

INVALIDITÄT VERMEIDEN

Einzeldiplomarbeit, Eidg. dipl. Pensionskassenleiter

Fachschule für Personalvorsorge AG, Thun



Verfasser

Helbling Felix
Seestrasse 215
8802 Kilchberg

Betreuerin

Mauron Ursula
Albitweg 40
3095 Spiegel

**Die Medizin ist so weit
fortgeschritten, dass
praktisch niemand
mehr gesund ist.¹**

¹ Huxley, Aldous Leonard (1894-1963), englischer Schriftsteller, Essayist und Kritiker

Vorwort

Die schweizerische Invalidenversicherung (IV) ist in der Krise. Aufgrund der „explosionsartigen“² Zunahme von Invaliditätsfällen ist im AHV-Ausgleichsfonds ein Fehlbetrag in Milliardenhöhe entstanden. Dies hat zur Folge, dass das Thema Invalidität seit Jahren breit diskutiert wird. Diese Diskussion beschränkt sich jedoch oft lediglich auf die 1. Säule und vernachlässigt dabei die Auswirkungen auf die berufliche Vorsorge. Zudem stehen meist primär die finanziellen Folgen und weniger konkrete Gegenmassnahmen im Vordergrund der Diskussion.

Dieser Umstand hat mich dazu bewogen, die Auswirkungen auf die berufliche Vorsorge aufzuzeigen und mögliche Massnahmen zur Reduktion von Invaliditätsfällen vorzustellen.

Die Erstellung dieser Arbeit wäre nicht möglich gewesen ohne die Unterstützung zahlreicher Menschen. An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die mir bei der Ausarbeitung der vorliegenden Diplomarbeit beratend zur Seite standen. Im Besonderen danke ich meiner Frau Denise für die Unterstützung während des Schreibens. Ein Dank gilt auch meiner Dozentin Frau Ursula Mauron, welche mir mit Rat, Tat und nützlichen Tipps zur Seite stand. Auch meinem Arbeitgeber, Pensionskasse Stadt Zürich, gehört Dank. Denn aufgrund der grossen Freiheit, welche mir bei der Gestaltung meiner Arbeitszeit gewährt wurde, konnte ich mich im erforderlichen Ausmass auf diese Arbeit konzentrieren.

Kilchberg, im Juli 2005



Pensionskassen müssen im Bereich der Früherkennung aktiv werden.

Felix Helbling

Aus Gründen der Verständlichkeit wird in dieser Diplomarbeit nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich ist dabei auch immer die weibliche Form mit eingeschlossen. Sind nur Frauen oder nur Männer gemeint, werden diese im Text explizit erwähnt.

² Vgl. Murer Erwin, Die 5. IVG-Revision: Kann sie die Rentenexplosion stoppen?, Stämpfli Verlag AG Bern, 2004

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	VII
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	X
TABELLENVERZEICHNIS	X
MANAGEMENT SUMMARY	XI
1. EINLEITUNG	1
1.1. ZENTRALE BEGRIFFE.....	3
1.1.1. <i>Invalidität</i>	3
1.1.2. <i>Arbeitsunfähigkeit / Berufsunfähigkeit</i>	3
1.1.3. <i>Erwerbsunfähigkeit</i>	4
2. ZIEL UND AUFBAU	5
2.1. ZIEL	5
2.2. SACHLICHE ABGRENZUNGEN	5
2.3. ZEITLICHE ABGRENZUNG	5
2.4. KERNPUNKTE.....	6
2.5. METHODISCHES VORGEHEN	7
3. ANALYSE DER INVALIDISIERUNG	8
3.1. INVALIDITÄT IN DER SCHWEIZ	8
3.1.1. <i>Entwicklung Rentenbestand</i>	8
3.1.2. <i>Invaliditätsursachen</i>	10
3.1.3. <i>Alter und Geschlecht</i>	13
3.1.4. <i>Invaliditätsrisiko</i>	15
3.2. BERUFLICHE MASSNAHMEN	15
3.3. MÖGLICHE GRÜNDE DER RENTENZUNAHME.....	17
3.3.1. <i>Psychische Erkrankungen</i>	17
3.3.2. <i>Wandlung des Invaliditätsbegriffes</i>	18
3.3.3. <i>Arbeit</i>	19
3.3.4. <i>Konjunktur</i>	20
3.3.5. <i>Erschwerte Reintegration ins Erwerbsleben</i>	20
3.3.6. <i>Strukturelle Mängel in der Invalidenversicherung</i>	21
3.3.7. <i>Ärzte</i>	22
3.4. INVALIDISIERUNG.....	23
3.5. ZUSAMMENFASSUNG UND BEZUG ZUR FRAGESTELLUNG.....	25

4. AUSWIRKUNGEN AUF DIE BERUFLICHE VORSORGE	26
4.1. ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN.....	26
4.2. BINDUNGSWIRKUNG MIT DER EIDG. INVALIDENVERSICHERUNG.....	27
4.2.1. <i>Eintritt der erstmaligen Invalidität</i>	28
4.2.2. <i>Zeitlicher und sachlicher Zusammenhang</i>	28
4.2.3. <i>Beschwerderecht der Pensionskasse</i>	29
4.3. INVALIDITÄTSLEISTUNGEN IN DER BERUFLICHEN VORSORGE	29
4.4. KOSTEN EINER KRANKHEITSBEDINGTEN ARBEITSFÄHIGKEIT	30
4.4.1. <i>Rechenbeispiel</i>	31
4.5. PENSIONS KasSEN-UMFRAGE.....	36
4.5.1. <i>Stichprobe</i>	36
4.5.2. <i>Entwicklung der Invaliditätsfälle in der beruflichen Vorsorge</i>	38
4.5.3. <i>Invaliditätsursachen</i>	41
4.5.4. <i>Massnahmen zur Reduktion von IV-Fällen</i>	41
4.5.5. <i>Fazit der PK Umfrage</i>	45
4.6. ZUSAMMENFASSUNG UND BEZUG ZUR FRAGESTELLUNG.....	46
5. MASSNAHMEN ZUR REDUKTION VON INVALIDITÄTSFÄLLEN	48
5.1. ABSENZEN- / CASE MANAGEMENT	49
5.1.1. <i>Interview, Kurt Mettler, SIZ Care AG, Zürich</i>	50
5.1.2. <i>Case Management</i>	54
5.1.3. <i>Phasen des Case Management</i>	56
5.1.4. <i>Rolle und Aufgaben des Case Managers</i>	59
5.1.5. <i>Interview mit Esther Baldegger, Case Managerin, Rehafirst AG, Zürich</i>	61
5.1.6. <i>Fazit</i>	65
5.2. ARBEITGEBER - SIEMENS SCHWEIZ AG	65
5.2.1. <i>Interview Ernst Meier</i>	66
5.2.2. <i>Beratungsprozess bei Langzeiterkrankung/Langzeitunfall</i>	70
5.2.3. <i>Beratungsprozess bei Kündigung durch Arbeitgeber</i>	73
5.3. ERWEITERTE INTERINSTITUTIONELLE ZUSAMMENARBEIT (IIZ PLUS).....	74
5.3.1. <i>Zusammenarbeit zwischen beruflicher Vorsorge und IV</i>	75
5.3.2. <i>Pensionskasse Stadt Zürich</i>	76
5.3.3. <i>Fazit</i>	77
5.4. FRÜHERKENNUNG PENSIONS KASSE STADT ZÜRICH (PKZH).....	78
5.4.1. <i>Meldung Arbeitsunfähigkeit</i>	78
5.4.2. <i>Rücksprache Arbeitgeber / Unfallversicherer</i>	78
5.4.3. <i>Triage Anmeldung Vertrauensarzt</i>	79
5.4.4. <i>Orientierung / Massnahmen veranlassen</i>	79
5.5. BERUFLICHE MASSNAHMEN	83
5.5.1. <i>Berufsberatung</i>	84

5.5.2.	<i>Umschulung</i>	85
5.5.3.	<i>Arbeitsvermittlung</i>	85
5.5.4.	<i>Fazit</i>	86
5.6.	5. IV-REVISION	86
5.6.1.	<i>Wie kam es zur 5. IV-Revision?</i>	86
5.6.2.	<i>Ziel der 5. IV-Revision</i>	87
5.6.3.	<i>Früherkennung und Begleitung (FEB)</i>	88
5.6.4.	<i>Integrationsmassnahmen</i>	90
5.6.5.	<i>Beurteilung Arbeits(un)fähigkeit durch IV-Ärzte</i>	91
5.6.6.	<i>Korrektur der negativen Anreize</i>	91
5.6.7.	<i>Invaliditätsbegriff</i>	91
5.6.8.	<i>Fazit</i>	92
6.	SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK	93
7.	ANHANG	95

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
Art.	Artikel
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil der Sozialversicherung
BG	Bundesgesetz oder Beschäftigungsgrad
BGE	Entscheidung des Schweizerischen Bundesgerichts, einschliesslich den Entscheiden des Eidg. Versicherungsgerichts, Amtliche Sammlung
Bsp.	Beispiel
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Berufliche Vorsorge
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
BVV2	Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CHF	Schweizer Franken
CM	Case Management
d.h.	das heisst
Eidg.	Eidgenössisch
Erw.	Erwägung
etc.	et cetera
EVG	Eidgenössisches Versicherungsgericht
evtl.	eventuell
ff.	und folgende (Seite, Note usw.)

HRM	Personalwesen (Human Ressource Management)
Hrsg.	Herausgeber
i.V.m.	In Verbindung mit
IIZ	Interinstitutionelle Zusammenarbeit
IV	Invalidenversicherung
IVG	Invalidenversicherungsgesetz
IVSK	IV-Stellen-Konferenz
lit.	Litera, Buchstabe
Mia.	Milliarde
Mio.	Million
NFP 45	Nationales Forschungsprogramm 45 „Probleme des Sozialstaates Schweiz“
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
OR	Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht)
p.a.	per annum
PK	Pensionskasse
PKZH	Pensionskasse Stadt Zürich
RAD	Regionale(r) ärztliche(r) Dienst(e)
RAV	Regionales Arbeitsvermittlungszentrum
SUVA	Schweizerische Unfallversicherung
usw.	und so weiter
UV	Unfallversicherung
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung
VA	Vertrauensarzt
VE	Vorsorgeeinrichtung
vgl.	vergleiche

VwVG	Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
ZGB	Schweizerisches Zivilgesetzbuch
Ziff.	Ziffer

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - IV-Rentenbestand nach Altersklassen 1990 - 2004.....	8
Abbildung 2 - Neurentner nach Altersklassen 2001 - 2004	9
Abbildung 3 - Invaliditäts-Ursachen 2004	10
Abbildung 4 - Neurenten nach Invaliditätsursache 2001 - 2004	11
Abbildung 5 - Neurentenbezüger 2004 nach Ursache und Alter.....	12
Abbildung 6 - Ursachen nach Geschlecht 2004.....	13
Abbildung 7 - Neurentner aus psychischen Gründen 2004	14
Abbildung 8 - Invaliditätsrisiko nach Alter 2004	15
Abbildung 9 - berufliche Massnahmen	16
Abbildung 10 - Invalidisierungsprozess	23
Abbildung 11 - Chronifizierungsprozess	24
Abbildung 12 - Existenzsicherung	31
Abbildung 13 - PK-Umfrage, Regionale Verteilung der Stichprobe	38
Abbildung 14 - PK-Umfrage, Entwicklung Invaliditätsrisiko 2002 - 2004	39
Abbildung 15 - PK-Umfrage, Invaliditätsrisiko BV - IV	40
Abbildung 16 - PK-Umfrage, Ursachen Neurentner 2004 PKZH / IV	41
Abbildung 17 - PK-Umfrage, Massnahmen von Seiten der Vorsorgeeinrichtungen	42
Abbildung 18 - Massnahmen von Seiten Arbeitgeber.....	43
Abbildung 19 - Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Untersuchung	44
Abbildung 20 - Variablen zur Deckung der IV-Kosten	46
Abbildung 21 - IV-Leistungsträger	48
Abbildung 22 - Absenzen- / Case Management	49
Abbildung 23 - Phasen des Case Managements.....	56
Abbildung 24 - Case Management als Prozess.....	60
Abbildung 25 - Früherkennung PK Stadt Zürich	82

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Invalidenleistungen BV 1992 – 2002	30
Tabelle 2 - Teilnehmer PK-Umfrage	37

Management Summary

Obschon die Anzahl Neurentner bei der Eidg. Invalidenversicherung (IV) im Jahr 2004 reduziert werden konnte, muss man sich bewusst sein, dass sich diese weiterhin auf sehr hohem Niveau befinden. Im Weiteren ist festzustellen, dass immer jüngere Menschen vor allem aus psychischen Gründen langfristig arbeitsunfähig werden, welche nur in sehr seltenen Fällen wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden können³. Dies hat zur Folge, dass sowohl die 1. wie auch die 2. Säule länger und daher stärker finanziell belastet ist.

In der Regel wird ein Grossteil der entstehenden IV-Kosten durch die 2. Säule getragen. Zudem besteht aufgrund der Bindewirkung zwischen beruflicher Vorsorge und IV eine sehr grosse Abhängigkeit, welche für die berufliche Vorsorge ein ernstzunehmendes Risiko darstellt.

Die geplanten Ziele der 5. IV-Revision sind sehr ambitiös und haben eine grosse Erwartungshaltung erzeugt. Da die Ursachen der massiven Neurentenzunahmen sehr vielschichtig sind, darf nicht angenommen werden, dass die 5. IV-Revision die gesamte Problematik alleine zu lösen vermag. Es wäre daher falsch, die gesamte Verantwortung der IV zu übertragen und den Erfolg resp. Misserfolg abzuwarten. Sämtliche Leistungsträger sind daher gefordert am selben „Strick“ zu ziehen und selbst Gegenmassnahmen zu ergreifen.

Zurzeit sind nur einige wenige Pensionskassen aktiv bemüht, der stetig steigenden Anzahl an Neurentnern entgegenzuwirken. Ein Grossteil der Pensionskassen verhält sich sehr passiv und versucht die steigenden IV-Kosten durch Prämien erhöhungen und zum Teil durch Leistungsreduktionen in den Griff zu kriegen.

Analog zur 5. IV-Revision sollte auch die berufliche Vorsorge ihren Aufgabenbereich erweitern und im Bereich der Früherkennung aktiv werden. Dabei sind Gegenmassnahmen primär in der Zusammenarbeit und Unterstützung von Arbeitgeber und IV zu suchen.

Es wäre eine Illusion zu glauben, dass mit Früherkennung sämtliche IV-Fällen vermieden werden können. Doch bereits die Reduktion einiger weniger IV-Fälle rechtfertigt einen sehr hohen personellen wie finanziellen Aufwand.

³ Vgl. Bachmann, Müller, Balthasar, Einmal Rente – immer Rente?, Zürich 2005

1. Einleitung

Seit Monaten steht das Thema „Invalidität“ in den Schlagzeilen. Folgende willkürlich zusammengestellten Schlagzeilen illustrieren die breitgeführte Diskussion:

- „Noch kein Konsens für IV in Sicht“⁴
- „Erschwerter Zugang zu IV-Leistungen“⁵
- „Arbeit statt IV“⁶
- „40 Prozent der IV-Neurentner psychisch krank“⁷
- „Den kranken Mitarbeitern aktiv helfen“⁸
- Keine Einigung über die Zukunft der IV⁹

Die Entwicklung der Eidg. Invalidenversicherung (IV) ist alarmierend. Die Zahl der neuen IV-Rentenfälle steigt konstant an. Zudem werden die IV-Rentener immer jünger, was eine entsprechend längere Rentenbezugsdauer bedeutet.

282'000 Menschen bezogen im Jahr 2004 eine Invalidenrente. Jeden Tag kommen 34 neue Bezüger dazu. Zwischen 1992 und 2003 ist die Wahrscheinlichkeit, eine IV-Rente zu beziehen, von 3.2% auf 5.2% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter gestiegen. Mit zunehmendem Alter steigt sie rasch an. Einer von fünf Männern kurz vor der Pensionierung ist IV-Rentner.

⁴ Tages Anzeiger vom 26.4.2005

⁵ NZZ, 14.4.2005

⁶ NZZ, 20.4.2005

⁷ NZZ, 19.10.2004

⁸ Tages Anzeiger, 20.04.2005

⁹ Basler Zeitung, 29.4.2005

Grundsätzlich sind folgende Trends festzustellen:

- Verdoppelung der IV-Rentner von 130'000 Personen im Jahr 1992 auf 282'000 im Jahr 2004
- Starke Zunahme von psychischen Leiden sowie der Kombination von Psyche und Rückenleiden
- Es sind zunehmend jüngere Leute betroffen, welche lange in der IV bleiben.
- Zunahme des Frauenanteils

Die Beitragseinnahmen halten nicht Schritt mit den wachsenden Ausgaben. Als Folge dieser Entwicklung steigt das Defizit der IV seit Jahren an. Ende 2004 verzeichnete die IV ein Defizit von 1.58 Mia. Franken. Zudem ist der aktuelle Verlustvortrag im AHV-Ausgleichsfonds auf rund 6 Mia. Franken angewachsen. Mit einer Änderung dieses Trends ist nicht zu rechnen.¹⁰

Der Anteil der unfallbedingten IV-Renten ist vergleichsweise gering. Die aktuellen Leistungsfälle sind zu rund 90%¹¹ auf Krankheiten zurückzuführen. Folglich muss die berufliche Vorsorge in einem Grossteil der Fälle Leistungen ausrichten. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass aktuell rund ein Drittel der krankheitsbedingten Invaliditätsfälle auf ein psychisches Leiden zurückzuführen ist¹². Ein grosser wachsender Teil dieser Neuzugänge sind junge Personen, welche sehr hohe Kosten verursachen.

Die Entwicklung der IV hat auch finanzielle Folgen in anderen Sozialversicherungen, hauptsächlich in der beruflichen Vorsorge und, in geringerem Ausmass, bei der Unfallversicherung. Jeder BVG-Versicherte, der von der Eidg. Invalidenversicherung als invalid anerkannt wird, erhält von Gesetzeswegen auch eine Invalidenrente der zweiten Säule, was wesentlich zur explosionsartigen Zunahme der Invaliditätsfälle und der daraus resultierenden Kosten in der zweiten Säule beigetragen hat.

Kann das Ausgabenwachstum nicht gebremst werden, so ist mit einem weiteren Anstieg der Risikoprämien oder allenfalls auch mit einem Leistungsabbau zu rechnen. - Es stellt sich die Frage, ob und in welcher Form Pensionskassen die steigenden IV-Kosten reduzieren können.

¹⁰ Vgl. Medienmitteilung des AHV-Ausgleichsfonds vom 01.03.2005, BSV Bern

¹¹ Vgl. IV-Statistik 2004, Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), Bern, S. 17

¹² Vgl. IV-Statistik 2004, Bundesamt für Sozialversicherung (BSV), Bern, S. 17

1.1. Zentrale Begriffe

Invalidität, Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit werden anhand des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) definiert und voneinander abgegrenzt.

1.1.1. Invalidität

„Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit“¹³

Lateinisch kann „invalidus“ mit kraftlos, schwach, kränklich übersetzt werden. Dahinter stecken die Begriffe „in-“ (nicht-) und „validus“ (stark, gesund sein). Ursprünglich wurde das Wort „der Invalide“ in der Armee verwendet und bedeutete: „ein im Krieg gelähmter Soldat, welcher zu fernem Kriegsdiensten untüchtig ist.“ Im Laufe der Zeit hat eine Bedeutungserweiterung stattgefunden. Gleichzeitig begannen sich die Grenzen zu ähnlichen Wörtern aufzulösen. So drückt behindert als allgemein gültiger Überbegriff eine dauerhafte, körperliche oder geistige Beeinträchtigung aus, so dass man heute die Begriffe „behindert“ und „invalid“ oft als Synonyme verwendet. Die Eidg. Invalidenversicherung anerkennt auch psychische Leiden als IV-Grund an. Während man dem körperlich Behinderten sein Leiden ansieht, muss das beim von der IV als „invalid“ erklärten also nicht mehr der Fall sein. Vielleicht zeichnet sich hier ein weiterer Bedeutungswandel des Begriffes ab.¹⁴

Invalid ist eigentlich ein schreckliches Wort, denn es bedeutet nichts anderes als „unwert“. Doch in juristischer Hinsicht ist klar definiert, was damit gemeint ist. Die Schwierigkeit liegt darin, im konkreten Fall zu entscheiden, ob eine Invalidität eingetreten ist oder nicht.¹⁵

1.1.2. Arbeitsunfähigkeit / Berufsunfähigkeit

„Arbeitsunfähig ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt.“¹⁶

¹³ Art. 8 ATSG

¹⁴ Vgl. Frech Stephan, Vorsorge, Winterthur Leben, Ausgabe 2/04, S. 15

¹⁵ Vgl. Ueli Kieser, Jürg Senn, Invalidität, Beobachter-Buchverlag, Zürich 2004, S. 20

¹⁶ Art. 6 ATSG

Der Gesetzesbegriff Arbeitsunfähigkeit bedeutet demnach die ärztlich ermittelte Unfähigkeit, am angestammten Arbeitsplatz tätig zu sein und nicht eine generalisierte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit für alle zumutbaren Arbeiten¹⁷.

1.1.3. Erwerbsunfähigkeit

„Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt.“¹⁸

Erwerbsunfähigkeit bedeutet demnach eine generalisierte Unfähigkeit jegliche zumutbare Arbeit auszuführen.¹⁹ Bei der Erwerbsunfähigkeit richtet sich der Blick nach vorn. Im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit ist nicht die Einschränkung im bisherigen Beruf oder in der bisherigen Tätigkeit massgebend. Es ist zu beurteilen, wie sehr eine Person auf dem gesamten Arbeitsmarkt eingeschränkt ist.²⁰

¹⁷ Vgl. Mühle und Zingg, 2002, S.7

¹⁸ Art. 7 ATSG

¹⁹ Vgl. Mühle und Zingg, 2002, S.7

²⁰ Vgl. Ueli Kieser, Jürg Senn, Invalidität, Beobachter-Buchverlag, Zürich 2004, S. 36

2. Ziel und Aufbau

2.1. Ziel

Aus Theorie und Praxis sollen einige aktuelle und geplante Massnahmen zur Reduktion der Invaliditätskosten vorgestellt werden.

2.2. Sachliche Abgrenzungen

Die Auswahl der möglichen Massnahmen zur Reduktion der IV-Fälle stellt keine abschliessende Aufzählung dar. Es werden vielmehr einige aktuelle Projekte und Massnahmen vorgestellt. Dabei wird der Fokus primär auf Massnahmen gerichtet, welche zur frühzeitigen Erkennung von Invaliditätsfällen dienen.

Juristische Massnahmen zur Vermeidung von Invaliditätskosten werden nur sehr oberflächlich behandelt. Dabei wird im Rahmen der Bindewirkung zwischen Invalidenversicherung und beruflicher Vorsorge nur sehr kurz auf das Beschwerderecht der Pensionskasse eingegangen. Da im Rahmen einer anderen Diplomarbeit der Regress gegenüber Unfall- und Haftpflichtversicherungen beleuchtet wird, wurde diese Thematik in der vorliegenden Arbeit ausgeklammert.

In der vorliegenden Arbeit wird Case Management als eine Möglichkeit zur Reduktion von IV-Fällen vorgestellt. Dabei wird nur oberflächlich auf den theoretischen Ansatz von Case Management eingegangen.

Die Analyse der Invaliditätsfälle stützt sich primär auf die IV-Statistik 2004 des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV), Bern. In Ergänzung dazu wurde eine Umfrage bei verschiedenen Pensionskassen durchgeführt. Im Rahmen der vorgegebenen Zeit war es jedoch nicht möglich, eine statistisch repräsentative Umfrage durchzuführen und auszuwerten.

2.3. Zeitliche Abgrenzung

Zur Bearbeitung der vorliegenden Arbeit standen 10 Wochen zur Verfügung.

- Bekanntgabe Diplom-Thema 20. April 2005
- Abgabetermin 2. Juli 2005

2.4. Kernpunkte

In Kapitel 1 wurden Kernbegriffe wie Invalidität, Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit dokumentiert und die aktuelle Situation der Invaliditätsfälle anhand einer kurzen Zusammenfassung illustriert. Folgende Punkte werden nunmehr beleuchtet:

- **Analyse der Invalidisierung / Kapitel 3**

In einem ersten Schritt werden Stand, Entwicklung und Ursachen der IV-Fälle analysiert. Diese Analyse basiert hauptsächlich auf den Zahlen der IV-Statistik 2004. Neben der Auswertung und Beurteilung des Zahlenmaterials wird abschliessend der Vorgang der „Invalidisierung“ kurz dargestellt.

- **Auswirkungen auf die berufliche Vorsorge / Kapitel 4**

Dieses Kapitel soll anhand der Bindewirkung aufzeigen, wie sich die steigenden IV-Kosten direkt auf die berufliche Vorsorge auswirken. Aufgrund der Pensionskassen-Umfrage wird aufgezeigt, welche Massnahmen aktuell von den einzelnen Vorsorgeeinrichtungen getroffen werden. Zudem soll anhand eines Beispiels aufgezeigt werden, welche Kosten im Falle einer Invalidität insgesamt entstehen.

- **Massnahmen zur Reduktion von Invaliditätsfällen / Kapitel 5**

Mit Fokus auf die frühzeitige Erkennung werden in diesem Teil mögliche Massnahmen zur Reduktion von IV-Fällen vorgestellt. Dabei wird auf folgende Punkte eingegangen:

- Absenzen- und Case Management
- Am Beispiel von Siemens Schweiz AG wird erläutert, wie ein Arbeitgeber Früherkennung in der Praxis umsetzt.
- Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) am Beispiel der Pensionskasse Zürich
- Am Beispiel der Pensionskasse Stadt Zürich wird dargestellt, wie Früherkennung in der Praxis umgesetzt wird.
- Berufliche Eingliederungsmassnahmen
- 5. IV-Revision

- **Schlussfolgerungen / Kapitel 6**

Abschliessend wird zum Ausdruck gebracht, aus welchen Gründen eine Pensionskasse im Bereich Früherkennung aktiv sein sollte und welche Aufgaben sie dabei wahrnehmen kann.

2.5. Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Diplomarbeit beruht vorwiegend auf dem Studium von Fachliteratur sowie auf persönlichen Erfahrungen in der täglichen Arbeit. Neben zahlreichen Gesprächen mit verschiedenen Fachleuten aus der Praxis wurden folgende Interviews geführt:

- Baldegger Esther, Case Managerin, Rehafirst AG, Zürich
- Brodüffel Andrea, Berufsberatung, SVA Zürich
- Meier Ernst, Sozialarbeiter, Siemens AG (Schweiz)
- Mettler Kurt, Absensen Management, SIZ Care AG, Zürich

Die Analyse der Entwicklung und Ursache der Invaliditätsfälle basiert auf Zahlenmaterial, welches vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) zur Verfügung gestellt wurde. Zudem wurde eine eigene Pensionskassen-Umfrage durchgeführt. Damit soll vor allem aufgezeigt werden, welche Massnahmen aktuell von einzelnen Vorsorgeeinrichtungen ergriffen werden.

3. Analyse der Invalidisierung

3.1. Invalidität in der Schweiz

Um das Ausmass von betroffenen Menschen einer Invalidität in der Schweiz aufzuzeigen, ist es zunächst nahe liegend, sich an den Zahlen der Eidg. Invalidenversicherung zu orientieren. Nachfolgend soll aufgrund aktueller statistischer Informationen das Ausmass und die Entwicklung der Invalidität in der Schweiz beschrieben werden. So kann eine objektive Darstellung der Problemlage stattfinden.

Die nachstehenden Auswertungen basieren analog zur IV-Statistik 2004 auf ungewichteten Renten. Dies bedeutet, dass bsp. zwischen einer Viertelsrente und eine halben Rente keine Unterscheidung gemacht wird. Der Vergleich mit gewichteten Renten hat gezeigt, dass sich die jeweiligen Entwicklungen identisch verhalten²¹.

3.1.1. Entwicklung Rentenbestand

In der Zeitspanne von 1990 – 2004 stieg die Anzahl der IV-Renten in der Schweiz von 130'330 auf 242'067. In Abbildung 1 sind die IV-Rentenbestände in der Schweiz zu verschiedenen Zeitpunkten dargestellt. In der Periode 1999 – 2003 ist ein verstärktes Wachstum der IV-Renten festzustellen. Es zeigt sich, dass vor allem der Bestand Alter >55 sehr stark zugenommen hat. Zudem ist das Wachstum des Rentenbestandes im Jahr 2004 etwas abgeflacht.

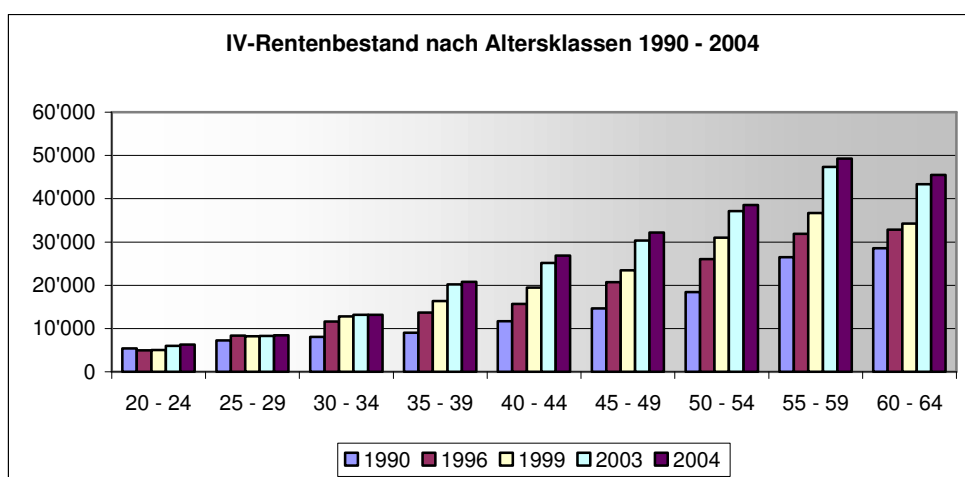


Abbildung 1 - IV-Rentenbestand nach Altersklassen 1990 - 2004

Quelle: BSV Bern; eigene Grafik

²¹ Auskunft Reichle Marc, BSV Bern, 3. Mai 2005

Abbildung 2 verdeutlicht, dass die Zunahme der Neurentner je nach Altersklasse sehr unterschiedlich ist. Insbesondere Personen im Alter von 35-54 Jahren zeigten in der Zeitspanne 2001 – 2003 eine überdurchschnittliche Zunahme. In den meisten Altersgruppen <35 Jahre verharrte die Anzahl Neurentner auf dem Niveau des Jahres 2003. In den übrigen Altersklassen ist gegenüber dem Jahr 2003 eine Abnahme der Neurentner zu verzeichnen. Diese Abnahme kann möglicherweise bereits mit den Auswirkungen der 4. IV-Revision begründet werden.

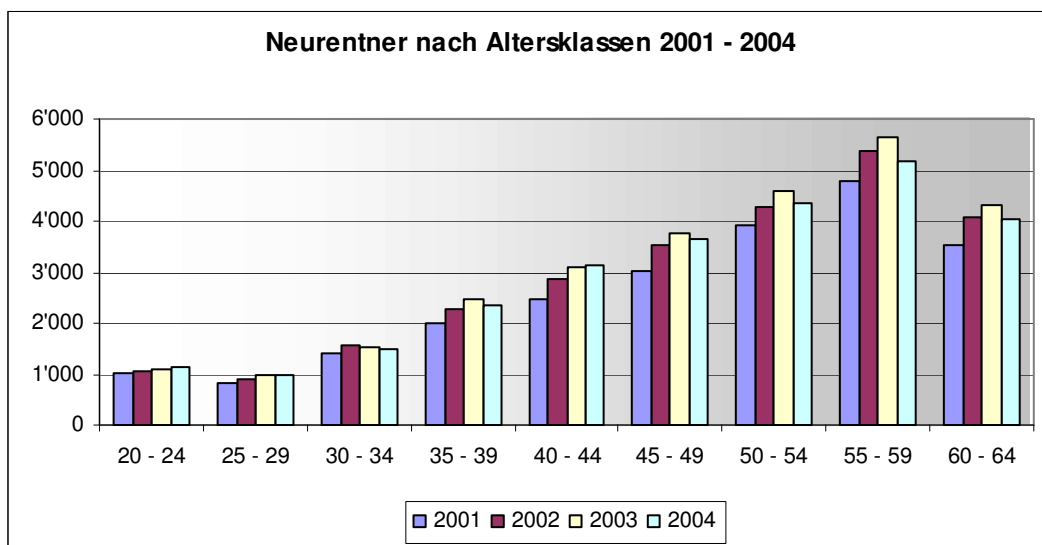


Abbildung 2 - Neurentner nach Altersklassen 2001 - 2004

Quelle: BSV Bern, eigene Grafik

Obschon die Abnahme der Neurentner >45 als eine erfreuliche Entwicklung zu werten ist, muss festgehalten werden, dass die starke Zunahme junger Neurentner besonders ins Gewicht fällt, da diese länger als ältere in der IV verbleiben. In diesem Zusammenhang haben Untersuchungen gezeigt, dass einmal gesprochene Renten in den allerwenigsten Fällen in den folgenden Jahren herabgesetzt oder aufgehoben werden.²²

²² Vgl. Bachmann R., Müller F, Balthasar A., Einmal Rente – immer Rente?, Verlag Rüegger, Zürich 2005

3.1.2. Invaliditätsursachen

Die häufigste Invaliditätsursache für Neuberentungen sind Krankheiten; sie verursachen fast 9 von 10 Neurenten. Die nachstehende Abbildung 3 zeigt, dass Krankheiten mit rund 89% den Grossteil der Invaliditätsursachen ausmachen. Unfälle mit 7% und Geburtsgebrechen mit 4% fallen viel weniger ins Gewicht. Unfälle und Geburtsgebrechen spielen somit als Invaliditätsursache nur eine untergeordnete Rolle.

