

Arbeitsmedizin Sozialmedizin Arbeitshygiene

Organ der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V.
Organ der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin
Organ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin e. V.
Organ des Verbandes Deutscher Werksärzte e. V.
Organ der Vereinigung Schweizerischer Fabrik- und Betriebs-Ärzte
Organ der Arbeitsgemeinschaft der Ärzte in der Bundesanstalt für Arbeit
Organ der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin
Organ der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin u. soziale Medizin
Organ des Verbandes der Rentenversicherungsärzte e. V.

Zeitschrift für Praxis Klinik Forschung Prävention
Begutachtung Rehabilitation

7. Jahrgang Heft 12 Dezember 1972
A. W. Gentner Verlag, 7 Stuttgart 1, Postfach 688

Flexible Altersgrenze — ihre sozialmedizinische und sozialpolitische Bedeutung —

Berufsanforderungen und flexible Altersgrenze

Von F. Tennstedt

In 1973 the government of the Federal Republic plans to introduce a flexible retirement age. According to this new law, old age pensions can be paid already to people who are 63 years of age instead of 65 as at present. The government, thus hopes to do more justice to the difference in capacity for work of elderly insured people and to the fact that the decline of life of humans depends to a certain extent on the occupational requirements demanded of them. Based on social science and medical research results this essay shows that the flexible retirement age cannot master these problems. The essay mentions in particular general relationships between age and work as well as special relationships between practised work, illness, disability and age. The bibliography includes literature connected with other aspects of the flexible retirement age.

Im Verhältnis zur allgemeinen Relevanz und Komplexität der Materie und zum Umfang der mit der „Sozialen Sicherung“ gesteuerten Investitionen wird auf diesem Gebiet häufig mit erstaunlich primitiven Methoden bzw. inadäquaten Maßnahmen zur Lösung der anstehenden Probleme gearbeitet. Geht man davon aus, daß es auf Grund gesamtpolitischer Schwerpunktbildung um den Einsatz nur begrenzt vorhandener Mittel geht, so ist *cum grano salis* festzustellen, daß nicht mit rationaler Kalkulation entsprechend den verfügbaren sozialwissenschaftlichen Ergebnissen ihr optimaler „Einsatz“ geplant wird. Stattdessen wird das seit 1881 in Deutschland unter dem Einfluß ganz bestimmter sozioökonomischer Interessen installierte, das früher als relativ fortschrittlich angesehen werden konnte, „fortgeschrieben“⁷²⁾.

Da das „bewährte System“ der Sozialen Sicherung von den Interessen der Angehörigen der etablierten Institutionen und ihrer Verbände zumindest mitgestützt und -getragen wird, sind einem sozialen Rechtsstaat angemessene Reformen bisher immer vermieden worden, es wird mehr oder minder verschleiert nach Ideologie und Intuition entschieden. Mit diesem suboptimalen Einsatz der Ressourcen wird verhindert, was *Rudolf Virchow* schon 1845 forderte: „Eine vernünftige Staatsverfassung muß das Recht des einzelnen auf eine gesundheitsgemäße Existenz unzweifelhaft feststellen.“⁵³⁾.

Diese „praktische“ Sozialpolitik wurde begünstigt durch eine „theoretische“ Sozialpolitik, die überwiegend lang und breit über die konkreten Bedürfnisse individueller Not hinweg und unbeschwert von der Mühsal der Detailkennt-

nis philosophisch oder ökonomisch argumentierte und von mancherlei vorwissenschaftlichen Allgemeinplätzen und empirisch vordergründigen Auffälligkeiten ausging oder sich theoretisch gebärdende Spekulationen lieferte, die infolge ihrer empirischen Unanschließbarkeit und des Fehlens gültigen rationalen wie empirischen diakritischen Rüstzeugs überhaupt keine Entscheidungsmöglichkeiten abgaben. In dieser Hinsicht vollzieht sich erst seit den sechziger Jahren mit der Rezeption internationaler Forschungsergebnisse eine gewisse Änderung^{20), 21), 22), 23), 62), 72)}. Jeder, der sich heute mit Problemen der „Sozialen Sicherung“ befaßt, muß zugeben, daß eine umfassende Neuorientierung notwendig ist. Reformen sind „an sich“ noch keine Garantie für entscheidende Verbesserungen, sie können wirklichen Neuorientierungen sogar im Wege stehen. Es muß vielmehr ein Katalog von grundsätzlichen Forderungen und gewünschten Ergebnissen aufgestellt werden, an dem die geplanten Reformen gemessen und beurteilt werden können. Die Sinnhaftigkeit einer Maßnahme muß an erster Stelle am Zielerreichungsgrad gemessen werden.

Mit der Einführung der flexiblen Altersgrenze im Jahre 1973 will man nun folgendem Problem gerecht werden: „Die vor Jahrzehnten eingeführte und immer noch geltende Altersgrenze von 65 Jahren trägt der unterschiedlichen Leistungsfähigkeit der älteren Versicherten nur unzulänglich Rechnung; die Leistungskurve des Menschen hängt nicht nur von seinem Alter ab, sondern verläuft je nach dessen körperlich-geistig-seelischer Konstitution und den an ihn gestellten Berufsanforderungen sehr unter-

schiedlich. Daher ist es notwendig, die bisherige starre Altersgrenze durch eine flexible Regelung zu ersetzen, die dem einzelnen größere Freiheit und mehr Selbstbestimmung in bezug auf seinen Lebensabend einräumt.“⁸⁾

In dieser Regierungsbegründung, die durch „halboffizielle“ Verlautbarungen noch präzisiert und ergänzt wird^{64), 70)}, wird das Problem des alternden Menschen im Berufsleben angesprochen.

