

Martin Lengwiler

**Internationale Expertennetzwerke und nationale
Sozialstaatsgeschichte: Versicherung der Silikose in
Deutschland und der Schweiz (1900-1945)**

Der Einfluss internationaler Organisationen und transnationaler Diskurse auf die Entwicklung der Sozialpolitik ist so alt wie der Sozialstaat selber. Seit Mitte des 19. Jahrhunderts verhandelten Experten und Beamte auf internationalen Kongressen, Weltausstellungen und später in internationalen Organisationen über eine Antwort auf die Soziale Frage. Die Interaktionen zwischen diesem transnationalen Feld der Sozialpolitik und den sozialstaatlichen Einrichtungen auf nationaler Ebene waren vielschichtig und folgenreich. Die Frage, in welcher Form und durch welche Mechanismen transnationale Netzwerke auf einzelstaatliche Sozialgesetzgebungen einwirkten, steht im Mittelpunkt des folgenden Beitrags. Wissenschaftliche Expertise spielte für diesen Prozess eine zentrale Rolle. Akademisches Fachwissen bildete nämlich für die frühen, politisch kontroversen Sozialstaatsdebatten oft eine entscheidende Ressource zur Konsensbildung, sowohl in nationalstaatlichen Einrichtungen als auch in internationalen Netzwerken und Organisationen.¹ Als Fallbeispiel steht die Staublung (oder Silikose) im Vordergrund, die

¹ Vgl. T. Porter, *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*, Princeton 1995. Der Autor dankt Paul-André Rosental und zwei anonymen Gutachtern für wertvolle Hinweise.

schwerwiegendste Berufskrankheit im 20. Jahrhundert und damit ein zentrales Objekt sozialstaatlicher Unfallversicherungen. Der Aufsatz untersucht die Anerkennung der Staublung als versicherte Berufskrankheit im Rahmen der staatlichen Unfallversicherung der Schweiz und Deutschlands.² Deutschland und die Schweiz sind für die europäische Geschichte der Gesundheits- und Sozialpolitik aufschlussreiche Fallbeispiele. Die frühe Einführung der Sozialversicherungen in den 1880er Jahren, insbesondere jene der Unfallversicherung (1884), machte das Deutsche Kaiserreich und insgesamt den deutschsprachigen Raum zu einem Zentrum der arbeits- und unfallmedizinischen Forschung Europas. Der Einschluss der Berufskrankheiten in den Entschädigungsbereich der sozialstaatlichen Unfallversicherungen folgte in der Zwischenkriegszeit: in der Schweiz mit der Gründung der staatlichen Unfallversicherung 1918, in Deutschland erst 1925. Die Silikose gehörte in beiden Staaten anfangs nicht zu den versicherten Krankheitsfällen, weil die Diagnose medizinisch umstritten war. Dies änderte sich erst Ende der 1920er Jahre, als sich die Silikosed Diagnose international durchsetzte. 1929 wurde die Krankheit in Deutschland, 1932 auch in der Schweiz unter die versicherten Berufskrankheiten aufgenommen - zumindest für die wichtigsten betroffenen Berufssparten. Entsprechend fiel die Debatte über die Versicherung der Silikose in die 1920er und frühen 1930er Jahre. Die folgende Argumentation ist in vier Teile gegliedert.

² Für die Schweiz vgl. M. Lengwiler, *Risikopolitik im Sozialstaat. Die schweizerische Unfallversicherung 1870-1970*, Köln 2006.

Zunächst werden die Bedeutung transnationaler Diskurse und die Rolle von Expertennetzwerken für die Entwicklung der Sozialpolitik – mit Blick auf neuere theoretische Forschungsdebatten – diskutiert. Der zweite Abschnitt schildert eingangs das Ausmaß der Silikose in verschiedenen europäischen Ländern und verweist damit auf die sozialpolitische Bedeutung dieser Berufskrankheit. Anschließend geht der Abschnitt auf die Konstitution der arbeitsmedizinischen Forschung ein, insbesondere im Bereich der Berufskrankheiten. Als drittes wird der Anerkennungsprozess der Silikose im Rahmen der schweizerischen und deutschen Unfallversicherung rekonstruiert, wobei die Bedeutung transnationaler Akteure und Prozesse im Vordergrund steht. Dabei geht es nicht nur um die Vorgeschichte der Silikose-Anerkennung. Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs, um auch die Stabilisierung des arbeitsmedizinischen Wissens und des versicherungspraktischen Umgangs mit Silikosepatienten in den Jahren nach Anerkennung der neuen Berufskrankheit in den Blick zu nehmen. Dies soll im vierten Teil geschehen.

1. Auf dem Weg zu einer transnationalen Wissensgeschichte des Sozialstaats

Die Formierung der europäischen Sozialstaaten seit den 1880er Jahren lässt sich wie erwähnt nicht trennen von der Geschichte der internationalen Organisationen und Expertennetzwerke. Der Internationalismus des 19. Jahrhunderts verstand sich sowohl als wissenschaftliche wie auch als politisch-intervenierende Bewegung. Generell war die Grenze zwischen wissenschaftlicher

Erkenntnis und politischer Praxis im 19. Jahrhundert weniger scharf gezogen als nach der Jahrhundertwende. So machten etwa die französische Soziologie in der Tradition Auguste Comtes oder die deutschsprachige Historische Schule der Nationalökonomie – zumindest vor dem Werturteilsstreit – keinen kategorialen Unterschied zwischen wissenschaftlicher und politischer Praxis.³

Die Bedeutung wissenschaftlicher Expertise in internationalen Vereinigungen und Organisationen basiert auch auf einer epistemischen Analogie zwischen Verwissenschaftlichungs- und Globalisierungsprozessen. Beide lassen sich als Manifestationen einer breiten und heterogenen Tradition eines säkularen Universalismus deuten, der im 19. und 20. Jahrhundert eine nachhaltige Wirkungsmacht erlangte. Universalistische Normen- und Wertesysteme materialisierten sich etwa in den Weltausstellungen und den internationalen wissenschaftlichen Kongressen des 19. oder den internationalen Organisationen des 20. Jahrhunderts wie der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) und anderen Einzelorganisationen von Völkerbund und Vereinten Nationen. Anspruch dieser Vereinigungen und Organisationen war, die nationalstaatliche Entwicklung auf politischer, juristischer wie epistemischer Ebene zu beeinflussen. So boten etwa die Weltausstellungen eine internationale Plattform für den Austausch sozial- und wirtschaftspolitischer Strategien im Umgang mit den Folgen von Urbanisierung und Industrialisierung.⁴ Vergleichbare

³ E. Grimmer-Solem, *The Rise of Historical Economics and Social Reform in Germany, 1864-1894*, Oxford 2004, 127-154.

⁴ H. Meller, "Philanthropy and Public Enterprise. International

Aushandlungsprozesse lassen sich auch an den internationalen Kongressen beobachten – vom hygienischen über den demographischen bis hin zu den Arbeiterversicherungs-Kongressen. Hier bildeten sich internationale Netzwerke von Experten und Verwaltungsbeamten, die auch auf nationalstaatlicher Ebene einen transnationalen Wissenstransfer initiierten. Die Blütezeit der Weltausstellungen und Kongresse endete zwar mit dem Ersten Weltkrieg. Der transnationale Diskurs wurde danach aber von anderen Einrichtungen, insbesondere den internationalen Organisationen unter dem Dach des Völkerbunds, später der Vereinten Nationen weitergeführt.

Die Forschung hat jüngst wiederholt auf die genuin transnationale Dimension der europäischen Sozialstaatsgeschichte aufmerksam gemacht. Madeleine Herren hat darauf hingewiesen, dass die Transnationalisierung der Sozialpolitik bereits Mitte des 19. Jahrhunderts einsetzte, Jahrzehnte vor der Konstitution der modernen Sozialversicherungen.⁵ Christoph Conrad hat auf die Vielschichtigkeit transnationaler Prozesse in der Sozialstaatsgeschichte aufmerksam gemacht; sie reicht von der Zirkulation sozialpolitischer Modelle über die Konstitution von eigenständigen Organisationen der Transnationalisierung und internationalen Experten-Communities oder Netzwerken bis

Exhibitions and the Modern Town Planning Movement, 1889-1913“, in: *Planning Perspectives* 10 (1995), 295-310.

⁵ M. Herren, „Sozialpolitik und die Historisierung des Transnationalen“, in: *Geschichte und Gesellschaft* 32 (2006), 542-559, 549-555.

hin zu grenzüberschreitenden Rechtssystemen, Finanzflüssen und Akteurskonstellationen.⁶ Schließlich hat Patricia Clavin mit ihrer Begriffsbestimmung des „Transnationalen“ die Affinität von zivilgesellschaftlichen oder akademischen Gruppierungen für einen grenzüberschreitenden Universalismus betont.⁷

Um die vielschichtigen Interaktionen von Organisationen, Assoziationen und individuellen Akteuren analytisch zu erfassen, stützt sich die folgende Argumentation auf den Netzwerkbegriff. Dieses Konzept bietet die Chance, eine Brücke zwischen akteurs- und organisationszentrierten Perspektiven zu schlagen und dadurch individuelle Verhaltensweisen mit kollektiven Akteuren sowie mit institutionellen bzw. strukturellen Handlungsspielräumen in Beziehung zu setzen. Der zunächst in den Sozialwissenschaften verbreitete Begriff hat sich in den letzten Jahren vermehrt auch in der historischen Forschung etabliert. Ein geschichtswissenschaftlicher Netzwerkbegriff sollte auch auf die Historisierung netzwerkförmiger Arrangements zielen und deren Wandel im zeitlichen Verlauf untersuchen. In diesem Sinne untersuchen die folgenden Abschnitte nicht nur, welches die spezifische Bedeutung transnationaler Expertennetzwerke für die Sozialstaatsentwicklung war – etwa im Kontrast zu stärker formalisierten Organisationen wie staatlichen Bürokratien –,

⁶ C. Conrad, „Vorbemerkung“, in: *Geschichte und Gesellschaft* 32 (2006), 437-444, 440-443 (Sondernummer zu „Sozialpolitik transnational“).

