BÜCHTEMANN** 1990
C. Büchtemann: Kündigungsschutz als
Beschäftigungshemmnis?, in:
Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt-
und Berufsforschung (MittAB),
23 (1990) 3, S. 394-409

- BÜCHTEMANN/ ROSENBLADT v. 1983 C. F. Büchtemann; B. v. Rosenblatt: Kumulative Arbeitslosigkeit - Wiedereingliederungsprobleme Arbeitsloser bei anhaltend ungünstiger Beschäftigungslage, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB) 16 (1983) 3, S. 262-275
- BÜCHTEMANN/INFRATEST SOZIALFORSCHUNG 1983 C. F. Büchtemann; Infratest-Sozialforschung: Die Bewältigung von Arbeitslosigkeit im zeitlichen Verlauf, in: Der Bundesminister für Arbeit- und Sozialordnung (Hrsg.) Forschungsbericht Nr. 85, Reihe Sozialforschung, Bonn 1983
- BUNDESARBEITSBLATT 1991 Bundesarbeitsblatt: Arbeits- und Sozialstatistik, Tabelle 32, (1991) 1, S.94
- BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN 1990 Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.): Krankheitsarten- und Arbeitsunfallstatistik 1989, Essen 1990
- BUNDESVEREINIGUNG DER DEUTSCHEN ARBEITGEBER- VERBÄNDE (BDA) (Hrsg.) 1980 Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) (Hrsg.): Ältere Mitarbeiter - Praktische Arbeitshilfe für Betriebe, Köln 1980
- BUNZ et. al. 1971 A.R. Bunz u.a.: Meinungen und Einstellungen zur flexiblen Altersgrenze, INFAS-Forschungsbericht, Bonn-Bad Godesberg 1971
- BÜRKHARDT/OPPEN 1982 D. Bürkhardt; M. Oppen: Krankheitsforschung zwischen Personal- und Gesundheitspolitik, WZB discussion paper IIVG 82 -203, Berlin 1982
- BUTTLER 1988 F. Buttler: Alter und Erwerbstätigkeit: Ältere Arbeitnehmer - Gewinner oder Verlierer des Strukturellen Wandels der Arbeitslandschaft?, in: Industriegewerkschaft Metall (Hrsg.): Diskussionsforum Die Andere Zukunft - Solidarität und Freiheit, Ältere Menschen im Sozialstaat, Köln 1988, S. 42 - 54

- BUTTLER/OETTL/
WINTERSTEIN (Hrsg.) 1986
G. Buttler; K. Oettle;
H. Winterstein (Hrsg.): Flexible
Arbeitszeit gegen starre Sozial-
systeme, Baden Baden 1986
- CHRISTMANN 1984
A. Christmann: 100 Jahre Aufsicht,
in: Bundesarbeitsblatt (1984) 6,
S. 9-14
- DETERS/STAEHLE/STIRN
1989
J. Deters; W. H. Staehle; U. Stirn:
Die Praxis des gleitenden Übergangs
in den Ruhestand - Geht eine
sozialpolitische Idee in Rente?,
Beiträge zur Sozialökonomik der
Arbeit, Hrsg. von M. Bolle und
B. Strümpel, Band 20, Berlin 1989
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PERSONALFÜHRUNG
1972
Deutsche Gesellschaft für Personal-
führung: Einsatz älterer Arbeit-
nehmer - Ergebnisse einer Unter-
suchung in 30 Industriebetrieben,
Neuwied 1972
- DEUTSCHER BUNDESTAG 1985 a
Deutscher Bundestag: Verschärfung
der Anspruchsvoraussetzungen für
Renten wegen Berufs- und Erwerbs-
unfähigkeit, Kleine Anfrage der
Fraktion der SPD, Bundestags-
drucksache 10/3137 vom 2.4.85
- DEUTSCHER BUNDESTAG 1985 b
Deutscher Bundestag: Verschärfung
der Anspruchsvoraussetzungen für
Renten wegen Berufs- und Erwerbs-
unfähigkeit, Antwort der Bundesre-
gierung, Bundestagsdrucksache
10/3285 vom 2.5. 85
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR
WIRTSCHAFTSFORSCHUNG 1984
Deutsches Institut für Wirtschafts-
forschung: Längerfristige
Perspektiven der Bevölkerungsent-
wicklung in der Bundesrepublik
Deutschland, Wochenübersicht Nr.
24/84 vom 14.6.1984, S. 277-287
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR
WIRTSCHAFTSFORSCHUNG 1987
Deutsches Institut für Wirtschafts-
forschung: Perspektiven der wirt-
schaftlichen Entwicklung in der
Bundesrepublik Deutschland bis zum
Jahre 2000, Wochenübersicht Nr.
25/87 vom 19.6.1987, S. 329-347
- DFG 1980
Deutsche Forschungsgemeinschaft
(DFG): Denkschrift zur Lage der
Arbeitsmedizin und der Ergonomie
in der Bundesrepublik Deutsch-
land, Bobbard 1980

- DIECK 1985 M. Dieck: Prozesse im Zusammenhang mit der Senkung der faktischen Ruhestandsgrenzen, in: M. Dieck; G. Naegele; R. Schmidt (Hrsg.): "Freigesetzte" Arbeitnehmer im 6. Lebensjahrzehnt - eine neue Ruhestandsgeneration?, DZA Berlin 1985, S. 96-116
- DIECK 1988 M. Dieck: Erwerbsarbeit im Kontext individueller Wohlfahrtsoptimierung - Langfristig angelegte Bewertungsänderungen von Arbeit und Privatleben finden statt, in: Sozialer Fortschritt 37 (1988) 2/3 S. 46-55
- DIECK/NAEGELE (Hrsg.) 1978 M. Dieck; G. Naegele: Sozialpolitik für ältere Menschen, Heidelberg 1978
- DIECK/NAEGELE/SCHMIDT (Hrsg.) 1985 M. Dieck; G. Naegele; R. Schmidt: "Freigesetzte" Arbeitnehmer im 6. Lebensjahrzehnt - eine neue Ruhestandsgeneration?, Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Bd. 60, Berlin 1985
- DOHSE/JÜRGENS/RUSSIG (Hrsg.) 1982 K. Dohse; U. Jürgens; H. Russig (Hrsg.): Ältere Arbeitnehmer zwischen Unternehmensinteressen und Sozialpolitik, Frankfurt/Main, New York 1982
- DOHSE/JÜRGENS/RUSSIG 1982 K. Dohse; U. Jürgens; H. Russig: Probleme einer Beschränkung gewerkschaftlicher Bestandschutzpolitik auf die Absicherung älterer Arbeitnehmer - zum Verhältnis von Bestandsschutz und personalpolitischer Flexibilität, in: K. Dohse; U. Jürgens; H. Russig (Hrsg.): Ältere Arbeitnehmer zwischen Unternehmensinteressen und Sozialpolitik, Frankfurt, New York 1982, S. 303-334
- DRV 1990 Deutsche Rentenversicherung: Berufs-/Erwerbsunfähigkeit-Grundsätze für Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung (1990) 4-5, S. 209-302
- DZA (Hrsg.) 1987 Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) Die ergraute Gesellschaft, Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit Bd. 70, Berlin 1987

- ECKERLE et. al. 1987 K. Eckerle; H.J. Barth; P. Hofer; K. Schilling: Gesamtwirtschaftliche Entwicklung und gesetzliche Rentenversicherung vor dem Hintergrund einer schrumpfenden Bevölkerung - Untersuchung der PROGNOSE-AG im Auftrag des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, Basel 1987
- EICHER 1988 W. Eicher: Die Verweisbarkeit von Rentenantragstellern auf andere Tätigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Die Sozialgerichtsbarkeit (1988) 9, S. 357-365
- EICHER/HAASE/
RAUSCHENBACH o.J. H. Eicher; W. Haase; F. Rauschenbach: Die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten, Gesetzeskommentar, Loseblattsammlung, München, lfd
- EINEM v. 1989 H.-J. von Einem: Das Altersteilzeitgesetz, in: Die Sozialversicherung 44(1989)8, S. 197-202
- ENGELBRECH 1985 G. Engelbrech: Zur Selbst einschätzung der beruflichen Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB) 18 (1985) 1, S. 105-115
- EVANGELISCHE AKADEMIE
BAD BOLL 1975 Evangelische Akademie Bad Boll (Hrsg.): Lernziel Ruhestand - Der ältere Arbeitnehmer, Bad Boll 1975
- FALKE et. al. 1981 J. Falke; A. Höland; B. Rohde; G. Zimmermann: Kündigungspraxis und Kündigungsschutz in der Bundesrepublik Deutschland, in: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) Forschungsbericht Nr. 47, Reihe Arbeitsrecht, 2Bd., Bonn 1981
- FAUPEL 1984 G. Faupel: Sozialrecht: "Richter im weißen Kittel", in: Soziale Sicherheit 33 (1984) 4, S. 121-122
- FAUPEL 1989 G. Faupel: Das Chaos ist perfekt, in: Soziale Sicherheit 38 (1989) 2, S. 33-35

- FERBER v./SLESINA 1981 L.v.Ferber; W. Slesina:
Arbeitsbedingte Erkrankungen -
ihre sozialmedizinische
Erfassung - Maßnahmen der
betrieblichen Sozialpolitik, in:
WSI-Studie zur Wirtschafts und
Sozialforschung Nr. 40:
Sozialpolitik und
Produktionsprozeß, Köln 1981, S.
37-62
- FERBER v./STANDFEST 1981 Ch. v. Ferber; E. Standfest: Ge-
sundheitsvorsorge gegen arbeits-
bedingte Krankheiten, in:
B. Badura; Ch. v. Ferber
(Hrsg.): Selbsthilfe und
Selbstorganisation im
Gesundheitswesen, München, Wien
1981, S.165-183
- FOERSTER 1984 K. Foerster: Neurotische Renten-
bewerber - Psychodynamische Ent-
wicklung und sozialer Verlauf
aufgrund mehrjähriger Katamnesen,
Stuttgart 1984
- FRENZEL-BEYME 1985 R. Frenzel-Beyme: Einführung in die
Epidemiologie, Darmstadt 1985
- FRENZEL-BEYME/
KEIL 1981 R. Frenzel-Beyme; U.Keil: Sterb-
lichkeit und Todesbescheinigungen,
in: R. Brennecke; E. Greiser;
H. Paul; E. Schach: Datenquellen
für Sozialmedizin und Epidemiologie
Berlin, Heidelberg, New York 1981,
S. 55 - 77
- FRICZEWSKI et. al. 1982 F. Friczewski; W. Maschewski;
F. Naschold; P. Wotschack; W.
Wotschack (Hrsg.): Arbeitsbe-
lastung und Krankheit bei
Industriearbeitern, Frankfurt/M,
New York 1982
- FRIEDMANN/NAEGELE/WEIMER
1980 P. Friedmann; G. Naegele;
S. Weimer: Verrentungsentschei-
dungen zwischen Freiwilligkeit
und "stummem Zwang", in:
Soziale Sicherheit (1980) 2,
S. 39-44
- FRIEDMANN/WEIMER 1980 P. Friedmann; S. Weimer: Arbeit-
nehmer zwischen Erwerbstätigkeit
und Ruhestand, Zu den Auswirkungen
der flexiblen Altersgrenze auf die
Arbeits- und Lebensbedingungen
älterer Arbeitnehmer, ISG-
Forschungsbericht, Köln 1980

- FRITZE 1984 E. Fritze: Einleitung, in:
E. Fritze; H. Viefhues (Hrsg.):
Das ärztliche Gutachten, Darmstadt
1984, S. 1-5
- FÜLLGRAFF 1978 B. Füllgraff: Vorbereitung auf
Ruhestand und Alter - Ein Bildungs-
programm der Deutschen BP Aktien-
gesellschaft und des Faches Weiter-
bildung an der Universität
Oldenburg, Hektographiertes Manu-
skript, Hamburg 1978
- FUNKE/TILLER 1985 U. Funke; R.E. Tiller: Arbeits-
bedingte Erkrankungen in
betriebsärztlicher Sicht, in:
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin,
Präventivmedizin 20 (1985) 6, S.
144-148
- FÜRSTENBERG 1959 F. Fürstenberg (Hrsg.):
Industriesoziologie I: Vorläufer
und Frühzeit 1835 - 1934, Neuwied,
Berlin 1959
- FÜRSTENBERG 1974 F. Fürstenberg (Hrsg.):
Industriesoziologie II: Die
Entwicklung der Arbeits und
Betriebssoziologie seit dem Zweiten
Weltkrieg, Darmstadt, Neuwied 1974
- FÜRSTENBERG 1975 F. Fürstenberg (Hrsg.):
Industriesoziologie III, Industrie
und Gesellschaft, Darmstadt,
Neuwied 1975
- GEORG et. al. 1982 A. Georg; R. Stuppard; E. Zoike:
Krankheit und arbeitsbedingte
Belastungen, Bundesverband der
Berufskrankenkassen (Hrsg.) 2
Bde., Essen 1982
- GERTH 1975 W. Gerth: Dokumentenanalyse, in:
W. Friedrich; W. Hennig (Hrsg.):
Der sozialwissenschaftliche
Forschungsprozeß, Berlin-O-1975,
S. 519-534
- GIERSIEPEN/GREISER 1989 K. Giersiepen; E. Greiser: Ver-
schlüsselung von Todesursachen für
Mortalitätsstatistiken - Vergleich
von Signiererergebnissen in ver-
schiedenen statistischen Ämtern der
Bundesrepublik Deutschland und
West-Berlins, in: Das öffentliche
Gesundheitswesen 51 (1989)
S. 40 - 47

- HACKEL 1980 H. Hackel: Bewußte und unbewußte Fehlinformation der Todesursachenstatistik, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 42 (1980) S. 278 - 280
- GITTER 1987 W. Gitter: Die Funktion des Sachverständigen im Lichte des materiellen Sozialrechts, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 34 (1987) 9, S. 358-363
- GK-AFG o.J. Gemeinschaftskommentar zum Arbeitsförderungsgesetz (GK - AFG), Neuwied, Darmstadt, lfd.
- GÖTZE 1989 B. Götze: Rentenversicherung und Rehabilitation, in: Die Angestelltenversicherung 36 (1989) 1, S. 1-9
- GRABER 1984 I. Graber: "Zusätzliche Leistungseinschränkung" als Anspruchsbegründung für eine Rente wegen Erwerbsminderung, in: Die Angestelltenversicherung (1984) 8-9, S.391-394
- GRAMSE 1989 M. Gramse: Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben - aus medizinischer Sicht, in: Der medizinische Sachverständige 85 (1989) 3, S. 111-112
- GREISER 1981 E. Greiser: Epidemiologische Grundbegriffe und Methoden, in: H. Viehfhues (Hrsg.): Lehrbuch Sozialmedizin, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1981, S. 9-41
- GROSSPIETZSCH/GROSSPIETZSCH 1986 R. Großpietzsch; S.M. Großpietzsch: Die Wahrheitsfrage in der sozialmedizinischen Begutachtung, in: Das Öffentliche Gesundheitswesen 48 (1986), S. 277-280
- HAASE 1987 K-P. Haase: Aufgaben und Tätigkeit des medizinischen Sachverständigen aus der Sicht des Juristen, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 34 (1987) 9, S. 363-369
- HAUPTABTEILUNG WISSENSCHAFTLICHE DIENSTE DER VERWALTUNG DER DEUTSCHEN BUNDESTAGES 1987 Hauptabteilung wissenschaftliche Dienste der Verwaltung des Deutschen Bundestages: Reform oder Revolution ? - Diskussion um die Änderung der Struktur in der gesetzlichen Rentenversicherung 1990 - Materialauswahl, Bonn 1987

- HAUSS (Hrsg.) 1982** F. Hauß (Hrsg.): Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik, Frankfurt/M, New York 1982
- HÄUSSLER/SCHRÄDER 1983** B. Häussler; W.F. Schröder: Kontextanalyse von Behandlungsverläufen auf der Basis von Prozeßdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: D. Borgers; W.F. Schröder (Hrsg.): Behandlungsverläufe in der ambulanten medizinischen Versorgung, Forschungsbericht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung Bd. 99, Bonn 1983, S. 20-31
- HEIDENREICH 1986** H.-J. Heidenreich: Mikrozensus und Erwerbstätigkeit im Juni 1985, in: Wirtschaft und Statistik, (1986) 12, S. 974-985
- HEIM 1986** E. Heim: Krankheitsauslösung - Krankheitsverarbeitung, in: E. Heim; J. Willi: Psychosoziale Medizin - Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht, Bd. 2 Klinik und Praxis, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo 1986, S. 343-390
- HEINZE 1981** H. Heinze: Die Arbeitsunfähigkeit als Tatbestand der Sozialversicherung, in: Die Angestelltenversicherung 28 (1981) 10, S. 385-392
- HEINZE 1986** H. Heinze: Zur Strukturänderung in der Rentenversicherung, Hier: Abgrenzung zwischen Krankengeld und Rente, in: Die Angestelltenversicherung 33 (1986) 9, S. 304-311
- HENNIES 1989** G. Hennies: Begutachtungsprobleme bei Alkoholumismus, in: Der medizinische Sachverständige 85 (1989) 3, S. 104-108
- HENNINGES v. 1981** H. v. Henninges: Arbeitsplätze mit belastenden Arbeitsanforderungen, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB) 14 (1981) 4, S. 362-383
- HENTSCHEL 1983** V. Hentschel: Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1880-1980, Frankfurt/M 1983

- HERDER-DORNEICH 1982
Ph. Herder-Dorneich: Der Sozialstaat in der Rationalitätenfalle - Grundfragen der sozialen Steuerung, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1982
- HERNBERG 1984
S. Hernberg: Arbeitsbedingte Erkrankungen - Hinweise zur epidemiologischen Methodik aus der skandinavischen und angloamerikanischen Fachliteratur, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 19 (1984) 12, S. 285-289
- HOFBAUER 1982
H. Hofbauer: Materialien zur Situation älterer Erwerbspersonen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, (MittAB) 15 (1982) 2, S. 99-110
- HOFEMANN/SCHARF 1984
K. Hofemann; B. Scharf: Frühinvalidität im Widerstreit von Politik und Wissenschaft, in: G. Elsner (Hrsg.): Was uns kaputt macht, Hamburg 1984, S. 121-126
- HOHMEIER/POHL (Hrsg.) 1978
S. Hohmeier; H.-J. Pohl (Hrsg.): Alter als Stigma oder wie man alt gemacht wird, Frankfurt/Main 1978
- HÖPKER/BURKHARD 1984
W.W. Höpker; H.U. Burkhard: Unsinn und Sinn der Todesursachenstatistik in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 109 (1984) S. 1269
- INSTITUT DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT 1985
Institut der Deutschen Wirtschaft: Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland - Ausgabe 1985. Köln 1985
- INSTITUT FÜR ARBEITSMARKT UND BERUFSFORSCHUNG (Hrsg.) 1983
Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Hrsg.): Arbeitszeit und flexible Altersgrenze, Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (BeitrAB) 75, Nürnberg 1983
- JACOBS 1988
K. Jacobs: Teilrentenmodelle: Erfahrungen im In- und Ausland, in: Internationale Chronik zur Arbeitsmarktpolitik, WZB Nr. 32, vom April 1988, Berlin 1988