Auffallend ist dabei zunächst, daß auf allgemeine Zusammenhänge zwischen Alter und Berufsarbeit nicht eingegangen wird^{5), 7), 10), 12), 16), 17), 18), 20), 30), 45), 49), 66), 73)}. Die medizinischen, psychologischen und sozialwissenschaftlichen Forschungsergebnisse zur Geriatrie gehen dahin, daß dem Alter an sich nur ein begrenzter Einfluß auf die Leistungsfähigkeit eines Menschen zukommt: „1. Die These vom generellen Nachlassen bestimmter Funktionen muß zurückgewiesen werden. 2. Innerhalb der Psychomotorik setzt mit fortschreitenden Jahren weniger eine quantitative Abnahme als vielmehr eine qualitative Umstrukturierung ein. 3. Von einem generellen Nachlassen der Lernfähigkeit im Alter kann nicht gesprochen werden; auch hier scheint es sich eher um Umstrukturierungen zu handeln.“ Von der objektiven Leistungsfähigkeit läßt sich allerdings nicht auf eine subjektive Leistungsbereitschaft schließen, diese ist vielmehr von der gesamten biographischen Situation, insbesondere den Interaktionsbeziehungen in Familie und Beruf, abhängig⁴⁵⁾.

Die Umstrukturierungen ergeben sich aus den Kontraindikationen beruflicher Tätigkeiten für ältere Arbeitnehmer; hiervon seien erwähnt: hohes Arbeitstempo, hohe Vigilanz bei Steuerung und Regelung ganzer Prozeßketten, rasche Umstellung, Vielzahl von Signalen, erhöhte Ansprüche an die Seh- und Hörorgane, schwere körperliche Arbeit bei fehlender Anpassung, längere oder häufige Dienstreisen, unregelmäßiger Arbeitsablauf und Einsatz im Schichtdienst bei fehlender Gewöhnung^{10), 15), 16), 17), 18)}.

Die Beachtung der Kontraindikationen bedeutet für ältere Arbeitnehmer, daß sie adäquate Berufstätigkeiten ausüben müssen, wobei evtl. ein Wechsel des Unternehmens oder gar eines bestimmten Industriezweiges erwogen werden muß^{12), 37)}. Dem stehen aber vor allem entgegen: ein Immobilismus, der u. a. seine Ursache in traditionellen Leitbildern hat und der verstärkt wird durch die Statusunsicherheit, die mit dem Verlassen des „vertrauten“ formellen und informellen Gefüges eines Betriebes verbunden ist¹²⁾. Schließlich ist mit Mobilität heute noch weitgehend verbunden: Verlust der durch langjährige Betriebszugehörigkeit erworbenen Rechte auf betriebliche Altersversorgung, auf eine Werkwohnung und längere Kündigungsfristen⁵⁾. Betriebe mit leichten Arbeitsbedingungen beschäftigen aus ökonomischen Erwägungen heraus vorzugsweise Frauen und Mädchen, der ältere Arbeitnehmer hat ein wissenschaftlich längst widerlegtes „Image“, das gleichwohl bei unternehmerischen Dispositionen und anderswo sozial wirksam ist^{5), 45)}.

Über den Gesundheitszustand der Personen im Rentenalter liegen auch schon einige Untersuchungen vor. Sieht man von den bereits offiziell anerkannten berufs- oder erwerbsunfähigen Arbeitnehmern ab, dann sind etwa 35 v. H. der 63- bis 65jährigen gesundheitlich „an sich“ nicht

mehr in der Lage, weiteren Beschäftigungen nachzugehen. Etwa 65 v. H. sind gesundheitlich gesehen noch berufsfähig, teilweise vorhandene funktionelle Störungen oder auch organische Befunde können durch adäquate Arbeitsplätze und sonst zumutbare Arbeitsbedingungen „aufgefangen“ werden^{10), 54)}. Hier muß angemerkt werden, daß auch einige Gründe für eine Fortsetzung der Berufstätigkeit nach dem 65. Lebensjahr sprechen, sofern diese unter zumutbaren Bedingungen erfolgt^{14), 26), 40), 44), 46), 61), 75), 76)}.