⁷ Vgl. P. Clavin, „Defining transnationalism“, in: *Contemporary European History* 14 (2005), 421-440, 425.

sondern auch, in welcher Weise sich die sozialstaatlichen Netzwerke im frühen 20. Jahrhundert verändert haben. Dabei sind insbesondere die Verschränkungen zwischen der internationalen Arbeiter- und Gewerkschaftsbewegung, den internationalen sozialpolitischen Kongressen und den frühen internationalen Organisationen in den Blick zu nehmen. Vor diesem Hintergrund kombiniert dieser Artikel Perspektiven der transnationalen Geschichte mit neueren Ansätzen einer globalisierten *labour history*.⁸

Worin liegt das inhaltliche Potenzial einer transnationalen Wissensgeschichte des Sozialstaats?⁹ Dass transnationale sozialpolitische Diskurse auf nationalstaatlicher Ebene wahrgenommen wurden und einflussreich waren, steht außer Zweifel, dies haben etwa neuere Untersuchungen zur Geschichte

⁸ Vgl. zur soziologischen Netzwerkanalyse: D. Jansen, *Einführung in die Netzwerkanalyse. Grundlagen, Methoden, Forschungsbeispiele*, Opladen 2003; für einen historischen Netzwerkansatz: R. Franzosi/I. Mohr, "New Directions in Formalization and Historical Analysis", in: *Theory and Society* 26 (1997) 2-3, 133-160, 145-149. Für die neueren Ansätze der *labour history*: M. van der Linden, "The 'Globalization' of Labour and Working-Class History and its Consequences", in: J. Lucassen (Hg.), *Global Labour History. A State of the Art*, Bern 2006, 13-36.

⁹ Zum Begriff der Wissensgeschichte: J. Vogel, "Von der Wissenschafts- zur Wissensgeschichte. Für eine Historisierung der 'Wissensgesellschaft'", in: *Geschichte und Gesellschaft* 30 (2004), 639-660.

der IAO aufzuzeigen vermocht.¹⁰ Wie weit dieser Einfluss jedoch im Einzelnen ging, ist eine offene Frage. Die Debatte etwa über die Genese und Ausbreitung des „europäischen Sozialmodells“ in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts verweist auch auf die Grenzen transnationaler Diskurse. Die angestrebte Europäisierung sozialstaatlicher Regime blieb in den letzten Jahrzehnten auf einer weitgehend rhetorischen Ebene stecken. Dies trotz der Bestrebungen von Organisationen wie der Europäischen Union oder der IAO, aktiv auf eine Annäherung der europäischen Sozialstaaten hinzuarbeiten.¹¹ Im

¹⁰ Vgl. C. Guinand, *Die Internationale Arbeitsorganisation und die soziale Sicherheit in Europa (1942-1969)*, Bern 2003; D. Maul, „Der transnationale Blick. Die Internationale Arbeitsorganisation und die sozialpolitischen Krisen Europas im 20. Jahrhundert“, in: *Archiv für Sozialgeschichte* 47 (2007), 349-370. Für den afrikanischen Kontext: A. Eckert, „Exportschlager Wohlfahrtsstaat? Europäische Sozialstaatlichkeit und Kolonialismus in Afrika nach dem Zweiten Weltkrieg“, in: *Geschichte und Gesellschaft* 32 (2006), 467-488.

¹¹ Allgemein zur Bedeutung der IAO für das europäische Sozialstaatsmodell: Guinand, *Die Internationale Arbeitsorganisation*; L. Raphael, „Europäische Sozialstaaten in der Boomphase (1948-1973): Versuch einer historischen Distanzierung einer ‚klassischen Phase‘ des europäischen Sozialmodells“, in: *Das europäische Sozialmodell: Auf dem Weg zum transnationalen Sozialstaat*. Hg. H. Kaelble/G. Schmid, Berlin 2004, 51-74; H. Kaelble, „Das europäische Sozialmodell - eine historische Perspektive“, in: Kaelble/Schmid,

Folgenden sei deshalb nicht nur auf die nachhaltigen Effekte transnationaler Diskurse, sondern auch auf die Grenzen der Wirkungsmacht transnationaler Netzwerke auf die Sozialstaatsgeschichte verwiesen.

2. Im Schatten der Bakteriologie: Problematische Wahrnehmung der Silikose in der Geschichte der Arbeitsmedizin

Die Silikose ist zwar in den letzten Jahren im europäischen Kontext aus dem gesellschaftlichen und politischen Wahrnehmungsfeld weitgehend verschwunden. Historisch stellt sie aber eine beispiellose Berufskrankheit dar, deren Bedeutung auch die mit der Staublunge verwandten Asbesterkrankungen in den Schatten stellt. In Westdeutschland kostete die Silikose nach dem Zweiten Weltkrieg weit über 10 000 Menschenleben. Die Spätfolgen sind bis heute zu spüren. Noch in jüngster Zeit verstarben in Deutschland jährlich zwischen 350 und 500 Personen an silikotischen Schädigungen, die sie sich teilweise Jahrzehnte zuvor im Berufsleben zugezogen hatten. In Frankreich waren es seit 1945 allein in der Kohleindustrie rund 40 000 Arbeiter. In der Schweiz zählte die staatliche Unfallversicherung zwischen 1932 und heute rund 11 000 Krankheitsfälle, davon mehr als 4000 Invaliditäts- und 3000 Todesfälle. Die Kosten, die den staatlichen Unfallversicherungen durch die Silikose erwachsen, waren ebenfalls horrend. In Deutschland flossen 1941 knapp ein Viertel aller Auslagen der verantwortlichen Einrichtungen, der Knappschafts-Berufsgenossenschaft, in Entschädigungsleistungen für Silikosepatienten. In der Schweiz gingen zwischen 1948 und

1967 durchschnittlich fünf bis sechs Prozent der gesamten Versicherungsleistungen der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt auf das Konto der Silikose.¹² Am stärksten litt die Montanindustrie unter den Staublungenkrankheiten, zudem auch steinverarbeitende Berufe wie die Steinhauer oder die Schleifarbeiter. Geografisch lagen die Verbreitungsgebiete in den Zentren der Kohle- und Bergbauindustrie, im Ruhrgebiet, den belgischen und walisischen Kohleabbaugebieten, aber auch in den Bergbauzentren der USA oder den Diamant- und Goldminen Südafrikas. In den Alpenregionen Italiens, der Schweiz und Österreichs war die Silikose, wegen der Tunnel- und Staudambauten, ebenso verbreitet.¹³

¹² Für Deutschland: J. Boyer, *Unfallversicherung und Unternehmer im Bergbau*, München 1995, 221; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitsgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2005*, Berlin 2005, 180; für Frankreich: P.-A. Rosental, „Avant l'amiante, la silicose: mourir de maladie professionnelle dans la France du XX^e siècle“, in: *Population et sociétés* 437 (September 2007), S. 1-4; für die Schweiz: J.R. Rüttner (Hg.), *Die Silikose in der Schweiz, Silicosis in Switzerland, 1945-1960*, Basel 1960, 3; Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, *Ergebnisse der Unfallstatistik der fünfjährigen Beobachtungsperioden, Ergebnisse der Unfallstatistik 1968-1972*, Bern 1974, 61.

¹³ Vgl. die klassischen Arbeiten von G. Rosen, *History of the*

Obwohl die Staublunge seit der frühen Neuzeit unter Bergleuten ein alltagskulturell breit diskutiertes Leiden war, konstituierte sich erst anfangs des 20. Jahrhunderts ein eigenständiger Krankheitsbegriff für die Silikose. Diese problematische Wahrnehmungsgeschichte hängt eng mit der Vorgeschichte der modernen Arbeitsmedizin zusammen. Die Arbeitsmedizin entwickelte sich erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts zur eigenständigen medizinischen Disziplin.¹⁴ Ein wichtiger institutioneller Vorläufer des Fachs bildete die Fabrikinspektion, die in den meisten europäischen Ländern seit Mitte des 19. Jahrhunderts parallel zu den Gewerbe- und Fabrikgesetzgebungen geschaffen wurde, in Großbritannien bereits 1833, in Preußen 1839.¹⁵ Fabrikinspektoren waren allerdings für den medizinischen Aspekt ihrer Arbeit schlecht vorbereitet. Die Verantwortlichen waren meist als Ingenieure und Techniker und nur in seltenen Fällen als Ärzte

Miners' Disease. A Medical and Social Interpretation, New York 1943; L. Teleky, *History of Factory and Mine Hygiene*, New York 1948. Für die neuere Forschung vgl.: D. Rosner, G. Markowitz, *Deadly Dust, Silicosis and the Politics of Occupational Disease in Twentieth-Century America*, Princeton 1991.

¹⁴ Allg. zur Geschichte der Arbeitsmedizin: S. Buzzi/ P.-A. Rosental/J.-C. Devinck, *La santé au travail, 1880-2006*, Paris 2006; G. Rosen, *Preventive Medicine in the United States 1900-1975: Trends and Interpretations*, New York 1976; speziell zu Deutschland: F. Koelsch, *Beiträge zur Geschichte der Arbeitsmedizin*, München 1967.