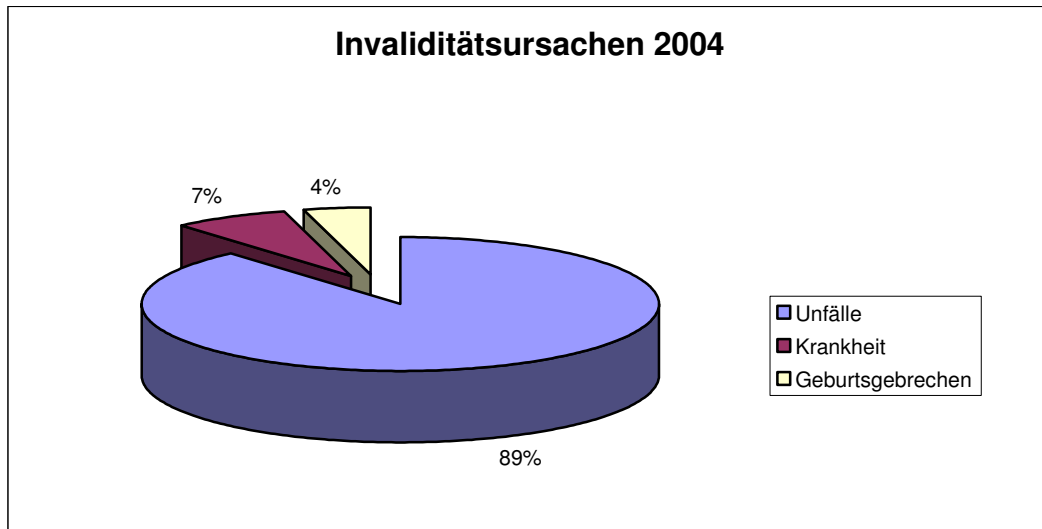


Abbildung 3 - Invaliditäts-Ursachen 2004

Quelle; BSV Bern, eigene Grafik

Interessant ist, dass trotz des vergleichsweise geringen Anteils an Unfällen vor allem Unfallversicherungen ein aktives Case Management betreiben. Aufgrund des hohen Anteils an Krankheitsfällen ist anzunehmen, dass in diesem Bereich ein grosses Interventions-Potential liegt, welches mit geeigneten Massnahmen angegangen werden muss.

In den Jahren 1990 – 2004 wurden die Neurentenentscheide mit folgenden gesundheitlichen Ursachen begründet.

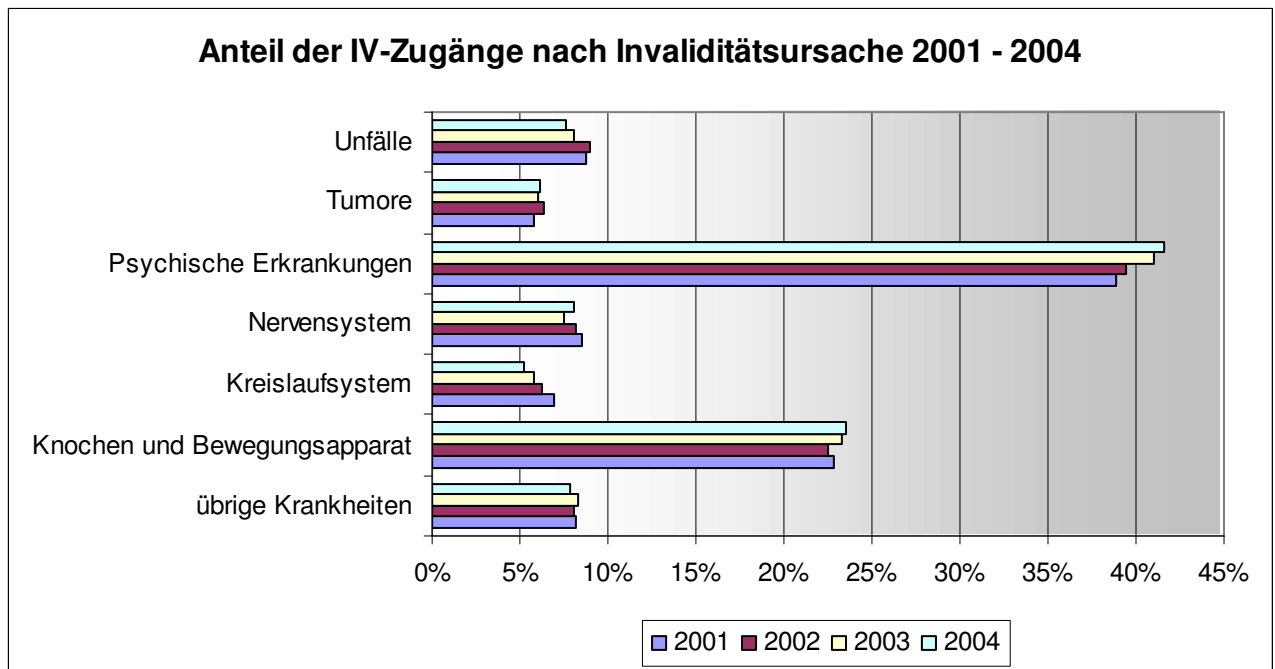


Abbildung 4 - Neurenten nach Invaliditätsursache 2001 - 2004

Quelle: BSV Bern, eigene Grafik

Abbildung 4 zeigt, dass bei den Krankheiten hauptsächlich psychische Erkrankungen zur Arbeitsunfähigkeit geführt haben. Die zweitwichtigste Ursachengruppe bilden Störungen der Knochen und Bewegungsorgane. Im Weiteren ist augenfällig, dass bei der Gruppe der psychischen Erkrankungen der grösste Zuwachs festzustellen ist.

Die nachstehende Abbildung 5 zeigt die Invaliditätsursachen der Neubezüger 2004 nach Alter.

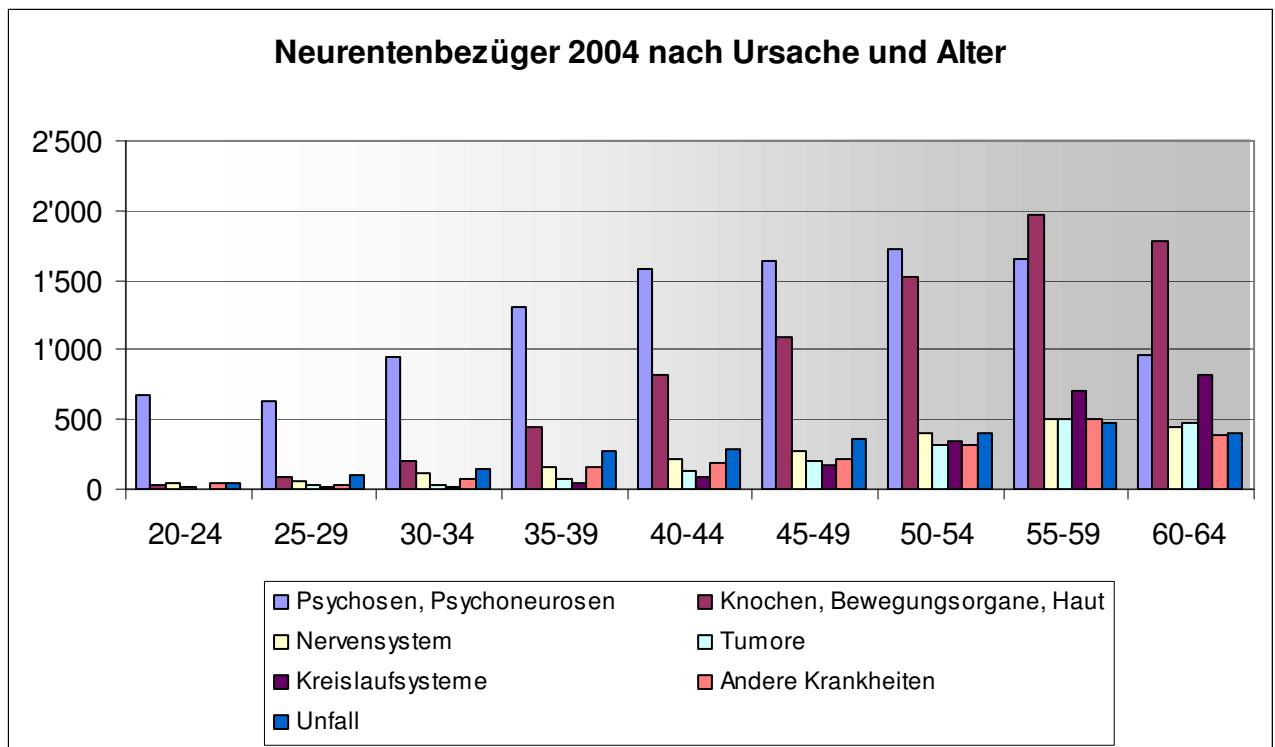


Abbildung 5 - Neurentenbezüger 2004 nach Ursache und Alter

Quelle: BSV, Bern; siehe Anhang

Die Analyse der Berentungen nach Invaliditätsursache und Alter zeigt, dass die psychischen Erkrankungen bis zu den 54-Jährigen die am Meisten festgestellte Ursache für die Neuberentungen darstellt. Ab dem 55. Lebensjahr stellen Beeinträchtigungen im Bereich der Knochen und Bewegungsorgane, die häufigste Ursache dar. Die anderen ausgewiesenen Gebrechensgruppen wie Nervensystem, Tumore und Kreislaufsystem sowie sämtliche anderen Krankheiten haben je etwa die gleiche Bedeutung wie die Gruppe Unfälle.

3.1.3. Alter und Geschlecht

Die Analyse der Neurenten 2004 in der Schweiz nach Geschlecht zeigt, dass Frauen mit 44.5% bedeutend weniger Renten beziehen als Männer mit 55.5%. Dies obwohl ihr Anteil an der Bevölkerung im aktiven Alter knapp 51% beträgt.

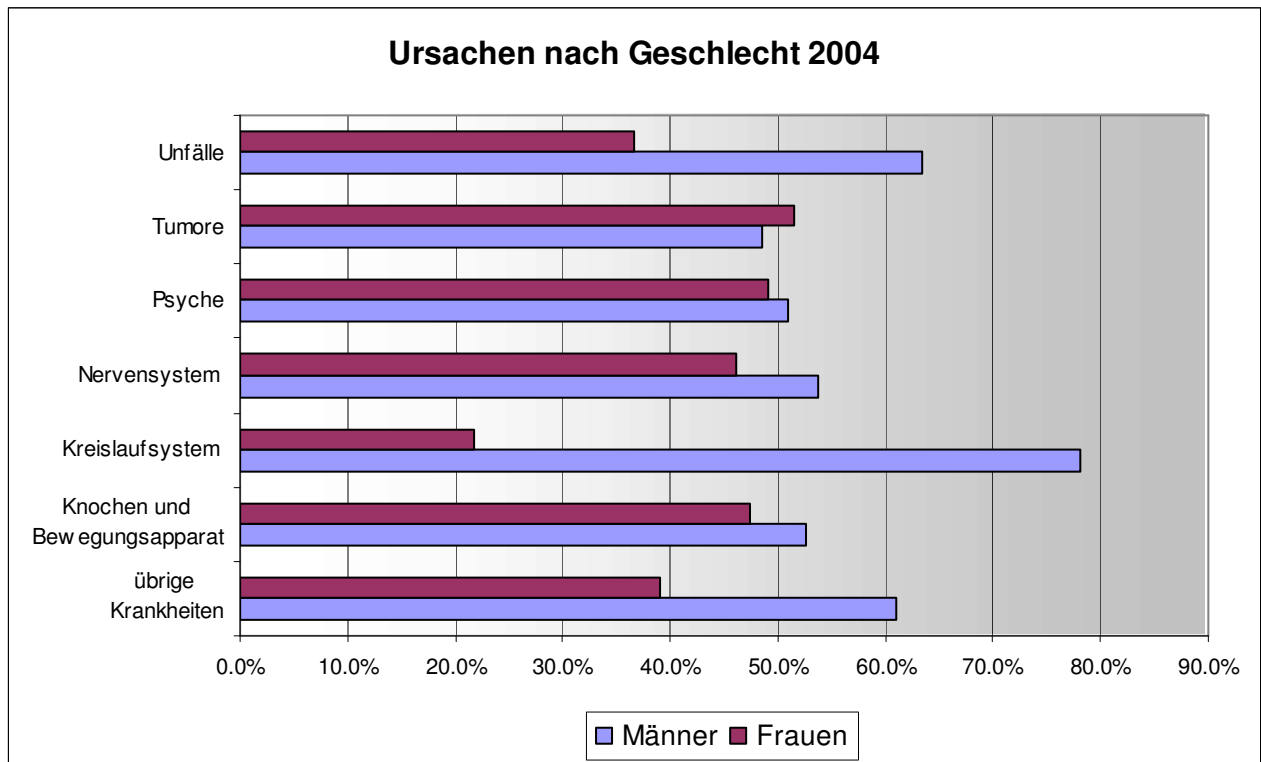


Abbildung 6 - Ursachen nach Geschlecht 2004

Quelle: BSV Bern, eigene Grafik

Bei Invalidität infolge von Erkrankungen des Kreislaufsystems ist das Verhältnis von 21.8% Frauen und 78.2% Männer sehr ungleich verteilt. Bei unfallbedingter Invalidität sind Frauen mit 36.6% ebenfalls stark unterdurchschnittlich beteiligt.

Bei der häufigsten Invaliditätsursache, den psychischen Erkrankungen, weisen Frauen die höchste Quote auf. Bei Ihnen beträgt der Anteil der psychischen Erkrankungen an allen invaliden Frauen 48%, bei den Männern beträgt dieser Anteil hingegen nur 39%.

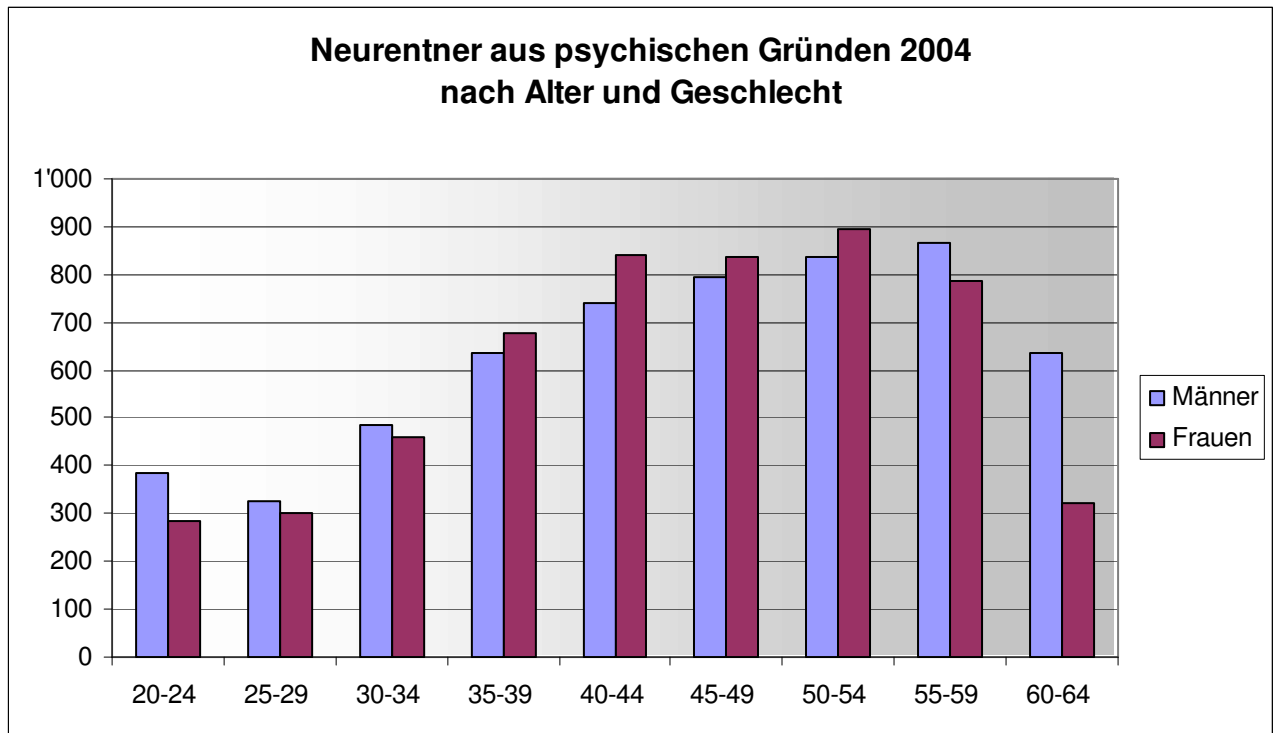


Abbildung 7 - Neurentner aus psychischen Gründen 2004

Quelle: BSV Bern, eigene Grafik

In Abbildung 7 werden die Neurentner dargestellt, welchen im Jahr 2004 aus psychischen Gründen eine Rente zugesprochen wurde. Es ist festzustellen, dass hauptsächlich Menschen im Alter zwischen 40-59 Jahren aus psychischen Gründen in ihrer Erwerbsfähigkeit ganz oder teilweise eingeschränkt sind. Bei Personen im Alter <34 Jahre sind es hauptsächlich Männer, welche an psychischen Störungen leiden. Zwischen dem 35. und 54. Altersjahr werden die Männer von den Frauen abgelöst. Im Alter >55 Jahre sind es vor allem Männer, welche an psychischen Störungen erkrankt sind.

3.1.4. Invaliditätsrisiko

Zur Berechnung des Invaliditätsrisikos wurden die Neurentner 2004 mit der ständigen Wohnbevölkerung 2003 im arbeitsfähigen Alter in Relation gesetzt.

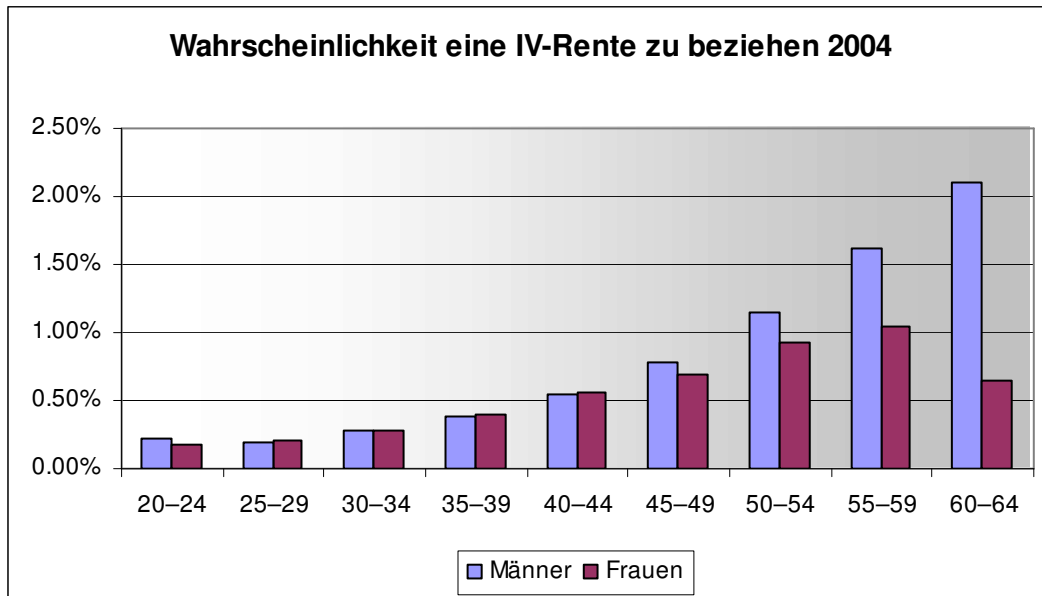


Abbildung 8 - Invaliditätsrisiko nach Alter 2004

Quelle: BSV Bern, eigene Grafik

Die Invaliditätswahrscheinlichkeit hängt stark vom Alter und von der Geschlechtszugehörigkeit ab. Für Männer variiert sie von ca. 0.19% in der Altersgruppe 25 – 29 Jahre bis zu 2.1% in der Altersgruppe 60 – 64. Bis zum 44. Lebensjahr ist die Wahrscheinlichkeit eine Rente zu erhalten bei Männern und Frauen ungefähr gleich gross. Nach Alter 45 ist bei den Männern eine vergleichsweise starke Zunahme zu verzeichnen.

3.2. Berufliche Massnahmen

Viele Immigranten arbeiten als ungelernete Arbeitskräfte in körperlich stark belastenden Tätigkeiten. Treten nach einigen Jahren oder Jahrzehnten z.B. Rückenprobleme auf und die medizinischen Abklärungen der IV ergeben, dass eine körperlich leichtere Erwerbstätigkeit noch möglich wäre, so scheidet das Finden eines geeigneten Arbeitsplatzes vielfach an Faktoren wie einer fehlenden Ausbildung, mangelhaften Kenntnissen einer Landessprache oder Analphabetismus. Da es sich dabei aber um invaliditätsfremde Faktoren handelt, werden von Seiten der IV keine Leistungen entrichtet.

Die Entwicklung der Renten wird auch durch die Wiedereingliederung invalider Personen in die Arbeitswelt beeinflusst. Seit 1997 führt das BSV statistische Analysen der Wirksamkeit der beruflichen Massnahmen durch.

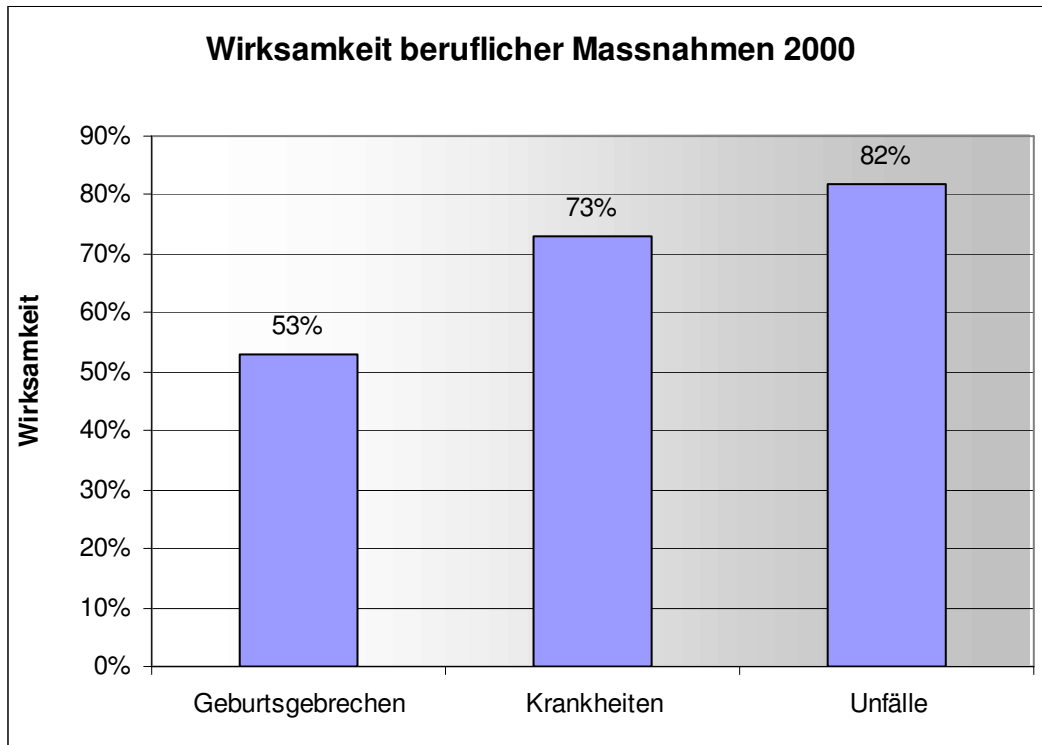


Abbildung 9 - berufliche Massnahmen

Quelle: BSV Bern, eigene Grafik

Die Wirksamkeit beruflicher Massnahmen liegt bei Krankheiten im Durchschnitt. In diesem Zusammenhang ist zu bemerken, dass bei den psychischen Gebrechen eine unterdurchschnittliche Wirksamkeit festzustellen ist. Überdurchschnittlich ist die Wirksamkeit bei unfallbedingter Invalidität.²³

Im Weiteren zeigt die Studie, dass die Merkmale Motivation, Alter, körperliche Belastung am Arbeitsplatz und die Art der Beeinträchtigung der versicherten Personen in Bezug auf die Wirksamkeit von beruflichen Massnahmen von entscheidender Bedeutung sind.

Die Annahme, die Eingliederungsmassnahmen der IV seien nicht wirksam, kann demnach als Grund für die Rentenzunahme in der IV ausgeschlossen werden.

²³ Vgl. Berufliche Massnahmen in der Eidg. Invalidenversicherung, Forschungsbericht Nr. 6/04, BSV Bern

3.3. Mögliche Gründe der Rentenzunahme

Die Ursachen für die massive Zunahme an Invaliditätsfällen wurde bisher kaum seriös untersucht. Es gibt nur wenig gesicherte Aussagen. Eine Quantifizierung der verschiedenen Faktoren ist deshalb nicht möglich.

3.3.1. Psychische Erkrankungen

Unter den Krankheiten gehören vor allem die psychischen Störungen zu den häufigsten Invaliditätsursachen. Jede dritte IV-Rente wurde aufgrund dieser Diagnose zugesprochen. Im Vergleich zu 1990 haben sich die Neu-Invalidisierungen aus psychischen Gründen mehr als verdoppelt²⁴. Dieses Bild zieht sich quer durch alle Altersgruppen. Psychische Gründe sind gerade bei den jungen und jüngsten Altersgruppen die bei weitem häufigste Invalidisierungsursache geworden (*Vergleiche Abbildung 5, S.12*).

Die Zunahme der Personen, welche eine IV-Rente beziehen, ist ein äusserst komplexes soziales und wirtschaftliches Phänomen. Dabei spielen vielfältige Gründe eine Rolle:²⁵

- **Arbeitsbelastung**

Ein zentraler Grund für die vielen gesundheitlichen Fehlentwicklungen ist die zunehmende Hektik und der Leistungsdruck am Arbeitsplatz. Davon betroffen ist die ganze berufstätige Bevölkerung. Immer mehr Menschen müssen um ihren Arbeitsplatz fürchten – und immer mehr leisten für weniger Lohn²⁶. Oft sind es auch Frauen, welche mit Familie und Arbeit einer Doppelbelastung ausgesetzt sind.

- **Arbeitsplatzverlust**

Erwerbslosigkeit stürzt viele Menschen in eine Krise. Ein neuer Job würde vielen helfen, wieder aus dem Tief zu kommen. Bleiben die Entlassenen ohne Arbeit, lassen sie ihre psychischen Leiden oft behandeln. Die Krise des Arbeitsmarkts begünstigt somit indirekt den Trend zur Medikalisierung psychischer Störungen.

- **Akzeptanz**

Das Verständnis von psychischen Erkrankungen hat sich gewandelt. Dieses ist heute in der Gesellschaft kein Tabuthema mehr und wird weniger stigmatisiert als früher.

²⁴ Vgl. IV-Statistik 2004, Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), S. 17

²⁵ Vgl. Hoffmann Holger, Eingliederung statt Ausgrenzung, Soziale Sicherheit 1/2005, S. 37

²⁶ Vgl. Weber Thomas, Psychiater und Psychotherapeut, Vorsorge, Winterthur Leben, Ausgabe 2/2004

- **Wiedereingliederungsmassnahmen**

Bisherige Wiedereingliederungsmassnahmen führen bei psychisch Erkrankten nur in Einzelfällen zum gewünschten Erfolg. Meist enden diese kostenintensiven Massnahmen an einem geschützten Arbeitsplatz. Verschiedene Studien belegen, dass psychisch Kranke, nur selten den Weg aus einer geschützten Werkstatt in die freie Wirtschaft finden.²⁷

- **Urbanität**

Psychische Störungen hängen oft mit dem Lebensraum zusammen. Sie werden in urbanen Gebieten mit einer verstärkten Individualisierung häufiger diagnostiziert als in ländlichen. Im urbanen Raum leben mehr Personen für sich allein und sind von den Problemen, mit denen sie konfrontiert sind, eher überfordert. Im ländlichen Gebiet ist der soziale und familiäre Zusammenhalt tendenziell grösser. Menschen mit psychischen Problemen können diese häufiger hinter einem anderen Krankheitsbild verbergen und werden von Angehörigen und Gemeinden getragen.²⁸

3.3.2. Wandlung des Invaliditätsbegriffes

Der Gesundheitsbegriff hat sich in den letzten Jahrzehnten, sowohl bei den Patienten wie bei den Ärzten, gewandelt. Es ist von grosser Bedeutung, wie Ärzte ihre Rolle gegenüber Versicherten und der Gesellschaft einnehmen und definieren. In neuerer Zeit wird bei der ärztlichen Beurteilung den psychischen und sozialen Bedingungen sowie deren Auswirkungen nicht nur in rein beruflicher, sondern vor allem auch in gesellschaftlicher Hinsicht vermehrt Rechnung getragen. Insbesondere bei der Beurteilung psychischer Erkrankungen ist die Ärzteschaft stark von den subjektiven Aussagen der Patienten abhängig.

Im Weiteren entwickelt sich die Medizin zunehmend zu einer Anbieterin allumfassender Gesundheitserhaltung. An die Stelle der Bekämpfung von Krankheit tritt vermehrt der Verkauf des Produktes "Gesundheit". Der ehemals klare Krankheitsbegriff wird zunehmend vernebelt. Das generelle Unbehagen sowie die steigende Überflutung mit Informationen aller Art über angebliche oder echte Gesundheitsstörungen erfassen immer weitere Kreise der Bevölkerung und führen zu einer oft unreflektierten Ausdehnung des Krankheitsbegriffes.²⁹

²⁷ Vgl. Hoffmann Holger, Das Job Coach Projekt – Ein neuer Ansatz zur nachhaltigen Teilhabe psychisch Kranker am Arbeitsleben in der freien Wirtschaft, Pro Mente Sana Aktuell, 1/04, S. 14-15

²⁸ Vgl. Hell Daniel, Die Psychiatrie als Spiegel der Gesellschaft, NZZ, 22.11.2003

²⁹ Vgl. Breitenmoser Beatrice, Referat, Die zunehmende Bedeutung der psychiatrischen Begutachtung aus Sicht der Invalidenversicherung, 2.11.2000

3.3.3. Arbeit

Soziale Sicherheit hängt in modernen Gesellschaften eng mit Erwerbsarbeit zusammen. Ansprüche an Sozialversicherungen knüpfen zu einem grossen Teil am Bestand eines Arbeitsverhältnisses an.

Zurzeit übersteigt die Nachfrage das Angebot an Arbeit. Nicht alle arbeitswilligen und arbeitsfähigen Personen haben die Chance, ein Erwerbseinkommen zu realisieren. Der Schaffung von Arbeitsplätzen und der aktiven Vermittlung in den Arbeitsmarkt kommt damit ein hoher Stellenwert zu.

Die Gesellschaft hat ein grosses Interesse an einer leistungsfähigen Wirtschaft. Diese wiederum ist interessiert an tragfähigen sozialen Sicherungssystemen, die unter anderem einen flexiblen Arbeitsmarkt unterstützen. Allerdings sichert Arbeit nicht nur ein Erwerbseinkommen und damit materielle Sicherheit, sie vermittelt auch soziales Ansehen, gesellschaftliche Integration und trägt zur psychischen Gesundheit bei. Umgekehrt ist der Arbeitsplatzverlust mit Ängsten, Verletzungen und Kränkungen verbunden und steht nicht selten am Anfang von sozialer Desintegration.

Veränderungen in der Arbeitswelt erhöhen die Ansprüche an die Qualifikationen und die Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer. Leistungsschwächere Menschen können sich nur schwer im Arbeitsprozess behaupten oder Fuss fassen. Besonders bedeutsam ist die Situation junger Menschen. Nicht allen gelingt unter den heutigen Bedingungen ein Einstieg ins Berufsleben. Gesundheitliche, insbesondere psychische Probleme (siehe Punkt 3.3.1), sind die Folge. Gerade in schlechteren Wirtschaftslagen verschärft sich dieses Problem zusätzlich. Dies führt dazu, dass Personen, die früher ohne weiteres in der Gesellschaft „funktionierten“, heute aus dem Arbeitsprozess fallen und als psychisch Behinderte wahrgenommen werden.

Nischenjobs und Hilfsarbeiten für Menschen mit reduzierter Leistungsfähigkeit sind in den letzten Jahren infolge Rationalisierungsmassnahmen in vielen Betrieben gestrichen worden. Zudem existieren einige Stellen auch aufgrund des technologischen Fortschritts nicht mehr. – Beispielsweise wurde bei zahlreichen Unternehmungen die manuelle Aktenablage durch elektronische Archivierungssysteme ersetzt. Sodass diese einfachen Tätigkeiten, oft auch Teilzeitstellen, nicht mehr vorhanden sind. Aus „latenten“ Invaliden, die medizinisch gesehen schon vorher behindert sind, bislang trotz einer Behinderung eine Stelle gefunden haben, werden nun offene IV-Fälle.

Viele Arbeitgeber fühlen sich von jeder Verpflichtung dem Arbeitnehmer gegenüber entbunden und schieben ihn der IV ab. Dies gilt vor allem für Personen mit psychischen Problemen. Dieses Verhalten ist kontraproduktiv, denn die Weiterbeschäftigung beim bisherigen Arbeitgeber bietet wesentlich bessere Wiedereingliederungschancen als die Suche nach einer neuen Stelle.

3.3.4. Konjunktur

Die Ausgaben für IV-Renten variierten in der Vergangenheit stark mit der wirtschaftlichen Entwicklung: Je kleiner das Wachstum des Bruttoinlandprodukts im Vergleich zum Vorjahr war, desto höher fiel die Zunahme bei den Ausgaben für Renten aus. Zudem erhöhten sich die Ausgaben der IV bei tiefem Wirtschaftswachstum markant, gingen aber in Zeiten höheren wirtschaftlichen Wachstums nicht im selben Mass wieder zurück. Angesichts der wirtschaftlichen Entwicklung in den letzten Jahren liegt es nahe, einen Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und Invalidität zu vermuten.³⁰

Die Zahl der ausgesteuerten Arbeitslosen stieg bis 1994 stark an, hingegen blieb der Anteil derjenigen Personen, die anschliessend innerhalb von zwei Jahren eine IV-Rente erhielten, mit gut 2% stabil.³¹ Nach Prieur wird damit die Behauptung widerlegt, dass der Anstieg der IV-Rentenbezüger darauf zurückzuführen sei, dass die ausgesteuerten Arbeitslosen quasi automatisch zur IV übertreten. Arbeitslosigkeit sei nur ein marginaler Mitgrund für die Zunahme der IV-Renten. Baer dagegen führt aus, dass der Zusammenhang zwischen dem Anstieg der IV-Renten zwischen 1990 und 1994 und der Erwerbslosenquote statistisch signifikant ist.³² Die IV scheint demzufolge zum „Auffangbecken“ einer Gruppe von Menschen zu werden, die dem wachsenden Druck im Arbeitsleben nicht mehr gewachsen sind.

Meines Erachtens zeigt sich aber in letzter Zeit, spätestens seit der Revision des Arbeitslosenversicherungsgesetzes AVIG, dass sich vermehrt ausgesteuerte Arbeitslose bei der IV anmelden, was eher die Ansicht von Baer zu bestätigen scheint. Allerdings werde ich im Rahmen dieser Arbeit nicht vertieft auf diese Problematik eingehen.