- JACOBS/KOHLI/REIN 1987 K. Jacobs; M. Kohli; M. Rein: Testing the industry-mix hypotheses of early exit, WZB-IIVG - discussion paper, IIVG/dp 87 - 229, Berlin 1987
- JACOBS/REIN 1988 K. Jacobs; M. Rein: The Future of Early Retirement, WZB - paper FS II 88-202, Berlin 1988
- JACOBS/SCHMÄHL 1988 K. Jacobs; W. Schmähl: Der Übergang in den Ruhestand: Entwicklungen, öffentliche Diskussion und Möglichkeiten seiner Umgestaltung, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB) 21 (1988) 2, S. 194-205
- JOCHEIM/SCHOLZ 1975 K. A. Jochheim; J. F. Scholz (Hrsg.): Rehabilitation, Bd. I, Gesetzliche Grundlagen, Methoden und Maßnahmen, Stuttgart 1975
- JUNGE 1986 B. Junge: Rückgang der Sterblichkeit in Japan, den USA und der Bundesrepublik Deutschland - der Beitrag der einzelnen Todesursachen, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 48 (1986) S. 185-192
- KALTENBACH 1981 H. Kaltenbach: Früher in Rente mit versicherungsmathematischen Abschlägen?, in: Die Angestelltenversicherung (1981) 12, S.484-490
- KALTENBACH 1981 H. Kaltenbach: Früher in Rente? Referat beim Presseseminar der BfA am 23./ 24. 2. 1981 in Berlin, in: Die Angestelltenversicherung 28 (1981) 4 S. 167 - 177
- KALTENBACH 1986 H. Kaltenbach: Probleme der Rentenversicherung bei den BU/EU-Renten einschließlich Zukunftsperspektiven, in: Die Angestelltenversicherung (1986) S. 357
- KALTENBACH 1988 H. Kaltenbach: Trend zur Frühverrentung in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: W. Schmähl (Hrsg.): Verkürzung oder Verlängerung der Erwerbsphase?, Tübingen 1988, S. 102-113
- KARMAUS et. al. 1979 W. Karmaus; V. Müller; G. Schienstock; Mitautor U. Stuhr: Streß in der Arbeitswelt, Köln 1979

- KASER 1966 P. Kaser: Ältere Arbeitnehmer in der Industrie Nordrhein-Westfalens, Forschungsbericht des Landes Nordrhein-Westfalen Nr. 1608, Köln, Opladen 1966
- KENTNER 1983 M. Kentner: Zur Gewinnung von Erkenntnissen von Ursachen der Frühinvalidität, in: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Statistik in der Rentenversicherung Bd. 65, Frankfurt/M 1983, S. 159-181
- KENTNER et. al. 1983 M. Kentner; W. Hop; D. Weltle; H. Valentin: Frühinvalidität in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin von 1950 bis 1980, Köln-Lövenich 1983
- KENTNER/VALENTIN 1986 M. Kentner; H. Valentin: Arbeitsbedingte Gesundheitsschäden und Frühinvalidisierung, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 21 (1986) 2, S. 25-32
- KENTNER/WOLFF/WELTLE 1990 M. Kentner; L. Wolff; D. Weltle: Zur Sozialabhängigkeit der Frührentenstatistik, in: Das öffentliche Gesundheitswesen (1990) 52, S. 675-680
- KERN/BRAUN D. Kern; W. Braun: Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen im regionalen Vergleich, in: Wirtschaft und Statistik (1987) 4, S. 319-325
- KERN/SCHUMANN 1984 H. Kern; M. Schumann: Das Ende der Arbeitsteilung? - Rationalisierung in der industriellen Produktion, München 1984
- KERTZENDORFF 1986 D. Kertzendorff: Der ärztliche Befundbericht im BU/EU - Rentenverfahren, in: Die Angestelltenversicherung (1986) 5, S. 191-193

- KERWAT 1984 M. Kerwat: Neuere Ergebnisse über BU/EU - Rentenzugänge, ermittelt durch das Statistik - Informationssystem der BfA (SIS), in: Verband deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg.): Statistik in der Rentenversicherung, Bd. 69, Frankfurt/M. 1984, S. 269-284
- KERWAT 1986 M. Kerwat: Ein Rentenzugang voller Überraschungen - Der Rentenzugang der BfA 1985, in: Die Angestelltenversicherung 33 (1986) 3 S. 101 - 107
- KEUTER/NAEGELE 1978 K. Keuter; G. Naegele: Älterwerden im Betrieb, ISG-Forschungsbericht, Köln 1978
- KLANBERG/PRINZ 1986 F. Klanberg; A. Prinz: Soziale Grundsicherung - aber wie ?, Sfb 3 Arbeitspapier Nr. 219, Frankfurt - Mannheim 1986
- KLAUDER 1986 W. Klauder: Technischer Fortschritt und Beschäftigung, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB), 19 (1986) 1, S. 1-19
- KLAUDER 1989 W. Klauder: Arbeitsmarkt und Ausscheiden Älterer aus dem Erwerbsleben - gegenwärtige und zukünftige Tendenzen und Probleme, in: Sozialer Fortschritt 34 (1989) 4, S. 85-95
- KLEINHENZ 1970 G. Kleinhenz: Probleme wissenschaftlicher Beschäftigung mit der Sozialpolitik, Berlin 1970
- KNOBLICH 1980 B.Knoblich: Die neuen Statistik-Vorschriften - § 79 SGB IV, in: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): Statistik in der Rentenversicherung, Bd. 53, Frankfurt/M 1980, S.223 - 237
- KNOEDEL 1982 P. Knoedel: Anmerkungen zu den Ergebnissen der Statistik über den Rentenzugang des Jahres 1981, in: Deutsche Rentenversicherung (1982) 7 S. 397 - 412

- KNOEDEL 1985 P. Knoedel: Aus der Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung: Das Berentungsgeschehen nach dem Haushaltsbegleitgesetz 1984, in: Deutsche Rentenversicherung (1985) 4, S. 181-194
- KNOPF 1981 D. Knopf: Verstehen, anknüpfen entwickeln: animatorische Bildungsarbeit mit sozial- und bildungsbenachteiligten älteren Menschen, Der Bundesminister für Bildung und Wissenschaft (Hrsg.), Schriftenreihe Bildungsplanung 37, Bonn 1981
- KOHLI 1985 M. Kohli: Die Institutionalisierung des Lebenslaufs - Historische Befunde und theoretische Argumente, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 37 (1985) 1, S. 1-29
- KOHLI 1988 M. Kohli: Die gesellschaftliche und individuelle Bedeutung der Altersgrenze, in: W. Schmähl (Hrsg.): Verkürzung oder Verlängerung der Erwerbsphase?, Tübingen 1988, S. 36-53
- KOHLI et. al. 1989 M. Kohli; C. Gather; H. Künemund; B. Mücke; M. Schürckmann; W. Voges; J. Wolf: Je früher - desto besser? - Die Verkürzung des Erwerbslebens am Beispiel des Vorruhestands in der chemischen Industrie, Beiträge zur Sozialökonomie der Arbeit, Hrsg. von M. Bolle und B. Strümpel, Band 19, Berlin 1989
- KOHLI/WOLF 1987 M. Kohli; J. Wolf: Altersgrenzen im Schnittpunkt von betrieblichen Interessen und individueller Lebensplanung - Das Beispiel des Vorruhestands, in: Soziale Welt 38 (1987) 1, S. 92-109
- KOLB 1980 R. Kolb: Risikoabgrenzung und Nahtlosigkeit zwischen Arbeitslosen- und Rentenversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung (1980) 4, S. 246-254

- KONSTANTY 1983 R. Konstanty: Zusammenarbeit der Sozialleistungsträger bei der Bekämpfung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, in: Soziale Sicherheit 1983 5, S. 145-149
- KOTTHOFF 1986 H. Kotthoff: Betriebliche Personalpolitik im Umgang mit gesundheitlich Beeinträchtigten, Arbeiterkammer des Saarlandes (Hrsg.), Saarbrücken 1986
- KRASEMANN/LAASER/
SCHACH 1987 E. O. Krasemann; U. Laaser; E. Schach (Hrsg.): Sozialmedizin - Schwerpunkte Rheuma und Krebs, Berlin 1987
- KRAUSE 1986 H. Krause: Rente wegen Berufsunfähigkeit: Eine vergessene Reform?, in: Die Sozialgerichtsbarkeit (1986) 5, S. 188-192
- KÜHLEWIND 1986 G. Kühlewind: Beschäftigung und Ausgliederung älterer Arbeitnehmer. Empirische Befunde zur Erwerbsbeteiligung, Rentenübergang, Vorruhestand und Arbeitslosigkeit, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MITTAB), 19 (1986) 2, S.209-232
- KÜHLEWIND 1988 G. Kühlewind: Erfahrungen mit dem Vorruhestand aus beschäftigungspolitischer Sicht, in: Schmähl (Hrsg.) 1988, S. 54 - 63
- KUMMER 1986 P. Kummer: Die Arbeitsunfähigkeit im Krankenversicherungsrecht, in: Der medizinische Sachverständige 82 (1986) 4, S. 86-89
- LAMPERT 1980 H. Lampert: Sozialpolitik, Berlin, Heidelberg, New York 1980
- LAND/VIEFHUES 1984 F. J. Land; H. Viefhues: "Arbeitslosigkeit" als Gegenstand sozialmedizinischer und medizinsoziologischer Forschungs-Abschlußbericht, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Köln 1984
- LANDENBERGER 1983 M. Landenberger: Arbeitszeitwünsche - Vergleichende Analyse vorliegender Befragungsergebnisse, IIMV/LMP discussion paper 83 - 17, Wissenschaftszentrum Berlin 1983

- LANDENBERGER 1987 M. Landenberger: Erwerbsneigung, Arbeitseinkommensbedarf und Arbeitszeitwünsche Älterer, in: DZA (Hrsg.): Die ergraute Gesellschaft, Berlin 1987, S. 85 - 91
- LANDWEHRMANN 1974 F. Landwehrmann: Der Ältere in der industriellen Arbeitswelt, INSTRE-Forschungsbericht, Essen 1974
- LANDWEHRMANN 1975 F. Landwehrmann: Ältere Arbeitnehmer - Eine gemachte Problemgruppe, in: Zeitschrift für Gerontologie 8 (1975) 4 S. 253-257
- LAPPE 1987 L. Lappe: Berufsbiographien und Zukunftsperspektiven von Facharbeitern, in: DZA (Hrsg.): Die ergraute Gesellschaft, DZA, Berlin 1987
- LAURIG 1982 W. Laurig: Grundzüge der Ergonomie - Einführung, Berlin 1982
- LEHR 1972 U. Lehr: Psychologie des Alterns 1. Auflage, Heidelberg 1972
- LEHR 1975 U. Lehr: Der ältere Mensch im Arbeitsprozeß - Stereotypien und Tatsachen, in: Zeitschrift für Gerontologie 8 (1975) 4, S. 306-314
- LEHR 1979 U. Lehr: Flexibilität der Altersgrenze oder Herabsetzung des Pensionierungsalters? - Psychologische Aspekte, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaftslehre 49 (1979) S. 134 - 144
- LEIBING/MÜLLER-SPÄTH 1981 C. Leibing; D. Müller-Späth: Daten über den Zugang an Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten in der Deutschen Gesetzlichen Rentenversicherung, in: R. Brennecke, E. Greiser; H.A. Paul; E. Schach (Hrsg.): Datenquellen für Sozialmedizin und Epidemiologie, Berlin, Heidelberg, New York 1981, S. 180-197

- LÖFFLER et. al. 1988 H. E. Löffler; W. Müller-Fahrnow; M. F. Schuntermann; H. G. Dinkloh: Die Rehabilitations - Verlaufs-Statistik - Ergebnisse eines Forschungsprojektes zur Epidemiologie in der medizinischen Rehabilitation Teil I: "Die Reha - Wiederholungsquote", in: Deutsche Rentenversicherung (1988) 12, S. 696-733
- LUKAS 1978 H. Lukas: Aktenanalyse als Methode der Sozialarbeitsforschung, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 9 (1978) S. 268-289
- MAASSEN/SCHERMER/
WIEGAND/ZIPPERER o.J. H. J. Maaßen; J. Schermer; D. Wiegand; M. Zipperer: Gesetzliche Krankenversicherung GKV Kommentar, Loseblattsammlung, Heidelberg, lfd
- MAGS 1983 Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Modelle zur Arbeitszeitverkürzung und Arbeitsverteilung - Bericht einer Arbeitsgruppe der Landesregierung, o.O. 1983
- MARGGRAF et. al. 1986 J. Marggraf, E. Nuissl, H.-U. Paatsch: Weiterbildung zur Vorbereitung auf Alter und Ruhestand (VAR), Hrsg.: Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft, Arbeitsgruppe für empirische Bildungsforschung, Heidelberg 1986
- MASCHEWSKI/SCHNEIDER 1982 W. Maschewski; U. Schneider: Soziale Ursachen des Herzinfarkts, Frankfurt/M., New York 1982
- MAYER 1987 H.-L. Mayer: Definition und Struktur der Erwerbslosigkeit - Ergebnisse des Mikrozensus, in: Wirtschaft und Statistik 6/1987 S. 453 - 466
- MERTENS 1987 A. Mertens: Unfallverhütungsbericht '86 - Insgesamt positive Bilanz, in: Sicher ist Sicherheitszeitschrift für Arbeitsschutz 1987 2, S. 74-78

- MEYER 1981 J. A.E. Meyer: Sozialgerichtsprotokolle, Neuwied, Darmstadt 1981
- MILENOVIC/ROSENBLADT v. I. Milenovic; B. v. Rosenblatt: Die Einkommenssituation von Frührentnern, in: M. Dieck; G. Naegele; R. Schmidt (Hrsg.): "Freigesetzte" Arbeitnehmer im 6. Lebensjahrzehnt - eine neue Ruhestandsgeneration, DZA - Berlin 1985, S. 51-70
- MOLLIEEN 1986 P. Mollien: Renten neurosen, in: T. F. Hau (Hrsg.): Psychosomatische Medizin - Lehr- und Handbuch der Krankheitsbilder, München 1986, S. 275-289
- MÖRSCHEL/REHFELD 1981 R. Mörschel; U. Rehfeld: Untersuchungen der Rentenzugänge im Zeitablauf - Teil I: Der Zugang an Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten in den Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten - ein Maß für Umfang und Entwicklung der Invalidität?, in: Deutsche Rentenversicherung (1981) 4 S. 234 - 253
- MOSSE/TUGENDREICH (Hrsg.) 1913 (1981) M. Mosse; G. Tugendreich (Hrsg.) Krankheit und soziale Lage, München 1913, Dritte Auflage, Göttingen 1981
- MÜLLER - HAGEN 1977 D. Müller-Hagen: Ältere Arbeitnehmer, in: Personal- Enzyklopädie Bd. 1. München 1977
- MÜLLER 1981 R. Müller: Die Möglichkeit des Nachweises arbeitsbedingter Erkrankungen durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten einer Ortskrankenkasse, in: WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 40: Sozialpolitik und Produktionsprozeß, Köln 1981, S. 15-36
- MÜLLER 1987 H.W. Müller: Die Behandlung der Invaliditätsrenten in den Modellrechnungssystemen zur Entwicklung des Rentenvolumens in der gesetzlichen Rentenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in Internationale Revue für soziale Sicherheit 40 (1987) 3, S. 288-317

- MÜLLER-FAHRNOW et. al. 1989 W. Müller-Fahrnow; H. E. Löffler; M. F. Schuntermann; H. Klosterhuis: Die Rehabilitations - Verlaufs-Statistik - Ergebnisse eines Forschungsprojektes zur Epidemiologie in der medizinischen Rehabilitation Teil II: "Die Sozialmedizinische Prognose", in: Deutsche Rentenversicherung (1989) 3, S. 170-207
- MÜLLER-SPÄTH 1982 D. Müller-Späth: Die Berentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit als Datenquelle für Epidemiologie und Arbeitsmedizin, in: F. Hauß (Hrsg.): Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik, Frankfurt/M, New York 1982, S. 245-256
- MÜLLER/BOCTER 1987 W. Müller; N. Bocter: Beitrag zur Verbesserung der Todesursachenstatistik - Ergebnis der Auswertung aller ärztlichen Angaben aus der Todesbescheinigung, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 49 (1987) S. 345 - 351
- MÜLLER/KIEL 1987 H.W. Müller; W. Kiel: Die Behandlung der Invaliditätsrenten in den Modellrechnungen zur Entwicklung des Rentenvolumens in der gesetzlichen Rentenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in: Deutsche Rentenversicherung (1987) 11/12 S. 763 - 785
- MÜLLER/REHFELD 1985 H.W. Müller; U. Rehfeld: Die Sterblichkeit von Altersrentnern der gesetzlichen Rentenversicherung in den Jahren 1982 bis 1984 - zur Lebenserwartung berufstätiger Frauen und Männer, in: Deutsche Rentenversicherung (1985) 6/7/8 S. 382 - 403
- MÜLLER/SEITZ 1989 A. Müller; F. Seitz: Gesundheitsreformgesetz (GRG), München 1989
- NAEGELE 1975 G. Naegele: Die Problematik älterer Arbeitnehmer aus sozialpolitischer Sicht, in: Zeitschrift für Gerontologie 8 (1975) 4, S. 238-252