¹⁵ Teleky, *History*, 22-51.

ausgebildet.¹⁶ Entsprechend schlecht erforscht waren die industriellen und gewerblichen Berufskrankheiten bis 1900. Trotzdem bildeten die Fabrikinspektoren ein wichtiges Sensorium. Im Rahmen ihrer Berichte sammelten sie umfassendes empirisches Material und bereiteten dieses oft statistisch auf – eine wertvolle Evidenzbasis für die frühe Silikoseforschung. Ein zweiter Vorläufer bildete in Deutschland das Berufsfeld der Gewerbehygiene, das seit den 1890er Jahren auf staatlicher und auf Kreisebene aufgebaut wurde. Die Gewerbeaufsichtsbeamten und die mit der Gewerbehygiene ebenfalls beauftragten Kreisärzte besaßen allerdings innerhalb der Hygiene einen marginalen Status. Die bekannteren Vertreter der Hygiene wie Max von Pettenkofer beschäftigten sich primär mit den klassischen Infektionskrankheiten; die Anliegen der gewerblichen Krankheiten und Vergiftungen waren in deren Sicht kaum von Belang. Als um 1890 einer der führenden Fachvertreter und Schüler Pettenkofers, Theodor Weyl, ein gewerbehygienisches Handbuch vorbereitete, fand er für die arbeitsmedizinischen Fachartikel keine spezialisierten Gewerbehygieniker und musste sich mit nicht-medizinischen Fachleuten begnügen.¹⁷

¹⁶ W. Ewald, *Soziale Medizin: ein Lehrbuch für Ärzte, Medizinal- und Verwaltungsbeamte, Sozialpolitiker, Behörden und Kommunen*, 2 Bde. Berlin 1911-1914, Bd. 2, 661.

¹⁷ N. Schaad, *Chemische Stoffe, giftige Körper, Gesundheitsrisiken in der Basler Chemie, 1860-1930*, Zürich 2003, 10-13; Koelsch, *Geschichte*, 110-116; zur Geschichte und Popularisierung der Hygiene im 19. Jahrhundert, vgl. P. Sarasin, *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers*.

Ein dritter Vorläufer der Arbeitsmedizin bildete zumindest im deutschsprachigen Raum die Unfallmedizin (oder Unfallheilkunde). Dieses Fach entstand als Folge der Institutionalisierung sozialstaatlicher Kranken- und Unfallversicherungen und wurde vor allem von den Unfall- und Versicherungsärzten von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften betrieben. Diese Gruppe war auch dafür verantwortlich, dass zu Beginn des 20. Jahrhundert die ersten unfallmedizinischen Fachgesellschaften gegründet wurden, 1912 in der Schweiz und 1923 in Deutschland.¹⁸ Zu Beginn behandelte die Unfallmedizin vor allem therapeutische Aspekte des Unfallwesens: die Lehre der Ersten Hilfe, das Rettungswesen oder die verschiedenen Therapieformen von Unfallopfern. Da in Deutschland die Berufskrankheiten jedoch erst ab 1925 in der staatlichen Unfallversicherung mitversichert wurden, beschäftigte sich die Unfallmedizin primär mit unfallbedingten Verletzungen und nicht mit krankheitsförmigen Leiden wie der Silikose.¹⁹

Auch wenn es vor dem Ersten Weltkrieg keine eigenständige Disziplin der Arbeitsmedizin gab, entwickelte sich gleichwohl eine arbeitsmedizinische Forschung, allerdings vor allem im Rahmen der Gewerbehygiene. Berufsbedingte Pathologien wurden

1765-1914, Frankfurt am Main 2001, 95-146.

¹⁸ Überblickend: C. Kaufmann, *Handbuch der Unfallmedizin. Mit Berücksichtigung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen öffentlichen und der privaten Unfallversicherung*, 4. umgearbeitete Auflage. Bd. 1, Stuttgart 1919, 5-7.

¹⁹ Koelsch, *Geschichte*, 116-127.

im deutschsprachigen Raum seit Mitte des 19. Jahrhunderts erforscht, so etwa die toxischen Wirkungen des Bleiweiß, die Häufung von Blasenkrebs bei Chemiarbeitern oder die Phosphorvergiftungen in Streichholzfabriken. Entsprechende gewerbehygienische Regulierungen und Verbote wurden seit den 1880er und 1890er Jahren erlassen.²⁰

Die von diesen Arbeiten ausgehenden wissenschaftlich-technischen Expertendiskurse konstituierten sich bereits im 19. Jahrhundert nicht nur im nationalstaatlichen Rahmen, sondern vernetzten sich nach 1850 auch auf internationaler Ebene. Als Plattform für diesen frühen transnationalen Sozialstaatsdiskurs dienten teilweise die Weltausstellungen, seit den 1880er Jahren in zunehmendem Maße auch die internationalen wissenschaftlichen Kongresse. Der aus sozialpolitischer Sicht führende Kongress, der Internationale Kongress für Arbeiterversicherung, wurde anlässlich der Pariser Weltausstellung 1889 initiiert und vereinte Wissenschaftler (vor allem Statistiker, Staatswissenschaftler und Wirtschaftswissenschaftler), Regierungsvertreter und Beamte (Sozialstatistiker, Gewerbehygieniker, Fabrikinspektoren, Vertreter der Sozialversicherungsbehörden und der Privatversicherungsaufsicht), Techniker, Unternehmer und Gewerkschaftsvertreter. Aus diesen Reihen bildete sich 1900 die Internationale Vereinigung für gesetzlichen Arbeitsschutz, die wiederum 1906 das Internationale Arbeitsamt

²⁰ P. Weindling, „Linking Self Help and Medical Science: The Social History of Occupational Health“, in: ders. (Hg.), *The Social History of Occupational Health*, London 1985, 2-31, 16f.; zum Blasenkrebs: Schaad, *Chemische Stoffe*, 189-199.

in Basel gründete – der direkte Vorläufer der IAO in Genf. Bis 1905 behandelte der Arbeiterversicherungskongress sowohl rechtliche, ökonomische wie medizinische Fragen, danach spaltete er sich auf in einen Internationalen Kongress für Arbeiterversicherung, an dem vor allem politische und rechtliche Sozialstaatsthemen diskutiert wurden, und einen Internationalen Kongress für Unfallmedizin und Berufskrankheiten, der sich mit der medizinischen Seite der Versicherungspraktiken auseinandersetzte. Hinzu kamen der Internationale Kongress für Versicherungsmathematik, der zwar von der Privatversicherungsindustrie dominiert war, aber immer auch eine Minderheit von Sozialversicherungsvertretern umfasste und auf dem sozialstaatliche Fragestellungen ebenfalls durchgehend diskutiert wurden.²¹

Allerdings wurde das Problem der Silikose in diesen inter- und transnationalen Netzwerken vor der Jahrhundertwende kaum aufgegriffen. Diese Vernachlässigung hatte zunächst einen epistemischen Grund. Die Kausalitätsvorstellungen der Medizin wurden im deutschsprachigen Raum bis zur Zwischenkriegszeit vor allem von der Bakteriologie dominiert.²² Mit Robert Kochs Entdeckung des Tuberkulose-Erregers 1882 gewannen bakteriologische Modelle im ausgehenden 19. Jahrhundert

²¹ Lengwiler, *Risikopolitik im Sozialstaat*, 83, 174, 181.

²² T. Schlich, „Einführung: Die Kontrolle notwendiger Krankheitsursachen als Strategie der Krankheitsbeherrschung im 19. und 20. Jahrhundert“, in: *Strategien der Kausalität: Konzepte der Krankheitsverursachung im 19. und 20. Jahrhundert*, Hg. C. Gradmann/T. Schlich, Pfaffenweiler 1999, 3–28, 8–10.

schlagartig an Plausibilität. Sie betonten monokausale, deterministische Kausalitäten, die von organischen Erregern ausgingen.²³ Auch der Status der Tuberkulose als Volkskrankheit verhalf der Bakteriologie zu breitem Ansehen, was wiederum ihren Kausalitätsmodellen zugute kam.²⁴ Eine Lungenkrankheit, die durch anorganischen Steinstaub verursacht wurde und in ihren Erscheinungsformen erst noch der Tuberkulose glich, schien im bakteriologischen Paradigma dagegen nicht plausibel. Dies war vor der bakteriologischen Wende der 1880er Jahre noch anders. Im Kontext der humoralpathologischen Miasmatheorien, nach denen gerade die Luftqualität eine wesentliche Bedeutung als Krankheitserreger hatte, war es durchaus üblich, die Ursachen der Staublungerkrankungen in der verunreinigten Atemluft zu vermuten. Der Aufstieg des bakteriologischen Paradigma hat jedoch solche umweltbezogene, ätiologische Ansätze für weite Teile der medizinischen Fachwelt über drei Jahrzehnte verschüttet.²⁵

²³ I. Gladston, "Beyond the Germ Theory: The Roles of Deprivation and Stress in Health and Disease", in: *Beyond the Germ Theory*, Hg. I. Gladston, New York 1954, 3-16.

²⁴ R. Kolb, *Die Berufsverhältnisse der Steinarbeiter in der Schweiz und deren Gefahren in bezug auf Unfall- und Krankheitshäufigkeit*, Zürich 1912, 15-17; zur öffentlichen Wahrnehmung der Bakteriologie vgl. auch: P. Sarasin et al., "Bakteriologie und Moderne. Eine Einleitung", in: dies. (Hg.), *Bakteriologie und Moderne, Studien zur Biopolitik des Unsichtbaren, 1870-1920*, Frankfurt am Main 2007, 8-43, 31-40.

²⁵ Teleky, *History*, 196-201; D. Hunter, *The Diseases of Occupations*, London 1975, 995.