Diese eben skizzierten allgemeinen Probleme beruflicher Tätigkeit im Alter fallen aus den Zielvorstellungen, die mit der Einführung der flexiblen Altersgrenze verbunden sind, von vornherein weitgehend heraus. Die Regierungsbegründung spricht einen speziellen Problemkomplex an: die individuellen Divergenzen zwischen chronologischem (kalendarischem) und funktionellem Alter^{26), 28), 30), 71), 73)}. Das funktionelle Alter wird bestimmt sowohl durch die körperliche und seelische Konstitution als auch durch die Umwelt des Menschen, seine Lebensbedingungen. (Die Konstitution ist allerdings auch durch die im Rahmen des primären, familiären Sozialisationsprozesses erlangte Umwelt „mitbestimmt“). Im Rahmen der Umwelt spielen neben der „privaten“ Lebensweise (u. a. Ernährung, Freizeitgestaltung) — dieser an sich sehr wichtige und schwierige Komplex muß im folgenden ausgeklammert werden^{15), 23), 29), 62), 66)} — die Faktoren der Berufsarbeit eine hervorragende Rolle — die gesundheitlichen Folgen erinnern uns daran, „daß wir keineswegs die Natur beherrschen, wie ein Eroberer ein fremdes Volk beherrscht, wie jemand, der außer der Natur steht, sondern daß wir mit Fleisch und Blut und Hirn ihr angehören und mitten in ihr stehen“¹⁸⁾. In diesem Zusammenhang stellte *Rudolf Hauf* fest, daß wir in einem „barbarischen Zeitalter“ leben: „Im Berufsleben ist die körperliche schwere Arbeit in den Hintergrund getreten. Die Vielgestaltigkeit der Arbeit ist ersetzt durch monotone, einseitig belastende, zeitlich festgelegte Einzelverrichtungen. Akkord- und Prämienentlohnung veranlassen den Menschen, über seine physiologische Leistungsfähigkeit hinaus noch seine Reserven einzusetzen. Das Arbeitstempo und die Arbeitseinteilung werden nicht durch die physiologischen, individuell verschiedenen Tagesrhythmen bestimmt, sondern durch die Stoppuhr nach dem Refa-System. Schichtarbeit greift in den Tag-Nacht-Rhythmus ein. Pausenregelung und Essenszeit entsprechen nicht immer den Anforderungen. In automatisierten Betrieben stehen Überwachungs- und Schaltarbeiten, die Aufmerksamkeit, Wachsamkeit und Anspannung der Sinnesorgane verlangen, im Vordergrund. Neben die physische Beanspruchung ist eine erhebliche nervliche Belastung getreten.“²⁹⁾

Diese und andere pathogene Arbeitsbedingungen variieren mit der individuellen Position im Produktionsprozeß. Daraus ergibt sich dann mit der unterschiedlichen „Verschleiß“, die interindividuell variierenden Divergenzen zwischen kalendarischem und funktionellem Alter^{28), 30), 33), 65)}. Der desolate Zustand der deutschen Sozialstatistik verhindert es nun leider, daß die u. a. daraus ableitbare relative Deprivation bestimmter Berufsgruppenangehöriger exakt nachgewiesen werden kann. Hilfsweise, illustrativ kann hier auf eine Untersuchung von *Ludwig Popper* über Be-

ruf, Lebensdauer und Frühinvalidität in Wien zurückgegriffen werden^{56), 57), 58), 59)}. Hiernach erreichen die Schriftsetzer mit 2,6 v. H. die günstigste Frühinvaliditätsquote. Sie erreichen ein Durchschnittsalter von 69,1 Jahren und beziehen ihre Rente 6,9 Jahre. Dagegen erreichen andere Berufe wie z. B. Bauhilfsarbeiter, Installateure, Presser, Maschinenarbeiter, Schlosser, Eisenhilfsarbeiter, Monteure, Mechaniker, Gerüster, Schweißer nur ein Durchschnittsalter zwischen 49,2 und 62,6 Jahren, haben eine Frühinvaliditätsquote von 30 bis 40 v. H. und beziehen ihre Rente nur 3 bis 6 Jahre. Diese Zahlen entsprechen zwar nicht der heute erreichten exakten Methodik der deskriptiven und analytischen Statistik, sie ergeben aber wichtige vorläufige Anhaltspunkte und erweisen sicher, daß bei den Berufen, deren Inhaber am längsten leben, zugleich die geringsten Frühinvaliditätsquoten auftreten und daß in den Berufen mit der größten Zahl von Frühinvaliden die Zeitspanne zwischen Rentenbeginn und Tod am kürzesten ist. Schließlich bestätigen sie die Feststellung der Bundesregierung, daß die Leistungskurve und damit das funktionelle Alter der einzelnen Menschen den verschiedenen Berufsanforderungen entsprechend sehr unterschiedlich verläuft.

Diese spezielle Problemsituation aus dem Gesamtkomplex „Beruf und Lebensalter“ ist also in der Regierungsbegründung richtig gesehen worden. Hier soll nun — im Gegensatz zu den „üblichen“ finanztechnischen^{8), 27), 31), 47), 48), 64), 67)} und volkswirtschaftlichen Berechnungen und Schätzungen^{3), 6), 41), 42), 50), 55), 64)} — versucht werden, die entscheidende Frage zu beantworten, ob die flexible Altersgrenze in der vorgesehenen Form der Problemsituation „zulänglich Rechnung“ trägt. Dies kann von vornherein nicht durch eine demoskopische Umfrage „erledigt“ werden^{8), 63), 74)}, die zudem schon bessere Vorgängerinnen hatte^{14), 44), 49), 54)}, von nichtpolitischen Überlegungen her also überflüssig war. Die flexible Altersgrenze in der Bundesrepublik Deutschland — im Ausland liegen durchaus abweichende Regelungen vor^{2), 24), 55)} — beinhaltet, daß alle Versicherten, die mindestens 63 Jahre alt sind und mindestens 35 anrechnungsfähige Vorversicherungsjahre einschließlich 15 Beitrags- oder Ersatzjahre nachweisen können, auf Antrag ihr Altersruhegeld schon vor dem 65. Lebensjahr beziehen können. Bisher konnten schon Frauen und Arbeitslose ab dem 60. Lebensjahr unter bestimmten Voraussetzungen ein „vorgezogenes Altersruhegeld“ erhalten (§§ 1248 Abs. 2 u. 3 RVO, 25 Abs. 2 u. 3 AVG).