- NAEGELE 1983
G. Naegele: Arbeitnehmer in der Spätphase ihrer Erwerbstätigkeit, in: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Forschungsbericht Bd. 91, Reihe Sozialforschung, Bonn 1983
- NAEGELE/DIECK 1978
G. Naegele; M. Dieck: Erkenntnisinteresse und Forschungsprogramm einer wissenschaftlichen Sozialpolitik für ältere Menschen, in: M. Dieck; G. Naegele (Hrsg.): Sozialpolitik für ältere Menschen, Heidelberg 1978, S. 13-36
- NAISBITT/ABURDENE 1986
J. Naisbitt; P. Aburdene: Megatrends des Arbeitsplatzes - von Infrastrukturen zur Lebensqualität, Bayreuth 1986
- NEUMANN 1990
H. Neumann: Deregulierung des Bestandsschutzes, in: WSI Mitteilungen (1990) 6, S. 400-407
- NOLL/BERGER 1983
H.H. Noll; R. Berger: Determinanten der Wiederbeschäftigungschancen von Arbeitslosen - eine multivariate Analyse von Survey-Daten, Arbeitspapier des Sonderforschungsbereichs 3 (SFB 3) Nr. 81, Frankfurt 1983
- NZA 1988
Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht (NZA): Erwerbsunfähigkeit - Eingeschränkte vollschichtige Arbeitsfähigkeit, (1988) 18, S. 670-672
- OPPOLZER 1986
A. Oppolzer: Wenn Du arm bist, mußt Du früher sterben, Hamburg 1986
- ORSINGER/CLAUSING 1982
C. Orsinger; P. Clausing: Verkürzung der Lebensarbeitszeit im Spiegel der Rentenversicherung, in: Die Angestelltenversicherung 29 (1982) 7/8 S. 261 - 268
- OTT/ROLF 1987
N. Ott; G. Rolf: Zur Entwicklung von Frauenerwerbstätigkeit und Geburtenhäufigkeit, Sfb 3 - Arbeitspapier Nr. 244 Frankfurt - Mannheim 1987

- OTTMÜLLER 1991 E. Ottmüller: Verschlossener Arbeitsmarkt auch für erwerbsgeminderte Versicherte, die noch vollschichtig arbeiten können?, in: Deutsche Rentenversicherung (1991) 7, S. 509-512
- PAGE/REIMANN 1983 K. Page; A. Reimann: Trend zu früher Verrentung nimmt drastisch zu, in: Die Angestelltenversicherung 30 (1983) 12 S. 401 - 409
- PPAFF et. al. 1986 A. B. Pfaff; K. Deimer; D. Jauffmann; E. Kistler; M. Pfaff; E. Stark: Vergleich von Niveau und Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit in der Bundesrepublik Deutschland und in ausgewählten Ländern, Forschungsbericht des Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Reihe Sozialforschung Bd. 137, Bonn 1986
- PFLANZ 1962 (1986) M. Pflanz: Sozialer Wandel und Krankheit, Stuttgart 1962, Neuauflage Göttingen, Augsburg 1986
- PFLANZ 1973 M. Pflanz: Allgemeine Epidemiologie, Stuttgart 1973
- POHL 1976 H.-J. Pohl: Ältere Arbeitnehmer, Ursachen und Folgen ihrer beruflichen Abwertung, Frankfurt/Main 1976
- POPITZ et. al. 1972 H. Popitz; H. P. Bahrt; E. A. Jüres; H. Kesting: Das Gesellschaftsbild des Arbeiters Tübingen 1972
- PREISER/SCHRÄDER 1983 K. Preiser; W. Schröder: Der Rückgang des Krankenstandes in der ökonomischen Krise: Eine Folge struktureller Veränderungen der Erwerbsbevölkerung, in: Sozialer Fortschritt 33 (1983) 12 S. 276-282
- PRO SENECTUTE (Hrsg.) Pro Senectute (Hrsg.) unter Mitwirkung von H.-P. Schneider: Vorbereitung auf das Alter im Lebenslauf - Beiträge aus Theorie und Praxis, Paderborn, München, Wien, Zürich 1981

- PROEBSING 1984 H. Proebising: Entwicklung der Sterblichkeit, in: Wirtschaft und Statistik (1984) 1, S. 13-14
- PSCHYREMBEL 1990 Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch Berlin, New York 1990
- RAUSCHER 1981 B. Rauscher: Die neuere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Berufsunfähigkeit, in: Soziale Sicherheit 30 (1981) 11 S. 329-332
- REHFELD 1984 U. Rehfeld: Aus der Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung: Rentenansprüche, ihre Erledigung und Bearbeitungsdauer, in: Deutsche Rentenversicherung (1984) 3, S. 129-140
- REHFELD 1984 a U. Rehfeld: Zur Datenlage in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung (Teil I), in: Deutsche Rentenversicherung (1984) 8 S. 441 - 465
- REHFELD 1984 b U. Rehfeld: Zur Datenlage in der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung (Teil II), in: Deutsche Rentenversicherung (1984) 9 S. 526 - 546
- REHFELD 1987 U. Rehfeld: Variable Einflußfaktoren in ihrer Auswirkung auf die Frühinvalidität, in: Das öffentliche Gesundheitswesen (1987) 49, S. 142-147
- REHFELD/SCHIEITL 1985 U. Rehfeld; O. Scheitl: Rehabilitation der Rentenversicherung - Die wichtigsten quantitativen Entwicklungen im Blickwinkel der demographischen, konjunkturellen und gesetzlichen Änderungen, in: Deutsche Rentenversicherung (1985) 10/11, S. 662-710
- REHFELD/SCHIEITL 1986 U. Rehfeld; O. Scheitl: Die Rentnersterblichkeit 1985: Aktuelle Ergebnisse für Altersrentner und einige spezielle Fallgruppen, in: Deutsche Rentenversicherung (1986) 11/12 S. 729 - 752
- REIMANN 1985 A. Reimann: Trend zur Frühverrentung noch ungebrochen, in: Die Angestelltenversicherung 32 (1985) 10 S. 406 - 414

- RICKE/KARMAUS/HÖH 1977 J. Ricke; W. Karmaus; R. Höh: Frühinvalidität - Arbeiterschicksal?, in: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 2, Argument Sonderband 17, Berlin 1977, S. 148-161
- RISCHE 1979 H. Rische: Einkommensverlustausgleich anstelle der Renten wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit, in: Deutsche Rentenversicherung (1979) 5, S. 298-309
- ROLF/WAGNER 1988 G. Rolf; G. Wagner: Altersvorsorge von Frauen - Probleme und Reformmöglichkeiten, Sfb 3 - Arbeitspapier Nr. 270, Frankfurt - Mannheim, 1988
- ROMERT 1973 W. Romert: Physische Beanspruchung, in: H. Schmidtke (Hrsg.): Ergonomie 1, München 1973, S. 225-255
- ROMERT/RUTENFRANZ 1975 W. Romert; J. Rutenfranz: Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen, Forschungsbericht des Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1975
- ROSENBLADT v./BÜCHTEMANN 1980 B. v. Rosenblatt; C. Büchtemann: Arbeitslosigkeit und berufliche Wiedereingliederung, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB) 13 (1980) 4, S. 552-572
- ROSENMAYR 1983 L. Rosenmayr: Die späte Freiheit - Das Alter - ein Stück bewusst gelebten Lebens, Berlin 1983
- ROSENMAYR/KOLLAND (Hrsg.) 1988 L. Rosenmayr; F. Kolland (Hrsg.): Arbeit - Freizeit - Lebenszeit - Grundlagenforschung zu Übergängen im Lebenszyklus, Opladen 1988
- ROSENOW 1989 J. Rosenow: Regulierungen betrieblicher Altersstrukturen, Wissenschaftszentrum Berlin, FS II 89-203, Berlin 1989

- ROTHKIRCH v./WEIDIG 1985
Ch. v. Rothkirch; I. Weidig:
Die Zukunft der Arbeitslandschaft,
Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Be-
rufsforschung BeitrAB 94.1 und 94.2
Nürnberg 1985
- RUSSIG 1982
H. Russig: Sozialversicherungs-
und arbeitsrechtliche Rahmenbedin-
gungen für die Ausgliederung
älterer und/oder Leistungsgeminder-
ter Arbeitnehmer aus dem Betrieb,
in: K. Dohse; U. Jürgens; H.
Russig (Hrsg.): Ältere Arbeitnehmer
zwischen Unternehmensinteressen und
Sozialpolitik, Frankfurt/ New York
1982, S.237-282
- RUTENFRANZ 1983
J. Rutenfranz: Arbeitsbedingte
Erkrankungen - Überlegungen aus
arbeitsmedizinischer Sicht, in:
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin,
Präventivmedizin 18 (1983) 11,
S. 257-267
- RÜTH 1976
Walter Rüth: Ursachen vorzeitiger
Berufs- und Erwerbsunfähigkeit,
Göttingen 1976
- SACHVERSTÄNDIGENKOM-
MISSION ALTERSSICHERUNGS-
SYSTEME 1983
Sachverständigenkommission Alters-
sicherungssysteme: Gutachten der
Sachverständigenkommission vom 19.
November 1983, Veröffentlicht von
der Bundesregierung, Der Bundes-
minister für Arbeit und Sozial-
ordnung, Bonn 1983
- SACHVERSTÄNDIGENRAT 1987
Sachverständigenrat für die Kon-
zertierte Aktion im Gesundheits-
wesen, Jahresgutachten 1987:
Medizinische und ökonomische
Orientierung - Vorschläge für die
Konzertierte Aktion im Gesund-
heitswesen, Baden Baden 1987
- SCHACH 1981
E. Schach: Daten der gesetzlichen
Krankenversicherung am Beispiel
einer AOK, in: R. Brennecke;
E. Greiser; H.A. Paul; E. Schach:
Datenquellen für Sozialmedizin und
Epidemiologie, Berlin, Heidelberg,
New York 1981, S.201-214
- SCHAEFER/BLOHMKE 1972
H. Schaefer; m. Blohmke: Sozial-
medizin - Einführung in die
Ergebnisse und Probleme der
Medizin-Soziologie und Sozial-
medizin, Stuttgart 1972

- SCHÄFER 1980** D. Schäfer: Überlegungen zu einer bereichsübergreifenden Reform der sozialen Sicherung bei Minderung der Erwerbsfähigkeit, in: Deutsche Rentenversicherung (1980) 2, S. 81-95
- SCHALLA 1984** K.-H. Schalla: Arbeitszeitverkürzung im Rahmen eines Vorbereitungsprogramms auf den Ruhestand, Hrsg.: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Forschungsbericht 111, Bonn 1984
- SCHARF 1980** B. Scharf: Frühinvalidität, in: Soziale Sicherheit (1980) 5, S. 145-151
- SCHARF 1980 a** B. Scharf: Frühinvalidität. Zur sozialpolitischen Bedeutung der beruflich sozialen Ausgliederung leistungsgeminderter gesundheitlich Beeinträchtigter und Behinderter, in: WSI Mitteilungen 33 (1980) 10 S. 550-563
- SCHAUB 1989** E. Schaub: Neuregelungen im Bereich der Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung (1989) 6-7, S. 424-432
- SCHEERER 1976** R. Scheerer: Berufsunfähigkeit, ein impraktikabler Rechtsbegriff, in: Deutsche Rentenversicherung (1976) 1, S. 9-19
- SHELLHAASS 1982** H.-M. Schelhaaß: Kündigungsschutz und Weiterbeschäftigungsanspruch aus ökonomischer Perspektive, in: Sozialer Fortschritt, 31 (1982) 4, S. 73-77
- SCHEPERS/WAGNER 1989** J. Schepers; G. Wagner: Soziale Differenzen der Lebenserwartung in der Bundesrepublik Deutschland - neue empirische Analysen, in: Zeitschrift für Sozialreform 35 (1989) 11/12, S. 670-682
- SCHETTKAT/SEMLINGER 1982** R. Schettkat; K. Semlinger: Der eigenständige Effekt gesundheitlicher Einschränkungen als Vermittlungshemmnis, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (MittAB) 15 (1982) 4, S. 434.442

- SCHEWE/ZÖLLNER 1957 D. Schewe; D. Zöllner: Die vorzeitige Invalidität in der sozialen Rentenversicherung - Umfang, Entwicklung und Bestimmungsgründe, Berlin 1957
- SCHIMANSKI 1976 W. Schimanski: Beurteilung medizinischer Gutachten - Methoden der Kritik an ärztlichen Verwaltungs- und Gerichtsexpertisen, Berlin, New York 1976
- SCHIMANSKI 1986 W. Schimanski: Dialog zwischen Ärzten und Sozialrechtlern, in: G. Elsner; W. Karmaus; L. Lißner (Hrsg.): Muß Arbeit krank machen? - Für eine ander Arbeitsmedizin, Hamburg 1986, S. 130-149
- SCHLIERF 1985 C. Schlierf: Die Rentenneurose: ein psychosoziales Arrangement, Teil I, II, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 35 (1985) 1;2, S. 8-16, 41-46
- SCHMÄHL (Hrsg.) 1988 W. Schmähl: Verkürzung oder Verlängerung der Erwerbsphase - Zur Gestaltung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand in der Bundesrepublik Deutschland, Tübingen 1988
- SCHMÄHL 1988 a W. Schmähl: Verkürzung oder Verlängerung der Erwerbsphase? Fragen, Ziele, Wirkungen - Ein Überblick, in: W. Schmähl (Hrsg.): Verkürzung oder Verlängerung der Erwerbsphase? Tübingen 1988, S. 1-35
- SCHNABEL 1988 P.E. Schnabel: Krankheit und Sozialisation, Opladen 1988
- SCHRÖER/v. FERBER 1987 A. Schröer; L. v. Ferber: Arbeitsunfähigkeit und Verlaufsmuster chronischer Krankheiten, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 21 (1987) 2, S. 37-43
- SCHÜLE 1987 U. Schüle: Der gleitende Übergang in den Ruhestand als Instrument der Sozial- und Beschäftigungspolitik, Frankfurt/Main, Bern, New York, Paris 1987

SCHUNTERMANN 1986

M. F. Schuntermann: Das Berentungsrisiko wegen Erwerbsminderung: Begriff, Struktur und Entwicklung in der Zeit von 1973 bis 1982, in: Deutsche Rentenversicherung (1986) 3-4, S. 237-256

SCHUNTERMANN 1986

M.F. Schuntermann: Das Berentungsrisiko wegen Erwerbsminderung: Begriff, Struktur und Entwicklung in der Zeit von 1973 bis 1982, in: Deutsche Rentenversicherung (1986) 3/4 S. 237 - 256

SCHUNTERMANN 1987

M.F. Schuntermann: Der Einfluß ausgewählter Krankheiten auf die Berentlichkeit wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit - ein Beitrag zur Epidemiologie der Frühberentung in: Deutsche Rentenversicherung (1987) 7, S. 462 - 496

SCHUNTERMANN 1990

M.F. Schuntermann: Zum Selektionsproblem in der medizinischen Rehabilitation, in: Deutsche Rentenversicherung (1990) 2, S. 111-123

SCHUNTERMANN et. al. 1990

M. F. Schuntermann; H.E. Löffler; W. Müller-Fahrnow; R. Braun: Die Rehabilitations - Verlaufsstatistik - Ergebnisse eines Forschungsprojektes zur Epidemiologie in der medizinischen Rehabilitation Teil III: "Die Reha - Anamnese", in: Deutsche Rentenversicherung (1990)

SCHUNTERMANN/BRAUN 1986

M.F. Schuntermann; R. Braun: Das Risiko der Nichtverwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit als Teilrisiko des Risikos der Berentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, in: Deutsche Rentenversicherung (1986) 11/12 S.753 - 770

SCHUNTERMANN/BRAUN 1986

M.F. Schuntermann; R. Braun: Das Risiko der Nichtverwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit als Teilrisiko des Risikos der Berentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, in: Deutsche Rentenversicherung (1986) 11/12 S.753 - 770

- SCHUNTERMANN/WEBER-
FALKENSAMMER 1988 M.F. Schunterman; H. Weber-Falkensammer: Die BU-/EU Berentlichkeit Pflichtversicherter infolge Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes unter Berücksichtigung der Rehabilitationsanamnese, in: Deutsche Rentenversicherung (1988) 4-5, S. 301-317
- SCHWEFEL/SCHWARTZ 1978 D. Schwefel; F.W. Schwartz: Aussagefähigkeit und Auswertbarkeit von Diagnosen in der ambulanten medizinischen Versorgung - ein Problemüberblick, in: F.W.Schwartz; D. Schwefel (Hrsg.) Diagnosen in der ambulanten Versorgung. Aussagefähigkeit und Auswertbarkeit, Köln 1978, S. 7-34
- SCHWIDDER 1972 W. Schwidder: Klinik der Neurosen, in: K. P. Kisker (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, Teil 1, Berlin 1972, S. 351-476
- SELIGMAN 1979 M. Seligman: Erlernte Hilflosigkeit, München 1979
- SELYE 1974 H. Selye: Streß, Bewältigung und Lebensgewinn, München, Zürich 1974
- SENDLER 1986 H. Sendler: Richter und Sachverständige, in: Neue Juristische Wochenschrift 39 (1986) 47, S. 2907-2915
- SIEGRIST 1975 J. Siegrist: Sozialkulturelle Einflüsse auf die Krankheit, in: M. Blohmke; Ch. v. Ferber; K.P. Kisker; H. Schaefer (Hrsg.): Grundlagen und Methoden der Sozialmedizin, Bd. 1, Stuttgart 1975, S. 300-315
- SIEGRIST et. al. 1980 J. Siegrist; K. Dittmann; K. Rittner; I. Weber: Soziale Belastungen und Herzinfarkt - eine medizinsoziologische Fall-Kontroll-Studie, Stuttgart 1980

- SKARABIS/TIEMANN 1988 H. Skarabis; F. Tiemann: Epidemiologische Analyse der Gruppe der Versicherten, die ohne vorherige Rehabilitationsmaßnahmen frühberentet wurden oder im erwerbsfähigen Alter verstorben sind, Forschungsvorhaben im Auftrag der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, unveröffentlichtes Manuskript, Berlin 1988
- SLESINA 1987 W. Slesina: Arbeitsbedingte Erkrankungen und Arbeitsanalyse, Stuttgart 1987
- SPREE 1981 R. Spree: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod, Göttingen 1981
- STATISTISCHES BUNDESAMT 1972 Statistisches Bundesamt (Hrsg): Bevölkerung und Wirtschaft 1872-1972, Stuttgart, Mainz 1972
- STATISTISCHES BUNDESAMT 1990 FS 13/1 Statistisches Bundesamt (Hrsg), Fachserie 13 "Sozialleistungen", Reihe 1 Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung, Stuttgart 1990
- STEFFENS 1990 J. Steffens: Krankheitsstrukturen und Veränderungen - Ergebnisse der Krankheitsartenstatistik 1988, in: DOK 72 (1990) 11, S.361-363
- STEINWEDEL 1989 U. Steinwedel: Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei langfristigen Erkrankungen - aus juristischer Sicht, in: Der medizinische Sachverständige 85 (1989) 3, S. 73-75
- STITZEL 1987 M. Stitzel: Der gleitende Übergang in den Ruhestand - Interdisziplinäre Analyse einer alternativen Pensionierungsform, Frankfurt/Main, New York 1987
- STÜCK 1986 H. Stück: Abschied vom Arbeitsleben - Einstellungen der Angestellten zum Übergang in den Ruhestand, Hrsg.: Angestelltenkammer Bremen, Bremen 1986
- TENNSTEDT 1972 F. Tennstedt: Berufsunfähigkeit im Sozialrecht, Frankfurt/M. 1972