3.3.5. Erschwerte Reintegration ins Erwerbsleben

Die Zunahme des Rentenbestandes ist auch bedingt durch die längere Verweildauer von invaliden Personen im IV-Rentensystem. Erstens schlägt der höhere Anteil an Jüngeren zu Buche, wenn in der Regel eine Rentenzusprache einen Bezug bis zum Eintritt ins AHV-Alter bedeutet. Zweitens spielt der medizinische Fortschritt eine Rolle, der die Lebenserwartung bei bestimmten Invaliden erhöht hat. Drittens ist die Wie-

³⁰ Vgl. Breitenmoser Beatrice, Referat, Die zunehmende Bedeutung der psychiatrischen Begutachtung aus Sicht der Invalidenversicherung, 2.11.2000

³¹ Vgl. Prieur Yvonne., Die Zahl der Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger der IV wächst stetig. Soziale Sicherheit 2000/4, S. 179-180

³² Vgl. Baer N., Berufliche Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen, Bern, 2002

dereingliederung insbesondere bei Rückenpatientinnen und -patienten sowie bei Invaliden aus psychischen Gründen schwierig.³³

3.3.6. Strukturelle Mängel in der Invalidenversicherung

3.3.6.1. Früherkennung

Die frühzeitige Erkennung von Problemen ist ausschlaggebend, um den Verlust des Arbeitsplatzes zu verhindern und eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung sicherzustellen. Viel zu späte Erfassung potentiell „Invaliditäts-Gefährdeter“ durch die IV und zu spätes Ergreifen von Wiedereingliederungsmassnahmen führen oft zu dauernden IV-Fällen. Aus verschiedenen Untersuchungen ist bekannt, dass bereits nach einer Abwesenheit vom Arbeitsplatz von über 3 Monaten die Wiedereingliederungschancen drastisch sinken (vgl. Punkt 3.4, S. 23). Für Wiedereingliederungsmassnahmen gilt die einjährige Wartefrist zwar nicht. In der Praxis melden sich die Versicherten erst dann, wenn die Wartefrist für die Rente abgelaufen ist, oftmals sogar erst viel später. Erst dann kommen in der Praxis auch Wiedereingliederungsmassnahmen in Frage, obwohl das IVG auch frühere Massnahmen zulassen würde.

Bis die IV überhaupt ein Dossier eröffnet, ist es im Normalfall also schon zu spät. Weil auch während der Verfahrensdauer meistens keine Wiedereingliederungsmassnahmen ergriffen werden, sinken die Wiedereingliederungsbereitschaft und -fähigkeit der Versicherten massiv.

In anderen Ländern Europas (z.B. Schweden, Niederlande, Dänemark, Deutschland) stellt das soziale Sicherungssystem die Koordination und Information unter den verschiedenen Sozialversicherungen und allenfalls auch mit den Arbeitgebern sicher. In den meisten dieser Länder liegt die Verantwortung für die Leistungsgewährung für Rehabilitation, Wiedereingliederung und Geldleistungen beim gleichen Versicherungsträger. In solch integrierten Modellen besteht auch ein grosses finanzielles Interesse, dass die Versicherten möglichst rasch wieder arbeiten. In der Schweiz hingegen fehlt es gerade in Krankheitsfällen an einem integrierten Modell.³⁴

3.3.6.2. Kontrolle der IV-Stellen

Die IV-Stellen haben sehr grosse Ermessens- und Entscheidungsspielräume. Obwohl die IV eine eidgenössische Versicherung ist, ist die Praxis in den Kantonen sehr unterschiedlich. Die sehr grossen kantonalen Unterschiede bei den Invalidisierungsquoten können nur teilweise durch objektive Gründe erklärt wer-

³³ Vgl. 5. IV-Revision, Entwurf und erläuternder Bericht für die Vernehmlassung, Bern, September 2004, S. 24

³⁴ Vgl. 5. IV-Revision, Entwurf und erläuternder Bericht für die Vernehmlassung, Bern, September 2004, S. 19

den, sondern beruhen ca. zu einem Drittel auf „IV-Stellen-internen Faktoren“³⁵ Die IV-Stellen werden weder durch den Bund noch durch die Kantone beaufsichtigt.

3.3.6.3.Falsche Finanzierungsanreize

Die Kantone finanzieren 1/8 der IV-Ausgaben, die Sozialhilfe-Ausgaben hingegen werden zu 100% von den Gemeinden und Kantonen getragen. Die Entscheidungshoheit über IV-Renten liegt ausschliesslich bei den kantonalen IV-Stellen. Die Kantone und Gemeinden haben demzufolge ein Interesse daran, möglichst viele Fälle aus der Sozialhilfe in die IV abzuschieben.

3.3.6.4.Gesellschaftliche Gründe

„Regional unterschiedliche Erwartungen in Bezug auf die Rolle des Staates“. Diese sind gemäss einer Studie zu einem Drittel für die hohen Invalidisierungsquoten in diversen Kantonen ausschlaggebend.³⁶

3.3.7. Ärzte

Im Arbeitsvertrag ist häufig festgehalten, dass der Arbeitnehmer seine Arbeitsunfähigkeit unverzüglich anzuzeigen sowie diese mittels ärztlichem Zeugnis nachzuweisen hat. Im zurzeit angewendeten Entscheidungsverfahren ist das Arztzeugnis die wichtigste Grundlage für die Beurteilung eines Antrages auf IV-Rente durch die IV-Stelle. Das ärztliche Arbeitsunfähigkeitszeugnis kann aber lediglich Indiz, nicht Beweis dafür sein, dass es dem Arbeitnehmer unzumutbar ist, zur Arbeit zu erscheinen. Es gibt viele Gründe dafür, weshalb ein Arztzeugnis nur beschränkt aussagekräftig sein kann³⁷:

- Irrtum/Fehldiagnose
- Einfluss des Patienten auf den Diagnoseentscheid
- Haftungsrisiko
- Konkurrenzdruck des Arztes
- Unkenntnis der Arbeitsplatzsituation

Ausserdem soll nicht die Krankheit, sondern die Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Die Art der Arbeit und die Umstände des Arbeitsplatzes können in der ärztlichen Diagnose häufig kaum mitberücksichtigt werden.

³⁵ Vgl. Spycher Stefan, NFP-Studie, Analyse der kantonalen Unterschiede innerhalb der IV, 2004

³⁶ Vgl. Spycher Stefan, NFP-Studie, Analyse der kantonalen Unterschiede innerhalb der IV, 2004

³⁷ Vgl. Van Dam Jaap, Kostenfolgen von Invalidität senken, Schweizer Arbeitgeber, Heft 4, 2004, S. 163

Das ärztliche Wissen über die Auswirkungen einer gesundheitlichen Störung auf die Arbeits- und auf die für die IV-relevante Erwerbstätigkeit meistens relativ gering. – Genau diese Faktoren sind hier aber entscheidend, denn Invalidität im Sinne des IVG ist kein medizinischer, sondern ein wirtschaftlicher Begriff (vgl. Punkt 1.1.1).

Wenn Arbeitnehmern im fortgeschrittenen Alter gekündigt wird, ist die psychische Folge davon häufig das Abgleiten in eine Depression. Dem behandelnden Arzt bleibt für seine Patienten die Wahl zwischen der Invalidenrente oder diskriminierender Sozialhilfe. Durch die beschriebenen Veränderungen des wirtschaftlichen Umfeldes werden Ärzte also dazu missbraucht, noch arbeitsfähige, jedoch vermindert leistungsfähige Mitarbeiter als Kranke abzustempeln.

3.4. Invalidisierung

Der Begriff Invalidisierung bezeichnet einen Prozess mit einer Abfolge von Zuständen, die in der Regel wie folgt auftreten:

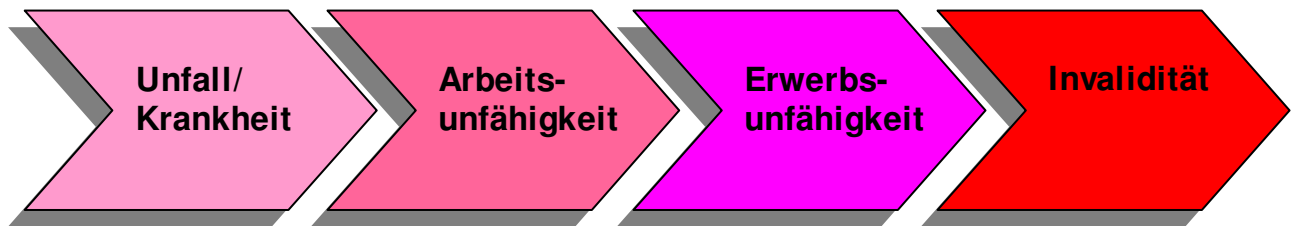


Abbildung 10 - Invalidisierungsprozess

Quelle: eigene Grafik

Der Prozess der Invalidisierung verfügt über einen offenen Beginn und Ausgang. Im Gegensatz zum Begriff der Invalidität, bei dem eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit bestehen muss, kann der Prozess der Invalidisierung in allen Stadien einer Krankheit/Unfall jederzeit beginnen oder sich einstellen. Häufig führt ein angestossener Prozess der Invalidisierung zur Finalität der Invalidität.

Invalidisierung ist stark geprägt durch eine Chronifizierung der Ursachen, die zur Erwerbsunfähigkeit geführt haben. Abbildung 11 veranschaulicht, wie ein solcher Chronifizierungsprozess abläuft. Deutlich wird daraus, dass in einer frühen Phase eine hohe Heilungschance besteht und somit eine Rückkehr in den Arbeitsprozess wahrscheinlicher ist. Oder anders gesprochen, je länger die Arbeitsunfähigkeit andauert, desto grösser wird das Invaliditätsrisiko.

Wer sechs Monate arbeitsunfähig ist, hat noch eine Chance von 50%, in die Arbeitswelt zurückzukehren. Nach zwei Jahren beträgt die Chance nur noch 2%. Zudem zeigt eine Genfer Studie, dass über 90% der Patienten die länger als zwei Monate vor einer Hospitalisation wegen Rückenschmerzen arbeitsunfähig waren, zwei Jahre später eine Invalidenrente erhielten.³⁸

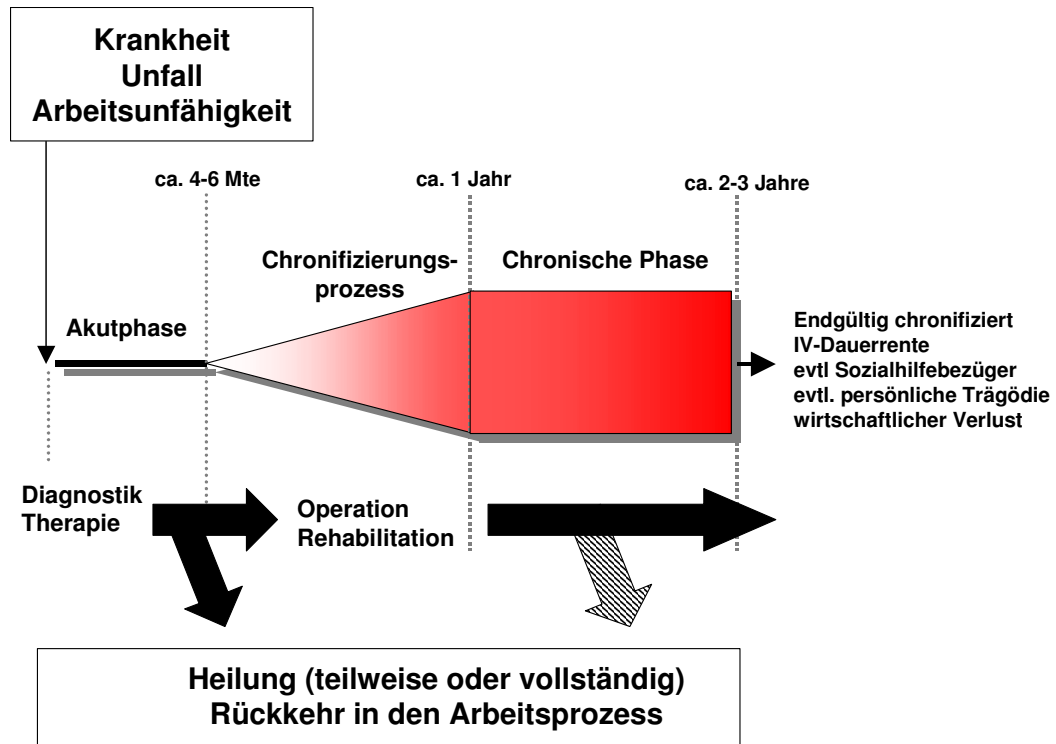


Abbildung 11 - Chronifizierungsprozess

Quelle: Leuthold 2003

³⁸ Vgl. Schmidt Hans, Invalidität vermeiden dank Case Management, Managed Care 7/2001, S. 9

3.5. Zusammenfassung und Bezug zur Fragestellung

Die statistische Analyse der Anzahl IV-Rentner zeigt, dass diese gegenüber früheren Jahren stark zugenommen haben und die Bezüger immer jünger werden. Obschon im Jahr 2004 eine Reduktion der Neu-rentner zu verzeichnen war, befinden sich diese auf einem sehr hohen Niveau. Zudem verbleiben junge Bezüger meist lebenslänglich in einer Kasse und verursachen dadurch immense Kosten.

Aus Sicht der Pensionskasse ist zentral, dass es sich bei rund 90% um krankheitsbedingte IV-Fälle handelt, welche hauptsächlich von der beruflichen Vorsorge sowie der IV getragen werden. Lediglich bei rund 7% der Fälle wird die Pensionskasse teilweise durch eine Unfallversicherung entlastet.

Trotz des vergleichsweise geringen Anteils an Unfällen betreiben vor allem Unfallversicherungen einen grossen Aufwand, um die Unfallkosten zu reduzieren. Aufgrund des hohen Anteils an Krankheitsfällen ist anzunehmen, dass in diesem Bereich ein grosses Interventions-Potential liegt, welches mit geeigneten Massnahmen angegangen werden muss.

Tatsache ist, dass die Situation zahlreicher Menschen, die infolge Krankheit arbeitsunfähig geworden sind, viel zu spät berücksichtigt wird, nämlich erst dann, wenn die Betroffenen bereits nicht mehr in der Arbeitswelt integriert sind und die Chancen für eine Rückkehr an den Arbeitsplatz schlecht stehen. Folglich müssen diese Fälle viel rascher erkannt werden.

Früherkennung ist in Bezug auf mögliche Massnahmen meiner Meinung nach ein zentraler Ansatzpunkt und sollte daher auch aus Sicht der Pensionskassen geprüft werden. Aus diesem Grund werden in Kapitel 5 primär Lösungsansätze im Zusammenhang mit Früherkennung dargestellt.

4. Auswirkungen auf die berufliche Vorsorge

Der durch die erste Säule ausgerichtete Rentenbetrag bei Invalidität ist relativ bescheiden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass beim Eintreten eines Invaliditätsfalls auch andere Versicherungszweige Leistungspflichtig sind. Namentlich können Pensionskassen, Unfallversicherungen und bei Bedarf die Ergänzungsleistungen zu Leistungen verpflichtet werden.

Was die berufliche Vorsorge anbelangt, wurden im Jahr 2002 über 118'000 Invalidenrenten im Gesamtbetrag von 2 Mia. Franken durch Vorsorgeeinrichtungen (VE) ausgerichtet. Dieser Betrag muss mit den 5,8 Mia. Franken in Beziehung gesetzt werden, die die IV im besagten Jahr in Form von Renten ausbezahlt hat. Rund 40% der IV-Rentenbezüger beziehen zusätzlich eine Leistung der beruflichen Vorsorge.³⁹

4.1. Anspruchsvoraussetzungen

Das BVG definiert den Begriff der Invalidität nicht, sondern verweist auf die IV⁴⁰.

Eine Leistung der Eidg. IV kann beanspruchen, wer durch Invalidität in der Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist und die Voraussetzungen gemäss IVG erfüllt. Für das Bestehen einer Invalidität müssen folgende drei Voraussetzungen vorliegen:

1. ein medizinisches Element (Gesundheitsschaden)
2. ein wirtschaftliches Element (Erwerbsunfähigkeit)
3. ein Kausalelement, d.h. es muss ein Kausalzusammenhang zwischen Gesundheitsschaden und Erwerbsunfähigkeit bestehen. Eine Invalidität ist nicht gegeben, wenn die Erwerbsunfähigkeit durch andere Faktoren verursacht wurde, insbesondere durch wirtschaftliche Gründe (Arbeitslosigkeit, Rezession) oder persönliche Gründe (schlechte Arbeitsmotivation, mangelnde Bildung, Alter oder Freiheitsentzug).

Die IV deckt das Invaliditätsrisiko nur, wenn mit dem Gesundheitsschaden eine Beeinträchtigung der bestehenden oder zukünftigen Erwerbsfähigkeit verbunden ist, d.h. wenn sich die Behinderung wirtschaftlich negativ auswirkt oder auswirken wird.

³⁹ Vgl. IV-Statistik 2004, Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), S. 14

⁴⁰ Vgl. Art. 1 Abs. 1 lit. d und Art. 4 BVV 2; BGE 115 V 210 Erw. 2b

4.2. Bindungswirkung mit der Eidg. Invalidenversicherung⁴¹

Der Invaliditätsbegriff in der obligatorischen beruflichen Vorsorge entspricht jenem der ersten Säule. Gemäss Artikel 26 Abs. 1 BVG gelten für den Beginn des Anspruchs auf Invaliditätsleistungen sinngemäss die entsprechenden Bestimmungen des IVG, insbesondere Artikel 29 IVG.

Aus der engen Verbindung zwischen dem Recht auf Rente der Invalidenversicherung und demjenigen auf eine Invalidenleistung nach BVG ergibt sich, dass der Invaliditätsbegriff im obligatorischen Bereich der beruflichen Vorsorge und in der Invalidenversicherung grundsätzlich gleich ist.⁴² An der Bindungswirkung des Entscheides der IV-Stelle für die berufliche Vorsorge hat die 1. BVG-Revision nichts geändert.

Gemäss Rechtsprechung sind daher die Vorsorgeeinrichtungen im Obligatorium an die Feststellungen der IV-Organen gebunden. Nach der Rechtsprechung des EVG gilt diese Bindungswirkung nicht nur in Bezug auf die Höhe des Invaliditätsgrades sondern auch hinsichtlich des Invaliditätseintritts⁴³. Die Bindungswirkung hat zur Konsequenz, dass ein Vorsorgenehmer, der eine IV-Invalidenrente erhält, vom gleichen Zeitpunkt an auch Anspruch auf eine entsprechende Rente der obligatorischen Berufsvorsorge hat.

Mehr Gestaltungsfreiheit besteht für die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der überobligatorischen Vorsorge. Sie dürfen dort einen eigenen Invaliditätsbegriff definieren. Fehlt es an solchen abweichenden regulatorischen Regelungen, so ist auch in diesen Fällen der Entscheid der IV-Stelle für die überobligatorische Vorsorge massgebend.

Die Bindungswirkung setzt voraus, dass die IV-Stelle allen in Betracht fallenden Vorsorgeeinrichtungen ihre Rentenverfügung von Amtes wegen eröffnet. Dem BVG-Versicherer steht ein selbständiges Beschwerderecht im Verfahren nach IVG zu. Unterbleibt ein solches Einbeziehen der Vorsorgeeinrichtung, ist die IV-rechtliche Festsetzung des Invaliditätsgrades berufsvorsorgerechtlich nicht verbindlich.⁴⁴

Indessen kann sich die Bindungswirkung nur in Bezug auf Feststellungen und Beurteilungen der IV-Organen entfalten, die im IV-Verfahren für die Festlegung des Anspruchs auf eine Invalidenrente entscheidend sind. Bestand im IV-Verfahren kein Anlass, den Beginn der Wartezeit und damit den Eintritt der massgebenden

⁴¹ Vgl. Schaffhauser René, Stauffer Hans-Ulrich (Hrsg), Berufliche Vorsorge 2002, Probleme, Lösungen, Perspektiven, St. Gallen 2002, S. 177

⁴² BGE 123 V 271 Erw. 2a, 120 V 108 Erw. 3c

⁴³ BGE 118 V 35

⁴⁴ BGE 129 V 73ff

Arbeitsunfähigkeit präzise festzustellen, weil z.B. das Ende der einjährigen Wartezeit in eine Zeit fiel, als der Versicherte während Eingliederungsmassnahmen Taggelder der IV bezog, entfällt die Bindungswirkung⁴⁵.

4.2.1. Eintritt der erstmaligen Invalidität⁴⁶

Gemäss Art. 23 lit. a BVG ist eine Vorsorgeeinrichtung zur Erbringung der gesetzlichen Invaliditätsleistungen verpflichtet, sofern der Anspruchsberechtigte zum Zeitpunkt der erstmaligen Beeinträchtigung seiner Arbeitsunfähigkeit bei ihr versichert war. Selbst wenn die Vorsorgeeinrichtung die Freizügigkeitsleistung ausbezahlt hat, so bleibt sie dennoch Schuldnerin für später fällig werdende Invalidenleistungen⁴⁷.

Wird eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit erst nach Jahren rückwirkend festgelegt, so muss die Leistungseinbusse dem Arbeitgeber aufgefallen sein⁴⁸.

4.2.2. Zeitlicher und sachlicher Zusammenhang

Zwischen dem versicherten Ereignis und der Invalidität muss ein direkter und zeitlicher sowie sachlicher Zusammenhang bestehen. Der *sachliche Zusammenhang* ist gegeben, wenn die Ursache der Arbeitsunfähigkeit sowie der späteren Invalidität identisch ist. Dabei genügt es eine Wechselwirkung zwischen dem ursprünglichen Gesundheitsschaden und der späteren Verschlimmerung des Leidens festzustellen⁴⁹.

Wesentlich schwieriger zu beurteilen ist der *zeitliche Zusammenhang*. Hat der Versicherte seine volle Arbeitsfähigkeit wieder erlangt, so ist die Vorsorgeeinrichtung von ihrer Leistungspflicht befreit. Dies gilt selbst dann, wenn sich die Arbeitsfähigkeit rückblickend nicht als dauerhaft erwiesen hat.

Demgegenüber berücksichtigt die Rechtsprechung oft die Umstände des Einzelfalles, unter denen eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit erfolgt ist. So namentlich die Art des Gesundheitsschadens, dessen prognostische Beurteilung durch den Arzt sowie die Beweggründe, die den Versicherten zur Wiederaufnahme der Arbeit veranlasst haben.

⁴⁵ Urteil vom 14.8.2000 B 50/99, Erw. 2b

⁴⁶ Vgl. Vetter-Schreiber Hrsg., Kommentar Berufliche Vorsorge, Zürich 2005, S. 89

⁴⁷ BGE 123 V 264 Erw. 1b

⁴⁸ Urteil EVG vom 5.2.2003, B 13/01, Erw. 4.2

⁴⁹ Urteil EVG vom 14.6.2004, B 111/02, Erw. 5.2.2

4.2.3. Beschwerderecht der Pensionskasse

Bis Ende 2002 mussten die Entscheide der IV nur dann nicht übernommen werden, wenn die IV-Verfügungen offensichtlich willkürlich waren. Ende November 2002 hat das Eidg. Verwaltungsgericht (EVG) entschieden, dass die Vorsorgeeinrichtungen an die Entscheide der IV nicht gebunden sind, wenn ihnen das rechtliche Gehör nicht gewährt wurde. Das per 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG legt nun fest, dass die Eidg. IV verpflichtet ist, die Verfügung der entsprechenden Vorsorgeeinrichtung zu eröffnen⁵⁰.

Aufgrund des ATSG steht den Vorsorgeeinrichtungen nun explizit auch ein Einspracherecht zu⁵¹. Die Vorsorgeeinrichtungen können so gegen eine Verfügung der IV Einsprache erheben, wenn sie diese als nicht gerechtfertigt erachten. Die Einsprache ist innerhalb von 30 Tagen seit Zustellung der IV-Verfügung bei der IV-Stelle zu erheben. Erlässt eine IV-Stelle nach durchgeführtem Einspracheverfahren einen Einspracheentscheid, mit dem die betroffene Vorsorgeeinrichtung nicht einverstanden ist, kann sie diesen Entscheid innerhalb von 30 Tagen seit seiner Zustellung mit einer Verwaltungsgerichtsbeschwerde anfechten⁵².

4.3. Invaliditätsleistungen in der beruflichen Vorsorge

Während die Leistungsentwicklung in der Eidg. Invalidenversicherung gut dokumentiert ist, ist über die Entwicklung der Invalidität in der beruflichen Vorsorge noch wenig bekannt. Auch wenn die Anspruchsvoraussetzungen für Invaliditätsleistungen in der beruflichen Vorsorge in der Regel an jene der Eidg. Invalidenversicherung gebunden sind, lassen einige Besonderheiten (z.B. „die Berufsinvalidität“) eine autonome Entwicklung vermuten.

Im Weiteren ist der Kreis der versicherten Personen, die von der Invalidenversicherung und von der zweiten Säule erfasst werden, nicht identisch. Nicht unter die zweite Säule fallen insbesondere Personen, die nie erwerbstätig waren.

⁵⁰ Art. 49 Abs. 4 ATSG

⁵¹ Art. 49 Abs. 4 i.V.m. Art. 52 ATSG

⁵² Art. 56 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 45 und 50 VwVG

Trotz dieser Unterscheidung ist die Zahl der Invalidenrenten in der zweiten Säule, wie schon in der ersten, markant gestiegen. Zwischen 1992 und 2002 nahm die Zahl der Renten durchschnittlich um 6,9 Prozent zu (61'000 auf 118'000). Die Summe der jährlichen Invalidenrenten erhöhte sich von 800 Mio. auf 2 Mia. Franken. Dies entspricht einem jährlichen Anstieg von durchschnittlich 9,3 Prozent.⁵³

	1992	1994	1996	1998	2000	2002	Ø jährliche Zuwachsrate
Anzahl Invalidenrenten	60'597	69'761	80'023	92'246	102'504	117'592	6.8%
Invalidenrenten Total (in Mio. Fr.)	819	1022	1224	1546	1673	1986	9.3%

Tabelle 1 - Invalidenleistungen BV 1992 – 2002

Quelle: BFS, Pensionskassenstatistik 1992 – 2002

4.4. Kosten einer krankheitsbedingten Arbeitsfähigkeit

Für den Versicherten ist die Existenzsicherung von grosser Wichtigkeit. Im Idealfall bestehen Ansprüche auf sich ergänzende Renten- und Taggeldleistungen der einzelnen Versicherungsträger. Wie in Abbildung 12 ersichtlich ist, erhält der Versicherte ab dem 1. Krankheits- oder Unfalltag ein Krankentaggeld. Diese wird zunächst vom Arbeitgeber und nach einer bestimmten Wartezeit von einer Krankentaggeld-Versicherung bezahlt. Im Anschluss, jedoch frühestens nach einem Jahr und bei anerkannter Invalidität, besteht Anspruch auf eine IV-Rente der Eidg. Invalidenversicherung. Aufgrund der „Bindewirkung“ der beruflichen Vorsorge (siehe Punkt 4.2) hat der Arbeitnehmer zudem Anspruch auf Rentenleistungen aus der beruflichen Vorsorge oder Unfallversicherung.

⁵³ Vgl. Pensionskassenstatistik 2002, Die berufliche Vorsorge in der Schweiz, BFS Bern

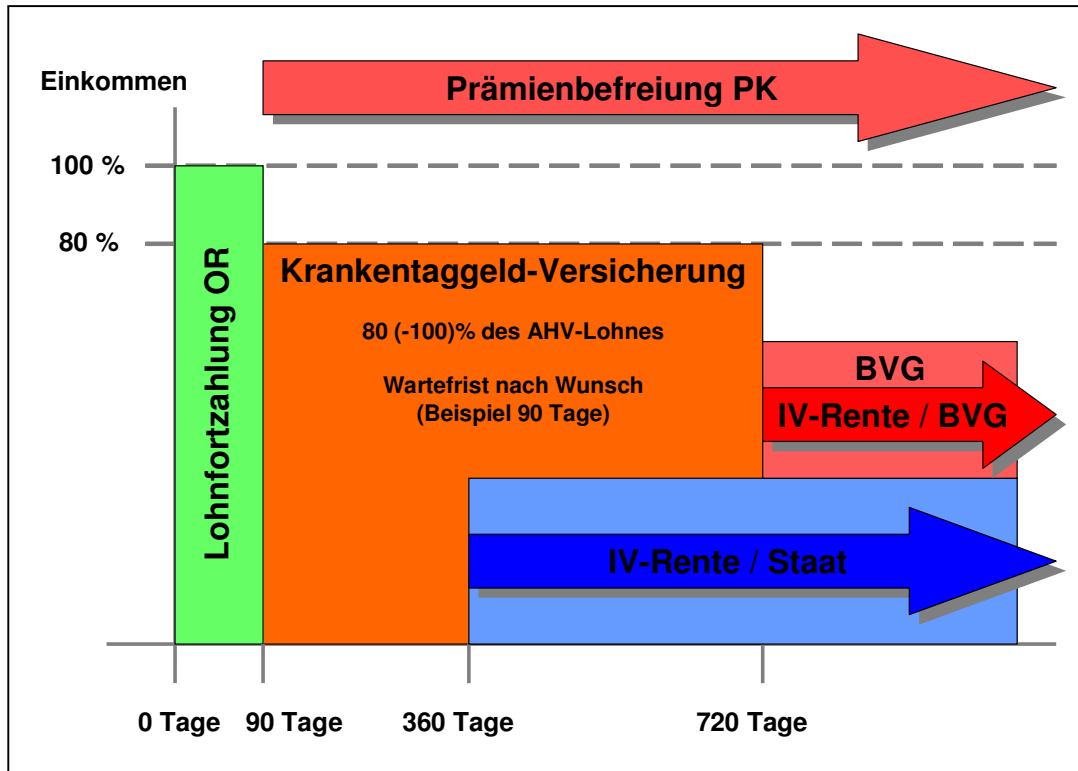


Abbildung 12 - Existenzsicherung

Quelle: vgl. SIZ Care AG, Zürich

Die maximale Invalidenrente der Eidg. Invalidenversicherung beträgt jährlich Fr. 25'800.-. Die UV deckt komplementär zu den IV-Leistungen bis 90% der maximal versicherbaren Lohnsumme von derzeit Fr. 106'800.-, sprich bis Fr. 96'120.-. Die berufliche Vorsorge stockt die Invalidenleistungen weiter auf bis auf maximal 90% des mutmasslich entgangenen Verdienstes⁵⁴, höchstens aber die reglementarische Maximal-Invalidenrente.

4.4.1. Rechenbeispiel

Die bleibende Arbeitsunfähigkeit eines jungen Versicherten kostet Millionen. Anhand eines Musterbeispiels wird aufgezeigt, was die Arbeitsunfähigkeit eines 30-jährigen Angestellten der Stadt Zürich gesamthaft kostet:

⁵⁴ Art. 24 BVV2

4.4.1.1.Vorgaben/Annahmen

Arbeitnehmer:	Felix Muster, verheiratet 1 Kind, Alter 1 Jahr
Alter	30 Jahre (<i>Versicherter und Ehefrau sind gleich alt</i>)
Jahreslohn	Fr. 103'000.-
BG	100%
Altersguthaben	Fr. 47'000.-
Krankentaggeld	1 Jahr 100% Lohnfortzahlung
Pensionskasse	Der Versicherte hat keine Beitragslücke, gemäss Vorsorgereglement hat er Anspruch auf eine Invalidenrente in der Höhe von 60% des koordinierten Lohnes. Die Kinderinvalidenpension beträgt 10% der Invalidenleistungen. Folglich hat der Versicherte Anspruch auf nachstehende Leistungen:

Invalidenpension, lebenslänglich	Fr.	46'320.-
Zuschuss	Fr.	25'800.-
Kinderinvalidenpension	Fr.	<u>4'632.-</u>
Total jährliche Leistungen	Fr.	76'752.-

Die Invalidenpension wird bei Alter 65 in eine Alterspension umgewandelt und lebenslänglich entrichtet. Die Ehegattenpension beträgt 2/3 der Invaliden- bzw. Alterspension. Die Waisenpension beträgt 5/16 der Ehegattenpension resp. 5/24 der Invaliden- bzw. Alterspension.

Eidg. IV	Es wird davon ausgegangen, dass der Versicherte Anspruch auf die maximalen AHV/IV-Leistungen hat. Folgende Leistungen stehen ihm zu:
----------	--

AHV/IV-Rente, lebenslänglich	Fr.	25'800.-
Kinderrente	Fr.	<u>10'320.-</u>
Total jährliche Leistungen	Fr.	36'120.-

Da der Versicherte bis Alter 25 studierte, wird angenommen, dass die bereits geleisteten Beiträge dem Altersguthaben der Pensionskasse entsprechen.

4.4.1.2. Berechnungsgrundlagen

Tech. Zinssatz 4 %

Pensionskasse

Berechnung Faktor Deckungskapital

Leibrente ⁵⁵		21.302
Ehegattenrente	$2/3 * 1.403^{56} =$	0.935
Waisenrente	$5/24 * 0.296^{57} =$	<u>0.062</u>
<i>Faktor Deckungskapital</i>		22.299

Eidg. IV

Berechnung Barwertfaktor IV-Rente

Leibrente		21.302
Witwenrente	$4/5 * 1.403 =$	1.122
Waisenrente	$2/5 * 0.296 =$	<u>0.118</u>
<i>Barwertfaktor</i>		22.542

Zur Berechnung des IV-Barwertfaktors wurden ebenfalls die VZ 2000 Grundlagen herangezogen. Die Faktoren der Witwen- resp. Waisenrente wurde entsprechend dem Leistungsverhältnis (Witwenrente = 4/5 resp. Waisenrente = 2/5 der max. AHV/IV-Rente) angepasst.

Als Alternative hätte der Barwert einer vorschüssigen Rente (Zins = 4%, Jahre bis zum Tod = 49,12⁵⁸) berechnet werden können. Dabei wären jedoch die Sterblichkeit resp. sämtliche Hinterlassenenleistungen vernachlässigt worden. Die Berechnung des entsprechenden Barwerts ergäbe einen Wert von 22.21).