Auffallend ist zunächst — im Hinblick auf die offizielle Zielvorstellung! —, daß eine berufsspezifische Flexibilität, die im Beamtenrecht schon lange üblich ist, fehlt³⁸⁾. Immerhin hatte schon am 14. April 1964 der Bundesgesundheitsrat ein entsprechendes Votum abgegeben: „Der Bundesgesundheitsrat ist der Auffassung, daß die Grenze der Berufstätigkeit nicht auf ein bestimmtes Lebensalter festgelegt werden kann. Der Schnittpunkt zwischen abnehmender Leistung und sozialer Anforderung ist weitgehend abhängig von konstitutionellen, berufsspezifischen und kulturellen Faktoren. Es sollte daher angestrebt werden, die Altersgrenze für die Berufstätigkeit berufsspezifisch zu variieren.“²⁵⁾

Die an sich wohl adäquateste Möglichkeit zur Problemlösung ist nicht ergriffen worden. So ist nun zu fragen, wie

die flexible Altersgrenze der „unterschiedlichen Leistungsfähigkeit der älteren Versicherten“ überhaupt Rechnung trägt. Hierfür mögen bei aller Fragwürdigkeit der „Zubilligungskriterien“⁷²⁾ die Zugangszahlen für Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsrenten für Männer und Frauen in der Arbeiterrentenversicherung insgesamt als Indikator dienen. Aus den vorliegenden Statistiken für die Jahre 1968 bis 1970 lassen sich folgende Zugangquoten pro Altersklassen errechnen: auf die Altersklasse 55 bis 59 Jahre entfallen 21,2 v. H., auf die Altersklasse 60 bis 62 Jahre entfallen 25,1 v. H., und auf die Altersklasse 63 bis 64 Jahre entfallen 17,6 v. H. aller Zugänge an Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten⁶⁹⁾. Hier muß außerdem noch eine „Ablehnungsquote“ von etwa 15 bis 20 v. H. insgesamt einbezogen werden⁴³⁾. Schließlich sind die eklatanten Differenzen der Rentenzugangsziffern bei den verschiedenen Rentenversicherungsträgern zu bedenken⁷²⁾.

Geht man davon aus, daß die Invaliditätsrentenzugänge indizieren, inwieweit das funktionelle Alter von dem bisher von der Rentenversicherung als „Rückzugsalter“ gesetzten kalendarischen Alter abweicht, dann ergibt sich, daß die geplante flexible Altersgrenze im Hinblick auf den allgemeinen Eintritt beruflicher Morbidität weitgehend zu spät beginnt^{26), 29), 40)} und der von ihr erfaßte Personenkreis vermutlich nur teilweise übereinstimmt mit dem, der der Möglichkeit des „Rückzugs“ am dringendsten bedarf: Auf Grund 1. der unterschiedlichen Voraussetzungen für die Erfüllung der zum Rentenbezug notwendigen Wartezeiten bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten einerseits (Versicherungszeit von 60 Kalendermonaten: §§ 1246 Abs. 3, 1247 Abs. 3 RVO, §§ 23 Abs. 3, 24 Abs. 3 AVG, § 1250 Abs. 1 u. 3 RVO, § 27 AVG) und bei Altersruhegeld andererseits (Versicherungszeit von 180 Kalendermonaten: § 1248 Abs. 4 RVO, § 25 Abs. 4 AVG, § 1250 Abs. 1 u. 3 RVO, § 27 AVG), 2. des niedrigen durchschnittlichen Rentenniveaus in bezug auf das letzte Bruttoarbeitseinkommen (z. Z. etwa 42 v. H.) und 3. der vielfach nur aus der gesamten biographisch-sozialen-ökonomischen Situation des älteren Menschen verstehbaren Motivationen zum Rentenantrag^{1), 68), 72)} ist keineswegs gewährleistet, daß primär jene etwa 35 v. H., deren Gesundheitszustand prognostisch als schlecht anzusehen ist, ihre Berufstätigkeit aufgeben.