- TENNSTEDT 1976 F. Tennstedt: Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: M. Blohmke; C. v. Ferber; K. P. Kisker; H. Schäfer (Hrsg.) Handbuch der Sozialmedizin, Bd. III. Sozialmedizin in der Praxis, Stuttgart 1976, S. 385-492
- TENNSTEDT 1978 F. Tennstedt: Die Situation älterer Industriearbeiter - Gesundheitsverschleiß im Beruf - Frühinvalidisierung oder Prophylaxe als Ausweg? in: M. Dieck; G. Naegele (Hrsg.): Sozialpolitik für älter Menschen, Heidelberg 1978, S. 65-81
- TESSMER 1987 H. Tessmer: Krankengeld, Übergangsgeld - Kontinuität und Zusammentreffen dieser Leistungen -, in: Die Sozialgerichtsbarkeit (1987) 3, S. 102-107
- TEWS 1991 H.T. Tews: Altersbilder - Über Wandel und Beeinflussungen von Vorstellungen vom und Einstellungen zum Alter, Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) (Hrsg.), Köln 1991
- THOMAE/LEHR (Hrsg.) 1968 H. Thomae, U. Lehr (Hrsg): Altern - Probleme und Tatsachen, Frankfurt/Main 1968
- THOMAE/LEHR 1973 H. Thomae, U. Lehr: Berufliche Leistungsfähigkeit im mittleren und höheren Erwachsenenalter, Göttingen 1973
- TÜMLER 1986 H.J. Tümmler: Die Berufs- und Erwerbsunfähigkeit im Rentenversicherungrecht, in: Der medizinische Sachverständige 82 (1986) 4, S. 90-93
- UEXKÜLL v. 1981 Th. v. Uexküll: Psychosomatische Medizin als gesundheitspolitische Aufgabe der Rentenversicherung, in: Die Angestelltenversicherung (1981) 4, S. 177-182
- VDR 1987 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Gutachten der Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zur langfristigen Entwicklung der gesetzlichen Rentenversicherung, Frankfurt 1987

- VDR 1989 Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Rentenreform '92 - Die wichtigsten Neuregelungen im Überblick, Frankfurt/M; Berlin 1989
- WAGNER 1984 G. Wagner: Umverteilung in der gesetzlichen Rentenversicherung Frankfurt/Main /New York 1984
- WAGNER 1986 G. Wagner: Grundrente oder Mindestvorsorge - Ein Versuch zur Systematisierung der Diskussion, Sfb - Arbeitspapier Nr. 194, Frankfurt-Mannheim 1986
- WALTZ 1981 E.M. Waltz: Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit - ein Überblick über die empirische Literatur, in: B. Badura (Hrsg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit - Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung, Frankfurt/M 1981, S. 40-119
- WANNAGAT 1980 G. Wannagat: Die Bedeutung der Rechtsprechung für die Entwicklung der Rentenversicherung, in: K. Schenke; W. Schmähl (Hrsg.): Alterssicherung als Aufgabe für Wissenschaft und Politik - Helmut Meinhold zum 65. Geburtstag, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1980 S. 325-337
- WANNAGAT 1987 G. Wannagat: Der Sachverständige im sozialgerichtlichen Verfahren, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 34 (1987) 9, S. 349-351
- WASILEWSKI et. al. 1984 R. Wasilewski; H. Faßmann; M. Kentner; J. Passenberger: Frühinvalidisierung - Ergebnisse einer Untersuchung in Baden - Württemberg, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.), Stuttgart 1984
- WEINHAGEN/GÖTZE 1989 J.-A. Weinhausen; B. Götze: Rehabilitation und Angestelltenversicherung, in: Die Angestelltenversicherung 36 (1989) 5-6, S. 231-235

- WIESE 1985 M. Wiese: Leistungsempfänger und Lastenverschiebung in der Arbeitslosenversicherung, in: Sozialer Fortschritt 34 (1989) 6, S. 133-138
- WIRTSCHAFTS- UND
SOZIALWISSENSCHAFTLICHES
INSTITUT DES DEUTSCHEN
GEWERKSCHAFTSBUNDES (WSI)
(Hrsg.) 1976 Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes (WSI) (HRSG): Die Lebenslage älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, WSI - Studie Nr. 31, Köln 1976
- WOLF 1989 J. Wolf: Die Veränderung der Altersgrenzen - betriebliche Interessen und biographische Perspektiven, in: Sozialer Fortschritt (1989) 4, S. 96-100
- WOLFF 1980 I. Wolff: Zur Verslossenheit des Arbeitsmarktes bei vollschichtiger Einsatzfähigkeit, in: Deutsche Rentenversicherung (1980) 4, S. 238-245
- WSI 1983 Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des DGB: Arbeit macht krank - Eine Dokumentation zusammengestellt von Reinhard Bispink, Extra - Info 6, Düsseldorf 1983
- WZB 1989 Wissenschaftszentrum Berlin, F. Naschold, G. Wagner, unter Mitarbeit von J. Rosenow: Betriebe und Staat im altersstrukturellen Wandel - Eine Projektskizze, unveröffentlichtes Manuskript, Berlin 1989.
- ZACHER 1980 H. F. Zacher: Sozialpolitik, Verfassung und Sozialrecht im Nachkriegsdeutschland, in: K. Schenke; W. Schmähl (Hrsg.): Alterssicherung als Aufgabe für Wissenschaft und Politik - Helmut Meinhold zum 65. Geburtstag, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1980 S. 123-171
- ZAPF et. al. 1987 W. Zapf; S. Breuer; J. Hampel; P. Krause; H.-M. Mohr; E. Wiegand Individualisierung und Sicherheit - Untersuchungen zur Lebensqualität in der Bundesrepublik Deutschland, München 1987

ZIMMERMANN (Hrsg.) 1982

L. Zimmermann (Hrsg.): Gesundheitsgefahren bei der Arbeit, Reinbeck 1982

ZINK 1987

A. Zink: Expertise zum Forschungsbedarf im Bereich der Epidemiologie rheumatischer Krankheiten, Gesellschaft für Systemforschung und Dienstleistungen im Gesundheitswesen mbH. (GSD), Berlin 1987

ZÖLLNER 1981

D. Zöllner: Landesbericht Deutschland in, P. A. Köhler; H. F. Zacher (Hrsg.): Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz, Berlin 1981, S. 45-179

ZWINGMANN 1984

B. Zwingmann: Ursachen der Frühinvalidität: Veranlagung oder Arbeits- und Lebensbedingungen? - Anmerkungen zu einem Forschungsbericht, in: Soziale Sicherheit (1984) 8-9, S. 239-245

ANHANG I

TABELLENVERZEICHNIS

Nr.	Bezeichnung	
1	Geschichte der Arbeiterbewegung in der Altmark von 1848 bis 1918	
2	Geschichte der Arbeiterbewegung nach dem Zweiten Weltkrieg bis 1989 (von der Gründung der SED)	178
3	Arbeitslosigkeit in der DDR von 1949 bis 1989 (für die Arbeiterbewegung)	172
4	Arbeitslosigkeit von 1949 bis 1989 bei den Beschäftigten der Arbeiterbewegung (Code September 1989)	179
ANHANG I		
5	Der Durchbruch der Arbeiterbewegung in den Regimenterfüllung der Arbeiter (1949) und der Arbeiterbewegung von 1957 bis 1990 - Verhältnisse in der DDR	180
6	Ruhestandsregelung der Arbeiter in der DDR - Versicherung der Beschäftigten auf Zersicherungsregeln (Ruhestandsregelung 1960 - 1990) - Absolut	191
7	Anteil der Rentnerinnen an den Rentnern insgesamt - versicherungspflichtige Arbeitnehmer 1960 - 1990 in %	182
8	Anteil der Rentnerinnen an den Rentnern insgesamt - versicherungspflichtige Arbeitnehmer 1960 - 1990 in %	191
9	Anteil der Rentnerinnen an den Rentnern insgesamt - versicherungspflichtige Arbeitnehmer 1960 - 1990 in %	184
10	Anteil der Rentnerinnen an den Rentnern insgesamt - versicherungspflichtige Arbeitnehmer 1960 - 1990 in %	185
11	Ruhestandsregelung von Beruf- und Fremdbeschäftigten nach Geschlecht und Versicherungsart, Absolut 1960 - 1990	186

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА I

ГЛАВА II

ГЛАВА III

ГЛАВА IV

ANHANG I

TABELLENVERZEICHNIS

Nr.	Bezeichnung	Seite
1	Geschlechtsspezifische Erwerbsquoten in den Altersgruppen von ... bis unter Jahren (in v.H.) 1962 - 1988	377
2	Geschlechtsspezifische Arbeitslosenquoten nach ausgewählten Altersklassen von 1980 bis 1989 (jeweils September) in v.H.	378
3	Arbeitslose nach Altersgruppen und Dauer der Arbeitslosigkeit in v.H. (Ende September 1987)	379
4	Arbeitslose nach gesundheitlichen Einschränkungen und Altersgruppen in v.H. (Ende September 1987)	379
5	Das durchschnittliche Zugangsalter der Rentenempfänger in der Rentenversicherung der Arbeiter (ARV) und der Angestellten (ANV) von 1957 bis 1990 - Versichertenrenten -	380
6	Rentennewugänge zur gesetzlichen Rentenversicherung nach Geschlecht und Versicherungszweig; Versichertenrenten 1960 - 1990 , absolut	381
7	Anteil der Rentenarten an den Rentennewugängen insgesamt - Versichertenrenten ARV - Männer 1960 - 1990 in v.H.	382
8	Anteil der Rentenarten an den Rentennewugängen insgesamt - Versichertenrenten ANV - Männer 1960 - 1990 in v.H.	383
9	Anteil der Rentenarten an den Rentennewugängen insgesamt - Versichertenrenten ARV - Frauen 1960 - 1990 in v.H.	384
10	Anteil der Rentenarten an den Rentennewugängen insgesamt - Versichertenrenten ANV - Frauen 1960 - 1990 in v.H.	385
11	Rentennewugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit nach Geschlecht und Versicherungszweig, absolut 1960 - 1990	386

Nr.	Bezeichnung	Seite
12	Rentennewugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit nach Geschlecht und Versicherungszweig, 1960 - 1990, in v.H.	387
13	Anteil der Renten wegen Berufsunfähigkeit an den Rentennewugängen insgesamt nach Geschlecht und Versicherungszweig 1960 - 1990 in v.H.	388
14	Anteil der Renten wegen Erwerbsunfähigkeit an den Rentennewugängen insgesamt nach Geschlecht und Versicherungszweig 1960 - 1990 in v.H.	389
15	Versicherte nach dem Mikrozensus in der GRV nach Geschlecht und Versicherungszweig in 1000, 1962 - 1989	390
16	Frühinvaliditätsindex bezogen auf 1000 Versicherte 1962 - 1989 in Promillewerten	391
17	Verteilung der Rentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit nach Versicherungszweig, Geschlecht und Versichertenstatus in v.H., von 1980 - 1989	392
18	Rentennewugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit nach Altersgruppen und Versicherungszweig Männer ARV und ANV 1978 - 1990 in v.H.	393
19	Rentenzugänge wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit nach Altersgruppen und Versicherungszweig Frauen ARV und ANV 1978 - 1990 in v.H.	394
20	Rentenzugänge wegen BU/EU mit und ohne Prüfung des Arbeitsmarktes Männer und Frauen in der ARV 1977 - 1990	395
21	Rentenzugänge wegen BU/EU mit und ohne Prüfung des Arbeitsmarktes Männer und Frauen in der ANV 1977 - 1990	396
22	Verteilung der Frührentenzugänge nach Diagnosehauptgruppen Männer und Frauen ARV - 1990, absolut und in v.H.	397
23	Verteilung der Frührentennewugänge nach Diagnosehauptgruppen Männer und Frauen ANV - 1990, absolut und in v.H.	398

Nr.	Bezeichnung	Seite
24	Rangfolge der häufigsten Diagnosen bei BU/EU in der ARV nach Diagnosegruppen 1990 in v.H.	399
25	Rangfolge der häufigsten Diagnosen bei BU/EU in der ANV nach Diagnosegruppen 1990 in v.H.	399
26	Verteilung der Frührentenneuzugänge wegen BU/EU nach ausgewählten Diagnosen und durchschnittlichem Zugangsalter - Männer und Frauen in der ARV und ANV - 1990	400
27	Entwicklung der Frührentenneuzugänge zur Diagnosehauptgruppe: Krankheiten des Skeletts der Muskeln und des Bindegewebes (9 Rev./ICD 710-739) absolut, relativ und je 1000 Versicherte - Männer und Frauen in der ARV und ANV - 1982-1990	401
28	Entwicklung der Frührentenneuzugänge zur Diagnosehauptgruppe: Krankheiten des Kreislaufsystems (9 Rev./ICD 390-459), absolut, relativ und je 1000 Versicherte - Männer und Frauen in der ARV und ANV - 1982-1990	402
29	Entwicklung der Frührentenneuzugänge zur Diagnosehauptgruppe: Psychiatrische Krankheiten (9 Rev./ICD 290-319) absolut, relativ und je 1000 Versicherte - Männer und Frauen in der ARV und ANV - 1982-1990	403
30	Entwicklung der Frührentenneuzugänge zur Diagnosehauptgruppe: Neubildungen (9 Rev./ICD 140-239), absolut, relativ und je 1000 Versicherte - Männer und Frauen in der ARV und ANV - 1982-1990	404
31	Altersspezifischer Rückgang der Sterblichkeit für Männer und Frauen seit 1970 in v.H. (negative Werte)	405
32	Die häufigsten Todesursachen 1989 nach Diagnosegruppen - in v.H.	406
33	Die häufigsten Todesursachen 1989 nach Diagnosegruppen in der Altersgruppe der 50 - 65jährigen - in v.H.	407
34	Entwicklung der Arbeitslosenquote nach Geschlecht, Alter und Berufsgruppen 1971-1988	408

Nr.	Bezeichnung	Seite
35	Bewilligte und abgelehnte Rentenanträge wegen Berufsunfähigkeit in der Arbeiterrentenversicherung 1978 - 1987 absolut und in v.H.	409
36	Bewilligte und abgelehnte Rentenanträge wegen Berufsunfähigkeit in der Angestelltenversicherung 1978 - 1987 absolut und in v.H.	409
37	Bewilligte und abgelehnte Rentenanträge wegen Erwerbsunfähigkeit in der Arbeiterrentenversicherung 1978 - 1987 absolut und in v.H.	410
38	Bewilligte und abgelehnte Rentenanträge wegen Erwerbsunfähigkeit in der Angestelltenversicherung 1978 - 1987 absolut und in v.H.	410
39	Ergebnisse der Erwerbsunfähigkeitsverfahren in der Arbeiterrentenversicherung 1978 - 1987 absolut und in v.H.	410
40	Ergebnisse der Erwerbsunfähigkeitsverfahren in der Angestelltenversicherung 1978 - 1987 absolut und in v.H.	410
41	Altersrentenverfahren in der Arbeiterrentenversicherung 1978 - 1987 absolut und in v.H.	410
42	Ergebnisse der Altersrentenverfahren in der Arbeiterrentenversicherung 1978 - 1987 absolut und in v.H.	410
43	Ergebnisse der Altersrentenverfahren in der Angestelltenversicherung 1978 - 1987 absolut und in v.H.	410
44	Geschichte der Arbeiterrentenversicherung 1978 - 1987	410

TABELLE 1:
**GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ERWERBSQUOTEN IN DEN ALTERSGRUPPEN
 VON...BIS UNTER...JAHREN (in v.H.)**

Jahr	Männer		Frauen	
	55-bis unter 60 Jahren	60-bis unter 65 Jahren	55-bis unter 60 Jahren	60-bis unter 65 Jahren
1962	89,6	75,3	22,0	21,7
1970	89,1	74,7	37,2	22,5
1975	85,7	58,3	38,4	16,4
1983	81,0	40,1	40,1	12,5
1984	80,1	35,2	40,2	11,8
1985	79,1	33,0	37,8	10,9
1986	79,5	33,4	38,9	11,4
1987	79,8	34,2	40,3	11,4
1988	79,8	34,5	41,1	11,1

Quelle: INSTITUT DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT 1985;
 HEIDENREICH 1986: 979; STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG),
 FS 1, Reihe 4.1.1. -1987:47 / 1988:49

TABELLE 2:

**GESCHLECHTSSPEZIFISCHE ARBEITSLOSENQUOTEN NACH AUSGEWÄHLTEN
ALTERSKLASSEN VON 1980 BIS 1989 (jeweils September) IN V.H.**

MÄNNER/FRAUEN**Altersklassen**

Jahr	Altersklassen		
	20-bis unter 25	55- bis unter 60	60- bis unter 65
1980	16,8	11,4	4,1
1981	17,4	9,0	3,5
1982	19,6	7,8	3,0
1983	19,7	8,4	2,6
1984	18,9	9,9	2,6
1985	18,1	10,6	2,4
1986	17,3	10,3	2,2
1987	16,5	11,1	2,4
1988	14,9	11,9	2,9
1989	13,4	13,3	3,3

MÄNNER

1980	15,6	12,2	6,2
1981	17,9	9,2	5,1
1982	18,7	7,8	4,1
1983	18,3	9,0	3,6
1984	17,2	11,3	3,5
1985	16,3	12,5	3,1
1986	16,0	11,8	2,7
1987	15,7	12,5	3,0
1988	14,5	13,3	3,6
1989	12,9	14,7	4,2

FRAUEN

1980	19,0	10,7	2,4
1981	20,2	8,9	2,1
1982	20,7	7,7	1,8
1983	21,3	7,6	1,5
1984	20,9	8,3	1,5
1985	20,1	8,5	1,6
1986	18,7	8,8	1,7
1987	17,3	9,6	1,9
1988	15,3	10,5	2,1
1989	13,9	11,9	2,4

Quelle: AMTLICHE NACHRICHTEN DER BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT
(ANBA) 1990:80 ff.