Zwar gab es insbesondere in der Toxikologie - einem vierten Vorläufer der modernen Arbeitsmedizin - bereits während und unmittelbar nach dem Ersten Weltkrieg Bestrebungen, alternative, nicht-deterministische Kausalitätsvorstellungen zu entwickeln. Ein bedeutendes Beispiel war das Gerichtsmedizinische Institut der Universität Zürich unter dem Toxikologen Heinrich Zangger.²⁶ Dessen Arbeiten befassten sich mit Vergiftungen im Ersten Weltkrieg wie den Folgen der Giftgaseinsätze oder Erkrankungen durch kriegswirtschaftliche Ersatzstoffe und -verfahren in der chemischen Industrie; daneben schon während des Kriegs auch mit gewerblichen Vergiftungen, nicht zuletzt im Bereich der Staublungenerkrankungen.²⁷ Gestützt auf verfeinerte Messmethoden gelang es Zangger, die Wirkungsweise chemischer und gasförmiger Stoffe bereits in geringen Mengen nachweisen zu können.²⁸ Kausalitäten konnten in diesem Modell auch wahrscheinlichkeitstheoretisch erfasst werden, was den deterministischen Kausalitätsmodellen der Bakteriologie

²⁶ Zangger war unter anderem Mitherausgeber eines einschlägigen Lehrbuchs: F. Flury/H. Zangger (Hg.), *Lehrbuch der Toxikologie. Für Studium und Praxis*, Berlin 1928.

²⁷ H. Zangger, „Einführung“, in: *Archiv für Gewerbepathologie und Gewerbehygiene* 1 (1930), 1-51, 3-5, 7-12; Flury, Zangger, *Lehrbuch*, 50-52.

²⁸ H. Zangger, *Aufgaben der Kausalen Forschung in Medizin, Technik und Recht: Medizin, Industrie-Gefahren, Prophylaxe, Versicherungen*, Basel 1936, 6f.; zu Zangger vgl. auch: Schaad, *Chemische Stoffe*, 187-189, 198.

diametral widersprach.²⁹

Solche Versuche, die bakteriologische Vormachtsstellung zu erschüttern, blieben aber bis in die Zwischenkriegszeit weitgehend wirkungslos. Noch in den frühen 1920er Jahren galten Staublungenenerkrankungen nicht als eigenständige Krankheiten, sondern als Nebenbeschwerde der Tuberkulose. Wilhelm Löffler, ein namhafter schweizerischer Arbeitsmediziner, bemerkte 1934, nach Anerkennung der Silikose, rückblickend: „Die Auffassung, dass *mineralischer Staub* krankheitserzeugend wirken könnte, wurde vielfach nur noch belächelt.“³⁰

Die Fehlklassifikation hatte für die Erkrankten teilweise gravierende Folgen, vor allem weil die Tuberkulose in den meisten Ländern nicht als Berufskrankheit galt. Aus einer solchen Diagnose ließen sich keine Ansprüche auf eine Haftpflichtentschädigung oder eine Versicherungsleistung der staatlichen Unfallversicherungen ableiten.

3. Transnationale Akteure im Anerkennungsprozess der Silikose

Nach dem Ersten Weltkrieg verdichteten und formalisierten sich die vormals oft losen internationalen sozialpolitischen Netzwerke. Eine Schlüsselrolle nahm dabei die 1919 eingerichtete IAO ein. Dreigliedrig aufgebaut, vereinte sie sowohl in ihrem Exekutivgremium (dem Verwaltungsrat), wie auch

²⁹ H. Zangger, „Wahrscheinlichkeit, Wahrheit, Bewahrheitung im Versicherungs-Gutachten“, in: *Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten* 24 (1930), 1-5.

³⁰ W. Löffler, „Über Silikose“, in: *Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten* 28 (1934), 113-141, 115.

in der Mitgliederversammlung (der Internationalen Arbeitskonferenz), Regierungs-, Gewerkschafts- und Arbeitgebervertreter der Mitgliedstaaten, und zwar im Verhältnis von zwei Regierungs- zu je einem Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter. Mit dieser Organisationsform trug das IAO wesentlich dazu bei, dass sich die Diskurse der internationalen Arbeiterbewegung und der staatlichen Verwaltungsbeamten deutlich besser verschränkten als in der Blütezeit der wissenschaftlichen Kongresse vor dem Ersten Weltkrieg.

Dies zeigt sich nicht zuletzt beim Prozess, durch den die Silikose in Deutschland und der Schweiz zu einer anerkannten, sozialstaatlich versicherten Berufskrankheit wurde. Hier spielte die IAO die Rolle eines entscheidenden Katalysators, auch wenn ihr Einfluss auf die nationalen Sozialversicherungsträger nicht direkter, sondern indirekter Natur war. Mindestens so wichtig wie die IAO waren gewerkschaftliche Organisationen, sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Ebene. Insgesamt zeigt sich, dass der Anstoß für die Entschädigung der Silikose im Rahmen nationalstaatlicher Sozialversicherungen größtenteils auf inter- und transnationale Akteure zurückging. Die Geschichte der Anerkennung verlief dabei in drei Phasen.

Erste Phase: Kombination lokaler Wissensbestände

Der erste Zeitabschnitt, der sich von der Jahrhundertwende bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs erstreckt, ist noch stark von einer lokal situierten und wenig vernetzten Wissensgenese geprägt. Die Gewerkschaftsbewegung, die sich schon seit Mitte

des 19. Jahrhunderts intensiv mit Fragen des Gesundheitsschutzes auseinandergesetzt hatte, bildete für die Synthese und Verbreitung dieser frühen lokalen Wissensbestände eine ganz zentrale Rolle.³¹ Dabei profilierten sich vor allem die älteren Fachgewerkschaften, deren Mitglieder nicht nur vergleichsweise gut qualifiziert waren, sondern auch über ein hohes Standesbewusstsein verfügten. Im Vordergrund standen die Gewerkschaften der Steinhauer und Steinarbeiter, unter deren Mitgliedern die Silikose besonders viele Opfer gefunden hatte. Ziel der Debatten war allerdings nicht, die Tuberkulose-Diagnose in Frage zu stellen, sondern einen Teilbereich der Tuberkulose neu als Berufskrankheit zu definieren.³² Exemplarisch für diese Debatten ist eine Eingabe, die der Zentralvorstand des Schweizerischen Verbands der Stein- und Tonarbeiter 1912 ans eidgenössische Parlament richtete. Die Petition forderte, das Bergbau- und Steinhauergewerbe, das zu jener Zeit staatlich nicht speziell reguliert war, dem Fabrikgesetz und damit den Fabrikinspektionen zu unterstellen und damit den rechtlichen Arbeitsschutz im Bereich der Staublungerkrankungen zu verbessern.³³ Außerdem wurde eine Reduktion der Maximalarbeitszeit von elf auf acht Stunden verlangt und die Einführung von Wind- und Staubschutzanlagen sowie von Sprinkleranlagen zur Besprühung des Arbeitsplatzes mit Wasser angeregt.³⁴ Die Eingabe verweist ausführlich auf

³¹ Zu den frühen gewerkschaftlichen Bestrebungen um einen verbesserten Arbeitsschutz: Teleky, *History*, 75-86.

³² Kolb, *Berufsverhältnisse*, 17-20.

³³ Ebenda, 5, 15-27.

³⁴ Ebenda, 73-82.

verschiedene Untersuchungen, die meist mit statistischen Verfahren die außerordentliche Gefährdung der Steinhauerberufe zu belegen versuchen. Zu den Autoren der Studien zählten neben verschiedenen Gewerbehygienikern und universitären Hygienikern auch Krankenkassen, Arbeitsinspektoren, nationale statistische Büros und Gewerkschaften aus Deutschland oder der Schweiz.³⁵ Die Auflistung zeigt, dass sich seit 1900 an verschiedenen Orten ein emergentes und teilweise recht spezifisches Wissen um die Gefahren der Stauberkrankungen konstituierte. So zeigt etwa die eidgenössische Mortalitätsstatistik, dass Steinarbeiter ab einem Alter von vierzig Jahren eine dreimal so hohe Sterblichkeit aufwiesen als die durchschnittliche Sterblichkeit der anderen Berufe. Andere Untersuchungen deuteten auf eine hohe Krankheits- und Invaliditätsrate hin.³⁶ Schweizerische Krankenkassenstatistiken hielten fest, dass zwei von drei Steinhauern nicht gesund seien und dass die älteren Steinhauer, über vierzig Jahren, außerordentlich häufig krank waren, in der Regel rund fünfzig Tage im Jahr.³⁷ All diese Untersuchungen waren in den Jahren seit der Jahrhundertwende entstanden.

Als Ursache für die Erkrankungen wurden bereits „feine, scharfe Staubpartikelchen“ identifiziert, auch wurde zwischen verschieden gefährlichen Gesteinsarten unterschieden - ein vergleichsweise differenziertes Urteil, das sich auf Untersuchungen der staatlichen Gewerbehygiene und der

³⁵ Ebenda, 17-18, 22-27.

³⁶ Ebenda, 17-20, 23-27.

³⁷ Ebenda, 34-35.