Schließlich seien noch die Ursachen des „vorzeitigen“ funktionellen Alterns etwas genauer betrachtet. Dafür mögen wiederum die Zahlen aus der Arbeiterrentenversicherung als Anhaltspunkt dienen⁶⁹⁾. Aus ihnen ergibt sich, daß etwa 50 v. H. der zu Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit führenden Krankheiten den sog. paraprofessionellen Krankheiten zuzurechnen sind. Dieses sind Krankheiten, die mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit durch Arbeitseinflüsse mitbedingt sind, die aber auch durch außerberufliche Faktoren hervorgerufen und durch endogene Faktoren wie Erbanlagen und Konstitution in einem Maße mitbedingt werden können, daß ihre berufliche Verursachung nur mit statistischer Sicherheit zu belegen ist, d. h. der „Einzelfallbeweis“ ist im Gegensatz zu den echten Berufskrankheiten nur schwer zu führen^{9), 11), 23), 62), 65)}. Hier handelt es sich u. a. um folgende Gesundheitsschäden:

1. vegetative Regulationsstörungen: Lärm in Lautstärken von 65 bis 85 dB, erhöhte psychische Belastung⁵¹⁾, Nachtschichtarbeit, Vibrationen;
2. Herz-Kreislauf-Schäden: Lärm w. o., erhöhte psychische Belastung;
4. ischämische Herzkrankheiten: erhöhte psychische Belastung, Hypokinesie;
5. vorzeitige und pathologische Arteriosklerose: erhöhte psychische Belastung, chemische Schadstoffe;
6. Magengeschwürkrankheit: erhöhte psychische Belastung, Nachtschichtarbeit;
7. Verschleißschäden der Wirbelsäule und sonstiger Knochen, Gelenke und Sehnen: wiederholte gleichförmige Belastungen und Zwangshaltungen;
8. chronische Bronchitis, Asthma bronchiale, Lungenemphysem: Stäube und chemische Schadstoffe;
9. Leber- und Nierenschäden, Polyneuropathien: chemische Schadstoffe;
10. bösartige Neubildungen an Organen und Organsystemen: chemische Schadstoffe.

Hans Schäfer hat in diesem Zusammenhang festgestellt: „Die häufigsten Invalidisierungsursachen sind gut diagnostizierbar. Sie sind allerdings letztlich unheilbar, dafür aber wenigstens zu einem großen Teil verhütbar.“⁶⁰⁾ Otto Blume teilt mit, daß rd. 45 v. H. der Bevölkerung über 65 Jahre unter ernsthafter Krankheit leidet. Bei diesem Personenkreis machte sich bei 20 v. H. die Krankheit bereits vor dem 50. Lebensjahr, bei 30 v. H. zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr bemerkbar, nur bei rd. 33 v. H. trat das Leiden erst nach dem 65. Lebensjahr auf⁴⁾.

Nimmt man nun an, daß sich auch die Aussagen von Hans Schäfer und Otto Blume zumindest größtenteils auf die paraprofessionellen Krankheiten beziehen, wofür sehr viel spricht, was in diesem Zusammenhang hier aber im einzelnen leider nicht zu belegen ist, dann ergibt sich, daß auch von diesem Gesichtspunkt aus die flexible Altersgrenze auf die unterschiedlichen Berufsanforderungen, denen der einzelne im Laufe seines Lebens ausgesetzt ist und die unterschiedlich seine „Leistungsfähigkeit“, sein funktionelles Alter beeinflussen, nicht adäquat reagiert.

Diese kritischen Randbemerkungen zur flexiblen Altersgrenze, die als „die bedeutendste Verbesserung in der sozialen Rentenversicherung seit 1957“ gepriesen wird,⁶⁴⁾ müssen auf dem Hintergrund der Tatsache gesehen werden, daß diese allein im Jahre 1973 vermutlich eine Mehrbelastung der sozialen Rentenversicherung von rd. 2,3 Md. DM bringt. Bis zum Jahre 1985 wird mit einem kumulierten Mehraufwand von rd. 68 Md. DM gerechnet^{8), 64)}. Hier spätestens ist an den Gesetzgeber die Frage zu richten, ob diese Mittel nicht erheblich besser, auch im Hinblick auf die richtig erkannte Problemsituation, hätten eingesetzt werden können. Für eine Diskussion und Synopse der diesbezüglich bereits vorliegenden, in der „offiziellen“ sozialpolitischen Diskussion in der Bundesrepublik Deutschland aber konstant ignorierten Reformvorschläge aus sozialmedizinischer und sozialwissenschaftlicher Sicht^{1), 5), 20), 23), 28), 33), 34), 35), 36), 56), 58), 59), 72)}, dürfte demgemäß vorerst erst recht kein „offizielles“ Bedürfnis existieren.