⁵⁵ Tabelle 4, VZ 2000

⁵⁶ Tabelle 17, VZ 2000

⁵⁷ Tabelle 19, VZ 2000

⁵⁸ Tabelle 3, VZ 2000

4.4.1.3.Kosten

Arbeitgeber	12 Monate 100% Lohnfortzahlung	Fr.	103'000.-
	Rekrutierung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter	Fr.	50'000.-

Pensionskasse*Berechnung technischer Schaden*

Fr. 46'320.- * 22.30 ⁵⁹ =	Fr.	1'032'936.-	
Fr. 4'632.- * 15.57 ⁶⁰ =	Fr.	72'120.-	
Altersguthaben	<u>Fr.</u>	<u>- 47'000.-</u>	
Technischer Schaden	Fr.	1'058'056.-	Fr. 1'058'000.-

Eidg. IV*Kosten IV*

Fr. 25'800.- * 22.54 ⁶¹ =	Fr.	581'532.-	
Fr. 10'320.- * 15.57 =	Fr.	160'682.-	
geleistete Beiträge	<u>Fr.</u>	<u>- 47'000.-</u>	
Kosten AHV/IV	Fr.	695'214.-	<u>Fr. 695'214.-</u>
Total			Fr. 1'906'214.-

Im vorliegenden Beispiel hat Herr Muster während einem Jahr weiterhin Anspruch auf seinen bisherigen Lohn von Fr. 103'000.-. Da die Rekrutierung und Einarbeitung eines neuen Mitarbeiters mit hohen Kosten verbunden ist, werden rund Fr. 50'000.- budgetiert.

Herr Muster kann seine Arbeit trotz intensiver Bemühungen nach Ablauf der Krankenlohnfortzahlung nicht wieder aufnehmen. Es ist anzunehmen, dass er lebenslänglich arbeitsunfähig bleiben wird. Von der PK erhält er daher eine jährliche Invalidenpension von Fr. 46'320.- sowie eine jährliche Kinderinvalidenpension von Fr. 4'632.-. Berücksichtigt man das bereits vorhandene Altersguthaben von Fr. 47'000.-, so ist ein technischer Schaden von rund Fr. 1,058 Mio. entstanden. Neben den Invalidenleistungen erhält der Versicherte zudem noch einen Zuschuss in der Höhe von Fr. 25'800.-, welcher nach Vorliegen des IV-Entscheids mit der IV verrechnet werden kann und daher nicht von der Pensionskasse finanziert werden muss.

⁵⁹ Vgl. Berechnungsgrundlagen unter Punkt 4.4.1.2, S. 33

⁶⁰ Tabelle 18, VZ 2000

⁶¹ Vgl. Berechnungsgrundlagen unter Punkt 4.4.1.2, S. 33

Auch die Eidg. IV geht davon aus, dass Herr Muster lebenslänglich arbeitsunfähig sein wird. Er hat daher Anspruch auf eine maximale Invalidenrente in der Höhe von jährlich Fr. 25'800.- sowie einer jährlichen Kinderrente von Fr. 10'320.-. Zur Finanzierung dieser Leistungen müssten rund Fr. 695'000.- bereitgestellt werden.

Das Beispiel zeigt, dass ein Grossteil der Invaliditätskosten durch die Pensionskasse getragen wird. – Die finanziellen Konsequenzen von Invaliditätsfällen treffen aber auch den Betrieb und dessen Mitarbeiter. Aufgrund der zunehmenden Invaliditätsfälle mussten beispielsweise die Risikobeiträge der Pensionskasse Stadt Zürich per 1.1.2005 von 2% auf 4% des versicherten Lohnes angehoben werden. Bei den Sammelstiftungen von Winterthur und Swiss Life sind die Prämien um durchschnittlich 30% gestiegen⁶². Wäre die Stadt Zürich zudem bei einem Krankentaggeld-Versicherer versichert, wären auch die entsprechenden Prämien massiv angestiegen.

Auch die Invalidenversicherung wird mit Lohnabzügen finanziert. Zu dessen Sanierung stehen heute weitere Prämien erhöhungen oder eine Erhöhung der Mehrwertsteuer zur Debatte.

Aufgrund des tieferen Einkommens werden weniger Steuern bezahlt. Zudem ist anzunehmen, dass der Konsum des Betroffenen abnehmen wird. Da Herr Muster ein hohes Mass an medizinischer Betreuung benötigt, werden folglich auch die Krankenkassen finanziell stark belastet.

⁶² Vgl. Schaffner Urs, Sonntags Zeitung, 1.5.2005

4.5. Pensionskassen-Umfrage

Mit der nachstehenden Pensionskassen-Umfrage soll aufgezeigt werden, welche Massnahmen von Seiten der Vorsorgeeinrichtungen zur Reduktion von Invaliditätsfällen ergriffen wurden oder geplant sind. Aufgrund der geringen Stichprobengrösse darf die vorliegende Umfrage nicht als statistisch repräsentativ betrachtet werden. Es soll vielmehr ein Eindruck der aktuellen Trends vermittelt werden.

4.5.1. Stichprobe

Insgesamt wurden 40 Vorsorgeeinrichtungen mit einem Fragebogen (siehe Anhang) angeschrieben. Von den versandten Fragebogen wurden 22 Fragebogen ausgefüllt retourniert.

Folgende Vorsorgeeinrichtungen haben an der Umfrage teilgenommen:

Teilnehmer der PK-Umfrage	Anzahl aktiv Versicherte Stand 1.1.2005	Berufsinvalidität
<i>Pensionskassen mit öffentlichem Arbeitgeber</i>		
Aargauische Pensionskasse	22'985	ja
Basellandschaftliche Pensionskasse	16'900	nein
Kantonale Pensionskasse Graubünden	7'689	nein
Kantonale Pensionskasse Solothurn	9'507	ja
Luzerner Pensionskasse	17'319	ja
Pensionskasse der Stadt Winterthur	4'076	Ja
Pensionskasse des Thurg. Staatspersonals	5'115	nein
Pensionskasse Stadt Zürich	26'207	ja
Thurgauische Lehrerpensionskasse	3'590	nein
<i>Total öffentlichrechtliche Vorsorgeeinrichtungen</i>	<i>113'388</i>	

Pensionskassen mit privatem Arbeitgeber

BVG-Stiftung der Marti-Unternehmungen	2'550	nein
Credit Suisse Group (Schweiz)	18'510	ja
Migros Pensionskasse	49'725	ja
Pensionskasse der BP (Switzerland)	147	ja
Pensionskasse der EMS-Gruppe	1'761	nein
Pensionskasse der Pilatus Flugzeugwerke	978	Ja
Pensionskasse Energie	9'500	ja
Pensionskasse Novartis	10'082	ja
Pensionskasse SRG SSR idée suisse	3'643	ja
Pensionskasse Swiss Re	3'133	ja
Personalvorsorgestiftung der Hertz AG	153	Ja
Personalvorsorgestiftung LGT Gruppe (Schweiz)	162	ja
Vorsorge RUAG	3'923	ja
<hr/>		
<i>Total privatrechtliche Vorsorgeeinrichtungen</i>	104'267	
<hr/>		
Total Versicherte	217'655	
<hr/>		

Tabelle 2 - Teilnehmer PK-Umfrage

Bei den an der PK-Umfrage teilnehmenden Vorsorgeeinrichtung sind insgesamt 217'655 Personen versichert. Diese sind im Verhältnis 52.1% zu 47.9% bei öffentlich- resp. privatrechtlichen Vorsorgeeinrichtungen angeschlossen. Bei rund 4/5 der Stichprobe werden bei Berufsinvalidität Leistungen entrichtet.

Gewichtet nach der Anzahl Versicherten weist die untersuchte Stichprobe nachstehende regionale Verteilung auf:

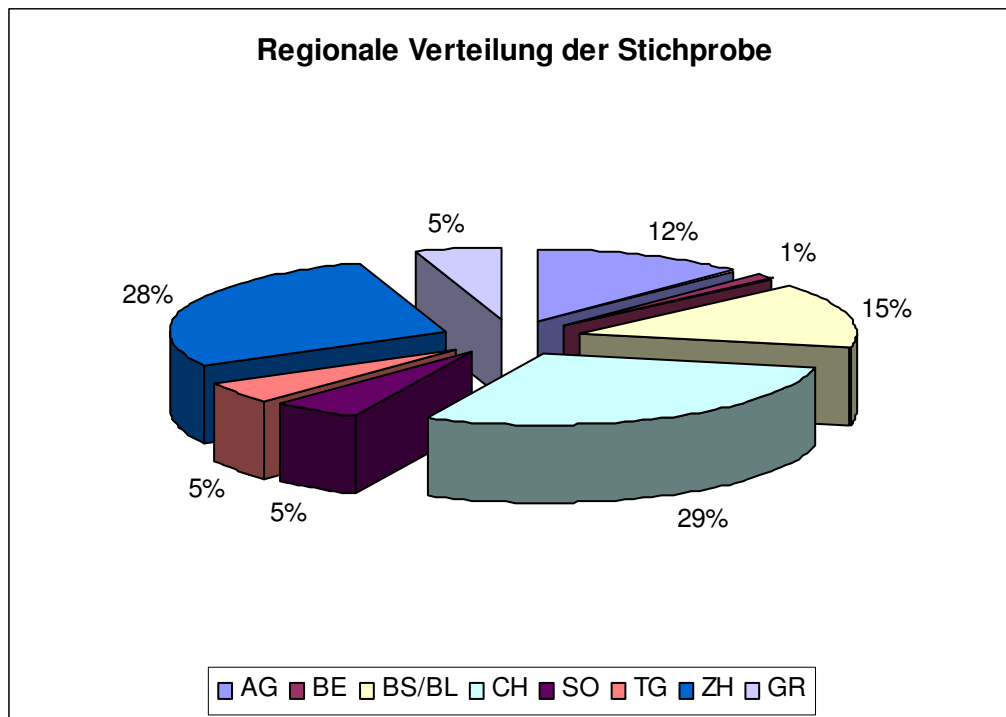


Abbildung 13 - PK-Umfrage, Regionale Verteilung der Stichprobe

4.5.2. Entwicklung der Invaliditätsfälle in der beruflichen Vorsorge

Grundsätzlich ist zu sagen, dass die nachstehenden Grafiken aufgrund der Stichprobengrösse mit Vorsicht zu geniessen sind. Im Weiteren ist anzumerken, dass aufgrund der Datenqualität nicht alle Fragebogen ausgewertet werden konnten. Daher beträgt die Stichprobengrösse für die nachstehenden Auswertungen lediglich rund 140'000 Versicherte.

Die Analyse der Neurentner zeigt, dass die Anzahl der neuen Invaliditätsfälle seit 2002 stetig zugenommen hat. Im Jahr 2004 war ein Anstieg der Neurenten um 3.2% zu verzeichnen.

Interessant ist, dass bei der IV im Jahr 2004 ein Rückgang der Neurenten zu verzeichnen war. Aufgrund der Krankenlohnfortzahlung ist zu vermuten, dass sich die Entwicklung der Neurenten verglichen zur IV um ein bis zwei Jahre verzögert.

In Abbildung 14 wird das Invaliditätsrisiko in der Zeit zwischen 2002 – 2004 dargestellt. Dabei wird nach privaten und öffentlichrechtlichen Vorsorgeeinrichtungen unterschieden. Zu beachten ist, dass als Basis jeweils der Aktivbestand per 1.1.2005 herangezogen wurde.

In Abbildung 14 ist zu erkennen, dass das Invaliditätsrisiko bei den öffentlichrechtlichen Pensionskassen vergleichsweise hoch ist. Diese haben aber in der Vergangenheit auf hohem Niveau stagniert. Daneben ist aber auch eine markante Zunahme des Invaliditätsrisikos bei den privaten VE zu beobachten.

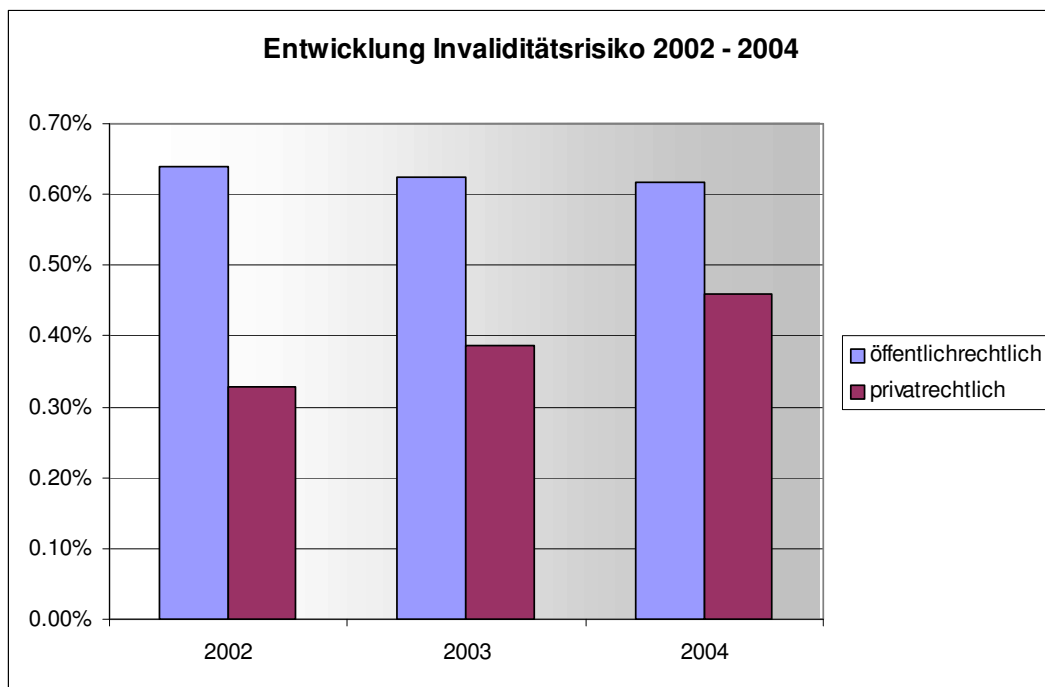


Abbildung 14 - PK-Umfrage, Entwicklung Invaliditätsrisiko 2002 - 2004

Abbildung 15 zeigt das Invaliditätsrisiko einzelner Altersgruppen im Jahr 2004. Dabei wird das Invaliditätsrisiko der beruflichen Vorsorge mit der IV verglichen.

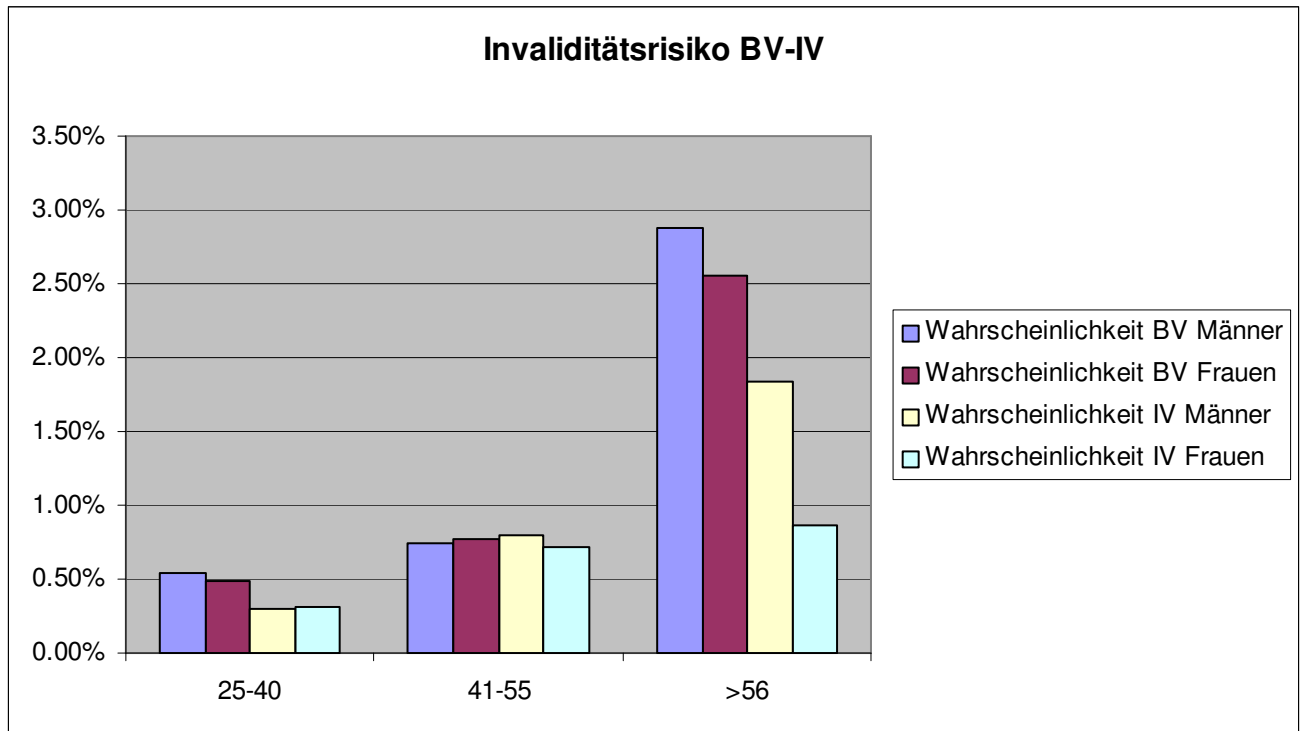


Abbildung 15 - PK-Umfrage, Invaliditätsrisiko BV - IV

Das Invaliditätsrisiko in den Alterklassen 25-40 und 41-55 deckt sich praktisch mit den Werten der IV. Interessant ist hingegen die starke Abweichung in der Altersgruppe >56. Sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen werden die Werte der IV stark überschritten.

Meines Erachtens ist diese Abweichung auf die Berufsinvalidität zurückzuführen. Diese Interpretation wird vom hohen Anteil an VE, welche Leistungen nach Berufsinvalidität entrichten, gestützt.

4.5.3. Invaliditätsursachen

Die Auswertung der Fragebogen zeigt, dass nur sehr wenige Pensionskassen eine Erfassung der Invaliditätsursachen vornehmen. Aufgrund der ungenügenden Datenqualität der Fragebogen wird nachstehend lediglich ein Vergleich der Ursachen der Neurenten 2004 der Pensionskasse Stadt Zürich und der Eidg. IV dargestellt.

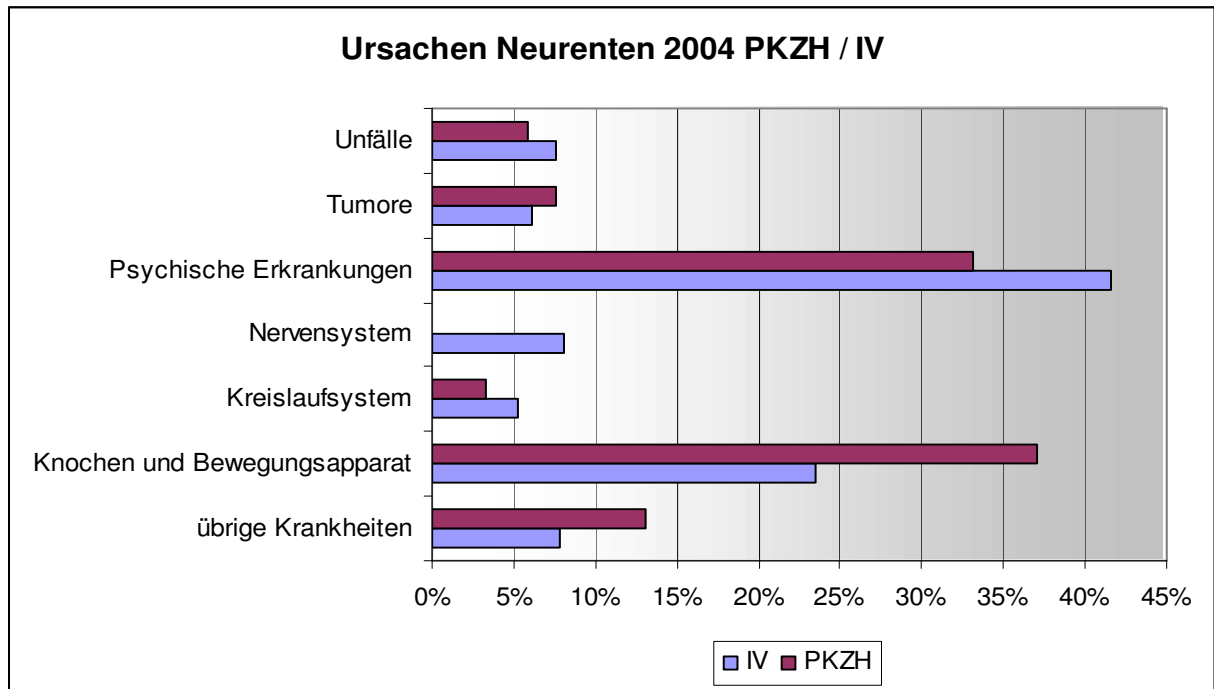


Abbildung 16 - PK-Umfrage, Ursachen Neurentner 2004 PKZH / IV

In Abbildung 16 ist zu erkennen, dass bei der Pensionskasse Stadt Zürich analog zur IV psychische Erkrankungen sowie Leiden des Knochen und Bewegungsapparats zu den häufigsten Invaliditätsursachen gehören.

4.5.4. Massnahmen zur Reduktion von IV-Fällen

Unter Punkt 4 des Fragebogens wurden die einzelnen Vorsorgeeinrichtungen nach den Massnahmen befragt, welche zur Reduktion von IV-Fällen ergriffen wurden resp. geplant sind. Dabei wurde zwischen Massnahmen der Vorsorgeeinrichtung, des Arbeitgebers sowie der Zusammenarbeit mit anderen Sozialversicherungen unterschieden. Die sehr unterschiedlichen Antworten wurden in einzelne Gruppen unterteilt und entsprechend der Anzahl versicherter Personen gewichtet.

4.5.4.1. Vorsorgeeinrichtungen

Trotz der stetig zunehmenden Invaliditätsfälle, besteht, relativ zur Anzahl der versicherten Personen, bei mehr als der Hälfte der Befragten kein Handlungsbedarf. Interessant ist zudem, dass bei einem Anteil von 9% die Abschaffung der Berufsinvalidität genannt wird. Bei rund einem Drittel der Befragten wird Früherkennung in enger Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber und der IV bereits aktiv betrieben oder es ist eine Einführung geplant.

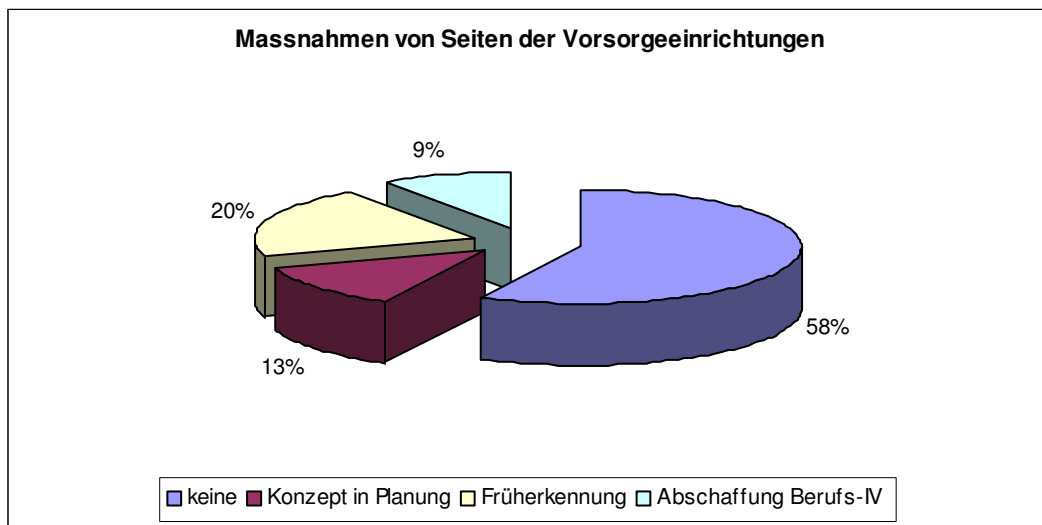


Abbildung 17 - PK-Umfrage, Massnahmen von Seiten der Vorsorgeeinrichtungen

Bei der qualitativen Beurteilung der Fragebogen zeigt sich, dass die einzelnen VE in Bezug auf ihre Zuständigkeit sehr unterschiedlicher Auffassung sind. Vor allem in Bezug auf Früherkennung scheiden sich die Geister. Einige Pensionskassen sind klar der Ansicht, dass Früherkennung alleinige Sache des Arbeitgebers ist, und sich die PK auf das Erbringen der Leistungen zu beschränken hat. Daneben arbeiten jedoch rund 1/3 der Befragten sehr eng mit dem Arbeitgeber und der IV zusammen oder haben dies zumindest geplant.

Im Weiteren ist interessant, dass einige VE primär auf der Ausgabenseite versuchen ihre Kosten in den Griff zu bekommen. So haben 9% der Befragten die Berufsinvalidität bereits abgeschafft oder planen dies zu tun. Zudem wollen einige VE vermehrt vom Beschwerderecht der Pensionskasse gegenüber der IV (siehe Punkt 4.2.3, S. 29) Gebrauch machen oder die Revision bei der IV straffer prüfen. Was bei der Umfrage nicht genannt wurde, sind Regressforderungen gegenüber Unfall- und Haftpflichtversicherer, was meiner Meinung nach, bisher von zahlreichen Vorsorgeeinrichtungen vernachlässigt wurde.

Zahlreiche VE bezeichnen bereits die Akteneinsicht in ihre Versichertendossiers als eine aktive Massnahme, was die geringe Zusammenarbeit zwischen IV und beruflicher Vorsorge widerspiegelt.

Man würde vermuten, dass sich vor allem grosse Pensionskassen mit Früherkennung auseinandersetzen. Die Auswertung zeigt jedoch, dass dem nicht so ist. Auch vergleichsweise kleine Pensionskassen arbeiten sehr eng mit dem Arbeitgeber und den IV-Stellen zusammen.

4.5.4.2. Arbeitgeber

In Abbildung 18 beschränkt sich die Auswertung auf „keine Massnahmen“ sowie „Früherkennung“. verschiedene Massnahmen eines Arbeitgebers wurden generell als Früherkennung gewertet.

Lediglich 40% der Arbeitgeber sind aktiv bestrebt Invalidität zu vermeiden. Es ist jedoch zu vermuten, dass ein grösserer Anteil der Arbeitgeber seine Verantwortung wahrnimmt. Interessant ist nicht desto trotz, dass bei einem relativ grossen Anteil keine Bestrebungen wahrgenommen werden. Im Weiteren ist festzustellen, dass zahlreiche Arbeitgeber bereits eng mit einzelnen IV-Stellen zusammenarbeiten. Dies waren ausschliesslich Arbeitgeber, welche bereits aktiv Früherkennung betreiben.

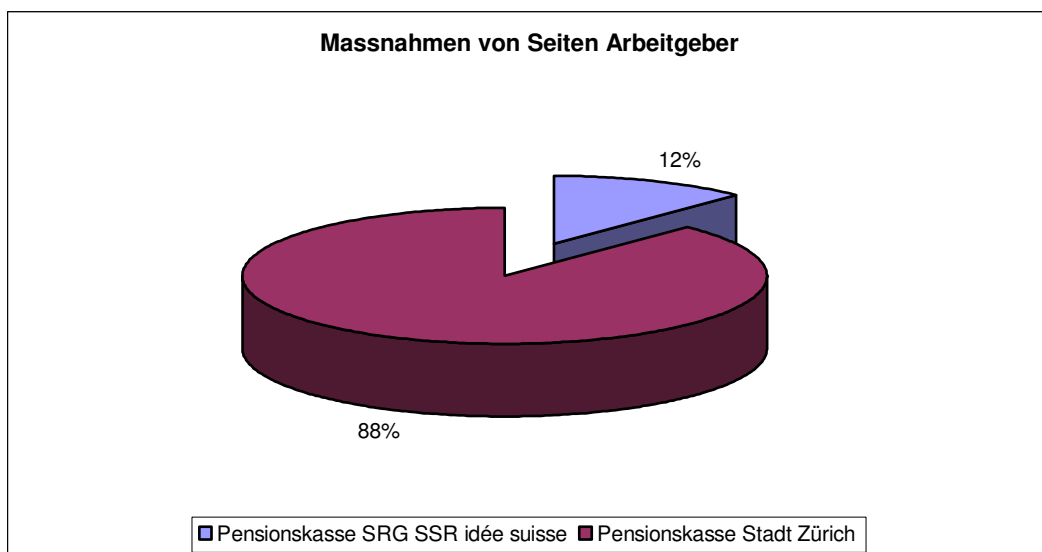


Abbildung 18 - Massnahmen von Seiten Arbeitgeber

4.5.4.3. Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern

Bei der Zusammenarbeit zwischen der beruflichen Vorsorge und anderen Leistungsträgern ist festzustellen, dass sich diese primär auf die Eidg. IV konzentriert. Bei den Unfall- und Krankentaggeld-Versicherungen besteht oft eine enge Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Arbeitgeber, sehr selten jedoch mit der Vorsorgeeinrichtung. Aus diesem Grund wird dies nachstehend nicht weiter beleuchtet.

Die Zusammenarbeit der Vorsorgeeinrichtungen mit der Eidg. IV beschränkt sich mehrheitlich auf die Leistungskoordination sowie auf Akteneinsicht gemäss ATSG. Lediglich bei knapp einem Drittel wird ein enger, aktiver Informationsaustausch hinsichtlich Wiedereingliederungs-Massnahmen gepflegt.

4.5.4.4. Vertrauensärzte

Es ist festzustellen, dass die Mehrheit der Vorsorgeeinrichtungen (Anteil 88%) mit Vertrauensärzten zusammenarbeiten. Interessant dabei ist, dass diese primär zur Prüfung eines Leistungsanspruches eingesetzt werden. Diese Prüfung findet folglich in der Regel sehr spät statt. Bei nur rund 1/3 findet eine Abklärung im Sinne der Früherkennung spätestens nach 3 Monaten Arbeitsunfähigkeit statt.

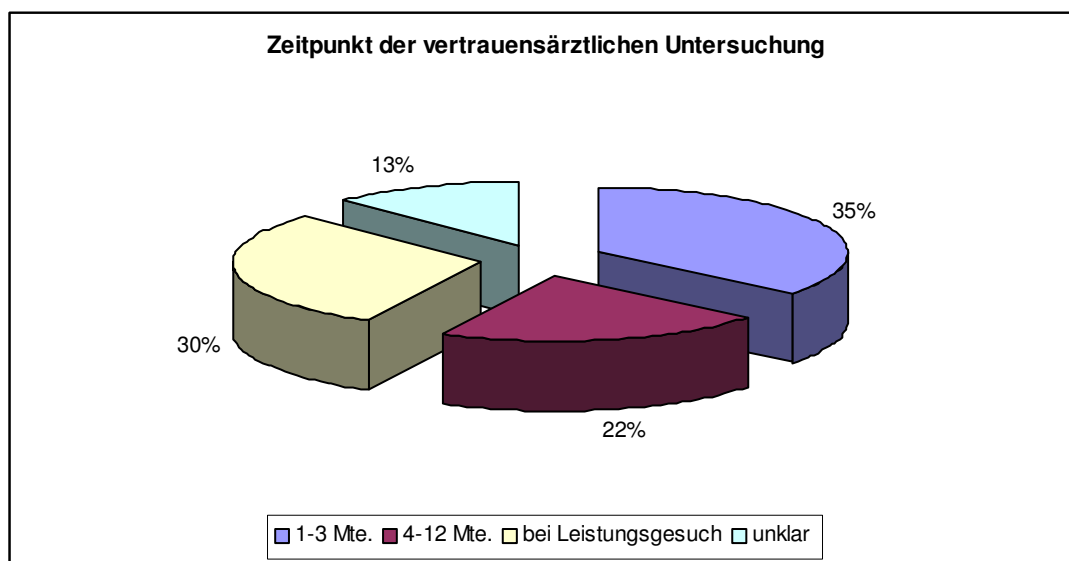


Abbildung 19 - Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Untersuchung

4.5.5. Fazit der PK Umfrage

Leider konnten aufgrund der Datenqualität vor allem im Bereich der Neurentenentwicklung sowie der Ursachen nicht die gewünschten Analysen vorgenommen werden. Folgende Punkte können festgehalten werden:

- Gleich wie bei der IV sind auch in der beruflichen Vorsorge (BV) stetig steigende Neurentenzahlen zu verzeichnen. Es ist zu vermuten, dass diese der Entwicklung der IV um ein bis zwei Jahre hinterherhinken.
- Bei Versicherten mit Alter >56 ist in der BV ein zur IV vergleichsweise hohes Invaliditätsrisiko zu verzeichnen, was mit grosser Wahrscheinlichkeit auf die Berufsinvalidität zurückzuführen ist. Damit kann auch die Abschaffung der Berufsinvalidität einzelner Pensionskassen begründet werden.
- Wie bei der IV zählen psychische Erkrankungen und Leiden des Knochen und Bewegungsapparats zu den häufigsten Invaliditätsursachen in der BV.
- Die Möglichkeiten zur Reduktion von IV-Kosten werden von den einzelnen Vorsorgeeinrichtungen sehr unterschiedlich wahrgenommen. In Bezug auf Früherkennung resp. der engen Zusammenarbeit mit Arbeitgeber und IV (*siehe Punkt 5.3.1, S. 75 resp. 5.4, S. 78*) scheiden sich die Geister der Vorsorgeeinrichtungen. Lediglich bei rund 1/3 der Pensionskassen ist Früherkennung ein Thema. Daneben sind einige Pensionskassen der Ansicht, dass dies grundsätzlich alleinige Aufgabe des Arbeitgebers sei.
- Bei knapp einem Drittel wird ein enger, aktiver Informationsaustausch mit den IV-Stellen hinsichtlich Wiedereingliederungs-Massnahmen gepflegt.
- Vertrauensärzte klären meist zu einem relativ späten Zeitpunkt, meist nach Ablauf der Krankheitslohnfrist, den Leistungsanspruch ab.
- In Bezug auf die Zusammenarbeit mit der IV beschränkt sich die Mehrheit auf das Gewähren von Akteneinsicht sowie der Leistungscoordination.
- Nur sehr wenige Pensionskassen führen eine Statistik über die Ursachen, welche zur Invalidität geführt haben.

4.6. Zusammenfassung und Bezug zur Fragestellung

Die Zunahme des Invaliditätsrisikos ist eine Entwicklung, welche bereits während der unendlich scheinenden Aktienhausse der neunziger Jahre bestanden hat. Erst die schwindenden Erträge an den Kapitalmärkten und das Fehlen des „dritten Beitragszahlers“ haben dazu geführt, dass vor allem Vorsorgeeinrichtungen gezwungen waren, ihre Risikoprämien den effektiven Umständen anzupassen. Neben den stark rückläufigen Erträgen an den Finanzmärkten und der zunehmenden Lebenserwartung dürfte die starke Zunahme der Invalidisierung die dritte Ursache für die schlechte Lage vieler Pensionskassen sein.