Fabrikinspektoren stützte.³⁸ Auch erste pathologische Evidenzen zeichneten sich bereits ab. Die Gewerbehygienische Sammlung der Eidgenössisch Technischen Hochschule in Zürich konservierte etwa um 1910 eine Steinhauerlunge, in der steinartige Rückstände und Kieselablagerungen gut zu erkennen waren - eine Anomalie, die mit den klassischen Tuberkuloseformen schwer zu vereinbaren war.³⁹

Zweite Phase: transnationale Vernetzung der Akteure

Die zweite Phase, die kurz vor dem Ersten Weltkrieg einsetzte und bis Ende der 1920er Jahre dauerte, ist von einer intensiven transnationalen Vernetzung, vor allem unter wissenschaftlichen Experten und Gewerkschaftsvertretern, gekennzeichnet. Ausgangspunkt war die Anerkennung verschiedener Staublungenarten als eigenständige, nicht-tuberkulöse Krankheiten im britischen Empire, zunächst 1912 in Südafrika, 1918 auch in Großbritannien.⁴⁰ Die Bergwerkserkrankungen waren seit den 1860er Jahren in den britischen Mortalitätsstatistiken, die zu den international umfangreichsten Sozialstatistiken zählten, gut aufgearbeitet. Nachdem um 1910 britische arbeitsmedizinische Untersuchungen, insbesondere von Edgar L. Collis, den statistischen Nachweis zu erbringen schienen, dass die Staubkrankheiten eine deutliche erhöhte und qualitativ differente Mortalität

³⁸ Ebenda, 21.

³⁹ Ebenda, 21-22.

⁴⁰ Teleky, *History*, 202-208; vgl. auch: L. Teleky, *Bericht über die Ergebnisse der Staubuntersuchungen in England, seinen Dominions und Amerika*, Berlin 1928.

aufwiesen als die Tuberkulosen und nicht unter derselben Pathologie zu subsumieren seien, war der Weg frei für die Anerkennung einer spezifischen Berufspathologie.⁴¹ Nach der britischen Eroberung des Transvaals im zweiten Burenkrieg 1902 setzte die neue Regierung eine Kommission zur Untersuchung der Staublungenkrankheit ein, nicht zuletzt aus Sorge um die britischen Arbeitsmigranten, die in den dortigen Bergwerken beschäftigt waren. Vergleichbares geschah auch für Australien, wo die Staublunge seit 1904 genauer untersucht wurde. Als Folge dieser Untersuchungen wurde die Silikose in Südafrika und Großbritannien schließlich als neue Berufskrankheit definiert.

Trotz der angelsächsischen Umorientierung hielt sich die deutsche und schweizerische Ärzteschaft weiterhin zurück; auch die staatlichen Behörden sahen in den folgenden Jahren keinen Handlungsbedarf. Im deutschsprachigen Raum forderte zwar die Arbeitsmedizin wie oben erwähnt bereits früh, die Silikose als eigenständige Krankheit anzuerkennen. Doch innerhalb der medizinischen Fachwelt fand die kleine Gruppe von Arbeitsmedizinern kaum Gehör, und in den staatlichen Sozialversicherungsbehörden kam die Angst vor unkalkulierbaren finanziellen Folgen hinzu. Erst mit dem Auftritt eines neuen Akteurs, der internationalen Gewerkschaftsorganisationen, kam Bewegung in die verfahrenere Situation. Es war insbesondere die internationale Steinarbeiter-Gewerkschaft, die sich die Erkenntnisse der angelsächsischen Arbeitsmedizin zu Eigen machte und nun auf politischer Ebene als Lobbyist auftrat. Gestützt auf die britische und südafrikanische Abgrenzung der

⁴¹ Teleky, *Bericht*, 6-8; Teleky, *History*, 201-202.

Staublungenkrankheiten von der Tuberkulose forderte die internationale Steinarbeiter-Gewerkschaft 1921 an einem Kongress in Innsbruck, diese Unterscheidung international anzuerkennen und damit der Silikose den Status einer eigenständigen Berufskrankheit zu gewähren.⁴² Eine wichtige Rolle spielte der ehemalige Sekretär des schweizerischen Steinarbeiter-Verbands, Robert Kolb, der bereits 1912 die parlamentarische Eingabe verfasst hatte, in den 1920er Jahren in die internationale Fachgewerkschaft wechselte und dort das Sekretariat führte.⁴³ 1922 wurde die internationale Gewerkschaft bei verschiedenen Landesregierungen vorstellig und verlangte, die Staubkrankheiten als Berufskrankheiten anzuerkennen und dafür auch Leistungen der staatlichen Unfallversicherungen zu versprechen. Die Forderung war statistisch gut belegt, wurde aber gleichwohl von medizinischer Seite kritisiert und versandete schließlich in den Schubladen der staatlichen Verwaltungen.

Die internationale Steinhauer-Gewerkschaft schlug deshalb einen anderen Weg ein und kontaktierte 1924 die IAO, um diese noch relativ junge Organisation für die Problematik der Silikose zu sensibilisieren. Dies fiel umso leichter, als die IAO ja über eine dreigliedrige Organisationsform, mit Gewerkschafts-, Arbeitgeber- und Staatsvertretern, verfügte und in der frühen Zwischenkriegszeit ohnehin von einem

⁴² R. Kolb, „Staubkrankheit (Silikose) als unfallentschädigungsberechtigte Berufskrankheit“, in: *Gewerkschaftliche Rundschau* 26 (1934), 187-191, 187f.

⁴³ R. Kolb, „Was ist Silikose?“, in: *Gewerkschaftliche Rundschau* 35 (1943), 50-52, 50f.

progressiven Aufbruchgeist getrieben war.⁴⁴ Der Direktor der IAO, der ehemalige sozialistische Rüstungsminister Frankreichs Albert Thomas, setzte sich persönlich für die Sache der Steinarbeiter-Gewerkschaft ein und übergab das Dossier dem arbeitsmedizinischen Ausschuss des Internationalen Arbeitsamtes, des Sekretariats der IAO.⁴⁵ Der Ausschuss führte ab 1926 selber Erhebungen durch, nicht nur für die Steinhauer, sondern auch für eine Reihe anderer gefährdeter Branchen.⁴⁶ Das Ergebnis war eindeutig. Die Silikose besaß ein eigenes pathologisches Gesicht. Der arbeitsmedizinische Ausschuss des Arbeitsamtes kam 1928 an einer Tagung in Düsseldorf überein, in der Silikose eine neue Berufskrankheit zu erkennen.⁴⁷ Doch damit nicht genug. Die IAO versuchte nun ihrerseits auf andere internationale Organisationen, insbesondere auf medizinische Fachgesellschaften, einzuwirken, so etwa auf die Internationale Kommission fürs Studium der Berufskrankheiten, ein internationales Netzwerk von Arbeitsmedizinern, die großteils für staatliche Behörden arbeiteten und die den Internationalen Kongress für Berufskrankheiten organisierten. Die Kommission setzte die Silikose kurzerhand auf die Tagesordnung ihres nächsten internationalen Kongresses, der

⁴⁴ C. Guinand, "Zur Entstehung von IVSS und IAO", in: *Internationale Revue für Soziale Sicherheit* 61 (2008), 93-111.

⁴⁵ Kolb, "Staubkrankheit", 188-189; Kolb, "Silikose", 51.

⁴⁶ Kolb, "Staubkrankheit", S. 188.

⁴⁷ Ebenda; Bureau international du travail, *La silicose, Compte rendu de la conference internationale tenue à Johannesburg du 13 au 27 août 1930*, Genf 1930, 1f.

1929 in Lyon stattfinden sollte.⁴⁸ An der Tagung wurden die südafrikanischen und britischen Forschungen ausführlich präsentiert und intensiv diskutiert, was schließlich dazu führte, dass die arbeitsmedizinische Fachwelt zu einem neuen Konsens fand.⁴⁹ Nachdem sich die deutsche und französische Ärzteschaften im Fahrwasser der Arbeiten von Pasteur und Koch mehr als ein Jahrzehnt lang gegen die Rezeption der angelsächsischen Silikoseforschung gewehrt hatten, stimmten am Lyoner Kongress zum ersten Mal auch die Delegationen aus Frankreich und Deutschland der These einer eigenständigen, nicht-tuberkulösen Pathologie der Staublunge zu. Auch wenn dies nur das kleine Fach der Arbeitsmedizin betraf und damit noch lange kein allgemeiner Konsens in der medizinischen Forschung hergestellt war, bedeutete der Beschluss zumindest für die deutsche, indirekt auch für die schweizerische Unfallversicherung die entscheidende Wende, da die Arbeitsmedizin zu den zentralen Expertisen gehörte.⁵⁰

Dritte Phase: Medizinische und rechtliche Anerkennung

In der darauffolgenden dritten Phase ging alles schnell. Als klar war, dass sich die Arbeitsmedizin sowohl im Rahmen der IAO wie auch auf dem internationalen arbeitsmedizinischen

⁴⁸ Kolb, „Staubkrankheit“, 188f.; Koelsch, *Arbeitsmedizin*, 218-226.

⁴⁹ Bureau international du travail, *La silicose*, 2f.

⁵⁰ Kolb, „Staubkrankheit“, 187-189; Commission internationale permanente pour l'étude des maladies professionnelles, IVe Réunion de la Commission, Lyon, 3-6 avril 1929; Koelsch, *Arbeitsmedizin*, 218-226.