TABELLE 3:
**ARBEITSLOSE NACH ALTERSGRUPPEN UND DAUER DER ARBEITSLOSIGKEIT
IN V.H. (Ende September 1987)**

Alter	Dauer der Arbeitslosigkeit		
	1- bis unter 3 Monaten	1/2- bis unter 1 Jahr	2 Jahre und länger
20- bis unter 25 J.	30,1	18,1	3,9
55- bis unter 60 J.	10,4	19,0	33,8
60- bis unter 65 J.	9,2	20,8	30,8

Quelle: AMTLICHE NACHRICHTEN DER BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT
ANBA 3/1988

TABELLE 4
**ARBEITSLOSE NACH GESUNDHEITLICHEN EINSCHRÄNKUNGEN UND
ALTERSGRUPPEN IN V.H. (Ende September 1987)**

Alter	Arbeitslos mit gesundheitlichen Einschränkungen		
	insgesamt	Männer	Frauen
20- bis unter 25 J.	8,3	7,4	9,5
55- bis unter 60 J.	22,7	22,7	22,6
60- bis unter 65 J.	4,1	4,4	3,5

Quelle: AMTLICHE NACHRICHTEN DER BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT
ANBA 3/1988

TABELLE 5:

Das durchschnittliche Zugangsalter der Renteneempfänger in der Rentenversicherung der Arbeiter (ARV) und der Angestellten (ANV) von 1957 bis 1990 - Versichertenrenten -

Jahr	ARV		ANV		ARV/ANV	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1957	59,4	59,0	61,1	57,2	59,9	58,6
1960	58,8	59,0	61,6	58,2	59,5	58,8
1961	59,1	59,4	61,9	58,5	59,8	59,2
1962	59,7	59,5	62,0	58,7	60,2	59,3
1963	60,2	60,3	62,5	59,5	60,8	60,1
1964	60,7	60,7	62,8	59,9	61,2	60,5
1965	60,9	61,0	62,8	59,9	61,4	60,7
1966	61,2	61,4	63,1	60,5	61,7	61,2
1967	61,1	61,3	63,1	60,5	61,6	61,1
1968	60,9	61,2	62,9	60,3	61,4	61,0
1969	61,0	61,4	62,8	60,5	61,5	61,2
1970	61,1	61,6	62,8	60,6	61,6	61,3
1971	61,0	61,6	62,9	60,5	61,5	61,3
1972	61,1	61,6	63,0	60,6	61,6	61,3
1973	61,7	61,8	63,3	61,0	62,2	61,6
1974	61,0	61,6	63,0	61,0	61,6	61,4
1975	60,6	61,6	62,5	60,5	61,2	61,2
1976	60,1	61,2	62,3	60,6	60,8	61,0
1977	59,5	60,8	61,8	60,0	60,3	60,5
1978	58,8	60,6	61,5	59,8	59,7	60,3
1979	58,2	60,4	61,0	59,8	59,1	60,2
1980	57,9	60,0	60,5	59,5	58,8	59,8
1981	57,5	59,6	60,3	59,3	58,4	59,5
1982	57,8	59,7	60,1	59,2	58,6	59,5
1983	57,9	59,7	60,4	59,4	58,7	59,6
1984	58,1	60,4	60,4	59,6	58,9	60,0
1985	58,0	60,8	60,6	59,9	58,9	60,4
1986	58,1	61,9	60,7	60,7	59,0	61,3
1987	58,3	62,3	60,8	60,8	59,1	61,7
1988	58,6	62,4	60,8	60,9	59,3	61,8
1989	58,7	62,3	60,9	60,9	59,4	61,7
1990	58,9	62,1	61,2	60,9	59,5	61,6

Quelle: VDR Statistik "Rentenzugänge" verschiedene Jahrgänge

TABELLE 6:

RENTENNEUZUGÄNGE ZUR GESETZLICHEN RENTENVERSICHERUNG NACH
GESCHLECHT UND VERSICHERUNGSZWEIG; VERSICHERTENRENTEN 1960 - 1990
- absolut -

Jahr	Arbeiterrentenversicherung			Angestelltenversicherung		
	Männer	Frauen	insges.	Männer	Frauen	insges.
1960	168 964	127 059	296 023	47 359	34 529	81 888
1961	181 477	137 577	319 054	58 970	33 489	92 459
1962	186 281	132 818	319 099	58 127	42 159	100 286
1963	190 318	129 108	319 426	62 133	42 887	105 020
1964	199 702	144 713	344 415	69 442	50 374	119 816
1965	211 306	153 401	364 707	68 492	48 497	116 989
1966	221 600	166 421	388 021	73 413	53 013	126 426
1967	248 138	184 810	432 948	83 539	60 543	144 082
1968	244 857	178 421	423 278	82 155	63 532	145 687
1969	243 782	191 400	435 182	82 316	64 036	146 352
1970	229 686	200 038	429 724	86 545	72 436	158 981
1971	220 783	204 939	425 792	82 433	73 535	155 968
1972	222 346	208 790	431 136	81 866	72 708	154 574
1973	282 158	216 835	498 993	112 538	82 550	195 088
1974	271 636	237 459	509 095	111 964	97 438	209 402
1975	238 186	216 467	454 653	115 680	104 897	220 577
1976	238 489	191 904	430 393	117 690	105 869	223 559
1977	210 139	171 124	381 263	104 447	102 855	207 302
1978	183 709	159 667	343 376	94 222	104 509	198 731
1979	178 160	173 113	351 273	88 967	109 802	198 769
1980	188 911	193 860	382 771	94 999	135 693	230 692
1981	190 597	188 398	378 995	89 697	133 527	223 224
1982	195 489	181 987	377 476	96 314	132 068	228 382
1983	202 568	180 554	383 122	103 213	139 287	242 500
1984	203 217	193 596	396 813	114 629	165 476	280 105
1985	198 041	154 220	352 261	106 882	128 838	235 720
1986	190 878	189 117	379 995	100 688	151 228	251 916
1987	196 382	201 294	397 676	101 069	145 076	246 145
1988	218 200	209 526	427 726	108 398	147 577	255 975
1989	227 547	213 433	440 980	112 006	147 695	259 701
1990	232 672	216 753	449 425	117 410	147 564	264 974

Quelle: VDR Statistik, "Rentenzugang", verschiedene Jahrgänge

TABELLE 7:

ANTEIL DER RENTENARTEN AN DEN RENTENNEUZUGÄNGEN INSGESAMT
- VERSICHERTENRENTEN ARV -MÄNNER 1960 - 1990 IN V.H.

Jahr	Arg 65	Arg 60 + Arlo	Arg 60 + Schwbh. + BU/EU	Arg 63
1960	32,0	2,3		
1961	33,9	1,7		
1962	36,8	1,4		
1963	40,5	1,2		
1964	44,4	1,1		
1965	46,0	0,9		
1966	47,6	0,5		
1967	46,2	1,0		
1968	41,1	6,1		
1969	42,9	4,5		
1970	45,0	2,4		
1971	44,6	1,9		
1972	44,9	3,3		
1973	30,2	3,6	0,8	29,5
1974	26,1	2,2	1,5	29,6
1975	21,9	3,6	2,3	29,6
1976	20,0	6,8	2,9	26,8
1977	17,8	6,1	3,1	25,0
1978	16,9	5,8	2,9	21,2
1979	14,9	7,1	6,3	14,8
1980	11,8	7,3	13,7	11,3
1981	9,4	7,8	14,6	9,7
1982	8,1	10,0	14,6	11,8
1983	7,8	9,0	13,2	14,7
1984	10,0	10,7	10,7	13,4
1985	13,5	11,7	10,6	13,3
1986	15,9	10,9	11,0	13,2
1987	16,8	11,2	11,1	12,9
1988	16,1	12,9	10,8	14,8
1989	16,3	13,6	10,0	15,7
1990	17,8	13,3	9,8	16,7

Quelle: VDR Statistik, "Rentenzugang", verschiedene Jahrgänge,
eigene Berechnungen

TABELLE 8:

ANTEIL DER RENTENARTEN AN DEN RENTENNEUZUGÄNGEN INSGESAMT
- VERSICHERTENRENTEN ANV - MÄNNER 1960 - 1990 IN V.H.

Jahr	Arg 65	Arg 60 + Ar1o	Arg 60+Schwbh. + BU/EU	Arg 63
1960	51,5	3,0		
1961	53,9	2,5		
1962	56,0	2,4		
1963	59,9	2,0		
1964	61,5	1,8		
1965	62,4	1,9		
1966	65,9	1,4		
1967	65,1	1,4		
1968	60,2	4,9		
1969	59,6	5,7		
1970	59,4	3,8		
1971	60,1	3,1		
1972	60,8	4,0		
1973	40,2	3,3	1,3	33,6
1974	39,3	3,4	2,0	31,8
1975	34,0	3,6	3,4	32,9
1976	29,7	5,3	5,2	33,3
1977	27,0	5,7	5,7	31,5
1978	26,7	5,6	5,3	27,9
1979	24,5	7,1	13,4	20,6
1980	19,9	8,1	21,1	16,3
1981	16,7	9,8	23,9	15,7
1982	13,0	11,2	22,1	19,3
1983	12,3	9,8	19,7	25,0
1984	16,3	10,8	16,5	22,4
1985	23,2	10,8	15,7	21,3
1986	24,2	10,9	16,6	22,2
1987	25,3	9,9	16,2	23,1
1988	22,6	11,9	15,5	25,6
1989	23,4	13,5	13,8	25,9
1990	25,7	12,8	12,6	27,2

Quelle: VDR Statistik, "Rentenzugang", verschiedene Jahrgänge,
eigene Berechnungen

TABELLE 9:

ANTEIL DER RENTENARTEN AN DEN RENTENNEUZUGÄNGEN INSGESAMT
- VERSICHERTENRENTEN ARV - FRAUEN 1960 - 1990 IN V.H.

Jahr	Arg 65	Arg 60 + Arlo	60 Frauen	Arg 60+Schwbh. +BU/EU	63 J.
1960	18,8	0,5	12,2		
1961	20,5	0,4	13,8		
1962	20,9	0,3	15,4		
1963	26,8	0,3	16,8		
1964	28,6	0,2	17,1		
1965	29,1	0,2	18,1		
1966	31,0	0,1	19,5		
1967	30,6	0,1	21,0		
1968	28,8	0,4	22,1		
1969	29,8	0,3	22,9		
1970	28,4	0,1	22,8		
1971	27,2	0,1	22,7		
1972	26,6	0,2	23,1		
1973	27,0	0,3	23,6	0,0	1,1
1974	25,5	0,3	25,1	0,0	1,1
1975	24,0	0,6	23,1	0,0	1,1
1976	26,0	1,1	20,7	0,0	1,5
1977	24,7	1,1	19,5	0,0	1,2
1978	24,3	1,0	18,8	0,0	1,0
1979	21,0	1,0	22,7	0,0	0,5
1980	14,5	1,2	27,6	0,2	0,4
1981	10,5	1,3	28,4	0,3	0,3
1982	8,8	1,5	28,8	0,3	0,4
1983	8,7	1,1	29,6	0,4	0,7
1984	21,1	0,8	25,2	0,3	0,6
1985	35,8	0,9	30,5	0,4	0,8
1986	49,7	1,0	28,0	0,4	0,7
1987	54,2	0,9	25,3	0,4	0,7
1988	53,9	1,1	26,2	0,4	0,8
1989	54,3	1,3	25,6	0,4	0,9
1990	54,9	1,5	25,8	0,5	0,9

Quelle VDR Statistik, "Rentenzugang", verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen

TABELLE 10:

ANTEIL DER RENTENARTEN AN DEN RENTENNEUZUGÄNGEN INSGESAMT
- VERSICHERTENRENTEN ANV - FRAUEN 1960 - 1990 IN V.H.

Jahr	Arg 65.	Arg 60 + Ar1o	60 Frauen	Arg 60+Schwbh. +BU/EU	63 J.
1960	18,2	1,3	21,7		
1961	23,7	1,4	31,2		
1962	21,0	0,9	26,8		
1963	26,1	0,7	27,8		
1964	28,3	0,5	26,8		
1965	28,9	0,4	27,7		
1966	31,0	0,2	31,3		
1967	31,5	0,2	31,3		
1968	28,0	0,4	34,7		
1969	28,1	0,4	35,7		
1970	35,0	0,3	27,7		
1971	35,8	0,2	26,6		
1972	34,9	0,3	26,4		
1973	27,6	0,3	37,6	0,0	2,4
1974	27,1	0,5	38,1	0,0	2,7
1975	24,7	0,9	35,1	0,0	2,8
1976	27,0	1,7	31,1	0,1	3,8
1977	24,0	2,0	28,5	0,1	3,6
1978	23,9	1,9	26,6	0,1	2,9
1979	22,3	2,0	32,1	0,4	1,9
1980	15,5	2,1	37,5	1,4	1,2
1981	11,8	2,1	39,0	2,1	1,1
1982	9,5	2,1	39,6	2,2	1,5
1983	10,0	1,5	41,0	2,2	2,1
1984	16,4	1,1	34,9	1,7	1,8
1985	26,9	1,1	38,6	1,8	1,9
1986	34,5	1,4	40,9	1,8	1,8
1987	38,6	1,3	36,7	1,7	1,9
1988	39,7	1,7	36,3	1,5	1,9
1989	41,2	1,9	34,7	1,4	1,9
1990	42,1	2,1	33,7	1,3	1,7

Quelle: VDR Statistik, "Rentenzugang", verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen

TABELLE 11:

RENTENNEUZUGÄNGE WEGEN BERUFS- UND ERWERBSUNFÄHIGKEIT NACH
GESCHLECHT UND VERSICHERUNGSZWEIG, ABSOLUT 1960-1990

Jahr	ARV		ANV	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1960	110 822	86 865	26 042	20 588
1961	116 809	89 593	25 677	20 619
1962	114 969	84 001	24 129	21 571
1963	110 766	72 329	23 615	19 401
1964	108 588	78 141	25 450	22 301
1965	111 968	80 477	24 388	20 772
1966	114 769	81 979	23 929	19 780
1967	130 747	88 854	27 894	22 362
1968	129 077	86 689	28 600	23 359
1969	127 904	89 850	28 486	22 822
1970	120 659	97 041	31 730	26 768
1971	117 842	102 138	30 243	27 433
1972	115 827	104 432	28 765	27 807
1973	100 871	103 730	24 131	26 253
1974	109 545	113 334	25 427	29 807
1975	100 449	109 973	29 956	37 987
1976	103 100	96 559	29 987	37 589
1977	100 074	90 785	30 306	42 013
1978	96 898	87 031	30 434	45 585
1979	101 045	94 197	29 325	44 528
1980	104 882	108 202	32 014	56 523
1981	110 709	110 785	29 870	57 624
1982	108 006	108 637	32 559	59 015
1983	111 601	106 876	33 826	59 651
1984	111 743	99 944	38 500	72 037
1985	100 218	48 077	30 535	37 347
1986	92 704	37 446	25 833	28 807
1987	93 818	36 392	25 105	27 806
1988	98 479	36 056	25 918	26 965
1989	100 272	36 450	25 597	27 196
1990	98 638	35 061	25 107	27 574

Quelle: VDR Statistik, "Rentenzugang", verschiedene Jahrgänge

TABELLE 12:

RENTENZUGÄNGE WEGEN BERUFS- UND ERWERBSUNFÄHIGKEIT NACH
GESCHLECHT UND VERSICHERUNGSZWEIG, 1960-1990 IN V.H.

	Männer	ARV	Frauen	Männer	ANV	Frauen
1960	65,5		68,3	46,4		55,5
1961	64,3		65,1	43,5		52,2
1962	61,7		63,2	41,5		51,1
1963	58,2		56,0	38,0		45,2
1964	54,3		53,9	36,6		44,2
1965	52,9		52,4	35,6		42,8
1966	51,8		49,2	32,5		37,3
1967	52,6		48,0	33,3		36,9
1968	52,7		48,5	34,8		36,7
1969	52,4		46,9	34,6		35,6
1970	52,5		48,5	36,6		36,9
1971	53,3		49,8	36,6		37,3
1972	52,0		50,0	35,1		38,2
1973	35,7		47,8	21,4		31,8
1974	40,3		47,7	22,7		30,5
1975	42,1		50,8	25,8		36,2
1976	43,2		50,3	25,4		35,5
1977	47,6		53,0	29,0		40,8
1978	52,7		54,5	32,3		43,6
1979	56,7		54,4	32,9		40,5
1980	55,5		55,8	33,6		41,6
1981	58,0		58,8	33,3		43,1
1982	55,2		59,6	33,8		44,6
1983	55,0		59,1	32,7		42,8
1984	54,9		51,6	33,6		43,5
1985	50,6		31,1	28,5		28,9
1986	48,5		19,8	24,5		19,0
1987	47,7		18,0	24,8		19,1
1988	45,1		17,2	23,9		18,2
1989	44,0		17,0	22,8		18,4
1990	42,3		16,1	21,3		18,6

Quelle: VDR Statistik "Rentenzugang", verschiedene Jahrgänge,
eigene Berechnungen auf Grundlage Tabelle 6 und 12

TABELLE 13:

ANTEIL DER RENTEN WEGEN BERUFSUNFÄHIGKEIT AN DEN RENTENZÜGÄNGEN
 INSGES. NACH GESCHLECHT UND VERSICHERUNGSZWEIG 1960 - 1990 IN V.H.

Jahr	Männer		Frauen	
	ARV	ANV	ARV	ANV
1960	32,8	16,4	35,0	26,0
1961	30,0	18,3	35,1	32,1
1962	29,1	17,3	32,1	27,4
1963	26,0	15,1	25,8	22,2
1964	22,1	13,5	21,8	19,4
1965	19,4	12,4	18,6	17,7
1966	16,9	11,3	16,0	15,2
1967	16,9	11,8	15,3	14,7
1968	16,7	11,8	15,3	14,1
1969	15,8	11,8	13,4	13,4
1970	13,6	9,9	12,4	12,1
1971	8,3	6,8	10,5	9,6
1972	6,8	5,6	9,0	8,7
1973	5,0	3,8	7,6	6,9
1974	5,8	3,8	6,5	4,4
1975	6,1	3,8	5,5	3,2
1976	6,3	3,1	5,2	2,5
1977	6,4	2,9	2,9	1,8
1978	6,9	3,5	1,8	1,5
1979	7,0	3,5	1,4	1,3
1980	7,2	3,4	1,4	1,2
1981	7,7	4,1	1,4	1,4
1982	8,1	5,1	1,5	2,4
1983	8,9	5,5	1,8	2,7
1984	8,4	6,2	1,6	3,0
1985	7,6	5,4	1,1	2,6
1986	7,3	4,6	0,7	1,8
1987	6,9	4,4	0,6	1,6
1988	6,7	4,2	0,6	1,6
1989	7,2	4,1	0,6	1,7
1990	7,1	4,0	0,6	1,7

Quelle: VDR Statistik, Rentenzugang verschiedener Jahrgänge, eigene Berechnungen

TABELLE 14:

ANTEIL DER RENTEN WEGEN ERWERBSUNFÄHIGKEIT AN DEN
RENTENNEUZUGÄNGEN INSGESAMT NACH GESCHLECHT UND
VERSICHERUNGSZWEIG 1960 - 1990 IN V.H.

