

Elternsein mit Rheuma, Lücken und Tücken bei den Versicherungen

Autor: René Bräm, Lic. iur., Ökonom HWV
Geschäftsleiter der Schweizerischen Vereinigung Morbus Bechterew

Inhaltsverzeichnis

1. Folgen einer Erkrankung

- 1.1. Einleitung
- 1.2. Unterscheidung zwischen Sozial- und Privatversicherung
- 1.3. Versicherungsantrag korrekt ausfüllen

2. Krankenpflegeversicherung

- 2.1. Grundregel
- 2.2. Grundversicherung
 - 2.2.1. Wann werden medizinische Leistungen bezahlt?
 - 2.2.2. Spezielle Leistungen bei Mutterschaft
- 2.3. Zusatzversicherungen
- 2.4. Tipp

3. Krankentaggeld

- 3.1. Grundregel
- 3.2. Taggeldversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)
- 3.3. Taggeldversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
- 3.4. Tipp

4. Mutterschaftsschutz

- 4.1. Grundregel
- 4.2. (Noch) nicht verwirklichter Verfassungsauftrag
- 4.3. Achtwöchiges Arbeitsverbot
- 4.4. Zur aktuellen Diskussion
- 4.5. Tipp

5. Kündigungsschutz bei Krankheit und Schwangerschaft

- 5.1. Krankgeschriebene Arbeitnehmende
- 5.2. Arbeitnehmende in gekündigter Stellung
- 5.3. Kündigungsverbot bei Schwangerschaft und Niederkunft

6. Kinderbetreuung und finanzielle Unterstützungen

- 6.1. Kinderbetreuung bei einem Krankheitsschub
- 6.2. Überbrückungshilfen
- 6.3. Familienzulagen und andere kantonale Leistungen

7. Invalidenversicherung

- 7.1. Grundregel
- 7.2. Umschulung
- 7.3. Renten bei Erwerbstätigen
- 7.4. Renten bei Hausfrauen und Hausmännern
- 7.5. Höhe der Renten
- 7.6. Tipp

8. Invalidenrente der Pensionskasse

- 8.1. Grundregel
- 8.2. Kein Vorbehalt beim gesetzlichen Obligatorium
- 8.3. Zuständigkeit der Pensionskasse
- 8.4. Tipp

9. Fazit

- 9.1. Sich informieren ist wichtig
- 9.2. Weiterführende Hilfe

1. Folgen einer Erkrankung

1.1. Einleitung

Familien haben es in mancher Beziehung nicht leicht. Wenn die Mutter oder der Vater zudem an chronischem Rheuma erkrankt ist, wird das Leben zusätzlich erschwert. Die ganze Familie muss lernen, mit den körperlichen und seelischen Folgen der Erkrankung eines Familienmitgliedes zu leben. Durch die Krankheit können auch finanzielle Einbussen entstehen, oder die Betreuung der Kinder kann nicht mehr gewährleistet sein. Die betroffenen Eltern werden mit vielen Fragen konfrontiert:

- A. Kann nach der Erkrankung noch eine neue Versicherung abgeschlossen werden?
- B. Welche Kosten werden bei einer Schwangerschaft von der Krankenkasse übernommen?
- C. Wie lange wird der Lohn bei einer Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit weiterbezahlt?
- D. Wie lange wird der Lohn bei einer Schwangerschaft weiterbezahlt?
- E. Darf der Arbeitgeber einer arbeitsunfähigen Person oder einer schwangeren Frau kündigen?
- F. Kann der Vater¹ von der Arbeit fernbleiben, wenn die Mutter, die die Kinder betreuen sollte, plötzlich einen Krankheitsschub hat?
- G. Kann sich eine Hausfrau und Mutter gegen Arbeitsunfähigkeit im Krankheitsfall oder für Leistungen bei einer Mutterschaft versichern?
- H. Kann eine Hausfrau und Mutter eine Rente der Invalidenversicherung beantragen?
- I. An welche Stellen kann man sich bei Fragen oder Problemen wenden?

Diese und weitere Fragen werden im folgenden Beitrag besprochen. Die *rechtzeitige* Überprüfung der persönlichen Versicherungssituation kann mithelfen, unliebsame Überraschungen zu vermeiden.

1.2. Unterscheidung zwischen Sozial- und Privatversicherung

- A. Kann nach der Erkrankung noch eine neue Versicherung abgeschlossen werden?