Kongress, auf das Krankheitsbild der Silikose einigen würde, beschloss die zuständige deutsche Unfallversicherungsvereinigung, die Knappschafts-Berufsgenossenschaft, anfangs 1929, die Staublungelunge als eigenständige Berufskrankheit auf die Liste der versicherten Pathologien aufzunehmen. Allerdings sollten zunächst nur die wichtigsten Berufssparten versichert sein und nur schwere Fälle von Silikose entschädigt werden.⁵¹ Drei Jahre später zog auch die schweizerische Unfallversicherungsanstalt nach.⁵² Auch auf internationaler Ebene fand die Silikose weitere Anerkennung, wobei die IAO in zunehmendem Maß die treibende Kraft darstellte. Innerhalb der IAO profilierte sich vor allem der erwähnte arbeitsmedizinische Ausschuss (*service d'hygiène*) des Internationalen Arbeitsamtes. Nachdem die Silikose nicht nur im angelsächsischen Raum, sondern auch in Deutschland Anerkennung gefunden hatte, bemühte sich die IAO, die internationale Silikoseforschung zu koordinieren, die medizinischen Diagnosekriterien zu standardisieren und die Entschädigungsleistungen der verschiedenen Versicherungssysteme einander anzugleichen. Schon 1928 entschied der arbeitsmedizinische Ausschuss, einer Initiative des führenden südafrikanischen Arbeitsmediziners, Alexander J. Orenstein, stattzugeben und eine internationale arbeitsmedizinische Konferenz nach Johannesburg einzuberufen,

⁵¹ Bureau international du travail, *La silicose*, 346f.

⁵² Teleky, *History*, 208; Koelsch, *Arbeitsmedizin*, 218-226; F. Lang, „Unsere Erfahrungen mit der Silikose“, in: *Schweizerische Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten* 31 (1937), 264-276, 264f.

die ausschließlich dem Silikosesthema gewidmet war und an der die medizinischen Aspekte der Silikose, die Präventionsmaßnahmen sowie die Entschädigungsformen international vergleichend diskutiert werden sollten. Die angelsächsischen Staaten (Großbritannien, die USA, aber auch Kanada, Australien und Südafrika) und die deutsche Arbeitsmedizin, die die Silikoseforschung international anführten, waren am Kongress stark vertreten, dagegen fehlten etwa Frankreich und die Schweiz, die zu diesem Zeitpunkt die Silikose noch nicht anerkannt hatten.⁵³

Die Konferenz war als Erfahrungsaustausch angelegt und endete mit einem Appell, die Forschung weiter voranzutreiben und die Silikose international einheitlich als Versicherungsfall anzuerkennen.⁵⁴ Im Anschluss an die Johannesburg-Konferenz intensivierte die IAO ihre Aktivitäten. Sie stellte zunächst eine umfassende Bibliographie der medizinischen Silikoseforschung zusammen; die Schrift bildete den ersten umfassenden Überblick über die Forschungen zur Silikose und zu anderen Staublungerkrankungen und wurde 1932 veröffentlicht.⁵⁵ 1934 setzte die IAO die Silikosefrage zusammen mit anderen neuen Berufskrankheiten auf die Tagesordnung der ordentlichen Zusammenkunft der Internationalen Arbeitskonferenz, der jährlichen Mitgliederversammlung der IAO. Resultat der Genfer Konferenz

⁵³ Kolb, „Staubkrankheiten“, 187-189; Bureau international du travail, *La silicose*. 2-7.

⁵⁴ Bureau international du travail, *La silicose*, 110f.

⁵⁵ Bureau international du travail, *Pneumoconioses. Essay bibliographique*, Genf 1932.

war eine Konvention, welche die Silikose endgültig zur eigenständigen Berufskrankheit erklärte. Allerdings kam der Entscheid nur gegen heftigen Widerstand der französischen und belgischen Arbeitgebervertreter zustande; den Ausschlag für die Anerkennung gaben die versammelten Regierungsvertreter – oft ausgebildete Mediziner –, die sich auf die Seite der Gewerkschaften stellten. Das IAO setzte an dieser Konferenz zudem einen diagnostischen Standard, der auf einer Röntgendiagnose fußte und drei Stadien der Silikose unterschied. Diese Form der Diagnose entwickelte sich bereits in den 1910er Jahren in Südafrika und Großbritannien und wurde auch früh in der Schweiz bemüht, unter anderem von Heinrich Zangger. International kanonisiert wurde sie jedoch erst mit der Genfer Konferenz von 1934. Im Bei der Ratifikation stieß die Konvention ebenfalls auf Widerstände: Belgien und Frankreich traten der Übereinkunft vorerst nicht bei.⁵⁶

Die IAO versuchte in den 1930er Jahren zwar weiterhin, die sich öffnenden internationalen Gräben in der Silikosepolitik zu überbrücken, allerdings ohne großen Erfolg. 1937 veröffentlichte sie eine vergleichende Untersuchung über die Entschädigungssysteme und führte ein Jahr später in Genf die nach Johannesburg zweite große Silikose-Konferenz durch. Dabei ging es erneut um einen wissenschaftlichen und juristischen Erfahrungsaustausch. Doch auch diese Konferenz konnte Frankreich oder Belgien nicht zur Versicherung der Silikose

⁵⁶ R. Kolb, *90 Jahre Zürcher Steinarbeiter Organisation 1846-1936*, Zürich 1936, 84-88; Kolb, "Staubkrankheit", 190; Bureau international du travail, *La silicose*; Teleky, *History*, 204-206; Teleky, *Bericht*, 43-49.

bewegen.⁵⁷

4. Niedergang des Transnationalismus und nationale Praktiken der Silikoseversicherung

Mit der Anerkennung der Staublunge als Berufskrankheit begann sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz ein neuer, stärker von alltagspraktischen Kontexten getriebener Abschnitt der Silikosegeschichte. Im Unterschied zu den Debatten vor der Anerkennung traten nun die institutionellen Eigenheiten der jeweiligen Sozialversicherungssysteme als handlungsleitender Rahmen in den Vordergrund. Dazu gehörten nationalstaatsspezifische Faktoren wie das Gewicht der Unternehmerinteressen in den Gremien der Unfallversicherung oder die volkswirtschaftliche Bedeutung der betroffenen Industrien. Die Bedeutung transnationaler Diskurse und Akteure rückte dagegen in den Hintergrund. Zweifellos wurden die Aktivitäten der IAO weiterhin beachtet. Deutschland und die Schweiz orientierten sich nach der Genfer Konferenz von 1934 an den IAO-Empfehlungen für die Silikosedagnostik. Für ihre rechtlich relevanten Entscheidungen in Entschädigungs- und Rentenfragen stützten sich beide Staaten, entsprechend der IAO-Konvention, sowohl auf die Röntgendiagnostik als auf die Unterteilung der Silikose in drei Stadien.⁵⁸

⁵⁷ Nach: Bureau international du travail, *La silicose*, 1-4; Bureau international du travail, *La reparation de la silicose. Union sud-africaine - Grande-bretagne - Allemagne*, Genf 1937, 5-9.

⁵⁸ Für Deutschland: Boyer, *Unfallversicherung*, 231-235; für die Schweiz: F. Lang, "Die Staublungen in der Schweiz", in:

Allerdings wurden die vergleichsweise hohen Sozialstandards, welche die IAO in ihren Konventionen der Zwischenkriegszeit vorgab, in der nationalen Versicherungspraxis zunehmend verwässert und erodiert. Dieser Prozess, auf den im Folgenden am Beispiel der Schweiz mit vergleichendem Blick auf Deutschland genauer einzugehen ist, war stark bestimmt von zeithistorischen Umständen, insbesondere der Aufrüstungspolitik in den 1930er Jahren und dem wirtschaftspolitischen Begleiterscheinungen des Zweiten Weltkriegs.

Die sinkende Bedeutung transnationaler Politiktransfers war ein allgemeines Phänomen der Zwischenkriegszeit. Sie gründete auf einer allgemeinen Krise der internationalen Organisationen in den 1930er Jahren und im Zweiten Weltkrieg. Mit dem Völkerbund verlor auch die IAO einen Großteil ihrer politischen Bedeutung, spätestens seit dem Austritt Deutschlands aus der Organisation 1935. Während des Zweiten Weltkriegs stellte die IAO ihre Arbeiten praktisch ein; aus Angst vor den Kriegsfolgen zog die Organisation 1940 sogar für einige Jahre nach Montreal um.

Zunächst also zum schweizerischen Fallbeispiel. Die 1918 gegründete Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), die Trägerin der sozialstaatlichen Unfallversicherung, unterschied sich von den entsprechenden Einrichtungen Deutschlands, den Berufsgenossenschaften, in drei wichtigen Aspekten. Sie wurde erstens später gegründet und verfügte deshalb von Beginn an über einen moderneren Versicherungsschutz, der nicht nur den gesamten Bereich der

Nichtbetriebsunfälle, sondern grundsätzlich auch die Berufskrankheiten umfasste. Dazu verfügte die Suva über eine Positivliste aller toxischen Stoffe - im internen Sprachgebrauch als „Giftliste“ bezeichnet -, bei denen eine kausale Verbindung zwischen einem Berufsrisiko und einer gesundheitlichen Schädigung nachgewiesen werden konnte.⁵⁹ Zweitens war die Suva als zentrale Anstalt organisiert und nicht wie im deutschen Modell nach beruflichen Kriterien in verschiedene Berufsgenossenschaften aufgeteilt. Drittens besaß die schweizerische Anstalt ein anderes Verwaltungs- und Prämienmodell als ihre deutsche Partnereinrichtung. In der bismarckschen Unfallversicherung kamen die Arbeitgeber vollständig für die Versicherungsprämien auf, verfügten aber auch über die Mehrheit in den Leitungsgremien, während die Arbeitnehmer - auf Betreiben der Industriellenverbände - zwar von Prämienleistungen befreit, aber auch von den Verwaltungsgremien der Berufsgenossenschaften ausgeschlossen waren.⁶⁰ In der Schweiz wurden dagegen die Prämien paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert; die Suva verfügte entsprechend über ein dreigliedriges Aufsichtsgremium. Im Verwaltungsrat waren Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter in gleicher Zahl präsent; hinzu kam eine Gruppe von Staatsangestellten, die sich vor allem aus

⁵⁹ H. Zangger, „Über neuere gefährliche Arbeitsverfahren als Folge der technischen Entwicklung, welche konform der Gefahrgröße in der Gesetzgebung berücksichtigt werden sollten“, in: *Schweizerische Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten* 29 (1935), 191-214, 192-194.