Jahr	Männer		Frauen	
	ARV	ANV	ARV	ANV
1960	35,0	28,9	33,3	32,5
1961	34,2	25,2	30,0	29,4
1962	32,5	24,1	31,0	23,7
1963	32,1	22,8	30,2	22,9
1964	32,1	23,0	32,1	24,7
1965	33,5	23,1	33,7	25,0
1966	34,8	21,2	33,1	22,0
1967	35,7	21,5	32,7	22,1
1968	35,9	22,9	33,2	22,5
1969	36,5	22,7	33,4	22,1
1970	38,9	26,6	36,0	24,7
1971	45,0	29,8	39,2	27,6
1972	45,2	29,4	40,9	29,5
1973	30,6	17,5	40,1	24,8
1974	34,4	18,8	41,1	26,1
1975	36,0	22,0	45,2	32,9
1976	36,8	22,2	45,0	32,9
1977	41,1	26,0	50,0	39,0
1978	45,7	28,6	52,6	41,9
1979	49,6	29,3	52,9	39,0
1980	48,2	30,1	54,3	40,3
1981	50,2	29,1	57,3	41,6
1982	47,0	28,6	58,0	42,1
1983	46,1	27,2	57,3	40,0
1984	46,4	27,2	49,9	40,4
1985	42,8	23,1	29,9	26,3
1986	40,8	20,9	18,8	17,1
1987	40,3	20,2	17,2	17,4
1988	37,6	18,6	16,3	16,1
1989	35,5	16,6	16,0	15,4
1990	33,5	13,4	15,1	14,3

Quelle: VDR Statistik, "Rentenzugang", verschiedene Jahrgänge,
eigene Berechnungen

TABELLE 15:

VERSICHERTE NACH DEM MIKROZENSUS IN DER GRV NACH GESCHLECHT
UND VERSICHERUNGSZWEIG IN 1000, 1962-1989

Jahr	Männer ARV	Frauen ARV	Männer ANV	Frauen ANV
1962	10 177	6 897	3 686	4 513
1963	10 394	6 947	3 717	4 614
1964	9 971	6 722	3 787	4 799
1965	9 889	6 558	3 865	4 874
1966	9 867	6 559	3 993	5 058
1967	9 700	6 425	4 087	5 136
1968	9 652	6 324	4 113	5 225
1969	9 653	6 173	4 247	5 310
1970	9 745	6 118	4 395	5 420
1971	9 572	5 906	4 523	5 657
1972	9 596	5 475	4 678	5 659
1973	9 542	5 396	4 742	5 805
1974	9 469	5 234	4 806	5 961
1975	9 187	5 160	5 000	6 157
1976	9 135	5 273	5 140	6 267
1977	9 085	5 213	5 153	6 329
1978	9 284	5 292	5 173	6 437
1979	9 416	5 430	5 257	6 584
1980	9 464	5 200	5 313	6 694
1981	9 536	5 264	5 352	6 924
1982	10 160	6 417	5 635	7 738
1983*	-----	-----	-----	-----
1984*	-----	-----	-----	-----
1985	10 193	6 874	5 902	8 392
1986	10 049	6 633	6 009	8 367
1987	10 271	6 667	6 109	8 648
1988	10 117	6 457	6 511	9 180
1989	10 382	6 597	6 359	9 134

* für diese Jahre liegen keine Mikrozensusdaten vor.

Quelle: BREITRÜCK/LOIBL/WÜBBELS 1989 Loseblattsammlung, sowie Statistisches Bundesamt FS 13, 1990:47 f.

TABELLE 16:FRÜHINVALIDITÄTSINDEX BEZOGEN AUF 1000 VERSICHERTE 1962-1989
IN PROMILLEWERTEN

	Männer		Frauen	
	ARV	ANV	ARV	ANV
1962	11,2	6,5	12,1	4,7
1963	10,6	6,3	10,4	4,2
1964	10,8	6,7	11,6	4,6
1965	11,3	6,3	12,2	4,2
1966	11,6	5,9	12,4	3,9
1967	13,4	6,8	13,8	4,3
1968	13,3	6,9	13,7	4,4
1969	13,2	6,7	14,5	4,2
1970	12,3	7,2	15,8	4,9
1971	12,3	6,6	17,2	4,8
1972	12,0	6,1	19,0	4,9
1973	10,5	5,0	19,2	4,5
1974	11,5	5,2	21,6	5,0
1975	10,9	5,9	21,3	6,1
1976	11,2	5,8	18,3	5,9
1977	11,0	5,8	17,0	6,6
1978	10,4	5,8	16,4	7,0
1979	10,7	5,5	17,3	6,7
1980	11,0	6,0	20,8	8,4
1981	11,6	5,5	21,0	8,3
1982	10,6	5,7	16,9	7,6
1983*	10,9	6,0	16,6	7,7
1984*	10,9	5,9	15,5	9,3
1985	9,8	5,1	6,9	4,4
1986	9,2	4,2	5,6	3,4
1987	9,1	4,1	5,4	3,2
1988	9,7	3,9	5,5	2,9
1989	9,6	4,0	5,5	2,9

* für diese Jahre wurden die Frührentenzugänge auf die Versicherten im Jahr 1982 bezogen.

Quelle: eigene Berechnungen auf der Grundlage Tabelle 12 und Tabelle 16

TABELLE 17:

VERTEILUNG DER RENTENZÜGÄNGE WEGEN BERUFS- UND ERWERBSUNFÄHIGKEIT NACH VERSICHERUNGSZWEIG, GESCHLECHT UND VERSICHERNSTATUS IN V.H., VON 1980-1989

Jahr	Arbeiterrentenversicherung						Angestelltenversicherung					
	Männer			Frauen			Männer			Frauen		
	Pflicht- vers.	frei- Vers.	lat. Vers.	Pflicht- vers.	frei- Vers.	lat. Vers.	Pflicht- vers.	frei- Vers.	lat. Vers.	Pflicht- vers.	frei- Vers.	lat. Vers.
1980	66,6	2,0	31,4	24,8	3,2	68,5	55,3	4,9	39,8	36,2	4,7	59,0
1981	71,2	1,9	27,0	29,4	2,7	67,9	60,8	4,5	34,7	36,5	4,2	59,4
1982	71,1	2,4	26,4	28,3	3,5	68,2	62,0	4,4	33,6	37,3	4,5	58,2
1983	70,5	2,4	27,1	28,4	3,4	68,3	62,2	4,4	33,4	37,1	4,4	58,5
1984	65,1	2,9	32,0	26,6	4,7	68,7	59,1	5,1	35,9	32,1	5,2	62,6
1985	67,3	6,5	26,1	46,1	16,3	37,6	63,7	12,8	23,6	47,4	15,1	37,5
1986	68,0	6,4	25,6	54,4	13,7	31,9	67,5	13,6	18,9	55,3	14,1	30,5
1987	74,8	6,0	19,1	61,8	12,6	25,6	74,9	14,8	10,3	66,6	13,7	19,8
1988	75,7	5,9	18,5	65,0	10,0	25,0	76,3	13,5	10,2	70,2	11,0	18,8
1989	75,0	5,5	19,4	64,4	8,6	26,9	77,6	12,0	10,3	71,6	9,0	19,4

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13 Reihe 1, verschiedene Jahrgänge, sowie eigene Berechnungen

TABELLE 18:

RENTENNEUZUGÄNGE WEGEN BERUFS- UND ERWERBSUNFÄHIGKEIT NACH ALTERSGRUPPEN UND VERSICHERUNGSZWEIG
MÄNNER ARV UND ANV 1978 - 1990 IN V.H.

Männer ARV und ANV von 1978 - 1989

	bis 39		40 - 44		45 - 49		50 - 54		54 - 59		60 - 64		65 u. älter	
	ARV	ANV	ARV	ANV	ARV	ANV	ARV	ANV	ARV	ANV	ARV	ANV	ARV	ANV
1978	7,0	3,8	6,2	2,7	9,8	5,5	16,0	14,8	29,5	34,1	27,4	34,6	4,1	4,5
1979	6,6	4,0	6,4	2,9	9,8	5,4	16,9	14,9	32,7	38,8	24,0	29,3	3,5	4,5
1980	6,1	3,9	6,5	3,2	9,8	5,0	17,9	15,4	33,7	40,9	23,1	27,4	3,0	4,1
1981	6,1	4,0	6,6	3,4	10,5	5,7	19,2	16,0	32,4	39,8	23,1	27,7	2,2	3,4
1982	5,7	4,2	6,3	3,7	10,1	5,5	18,4	15,2	32,5	31,0	25,2	30,2	1,7	2,1
1983	5,7	4,2	5,9	3,4	10,2	5,6	18,2	13,4	33,2	39,7	25,0	31,7	1,9	2,0
1984	5,4	3,8	5,4	3,7	10,0	6,0	17,4	13,3	35,7	41,9	25,0	30,3	1,0	1,0
1985	6,1	4,8	5,6	4,6	11,5	8,2	20,0	14,6	38,2	42,9	18,3	24,6	0,3	0,3
1986	6,4	5,3	5,5	4,7	12,0	9,2	20,8	15,5	38,4	42,5	16,7	22,8	0,2	0,1
1987	5,9	5,4	5,0	4,6	11,7	9,3	21,3	16,3	39,3	42,2	16,6	22,1	0,2	---
1988	5,7	5,3	4,7	4,5	11,4	9,7	21,4	17,6	39,6	40,4	17,1	22,5	0,1	---
1989	5,5	5,2	4,5	4,6	10,6	9,8	22,1	18,8	39,7	39,3	17,5	22,2	0,1	---
1990	5,4	5,5	4,3	4,3	10,1	9,8	22,3	19,6	41,6	38,8	16,3	21,0	0,1	---

Quelle: VDR Statistik, Rentenzugang, verschiedene Jahrgänge

TABELLE 19:

RENTEZÜNGE WEGEN BERUFS- UND ERWERBSUNFÄHIGKEIT NACH ALTERSGRUPPEN UND VERSICHERUNGSZWEIG
FRAUEN ARV UND ANV 1978 - 1990, IN V. H.

Frauen ARV und ANV 1978 - 1990

	bis 39		40 - 44		45 - 49		50 - 54		54 - 59		60 - 64		65 u. älter	
	ARV	ANV	ARV	ANV	ARV	ANV	ARV	ANV	ARV	ANV	ARV	ANV	ARV	ANV
1978	2,9	5,5	3,2	3,4	5,5	5,6	11,3	15,8	27,3	36,8	30,8	25,2	19,1	7,8
1979	2,7	5,5	3,0	3,3	5,4	4,8	10,9	14,4	30,0	40,6	29,5	23,1	18,5	8,3
1980	2,4	4,8	2,7	3,1	4,9	4,4	10,2	12,5	29,9	42,1	34,6	25,8	15,3	7,2
1981	2,4	4,5	2,7	3,2	5,0	4,3	10,5	11,7	29,3	40,4	37,8	29,8	12,3	6,0
1982	2,3	4,6	2,4	3,4	4,7	4,5	9,7	10,5	28,6	39,0	41,8	33,7	10,5	4,3
1983	2,3	4,3	2,4	3,3	4,6	4,7	9,7	9,1	27,8	38,6	43,6	36,4	9,6	3,7
1984	2,5	4,5	2,3	3,5	4,8	5,0	10,8	9,8	33,6	42,0	42,3	33,9	3,8	1,5
1985	5,1	7,8	4,0	5,7	8,7	9,4	17,6	14,5	40,8	41,6	23,2	20,9	0,7	0,2
1986	5,8	9,6	4,8	6,5	9,7	11,0	19,1	16,3	41,4	39,7	18,7	16,8	0,5	---
1987	6,1	10,1	4,4	6,4	9,8	12,0	19,8	17,6	42,3	39,0	17,3	14,9	0,3	---
1988	6,3	10,7	4,5	6,6	10,2	12,6	20,3	19,9	43,3	37,7	15,2	12,4	0,3	---
1989	6,3	11,0	4,5	6,7	9,8	12,7	20,7	22,3	44,0	37,0	14,4	10,4	0,2	---
1990	6,5	10,9	4,6	6,5	9,0	12,3	21,4	24,1	46,4	37,4	12,0	8,9	0,1	---

Quelle: VDR Statistik, "Rentenzugang", verschiedene Jahrgänge

TABELLE 201

 RENTENZUGÄNGE WEGEN BU/EU MIT UND OHNE PRÜFUNG DES ARBEITSMARKTES
 MÄNNER UND FRAUEN IN DER ARV 1977 - 1990

 A R B E I T E R R E N T E N V E R S I C H E R U N G
 M Ä N N E R F R A U E N

Jahr	M Ä N N E R			F R A U E N				
	1 aus rein med. Gründen	2 Arbeitsmarkt- fälle	3 insg. Spalte 2 Spalte 3	4 Quote Spalte 2 Spalte 3	5 aus rein med. Gründen	6 Arbeitsmarkt- fälle	7 insg. Spalte 6 Spalte 7	8 Quote Spalte 6 Spalte 7
1977	87 008	12 884	99 892	12,9	79 066	11 516	90 582	12,7
1978	84 338	12 515	96 853	12,9	74 495	12 477	86 972	14,2
1979	89 828	11 195	101 023	11,2	81 748	12 431	94 179	13,1
1980	93 335	11 504	104 839	11,0	92 501	15 683	108 184	14,5
1981	98 195	12 356	110 551	11,1	93 908	16 830	110 738	15,2
1982*)	96 172	11 834	108 006	10,9	96 060	12 577	108 637	11,5
1983	95 349	16 252	111 601	14,5	88 160	18 716	106 876	17,5
1984	92 192	19 551	111 743	17,5	78 821	21 123	99 944	21,1
1985	82 572	17 646	100 218	17,6	38 208	9 869	48 077	20,5
1986	75 913	16 791	92 704	18,1	29 646	7 800	37 446	20,8
1987	75 349	18 469	93 818	19,6	28 001	8 391	36 392	23,0
1988	78 448	20 031	98 479	20,3	27 774	8 282	36 056	22,9
1989	80 021	20 251	100 272	20,1	28 007	8 443	36 450	23,1
1990	77 845	20 793	98 638	21,0	26 581	8 480	35 061	24,1

*) Ab 1982 mit Einschluß der Rentenzugänge wegen erweiterter Erwerbsfähigkeit

Quelle: bis 1981 BRAUN/KNOEDEL 1983: 622

ab 1982 VDR Statistik "Rentenzugang", verschiedene

Jahrgänge, - eigene Berechnungen

TABELLE 21:

RENTEZUGÄNGE WEGEN BU/EU MIT UND OHNE PRÜFUNG DES ARBEITSMARKTES
MÄNNER UND FRAUEN IN DER ANV 1977 - 1990

ANGESTELLTEN VERSICHERUNG

MÄNNER

FRAUEN

Jahr	MÄNNER			FRAUEN			insg.	Quote Spalte 6 Spalte 7
	aus rein med. Gründen	Arbeitsmarkt- fälle	insg.	aus rein med. Gründen	Arbeitsmarkt- fälle	insg.		
	1	2	3	4	5	6	7	8
1977	27 581	2 723	30 304	9,0	36 451	5 556	42 007	13,2
1978	22 995	7 317	30 312	24,1	31 152	14 273	45 425	31,4
1979	23 241	5 996	29 237	20,5	32 309	12 084	44 393	27,2
1980	25 582	6 385	31 967	20,0	40 672	15 774	55 753	28,2
1981	24 231	5 394	29 625	18,2	42 708	15 081	57 789	26,0
1982*)	26 686	5 873	32 559	18,0	43 691	15 324	59 015	26,0
1983	27 539	6 287	33 826	18,5	44 161	15 490	59 651	26,0
1984	30 963	7 537	38 500	19,5	50 113	21 924	72 037	30,4
1985	24 674	5 861	30 535	19,1	25 998	11 349	37 347	30,3
1986	21 290	4 543	25 833	17,5	20 932	7 875	28 807	27,3
1987	20 518	4 587	25 105	18,2	20 421	7 385	27 806	26,5
1988	20 935	4 983	25 918	19,2	19 435	7 530	26 965	27,9
1989	19 896	5 701	25 597	22,2	18 902	8 294	27 196	30,4
1990	19 294	5 813	25 107	23,1	18 983	8 591	27 574	31,1

*) Ab 1982 mit Einschluß der Rentenzugänge wegen erweiterter Erwerbsunfähigkeit

Quelle: - bis 1981 BRAUN/KNOEDEL 1983: 622
- ab 1982 VDR Statistik "Rentenzugang", verschiedene
Jahrgänge, - eigene Berechnungen

TABELLE 22:

VERTEILUNG DER FRÜHRENTENZUGÄNGE NACH DIAGNOSEHAUPTGRUPPEN
MÄNNER UND FRAUEN ARV - 1990, ABSOLUT UND IN V.H.

ICD-Nr. Hauptgruppen	Zahl der Frührenten		Anteil der Diagnosen an den Frührenten insg.in v.H.	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
001 - 139	919	255	0,9	0,7
140 - 239	8 710	3 402	8,8	9,7
240 - 279	2 356	1 099	2,3	3,1
280 - 289	145	67	0,1	0,1
290 - 319	10 465	6 022	10,6	17,1
320 - 389	4 528	1 734	4,5	4,9
390 - 459	26 333	6 569	26,6	18,7
460 - 519	5 905	1 176	5,9	3,3
520 - 579	2 936	661	2,9	1,8
580 - 629	913	310	0,9	0,8
630 - 576	-----	11	---	---
680 - 709	340	143	0,3	0,4
710 - 739	29 572	12 044	29,9	34,3
740 - 759	319	188	0,3	0,5
760 - 779	40	16	---	---
780 - 799	1 607	687	1,6	1,9
800 - 999	3 549	670	3,5	1,9
Nicht zuzuord- nende Fälle	1	7		
Zahl der Früh- renten insg.	98 638	35 061	99,1	99,2

Quelle: VDR Statistik Bd. 96 "Rentenzugang" 1990:57 AR Z
Zur Erläuterung der ICD-Nr. vgl. Übersicht I im Anhang

TABELLE 23:

VERTEILUNG DER FRÜHRENTENNEUZUGÄNGE NACH DIAGNOSEHAUPTGRUPPEN
MÄNNER UND FRAUEN ANV - 1990, ABSOLUT UND IN V.H.