Als einzelne Personen können wir grosse finanzielle Risiken nicht selber tragen. Wir versichern deshalb gewisse Ereignisse, wie z.B. eine Krankheit oder den Lohnausfall

¹ Selbstverständlich könnte die Frage auch umgekehrt gestellt werden: Kann die Mutter von der Arbeit fernbleiben, wenn der kinderbetreuende Vater einen Krankheitsschub hat? Gemäss dem Bundesamt für Statistik wird jedoch die grosse Mehrheit der Paarhaushalte mit Kindern unter 16 Jahren zur Hauptsache von Frauen betreut. Wird in diesem Beitrag nur die weibliche oder die männliche Form verwendet, gilt sie auch für das andere Geschlecht.

bei Arbeitsunfähigkeit, und bezahlen dafür Prämien. Solange wir gesund sind, ist der Abschluss einer Versicherung kein Problem. Sind wir aber krank², so verändert sich die Situation. Je grösser das Risiko eines künftig eintretenden Schadenfalles ist, um so kleiner wird die Möglichkeit, eine neue Versicherung abzuschliessen zu können. Dies ist jedoch nur im Bereich der so genannten **Privatversicherungen** [Tabelle 1] der Fall, wo die Vertragsparteien selber entscheiden, ob und zu welchen Bedingungen sie einen Vertrag abzuschliessen wollen; in der Regel wird es so sein, dass der Versicherer die Aufnahme des Interessenten wegen gesundheitlichen Risiken ablehnt.³ Anders ist die Situation im Bereich der **Sozialversicherungen** [Tabelle 1]. Hier besteht für den Versicherer grundsätzlich auch bei bestehender Krankheit *eine Pflicht*, mit dem Bewerber einen Vertrag abzuschliessen.

Sozialversicherungen⁴	Privatversicherungen⁵
Grundlage ist das jeweilige Gesetz	Grundlagen sind das Versicherungsvertragsgesetz VVG und die allgemeinen Versicherungsbedingungen ⁶
Grundversicherung der Krankenkassen (KVG)	Zusatzversicherungen der Krankenkassen
Taggeldversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)	Taggeldversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
Invalidenversicherung (IVG)	Erwerbsausfall-, Lebensversicherungen
Berufsvorsorge (BVG), gesetzliches Minimum	Berufsvorsorge, Versicherungsteil über dem gesetzlichen Minimum

[Tabelle 1: Beispiele von Sozial- und Privatversicherungen]

1.3. Versicherungsantrag korrekt ausfüllen

Damit eine neue Privatversicherung (oder die Erweiterung einer bestehenden Versicherung) abgeschlossen werden kann, muss ein Versicherungsantrag ausgefüllt werden. Die Fragen zum Gesundheitszustand sind dabei wahrheitsgetreu auszufüllen. Wird der Fragebogen nicht korrekt und vollständig beantwortet, so kann der Versicherer innert vier Wochen seit der Kenntnisnahme der falschen Angaben vom Vertrag zurücktreten. Der Versicherer kann dann sämtliche erbrachten Leistungen zurückfordern, die bereits bezahlten Prämien jedoch behalten.

² Nicht erst mit der Diagnosestellung, sondern bereits mit dem Auftreten der ersten Krankheitssymptome stellen sich Versicherungsfragen.

³ Möglich sind auch Einschränkungen wegen der bestehenden Krankheit (so genannter Vorbehalt) oder höhere Prämien. Es kann nützlich sein, Offerten von verschiedenen Versicherern einzuholen.

⁴ Auch eine erkrankte Person hat bei den Sozialversicherungen das Recht auf einen Versicherungsbeitrag.

⁵ Privatversicherer sind grundsätzlich nicht verpflichtet, eine erkrankte Person zu versichern.

⁶ Die allgemeinen Versicherungsbedingungen, Reglemente und Statuten werden von den Versicherungen ausgehändigt.

2. Krankenpflegeversicherung

2.1. Grundregel

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz ist verpflichtet, sich gegen die Folgen einer Krankheit zu versichern. Dafür kann sie sich bei einer der verschiedenen Krankenkassen anmelden. Bei der **obligatorischen Grundversicherung**⁷ darf die Krankenkasse keinen Vorbehalt⁸ anbringen. Ein Wechsel der Kasse (z.B. wegen günstigerer Prämien) ist also auch für Menschen mit Rheuma bei Einhaltung der Kündigungsfristen möglich. Bei den **Zusatzversicherungen** gilt hingegen das Privatversicherungsrecht⁹ mit wesentlich strengeren Bestimmungen für den Antragssteller.