⁶⁰ Boyer, *Unfallversicherung*, 31-33.

technischen Versicherungsexperten zusammensetzte. Das Leitungsgremium wurde von den Zeitgenossen entsprechend als „Mitglieder-Parlament“ bezeichnet.⁶¹

Unter diesen Umständen verfügten Wissenschaftler und Gewerkschafter über einen direkten Draht in die Suva-Leitung. Die ersten Forderungen nach Unterstellung der Silikose kamen deshalb Ende der 1920er Jahre aus Kreisen der Gewerkschaft und vorher bereits aus der Arbeitsmedizin. So forderte der erwähnte Zürcher Toxikologe Zangger noch während des Ersten Weltkrieges eine rechtliche Anerkennung der Silikose.⁶² Zangger wies seit 1916 auf Lungenkrankheiten von Steinschleifern hin, die er für nicht-tuberkulös und staubbedingt hielt und wurde dabei vom eidgenössischen Fabrikinspektor Heinrich Wegmann unterstützt.⁶³

Der Entschluss, die Silikose 1932 auch auf die Giftliste zu setzen, war einerseits durch das Vorbild Deutschlands motiviert, hatte andererseits aber auch binnenschweizerische Gründe. Bereits anfangs der 1930er Jahre machten lokale Ärzte in Genf und vor allem in Schaffhausen auf eine Reihe von Staublungenfällen aufmerksam, die von der Suva wegen fehlender gesetzlicher Grundlage nicht entschädigt wurden. Allein in den Stahlwerken der Schaffhauser Georg Fischer AG erkrankten

⁶¹ H. Frei, *Betriebliche Organisation und Leistung der Schweizerischen Unfallversicherungs-Anstalt*, Luzern 1952, 71.

⁶² H. Zangger, „Über Fortschritte in der gesetzgeberischen Behandlung der Berufskrankheiten“, in: *Schweizerische Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten* 24 (1930), 1-7, 1-3.

⁶³ Zangger, „Fortschritte“, 3-5.

innerhalb kurzer Zeit 48 Arbeiter, davon 25 tödlich, weil sie die Gussformen mit Sandstrahlern gereinigt hatten, die Quarzsand enthielten.⁶⁴ Die rechtlich korrekte Position der Suva führten in Genf und Schaffhausen zu heftigen politischen Kontroversen. Die kantonale Ärztegesellschaft von Genf und die Kantonsregierung Schaffhausens protestierten beim Bund gegen die Suva.⁶⁵ Nach einer internen Untersuchung kam die Anstalt von ihrer Position ab und beantragte beim Bundesrat die provisorische Anerkennung der Silikose, die Ende 1932 zustande kam.⁶⁶

Insgesamt aber hielten die leitenden Gremien der Suva die von der Silikose ausgehende Gefahr für unbedeutend – eine gravierende Fehleinschätzung mit nachhaltigen Folgen. Der Gründungsdirektor der Suva war sich 1932, im Vorfeld der Anerkennung, sicher, dass die Silikose in der Schweiz kein Gewicht hätte, weil einerseits die Spitäler bisher nur eine geringe Zahl von Silikosefällen gemeldet hätten und weil andererseits die Schweiz über keine größere Bergbauindustrie verfüge.⁶⁷ Dabei übersah der Direktor jedoch, dass die bescheidenen Silikosestatistiken auf die mangelhaften Kenntnisse der Allgemeinmediziner zurückgingen. Die Diagnose

⁶⁴ Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Archiv des Generalsekretariats (AdG), Protokoll des Verwaltungsrats, 12.5.1932, 127-130.

⁶⁵ SUVA, AdG, Protokoll des Verwaltungsrats, 1932, Vorlage 653, 3.

⁶⁶ Geyer, *Silikose*, 93.

⁶⁷ SUVA, AdG, Vorlagen und Anträge an den Verwaltungsrat: Vorlage 653, 2.

hatte sich in der ärztlichen Praxis noch kaum ausbreiten können - nach wie vor wurden die meisten Staublungenfälle als Tuberkulose diagnostiziert. So blieben zwar die Fallzahlen in den ersten Jahren der Silikoseversicherung gering. Bis 1937 wurden 211 Silikosefälle gezählt; vor allem Sandstrahler, Steinhauer und in zunehmendem Maße Bergarbeiter.⁶⁸

Es scheint, dass in diesen Anfangsjahren viele Silikosefälle mangels diagnostischen Erfahrungen unentdeckt blieben. Die tatsächliche Dimension der Schädigungen zeigte sich besonders im Zweiten Weltkrieg, als die Zahl der Silikoseerkrankungen drastisch zunahm. Dahinter stand ein faktischer Anstieg der Krankheitsfälle, ausgelöst durch die kriegsbedingte Ausbeutung von Kohlevorkommen, den gesteigerten Arbeitsanfall in den Eisen- und Stahlgießereien, den Bau von Elektrizitätswerken in den Alpenregionen, vor allem aber durch die militärischen Befestigungsbauten, die ebenfalls im alpinen Raum angelegt wurden. Noch während des Krieges vervielfachte sich die Zahl der Silikoseopfer. Die Bau- und Bergarbeiter der militärischen Baustellen waren besonders gefährdet, weil einerseits die Militärverwaltung unter enormem Zeitdruck arbeiten ließ und andererseits unter kriegswirtschaftlichen Bedingungen unfallverhütende Maßnahmen entweder ganz fehlten oder nur mangelhaft durchgesetzt wurden.⁶⁹ Zwischen 1932 und 1937 zählte die Suva erst 136 Silikosefälle, ein Jahrzehnt später, von

⁶⁸ SUVA, AdG, Protokoll des Verwaltungsrats, 1937, Anlage 717, 2.

⁶⁹ SUVA, AdG, Protokoll des Verwaltungsrats, 12.6.1943, 23; Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Ergebnisse der Unfallstatistik 1943-1947, Bern 1950, 39.

1943 bis 1947, waren es bereits rund zehnmal mehr (1225 Fälle).⁷⁰ Außerdem war die Mortalität dieser Generation ausgesprochen hoch. 1952 zählte die Suva bei Silikosedialagnosen von Stollenarbeitern eine Todesrate von 25 Prozent und eine Invaliditätsrate von weiteren 25 Prozent – die meisten dieser Fälle gingen auf Arbeiten während der Kriegszeit zurück.⁷¹ Erst 1944 gelang es der Suva, den Bundesrat zum Erlass einer Silikoseverordnung zu bewegen, die ihr vor allem im Präventionsbereich weiterreichende Interventionsmittel wie verschärfte Auflagen zur Vorsorge oder zwangsweise medizinische Eignungsuntersuchungen zugestand und damit die Früherkennung der Silikose deutlich verbesserte.⁷² Auch in Deutschland verschlechterte sich die Situation der Silikosepatienten, allerdings aus anderen Gründen. Nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten verschoben sich die Kräfteverhältnisse innerhalb der Knappschafts-Berufsgenossenschaft weiter zugunsten der Arbeitgeber.⁷³ Zwar wurden die Forschungsanstrengungen verstärkt. Die Berufsgenossenschaft unterhielt zum Beispiel zwei Silikoseinstitute, das größere davon in Bochum, die im internationalen Vergleich durchaus zu den führenden Forschungseinrichtungen in diesem Feld gehörten. Das zentrale Motiv zur Forschungsförderung war allerdings, die hohen Ausgaben für Silikosefälle längerfristig reduzieren zu können.

⁷⁰ SUVA, *Ergebnisse*, 39.

⁷¹ Lang, „Staublungen“, 201f.

⁷² SUVA, AdG, Protokoll des Verwaltungsrats, 27.6.1944, 60.

⁷³ Für die folgenden Ausführungen: Boyer, *Unfallversicherung*, 221-235.

Dieses Sparanliegen äußerte sich in anderen Bereichen in einer restriktiven Haltung der Unfallversicherung gegenüber den Versicherten. Die in der Berufsgenossenschaft dominierenden Arbeitgeber drängten zusammen mit der Aufsichtsbehörde gegen eine Ausweitung der Versicherungsleistungen. Damit stellten sie sich erfolgreich gegen die Position der Deutschen Arbeitsfront (DAF), der nationalsozialistischen Einheitsgewerkschaft. Weil ausgebildete Bergleute, die an vorderster Front den Vortrieb im Stollenbau übernehmen konnten, nicht sehr zahlreich waren, befürchteten das Ministerium und die Berufsgenossenschaft, dass ein allzu schnelles Arbeitsverbot zu einem Mangel an qualifizierten Arbeitskräften und zu gravierenden Produktionsausfällen führen könne. Mit der beschleunigten Aufrüstung nach Beginn des ersten Vierjahresplans 1936 setzte sich diese Position endgültig durch. Die Berufsgenossenschaft bremste deshalb die präventiv verordneten Arbeitsplatzwechsel und beschränkte dazu die Vorsorgeuntersuchungen auf das gesetzliche Minimum. Auch wurden die pathologischen Kriterien, die zu einer finanziellen Entschädigung berechtigten, vorübergehend verschärft. Unterstützt wurden nur noch Patienten mit einer Silikose im höchsten Stadium.