Aufgrund der Bindewirkung stehen Vorsorgeeinrichtungen in einer sehr starken Abhängigkeit zur Eidg. Invalidenversicherung und übernehmen daher in der Regel einen Grossteil der entstehenden Invaliditätskosten. Das Rechenbeispiel unter Punkt 4.4.1 zeigt, welche enormen Kosten durch eine Invalidisierung verursacht werden. Bereits die Vermeidung eines IV-Falles würde bereits beträchtliche Aufwendungen für Gegenmassnahmen rechtfertigen.

Aus Sicht der Vorsorgeeinrichtungen stellt sich nun die Frage, welche Massnahmen können zur Deckung der IV-Kosten getroffen werden. Meiner Meinung nach, können diese in folgende vier sich gegenseitig beeinflussende Bereiche unterteilt werden:

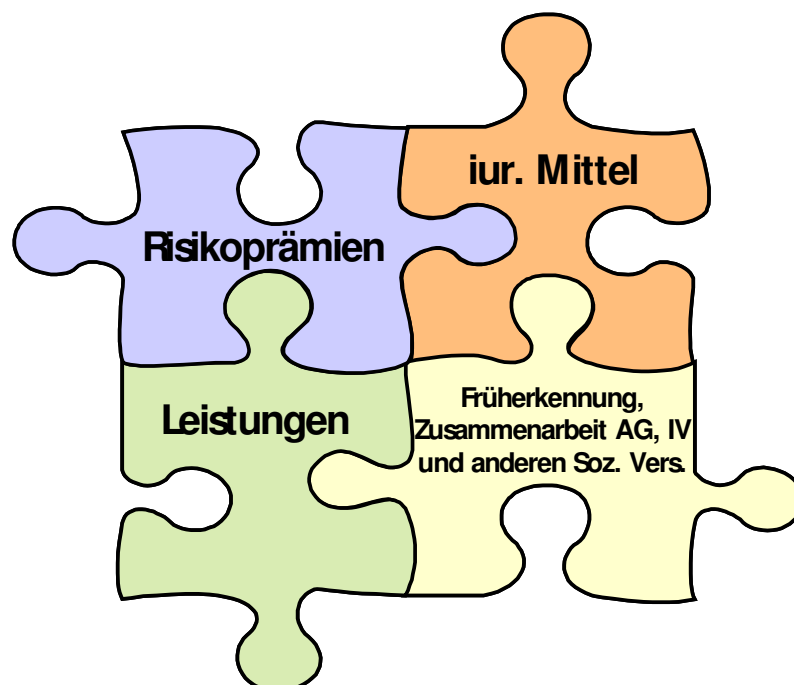


Abbildung 20 - Variablen zur Deckung der IV-Kosten

Quelle: eigene Grafik

Die PK-Umfrage zeigt, dass die befragten Vorsorgeeinrichtungen im Bereich Früherkennung sehr unterschiedlich aktiv sind und sich ein Grossteil der Pensionskassen auf die Variablen „Risikoprämien“ und „Leistungen“ beschränkt.

In Bezug auf das Ergreifen von juristischen Mitteln (Beschwerde gegen IV-Verfügung, Regress gegen Unfall- oder Haftpflichtversicherer) waren die meisten VE bisher eher zurückhaltend, sodass in diesem Bereich bei verschiedenen Pensionskassen Sparpotential zu erwarten ist. Diese Thematik wird in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht behandelt.

Die PK-Umfrage hat die Frage aufgeworfen, ob der Bereich der Früherkennung resp. die enge Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber sowie der IV zu den Aufgaben einer Pensionskasse zählen kann.

Meiner Meinung nach, ist Früherkennung nicht alleinige Aufgabe des Arbeitgebers. Es ist sicher richtig, dass der Arbeitgeber am nächsten beim Versicherten ist und folglich für Prävention sowie Absenzenmanagement zuständig ist. Von Seiten der Pensionskasse ist jedoch zu prüfen, inwieweit der Arbeitgeber bei der Erkennung und Vermeidung von Langzeitabsenzen unterstützt werden kann. Im Weiteren ist auch die Zusammenarbeit mit der IV zu überdenken. Diese darf sich nicht auf das Gewähren von Akteneinsicht sowie auf die Leistungskoordination beschränken. - Wie Früherkennung aus Sicht der Pensionskasse umgesetzt werden soll, wird in Kapitel 5 vorgestellt.

5. Massnahmen zur Reduktion von Invaliditätsfällen

Im folgenden Kapitel werden geplante sowie konkrete Massnahmen zur Reduktion von Invaliditätsfällen aufgezeigt. Bei der Darstellung dieser Massnahmen richtet sich der Fokus auf die frühzeitige Erkennung resp. die Vermeidung von Langzeitarbeitsunfähigkeit. Die dargestellten Massnahmen sind nicht als abschliessende Aufzählung zu verstehen. Sie sollen dem Leser vielmehr einen Einblick in verschiedene Ansatzpunkte geben, in welchen eine Pensionskasse aktiv sein kann.

Obschon das Handeln des Arbeitgebers sowie der IV nur bedingt von der beruflichen Vorsorge beeinflusst werden kann, sind einzelne Kapitel diesen Partnern gewidmet. Dies ist damit zu begründen, dass Arbeitgeber und IV sehr eng mit der beruflichen Vorsorge verbunden sind und Lösungsansätze vor allem in der Zusammenarbeit zu suchen sind.

In der nachstehenden Grafik sind die Leistungsträger einer Invalidität dargestellt. Betrachtet man den Informationsfluss, so wird heute zuerst der Taggeldversicherer sowie der BVG-Versicherer vom Arbeitgeber über eine Arbeitsunfähigkeit informiert. In der Regel wird die IV erst am Schluss in den Fall involviert.

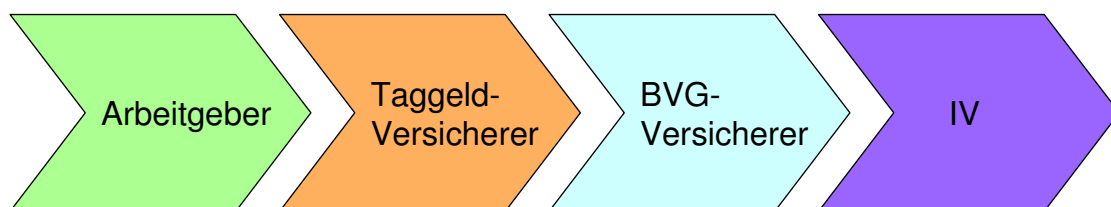


Abbildung 21 - IV-Leistungsträger

Quelle: eigene Grafik

Entsprechend diesem Prozess gliedert sich das folgende Kapitel. Zunächst wird im Folgenden auf Themen im Zusammenhang mit dem Arbeitgeber eingegangen.

5.1. Absenzen- / Case Management

In Zusammenhang mit der Vermeidung von neuen Invaliditätsfällen ist Absenzen- und Case Management in aller Munde. Im folgenden Kapitel soll zum Ausdruck kommen, was diese Begrifflichkeiten genau bedeuten und wie sie in der Praxis umgesetzt werden.

Die nachstehende Grafik veranschaulicht, dass zum Einsatz von Case Management ein wirksames Absenzen-Management vorhanden sein muss.

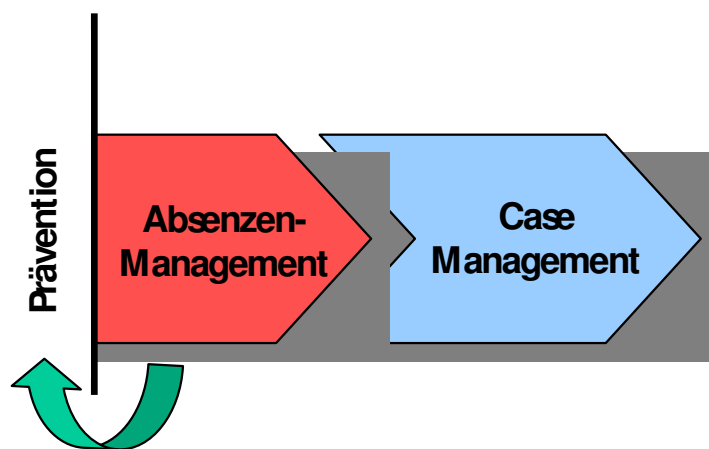


Abbildung 22 - Absenzen- / Case Management

Quelle: SIZ Care AG

Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel zunächst auf die Thematik Absenzen-Management und anschliessend auf die Grenzen und Möglichkeiten von Case Management eingegangen.

5.1.1. Interview, Kurt Mettler, SIZ Care AG, Zürich

Im Rahmen eines Interviews soll dargestellt werden, wie Absenzen-Management in der Praxis funktioniert und welche Chancen und Schwierigkeiten damit verbunden sind.

Ich hatte Gelegenheit, mit Herrn Kurt Mettler, Mitglied der Geschäftsleitung SIZ Care AG, ein sehr interessantes Gespräch zu führen.

Welche Leistungen bietet die SIZ Care AG an?

Die SIZ Care AG betreibt Absenzen-Management und macht Abklärungen im Auftrag von Unternehmen, für Versicherungen und Pensionskassen. Ihre Haupttätigkeit besteht darin, Personen, die wegen Krankheit oder Unfall lange Zeit vom Arbeitsplatz abwesend sind, mit unabhängigen Spezialisten zu betreuen und dadurch für Arbeitgeber, Versicherer und erkrankte Person einen Nutzen zu schaffen.

Die Unternehmer haben das Ziel, die Abwesenheitsquote und die Kosten zu senken. Für die Versicherungen, meist Taggeldversicherer, erledigen wir Abklärungen im Sinne eines Aussendienstes. Dabei vervollständigen wir Informationen und klären als unabhängiger Partner den Stand der Leistungspflicht ab.



Bei den Pensionskassen muss ein Umdenken von der Zahlstelle zur aktiven Schadensbearbeitung stattfinden.

Kurt Mettler

Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Ihnen, Arbeitgeber, Versicherungen und weiteren Personen in der Praxis aus?

Unsere Philosophie ist es, möglichst früh von der Arbeitsunfähigkeit eines Arbeitnehmers Kenntnis zu haben. Aus diesem Grund muss das Unternehmen ein Instrument haben, um seine Absenzen kontrollieren zu können. Daher fragen wir den Arbeitgeber auch immer, wie die Absenzen geführt werden. Es gibt zahlreiche Unternehmungen, welche erst nach 3-4 Wochen wissen, dass jemand arbeitsunfähig ist. Aus diesem Grund haben wir

ein Internettool geschaffen, mit welchem die Arbeitgeber sehr einfach die Absenzen erfassen und uns diese direkt übermitteln können.

Wir haben mit dem Kunden sehr unterschiedliche Vereinbarungen. So telefonieren wir bsp. dem Versicherten nach 10 Tagen Abwesenheit oder besuchen ihn nach 30 Tagen.

Bei einem Besuch des Versicherten soll die aktuelle Situation abgeklärt werden. Es gilt abzuklären, wo besteht Handlungsbedarf. Wenn mir jemand sagt, ich habe einen sehr guten Kontakt zu meinem Arbeitgeber, dann ist klar, dass eher weniger unternommen werden muss. Hingegen gibt es zahlreiche Fälle, in welchen seit 3 Wochen kein Kontakt mehr mit dem Arbeitgeber besteht und sich die Betroffenen auch nicht trauen, diesen von sich aus aufzunehmen. Von aussen besteht oft der Eindruck, dass sämtliche involvierten Personen miteinander sprechen. Doch oft entspricht dies nicht der Tatsache.

Neben dem Arbeitgeber versuchen wir auch mit dem entsprechenden Taggeldversicherer eine Zusammenarbeits-Vereinbarung zu treffen. Wenn wir bsp. beim Besuch eines Arbeitnehmers erkennen, dass eine längere Arbeitsunfähigkeit zu erwarten ist, verfassen wir mit Orientierung des Arbeitnehmers einen Bericht zuhanden des Krankentaggeld-Versicherers. Diese Vereinbarung kann auch beinhalten, dass wir dem Arbeitgeber von uns aus anbieten können, der Arbeitnehmer kommt in den nächsten 2 Wochen versuchsweise 2 h pro Tag und die Kosten werden vom KTG-Versicherer übernommen.

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und dem behandelnden Arzt?

Wenn wir im Gespräch mit dem Mitarbeiter erkennen, dass wir in Bezug auf seine Arbeitsfähigkeit detaillierte Angaben seines behandelnden Arztes benötigen, dann bitten wir den Betroffenen eine Vollmachtserklärung zu unterschreiben. Damit haben wir die Möglichkeit uns direkt mit dem behandelnden Arzt in Verbindung zu setzen. In vielen Fällen verweist der Betroffene von sich aus auf seinen behandelnden Arzt.

Aus meiner Sicht besteht zwischen Arzt und Arbeitgeber ein grosses Problemfeld. Grundsätzlich hat der behandelnde Arzt ein Auftragsverhältnis mit seinem Patienten. Seine primäre Aufgabe ist es, das Leiden seines Patienten zu lindern und nicht die Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen. Die Arbeitsunfähigkeit bestimmt er lediglich aufgrund der arbeitsrechtlichen Pflicht des Arbeitnehmers gegenüber dem Arbeitgeber.

Oft ist es dem behandelnden Arzt jedoch nicht möglich zu beurteilen, ob und in welchem Umfang der Patient seine Tätigkeit ausführen kann. Wenn vom Arzt erwartet wird, dass dieser die Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers beurteilen soll, dann müssen dem Arzt auch Angaben über die genaue Tätigkeit des Patienten gemacht werden.

Als Vertreter des Arbeitgebers nehmen wir mit dem Arzt Kontakt auf und stellen ihm diese Informationen (z.B. Arbeitsplatzbeschreibung) zur Verfügung. Aufgrund dieser Angaben soll der Arzt beurteilen, wie lange die Arbeitsunfähigkeit andauern wird. Oftmals wird die Arbeitsunfähigkeit auf dieser Informationsgrundlage ganz anders beurteilt.

Den Ärzten muss bewusst gemacht werden, welche Auswirkungen die Ausstellung eines Arbeitsunfähigkeitszeugnisses haben kann. – Kürzlich hatte ich ein Gespräch mit einem Arzt. Der Arbeitgeber war der Ansicht, dass der Betroffene seine Arbeit wenigstens in einem reduzierten Umfang ausüben könnte. Dabei sagte mir der Arzt, dass er auch dieser Ansicht sei, jedoch eine Arbeitsunfähigkeit bestätige, weil er davon ausgehe, dass dem Patienten bei Arbeitsaufnahme gekündigt werde.

Ich musste den Arzt vom Gegenteil überzeugen. Wenn der Patient über längere Zeit seine Arbeitsfähigkeit nicht steigern kann, so ist der Arbeitgeber gezwungen, einen neuen Mitarbeiter zu rekrutieren und wird nach Ablauf der Sperrfrist das Arbeitsverhältnis auflösen. Bei einer wenigstens teilweisen Arbeitsaufnahme könnte dies verhindert werden.

Wenn ein Arzt eine Arbeitsunfähigkeit nicht genau bestimmen kann, sollte er durch Einwilligung des Patienten die Möglichkeit haben, sich beim Arbeitgeber nach der genauen Tätigkeit erkundigen zu können.

Aus welchen Gründen ist das Thema Absenzen-Management zurzeit so aktuell?

Wenn wir vor 5 Jahren Absenzen-Management bei den Unternehmungen vorgestellt haben, so gaben diese unisono zur Antwort, dass sie ihre Absenzen im Griff hätten. Früher wollten die Arbeitgeber bei einer Arbeitsunfähigkeit ihr Personalbudget möglichst entlasten. Sie haben dabei aber nicht mitberücksichtigt, dass sich langfristig die Krankentaggeld- und BVG-Prämien erhöhen. Heute hat sich dies geändert. Unter dem Druck der stetigen Prämien erhöhungen kommen sehr viele Unternehmungen von sich aus, auf uns zu. Aufgrund der starken Börse waren vor allem BVG-Versicherer nicht gezwungen, ihre Risikoprämien dem effektiven Schadensverlauf anzupassen.

Aus welchem Grund soll eine Unternehmung dieses Know-how nicht selbst aufbauen?

Es gibt zahlreiche Unternehmungen, welche dies selbst aufbauen wollen. Man darf sich aber nicht der Illusion hingeben, dass Absenzen-Management nebenbei von der Linie oder der Personalabteilung wahrgenommen werden kann. Zudem ist bei rund einem Drittel der Fälle der Arbeitgeber für die Arbeitsunfähigkeit mitverantwortlich. – Sprich, wenn ich ein Problem mit meinem Chef habe, so ist es schwierig, dieses mit ihm zu besprechen.

Oftmals fehlt auch die Vertrauensbasis. In solchen Fällen bin ich der Ansicht, wird eine Vermittlerrolle benötigt, welche die Parteien an einen Tisch bringt und versucht, gemeinsam konstruktive Lösungen zu erarbeiten.

Bevor wir mit einem Arbeitgeber zusammenarbeiten, wird die gesamte Belegschaft von der Geschäftsleitung über unsere Tätigkeit informiert. Es muss verhindert werden, dass wir als Polizei oder Kontrollstelle wahrgenommen werden. Rund 90% der Mitarbeiter sind froh, dass sie eine Ansprechperson haben, mit der sie reden können. Es wird niemand gezwungen mit uns zusammenzuarbeiten. Dem Mitarbeiter ist freigestellt, welche Informationen er uns anvertrauen möchte. Trotzdem ist es jeweils erstaunlich, wie offen die Betroffenen über ihre Probleme sprechen.

Unsere Tätigkeit spricht sich im Unternehmen herum, und es ist wichtig eine Vertrauensbasis schaffen zu können.

Wie arbeiten Sie bei einer Umplatzierung konkret mit dem Arbeitgeber zusammen?

Wenn aus medizinischer Sicht eine Umplatzierung angezeigt ist, suchen wir das Gespräch mit dem Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Wichtig ist auch die Bereitschaft des Mitarbeiters selbst.

Es gilt auch abzuklären, ob der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis überhaupt fortsetzen will. Für den Betroffenen ist es sehr wichtig, seine genaue Situa-

tion zu kennen. Wenn der Arbeitgeber keine angepasste Stelle anbieten kann und das Arbeitsverhältnis auflösen möchte, so soll dies klar kommuniziert werden. In einigen Fällen kann jedoch mit dem Arbeitgeber eine angepasste Tätigkeit gefunden werden.

Oftmals ist es auch sinnvoll, dem Arbeitgeber konkret aufzuzeigen, welche indirekten Kosten durch einen schlechten „Risikoverlauf“ entstehen. Den Arbeitgeber interessiert es nicht, welche Schadenssumme bsp. beim BVG-Versicherer entsteht. Ihn interessiert wohl aber, welche Risikoprämie daraus resultiert. Mit diesen Argumenten lässt sich ein Arbeitgeber oftmals betreffend Versetzungsmöglichkeiten umstimmen.

Welche Erfahrungen haben Sie bisher in der Zusammenarbeit mit Pensionskassen gemacht?

Bei den Pensionskassen muss ein klares Umdenken von der Zahlstelle zur aktiven Schadensbearbeitung stattfinden. Es kann nicht mehr gewartet werden, bis die Verfügung der IV-Stelle eintrifft und dies zur Berechnung der Rente sowie der Schadenssumme führt.

Bei einigen Vorsorgeeinrichtungen, vor allem bei grossen Sammelstiftungen haben wir die Erfahrung gemacht, dass sich die jeweiligen

Schadensabteilungen als reine Zahlstellen verstehen und noch nicht darauf ausgerichtet sind Massnahmen zu ergreifen. Bei diesen Vorsorgeeinrichtungen macht es daher auch wenig Sinn, sie frühzeitig einzubinden. Sehr gute Erfahrungen haben wir bsp. mit Providentia gemacht.

Damit Früherkennung bei den Pensionskassen funktionieren kann, muss zuerst ein Sinneswandel stattfinden. Anstelle sich möglichst früh bei der Entstehung einer Arbeitsunfähigkeit einzuschalten, haben vor allem Sammelstiftungen bei der Einführung des ATSG und der damit verbundenen Einsprachemöglichkeit gegen die Eidg. IV. angekündigt, sie würden ihre Rechtsabteilungen vergrössern, um Leistungsfälle abzuweisen.

Ich bin überzeugt, dass in diesem Bereich ein Umdenken stattfinden wird. Durch die guten Börsenjahre war jedoch der entsprechende Handlungsbedarf nicht vorhanden. Wenn heute der finanzielle Druck genügend gross ist und man gezwungen ist, Massnahmen zu ergreifen, dann bin ich überzeugt, dass zahlreiche Pensionskassen ihre Denkweise ändern werden.

Grundsätzlich sollen unsere Empfehlungen dem BVG-Versicherer als Entscheidungsgrundlage dienen. Bsp. Providentia möchte klar von uns wissen, in welchen Fällen ein Reintegrationspotential besteht und in welchen nicht.

5.1.2. Case Management

Case Management – ein nützliches Instrument oder eine Modeerscheinung?⁶³ - Was heisst Case Management und wie funktioniert es in Theorie und Praxis? Dieser Frage soll im Folgenden nachgegangen werden.

5.1.2.1. Definition Case Management

Der Begriff Case Management importierte der deutschsprachige Raum in den 70er Jahren aus den USA. Die Wurzel liegt in der methodischen Einstellung zur Sozialarbeit. In den 80er Jahren fasste Case Management bei uns im Versorgungsbereich der Medizin und Pflege Fuss.

Fragen der „Sozialen Sicherheit“, Kostenexplosion im Gesundheitswesen und Sozialdienst, immer komplexer werdende Problemlagen usw. liessen Ende der 90er Jahre und heute neue Arbeitsfelder für das Case Management zu. Der methodische Handlungsansatz von Case Management etabliert sich aktuell als inte-

⁶³ Vgl. Ruckstuhl Thomas, Case Management und die Versicherungswelt Schweiz, 2004

ressantes Konzept. Begrifflich bewegen wir uns ein wenig auf Glatteis, was die erste Schweizerische Case-Management-Tagung aufzeigte⁶⁴.

Isolierte Prozessabläufe sind für unser Gesundheitswesen typisch. Ärzte sprechen nicht mit den Arbeitgebern, Führungskräfte nicht mit den arbeitsunfähigen Mitarbeitern und Versicherungen wiederum nicht mit den Ärzten. Alle Beteiligten arbeiten im Interesse des Patienten, aber isoliert voneinander. An dieser Stelle kommt nun der Case Manager ins Spiel. Er versucht die verschiedenen Interessen zu koordinieren und beschleunigt den Prozess der Genesung und Reintegration am Arbeitsplatz.

Oft ist, wo Case Management drauf steht, Case Management nicht drin. Diese Aussage verlangt nach einer Definition von Case Management. Eine für alle Wechselfälle passende Definition gibt es jedoch nicht. Je nach Perspektive finden sich in der Literatur verschiedene Definitionen.

Die Case Management Society of America (CSMA) definiert⁶⁵:

„Case Management ist ein kooperativer Prozess der Zusammenarbeit, in dem Versorgungsangelegenheiten und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Patienten (Nutzers) mittels Kommunikation und verfügbaren Ressourcen abzudecken.“

In Anlehnung an Ewers⁶⁶ definiert das Netzwerk Case Management Schweiz⁶⁷ in vereinfachter Form:

„Case Management ist eine Betreuungsmethode im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. Sie soll bei komplexen Fragestellungen und hohem Koordinationsbedarf im Einzelfall Qualität und Effizienz der Betreuung in Abstimmung mit den Bedürfnissen der betreuten Menschen optimieren.“

⁶⁴ Vgl. Case-Management-Tagung vom 17. September 2003, www.netzwerk-cm.ch, Abruf: 5.5.2005

⁶⁵ www.perspectiven.ch, Abruf: 15.6.2005

⁶⁶ Vgl. Ewers Michael, Case Management in Theorie und Praxis, Bern, 2000

⁶⁷ www.netzwerk-cm.ch, Abruf: 5.5.2005

5.1.3. Phasen des Case Management

Unternehmen, die soziale Verantwortung mittragen wollen, kennen die Absenzenrate ihrer Mitarbeitenden. In beider Interesse versuchen sie möglichst bald bei drohenden Langzeitabsenzen einzugreifen und ihre Arbeitnehmer in den Arbeitsprozess zu reintegrieren. Die Zusammenarbeit zwischen Arzt, Arbeitgeber, Leistungsträger, Familie usw. zeigt sich oft als schwieriges Unterfangen. Der Case Manager ermöglicht und erleichtert diese Zusammenarbeit⁶⁸.

Das Moto lautet: „Alle ziehen am gleichen Strick in die selbe Richtung!“ Um dieses Ziel erreichen zu können, muss der Case Manager von den mitinvolvierten Stellen akzeptiert werden. Dies setzt ein hohes Mass an Diplomatie, Verhandlungsgeschick und Überzeugungsvermögen voraus. Die Zusammenarbeit basiert schliesslich auf freiwilliger Basis. Niemand ist dazu verpflichtet, sich von einem Case Manager „koordinieren“ zu lassen.

In Anlehnung an Neuffer⁶⁹ kann der Ablauf eines professionellen Case Management wie folgt skizziert werden:

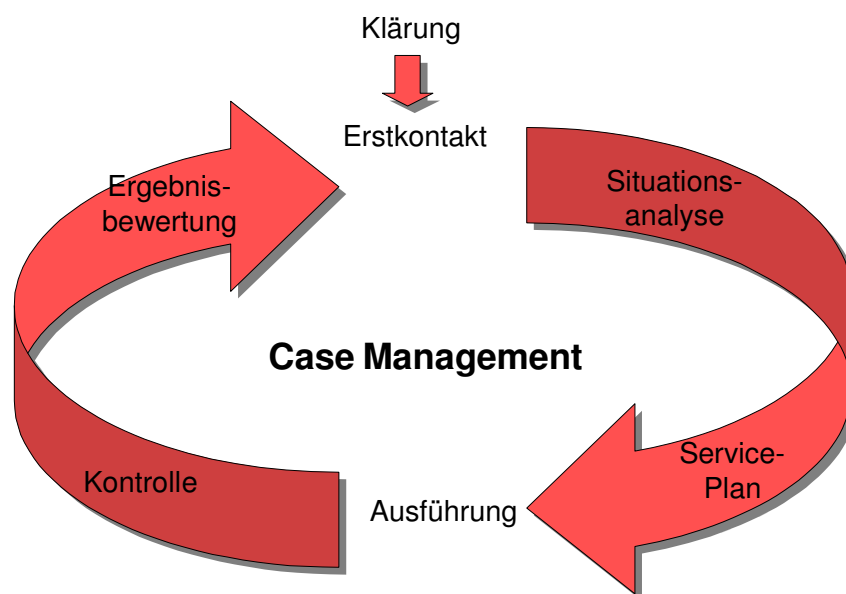


Abbildung 23 - Phasen des Case Managements

Quelle: vgl. Neuffer 2002

⁶⁸ www.cmsa.org, Abruf: 5.5.2005

⁶⁹ Vgl. Neuffer Manfred, Case Management, Soziale Arbeit im Einzelnen und Familien, 2002

5.1.3.1. Klärung

Die Klärung positioniert mit Triageparametern jene Zielerreichungsprozesse, bei denen das Instrument Case Management eingesetzt werden kann. Dieser frühzeitigen Filterfunktion kommt eine entscheidende Bedeutung zu. In der Praxis soll diese Aufgabe durch erfahrene Spezialisten wahrgenommen werden.

5.1.3.2. Erstkontakt

Aufgrund einer positiven Bewertung entsteht ein erster Kontakt zwischen dem Versicherten und Case Manager. In einem ersten Schritt werden die Erwartungen des Versicherten ermittelt. Die gewonnenen Informationen werden geordnet und bewertet. Diese Prüfung muss Antworten zu Art und Dringlichkeit der Massnahmen liefern.

5.1.3.3. Situationsanalyse

Systematisch wird die Situation des Versicherten analysiert:

- Problemschilderung (Fakten – Vermutungen – Hypothesen)
- Wurzel und Auslöser des Problems
- Skizzierung des Personen- und Beziehungsgeflechts
- Bestehende Ressourcen (Gesundheit / Familie / Arbeit / Finanzen / Wohnen / Umfeld)
- Biographie / Anamnese (Lebens- / Arbeitsphäre)
- Energiestatus (Motivation / Emotion / Kooperation)

Aus dieser Situationsanalyse prüfen Versicherter und Case Manager gemeinsam:

- Art des Auftrages inkl. Zuständigkeit
- Zu lösendes Problem (Hauptproblem / Nebenproblem)
- Gefährdungsgrundlage, Dringlichkeit und Notwendigkeit des Handelns
- Prioritäten
- Ressourcenprüfung und Einbezug des Netzwerks
- Hindernisse

Das Ergebnis dieser Situationsanalyse führt zu einer gemeinsamen Zielorientierung. Die Visionen werden auf die Realität bezogen und für einen bestimmten Zeithorizont formuliert. Die Zielakzeptanz, der Veränderungswille, die Motivation und Energie des Versicherten ist hier von entscheidender Bedeutung.

5.1.3.4.Service-Plan

Die Planungsphase erfolgt in mehreren Schritten:

- **Zielformulierung**

Der realisierbare, prüfbare und erwünschte Zustand wird gemeinsam (Versicherter und Case Manager) als Zukunftsperspektive formuliert.

- **Zielterminierung und Zielstruktur**

Grundsatzziel bildet der in entfernter Zukunft liegende Idealzustand (Langzeitwirkung). Dieser Idealzustand wird in inhaltlich und zeitlich gegliederte Rahmen- und Handlungsziele fixiert (Risikoanalyse / Zwischen- und Teilziele / Alternativziele).

- **Hilfebedarf – Massnahmen**

Die Zielformulierung zeigt den notwendigen Bedarf bzw. den fehlenden Hilfebedarf. Es gilt die erforderlichen Schritte zeitlich und inhaltlich in einem transparenten Hilfe- / Massnahmenplan aufeinander abzustimmen.

- **Hilfeplan / Hilfevertrag**

Ziele, Massnahmen, Handlungsplan und Messpunkte werden schriftlich formuliert (Kontrakt). Die gegenseitige, übereinstimmende Zielformulierung mit Lösungsprozess muss transparent werden. Handlungsschritte und Verantwortlichkeiten werden verbindlich zugeordnet.

5.1.3.5.Ausführung

Der Hilfeplan wird umgesetzt. – Der Case Manager knüpft das Netzwerk aller am Hilfeprozess Beteiligten (Linking). Er koordiniert die Leistungen und Anbieter, verhandelt, findet Konsens und Kooperationsbasen, regelt verbindlich die Ausführungsdetails der Handlungsschritte.

5.1.3.6. Periodische Ergebnisbewertung

Der Interventionsablauf wird im Monitoring laufend überprüft, analysiert und bewertet. Der Case Manager verfolgt kritisch die Einhaltung des Massnahmenplans und prüft die Erfüllung der formulierten Teil- und Zwischenziele. Läuft der Hilfeprozess ausserhalb der gesetzten Leitplanken muss der Case Manager reagieren und steuernd eingreifen.

5.1.3.7. Ergebnisbewertung

Nach Abschluss des gesamten Problemlösungsprozesses wird der Nutzen des Case Managements geprüft und bewertet. Die Evaluation gibt Auskunft zur Wirksamkeit der Arbeit, der eingesetzten Mittel und zeigt den notwendigen Ressourcenbedarf. Die Evaluation soll sorgfältig geplant sein, sie basiert auf dem Fundament von formulierten und prüfbaren Zielen. Detaillierte Informationen zum Evaluationsprozess unter der Fussnote⁷⁰.

5.1.4. Rolle und Aufgaben des Case Managers

Der Klient erhält zusammen mit dem Case Manager eine zentrale Funktion. Ihnen obliegt es nun, mit den Beteiligten in Kontakt zu treten und den ganzen Hilfsprozess zu steuern. Dies geschieht durch ständige Absprachen zwischen und mit den Beteiligten.

Im ganzen Rehabilitations- und Koordinationsprozess übernimmt der Case Manager Stellvertretung für den Versicherten die Leitfunktion. Der Case Manager kann als Prozessverantwortlicher bezeichnet werden (*Siehe Abbildung 24*). Im dargestellten Prozess werden die jeweils notwendigen Partner hinzugezogen und haben die Rolle von Spezialisten inne. Bildlich gesehen könnte man von einem Fließband sprechen, an welchem die Spezialisten stehen und der Case Manager in Zusammenarbeit mit dem Klienten entscheidet, wann, wo und wie sie zum Einsatz kommen. Wendt beschreibt diese Rolle des Case Managers als die des Versorgungsmanagers (gate-keeper) und Dienstemakler (broker).⁷¹

⁷⁰ Evaluationsstandards - www.perspectiven.ch/download/standards.pdf, Abruf: 5.5.2005

Leitfaden zur zielgeführten Evaluation - www.perspectiven.ch/download/QS_29.pdf, Abruf: 5.5.2005

Evaluation und Qualitätssicherung - www.perspectiven.ch/download/QS_1.pdf, Abruf: 5.5.2005

⁷¹ Vgl. Wendt, 2001, S. 145

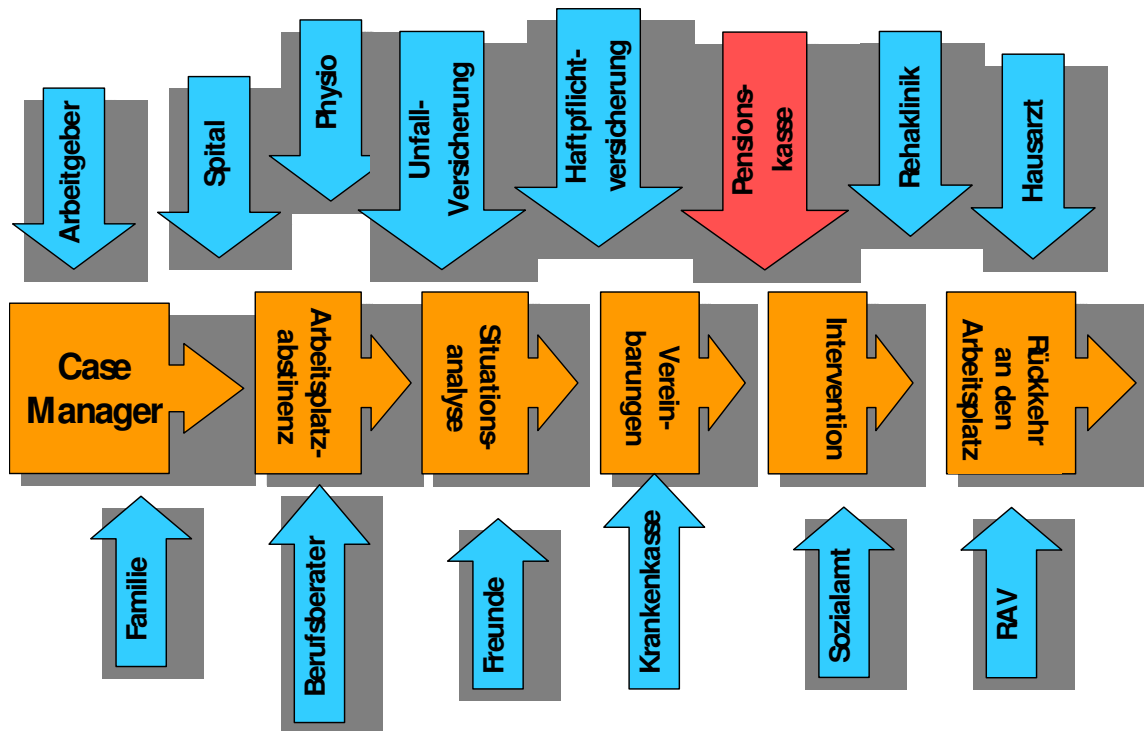


Abbildung 24 - Case Management als Prozess

Quelle: Vgl. Leuthold 2003

Der Case Manager arbeitet allparteilich und unabhängig, was bedeutet, dass er sowohl die Situation des Versicherten, der Gesellschaft als auch der Leistungszahler berücksichtigt und versucht, all den unterschiedlichen Interessen in einem konsensualen Prozess gerecht zu werden. Weiter übt der Case Manager die Funktion eines Beraters für den Klienten aus. Durch lösungsorientierte Gesprächsführung wird der Versicherte nach seinen Wünschen und Zielen befragt. Anschliessend wird geprüft, ob diese realistisch und umsetzbar sind. Die Intervention soll in kleine Schritte aufgeteilt werden. Dabei können die Ziele so formuliert werden, dass sie für den Versicherten überprüfbar und selbst initiiert sind. Die Ressourcen des Versicherten und seiner Umwelt sollen erkannt und gestärkt werden.