2.2. Grundversicherung

2.2.1. Wann werden medizinische Leistungen bezahlt?

Aus der *Grundversicherung* werden für alle Versicherten die gleichen Leistungen übernommen. Diese müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein und der Diagnose oder der Behandlung dienen. Die Leistung muss geeignet sein, den Zustand der erkrankten Person zu verbessern oder vor weiterer Beeinträchtigung zu bewahren (*Wirksamkeit*), sie muss dem konkreten Fall angepasst sein und den Erfolg erwarten lassen (*Zweckmässigkeit*), und es darf keine gleichwertige kostengünstigere Massnahme in Betracht kommen (*Wirtschaftlichkeit*). Sie muss von einem Leistungserbringer¹⁰ oder einer Person, welche auf dessen Anordnung handelt, erbracht werden.

2.2.2 Spezielle Leistungen bei Mutterschaft

B. Welche Kosten werden bei einer Schwangerschaft von der Krankenkasse übernommen?

Auch Schwangerschafts- und Geburtskosten werden von der Grundversicherung nach den gleichen Kriterien wie bei einer Krankheit bezahlt. Folgende spezielle Leistungen werden dabei zusätzlich übernommen:

⁷ Sozialversicherung mit grundsätzlicher Pflicht zum Abschluss für den Versicherer.

⁸ Einschränkung der Versicherungsleistungen, z. B. wegen einer bestehenden Krankheit.

⁹ Privatversicherer sind grundsätzlich nicht verpflichtet, eine erkrankte Person zu versichern.

¹⁰ Z.B. Ärzte, Apotheker, Hebammen, Physiotherapeuten, Spitäler, Heilbäder.

Pflichtleistungen bei Schwangerschaft	Kostenübernahme
Kontrolluntersuchungen bei normaler Schwangerschaft	Insgesamt 7 Konsultationen, inkl. 2 Ultraschallkontrollen
Kontrolluntersuchungen bei Risikoschwangerschaft ¹¹	Die Anzahl der Konsultationen und Ultraschalluntersuchungen liegt im Ermessen der Ärztin
Nachuntersuchung	1 Nachuntersuchung zwischen der 6. und 10. Woche nach der Geburt
Geburtsvorbereitungskurse in Gruppen	100 Franken
Stillberatung	3 Sitzungen
Entbindung und Geburtshilfe	Sämtliche Kosten inklusive Spitalaufenthalt der Mutter und des gesunden Neugeborenen

Bei einer normal verlaufenden Schwangerschaft und Geburt darf der Krankenversicherer keinen Selbstbehalt¹², keine ordentliche Franchise¹³ und auch nicht die 10 Franken pro Spitaltag in Rechnung stellen.¹⁴ Achten Sie darauf, dass auf den Rechnungen der Vermerk „Mutterschaft“ angebracht wird.

2.3. Zusatzversicherungen

Neben der Grundversicherung kann bei der gleichen Krankenkasse oder bei einer anderen Versicherung auch eine *Zusatzversicherung* abgeschlossen werden, zum Beispiel für die Deckung der Kosten für den Aufenthalt und die Behandlung in einer halbprivaten oder privaten Abteilung eines Spitals oder für alternative Therapien, die nicht durch die Grundversicherung¹⁵ gedeckt sind.

2.4. Tipp

Bestehende Zusatzversicherungen sollte man nach Möglichkeit beibehalten. Verzichtet man auf die Weiterführung einer vorhandenen Zusatzversicherung, ist eine spätere Wiederaufnahme wegen der bestehenden Krankheit nicht mehr

¹¹ Ist die Mutter oder das Kind besonders gefährdet, so liegt eine Risikoschwangerschaft vor. Ob dies der Fall ist, liegt in der Beurteilung der behandelnden Ärztin. Anhaltspunkte können die notwendige medikamentöse Behandlung oder ein schlechter Allgemeinzustand der schwangeren Frau sein.