Je näher der Krieg rückte, desto mehr traten die fürsorglichen und sozialpolitischen Anliegen der Unfallversicherung gegenüber dem Produktivitätsdruck zurück.⁷⁴ Zwar wurde auch die Prävention verstärkt, zugleich aber Druck auf die Arbeiter ausgeübt, den Arbeitsplatz trotz Silikosediagnose nicht aufzugeben. Mit dem Kriegsausbruch

⁷⁴ Boyer, *Unfallversicherung*, 240-248.

verschärfte sich diese Entwicklung weiter. Weil die schlechten Ergebnisse der Reihenuntersuchungen die betroffene Arbeiterschaft und die breitere Bevölkerung wiederholt beunruhigte, versuchten Ministerialbehörde und Berufsgenossenschaft, die Reihenuntersuchungen weiter zu beschränken. In den letzten Kriegsjahren kamen die Kontrollanstrengungen deshalb fast ganz zum Erliegen, nicht zuletzt weil auch der Mangel an Ärzten die Präventionspolitik zusätzlich untergrub. Die Folge war eine gravierende Verschlechterung der Gesundheitsbedingungen im Bergbau.

5. Fazit

Welche Bedeutung besaßen transnationale Netzwerke für die Entwicklung der nationalen Sozialversicherungssysteme? Das diskutierte Fallbeispiel lässt eine ambivalente Schlussfolgerung zu. Der Anerkennungsprozess der Silikose in Deutschland und der Schweiz war zugleich von nationalen wie von trans- und internationalen Akteuren bestimmt. Bis Ende der 1920er Jahre, als die Silikose in Deutschland als neue Berufskrankheit anerkannt wurde, spielten transnationale Netzwerke eine zentrale Rolle für die Sensibilisierung nationalstaatlicher Gremien. Zu ihnen gehörten nicht nur die einschlägigen internationalen Organisationen wie die IAO in Genf, sondern auch die internationalen wissenschaftlichen Kongresse sowie die internationale Gewerkschaftsbewegung. Diese Akteure verfolgten in ihrem transnationalen Wirken in erster Linie epistemische, in zweiter auch politische Ziele. Sie führten Untersuchungen durch, sammelten Statistiken und trugen disparate Daten zu einem umfassenden Bild zusammen, mit

dem sie gegenüber den nationalen sozialpolitischen Behörden für die Aufnahme der neuen Pathologie unter die versicherten Berufskrankheiten warben. Der entscheidende Durchbruch fand bezeichnenderweise auf medizinischem Feld statt. Ende der 1920er Jahre fand die internationale arbeitsmedizinische Fachgemeinde, nachdem sie in dieser Frage lange zerstritten war, zu einem Konsens und akzeptierte die Silikose als eigenständige Pathologie. Kurz nach dieser Wende nahmen die sozialstaatlichen Unfallversicherungen in Deutschland und der Schweiz die Silikose in den Versicherungsschutz auf.

In den 1930er Jahren gewannen die nationalen Sozialstaatseinrichtungen gegenüber den internationalen Organisationen verstärkt an Gewicht. Dahinter stand einerseits die sich verschärfende Krise des Internationalismus, andererseits die institutionelle Logik der nationalstaatlichen Versicherungspraxis. Mit der Aufnahme der Silikose unter die versicherten Berufskrankheiten intensivierten die nationalstaatlichen Sozialversicherungsträger ihre eigene Silikoseforschung, nicht zuletzt um die hohen Folgekosten der Erkrankungen präventiv zu verringern. Die Unfallversicherungen stützten sich für ihre Versicherungspraxis zunehmend auf eigene Erfahrungswerte. Die internationalen Organisationen, sowohl die Gewerkschaftsbewegung wie die IAO, gerieten dagegen seit der Großen Depression und mehr noch im Zweiten Weltkrieg in eine schwere Krise und büßten ihre transnationale Wirkungsmacht großteils ein. Diese Ernüchterung kulminierte im Zweiten Weltkrieg, als in beiden untersuchten Staaten die nationalen Unfallversicherungen aus kriegswirtschaftlichen Gründen und wegen des verschärften Arbeitskräftemangels dem

Produktivitätsdruck mehr Bedeutung beimaßen als dem Gesundheitsschutz der silikosegefährdeten Arbeiter. Als Folge dieser Politik nahm die Anzahl von Silikoseopfern in den letzten Kriegsjahren massiv zu; die Kosten für die erhöhten Todes- und Invaliditätsfälle belasteten die Unfallversicherungen in Deutschland und der Schweiz noch bis weit in die Nachkriegszeit.

Nationalstaat und Globalisierung sind keine Gegensätze. Im Gegenteil: nationalstaatliche Akteure spielen eine tragende Rolle im Globalisierungsprozess. Seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert war die sozialpolitische Entwicklung in der Tat parallel von einem Transnationalisierungs- und einem Nationalisierungsprozess geprägt, als deren Folge die ersten nationalstaatlichen Sozialversicherungen entstanden und zugleich eine Vielzahl internationaler sozialpolitischer Kongresse und später sozialpolitisch engagierte internationale Organisationen wie die IAO. Die ambivalente Bedeutung der transnationalen Netzwerke sowie deren Rückbindung in nationalstaatliche Handlungskontexte war letztlich eine notwendige Begleiterscheinung der Parallelgeschichte von Nationalisierung und Transnationalisierung. Internationale Netzwerke vermochten zwar als Katalysator zu wirken und die Sozialstaatsentwicklung auf nationaler Ebene voranzutreiben. Doch die letzten Entscheidungen wurden meist auf nationalstaatlicher Ebene gefällt. Die je nach Staat unterschiedlichen Haltungen in der Silikosefrage deuten darauf hin, dass die nationalstaatlichen Akteure ihren Handlungsspielraum auch nutzten - selbst wenn dies im Widerspruch zur Politik der transnationalen Netzwerke stand.

Internationale Expertennetzwerke und nationale Sozialstaatsgeschichte: Versicherung der Silikose in Deutschland und der Schweiz (1900-1945)

Der Artikel untersucht die Rolle internationaler Expertennetzwerke in der Sozialstaatsgeschichte. Als exemplarischer Fall wird die Versicherung der Silikose herangezogen, einer gravierenden Berufskrankheit, von der vor allem Bergleute betroffen waren. Geografisch stützt sich der Beitrag auf Deutschland und die Schweiz. In beiden Staaten wurde die Silikose als Berufskrankheit im Rahmen der staatlichen Unfallversicherung entschädigt. Dies geschah allerdings erst in den 1920er Jahren, über ein Jahrzehnt nach der Anerkennung in Südafrika und Großbritannien. Dieser Anerkennungsprozess wurde nicht durch bilaterale Wissenstransfers, sondern durch ein Netzwerk nationaler, internationaler und transnationaler Akteure vorangetrieben. Maßgebliche Impulse gingen insbesondere von internationalen Organisationen wie der Internationalen Arbeitsorganisation (IAO) oder von transnationalen Netzwerken wie der Internationalen Steinhauergewerkschaft aus. Der Beitrag beleuchtet die entscheidenden Faktoren, die zur Versicherung der Silikose als Berufskrankheit führten, und untersucht das anschließende Versicherungsregime, in dem sich der Einfluss der IAO und der internationalen Gewerkschaftsbewegung deutlich verringerte.

International Networks of Expertise and National History of the Welfare State: The Insurance of Silicosis in Germany and Switzerland (1900-1945)

The article examines the role of international expert networks for the history of national welfare states. It focuses, as an exemplary case, on the insurance of silicosis, a severe industrial disease most common among miners and metal workers, comparing Switzerland and Germany. Both countries accepted silicosis as an industrial disease, to be insured as an occupational illness by the national institutions for accident insurance, only comparably late in the 1920s, long after countries like Britain and South Africa. The article argues that the process of recognising silicosis as a case to be insured under national accident insurance schemes was not triggered through bilateral learning processes (for example contacts between Swiss and British institutions) but rather by an alliance of national, international and transnational actors. In particular, international organisations like the International Labour Office (ILO) and transnational networks like the International trade union of stone workers were crucial for the recognition process. The article highlights the main factors for granting silicosis the status of an occupational illness; it also examines the early years of the insurance regime in which the influence of the ILO and international trade unions gradually vanished.

Les réseaux d'experts internationaux et l'histoire des États providences: l'assurance contre la silicose en Allemagne et en Suisse (1900-1945)

L'article examine le rôle des réseaux d'experts internationaux dans l'histoire des Etats providences. Il se concentre, en tant que cas exemplaire, sur l'assurance contre la silicose, maladie professionnelle grave et très fréquente parmi les mineurs ou les métallurgistes, en comparant la Suisse et l'Allemagne. Dans les années 1920 et 1930, les deux pays ont accepté la silicose comme maladie pouvant être prise en charge en tant que maladie professionnelle par les institutions nationales d'assurance contre les accidents. Cette reconnaissance s'est faite beaucoup plus tardivement en comparaison des pays comme l'Angleterre et l'Afrique du Sud. L'article montre que le processus de reconnaissance de la silicose n'a pas été déclenché à travers un processus d'apprentissage bilatéral (par exemple les contacts entre les institutions suisses et britanniques) mais plutôt par une alliance d'acteurs nationaux, internationaux et transnationaux. C'est en particulier, les organisations internationales comme le Bureau International du Travail (BIT) et les réseaux transnationaux comme le syndicat international de la maçonnerie qui furent cruciales pour le processus de reconnaissance. L'article souligne les principaux facteurs pris en compte pour accorder à la silicose le statut de maladie professionnelle. Il examine également les premières années de la prise en charge par les régimes d'assurance en montrant que le BIT et les syndicats internationaux ont peu à peu perdu de leur influence.

Martin Lengwiler

Historisches Seminar

Universität Basel

Hirschgässlein 21

CH-4051 Basel

Mail: martin.lengwiler@unibas.ch