5.1.5. Interview mit Esther Baldegger, Case Managerin, Rehafirst AG, Zürich

Die Firma Rehafirst AG ist ein Netzwerk mit der Kernkompetenz Invaliditätsvermeidung und aktive Reintegration. Rehafirst engagiert sich dafür, dass Menschen, die von Invalidität bedroht oder betroffen sind, beruflich, gesundheitlich und sozial integriert bleiben respektive reintegriert werden⁷².

Im Rahmen eines Interviews mit Frau Esther Baldegger hatte ich Gelegenheit mehr über die praktische Tätigkeit einer Case Managerin zu erfahren. In diesem Gespräch sollten neben den Möglichkeiten auch die Grenzen von Case Management aufgezeigt werden. Zu diesem Zweck werden nachstehend ein erfolgreicher als auch ein „missglückter“ Fall geschildert.

Esther Baldegger-Thut, diplomierte Pflegeexpertin und Erwachsenenbildnerin, arbeitet seit Sommer 2004 in einem Teilzeit-Pensum für Rehafirst. Sie unterstützt Menschen mit einem gesundheitlichen Handicap bei der beruflichen, sozialen und gesundheitlichen (Re-) Integration.

Frau Baldegger, in welchem Stadium wird Ihre Dienstleistung in Anspruch genommen? Hat sich das Leiden des Klienten zu diesem Zeitpunkt meist bereits chronifiziert, so dass Massnahmen nur sehr schwierig ergriffen werden können?

Zentral bei meiner Arbeit ist, dass jeder einzelne Fall individuell ist. Es gibt Klienten, bei denen kann auch nach 4 Jahren noch eine berufliche Perspektive entwickelt werden und in anderen Fällen ist CM trotz früher Intervention erfolglos. Grundsätzlich kann man jedoch sagen: Je früher desto besser!



Case Management: Je früher desto besser!

Esther Baldegger-Thut

⁷² vgl. www.rehafirst.ch

Grundsätzlich ist es ein Handicap, wenn Leute nicht mehr in einem Arbeitsprozess integriert sind. Bei all jenen, die trotz Krankheit ihren Arbeitsplatz noch haben, ist es viel einfacher, wieder eine Bindung an den „alten“ Arbeitsplatz herzustellen. Zentraler Punkt ist das Absenzenmanagement in einem Betrieb. Die einzelnen Fälle müssen möglichst früh erkannt werden.

Wie gelangen Ihre Klienten zu Ihnen? – Ist es der Arbeitgeber, Arzt oder Versicherungen, welche eine arbeitsunfähige Person zu Ihnen schickt?

Dies sind hauptsächlich Überweisungen von Unfallversicherer, Pensionskassen, grössere Arbeitgebern aber auch Juristen - oder die Klienten melden sich selbst.

Gibt es Arbeitgeber mit denen Sie regelmässig zusammenarbeiten?

Ja, wir arbeiten mit einigen grossen Arbeitgebern zusammen, wie z.B. der Stadt Zürich, Kanton Zürich – und haben Kontakte zur Stadt Bern und Basel.

Juristen wird oft vorgeworfen, Sie würden um jeden Preis versuchen, für ihre Klienten eine IV-Rente herauszuschlagen. Weshalb werden Ihnen auch von Juristen Klienten zugewiesen?

Dies würde ich nicht pauschal sagen. In dieser Hinsicht hat bestimmt auch ein Umdenken stattgefunden: „Rente allein macht nicht glücklich“. - Häufig sehen Juristen primär nur ihren juristischen Teil und übersehen die weit reichenden Folgen, die ein Unfallereignis oder eine Krankheit haben kann. Oft handelt es sich um Probleme, welche Juristen nicht lösen resp. beraten können.

Fall 1 – CM erfolgreich

Könnten Sie kurz einen Fall schildern, bei dem der Einsatz von CM erfolgreich war.

Frau S., 55 Jahre, habe ich im November 2004 übernommen. Sie hatte ein halbes Jahr nach einem Unfall einen gesundheitlichen Zusammenbruch und wurde zu 100% arbeitsunfähig erklärt. Dieser Fall wurde mir von der Unfallversicherung Stadt Zürich zugewiesen.

Zunächst wurde mit der Versicherten abgeklärt, ob sie mit einem CM einverstanden sei. Danach habe ich mit ihr einen Termin für ein Erstgespräch vereinbart. In diesem Erstgespräch habe ich sehr rasch festgestellt, dass ich eine sehr differenziert denkende, feinfühligere Frau vor mir habe. In diesem zweistündigen Gespräch habe ich sehr viel über ihre Person und ihr Leben erfahren.

Zu diesem Zeitpunkt wirkte Frau S. auf mich sehr verletzlich. Sie hatte während mehreren Wochen keinen Kontakt mehr zu ihrem Arbeitsplatz, den sie sehr liebte und hatte sich von der Gesellschaft völlig zurückgezogen. Zudem lebt sie alleine.

Worin bestehen Ihre Ziele beim Erstgespräch? Geht es darum, den Klienten kennen zu lernen oder machen Sie bereits eine Situationsanalyse?

Dies ist von Fall zu Fall sehr verschieden. Es kommt sehr darauf an, wie viel ein Klient von sich selbst erzählt. Häufig lasse ich das Gespräch eine gewisse Zeit „laufen“ und frage dann gezielt nach. Es geht vor allem darum, die gegenwärtige Lebenssituation aufzunehmen, aktuelle Beschwerden, den bisherigen Leidensweg zu würdigen und gezielt aber auch Ressourcen, Träume und Vorstellungen des zukünftigen Lebens aufzunehmen – im Gespräch zu erarbeiten, herauszufinden, welche Massnahmen ergriffen werden könnten.

In einem weiteren Schritt nehme ich Kontakt mit wichtigen Bezugspersonen wie mit Partner, Arbeitgeber, Arzt oder einer anderen Bezugsperson auf. Häufig braucht es weitere Gespräche, um gegenseitiges Vertrauen zu fassen und effektive Interventionen zu finden.

zurück zum Fall

Kurz vor Weihnachten ging es darum, ob ein Reha-Aufenthalt gemacht werden sollte oder nicht. In einer solchen Situation ist es sehr wichtig, dem Klienten zu zeigen, dass sich jemand um ihn kümmert. Ich hatte in der Zeit zwischen Weihnachten und Neujahr mit Frau S. telefonischen Kontakt.

Besteht nicht die Gefahr, dass Sie eine zu enge Bindung zum Klienten aufbauen?

Eine Beziehung professionell zu gestalten ist Teil meiner erforderlichen beruflichen Fähigkeiten, aber es hat auch immer eine menschliche Komponente. Je klarer ich bei mir selber bin, desto besser kann ich Nähe resp. Distanz zu einer andern Person einnehmen. Häufig braucht es viel weniger als wir meinen: Da-sein, zusichern, dass wir uns um sie kümmern und Verlässlichkeit

zurück zum Fall

Im neuen Jahr konnte schliesslich ein Aufenthalt in einer geeigneten Reha-Klinik organisiert werden. Ich habe Frau S. in der Reha-Klinik besucht und ihre Schmerzsituation verfolgt. Ich wollte sehen, wie sie auf diese Therapien anspricht, und ob dies der geeignete Platz für sie ist.

Nach Abschluss des Reha-Aufenthaltes wurde gemeinsam mit dem Arbeitgeber festgelegt, ab welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang die bisherige Arbeit wieder aufgenommen werden kann. Um Frau S. auf ihren Wiedereinstieg vorzubereiten, haben wir vorgängig gemeinsam den Arbeitsplatz- ein Schulzimmer- besucht. Sie hatte zuerst mit einem kleinen Arbeitspensum begonnen. Wichtig ist hierzu erwähnen, dass der Arbeitgeber grosse Unterstützung bot.

Abschliessend kann zu diesem Fall gesagt werden, dass Frau S. aufbauend ihr Pensum erhöht und hoffentlich bald ihr gewohntes Arbeitspensums erreichen wird.

Wie schliessen Sie einen Fall definitiv ab?

Sobald der Klient einen gewissen Grad an Autonomie und einen grossen Teil der gesteckten Ziele erreicht hat, beginne ich den Abschluss einzuleiten, Der Klient kann sich jederzeit wieder bei mir melden, wenn es Neues gibt.

Fall 2 – CM erfolglos

Wie ist ein erfolgloser Fall verlaufen?

Eine junge Frau hatte einen Selbstunfall mit dem Fahrrad. Sie war bereits vorgängig bei einem anderen Case-Manager, hatte dort aber keinen Bezug

gefunden und ist via Unfallversicherer zu mir gekommen.

Auch ich hatte einen unglücklichen Erstkontakt mit der Klientin. Ich hatte mit ihr einen Termin vereinbart, welchen sie aber nicht wahrnahm. Beim zweiten Versuch stellte ich fest, dass es sich um eine junge Frau handelte, die wenig Selbstvertrauen hatte, in allem nur das Negative sah und wahrscheinlich auch eine Essstörung hatte.

Ich versuchte, ihr verschiedene Möglichkeiten aufzuzeigen, konnte sie aber zu Nichts motivieren. Sie wollte unbedingt als Krankenschwester weiter arbeiten, was von ihrem Arbeitgeber als unrealistisch angesehen wurde und auch ich aufgrund ihres Zustandes als undenkbar erachtete.

Im Rahmen einer beruflichen Abklärung konnte sich die Klientin von ihrem Beruf als Krankenschwester lösen. Es wurden mit ihr zahlreiche berufliche Möglichkeiten erarbeitet, die ihre Fähigkeiten und Interessen einbezogen. Sie konnte sich jedoch wieder für nichts richtig durchringen, hatte viel „Wenn“ und „Aber“.

Die Versicherte wollte von sich aus zu einer weiteren beruflichen Abklärung. Da ihr bereits zahlreiche Möglichkeiten aufgezeigt wurden, habe ich ihr eher davon abgeraten. Auf Drängen der Klientin wurde schliesslich eine weitere berufliche, stationäre Abklärung gemacht. Ich habe sie dort besucht und bin sehr skeptisch.

tisch, ob sich diese Klientin für eine nächste berufliche Perspektive aufraffen kann.

Für mich ist der Zeitpunkt gekommen, gegenüber der Klientin und den Versicherern laut über diesen Prozess nachzudenken und allenfalls den Auftrag für das Case-Management niederzulegen.

Abschliessend ist zu erwähnen, dass ich versuche meine Klienten zu motivieren, sie jedoch selbst entscheiden, ob sie die Chance nutzen oder vorüber-

gehen lassen. Hier spielen einfach verschiedene Faktoren eine Rolle, ob ein CM-Prozess gelingt oder nicht.

Herzlichen Dank für dieses interessante Interview.

5.1.6. Fazit

Es wäre falsch, sich der Illusion herzugeben, dass mit Früherkennung und Case Management ein Grossteil der IV-Fall verhindert werden kann. Das Interview mit Frau Baldegger hat gezeigt, dass in gewissen Fällen, trotz Case Management, keine Reintegration realisiert werden kann. Realistischerweise ist davon auszugehen, dass nur ein geringer Anteil positiv beeinflusst werden kann. Doch gerade diese wenigen Einzelfälle sind meiner Meinung nach entscheidend, um im Bereich Case Management aktiv zu sein.

5.2. Arbeitgeber - Siemens Schweiz AG

Ohne die Unterstützung des Arbeitgebers ist der schöne Satz „Eingliederung vor Rente“ nicht realisierbar. - „Es braucht immer und massgeblich auch die Wirtschaft, die Arbeitgeber. Da können bei der IV noch so ausgefeilte Systeme zur Früherkennung und zur Integration aufgebaut werden, für den Verbleib am Arbeitsplatz oder eine Wiedereingliederung braucht es letztlich auch die Wirtschaft.“⁷³

Dieser Forderung hat sich Siemens Schweiz AG angenommen. Reintegration ist ein erklärtes Ziel der Geschäftsleitung. Mit gezielten Massnahmen und klaren Prozessabläufen versucht die Sozialberatung Langzeitkranke zu vermeiden.

⁷³ Rossier Yves, Die Zukunft der ersten Säule: Die Sicht des BSV, Schweizer Arbeitgeber, Februar 2005, S. 156 - 158

5.2.1. Interview Ernst Meier

Die Siemens Schweiz AG führt eine Sozialberatung, an die sich alle Mitarbeitenden bei persönlichen oder betrieblichen Problemen wenden dürfen. Im Rahmen meiner Arbeit hatte ich Gelegenheit mit dem Sozialarbeiter, Ernst Meier ein äusserst spannendes Interview zu führen.

Ernst Meier, Sie haben sich zum Ziel gesetzt, „teilgesunde“ Mitarbeiter im Unternehmen zu reintegrieren. Wie gelingt es Ihnen eine geeignete Tätigkeit für den Betroffenen zu finden?

Zuerst möchte ich von den wichtigen Rahmenbedingungen sprechen. Ausschlaggebend ist, ob die Geschäftsleitung diese Prozesse will und ob diese Prozesse auch im Unternehmen kommuniziert werden. Ebenfalls eminent wichtig ist, dass die zuständige Person ein integrativer Bestandteil des Unternehmens darstellt. Die innerbetriebliche Sozialberatung verfügt über Informationen von betrieblichen Veränderungen und kennt deren Strukturen, Mitarbeiter und Vorgesetzte. Damit die Sozialberatung ihre Rolle wahrnehmen kann, muss sie von Seiten des Unternehmens ausreichend autorisiert sein.

In der Tätigkeit als Sozialarbeiter arbeitet man nicht nur mit kranken Mitarbeitern, sondern deckt noch weitere krankmachende Faktoren auf, welche angegangen werden müssen. Z.B. innerbetriebliche Schwierigkeiten, wie Unzufriedenheit im Team, schlecht kommunizierte Umstrukturierungen, Angst



Reintegration ist eine win-win-Situation für Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Ernst Meier

die Arbeit zu verlieren, Angst für die zukünftige Arbeit zu wenig Know-how zu haben und sich bisher zu wenig um Weiterbildungen bemüht zu haben etc.. Auch kommen oft persönliche Probleme, wie Scheidungen, Suchtprobleme, Schulden, Probleme in der Partnerschaft oder mit den Kindern etc. auf den Tisch.

Der Vorgesetzte wird in den Begleitprozess eines erkrankten Mitarbeiters von Anfang an miteinbezogen. Schliesslich möchte er auch von mir wissen, ab wann und in welchem Umfang voraussichtlich mit dem Mitarbeiter gerechnet werden kann. So kann er viel besser die Arbeit organisieren.

Angenommen, der Mitarbeiter kann seine Tätigkeit nicht wie früher ausüben, so wird über mögliche Unterstützungsmassnahmen verhandelt. Dies kann auch Unterstützung seitens der IV bedeuten. Es wird viel zu wenig beachtet, dass die IV den Auftrag hat mit ihrer Hilfe zu integrieren und nicht Renten zu sprechen.

Durch die Vermeidung von Invaliditätsfällen können Kosten seitens des Unternehmens, der Pensionskasse usw. gespart werden. – Wie haben Sie es geschafft, dass dieses Kostenbewusstsein in Ihrer Unternehmung verankert ist?

Ich kommuniziere meine Arbeit, indem ich seit bald 6 Jahren in jedem Mitarbeitermagazin ein Thema behandle, mit dem die Sozialberatung zu tun hat. Ich kann sehr gut wirtschaftlich argumentieren: Wer bezahlt denn schlussendlich die sozialen Kosten? Woher kommt den das benötigte Geld? - Aus der Wirtschaft! Also leisten wir einen Beitrag, dass es unseren Mitarbeitern gut geht und dass es der Wirtschaft gut geht.

Oft wird in den Medien die Forderung laut: „Die Arbeitgeber, egal ob privat oder öffentlichrechtlich, müssen stärker in die Pflicht genommen werden.“⁷⁴
– Wie könnte diese Forderung Ihrer Ansicht nach umgesetzt werden?

Es soll gar keine Forderung sein. Es ist viel besser, dass man wirtschaftlich argumentiert. Die Wirtschaft muss man nicht lernen eins und eins zusammen zu zählen. Unser Angebot hat neben der Sozialen Verantwortung auch einen positiven wirtschaftlichen Faktor. Zudem ist es auch eine Image-Frage, ob eine Unternehmung diese Verantwortung wahrnimmt.

In welcher Form und mit welchen Massnahmen werden Sie von der Eidg. IV unterstützt? Worin sehen Sie weitere Möglichkeiten wie Unternehmungen von der IV unterstützt werden könnten?

Die Zusammenarbeit mit der IV hat sich intensiviert. Ich habe ein Pilotprojekt initiiert, wo ich mit der IV Zürich sehr früh und eng zusammen arbeite.

Es wird hohes Mass an fachlichem Know-how verlangt, um diese Prozesse begleiten zu können. Es ist eminent wichtig, dass die Fachperson, welche die Betroffenen begleitet, nicht nur ausgebildeter Sozialarbeiter ist, sondern, sie muss von Psycho-Therapie etwas verstehen wie auch von Krankheiten und krank machenden Faktoren. Sie muss sehr viel Verhandlungsgeschick haben, um diese Prozesse zu führen und muss grosse Kenntnisse von unterstützenden Massnahmen wie auch von den Sozialversicherungen haben.

⁷⁴ Schmidt Hans, Rehafirst, NZZ am Sonntag, 17. April 2005

Wenn die erwähnten Faktoren nicht berücksichtigt werden, und kein spezifisch fachliches Know-how von Seiten des Beraters da ist, so ist die ganze Bemühung eine Alibi-Übung.

Ihr Begleitungsangebot richtet sich nach der Frage: „Was kann Siemens Schweiz AG unternehmen, damit die Mitarbeitenden optimal genesen und ins Unternehmen reintegriert werden können?“ – Welche konkreten Massnahmen können Sie dem Mitarbeiter anbieten?

Mit dieser Haltung gelangen wir an das Behandlungsnetz. Diese sind meist positiv erstaunt. Teilweise reagieren sie auch misstrauisch, wenn man als Firma mit dem Behandlungsnetz zusammen arbeiten will, obwohl man vom erkrankten Mitarbeiter mittels einer Vollmachtserklärung dafür autorisiert wurde.

Oft stelle ich fest, dass die meisten erkrankten Mitarbeiter ihrer Abteilung mitteilen, dass sie bald wieder arbeitsfähig seien. Dies hat damit zu tun, dass der erkrankte Mitarbeiter schwer damit zu kämpfen hat, dass er jetzt längere Zeit nicht arbeiten darf und deshalb gerne das Bild vermittelt, dass er schnell wieder arbeiten kann. Auch hier muss die Sozialberatung korrigierend und vermittelnd wirken und darf niemals den Schein des erkrankten Mitarbeiters mitmachen. Wenn wir nicht darauf achten, ist die Genesung gefährdet und verlängert schlussendlich die Krankheitsdauer. Oder es könnte sogar einen Wiedereinstieg gefährden, weil er zu einem Lang-

zeitkranken wird und schlussendlich in die IV abdriftet.

Aktuell werden fast ein Drittel der Neurenten aus psychischen Gründen zugesprochen. Welche Interventionsmöglichkeiten stehen Ihnen bei psychischen Erkrankungen zur Verfügung? – Worin liegen Ihres Erachtens die Ursachen für diese Zunahme und welche geeigneten Massnahmen kann der Arbeitgeber ergreifen um dieser Entwicklung entgegenzuwirken?

Die Sozialberatung bei Siemens Schweiz wird meist sehr früh eingeschaltet, wenn Mitarbeiter psychisch erkrankt sind. Diese Fragen sind mir recht vertraut, da meine beruflichen Ausbildungen und Tätigkeiten (Sozialarbeiter, systemischer Paar- und Familientherapeut, Supervisor und Organisationsberater) entgegen kommen.

Die Zunahme von psychischer Erkrankung hat meines Erachtens eindeutig mit dem schnellen Wandel der Strukturen im Wirtschaftsleben wie auch in unserem gesellschaftlichen Leben zu tun. Die Orientierungslosigkeit und die pervertierte Haltung „Jeder ist seines Glückes Schmid“ unterstützen dieses Aufkommen von psychischen Erkrankungen. Wenn der Arbeitgeber für klare Aufgabenstellungen und Strukturen sorgt, und Veränderungen immer auch kommuniziert wie auch unterstüt-

zende Massnahmen für diese Veränderungen ergreift, so kann er damit präventiv viel Unheil vermeiden.

Vertrauen kann man nicht einfach haben, sondern Vertrauen hat sehr viel damit zu tun, wie man arbeitet und wie man kommuniziert.

Wie sieht die Zusammenarbeit mit Ihnen und der PK aus?

Die Invalidisierungen werden kommuniziert und teilweise auch besprochen.

In der Diskussion in der Arena von SFDRS haben Sie die Wichtigkeit von Vertrauen zwischen Ihnen und den Mitarbeitenden zum Ausdruck gebracht. Wie schaffen Sie diese Vertrauensbasis?

Indem ich mich strikte an die Schweigepflicht halte. Ich sage niemandem, was für eine Krankheit jemand hat. Aber die Prognosen, wie lange Zeit der Mitarbeiter wahrscheinlich ausfällt und was für Unterstützungsmassnahmen seitens Betrieb in Betracht gezogen werden sollten, dies wird dem Vorgesetzten kommuniziert. Wir sind alles erwachsene Menschen und wissen selber, was wir jemandem sagen wollen und was nicht. Der Mitarbeiter entscheidet selber, ob er seinem Vorgesetzten sagt, was für eine Krankheit er hat. Meine Erfahrung bei Siemens Schweiz ist, dass unsere Vorgesetzten ein sehr hohes Niveau an Bereitschaft zeigen, sich mit der Situation des Mitarbeiters auseinander zu setzen.

5.2.2. Beratungsprozess bei Langzeiterkrankung/Langzeitunfall⁷⁵

Mit folgendem Beratungsprozess versucht Siemens AG (Schweiz) Langzeiterkrankungen rechtzeitig zu erkennen und zu vermeiden.

5.2.2.1. Prozessziele

- Optimierung des Genesungsprozesses der erkrankten/verunfallten Mitarbeitenden.
- Senken der Kosten der Pensionskasse und der Sozialversicherungen.
- Steigern der Arbeitsmotivation aller Mitarbeitenden.
- Optimale Reintegration der voll- oder teilgesunden Mitarbeitenden in den Arbeitsplatz.
- Erhaltung von Know-how von teilinvaliden Mitarbeitenden d.h. deren Weiterbeschäftigung im Unternehmen gemäss ihrer Arbeitsfähigkeit.
- Frühzeitiger Kontakt zum Behandlungsnetz und frühzeitiger Beizug der Vorgesetzten zur Förderung der Reintegration der kranken/verunfallten Mitarbeitenden am Arbeitsplatz.
- Frühzeitiger Beizug von IV und SUVA und deren Angeboten für die Reintegration am Arbeitsplatz.
- Minimieren von Invalidisierungen.
- Würdiges Austreten von Mitarbeitenden bei unheilbarer Erkrankung oder voller Invalidität.

5.2.2.2. Prozessbeginn

Sind Mitarbeitende länger als zwei Monate krank oder verunfallt, informieren die Vorgesetzten die Sozialberatung.

Die Sozialberatung hat Einsicht in die Krankenzeugnisse der Gehaltsadministration bzw. in deren Abwesenheitskontrollen. Die Sozialberatung informiert sich monatlich einmal über den Stand der Krank- und Unfallmeldungen.

5.2.2.3. Prozessbeschreibung

Um Fehleinschätzungen über die Krankheit und über den möglichen Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess so klein wie möglich zu halten, berät die Sozialberatung einerseits die Mitarbeitenden und andererseits das Unternehmen.

⁷⁵ Beratungsprozess Siemens Schweiz AG; Diese Unterlagen sind Eigentum von Siemens Schweiz AG und dürfen nicht ohne schriftliches Einverständnis, verwendet oder weiter veröffentlicht werden.

Die Sozialberatung nimmt mit den erkrankten/verunfallten Mitarbeitenden Kontakt auf und informiert sie über das Begleitungsangebot. Im Vordergrund dieser Begleitung steht die Frage: Was kann Siemens Schweiz AG unternehmen, damit die Mitarbeitenden optimal genesen und ins Unternehmen reintegriert werden können? Dabei werden die Mitarbeitenden auch gebeten eine Vollmachtserklärung zu unterschreiben, die es der Sozialberatung erlaubt, sich vom Behandlungsnetz beraten zu lassen. Die Sozialberatung steht unter Schweigepflicht und darf Dritten keine Auskunft über die Diagnose geben.

Die Sozialberatung steht in regelmässigem Kontakt mit den Mitarbeitenden. Sie klärt ab, ob weitere unterstützende interne oder externe Massnahmen nötig sind und leitet diese ein. Je nach Krankheitsgrad setzt sie sich auch mit den Angehörigen in Verbindung.

Die Sozialberatung steht mit dem Behandlungs- und Betreuungsnetz in Kontakt.

Die Sozialberatung klärt ab, wann mit der Wiederaufnahme der Arbeit gerechnet werden kann, was dabei zu berücksichtigen ist und informiert die Vorgesetzten. Sie leitet Empfehlungen für die zukünftige Arbeitsplatzgestaltung ebenfalls an die Vorgesetzten weiter.

Die Sozialberatung steht in Kontakt mit der IV und SUVA. Sie klärt frühzeitig ab, welche Hilfestellungen (Umschulung, Hilfsmittel) zu beantragen sind, damit ein Verbleib der Mitarbeitenden im Unternehmen möglich ist. Kommt es zu einer IV-Anmeldung, unterstützt die Sozialberatung die Mitarbeitenden beim Ausfüllen der Formulare. Gleichzeitig wird sie beim Ausfüllen des Fragebogens für Arbeitgeber beigezogen. Die Fragen zu Abwesenheiten und Gehalt werden vom Lohnbüro ausgefüllt. Die Sozialberatung beschreibt unter Bemerkungen, wie sie den Mitarbeitenden kennen gelernt und begleitet hat. Sie gibt dann das Formular mit Dossier dem Lohnbüro zurück. Die Sozialberatung erhält eine Kopie des fertig ausgefüllten und vom Leiter Lohnbüro unterschriebenen Fragebogens.

Im Anschluss an den Rentenentscheid der IV wird die Pensionskassenrente berechnet. Bei Teilinvalidität erfolgt danach eine Vertragsänderung durch HRM. Bei einer vollen Invalidität kommt es nach der Berechnung der Pensionskassenrente zum Austritt aus dem Unternehmen.

Solange der Prozess nicht abgeschlossen ist, wird in der Regel den kranken/verunfallten Mitarbeitenden nicht gekündigt. Ausnahmen werden zwischen Vorgesetzten, HRM und Sozialberatung besprochen.

5.2.2.4. Prozessabschluss

- a) Bei abgeschlossener Reintegration der ehemals erkrankten/verunfallten Mitarbeitenden als Vollzeitmitarbeitende oder teilinvalide Mitarbeitende.
- b) Bei Austritt aus dem Unternehmen.
- c) Bei Verweigerung einer Zusammenarbeit der erkrankten/verunfallten Mitarbeitenden mit der Sozialberatung.

5.2.2.5. Vertrauensarzt der Siemens Schweiz AG

Die Siemens Schweiz AG hat mit verschiedenen Ärzten einen Vertrag für vertrauensärztliche Untersuchungen und Beratungen abgeschlossen.

- a) Vorgesetzte können Mitarbeitende zum Vertrauensarzt schicken, um deren Arbeitsunfähigkeit/Arbeitsfähigkeit abzuklären. Der Vertrauensarzt untersucht die Mitarbeitenden eingehend und macht ihnen ein Zeugnis. Mitarbeitende sind verpflichtet, dieses Zeugnis den Vorgesetzten abzugeben. Das Zeugnis des Vertrauensarztes ist für alle Beteiligten bindend und steht rechtlich über den anderen Arztzeugnissen.

Vorgesetzte beauftragen Mitarbeitende zum Besuch beim Vertrauensarzt. Mitarbeitende vereinbaren beim Vertrauensarzt einen Termin und informieren die Vorgesetzten über den Termin.

Der Vertrauensarzt erhält von der Sozialberatung die von den Mitarbeitenden unterzeichnete Vollmachtserklärung. Vertrauensarzt und Sozialberatung arbeiten vor und nach der Untersuchung zusammen. Der Vertrauensarzt kann aufgrund der Vollmacht weitergehende Empfehlungen abgeben.

Siemens AG (Schweiz) übernimmt die Kosten des Vertrauensarztes.

- b) Mitarbeitende, die keinen Arzt haben, können sich als Patientinnen/Patienten an den Vertrauensarzt wenden. Diese Kosten werden über die Krankenkasse abgerechnet.
- c) Weitere Abteilungen des Unternehmens können die Dienste des Vertrauensarztes auf eigene Kosten beanspruchen (z.B. Pensionskasse).

5.2.3. Beratungsprozess bei Kündigung durch Arbeitgeber⁷⁶

5.2.3.1. Prozessziele

Mitarbeitende, denen gekündigt wird, erfahren möglichst viel an Unterstützung, um

- die Gefahr zu verkleinern, dass Mitarbeitende in eine Krankheit oder Invalidisierung abdriften.
- den Imageschaden für die Firma möglichst klein zu halten.
- Selbst- oder Fremdgefährdung möglichst früh aufzufangen.
- die Motivation zu vergrössern, eine neue Stelle zu suchen.
- Gerichtsfälle (z.B. wegen Mobbingklagen) zu verhindern.

5.2.3.2. Prozessbeginn

HRM nimmt mit der Sozialberatung Kontakt auf, sobald eine Kündigungsabsicht besteht und bevor die Kündigung ausgesprochen wurde.

5.2.3.3. Prozessverlauf

HRM, Vorgesetzter und Sozialberatung erarbeiten zusammen Hypothesen, unter Einbezug des Personal-dossiers, wie der Mitarbeitende unterstützt werden kann. Aufgrund der entwickelten Hypothesen wird eine beabsichtigte Kündigung eventuell nicht ausgesprochen oder zurückgestellt.

Kommt es zur Kündigung, wird mit der Kostenstelle (Abteilungsleitung) ausgehandelt, welche finanziellen Ressourcen für die Unterstützung zur Verfügung stehen. Ist das Angebot an den Mitarbeitenden klar, wird das weitere Vorgehen besprochen.

Ist nicht klar, was dem Mitarbeitenden angeboten werden kann oder sind aufgrund der Hypothesen Schwierigkeiten zu erwarten, wird der Mitarbeitende nach dem Kündigungsgespräch zu einem weiteren

⁷⁶ Beratungsprozess Siemens Schweiz AG; Diese Unterlagen sind Eigentum von Siemens Schweiz AG und dürfen nicht ohne schriftliches Einverständnis, verwendet oder weiter veröffentlicht werden.

Gespräch eingeladen. Dieses findet frühestens eine Woche nach dem Kündigungsgespräch statt, und es nehmen der Mitarbeitende, HRM, Vorgesetzte und Sozialberatung daran teil.

Die Kündigung teilen die Vorgesetzten dem Mitarbeitenden in einem Kündigungsgespräch mit. Die Vorgesetzten informieren den Mitarbeitenden, dass man sich bereits Gedanken gemacht hat, wie man ihn unterstützen könnte, und informieren über ein weiteres gemeinsames Treffen.

5.2.3.4. Angebot Sozialberater

Wird eine gekündigte Person durch die Sozialberatung begleitet, so wird zusammen mit HRM ausgehandelt, wer welche Unterstützung übernimmt. Die Sozialberatung überwacht den weiteren Prozess, koordiniert und delegiert mögliche Hilfestellungen und begleitet die gekündigte Person.

Für die interne Stellensuche ist HRM verantwortlich. Für die externe Stellensuche ist der Mitarbeitende und das RAV zuständig. Oft werden Aufträge mit einem externen Berater für ein Outplacementangebot ausgehandelt und von der Kostenstelle übernommen. Auch werden Angebote von Standortbestimmungen, beruflichen Abklärungen sowie Weiterbildungen usw. bereits vor dem RAV-Eintritt durch die Sozialberatung empfohlen.

Bei Kündigung in Folge Restrukturierung garantiert Siemens Schweiz AG Mitarbeitenden ab dem 56. Altersjahr die Möglichkeit einer vorzeitigen Pensionierung ab 60. Altersjahr bzw. früher, falls die Arbeitslosenversicherung keine Arbeitslosentaggelder mehr ausbezahlt.

5.3. Erweiterte Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ plus)

IIZ ist eine gemeinsame Strategie verschiedener Partnerorganisationen. Es sind dies die Konferenz der kantonalen Sozialdirektoren, die Konferenz der kantonalen Volkswirtschaftsdirektoren, das Staatssekretariat für Wirtschaft, das Bundesamt für Sozialversicherung, der Verband Schweizerischer Arbeitsämter, die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe, der Schweizerische Verband für Berufsberatung und die IV-Stellen-Konferenz.