¹² Üblicherweise müssen die Versicherten bei medizinischen Leistungen einen Anteil selber bezahlen (Stand 2003: 10%).

¹³ Betrag pro Jahr, welchen die Versicherten selber bezahlen müssen, bevor der Versicherer die darüber hinausgehenden Kosten übernimmt.

¹⁴ Benötigt jedoch eine werdende Mutter wegen der Rheumaerkrankung Medikamente, so werden diese als Krankheitskosten abgerechnet, für die eine Beteiligung erbracht werden muss.

¹⁵ Einzelne komplementärmedizinische Massnahmen sind von der Grundversicherung abgedeckt, sofern diese von Ärzten erbracht wird, welche eine entsprechende Weiterbildung absolviert haben. Es sind dies: Akupunktur sowie, vorerst befristet bis zum 30.6.2005, anthroposophische Medizin, chinesische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie und Phytotherapie.

möglich. Der Abschluss einer Zusatzversicherung für Alternativ-Behandlungen ist teilweise auch für Menschen möglich, die bereits an Rheuma leiden.

3. Krankentaggeld

C. Wie lange wird der Lohn bei einer Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit weiterbezahlt?

3.1. Grundregel

Kann eine Angestellte wegen einer *Krankheit* nicht mehr arbeiten, so ist es möglich, dass ihr der Lohn nicht mehr lange weiterbezahlt wird. Eine *obligatorische* Versicherung gegen Erwerbsausfall gibt es in der Schweiz üblicherweise nur für die Folgen eines *Unfalles*.

Wie lange der Lohn wegen einer Krankheit weiterbezahlt wird, ergibt sich aus den Bestimmungen des Arbeitsvertrages. Bestehen keine Vereinbarungen, so muss der Arbeitgeber nach Gesetz den Lohn nur noch für wenige Wochen bezahlen. Im ersten Anstellungsjahr beträgt diese Lohnfortzahlungspflicht nach dem Obligationenrecht (OR) drei Wochen, danach eine angemessene längere Zeit, was in der Gerichtspraxis durch die so genannten Basler, Berner und Zürcher Skalen¹⁶ unterschiedlich präzisiert wird. Eine weitergehende Versicherungsdeckung besteht nur, wenn eine so genannte Taggeldversicherung abgeschlossen wurde. Diese kann nach dem *Sozialversicherungsrecht* oder nach dem *Privatversicherungsrecht* abgeschlossen werden (siehe auch Punkt 1.2.).

3.2. Taggeldversicherung nach Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Die Taggeldversicherung nach dem *Krankenversicherungsgesetz (KVG)* ist eine Sozialversicherung. Die Anbieter sind deshalb auch bei bestehender Krankheit eines Interessenten *verpflichtet*, einen Vertrag abzuschliessen. Allerdings haben sie das Recht, einen Vorbehalt wegen einer bereits bestehenden Krankheit anzubringen. Dieser darf jedoch höchstens fünf Jahre dauern. Anspruch auf einen Beitritt haben nicht nur Erwerbstätige, sondern auch Nichterwerbstätige. Da die Mindesthöhe des

¹⁶ Basler, Berner und Zürcher Skalen für die ersten vier Anstellungsjahre.

Dauer des Arbeitsverhältnisses	Lohnfortzahlungspflicht		
	Basler Skala	Berner Skala	Zürcher Skala
4. bis 12. Monat	3 Wochen	3 Wochen	3 Wochen
2. Jahr	8 Wochen	4 Wochen	8 Wochen
3. Jahr	8 Wochen	8 Wochen	9 Wochen
4. Jahr	12 Wochen	8 Wochen	10 Wochen

zu versichernden Betrages vom Gesetzgeber nicht festgesetzt wurde, entspricht es allerdings einer verbreiteten Praxis der Krankenversicherer, das Taggeld in der Höhe zu beschränken (z.B. auf 30 Franken), was natürlich keinen genügenden Ersatz für einen ausgefallenen Lohn darstellt.