ICD-Nr Hauptgruppen	Zahl der Frührenten Männer	Zahl der Frührenten Frauen	Anteil der Diagnosen an den Frührenten insg. in v.H.	
			Männer	Frauen
001 - 139	363	198	1,4	0,7
140 - 239	2 647	3 674	10,5	13,3
240 - 279	678	583	2,7	2,1
280 - 289	61	59	0,2	0,2
290 - 319	3 841	6 281	15,2	22,7
320 - 389	1 749	2 119	6,9	7,6
390 - 459	7 528	3 538	29,9	12,8
460 - 519	988	829	3,9	3,0
520 - 579	696	710	2,7	2,5
580 - 629	297	375	1,1	1,3
630 - 679	---	12	---	---
680 - 709	86	162	0,3	0,5
710 - 739	5 396	8 172	21,4	29,6
740 - 759	57	160	0,2	0,5
760 - 779	12	19	---	---
780 - 799	116	157	0,4	0,5
800 - 999	592	521	2,3	1,8
Nicht zuzu-				
ordnen	12	13	---	---
insgesamt	25 107	27 574	99,1	99,1

Quelle: VDR Statistik Bd. 96 "Rentenzugang" 1990:58 AV Z

Zur Erläuterung der ICD-Nr. vgl. Übersicht I im Anhang

TABELLE 24:

RANGFOLGE DER HÄUFIGSTEN DIAGNOSEN BEI BU/EU IN DER ARV NACH DIAGNOSEGRUPPEN
1990 IN V.H.

Diagnosegruppen	Männer ARV in v.H.	Diagnosegruppen	Frauen ARV in v.H.
710 - 739	29,9	710 - 739	34,3
390 - 459	26,6	390 - 459	18,7
290 - 319	10,6	290 - 319	17,1
140 - 239	8,8	140 - 239	9,7
460 - 519	5,9	460 - 519	3,3
320 - 389	4,5	320 - 389	4,9
800 - 999	3,5	240 - 279	3,1
520 - 579	2,9	780 - 799	1,9

Quelle: VDR-Statistik "Rentenzugang" Bd. 96, 1990:57 AR Z, sowie eigene Berechnungen. Zur Erläuterung der ICD-Nr. vgl. Übersicht I im Anhang.

TABELLE 25:

RANGFOLGE DER HÄUFIGSTEN DIAGNOSEN BEI BU/EU IN DER ANV NACH DIAGNOSEGRUPPEN
1990 IN V.H.

Diagnosegruppen	Männer ANV in v.H.	Diagnosegruppen	Frauen ANV in v.H.
390 - 459	29,9	710 - 739	29,6
710 - 739	21,4	290 - 319	22,7
290 - 319	15,2	140 - 239	13,3
140 - 239	10,5	390 - 459	12,8
320 - 389	6,9	320 - 389	7,6
460 - 519	3,9	450 - 519	3,0
520 - 579	2,7	520 - 579	2,5
240 - 279	2,7	800 - 999	1,8

Quelle: VDR-Statistik "Rentenzugang" Bd. 96, 1990:58 AV Z, sowie eigene Berechnungen. Zur Erläuterung der ICD-Nr. vgl. Übersicht I im Anhang.

TABELLE 26:

VERTEILUNG DER FRÜHRENTENNEUZUGÄNGE WEGEN BU/EU NACH AUSGEWÄHLTEN DIAGNOSEN UND DURCHSCHNITTLICHEM ZUGANGSALTER - MÄNNER UND FRAUEN IN DER ARV UND ANV - 1990

Diagnosen	ARV		ANV	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Hypertonie und Hochdruckkrankheiten (ICD 401-405)	57,0	57,1	58,4	57,1
Ischämische Herzkrankheiten (ICD 410-414)	55,4	55,6	56,5	55,9
Dorsopathien (Rückenleiden) (ICD 720-724)	55,7	55,7	56,2	54,3
Arthropatien (Gelenkleiden) und sonstige Affektionen (ICD 710-719)	55,5	55,0	55,9	53,4
Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und andere nicht-psychotische Störungen (ICD 300-316)	51,3	51,9	51,9	50,3
Bösartige Neubildungen der Knochen des Bindegewebes, der Haut und der Brustdrüse	49,7	50,9	51,1	49,8

Quelle: VDR-Statistik Bd. 96: Rentenzugang 1990 S. 142 ff

TABELLE 27:

ENTWICKLUNG DER FRÜHRENTENNEZUGÄNGE ZUR DIAGNOSEHAUPTGRUPPE: KRANKHEITEN DES SKELETTS, DER MUSKELN UND DES BINDEGEWEBES (9 REV/ICD 710-739) ABSOLUT, RELATIV UND JE 1000 VERSICHERTE - MÄNNER UND FRAUEN IN DER ARV UND ANV - 1982-1990

Jahr	Zugänge insg. ARV		Zugänge insg. ANV		Zugänge insg. in v.H. ARV		Zugänge in v.H. ANV		Zugänge je 1000 Versicherte ARV		Zugänge je 1000 Versicherte ANV	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1982	17 207	20 705	4 606	14 657	15,9	19,0	14,1	24,8	1,69	3,22	0,81	1,89
1983	23 448	26 573	5 757	17 376	21,0	24,8	17,0	29,1	-----	-----	-----	-----
1984	25 641	27 766	7 108	22 946	22,9	27,7	18,4	31,8	-----	-----	-----	-----
1985	23 768	13 701	5 675	11 068	23,7	28,4	18,5	29,6	2,33	1,99	0,96	1,31
1986	22 907	11 349	4 678	8 568	24,7	30,3	18,1	29,7	2,27	1,71	0,77	1,02
1987	24 357	11 486	4 776	8 299	25,9	31,5	19,0	29,8	2,37	1,72	0,78	0,95
1988	26 878	11 749	5 130	7 986	27,2	32,5	19,7	29,6	2,65	1,81	0,78	0,86
1989	28 922	12 284	5 283	8 112	28,8	33,7	20,6	29,8	2,78	1,86	0,81	0,88
1990	29 572	12 044	5 396	8 172	29,9	34,3	21,4	29,6				

Quelle: VDR Statistik "Rentenzugänge", verschiedene Jahrgänge, sowie eigene Berechnungen auf Grundlage von Tabelle 15

TABELLE 28:

ENTWICKLUNG DER FRÜHRENTENNEUZÜGÄNGE ZUR DIAGNOSEHAUPTGRUPPE: KRANKHEITEN DES KREISLAUFSYSTEMS (9 REV/ICD 390-459), ABSOLUT, RELATIV UND JE 1000 VERSICHERTE - MÄNNER UND FRAUEN IN DER ARV UND ANV - 1982-1990

Jahr	Zugänge insg. ARV		Zugänge insg. ANV		Zugänge in v.H. ARV		Zugänge in v.H. ANV		Zugänge je 1000 Vers. ARV		Zugänge je 1000 Vers. ANV	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1982	31 171	37 379	12 251	17 006	28,8	34,4	37,6	28,8	3,06	5,82	2,17	2,19
1983	39 249	43 412	14 747	19 417	35,1	40,6	43,5	32,5				
1984	38 010	37 775	16 375	21 890	34,0	37,7	42,5	30,3				
1985	31 772	13 753	12 055	8 452	31,7	28,6	39,4	22,6	3,11	2,00	2,04	1,00
1986	28 448	9 436	9 816	5 666	30,6	25,1	37,9	19,6	2,83	1,42	1,63	0,67
1987	28 136	8 379	9 082	5 016	29,9	23,0	36,1	18,0	2,73	1,25	1,48	0,58
1988	28 451	7 541	8 840	4 300	28,8	20,9	34,1	15,9	2,81	1,16	1,35	0,46
1989	27 720	7 008	8 159	3 835	27,6	19,2	31,8	14,1	2,67	1,06	1,28	0,41
1990	26 333	6 569	7 528	3 538	26,6	21,4	29,9	12,8				

Quelle: VDR Statistik "Rentenzugänge" verschiedene Jahrgänge sowie eigene Berechnungen auf der Grundlage von Tabelle 15

TABELLE 29:

ENTWICKLUNG DER FRÜHRENTENNEUZÜGÄNGE ZUR DIAGNOSEHAUPTGRUPPE: PSYCHIATRISCHE KRANKHEITEN (9 REV./ICD 290-319) ABSOLUT, RELATIV UND JE 1000 VERSICHERTE - MÄNNER UND FRAUEN IN DER ARV UND ANW - 1982-1990

Jahr	Zugänge insg. ARV		Zugänge insg. ANW		Zugänge in v.H. ARV		Zugänge in v.H. ANW		Zugänge je 1000 Vers. ARV		Zugänge je 1000 Vers. ANW	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1982	7 247	6 130	2 406	5 617	6,7	5,6	6,2	7,7	0,71	0,95	0,42	0,72
1983	9 698	7 904	2 956	6 583	8,6	7,3	8,7	11,0				
1984	9 785	7 932	3 516	8 214	8,7	7,9	9,1	11,4				
1985	9 433	5 760	3 095	5 764	9,4	11,9	10,1	15,4	0,92	0,83	0,52	0,68
1986	9 191	4 784	2 893	4 826	9,9	12,7	11,1	17,3	0,91	0,72	0,48	0,57
1987	9 369	5 012	2 944	4 971	9,9	13,7	11,7	17,8	0,91	0,75	0,48	0,57
1988	10 118	5 391	3 380	5 318	10,2	14,9	13,0	19,7	1,00	0,52	0,51	0,57
1989	10 394	5 887	3 653	5 878	10,3	16,1	14,2	21,6	1,00	0,58	0,57	0,68
1990	10 465	6 022	3 841	6 281	10,6	17,1	15,2	22,7				

Quelle: VDR Statistik "Rentenzugänge" verschiedene Jahrgänge sowie eigene Berechnungen auf der Grundlage von Tabelle 15

TABELLE 30:

ENTWICKLUNG DER FRÜHRENTENNEUZUGÄNGE ZUR DIAGNOSEGRUPPE: NEUBILDUNGEN (9 REV/ICD 140-239), ABSOLUT, RELATIV UND JE 1000 VERSICHERTE - MÄNNER UND FRAUEN IN DER ARV UND ANV - 1982-1990

Jahr	Zugänge insg. ARV		Zugänge insg. ANV		Zugänge in v.H. ARV		Zugänge in v.H. ANV		Zugänge je 1000 Vers. ARV		Zugänge je 1000 Vers. ANV	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1982	6 076	6 575	2 223	4 864	5,6	6,0	6,8	8,2	0,59	1,02	0,39	0,62
1983	8 120	7 766	2 496	5 355	7,2	7,2	7,3	8,9				
1984	8 200	7 158	2 697	5 935	7,3	7,1	7,0	8,2				
1985	8 153	4 688	2 785	4 525	8,1	9,7	9,1	12,1	0,79	0,68	0,47	0,53
1986	7 675	3 871	2 517	3 625	8,2	10,3	9,7	13,4	0,76	0,58	0,41	0,43
1987	7 862	3 751	2 768	3 758	8,3	10,3	11,0	13,5	0,76	0,56	0,45	0,43
1988	8 535	3 757	2 715	3 605	8,6	10,4	10,4	13,3	0,84	0,58	0,41	0,39
1989	8 975	3 861	2 750	3 653	8,9	10,5	10,7	13,4	0,86	0,58	0,43	0,39
1990	8 710	3 402	2 647	3 674	8,8	9,7	10,5	13,3				

Quelle: VDR Statistik "Rentenzugänge" verschiedene Jahrgänge sowie eigene Berechnungen auf der Grundlage von Tabelle 15

TABELLE 31:

ALTERSSPEZIFISCHER RÜCKGANG DER STERBLICHKEIT FÜR MÄNNER UND FRAUEN SEIT 1970
IN V.H. (NEGATIVE WERTE)

Alter	1970/1980		1970/1983		1970/1986	
	m	w	m	w	m	w
0 - 1	45,3	42,0	57,4	55,1	62,7	61,2
1 - 5	36,7	33,3	45,5	44,4	54,6	55,6
5 - 10	33,3	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
10 - 15	40,0	33,3	40,0	33,3	40,0	66,6
15 - 20	20,0	16,6	33,3	33,3	46,7	50,0
20 - 25	16,6	16,6	27,8	16,7	44,5	33,3
25 - 30	18,8	14,3	25,0	28,6	37,5	42,9
30 - 35	26,4	11,2	26,3	22,2	36,9	33,3
35 - 40	16,0	21,5	24,0	21,4	28,0	28,5
40 - 45	8,2	22,8	13,5	27,3	24,3	31,9
45 - 50	5,0	22,3	15,3	30,6	22,0	36,1
50 - 55	5,4	20,8	5,4	22,6	17,4	32,0
55 - 60	9,8	15,4	14,4	21,8	17,6	27,0
60 - 65	20,3	21,9	21,4	23,4	26,4	28,2
65 - 70	19,8	25,3	22,2	26,5	32,2	34,4
70 - 75	15,1	24,8	20,4	29,2	24,5	33,2
75 - 80	9,7	21,9	12,3	26,0	18,1	33,0
80 - 85	7,7	19,1	7,5	21,8	12,7	27,8
85 - 90	8,8	14,3	7,8	17,0	10,9	21,6
90 u. m.	17,7	13,3	18,7	12,0	23,0	15,2

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 1, Reihe 1, 1983, S. 102; 1986, S. 126; sowie eigene Berechnungen.

TABELLE 32:

DIE HÄUFIGSTEN TODESURSACHEN 1989 NACH DIAGNOSEGRUPPEN
- IN V.H. -

Diagnosegruppe	Männer	Frauen
Kreislauf-Krankheiten (ICD 390-459)	44,81	52,91
Bös. Neubildungen (ICD 140-239)	26,88	23,59
Krankh. der Atmungsorg. (ICD 460-519)	7,15	4,86
Krankh. der Verdauungsorg. (ICD 520-579)	5,08	4,28
Verletzungen und Vergiftung. (ICD 800-999)	5,91	3,46
sonstige	10,17	10,90

Quelle: Statistisches Bundesamt, FS 12, Reihe 4,
 1990:10 f., eigene Berechnungen

TABELLE 33:

DIE HÄUFIGSTEN TODESURSACHEN 1989 NACH DIAGNOSEGRUPPEN
IN DER ALTERSGRUPPE DER 50 - 65JÄHRIGEN - IN V.H. -

Diagnosegruppe	Männer	Frauen
Kreislauf-Krankheiten (ICD 390-459)	36,56	25,51
Bös. Neubildungen (ICD 140-239)	34,81	47,92
Krankh. der Atmungsorg. (ICD 460-519)	4,03	3,15
Krankh. der Verdauungsorg. (ICD 520-579)	8,01	7,01
sonstige	16,59	16,41

Quelle: Statistisches Bundesamt, FS 12, Reihe 4,
1990:22 ff, eigene Berechnungen

TABELLE 34:

ENTWICKLUNG DER ARBEITSLIQUENQUOTE* NACH GESCHLECHT, ALTER UND BERUFSGRUPPEN 1971-1988

	Geschlecht		55-60 Jahre		Aggestellte 55-60 Jahre		übrige Berufsgr. 55-60 Jahre	
	m	w	m	w	m	w	m	w
1971	0,7	1,1	12,4	8,8	9,9	7,5	13,3	9,4
1972	1,0	1,4	11,2	8,4	8,2	6,7	12,3	9,4
1973	1,0	1,5	8,8	6,8	6,2	5,5	10,0	7,7
1974	2,2	3,1	5,4	5,2	4,7	4,4	5,5	5,7
1975	4,3	5,4	4,4	5,4	4,2	4,5	4,4	6,1
1976	3,9	5,8	6,5	6,8	5,4	5,4	6,9	8,4
1977	3,7	6,0	7,9	7,9	7,1	6,6	8,2	9,4
1978	3,4	5,8	10,0	9,3	9,8	8,0	10,1	10,6
1979	2,9	5,2	14,3	11,4	13,5	10,2	14,6	12,5
1980	3,0	5,2	12,2	10,7	12,7	9,9	12,0	11,4
1981	4,5	6,9	9,2	8,9	10,6	8,1	8,1	9,5
1982	6,8	8,6	7,8	7,7	9,3	6,8	7,4	8,5
1983	8,4	10,1	9,0	7,6	10,0	6,4	8,7	8,8
1984	8,5	10,2	11,3	8,3	12,6	6,9	10,9	9,6
1985	8,6	10,4	12,5	8,5	14,0	7,1	12,0	10,1
1986	8,0	10,5	11,8	8,8	12,6	7,3	11,6	10,4
1987	8,0	10,2	12,5	9,6	12,9	7,8	12,3	11,6
1988	7,8	10,0	13,3	10,5	12,8	8,2	13,4	13,1

* Stand jeweils September

Quelle: Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA), verschiedene Jahrgänge

TABELLE 35:

BEWILLIGTE UND ABGELEHNTE RENTENANTRÄGE WEGEN BERUFSUNFÄHIGKEIT IN
DER ARBEITERRENTENVERSICHERUNG 1978 - 1987 ABSOLUT UND IN V.H.

Jahr	Anträge insgesamt	bewilligte Anträge	in v.H.	abgelehnt nicht BU	in v.H.
1978	19 650	15 784	80,32	2 700	13,74
1979	18 238	15 084	82,70	2 210	12,11
1980	19 670	16 656	84,67	2 130	10,82
1981	20 664	17 594	85,14	2 087	10,09
1982	21 339	18 748	87,85	1 876	8,79
1983	23 743	21 384	90,06	1 715	7,22
1984	22 704	20 389	89,80	1 753	7,72
1985	19 208	17 002	88,51	1 550	8,06
1986	17 559	15 428	87,86	1 464	8,33
1987	17 412	15 094	86,68	1 631	9,36

Quelle: Bundesarbeitsblatt - Arbeits- und Sozialstatistik, verschiedene
Jahrgänge, eigene Berechnungen

TABELLE 36:

BEWILLIGTE UND ABGELEHNTE RENTENANTRÄGE WEGEN BERUFSUNFÄHIGKEIT
IN DER ANGESTELLTENVERSICHERUNG 1978 - 1987 ABSOLUT UND IN V.H.

Jahr	Anträge insgesamt	bewilligte Anträge	in v.H.	abgelehnt nicht BU	in v.H.
1978	6 977	3 852	55,20	2 492	35,71
1979	6 159	3 145	51,06	2 350	38,15
1980	5 138	3 188	62,04	1 483	28,86
1981	4 888	3 414	69,84	1 109	22,68
1982	7 197	5 698	79,17	1 132	15,72
1983	8 413	6 820	81,06	1 239	14,72
1984	11 614	10 177	87,62	1 143	9,84
1985	8 436	7 850	93,05	377	4,46
1986	7 128	6 651	93,30	241	3,38
1987	6 595	6 156	93,34	222	3,36

Quelle: Bundesarbeitsblatt - Arbeits- und Sozialstatistik, verschiedene
Jahrgänge, eigene Berechnungen

TABELLE 37:

BEWILLIGTE UND ABGELEHNTE RENTENANTRÄGE WEGEN ERWERBSUNFÄHIGKEIT IN DER ARBEITERRENTENVERSICHERUNG 1978 - 1987 ABSOLUT UND IN V.H.