Bei IIZ plus soll die frühzeitige, eingliederungsorientierte Zusammenarbeit zwischen den IV-Stellen und den ihr vorgelagerten Versicherungsträgern gefördert werden. Dazu gehören Krankentaggeldversicherer (KVG und VVG), Unfallversicherer (UVG) und wegen der Prämienbefreiung und der Bindungswirkung des IV-Entscheidendes auch Vorsorgeeinrichtungen (BVG und VVG).

Im folgenden Kapitel soll aufgezeigt werden, wie IIZ plus die Zusammenarbeit zwischen der Invalidenversicherung und der beruflichen Vorsorge vorsieht. Zudem wird dargestellt, wie die Pensionskasse Stadt Zürich in der Praxis mit der IV zusammenarbeitet. Weitere Vereinbarungen der Zusammenarbeit, wie bsp. die Zusammenarbeit zwischen IV und Krankentaggeld-Versicherer werden bewusst ausgeklammert.⁷⁷

5.3.1. Zusammenarbeit zwischen beruflicher Vorsorge und IV

Aufgrund der Prämienbefreiung haben Vorsorgeeinrichtungen in der Regel bereits zu einem frühen Zeitpunkt Kenntnis von der Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten. Im Rahmen von IIZ plus soll diese Information möglichst rasch an die IV weitergeleitet werden. Dies soll dazu führen, dass allfällige Eingliederungsmassnahmen frühzeitig eingeleitet werden können. Nachstehend wird dargestellt, wie die Zusammenarbeit von BV und IV im Rahmen von IIZ plus vorgesehen ist.

5.3.1.1. Restarbeitsfähigkeit prüfen

Zahlreiche Vorsorgeeinrichtungen kennen nach durchschnittlich 3 Monaten eine Prämienbefreiung. Damit haben sie Kenntnis von der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten. In vielen Fällen lassen die Arbeitgeber die Wartefrist jedoch verstreichen, ohne die Arbeitsunfähigkeit rechtzeitig zu melden. Es ist zu prüfen, ob diese Arbeitgeber mit einem Aufschub der Prämienbefreiung sanktioniert werden sollen.

Um das IV-Verfahren zu beschleunigen, klärt die Vorsorgeeinrichtung die medizinische Restarbeitsfähigkeit des Versicherten ab. Zu diesem Zweck wurde ein Formular „Ärztliches Zeugnis“ entwickelt, welches sowohl die nötigen Angaben zur Prämienbefreiung als auch für mögliche Eingliederungsmassnahmen der IV enthält. Damit sollen unnötige Abklärungszeiten vermieden werden. Die im SVV zusammengeschlossenen Vorsorgeeinrichtungen haben sich bereit erklärt, ihre Arztzeugnisse und Anmeldeformulare im Hinblick auf die spätere Beurteilung von IV-relevanten Fragen anzupassen.

5.3.1.2. Informationsaustausch

Sind aufgrund der medizinischen Beurteilung berufliche Massnahmen angezeigt, fordert die VE den Versicherten zur umgehenden IV-Anmeldung auf. Nach Erhalt der IV-Anmeldung fordert die IV bei der VE Akteneinsicht. Bei der Beurteilung möglicher Eingliederungsmassnahmen kann sich die IV auf die bestehenden medizinischen Abklärungen der VE stützen.

⁷⁷ Vgl. www.iiz.ch und www.iiz-plus.ch; Abruf: 7.6.2005

Die IV informiert die VE über Entscheide beruflicher Massnahmen resp. sendet ihr Taggeld- oder Rentenverfügungen zu.

5.3.2. Pensionskasse Stadt Zürich

Nachstehend wird dargestellt, wie die Pensionskasse Stadt Zürich in Zusammenarbeit mit der SVA Zürich, die Idee von IIZ plus in der Praxis umsetzt.

5.3.2.1. Berufliche Massnahmen

Wie bereits unter Punkt 5.4, S. 78 dargestellt, wird der PKZH eine Arbeitsunfähigkeit bereits nach einem Monat gemeldet. Im Sinne einer ersten Triage werden Fälle mit einer unklaren Entwicklung der Arbeitsfähigkeit beim Vertrauensarzt angemeldet. Dem Vertrauensarzt steht ein standardisiertes Formular (*siehe Anhang*) zur Verfügung, welches in Anlehnung an die Empfehlung von IIZ plus kreiert wurde. Darin wird beispielsweise auch beurteilt, ob eine andere angepasste Tätigkeit möglich wäre und welche konkreten Massnahmen angezeigt sind.

Wenn aufgrund der vertrauensärztlichen Beurteilung Eingliederungsmassnahmen angezeigt sind, nimmt die PKZH mit dem Versicherten Kontakt auf. Der Betroffene wird aufgefordert der PKZH folgende Unterlagen zuzustellen:

- Lebenslauf
- Vollmachtserklärung (*siehe Anhang*)

Zudem wird beim Arbeitgeber eine Arbeitsplatzbeschreibung einverlangt. Die Vollmachtserklärung ist nötig, damit eine Arbeitsunfähigkeit der IV-Stelle gemeldet werden darf und so der Anspruch auf berufliche Massnahmen geprüft werden kann. Vergleiche dazu das Kapitel unter Punkt 5.5, S. 83.

In Zusammenarbeit mit der IV-Stelle Zürich wird beurteilt, ob und welche Eingliederungsmassnahmen im vorliegenden Fall angezeigt sind. Dazu prüft die Arbeitsvermittlung der IV, ob der bestehende Arbeitsplatz mit geeigneten Hilfsmitteln erhalten werden kann. Im Weiteren wird beurteilt, ob der Betroffene, aufgrund der Restarbeitsfähigkeit, seiner bisherigen Ausbildung sowie weiteren Faktoren, für berufliche Massnahmen in Frage kommt. Oftmals kann aufgrund der fehlenden Ausbildung bsp. keine Umschulung durchgeführt werden. In diesem Fall kommen lediglich Massnahmen zur Arbeitsplatzzerhaltung in Frage. Dabei kann beispielsweise ein maximales Taggeld von 6 Monaten zur Einarbeitung in einen anderen Arbeitsplatz gewährt werden.

Sind berufliche Massnahmen angezeigt, werden folgende Unterlagen an die IV-Stelle Zürich weitergeleitet:

- IV-Anmeldung für berufliche Massnahmen
- Arztbericht
- Lebenslauf
- Tätigkeitsprofil der bisherigen Arbeit

Anschliessend werden die angezeigten beruflichen Massnahmen im Rahmen eines beschleunigten Verfahrens von der SVA Zürich eingeleitet.

5.3.3. Fazit

Damit dem Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ entsprochen werden kann, ist es unumgänglich, dass die IV möglichst rasch von einer Arbeitsunfähigkeit Kenntnis hat. Da die Vorsorgeeinrichtungen in der Regel den grössten Teil der entstehenden Kosten zu tragen haben, liegt es auch im Interesse der Pensionskassen, möglichst eng mit den IV-Stellen zusammenzuarbeiten.

Gemäss meinen Recherchen, sowie der Auskunft von Frau Nancy Wayland, IV-Stelle, Nidwalden, arbeiten zurzeit nur sehr wenige Vorsorgeeinrichtungen im Sinne von IIZ plus. Es ist zu hoffen, dass noch weitere Pensionskassen den Nutzen dieser Zusammenarbeit erkennen und ihre Organisation entsprechend anpassen werden.

Meiner Meinung nach ist die Zusammenarbeit zwischen beruflicher Vorsorge und IV ein Schritt in die richtige Richtung. Es stellt sich jedoch die Frage, ob es ausreichend ist, lediglich das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit der IV zu melden, oder ob das IV-Verfahren weiter unterstützt werden kann.

Im Hinblick auf die 5. IV-Revision ist anzunehmen, dass die Berufsberatungen der IV durch die geplante Früherkennung an ihre Leistungsgrenzen stossen werden. Es muss daher nach Möglichkeiten gesucht werden, wie Pensionskassen die IV in ihrer Arbeit unterstützen können.

Ein wesentlicher Ansatzpunkt scheint mir in der Informationsqualität zu liegen. So könnten neben medizinischen Beurteilungen auch Abklärungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer anderen Tätigkeit von den VE in Auftrag gegeben werden. Daneben könnten auch Informationen des Arbeitgebers vorgängig eingeholt und an die IV weitergeleitet werden.

5.4. Früherkennung Pensionskasse Stadt Zürich (PKZH)

In den letzten zehn Jahren haben sich die neuen Invaliditätsfälle bei der Pensionskasse Stadt Zürich mehr als verdoppelt. Diese stiegen von 135 im Jahr 1994 auf 275 im Jahr 2004. Aufgrund dieser Entwicklung und dem seit mehreren Jahren resultierenden Defizit im Bereich der Invalidenleistungen mussten die Risikobeiträge per 1.1.2005 von 2% auf 4% des versicherten Lohnes, d.h. von rund 22 auf 44 Mio. Fr. pro Jahr angehoben werden. Aufgrund dieser Entwicklung haben die Stadt Zürich sowie die PKZH Massnahmen ergriffen. Im Rahmen dieser Arbeit soll primär die Tätigkeit der PKZH dargestellt werden. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, das Projekt „Case Management am Arbeitsplatz“ der Arbeitgeberin Stadt Zürich darzustellen und wird daher gänzlich ausgeklammert.

Mit der Einführung eines neuen Vorsorgereglements per 1.1.2005 hat die PKZH ihre Bemühungen im Bereich der Früherkennung intensiviert. Im folgenden Kapitel soll erläutert werden, wie Früherkennung bei der PKZH in der Praxis umgesetzt wird. Die nachstehenden Erläuterungen sind auf Seite 82 grafisch dargestellt.

5.4.1. Meldung Arbeitsunfähigkeit

Ist eine versicherte Person gesundheitsbedingt ganz oder teilweise arbeitsunfähig, so ist der Arbeitgeber verpflichtet, dies der Pensionskasse bereits nach einem Monat mitzuteilen. Nach Absprache mit der versicherten Person sendet der Arbeitgeber der Pensionskasse eine Anmeldung zur vertrauensärztlichen Begutachtung zu. Die PKZH erhält vom Arbeitgeber folgende Dokumente:

- Anmeldung zur vertrauensärztlichen Begutachtung
- Ermächtigung zur Einholung medizinischer Auskünfte und Entbindung von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht (*siehe Anhang*)
- Absenzenliste der letzten 12 Monate
- Arztzeugnisse

5.4.2. Rücksprache Arbeitgeber / Unfallversicherer

Wenn aufgrund der Anmeldung nicht beurteilt werden kann, ob eine vertrauensärztliche Begutachtung angezeigt ist, nimmt die PKZH mit dem Arbeitgeber Kontakt auf. Wenn aufgrund des bestehenden Leidens eine klare ärztliche Prognose für das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit besteht und eine Begutachtung

keine neuen Erkenntnisse bringt, wird auf eine Untersuchung verzichtet. In diesem Fall wird der Arbeitgeber aufgefordert, ein Abweichen des erwarteten Heilungsprozesses der PKZH zu melden. Gegebenenfalls würde eine Anmeldung beim Vertrauensarzt erneut geprüft.

Bei Unfällen nimmt die PKZH mit dem Unfall-Versicherer Kontakt auf und klärt ab, welche Massnahmen unternommen werden, und ob allenfalls eine zusätzliche vertrauensärztliche Begutachtung sinnvoll ist.

5.4.3. Triage Anmeldung Vertrauensarzt

Wenn keine Klarheit über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit besteht, vereinbart die PKZH einen Termin beim Vertrauensarzt und sendet diesem die Anmeldeunterlagen des Arbeitgebers zu. Wenn bereits medizinische Unterlagen vorhanden sind, werden diese ebenfalls dem Vertrauensarzt zugestellt. Zudem werden Arbeitgeber und die versicherte Person über den Termin der vertrauensärztlichen Untersuchung orientiert.

Es wird darauf geachtet, dass ein dem Leiden entsprechend spezialisierter Vertrauensarzt einbezogen wird. Bei Unklarheiten über den möglichen Hintergrund (somatische oder psychische Ursache) wird mit dem Arbeitgeber resp. mit dem Betroffenen Rücksprache gehalten. Immer häufiger sind Arbeitsunfähigkeiten sowohl somatisch als auch psychisch bedingt. In diesen Fällen stehen der PKZH Vertrauensärzte zur Verfügung, welche sowohl über eine allgemeinmedizinische als auch über eine psychiatrische Ausbildung verfügen.

Aufgrund der Ermächtigung zur Einholung medizinischer Auskünfte kann sich der Vertrauensarzt mit dem behandelnden Arzt oder Therapeuten in Verbindung setzen sowie Klinikberichte einverlangen.

Somit kann sich der Vertrauensarzt bereits vor dem Arzttermin ein Bild über den Patienten verschaffen. Damit er eine objektive Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit vornehmen kann und mögliche Massnahmen vorbesprechen kann, nimmt er in Regel auch mit dem Arbeitgeber Kontakt auf.

Dem Vertrauensarzt steht eine standardisierte Vorlage (*siehe Anhang*) zur Erstellung des Arztberichts zur Verfügung. Darin werden einerseits die Ursache der Arbeitsfähigkeit, die mögliche Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und vor allem auch mögliche Massnahmen dargelegt. Der vollständige Bericht wird der PKZH zugestellt. Die entsprechenden Kosten werden vom Auftraggeber getragen.

5.4.4. Orientierung / Massnahmen veranlassen

Aufgrund des vertrauensärztlichen Berichts werden die versicherte Person sowie der Arbeitgeber über das Resultat der Begutachtung informiert. Aus Gründen des Datenschutzes wird lediglich eine Zusammenfas-

sung des Gutachtens versandt. Im günstigsten Fall kann die versicherte Person seine Arbeit zu einem bestimmten Zeitpunkt im bisherigen Beschäftigungsumfang wieder aufnehmen. Allenfalls wird eine Verlaufskontrolle vorgeschlagen.

Damit die Chancen zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit verbessert werden, können von Seiten des Vertrauensarztes verschiedene Massnahmen empfohlen werden:

- Case Management
- Überprüfung durch Arbeitsmedizin
- Versetzung / Umschulung
- Massnahmen am Arbeitsplatz
- Empfehlungen an den Arbeitgeber

5.4.4.1. Case Management

Grundsätzlich müssen 3 Kriterien erfüllt sein, damit Case Management zur Anwendung kommt:

- Die versicherte Person ist motiviert und will durch CM unterstützt werden.
- Hohes Risiko langfristiger Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität.
- Durch CM kann der Verlauf positiv beeinflusst werden.

Der Zürcher Stadtrat hat im Februar 2005 1,9 Mio. Franken für das Pilotprojekt „Case Management am Arbeitsplatz“ bewilligt. Bei den Verkehrsbetrieben, den Altersheimen, Grün Stadt Zürich sowie dem Stadtspital Triemli sind seit diesem Frühling Case Manager angestellt. Sofern die betroffene Dienstabteilung durch einen Case Manager unterstützt wird, nimmt die PKZH mit diesem Kontakt auf und vereinbart das weitere Vorgehen. Ist dies nicht der Fall, wird abgeklärt, ob ein externer Case Manager (*bsp. Rehafirst, siehe Punkt 5.1.5*) beigezogen werden soll. Dazu kann eine Vorabklärung (10 Stunden à Fr. 250.-) vereinbart werden, welche die Chancen und Kosten einer Wiedereingliederung aufzeigen soll. Nach Abschluss dieser Vorabklärung kann entschieden werden, ob der Fall weitergeführt werden soll. Die Kosten eines externen Case Managers werden vom Arbeitgeber getragen.

5.4.4.2. Überprüfung durch Arbeitsmedizin

Zur Verbesserung der Arbeitsplatzgestaltung kann das Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AGH, Zürich, als Unterstützung beigezogen werden. Diese Unterstützung wird vorwiegend bei somatischen Problemen (Rücken, Gelenke usw.) beigezogen und dient hauptsächlich der Optimierung des Arbeitsplatzes (Möbel, Licht, Maschinen). Die entsprechenden Kosten werden vom Arbeitgeber übernommen.

5.4.4.3. Versetzung

Ist eine Versetzung angezeigt, wird zusammen mit dem Arbeitgeber die Möglichkeit einer Versetzung geprüft. In der Regel besteht von Seiten des Arbeitgebers grosse Bereitschaft eine andere oder angepasste Tätigkeit zu finden, damit die Restarbeitsfähigkeit erhalten oder gesteigert werden kann.

Kann eine Versetzung im angestammten Bereich nicht realisiert werden, so wird die interne Stellenvermittlung involviert. Der Stellenvermittlung ist zudem eine Berufsberatung angeschlossen, welcher die beruflichen Möglichkeiten des Betroffenen beurteilen kann.

5.4.4.4. Berufliche Massnahmen

Die PKZH steht in engem Kontakt mit der Berufsberatung der IV-Stelle Zürich. Die konkrete Zusammenarbeit wird unter Punkt 5.3.2, S. 76 vorgestellt.

5.4.4.5. Massnahmen am Arbeitsplatz

Diese können sehr unterschiedlich sein und werden jeweils mit dem Arbeitgeber besprochen.

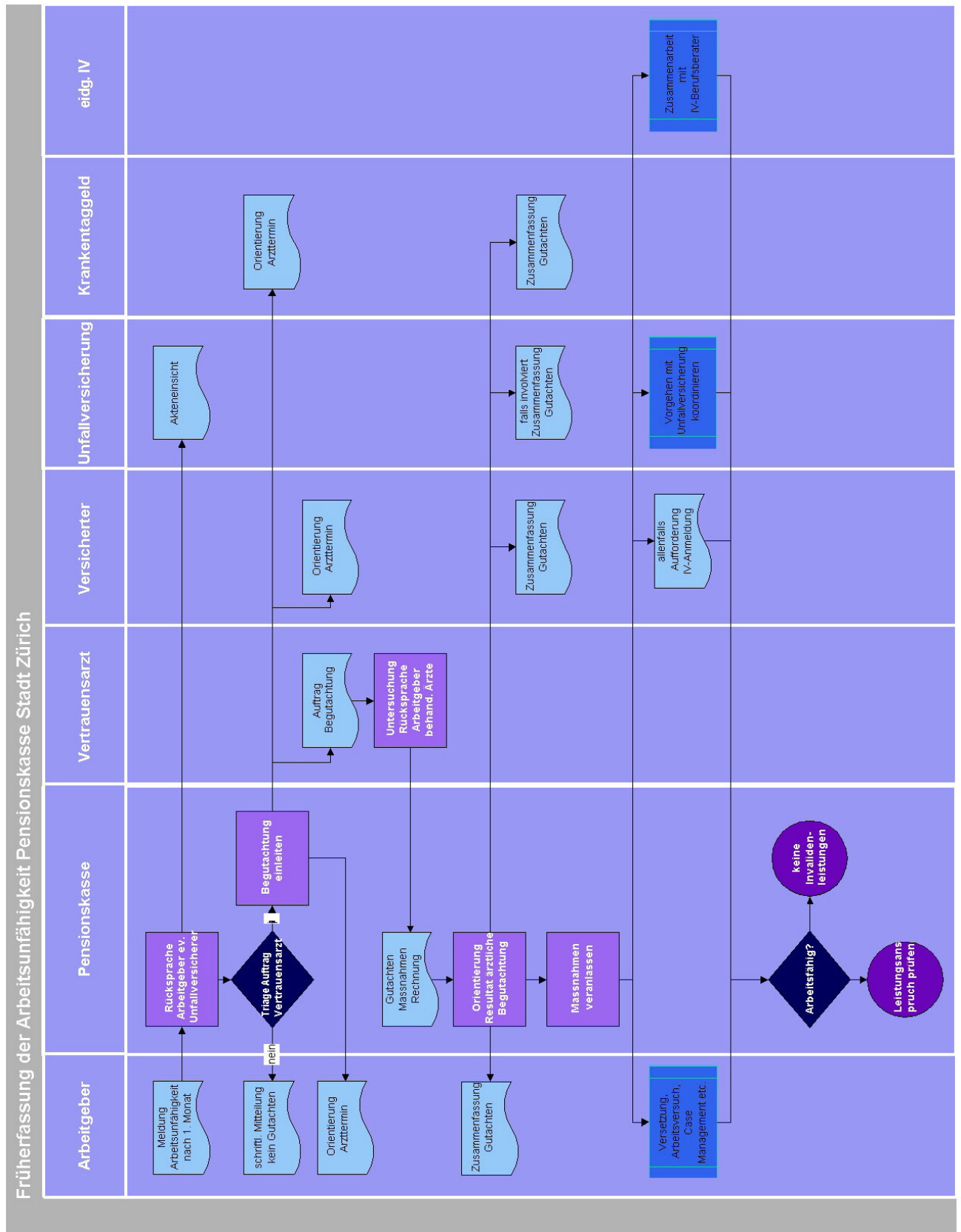


Abbildung 25 - Früherkennung PK Stadt Zürich

Quelle: eigene Grafik

5.5. Berufliche Massnahmen

Die Eingliederung von teilinvaliden Personen in den Arbeitsmarkt bildet in sozialpolitischer Hinsicht das Kernstück der IV und ist ein Leistungsbereich der IV, welcher sehr erfolgreich ist⁷⁸, aber trotzdem zu wenig beachtet wird. Nachstehend soll aufgezeigt werden, welche Leistungen „Berufliche Massnahmen“ beinhalten.

Die individuellen Eingliederungsmassnahmen der IV nehmen innerhalb des IV-Leistungspakets eine Vorrangstellung ein. Sie haben zum Ziel, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern sowie die Integration Invaliden in das gesellschaftliche Leben zu erleichtern.

Wird ein Mensch invalid oder von einer Invalidität bedroht, soll er die Chance erhalten durch gezielte Eingliederungsmassnahmen sein bedrohtes Entwicklungspotential trotzdem entfalten und bilden können. Die gesetzliche Umsetzungsaufgabe steht einzig der Eidg. IV zu. Art. 8 IVG formuliert den Grundsatz der „Eingliederung vor Rente“.

Bei der Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen müssen die zuständigen IV-Stellen als Erstes die Eingliederungsfähigkeit abklären. Eingliederungsfähig sind diejenigen Behinderten, die mit medizinischen oder beruflichen Massnahmen wieder ins Erwerbsleben integriert werden können.⁷⁹ Auf folgende Massnahmen besteht ein Leistungsanspruch:

- medizinische Massnahmen (Art. 12-14 IVG)
- Massnahmen beruflicher Art (Art. 15-18 IVG)
- Massnahmen für besondere Schulung (Art. 19 IVG)
- Betreuung hilfloser Minderjähriger (Art. 20 IVG)
- Hilfsmittel (Art. 21-21bis IVG)
- Taggelder (Art. 22-25ter IVG)

⁷⁸ Vgl. Berufliche Eingliederung in der Eidg. Invalidenversicherung, Forschungsbericht Nr. 6/04, BSV Bern

⁷⁹ Vgl. Ueli Kieser, Jürg Senn, Invalidität, Beobachter-Buchverlag, Zürich 2004, S. 20

Die nachstehenden Erläuterungen beschränken sich auf Massnahmen beruflicher Art. Die erstmalige berufliche Ausbildung, Art. 16 IVG, wird ebenfalls ausgeklammert. Eine detaillierte Beschreibung sämtlicher IV-Leistungen befinden sich in zahlreichen Merkblättern der IV⁸⁰.

In erster Linie soll mit Hilfe geeigneter Massnahmen die Überwindung der negativen wirtschaftlichen Invaliditätsfolgen und damit die Vermeidung eines Rentenbedürfnisses angestrebt werden. Diese Massnahmen werden Eingliederungsmassnahmen genannt. Sie haben zum Ziel, invalide Versicherte in den Arbeitsprozess (wieder-)einzugliedern, damit sie ihren Lebensunterhalt selbständig bestreiten können.

Für die Leistungsgewährung fallen nur Massnahmen in Betracht, die den Fähigkeiten und soweit als möglich auch den Neigungen der Versicherten entsprechen und die das Eingliederungsziel auf einfache und zweckmässige Weise anstreben. Dies bedeutet, dass zwischen der Dauer und den Kosten der Massnahme einerseits und dem wirtschaftlichen Erfolg andererseits ein vernünftiges Verhältnis bestehen soll. Zudem soll die berufliche Ausbildung in einer auf die Anforderungen des Arbeitsmarktes ausgerichteten Weise soweit wie möglich in der freien Wirtschaft erfolgen.

In zahlreichen Fällen sind berufliche Massnahmen nicht möglich. Ausländer mit sprachlichen Problemen und Bildungsdefiziten, die vorwiegend für Hilfsarbeiten eingesetzt werden, sind schwerer wiederingliederbar als Versicherte mit einer breiten und guten Ausbildung. Bei einem allgemeinen Abbau von Arbeitsplätzen in manuellen Bereichen finden sie selber kaum mehr eine Stelle. Ihr „schulischer Rucksack“ ist für eine Umschulung auf eine nicht manuelle Tätigkeit zu klein. Gemäss heutiger Rechtssprechung zahlt die IV keine Kosten an Massnahmen, die die allgemeine Bildung betreffen.

5.5.1. Berufsberatung

Die Berufsberatung⁸¹ dient der Erfassung der Persönlichkeit und der Feststellung der Fähigkeiten und Neigungen der versicherten Personen. Dies bildet die Grundlage für die Wahl einer geeigneten Berufstätigkeit oder für die Stellenvermittlung.

Neben den üblichen Methoden der Berufsberatung (Testdiagnostik, Schnupperlehren etc.) können umfassende Abklärungen in spezialisierten Ausbildungs- und Eingliederungsstätten durchgeführt werden. Für

⁸⁰ www.ahv.ch, Abruf: 7.5.2005

⁸¹ Art. 15 IVG

jede versicherte Person wird ein bestimmtes Abklärungsprogramm mit klarer Zielsetzung zusammengestellt.

5.5.2. Umschulung

Als Umschulung⁸² wird das Schaffen einer neuen Erwerbsmöglichkeit (auch Wiedereinschulung in die bisherige Tätigkeit und Eingliederung in einen Aufgabenbereich) verstanden, welche der früheren Tätigkeit annähernd gleichwertig ist. Unter „gleichwertig“ werden in erster Linie die Verdienstmöglichkeiten verstanden. Zudem wird auch die berufliche Karriere mitberücksichtigt.

Der Anspruch auf Umschulung richtet sich nur auf die zur Eingliederung ins Erwerbsleben unmittelbar erforderlichen Massnahmen und nicht auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Lösungen. Wesentlich ist der Eingliederungserfolg jedenfalls dann, wenn die Umschulungsmassnahme den Invaliditätsgrad in rentenbeeinflussendem Ausmass herabzusetzen vermag. Wählt eine versicherte Person eine ausgefallene berufliche Ausbildung, die auf dem Stellenmarkt nur schwerlich zu einer Eingliederung führen wird, so hat sie dieses Risiko selber zu tragen.

5.5.3. Arbeitsvermittlung

Unter Arbeitsvermittlung⁸³ werden die Bemühungen der IV-Stelle verstanden, eingliederungsfähigen Invaliden oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohten versicherten Personen bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes zu helfen. Die Versicherten haben nicht Anspruch auf die Beschaffung eines Arbeitsplatzes durch die IV, sondern lediglich auf deren Bemühungen zur Arbeitsvermittlung.

Im Bereich der Arbeitsplatzhaltung sucht beispielsweise die IV-Stelle Zürich die enge Zusammenarbeit mit Arbeitgebern. Folgende Leistungen kann die IV-Arbeitsvermittlung dem Arbeitgeber anbieten:⁸⁴

- Finanzielle und beratende Unterstützung bei der Arbeitsplatzhaltung von Mitarbeitern mit gesundheitlichen Problemen
- Kostenbeteiligung bei der Umgestaltung von Arbeitsplätzen
- Kostenbeteiligung an Einarbeitungs- und Umschulungskosten
- Kostenlose Arbeitsvermittlung von qualifizierten Arbeitskräften

⁸² Art. 17 IVG

⁸³ Art. 18 IVG, Abs. 1

⁸⁴ Vgl. SVA Zürich, IV-Arbeitsvermittlung, Fünf praktische Gründe für die Zusammenarbeit mit der IV

5.5.4. Fazit

Meist wird die IV primär mit der Leistung von IV-Renten in Verbindung gebracht. Dieses Bild ist unvollständig. Die IV ist sehr engagiert um dem Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ nachzukommen. Vor allem im Bereich der Arbeitsplatzhaltung ist die IV sehr aktiv geworden. Dabei bietet sie dem Arbeitgeber einige gute Gründe, welche für eine enge Zusammenarbeit mit der IV sprechen. Es ist daher zu hoffen, dass sich das Bild der IV wandelt und zahlreiche Unternehmungen den eigenen Nutzen in der Zusammenarbeit mit der IV sehen.

5.6. 5. IV-Revision

In Kapitel 4 wurde die Bindewirkung zwischen der Invalidenversicherung und der beruflichen Vorsorge aufgezeigt. Aufgrund dieser Abhängigkeit sind die Entwicklungen bei der IV für die berufliche Vorsorge von grosser Bedeutung. Im folgenden Kapitel soll der Inhalt resp. die geplanten Massnahmen der 5. IV-Revision vorgestellt werden.⁸⁵

5.6.1. Wie kam es zur 5. IV-Revision?

Noch während der parlamentarischen Debatte zur 4. IV-Revision reichten die Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit der beiden Räte Ende 2002 und Anfang 2003 Motionen ein, um die Wirksamkeit der getroffenen Massnahmen zu evaluieren und einem anhaltenden Anstieg der Rentenquote mit Massnahmen im Rahmen einer nächsten Revision zu begegnen.

Angesichts der finanziellen Schieflage der Invalidenversicherung hat der Bundesrat beschlossen, die 5. IV-Revision sofort an die Hand zu nehmen. Mit dem übergeordneten Ziel die Neurenten um 10% zu senken und die Defizite der IV zu reduzieren, schickte der Bundesrat drei unabhängige Vorlagen in die Vernehmlassung. Über jeden dieser drei Punkte konnte das Parlament separat beschliessen:

- 5. IV-Revision
- IV-Zusatzfinanzierung
- Verfahrensstraffung in der IV

⁸⁵ Vgl. 5. IV-Revision, Entwurf und erläuterter Bericht für die Vernehmlassung, BSV Bern 2004

Die zusätzliche Finanzierung sowie die Verfahrensstraffung werden in der vorliegenden Arbeit ausgeklammert. Das folgende Kapitel beschränkt sich daher lediglich auf die Erläuterung der 5. IV-Revision.

5.6.2. Ziel der 5. IV-Revision

Die Zahl der IV-Rentner wächst seit Jahren stetig an. Vor allem steigt die Zahl der jungen Neurentner mit psychischen Problemen von Jahr zu Jahr.

Zum heutigen Zeitpunkt werden Situationen in denen Menschen arbeitsunfähig sind erst dann wahrgenommen, wenn die Betroffenen bereits nicht mehr in der Arbeitswelt integriert sind und die Chancen für eine Rückkehr an den Arbeitsplatz schlecht stehen.

Mit der 5. IV-Revision soll deshalb die Zahl der Neurenten um 20%⁸⁶ verringert werden. Zur Erreichung des Ziels soll der Leitidee der Invalidenversicherung „Eingliederung vor Rente“ wieder verstärkt nachgelebt werden. Zielgruppen sind vor allem Personen mit einer psychischen Erkrankung.

Um dieses Ziel zu erreichen, stehen folgende Massnahmen zur Vernehmlassung:

1. Früherkennung und Begleitung (FEB)

Ziel dieses Instrumentes ist es, die Betroffenen so früh als möglich zu erkennen, zu begleiten und dafür zu sorgen, dass sie im Arbeitsprozess bleiben können.

Eine Inkraftsetzung könnte frühestens auf 1. Juli 2006 oder 1. Januar 2007 erfolgen.

2. Integrationsmassnahmen

Diese neuen Massnahmen sind auf die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit der Betroffenen ausgerichtet und dienen dazu, die Voraussetzungen für die berufliche Wiedereingliederung zu schaffen. Eine IV-Rente soll möglichst vermieden werden.

3. Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit durch IV-Ärzte

Dabei geht es darum, die Arbeits(un)fähigkeit durch Ärzte die sich in versicherungsmedizinischen Belangen genügend auskennen beurteilen zu lassen.

⁸⁶ Mit der Aussprache des Bundesrates zur 5. IV-Revision vom 13.4.2005 wurde das Ziel der Reduktion der Neurenten von 10% auf 20% erhöht.

4. Korrektur negativer Anreize

Dabei soll vor allem vermieden werden, dass es zu Situationen kommt, in welchen Personen nach Eintritt der Invalidität finanziell besser dastehen als vorher.

5. Strengere Definition des Invaliditätsbegriffs für den Anspruch auf IV-Rente⁸⁷

Neben den bereits in der Vernehmlassung vorgeschlagenen Massnahmen hat der Bundesrat in seine Aussprache zur 5. IV-Revision vom 13. April 2005 eine weitere Massnahme vorgeschlagen. Dabei sollen die Kriterien für den Anspruch auf eine IV-Rente strenger ausgestaltet werden. Dazu soll die gesetzliche Definition des Invaliditätsbegriffs in Bezug auf den Anspruch auf eine Rente eingeschränkt werden. Eine Rente soll grundsätzlich nur zugesprochen werden, wenn Eingliederungsmassnahmen von vornherein als erfolglos beurteilt werden oder solche Massnahmen trotz Bemühen der versicherten Person nicht zum angestrebten Ziel führen.

5.6.3. Früherkennung und Begleitung (FEB)

Obwohl das Motto „Eingliederung vor Rente“ für die IV keineswegs neu ist, war es doch wohl nie so aktuell wie in der heutigen Situation. Früherkennung und Begleitung soll in erster Linie dazu beitragen, dass Personen, welche in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind, ihren bestehenden Arbeitsplatz behalten können. Mit dieser Aufgabe sollen spezielle, unabhängige Fachstellen (FEB-Stellen) beauftragt werden.

Es liegt im Interesse der Betroffenen, dem Arbeitgeber und den Sozialversicherungen die Betroffenen erst gar nicht aus dem Erwerbsleben hinausfallen zu lassen.

Durch die Zusammenarbeit mit der FEB-Fachstelle erhält der Arbeitnehmende konkrete Hilfe und Unterstützung und wird motiviert in der Arbeitswelt zu verbleiben. Der Arbeitgeber hat den Vorteil, dass schleichende Krankheitsfälle früh erkannt und Absenzen und Aufwendungen im Personalbereich gesenkt werden können. Die Arbeitgeber müssen aber auch bereit sein, leistungsschwächere Arbeitnehmer weiter zu beschäftigen und Lösungen anzubieten.

Die Begleitung durch die FEB-Fachstelle ist insbesondere bei denjenigen Personen wichtig, bei denen nicht nur medizinische Probleme zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit geführt haben. Die zentrale Aufgabe der FEB ist es zu verhindern, dass soziale Probleme nicht erkannt, nicht angegangen und deswegen früher oder später medikalisiert werden.