Literatur

- ¹⁾ Adam, Fritz, W.: Beitrag zu einer Phänomenologie der Berufsunfähigkeit, Stuttgart 1964. — ²⁾ Allekotte, Heinz: Die Betriebe und die flexible Altersgrenze, Arbeit und Sozialpolitik, 1972, 79. — ³⁾ Altmann, Ekkehard u. Schenke, Klaus: Nutzwert — Analyse zur Einführung der flexiblen Altersgrenze, Bundesarbeitsblatt, 1972, 5. — ⁴⁾ Blume, Otto: Die Situation des alten Menschen — dargestellt anhand statistischer Ermittlungen, in: Die Situation der alten Menschen (Schriften der Gesellschaft für sozialen Fortschritt e.V., Bd. 16), Berlin 1964, 59. — ⁵⁾ Blume, Otto: Betrachtungen zur flexiblen Invalidisierungsgrenze, Soziale Sicherheit, 1970, 163. — ⁶⁾ Bundesvereinigung der Arbeitgeber: Memorandum zur Einführung einer flexiblen Altersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, Köln 1971. — ⁷⁾ Cuzzaniti, Roberto u. Perez, Marcello: Erwägungen über das Ruhestandsalter in Italien vom medizinischen Standpunkt, Bulletin der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit, 1961, 26. — ⁸⁾ Deutscher Bundestag, 6. Wahlper., Drucksache VI/2916: Entwurf eines Gesetzes zur weiteren Reform der gesetzlichen Rentenversicherung (Rentenreformgesetz — RRG) vom 8. Dezember 1971. — ⁹⁾ Deutsches Zentralinstitut für Arbeitsmedizin (Hrsg.): Arbeitsbedingte Gesundheitsschäden, Berlin 1969. — ¹⁰⁾ Deutsches Zentralinstitut für Arbeitsmedizin (Hrsg.): Spezieller Gesundheitsschutz für Jugendliche, Frauen, ältere Menschen und Körperbehinderte, Berlin 1971. — ¹¹⁾ Deutsches Zentralinstitut für Arbeitsmedizin (Hrsg.): Arbeitsmedizinische und arbeitspsychologische Beurteilung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit für den optimalen Arbeitseinsatz, Berlin 1972. — ¹²⁾ Diekerhoff, K. H.: Die älteren Arbeitnehmer in der Industrie, in: Schubert, René (Hrsg.): Herz- und Atmungsorgane im Alter. Psychologie und Soziologie in der Gerontologie, Darmstadt 1968, 274. — ¹³⁾ Dunker, Heinrich: Flexible Altersgrenze — Vollendung der Rentenreform, Soziale Sicherheit 1971, 251. — ¹⁴⁾ Dreher, Gernot: Die Anpassung an die Pensionierung als psychologisches Problem. Eine Untersuchung bei Arbeitern und Angestellten der Stahlindustrie, Diss. phil., Bonn 1969. — ¹⁵⁾ Eitner, Siegfried: Gerohygiene, Hygiene des Alters als Problem der Lebensgestaltung, Berlin 1966. — ¹⁶⁾ Eitner, Siegfried: Die Beurteilung des Arbeitseinsatzes älterer Menschen, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Jena), 1966, 16. — ¹⁷⁾ Eitner, Siegfried: Zur Problematik der Beziehungen zwischen Berufsarbeit, Gesundheit und Seneszenz, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene, 1968, 91. — ¹⁸⁾ Eitner, Siegfried: Zur Problematik des alternden und gealterten Menschen in der wissenschaftlich-technischen Revolution, Zeitschrift für Altersforschung 1970, 10. — ¹⁹⁾ Engels, Friedrich: Dialektik der Natur, Berlin 1955. — ²⁰⁾ Ferber, Christian von: Sozialpolitik in der Wohlstandsgesellschaft, Hamburg 1967. — ²¹⁾ Ferber, Christian von: Bemerkung zum Verhältnis der Gesellschaftswissenschaften zur Sozialpolitik, in: Die moderne Demokratie und ihr Recht. Festschrift für Gerhard Leibholz, Tübingen 1966, 323. — ²²⁾ Ferber, Christian von: Der Beitrag der Soziologie zur Sozialreform, in: Sozialpolitik und persönliche Existenz, Festschrift für Hans Achinger, Berlin 1969. — ²³⁾ Ferber, Christian von: Gesundheit und Gesellschaft, Stuttgart 1971. — ²⁴⁾ Flexibility of Retirement Age, Paris: OECD 1970. — ²⁵⁾ Fortschritte auf dem Gebiete der Geriatrie (Votum des Bundesgesundheitsrates v. 14. April 1964), Zeitschrift für Sozialreform, 1966, 58. — ²⁶⁾ Grauer, Hansjörg: Medizinische Überlegungen zur Feststellung des Rücktrittsalters, Schweizer Zeitschrift für Sozialversicherung, 1965, 61. — ²⁷⁾ Gutachterliche Stellungnahme zur flexiblen Altersgrenze der „Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung“ e.V., Arbeits- und Sozialrecht, 1971, 118, = Deutsche Versicherungszeitschrift, 1971, 138. — ²⁸⁾ Halsner, Ottomar: Der alte Mensch in der modernen Industriegesellschaft, Soziale Sicherheit, 1969, 77, 109. — ²⁹⁾ Hauf, Rudolf: Flexible Altersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, Deutsche Versicherungszeitschrift, 1969, 143. — ³⁰⁾ Heron, Alastair (ed.): Age and Employment, Paris: OECD 1962. — ³¹⁾ Heubeck, Georg: Finanzielle Aspekte der flexiblen Altersgrenze in der Sozialversicherung und in der betrieblichen Altersversorgung, Der Betrieb, 1971, 393. — ³²⁾ Holler, Albert: Altersgrenze ist zu hoch und zu starr, Soziale Sicherheit, 1968, 132. — ³³⁾ Jahn, Erwin: Frühe Erwerbsunfähigkeit im internationalen Vergleich, Köln 1961. — ³⁴⁾ Jusat, Helmut: Welche Folgerungen lassen sich aus den Veränderungen der häufigsten Krankheitsursachen nach der Rentenstatistik der Jahre 1953—1956 vom Standpunkt der Gesundheitsfürsorge ziehen?, Gesundheitsfürsorge, 1958, 91. — ³⁵⁾ Jusat, Helmut: Wandlungen in der Häufigkeit der Krankheitsursachen für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben bei Sozialversicherten in den Jahren 1952—1957 als Grundlage für gesundheitsfürsorgerische Maßnahmen, Gesundheitsfürsorge, 1960, 14. — ³⁶⁾ Jusat, Helmut u. Axhausen, Elisabeth: Die Notwendigkeit gesundheitsfürsorgerischer Maßnahmen zur Verhütung eines vorzeitigen Ausscheidens aus der Berufstätigkeit, Gesundheitsfürsorge, 1957, 223. — ³⁷⁾ Kaufmann, Franz Xaver: Die Überalterung, Zürich u. St. Gallen 1960. — ³⁸⁾ Kiesau, Gisela: Der „ältere Arbeitnehmer“ und die Herabsetzung