3.3. Taggeldversicherung nach Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Die Taggeldversicherung nach *Versicherungsvertragsgesetz (VVG)* ist eine Privatversicherung. Für die Versicherung besteht also *keine Pflicht*, eine erkrankte Person aufzunehmen.¹⁷ Manche Firmen und Berufsverbände haben für ihre Mitarbeiter und Mitglieder Kollektivversicherungen abgeschlossen. Bei einem Vertrag, der keine Rücksicht auf den Gesundheitszustand nimmt, werden alle Personen vorbehaltlos aufgenommen. Vor allem bei kleineren Firmen, aber auch zunehmend bei grösseren Firmen, kann es vorkommen, dass jeder neu eintretende Arbeitnehmer Auskunft über seinen Gesundheitszustand geben muss. Die Versicherung kann in diesem Fall die Aufnahme verweigern, einen Vorbehalt wegen der vorbestehenden Krankheit machen oder höhere Prämien verlangen.

Bei einem Austritt aus der Firma besteht in der Regel die Möglichkeit, von der Kollektivversicherung in eine Einzelversicherung überzutreten. Die Prämien sind dann zwar höher als in der Kollektivversicherung, aber die Leistungen bleiben häufig die gleichen. Das kann für eine erkrankte Person sinnvoll sein, weil sie damit rechnen muss, dass sie sich sonst nicht mehr versichern kann. Bei einem Stellenwechsel kann ein Übertritt von der Kollektivversicherung des bisherigen Arbeitgebers in die Kollektivversicherung des neuen Arbeitgebers ohne neuen Vorbehalt möglich sein. Es kann sinnvoll sein, bis zum Ablauf der Probezeit beim neuen Arbeitgeber, die bisherige Versicherung weiterzuführen.

3.4. Tipp

Erkundigen Sie sich bei Ihrem Arbeitgeber nach den Leistungen im Krankheitsfall. Spezielle Vorsicht ist geboten bei einem Stellenwechsel oder bei einem unbezahlten Urlaub. Hier kann eine Versicherungslücke entstehen.

¹⁷ Kommt es zum Vertragsabschluss, wird auch die Taggeldhöhe von den Parteien nach freiem Ermessen festgelegt; üblicherweise sind es 80% des Lohnes für maximal 720 Tage.

Eine vorbehaltlose Taggeldversicherung sollte bei einem Austritt aus einer Firma wenn möglich beibehalten werden, sofern beim neuen Arbeitgeber nicht eine vorbehaltlose, gleichwertige Versicherung besteht.

Hausfrauen und Hausmänner haben die Möglichkeit, eine Taggeldversicherung nach dem Krankenversicherungsgesetz abzuschliessen.

4. Mutterschaftsschutz

D. Wie lange wird der Lohn bei einer Schwangerschaft weiterbezahlt?

4.1. Grundregel

Schwangerschaft und Geburt werden rechtlich gleich behandelt wie eine Krankheit. Besteht also weder ein Arbeitsvertrag mit weitergehenden Leistungen noch eine Taggeldversicherung für Mutterschaft, beträgt der Anspruch der Lohnfortzahlung im ersten Anstellungsjahr drei Wochen, danach eine angemessene längere Zeit, was in der Gerichtspraxis durch die so genannten Basler, Berner und Zürcher Skalen (siehe Fussnote 14) unterschiedlich präzisiert wird. Die uneinheitliche Situation kann dazu führen, dass die gesetzlich vorgeschriebene Arbeitspause von acht Wochen nach der Geburt eingehalten werden muss, der Lohn aber nicht für acht Wochen bezahlt wird.

4.2. (Noch) nicht verwirklichter Verfassungsauftrag

Im Jahre 1945 hat das Volk einer Ergänzung der Bundesverfassung über die Einführung einer Mutterschaftsversicherung zugestimmt. Bis heute wurden die entsprechenden Gesetzesvorlagen vom Volk jedoch stets abgelehnt. Die Mutterschaftsversicherung konnte deshalb bis heute immer noch nicht realisiert werden (Stand 2003). Die Schweiz ist somit das einzige Land in Europa, das auf Bundesebene keinen bezahlten Mutterschaftsurlaub kennt.¹⁸

4.3. Achtwöchiges Arbeitsverbot

Nach dem Arbeitsgesetz darf eine Mutter während der ersten acht Wochen nach der Geburt nicht arbeiten und bis zur 16. Woche nach der Geburt kann die Mutter selber

¹⁸ Im Kanton Genf ist am 1. Juli 2001 ein Gesetz zur Mutterschaftsversicherung in Kraft getreten.

entscheiden, ob sie die Arbeit wieder aufnehmen will. Während dieser Zeit hat sie aber keinen gesicherten Lohnanspruch.¹⁹ Zudem werden krankheitsbedingte Absenzen auf den Lohnanspruch bei Schwangerschaft angerechnet. Einige Frauen sind allerdings durch Arbeitsverträge oder Kollektivversicherungen besser gestellt.