⁸⁷ Vgl. Aussprache des Bundesrates zur 5. IV-Revision, Medienmitteilung vom 13. April 2005

Da das Ausmass der Inanspruchnahme und die Auswirkungen eines Systems der Früherkennung und Begleitung heute weitgehend unklar sind, waren in der Vernehmlassung zur 5. IV-Revision Projekte geplant. Damit sollten fehlende Erkenntnisse und Erfahrungen in Bezug auf eine möglichst optimale und wirkungsvolle flächendeckende Einführung einer FEB zusammengetragen werden. Obschon eine definitive, flächendeckende Einführung gemäss der Vernehmlassung zur 5. IV-Revision als „nicht vernünftig“⁸⁸ beurteilt wurde, soll das System nun trotzdem flächendeckend eingeführt werden.

Die Aufgaben und Leistungen der FEB-Fachstellen sind von der Phase einer Krankheit abhängig, in welcher sich die betroffenen Personen befinden:

- **Kurzabsenzen**

Die Leistung besteht in der Information und Beratung von Betroffenen, Arbeitgebenden und allfälligen weiteren Personen und Stellen, und zwar immer in Hinblick auf die Erhaltung eines bestehenden Arbeitsplatzes. Hierfür ist keine spezielle Anmeldung bei der FEB-Fachstelle nötig.

- **Längere Absenzen**

Bei längeren Absenzen am Arbeitsplatz ist eine Anmeldung bei der FEB-Fachstelle erforderlich. Aufgrund der Anmeldung nimmt die FEB-Fachstelle Kontakt mit der betroffenen Person, dem Arbeitgeber und allenfalls der Taggeldversicherung auf und verlangt Arztberichte des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin ein. Bei Unklarheiten oder Fragen veranlasst die Fachstelle eine medizinische Abklärung durch einen regionalen ärztlichen Dienst der IV (RAD). Aufgrund ihrer Abklärungen schlägt die FEB-Fachstelle Massnahmen zur Verbesserung oder Veränderung der Arbeitssituation und weitere Massnahmen zuhanden von Arbeitgebenden, Ärztinnen und Ärzten sowie der Taggeldversicherung vor.

Wird das Risiko einer Erwerbsunfähigkeit bejaht, so weist die FEB-Fachstelle die Person an die IV weiter. Falls die betroffene Person im Verlauf der Abklärungen der FEB-Fachstelle ihren Arbeitsplatz verliert, weist sie die Fachstelle an die zuständigen Organe der Arbeitslosenversicherung (RAV) weiter.

⁸⁸ Vgl. 5. IV-Revision, Entwurf und erläuternder Bericht für die Vernehmlassung, Bern, Sept. 2004, S. 44

5.6.4. Integrationsmassnahmen

Die heutigen beruflichen Massnahmen (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung und Arbeitsvermittlung) sind meistens wenig geeignet um vor allem die stark zunehmende Gruppe von psychisch kranken Personen oder auch beruflich unqualifizierten Personen (keine oder schlechte Schulbildung, Immigranten, usw.) einzugliedern. Weiter kommt hinzu, dass zum heutigen Zeitpunkt kein wirksames Mittel besteht, die Versicherten bei Eingliederungsmassnahmen zur Mitwirkung zu verpflichten. So kann es heute zu Zusprachen von Renten kommen, ohne dass die Restarbeitsfähigkeit optimal verwertet werden kann.

Zur Schliessung dieser Lücke werden deshalb weitere Integrationsmassnahmen vorgeschlagen:

- Sozialberufliche Rehabilitation
- Arbeitstraining
- Auffrischung von Schulkenntnissen
- Sprachkurse
- Intensive Arbeitsvermittlung
- Beschäftigungsprogramme

Für den Versicherten muss klar sein, dass eine allfällige (Teil)-Berentung erst dann geprüft wird, wenn alle diese Möglichkeiten geprüft wurden. Integrationsmassnahmen werden längstens für die Dauer von zwei Jahren zugesprochen. Während dieser Dauer wird die Person intensiver als bis anhin begleitet und betreut, so kann auch besser festgestellt werden, ob und in welchem Ausmass eine Person tatsächlich arbeitsunfähig ist.

Die finanzielle Absicherung der Versicherten erfolgt in Form eines Taggeldes wie es bereits heute bekannt ist. Vor der Beendigung der Massnahmen wird die IV-Stelle prüfen, ob eine erfolgreiche Eingliederung gelungen ist, Voraussetzungen für eine berufliche Massnahme (z.B. Umschulung) vorhanden sind, oder allenfalls eine Verlängerung der Integrationsmassnahme angezeigt ist. Erst wenn diese Punkte geklärt sind und feststeht, dass eine bleibende oder länger dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsunfähigkeit besteht, wird über eine (Teil)-Rente entschieden.

5.6.5. Beurteilung Arbeits(un)fähigkeit durch IV-Ärzte

Heute muss die IV oft mit aufwändigen Abklärungen die Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit von Versicherten durch die behandelnden Ärzte überprüfen. Die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit wird oftmals von Ärzten vorgenommen, welche über keine oder nur ungenügende versicherungsmedizinischen Kenntnisse verfügen. Die Beurteilungen fallen folglich auch eher zu Gunsten der Versicherten Person aus. Das Ziel dieser Massnahme ist es deshalb, dass die Beurteilung der medizinischen Arbeits(un)fähigkeit nur noch durch Ärzte der regionalen ärztlichen Dienste (RAD) erfolgen soll. Dies soll zur Folge haben, dass eine objektivere Festlegung der Arbeitsunfähigkeit möglich ist und das Verfahren allgemein beschleunigt wird. Die Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit wird vor allem zu Beginn eine wichtige Rolle spielen. Es muss damit auch festgelegt werden, ob die angemeldete Person überhaupt die Voraussetzungen für Leistungen der Invalidenversicherung erfüllt. Von dieser Beurteilung hängt ab, ob und zu welchen Leistungen es von Seiten der Invalidenversicherung kommt.

5.6.6. Korrektur der negativen Anreize

Grundsätzlich sollen die Versicherten künftig nur noch Leistungen der IV frühestens ab dem Zeitpunkt der Anmeldung erhalten und nicht mehr rückwirkend auf Beginn der Erwerbsunfähigkeit. Mit dieser Massnahme sollen die Versicherten wie auch die Arbeitgeber und Ärzte sensibilisiert werden, eine durch Krankheit erwerbsunfähig gewordene Person möglichst rasch bei der Invalidenversicherung anzumelden, um die Möglichkeiten einer allfälligen Wiedereingliederung zu prüfen.

Zudem sollen IV-Versicherte in Bezug auf die Höhe des Taggeldes so weit als möglich gleich gestellt werden wie Personen in der Arbeitslosenversicherung. Damit sollen bestehende finanzielle Vorteile, die IV-Taggeldbezüger gegenüber arbeitslosen Personen geniessen, möglichst weitgehend beseitigt werden.

5.6.7. Invaliditätsbegriff

Invalidität, die aus psychischen Erkrankungen resultiert, ist weniger objektivierbar, weniger nachvollziehbar und wird in der Folge tendenziell als weniger gravierend beurteilt. Nicht zuletzt deshalb wird diese Versichertengruppe oft als der IV-Leistungen „unwürdig“ dargestellt und wird gar von „Missbrauch“ gesprochen. Die Diskussion bleibt damit jedoch an der Oberfläche, ist sie doch auf dem Hintergrund gesellschaftlicher Aushandlungsprozesse um die Verteilung knapper werdender Mitteln zu sehen. Diese gesellschaftliche

Auseinandersetzung kann die 5. IV-Revision nicht leisten. Hingegen ist eine interessante politische Diskussion um den Invaliditätsbegriff zu erwarten.⁸⁹

5.6.8. Fazit

Die 5. IV-Revision ist meiner Meinung nach ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Verglichen zur 4. IV-Revision wird nun mit der Früherkennung und Begleitung (FEB) versucht, das Problem an der Wurzel zu fassen. Daher bin ich überzeugt, dass mit dieser Strategie langfristig die Anzahl der Neurenten reduziert werden kann.

Trotzdem muss man sich bewusst sein, dass die 5. IV-Revision keine Wunder bewirken kann. Da die IV meist erst am Schluss der Invalidisierung involviert wird, ist sie systembedingt sehr schlecht positioniert um Früherkennung zu betreiben. Faktisch ist sie daher auf die Zusammenarbeit mit den vorgelagerten Stellen angewiesen. Da diese Zusammenarbeit nur sehr schwer gesetzlich durchsetzbar ist, müssen vor allem für die Arbeitgeber deutlich mehr Anreize geschaffen werden, als dies die Revisionsvorlage vorsieht. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die IV keine Arbeitsplätze schaffen kann.

Im Weiteren wird die Einführung und flächendeckende Umsetzung der Revision einige Jahre in Anspruch nehmen. Ein möglicher Erfolg wird sich daher erst sehr viel später abzeichnen. Neben dem zeitlichen Aspekt besteht bereits heute grosse Skepsis, ob die IV in Bezug auf FEB über genügend Kapazität verfügen wird, um die anfallende Informationsflut bewältigen zu können.

Aufgrund der grossen Abhängigkeit und Unsicherheit scheint es mir aus Sicht der Pensionskassen ein grosses Risiko zu sein, sich lediglich auf den Erfolg der 5. IV-Revision zu verlassen. Es sollten daher Massnahmen ergriffen werden, um die IV in Ihrer Tätigkeit zu unterstützen.

⁸⁹ Vgl. Vernehmlassung der IVSK zur 5. IV-Revision, Stans, 15.12.2004

6. Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Invaliditätsursachen sind sehr vielschichtig und können nicht von einem Leistungsträger wahrgenommen werden. Es wäre eine Illusion zu glauben, die 5. IV-Revision könne die gesamte Problematik lösen. Sämtliche Leistungsträger sind daher gefordert, gemeinsam an einem „Strick“ zu ziehen und in ihrem Bereich nach Lösungen zu suchen.

Invalidität stellt für eine Pensionskasse ein ernstzunehmendes Risiko dar, welches sich aus folgenden Faktoren zusammensetzt:

- hohe Anzahl Neurentner, welche zunehmend jünger werden
- rund 90% der IV-Renten sind krankheitsbedingt
- Bindewirkung zwischen beruflicher Vorsorge und IV
- sehr hohe Kosten (technischer Schaden)

Aufgrund des hohen Risikos darf eine Pensionskasse die Verantwortung zur Vermeidung von Invalidität nicht lediglich dem Arbeitgeber oder der IV übertragen, sondern muss nach Möglichkeiten suchen, um dieses Risiko zu reduzieren.

Neben juristischen Mitteln (Beschwerderecht, Regress usw.) sollten Pensionskassen hauptsächlich im Bereich der Früherkennung aktiv werden. Dabei liegen die möglichen Massnahmen vorwiegend in der Unterstützung von Arbeitgeber und IV.

In Bezug auf die Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber muss gewährleistet werden, dass eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit möglichst rasch erkannt und allfällige Gegenmassnahmen frühzeitig eingeleitet werden. Dabei kann die PK in folgenden Punkten aktiv werden:

- Verpflichtung des Arbeitgebers, die Arbeitsunfähigkeit der Pensionskasse zu melden
- Frühzeitige medizinische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch Vertrauensarzt
- Empfehlung und Einleitung geeigneter Massnahmen (Case Management, Versetzung usw.)
- Finanzielle Beteiligung Absenzen- / Case Management

Im Bereich beruflicher Massnahmen muss zwischen den Pensionskassen und der IV eine aktive Zusammenarbeit stattfinden. Damit sich die IV auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren kann, muss diese in ihrer Arbeit unterstützt werden. Zu diesem Zweck kann die PK in folgenden Punkten aktiv werden:

- Triage – mit der Frage, ob berufliche Massnahmen angezeigt sind
- Medizinische Beurteilung
- Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer anderen Tätigkeit
- Vollständige Unterlagen (Lebenslauf, Arbeitsplatzbeschreibung usw.)

Gemäss eigener PK-Umfrage beschäftigt sich zurzeit lediglich rund 1/3 der Befragten mit dem Thema Früherkennung. Dabei wurden Massnahmen erst seit kurzem eingeführt oder sind noch in Planung. Aufgrund der geringen Erfahrungen, kann die vorliegende Arbeit nicht den Beweis erbringen, dass mit den vorgestellten Massnahmen Kosten eingespart werden können.

Geht man aber davon aus, dass durch den Einsatz von Früherkennung lediglich ein paar wenige IV-Fälle vermieden werden können, so rechtfertigt dies bereits einen beträchtlichen finanziellen und personellen Aufwand und kann allenfalls eine Prämienerrhöhung resp. einen Leistungsabbau verhindern.

„Rente allein macht nicht glücklich“⁹⁰ - Neben den finanziellen Auswirkungen darf nicht vergessen werden, dass hinter jedem Invaliditätsfall ein Mensch mit einem persönlichen Schicksal steht. Mit dem Verlust des Arbeitsplatzes ist meist auch eine gesellschaftliche Ausgrenzung verbunden. Die soziale Verantwortung einer Pensionskasse darf sich daher nicht lediglich auf die Zusprechung von Invalidenleistungen beschränken. Vielmehr muss auch sie ihren Beitrag dazu leisten, um einem drohenden Abgleiten in die Invalidität entgegenzuwirken.

Mit Früherkennung können nicht sämtliche IV-Fälle vermieden werden. Trotzdem bleibt zu hoffen, dass in Zukunft noch weitere Pensionskassen diese Thematik aktiv angehen werden.

⁹⁰ Esther Baldegger-Thut, Case Managerin, Rehafirst AG, Zürich

7. Anhang

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Bachmann Ruth,* Einmal Rente – immer Rente?, Verlag Rüegger, Zürich 2005
Müller Franziska,
Balthasar Andreas
- Baer Niklas* Berufliche Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen, Peter Lang, Bern, 2002
- Baumgartner Edgar,* Die berufliche Integration von behinderten Personen in der Schweiz, Studie zur Beschäftigungssituation und zu Eingliederungsbemühungen, Olten, 2004
Greiwe Stephanie,
Schwarb Thomas.
- Breitenmoser Beatrice* Referat, Die zunehmende Bedeutung der psychiatrischen Begutachtung aus Sicht der Invalidenversicherung, 2.11.2000
- Danuser Brigitta* Ist ein Dossier bei der IV, ist es meist bereits zu spät, Schweizerische Ärztezeitung Nr. 3, 2004
- Ewers Michael* Case Management in Theorie und Praxis, Verlag Hans Huber, Bern 2000
- Frech Stephan* Vorsorge, Winterthur Leben, Ausgabe 2/2004
- Furrer Christoph* VZ 2000, Technische Grundlagen für Pensionsversicherungen, Zürich 1999
- Furrer Cornelia,* Berufliche Massnahmen in der Eidg. Invalidenversicherung,
Bieri Oliver, Forschungsbericht Nr. 6/04, BSV Bern
Bachmann Ruth

- Hell Daniel* Die Psychiatrie als Spiegel der Gesellschaft, NZZ, 22.11.2003
- Herzer Heinz* Zunehmende Invalidisierung trotz medizinischem Fortschritt bei Schweizern und Ausländern, Schweizerische Ärztezeitung (2000), Nr. 81/47
- Hoffmann Holger* Eingliederung statt Ausgrenzung, Soziale Sicherheit 1/2005
- Hoffmann Holger* Das Job Coach Projekt – Ein neuer Ansatz zur nachhaltigen Teilhabe psychisch Kranker am Arbeitsleben in der freien Wirtschaft, Pro Mente Sana Aktuell, 1/04
- Kieser Ueli, Senn Jürg* Invalidität, Beobachter-Buchverlag, Zürich 2004
- Leuthold Beat* Grobkonzept für ein Case Management zur frühzeitigen beruflichen und sozialen Reintegration, Caritas Schweiz, Fachstelle Gesundheit und Integration, St. Gallen 2003
- Mühle Urs,
Zingg Christian* Handbuch des Schweizerischen Sozialversicherungsrechts, GeKom GmbH, Solothurn 2002
- Murer Erwin* Die 5. IVG-Revision: Kann sie die Rentenexplosion stoppen?, Stämpfli Verlag AG Bern, 2004
- Nagel Maja* Kann Case Management Langzeitinvalidität verhindern?, Managed Care, 7/2001
- Neuffer Manfred* Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, Juventa Verlag, Weinheim 2002
- Pfeiffer-Karabin
Marijana* Wiedereingliederung vor Rente: Möglichkeiten und Grenzen der Arbeitgeber, Präsentation, 11.5.2005

<i>Prieur Yvonne</i>	Die Zahl der Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger der IV wächst stetig, Soziale Sicherheit 4/2000
<i>Rossier Yves</i>	Die Zukunft der ersten Säule: Die Sicht des BSV, Schweizer Arbeitgeber, Februar 2005
<i>Ruckstuhl Thomas</i>	Case Management und die Versicherungswelt Schweiz, 2004
<i>Schaffhauser René, Stauffer Hans-Ulrich (Hrsg.)</i>	Berufliche Vorsorge 2002, Probleme, Lösungen, Perspektiven, St. Gallen 2002
<i>Schmidt Hans</i>	Invalidität vermeiden dank Case Management, Managed Care 7/2001
<i>Schmidt Hans</i>	Reintegrieren statt vorzeitig invalid-pensionieren, Schweizerische Ärztezeitung Nr. 16, 2004
<i>Spycher Stefan</i>	NFP-Studie, Analyse der kantonalen Unterschiede innerhalb der IV, 2004
<i>Stünzi Mischa</i>	Zunehmende psychische Behinderung und Invalidität – Erklärungsansätze für ein Phänomen, Soziale Sicherheit 3/2003
<i>Van Dam Jaap</i>	Kostenfolgen von Invalidität senken, Schweizer Arbeitgeber, Heft 4, 2004
<i>Vetter Isabelle (Hrsg.)</i>	Kommentar Berufliche Vorsorge, Orell Füssli AG, Zürich 2005
<i>Weber Thomas</i>	Vorsorge, Winterthur Leben, Ausgabe 2/2004
<i>Weibel René</i>	Invalidität wird unbezahlbar, Sonntags Zeitung, 29.5.2005
<i>Wendt Rainer</i>	Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Eine Einführung, 3. ergänzte Auflage, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 2001

Publikationen, Statistiken

5. IV-Revision, Entwurf und erläuternder Bericht für die Vernehmlassung,
Bern, September 2004

Interinstitutionelle Zusammenarbeit im Spannungsfeld von Arbeitslosigkeit,
Invalidität und Sozialhilfe, 2004

IV-Statistik 2004, Statistiken zur sozialen Sicherheit, BSV Bern

Manual BV- IV, Zusammenarbeit der Vorsorgeeinrichtungen und der IV-Stellen

Pensionskassenstatistik 2002, Die berufliche Vorsorge in der Schweiz, BFS Bern

Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, BFS Bern, 2003

Schwerpunkt 5. IV-Revision, Soziale Sicherheit CHSS 5/2004, S. 269 ff

Vernehmlassung der IVSK zur 5. IV-Revision, Stans, 15.12.2004

Wer zur Arbeit zurückkehrt und warum, Internationale Vereinigung für Soziale Arbeit,
Forschungsprogramm, Genf 2002

Internet

www.asip.ch	Schweizerischer Pensionskassenverband
www.bsv.admin.ch	Bundesamt für Sozialversicherungen
www.iiz.ch	Interinstitutionelle Zusammenarbeit
www.iiz-plus.ch	Interinstitutionelle Zusammenarbeit (berufliche Vorsorge, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer)
www.koordination.ch	Koordination von Privat- und Sozialversicherungen
www.netzwerk-cm.ch	Case Management Netzwerk
www.parlament.ch	Die Bundesversammlung – das Schweizer Parlament
www.perspektiven.ch	Ruckstuhl Thomas, Case Manager FHS (HSA) Eidg. dipl. Privat- und Sozialversicherungsfachmann
www.vorsorgeforum.ch	Forum für die berufliche Vorsorge der Schweiz
www.activita.ch	Activita Care Management AG
www.ahv.ch	AHV/IV
www.cmsa.org	Case Management Society of America
www.rehafirst.ch	Rehafirst AG, Zürich
www.siznet.ch	SIZ Care AG, Zürich
www.bfs.admin.ch	Bundesamt für Statistik, Bern
www.svazurich.ch	Sozialversicherungsanstalt Zürich

Gesetze, Verordnungen

Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG)

Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV2)

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)

Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)

Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil der Sozialversicherung (ATSG)

Fachschule für
Personalvorsorge AG

Diplomarbeit – Invalidität vermeiden

Invalidität in der beruflichen Vorsorge

Name der Vorsorgeeinrichtung _____

Auskunftsperson

Name/Vorname _____

Tel. _____

E-Mail _____

1. Allgemeines

Verwaltungsform/ Rechtsform	<input type="checkbox"/> privatrechtlich <input type="checkbox"/> öffentlichrechtlich <input type="checkbox"/> autonom <input type="checkbox"/> halbautonom <input type="checkbox"/> Versicherungslösung <input type="checkbox"/> Anschluss an Sammelstiftung <i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>
Werden bei Berufsinvalidität Leistungen entrichtet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stehen Ihnen zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit eigene Vertrauensärzte zur Verfügung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, ab welchem Zeitpunkt wird ein Versicherter vertrauensärztlich begutachtet? _____ _____ _____ _____

Fachschule für
Personalvorsorge AG

Diplomarbeit – Invalidität vermeiden

Erbringen Sie bis zum Vorliegen des IV-Entscheids eine Überbrückungsrente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

2. Aktiver Versichertenbestand (Stichtag 1.1.2005)

Anzahl aktiv versicherte Personen?			
Geschlecht	Anteil Frauen _____ %		
	Anteil Männer _____ %		
Altersverteilung	Anzahl Frauen		Anzahl Männer
	25 – 40		25 – 40
	41 – 55		41 – 55
	>56		>56
	<input type="checkbox"/> Schätzung <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich		
Nationalität	Anteil Schweizer _____ %		
	Anteil Ausländer _____ %		
	<input type="checkbox"/> Schätzung <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich		

3. Invaliditätsfälle

Wie viele neue IV-Renten wurden in den vergangenen Jahren zugesprochen?		Anzahl volle Renten	Anzahl Teilrenten
	1.1. – 31.12.2002		
	1.1. – 31.12.2003		
	1.1. – 31.12.2004		
Geschlecht <i>(Gesamter Bestand, Stichtag 1.1.2005)</i>	Anteil Frauen _____ %		
	Anteil Männer _____ %		

Fachschule für
Personalvorsorge AG

Diplomarbeit – Invalidität vermeiden

Altersverteilung <i>(Gesamter Bestand, Stichtag 1.1.2005)</i>	Anzahl Frauen		Anzahl Männer	
	25 – 40		25 – 40	
	41 – 55		41 – 55	
	>56		>56	
	<input type="checkbox"/> Schätzung <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich			
Nationalität <i>(Gesamter Bestand, Stichtag 1.1.2005)</i>	Anteil Schweizer _____ %			
	Anteil Ausländer _____ %			
	<input type="checkbox"/> Schätzung <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich			
Wie sind die Invaliditäts-Gründe in Ihrer Kasse verteilt? <i>(Gesamter Bestand, Stichtag 1.1.2005)</i>		Anzahl Frauen	Anzahl Männer	Total
	Gelenk-, Knochen- und Bewegungsorgane			
	Nervensystem			
	Krebs			
	Kreislaufsysteme			
	Andere Krankheiten			
	Psyche			
	Unfall			
<input type="checkbox"/> Schätzung <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich				
Wie ist in Ihrer Kasse die Altersverteilung bei Invaliditätsfällen aus psychischen Gründen? <i>(Gesamter Bestand, Stichtag 1.1.2005)</i>	Anzahl Frauen		Anzahl Männer	
	25 – 40		25 – 40	
	41 – 55		41 – 55	
	>56		>56	
	<input type="checkbox"/> Schätzung <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich			

Fachschule für
Personalvorsorge AG

Diplomarbeit – Invalidität vermeiden

3.1. Neurentenbezüger (1.1. – 31.12.2004)

Geschlecht (1.1. – 31.12.2004)	Anteil Frauen _____ %			
	Anteil Männer _____ %			
Altersverteilung (1.1. – 31.12.2004)	Anzahl Frauen		Anzahl Männer	
	25 – 40		25 – 40	
	41 – 55		41 – 55	
	>56		>56	
	<input type="checkbox"/> Schätzung <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich			
Nationalität (1.1. – 31.12.2004)	Anteil Schweizer _____ %			
	Anteil Ausländer _____ %			
<input type="checkbox"/> Schätzung <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich				
Wie sind die Invaliditäts-Gründe in Ihrer Kasse verteilt? (1.1. – 31.12.2004)		Anzahl Frauen	Anzahl Männer	Total
	Gelenk-, Knochen- und Bewegungsorgane			
	Nervensystem			
	Krebs			
	Kreislaufsysteme			
	Andere Krankheiten			
	Psyche			
	Unfall			
<input type="checkbox"/> Schätzung <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich				

Fachschule für
Personalvorsorge AG

Diplomarbeit – Invalidität vermeiden

Wie ist in Ihrer Kasse die Altersverteilung bei Invaliditätsfällen aus psychischen Gründen? (1.1. – 31.12.2004)	Anzahl Frauen		Anzahl Männer	
	25 – 40		25 – 40	
	41 – 55		41 – 55	
	>56		>56	
<input type="checkbox"/> Schätzung <input type="checkbox"/> keine Aussage möglich				

4. Massnahmen zur Reduktion von IV-Fällen

Haben Sie aufgrund zunehmender Invaliditätsfälle Massnahmen zur Reduktion von IV-Fällen ergriffen resp. geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche und seit wann? _____ _____ _____ _____ _____ _____
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche und seit wann? _____ _____ _____ _____ _____ _____

Fachschule für
Personalvorsorge AG

Diplomarbeit – Invalidität vermeiden

Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgern	eidg. IV <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, seit wann und in welcher Form? _____ _____ _____ _____ _____
	Unfallversicherungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, seit wann und in welcher Form? _____ _____ _____ _____ _____
	Krankentaggeldversicherer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, seit wann und in welcher Form? _____ _____ _____ _____ _____
	Weitere Bemerkungen _____ _____ _____

Fachschule für
Personalvorsorge AG

Diplomarbeit – Invalidität vermeiden

Bitte senden Sie diesen Fragebogen bis **spätestens Ende Mai 2005** an folgende Adresse:

Felix Helbling
Seestrasse 215
8802 Kilchberg

Bei Fragen oder Unklarheiten erreichen Sie mich unter 01/216 52 17 oder felix.helbling@pkzh.ch.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Ermächtigung zur Einholung medizinischer Auskünfte und Entbindung von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht

Der/die **Unterzeichnete**

Name/Vorname

Adresse

PLZ Ort

ist bei der Pensionskasse Stadt Zürich versichert.

Die **Vertrauensärztin** bzw. der **Vertrauensarzt**

ist mit der Durchführung einer vertrauensärztlichen Begutachtung beauftragt. Die versicherte Person ermächtigt hiermit diese Ärztin bzw. diesen Arzt, bei anderen Ärzten, Therapeuten, Spitälern und Unfallversicherungen, bei denen die versicherte Person heute oder früher in Behandlung steht oder stand bzw. wo bereits Abklärungen getroffen wurden, medizinische und andere Auskünfte über ihre Person einzuholen und diesbezüglich Akten anzufordern. Sie beauftragt diese Ärzte, Spitäler und Unfallversicherer, die gewünschten Auskünfte zu erteilen sowie Akten herauszugeben und entbindet sie hierfür von der Pflicht zu ärztlichen Geheimhaltung.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Auszug aus dem Vorsorgereglement der Pensionskasse Stadt Zürich

Art. 46 Auskunftspflicht der Versicherten und Arbeitgeber

- ¹ Die Versicherten haben sich den angeordneten Untersuchungen zu unterziehen. Sie und der Arbeitgeber haben die für die Beurteilung nötigen Unterlagen zu Verfügung zu stellen und Auskünfte zu erteilen.
- ² Die Versicherten sind verpflichtet, der Pensionskasse und deren Vertrauensärztinnen bzw. -ärzten über alle für das Vorsorgeverhältnis erheblichen Tatsachen wahrheitsgetreu und vollständig Auskunft zu erteilen, alle erforderlichen Bescheinigungen zu beschaffen und das Arztgeheimnis Dritter gegenüber den Vertrauensärztinnen bzw. -ärzten aufzuheben.
- ³ Bei Verletzung der Pflichten gemäss Abs. 1 - 2 können Kassenleistungen verweigert oder Kosten infolge zusätzlich notwendiger Abklärungen den Fehlbaren auferlegt werden.

Bericht des Vertrauensarztes für die Pensionskasse Stadt Zürich (PKZH)
 Strassburgstrasse 9
 8039 Zürich

Abklärung Berufsinvalidität
 Erstabklärung

Die Pensionskasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung, wenn Versicherte seit **1 Monat** gesundheitsbedingt teilweise oder ganz arbeitsunfähig sind (Art. 47 VSR PKZH).

Vertrauensarzt

Auftrag vom
 Untersuchung am
 Zuständig bei PKZH

Versicherte Person

Adresse

AHV-Nr.

Geburtsdatum

Beschäftigungsgrad %

IV Grad %

Arbeitgeber / Dienstabteilung

1. Ursache der Arbeitsunfähigkeit (AUF) Unfall Krankheit Operation Schwangerschaft

Wann traten die ersten Symptome auf?

Seit wann besteht eine medizinisch begründete AUF von mind. 20%?

Diagnose

Wenn Unfall, Unfallversicherer UVZ* SUVA oder Unfall-Nr.

Unfalldatum und Art des Unfalls

* Unfallversicherung Stadt Zürich

-
2. Behandlung durch Dr.

von

bis

Liegen von diesen Stellen Berichte vor? ja nein

Bemerkungen:

Behandlung durch Dr.

von

bis

Liegen von diesen Stellen Berichte vor? ja nein

Bemerkungen:

Stationäre Behandlung / Kur: wo?

von

bis

Liegen von diesen Stellen Berichte vor?

ja

nein

Bemerkungen:

3. Anamnese (chronologischer Verlauf):

Subjektive Beschwerden:

Objektive Befunde:

4. Gibt es nicht-medizinische Gründe (psychosozial), die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben (z.B. Probleme am Arbeitsplatz, Stellenverlust, Faktoren des sozialen Umfeldes usw.) ?

ja

nein

Wenn ja, welche?

5. Art und Umfang der gegenwärtigen Behandlung

Aktuelle Medikation (einschl. Dosis)

keine

welche?

Aktuelle Therapien (einschl. Häufigkeit)

keine

welche?

Empfehlung für die zukünftige Therapie:

Sind zusätzliche medizinische Abklärungen notwendig?

ja

nein

Wenn ja, welche?

6. Kommt eine andere zumutbare Arbeit in Frage?

ja

nein

Wenn ja, welche und in welchem Umfang?

Wird eine neue Tätigkeit bereits ausgeübt?

ja

nein

Wenn ja, welche und in welchem Umfang?

Einschränkungen in der neuen Tätigkeit?

ja

nein

Wenn ja, welcher Art?

Zusammenfassung des Berichtes betreffend Arbeitsunfähigkeit (Berufsinvalidität)

Versicherte Person

AHV-Nr. Geburtsdatum

Arbeitgeber / Dienstabteilung

Auftrag vom Untersuchung vom

 Die untersuchte Person kann ihre Tätigkeit ab weiter voll ausüben Es liegt eine **Arbeitsunfähigkeit (AUF) bezogen auf die aktuelle Tätigkeit vor**Grad der AUF % dauernd vorübergehend bis

+ Restarbeitsfähigkeit %

= Beschäftigungsgrad %

 Die untersuchte Person kann folgende Erwerbstätigkeiten ausüben:

im Umfang von %

Allfällige Rahmenbedingungen:

Wann ist eine Überprüfung aus medizinischer Sicht angezeigt ?

Folgende Massnahmen sind angezeigt:

Case Management	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Überprüfung durch Arbeitsmedizin (AEH)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Versetzung / Umschulung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Massnahmen am Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Falls ja, welche?

Empfehlungen an den Arbeitgeber:

IV-Anmeldung für Berufliche Massnahmen bereits erfolgt? ja neinIV-Anmeldung für Rente bereits erfolgt? ja neinUnfall-Anmeldung bereits erfolgt? ja nein

Bemerkungen:

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

Zürich, 22. Juni 2005

Vollmacht

Herr
Felix Muster
Hinterhof
8802 Kilchberg

AHV-Nr. 111.57.222.333

erteilt hiermit folgende Vollmacht:

1. Auskünfte

Die unterzeichnende Person ermächtigt alle in Betracht fallenden Personen und Stellen hinsichtlich der für die Abklärung des Anspruches auf Versicherungsleistungen und Lohnzahlungen der versicherten Person sowie für die Geltendmachung von Rückgriffsrechten den zuständigen Stellen der Pensionskasse Stadt Zürich (PKZH) sowie der übrigen Stadtverwaltung bzw. dem Arbeitgeber die erforderlichen Auskünfte zu geben.

2. Andere Versicherer

Namentlich ermächtigt die unterzeichnende Person die PKZH ausdrücklich, bei sämtlichen in diesen Leistungsfall involvierten öffentlich- und privatrechtlichen Versicherungsträgern (Krankenversicherer, Krankentaggeldversicherer, Unfallversicherer, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen etc.) die erforderlichen Auskünfte einzuholen und insbesondere die relevanten Akten einzusehen (bspw. medizinische Gutachten und Berichte anderer Institutionen wie der Berufsberatung).

3. Ärzte und andere medizinische Leistungserbringer

Ebenso wird die PKZH mit nachfolgender Unterschrift ermächtigt, die ihr notwendig erscheinenden Auskünfte bei Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern sowie Spitälern, Heilanstalten etc. einzuholen. Die Ärzte und die genannten Institutionen sind daher von der Schweigepflicht gegenüber der PKZH vorbehaltlos entbunden.

4. Weiterleitung der eigenen Akten

Im Weiteren ermächtigt die unterzeichnende Person die PKZH, Unterlagen über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit, insbesondere medizinische Dokumente, der zuständigen IV-Stelle zu übermitteln, um dadurch das IV-Verfahren zu vereinfachen und die Chance der Wiedereingliederung ins Berufsleben zu erhöhen. Dieses Vorgehen kann auch vor einer allfälligen Anmeldung bei der IV-Stelle durchgeführt werden.

Mit nachfolgender Unterschrift erteilt die unterzeichnende Person die obgenannte Vollmacht in vollem Umfang (1. bis 4.).

Ort, Datum:

Unterschrift der versicherten Person