der Altersgrenze in der Rentenversicherung, WWI-Mitteilungen, 1971, 65. — ³⁹⁾ Kindel, Karl-Wilhelm u. Schackow, Eckart: Die Bedeutung der Altersgrenze in den Systemen der sozialen Sicherung, Berlin 1957. — ⁴⁰⁾ Knipping, H. W. u. Schoen, R.: Das Mißverhältnis zwischen dem Anstieg der mittleren Lebenserwartung und dem generellen Festhalten am bisherigen „Invaliditätsalter“, Münchener medizinische Wochenschrift, 1960, 865. — ⁴¹⁾ Kühlewind, Gerhard: Alternativrechnungen zur quantitativen Auswirkung von Änderungen der Ruhestandsgrenze auf das Arbeitskräfteangebot, Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 1970, 277. — ⁴²⁾ Kühlewind, Gerhard: Zur quantitativen Auswirkung von Änderungen der Ruhestandsgrenze auf das Arbeitskräfteangebot, Bundesarbeitsblatt, 1972, 17. — ⁴³⁾ Landesversicherungsanstalt Freie und Hansestadt Hamburg: Geschäftsbericht 1970, Hamburg 1971. — ⁴⁴⁾ Lehr, Ursula u. Dreher, Gernot: Psychologische Probleme der Pensionierung, in Schubert, René (Hrsg.): Herz- und Atmungsorgane im Alter, Psychologie und Soziologie in der Gerontologie, Darmstadt 1968, 234. — ⁴⁵⁾ Lehr, Ursula u. Schmitz-Scherzer, Reinhard: Psychologische Störfunktionen des modernen Arbeitslebens im mittleren und höheren Lebensalter, Zeitschrift für Gerontologie, 1969, 183. — ⁴⁶⁾ Lehr, Ursula: Probleme der Anpassung an die Pensionierung unter psychologischem Aspekt. Ein Beitrag zur Flexibilität der Altersgrenze, in: Schubert, René (Hrsg.): Flexibilität . . ., 56. — ⁴⁷⁾ Liebe, Alfred: Flexible Altersgrenze unerschwinglich?, Soziale Sicherheit, 1971, 300. — ⁴⁸⁾ Löwe, Horst: Flexible Altersgrenze und Rentenhöhe, Deutsche Versicherungszeitung, 1971, 169. — ⁴⁹⁾ Kaser, Paul: Ältere Arbeitnehmer in der Industrie Nordrhein-Westfalens, Köln u. Opladen 1966. — ⁵⁰⁾ Meenzen, Hanns: Arbeitsmarkt und Altersgrenze, Arbeit und Sozialpolitik, 1971, 7. — ⁵¹⁾ Meister, Walter: Psychische Beanspruchung im Arbeitsprozeß, in: Kulka, Helmut (Hrsg.): Arbeitspsychologie für die industrielle Praxis, Berlin, 1968, 111 u. Beilage. — ⁵²⁾ Molitor, Bruno: Flexible Altersgrenze — Vollendung der Rentenreform, Soziale Sicherheit, 1971, 134. — ⁵³⁾ Mosse, Max u. Tugendreich, Gustav: Krankheit und soziale Lage, München 1913. — ⁵⁴⁾ Nesswetha, Wilhelm: Flexibilität der Altersgrenze aus der Sicht des Arbeitsmediziners, in: Schubert, René (Hrsg.): Flexibilität . . ., 115. — ⁵⁵⁾ Neu, Axel: Flexibilität der Altersgrenze. Zwischenbilanz und Blick auf andere Länder, Deutsche Versicherungszeitung, 1971, 172. — ⁵⁶⁾ Popper, Ludwig: Beruf und Lebenserwartung im Spiegel der Statistik, Untersuchungen zum Problem der Frühinvalidität, Wien: ÖGB 1961. — ⁵⁷⁾ Popper, Ludwig: Das Problem der Frühinvalidität in Österreich, Gesundheitspolitik, 1963, 257. — ⁵⁸⁾ Popper, Ludwig: Berufsarbeit und Gesundheit. Erfassung und Vorbeugung der Frühinvalidität, Wiener medizinische Wochenschrift, 1961, 684. — ⁵⁹⁾ Popper, Ludwig: Unsere sozialmedizinischen Einrichtungen und die heutigen Gesundheitsprobleme. Der öffentliche Gesundheitsdienst, 1963, 425. — ⁶⁰⁾ Schaefer, Hans: Die Leistungsgrenze als ein allgemeines Problem der Sozialmedizin und der „Frühinvalidisierung“, Der medizinische Sachverständige, 1967, 90. — ⁶¹⁾ Schaefer, Hans: Zum Problem der Leistungsgrenze des alternden Menschen, ihrer Feststellung und ihrer sozialen Bedeutung, Zeitschrift für Gerontologie, 1968, 193. — ⁶²⁾ Schaefer, Hans u. Blohmke, Maria: Sozialmedizin, Stuttgart 1972. — ⁶³⁾