Jahr	Anträge insgesamt	bewilligte Anträge	in v.H.	abgelehnt nicht EU	in v.H.
1978	273 755	171 538	62,66	62 664	22,89
1979	283 398	182 699	64,46	62 376	22,01
1980	301 641	197 914	65,61	63 571	21,07
1981	308 310	204 422	66,30	63 699	20,66
1982	309 348	198 441	64,14	73 990	23,91
1983	314 155	197 910	62,99	80 475	25,61
1984	322 209	193 194	59,95	91 571	28,41
1985	234 588	133 231	56,79	63 493	27,06
1986	210 210	114 887	54,65	54 344	25,85
1987	213 054	116 004	54,44	53 799	25,25

Quelle: Bundesarbeitsblatt - Arbeits- und Sozialstatistik, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen

TABELLE 38:

BEWILLIGTE UND ABGELEHNTE RENTENANTRÄGE WEGEN ERWERBSUNFÄHIGKEIT IN DER ANGESTELLTENRENTENVERSICHERUNG 1978 - 1987 ABSOLUT UND IN V.H.

Jahr	Anträge insgesamt	bewilligte Anträge	in v.H.	abgelehnte nicht EU	in v.H.
1978	107 543	77 495	72,05	16 159	15,02
1979	112 417	76 627	68,16	18 234	16,21
1980	121 865	85 828	70,42	16 790	13,77
1981	118 505	82 183	69,34	17 087	9,41
1982	124 461	86 208	69,26	19 654	15,79
1983	126 498	86 417	68,31	21 489	16,98
1984	151 023	95 075	62,95	31 763	21,03
1985	94 556	54 835	57,99	17 189	18,17
1986	79 698	44 758	56,15	13 888	17,42
1987	78 750	42 991	54,59	13 721	17,42

Quelle: Bundesarbeitsblatt - Arbeits- und Sozialstatistik, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen

19. Die Wirkung von ...

20. Die Wirkung von ...

- 1) ...
- 2) ...
- 3) ...
- 4) ...
- 5) ...
- 6) ...
- 7) ...
- 8) ...
- 9) ...
- 10) ...
- 11) ...
- 12) ...
- 13) ...
- 14) ...
- 15) ...
- 16) ...
- 17) ...
- 18) ...
- 19) ...
- 20) ...

ANHANG II

21. Die Wirkung von ...

22. Die Wirkung von ...

- 1) ...
- 2) ...
- 3) ...
- 4) ...
- 5) ...
- 6) ...
- 7) ...
- 8) ...
- 9) ...
- 10) ...
- 11) ...
- 12) ...
- 13) ...
- 14) ...
- 15) ...
- 16) ...
- 17) ...
- 18) ...
- 19) ...
- 20) ...

23. Die Wirkung von ...

- 1) ...
- 2) ...
- 3) ...
- 4) ...
- 5) ...
- 6) ...
- 7) ...
- 8) ...
- 9) ...
- 10) ...
- 11) ...
- 12) ...
- 13) ...
- 14) ...
- 15) ...
- 16) ...
- 17) ...
- 18) ...
- 19) ...
- 20) ...

TABELLE 21:

BEWILLIGTE UND ABGEBENDE NEU-ANTRÄGE WEGEN VERLÄSSLICHKEITEN DER NEU-ANTRÄGERGEMEINDEMITGLIEDER 1975 - 1987 (ABSCHL. 1987) IN T. V. J.

Jahr	Antrag Anzahl	bewilligte Anträge	in %	Abgabe T. V. J.	in %
1975	273 755	171 856	62,86	17 584	28,89
1976	283 256	184 769	65,26	17 575	28,51
1977	301 641	197 816	65,58	21 971	36,47
1978	366 310	224 423	61,29	27 151	44,26
1979	309 348	198 481	64,16	23 808	38,14
1980	314 215	197 770	62,94	26 6 3	38,41
1981	322 209	193 194	59,96	27 571	38,98
1982	234 585	133 711	57,04	23 061	34,56
1983	310 210	184 307	59,41	21 746	34,61
1987	273 054	116 028	42,49	20 709	28,20

Quelle: Bundesagentur für Arbeit und Statistikamt, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen

TABELLE 22:

BEWILLIGTE UND ABGEBENDE NEU-ANTRÄGE WEGEN VERLÄSSLICHKEITEN DER NEU-ANTRÄGERGEMEINDEMITGLIEDER 1975 - 1987 (ABSCHL. 1987) IN T. V. J.

Jahr	Antrag Anzahl	bewilligte Anträge	in %	Abgabe T. V. J.	in %
1975	107 544	77 425	72,00	16 717	20,00
1976	112 427	79 827	70,99	16 174	18,21
1977	121 614	87 828	72,22	17 219	22,22
1978	135 215	93 103	68,85	17 067	24,85
1979	124 441	86 236	69,38	18 084	24,74
1980	126 610	86 417	68,25	21 409	29,56
1981	151 023	94 374	62,49	21 000	27,48
1982	94 521	64 122	67,84	17 181	20,19
1983	79 028	58 752	74,35	13 426	17,11
1987	79 750	42 081	52,77	13 777	17,27

Quelle: Bundesagentur für Arbeit und Statistikamt, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen

ANHANG II**ÜBERSICHT DER KRANKHEITSARTENGRUPPEN NACH
DEM ICD-SCHLÜSSEL (1979)****I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten**

- 001-009 Infektiöse Krankheiten des Verdauungssystems
- 010-018 Tuberkulose
- 020-027 Zoonosen durch Bakterien
- 030-041 Sonstige bakterielle Krankheiten
- 045-049 Poliomyelitis (Kinderlähmung) und sonstige nicht durch Arbo-Viren hervorgerufene Viruskrankheiten des Zentralnervensystems
- 050-057 Viruskrankheiten im Exanthem
- 060-066 Durch Arthropoden übertragene Viruskrankheiten
- 070-079 Sonstige durch Viren und Chlamydien übertragene Krankheiten
- 080-088 Rickettsiosen und sonstige Infektionskrankheiten, durch Arthropoden übertragen
- 090-099 Syphilis (lues) und sonstige Geschlechtskrankheiten
- 100-104 Sonstige Spirochätenkrankheiten
- 110-118 Mykosen
- 120-129 Helminthosen (Wurmkrankheiten)
- 130-136 Sonstige infektiöse und parasitäre Krankheiten
- 137-139 Spätfolgen von infektiösen und parasitären Krankheiten

II. Neubildungen

- 140-149 Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Rachens
- 150-159 Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane und des Bauchfells
- 160-165 Bösartige Neubildungen der Atmungs- und intrathorakalen Organe
- 170-175 Bösartige Neubildungen der Knochen, des Bindegewebes, der Haut und der Brustdrüse
- 179-189 Bösartige Neubildungen der Harn- und Geschlechtsorgane
- 190-199 Bösartige Neubildungen sonstiger und n.n. bez. Sitze
- 200-208 Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes
- 210-229 Gutartige Neubildungen
- 320-234 Carcinoma in situ
- 235-238 Neubildungen unsicheren Verhaltens
- 239 Neubildungen unbekanntes Charakters

III. Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunitätssystem

- 240-246 Krankheiten der Schilddrüse
- 250-259 Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen
- 260-269 Ernährungsmangelkrankheiten
- 270-279 Sonstige Stoffwechselkrankheiten und Störungen im Immunitätssystem

IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe

280-289 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe

V. Psychiatrische Krankheiten

290-294 Organische Psychosen

295-299 Andere Psychosen

300-316 Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien)
und andere nichtpsychotische psychische Störungen**VI. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane**

320-326 Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems

330-337 Hereditäre und degenerative Krankheiten des
Zentralnervensystems

340-349 Sonstige Krankheiten des Zentralnervensystems

350-359 Affektionen des peripheren Nervensystems

360-279 Affektionen des Auges und seiner Anhangsgebilde

380-389 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes

VII. Krankheiten des Kreislaufsystems

390-392 Akutes rheumatisches Fieber

393-398 Chronische rheumatische Herzkrankheiten

401-405 Hypertonie und Hochdruckkrankheiten

410-414 Ischämische Herzkrankheiten

415-417 Krankheiten des Lungenkreislaufs

420-429 Sonstige Formen von Herzkrankheiten

430-438 Krankheiten des zerebrovaskulären Systems

440-448 Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren

451-459 Krankheiten der Venen und Lymphgefäße sowie
sonstige Krankheiten der Kreislaufsystems**VIII. Krankheiten der Atmungsorgane**

460-466 Akute Infektionen der Atmungsorgane

470-478 Sonstige Krankheiten der oberen Luftwege

480-487 Pneumonie (Lungenentzündung und Grippe)

490-496 Chronische obstruktive Lungenkrankheiten und
verwandte Affektionen

500-508 Pneumokoniosen (Staublungenkrankheiten) und

sonstige Lungenkrankheiten durch äußere Wirkstoffe

510-519 Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane

IX. Krankheiten der Verdauungsorgane520-529 Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüse und
der Kiefer530-537 Krankheiten der Speiseröhre, des Magens und des
Zwölffingerdarms

540-543 Appendizitis

550-553 Eingeweidebrüche

555-558 Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis (Dünn- und
Dickdarmentzündung)

560-569 Sonstige Krankheiten des Darmes und des Bauchfells

570-579 Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane

X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane

- 580-589 Nephritis (Nierenentzündung), nephrotisches
Syndrom und Nephrose
590-599 Sonstige Krankheiten der Harnorgane
600-608 Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane
610-611 Krankheiten der Brustdrüse
614-616 Entzündliche Krankheiten der weiblichen Becken-
organe
617-629 Sonstige Affektionen der weiblichen Geschlechts-
organe

**XI. Komplikationen der Schwangerschaft, der Entbindung
und im Wochenbett**

- 630-639 Schwangerschaft mit nachfolgender Fehlgeburt
640-648 Komplikationen, die hauptsächlich im Zusammen-
hang mit der Schwangerschaft auftreten
650-659 Normale Entbindung sowie andere Indikationen zur
Behandlung während der Schwangerschaft, bei
Wehen und Entbindung
660-669 Komplikationen, die hauptsächlich im Verlauf der
Wehen und der Entbindung auftreten
670-676 Komplikationen im Wochenbett

XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes

- 680-686 Infektionen der Haut und des Unterhautzellgewebes
690-698 Sonstige entzündliche Krankheiten der Haut und des
Unterhautzellgewebes
700-709 Sonstige Krankheiten der Haut und des Unterhaut-
zellgewebes

**XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des
Bindegewebes**

- 710-719 Arthropathien (Gelenkleiden) und verwandte
Affektionen
720-724 Dorsopathien (Rückenleiden)
725-729 Rheumatismus, ausgenommen des Rückens
730-739 Osteopathien, Chondropathien und erworbene
Deformitäten des Muskelskelettsystems

XIV. Kongenitale Anomalien

- 740-759 Kongenitale Anomalien

**XV. Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der
Peritalanzzeit haben**

- 760-779 Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der
Peritalanzzeit haben

XVI. Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen

- 780-789 Symptome
790-796 Unspezifische Befunde
797-799 Schlecht bezeichnete und unbekannte Krankheits-
und Todesursachen

XVII. Verletzungen und Vergiftungen

- 800-804 Schädelfraktur (Schädelbruch)
 805-809 Fraktur (Bruch) der Wirbelsäule und des Rumpfskeletts
 810-819 Frakturen (Brüche) der oberen Extremitäten
 820-829 Frakturen (Brüche) der unteren Extremitäten
 830-839 Luxationen (Verrenkungen)
 840-848 Verstauchungen (Distorsionen), Gelenk- und Muskelzerrungen
 850-854 Infrakranielle (im Schädelinnern) Verletzungen, ausgenommen solche mit Schädelbruch
 860-869 Innere Verletzungen der Brust, des Bauches und des Beckens
 870-879 Offene Wunden der oberen Extremitäten
 880-887 Offene Wunden des Kopfes, Halses und Rumpfes
 890-897 Offene Wunden der unteren Extremitäten
 900-904 Verletzung der Blutgefäße
 905-909 Spätfolgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen äußeren Einwirkungen
 910-919 Oberflächliche Verletzungen
 920-924 Prellungen ohne Hautverletzung
 925-929 Quetschungen
 930-939 Folgen des Eindringens von Fremdkörpern in Körperöffnungen
 940-949 Verbrennungen
 950-957 Nerven- und Rückenmarksverletzungen
 958-959 Bestimmte Komplikationen nach Verletzung und n.n. bez. Verletzungen
 960-979 Vergiftung durch Drogen, Medikamente, Seren und Impfstoffe
 980-989 Toxische Wirkungen von medizinisch nicht gebräuchlichen Substanzen
 990-995 Sonstige und n.n. bez. Schädigungen durch äußere Einflüsse
 996-999 Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen und ärztlichen Behandlung, anderweitig nicht klassifiziert

Weitere Veröffentlichungen des DZA (Auswahl)

- 87 Beckmann, R.: Untersuchungen zur ärztlichen Betreuung Pflegebedürftiger : Modellpraxis in einem Alten- und Pflegeheim, Berlin 1992, 178 S., DM 5,00
- 86 Hinschützer, U.: Offerten der privaten Versicherungswirtschaft zur Eigenvorsorge bei Pflegebedürftigkeit - Eine vergleichende Darstellung, Berlin 1992, 270 S., DM 7,00
- 85 Schwichtenberg, B.: Empirische Erhebungen zur Altenplanung in den alten Bundesländern. Annotierte Bibliographie, Berlin 1992, 89 S., DM 3,50
- 84 Schmidt, R.: Altenhilfe -(k)ein Geschäft für Profis ? Sekundäranalytische Studien zur Altenhilfeentwicklung seit Mitte der 70er Jahre am Beispiel Bayerns, Berlin 1991, 154 S., DM 4,50
- 83 Frank, W.; Knüppel, H.; Wilhelm, J. (Hrsg.): Soziale Altenarbeit im Stadtteil. Eine Problemskizze aus europäischer Sicht, Berlin 1991, 188 S., DM 5,00
- 82 AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte der FU Berlin; Interdisziplinäre AG für Angewandte Soziale Gerontologie an der GHS Kassel: Alte Menschen in der Stadt und auf dem Land, Berlin 1991, 252 S., DM 6,00
- 81 Birk, M.-L.; Knoll, G.; Krauß, B.; Steinacker, B.; Uhlmann, G. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie und Altenarbeit II. Beiträge aus der Fortbildungsreihe "Gerontologisches Forum" im Landkreis Göppingen, Berlin 1991, 198 S., DM 5,50
- 80 Wimalasuriya, B.: Verzeichnis der Altenpläne der Länder, Kommunen und Landkreise, Berlin 1991, 156 S., DM 4,00
- 79 Bardehle, D. (Hrsg.): Übersichten zur Betreuungssituation älterer Bürger in der DDR, Berlin 1990, 166 S., DM 5,00
- 78 Holz, G.: Die Alterslast - ein Gewinn für andere ? Strukturen und Akteure der Gesundheits- und Sozialversorgung in der Bundesrepublik Deutschland von 1970 bis 1985, Berlin 1990, 2 Bände, 889 S., DM 22,00
- 77 Schmidt, R.: Die "schlaue" Altenhilfe. Zur Entwicklung des Fort- und Weiterbildungsmarktes in den achtziger Jahren, Berlin 1989, 134 S., DM 4,50
- 76 Synopse der Verordnungen und Erlasse der Bundesländer zur Altenpflege-Ausbildung sowie der Rahmenvereinbarung der Bundesländer über die Ausbildung und Prüfung von Altenpflegern und Altenpflegerinnen - Stand: Ende 1988, 2. unveränd. Aufl., Berlin 1991, 313 S., DM 16,00
- 67 Hirsch, R.D.; Krauß, B. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie und Altenarbeit I. Beiträge aus der Fortbildungsreihe "Gerontologisches Forum" im Landkreis Göppingen, 3. unveränd. Aufl., Berlin 1991, 347 S., DM 6,00

* * *

Die Schriften sind beim DZA direkt zu beziehen. Versandkosten werden gesondert berechnet.

Die Rentenreform '92 zielt ab auf eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit. In Ergänzung steht eine Reform der Regelungen an bezogen auf Erwerbsminderungsrenten. Es wird befürchtet, daß diese Frührenten künftig vermehrt als Ventil des Arbeitsmarktes genutzt werden und eine verstärkte Risikoverlagerung von den Arbeitgebern hin zu den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und den Arbeitnehmern erfolgt. Bereits heute beendet ein großer Teil von sozialversicherten Beschäftigten das Erwerbsleben vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze, unter anderem durch Berufung auf eine verminderte gesundheitliche Leistungsfähigkeit mit der Folge der Frühinvalidisierung. Die vorliegende Arbeit ist ein Beitrag zur Analyse der Vielschichtigkeit des Problems.

Auf der Grundlage einer Auswertung der jährlichen Rentenzugangsstatisik wird deutlich, daß es sich bei der Frühinvalidität um einen multifaktoriellen Zusammenhang handelt: Nicht ausschließlich die gesundheitliche Leistungsfähigkeit der Versicherten, sondern ihre Einstellungen und Verhaltensweisen spielen ebenso eine Rolle wie Entwicklungen des Arbeitsmarktes, Veränderungen von Rechtsprechung und Gesetzgebung.

Dem Prozess der Invalidisierung sind vor allem ältere leistungsgeminderte Arbeitnehmer unterworfen. Von der ärztlichen Beurteilung ihrer Leistungsminderung und von ihrer Berufsqualifikation sowie den Chancen auf dem Arbeitsmarkt hängt es ab, ob das geltende System der Sozialen Sicherung einen nahtlosen Übergang in die Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit ermöglicht oder nicht. Insbesondere gering qualifizierte Arbeitskräfte, vornehmlich mit Arbeiterstatus, tragen das Risiko des Abgleitens in Arbeitslosigkeit und Sozialhilfeabhängigkeit, bevor das Rentenrecht greift.

Die vorgestellten Fallbeispiele zu Streitverfahren um die Anerkennung einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente dokumentieren hoch problemgeladene Schicksale von leistungsgeminderten Arbeitnehmern. Sie verdeutlichen das Dilemma einer Gesetzeslage, die keine nahtlose soziale Sicherung für diesen Personenkreis gewährleistet. Der „Ganzheitlichkeit“ der Lebenslagen der Betroffenen stehen die Prinzipien der Rechtsprechung und das Denken in den jeweiligen sozialen Teilrisiken seitens der Sozialversicherungs- bzw. Leistungsträger gegenüber.