Schenke, Klaus: Die Einführung einer flexiblen Altersgrenze in der Meinung der Versicherten, Bundesarbeitsblatt, 1972, 19. — ⁶⁴⁾ Schewe, Dieter: Die flexible Altersgrenze — Begründung, Ausgestaltung, Wirkung, Die Sozialversicherung, 1972, 34. — ⁶⁵⁾ Schubert, René (Hrsg.): Flexibilität der Altersgrenze, Darmstadt 1969. — ⁶⁶⁾ Schwarze, Friedrich: Altersgrenze, vorzeitige Berufs- und Erwerbsunfähigkeit und Lebenserwartung aus sozialmedizinischer Sicht, Deutsche Rentenversicherung, 1970, 239. — ⁶⁷⁾ Siegfried, Eike: Flexible Altersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung und die finanziellen Möglichkeiten der Verwirklichung, Die Ersatzkasse, 1970, 53. — ⁶⁸⁾ Spengler, Felix: Gründe und Hintergründe zum Antrag auf Rente: Ergebnisse einer Erhebung an rund 1000 Rentenbewerbern, Münchener medizinische Wochenschrift, 1966, 2295. — ⁶⁹⁾ Statistik der deutschen Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten, Bd. 29, 31, 33, Frankfurt 1969/71. — ⁷⁰⁾ Stenographische Berichte des Deutschen Bundestages, 6. Wahlperiode, 160. Sitzung, 9233, 16. Dez. 1971. — ⁷¹⁾ Tartler, Rudolf: Das Alter in der modernen Gesellschaft, Stuttgart 1961. — ⁷²⁾ Tennstedt, Florian: Berufsunfähigkeit im Sozialrecht. Ein soziologischer Beitrag zur Entwicklung der Berufsunfähigkeitsrenten in Deutschland, Frankfurt 1972. — ⁷³⁾ Tews, Hans Peter: Soziologie des Alterns, Heidelberg 1971. — ⁷⁴⁾ Voskuhl, Ursula: Meinungen und Einstellungen zu einer flexiblen Altersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, Kompaß 1971, 143. — ⁷⁵⁾ Zetkin, M.: Über die Beschäftigung der Rentner, Deutsches Gesundheitswesen, 1955, 1103. — ⁷⁶⁾ Zouneveld, R. J. van: Arbeit und hohes Lebensalter, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene, 1968, 94. —

Nachtrag

⁷⁷⁾ Allekotte, Heinz: Flexible Altersgrenze — aus der Sicht der Betriebe, Der Betrieb 1972, 439. — ⁷⁸⁾ Arbeitsgruppe Altersforschung Bonn: Altern — psychologisch gesehen, Braunschweig 1971. — ⁷⁹⁾ Hacker, Winfried: Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie, Berlin 1972. — ⁸⁰⁾ Hoefer, Reinhold, Abt, Oskar und Muth, Rudolf: Was kostete die flexible Altersgrenze mit versicherungsmathematischen Abschlägen und Zuschlägen?, Betriebsberater 1972, 405. — ⁸¹⁾ Hollmann, Werner: Zur Psychologie und Soziologie der Invaliditätsbegutachtung, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Jena) 1970, 400. — ⁸²⁾ Kneidel, Helmut: Ergebnisse einer Auswertung von Rentengutachten aus einem Berliner Stadtbezirk, Das deutsche Gesundheitswesen 1962, 877. — ⁸³⁾ Lehr, Ursula: Psychologie des Alterns, Heidelberg 1972. — ⁸⁴⁾ Muthesius, Hans (Hrsg.): Die individuelle und soziale Bedeutung einer Tätigkeit für alte Menschen, Köln und Berlin 1960. — ⁸⁵⁾ Quaas, Max u. Renker, Ursularenate: Arbeitshygiene, Berlin 1972. — ⁸⁶⁾ Redetzky, Hermann: Verbesserte Ermittlungen als Grundlage der Begutachtung, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung (Jena) 1954, 162. — ⁸⁷⁾ Redetzky, Hermann: Situation und Bewertung der ärztlichen Begutachtung, Prophylaxe 1954, 22. — ⁸⁸⁾ Schoeller, Ina: Das Alter in der industriellen Gesellschaft, Köln 1971.

Anschrift des Verfassers: 33 Braunschweig, Pädagogische Hochschule, Föhrenweg 2.