4.4. Zur aktuellen Diskussion

Im Jahr 2001 wurde eine parlamentarische Initiative eingereicht, welche berufstätigen Müttern eine Erwerbsersatzentschädigung von 80% des Lohnes während 14 Wochen gewähren will. Zur Finanzierung soll die Erwerbsersatzordnung herangezogen werden. Ein Referendum wurde angekündigt, noch bevor der Gesetzesentwurf vom Parlament verabschiedet wurde. Kommt es zustande, wird das Volk einmal mehr über eine Mutterschaftsversicherung abzustimmen haben.

4.5. Tipp

Erkundigen Sie sich bei Ihrem Arbeitgeber nach den Leistungen bei einer Schwangerschaft. Sind Sie Arbeitnehmerin und wurden Sie wegen einer rheumatischen Krankheit nicht in die Kollektivversicherung aufgenommen, oder sind Sie nicht erwerbstätig im juristischen Sinn (z.B. Hausfrau), so haben Sie die Möglichkeit, eine Taggeldversicherung nach dem Krankenversicherungsgesetz abzuschliessen. Der Nachteil dieser Versicherung besteht, wie bereits erwähnt, in der gesetzlich nicht geregelten Taggeldhöhe, die oft sehr tief ist.

5. Kündigungsschutz bei Krankheit und Schwangerschaft

E. Darf der Arbeitgeber einer arbeitsunfähigen Person oder einer schwangeren Frau kündigen?

5.1. Krankgeschriebene Arbeitnehmende

Nach der Probezeit geniessen krankgeschriebene Arbeitnehmende einen gesetzlichen Schutz vor Kündigung. Dieser Schutz ist allerdings befristet. Im ersten Anstellungsjahr darf der Arbeitgeber während 30 Tagen nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit keine Kündigung aussprechen. Ab dem zweiten bis und mit dem

¹⁹ Beträgt zum Beispiel die Absenz wegen Krankheit im zweiten Anstellungsjahr bereits vier Wochen, ist ein Arbeitgeber im Kanton Bern nach der Gerichtspraxis nicht verpflichtet, bei Schwangerschaft den Lohn weiter zu bezahlen, da die Lohnfortzahlungspflicht nach dieser Skala im zweiten Anstellungsjahr lediglich vier Wochen beträgt. Siehe auch Fussnote 14.

fünften Anstellungsjahr verlängert sich diese Schutzfrist auf 90 Tage, ab dem sechsten Dienstjahr auf 180 Tage. Wird eine Kündigung während dieser Zeit ausgesprochen, so entfaltet sie keine rechtlichen Wirkungen und muss nach Ablauf der Sperrfrist nochmals ausgesprochen werden.

5.2. Arbeitnehmende in gekündigter Stellung

Werden Arbeitnehmende, denen gekündigt worden ist, krank, so verlängert sich die Kündigungsfrist um die Dauer der Krankheit, jedoch längstens um 30 Tage im ersten Anstellungsjahr, um 90 Tage vom zweiten bis und mit dem fünften Anstellungsjahr und um 180 Tage ab dem sechsten Anstellungsjahr. Nach der Unterbrechung läuft die Kündigungsfrist weiter. Sie endet nach Ablauf der Frist am kommenden Monatsende. Diese Regelung gilt nicht, wenn die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer selber gekündigt hat.

5.3. Kündigungsverbot bei Schwangerschaft und Niederkunft

Ein Kündigungsverbot gilt während der ganzen Schwangerschaft und in den 16 Wochen nach der Niederkunft. Während der Probezeit besteht jedoch kein Kündigungsschutz. Die Kündigung, die während der Sperrfrist erklärt wird, entfaltet keine rechtlichen Wirkungen und muss nach Ablauf der Sperrfrist nochmals ausgesprochen werden.

6. Kinderbetreuung und finanzielle Unterstützungen

F. Kann der Vater von der Arbeit fernbleiben, wenn die Mutter, die die Kinder betreuen sollte, plötzlich einen Krankheitsschub hat?

6.1. Kinderbetreuung bei einem Krankheitsschub

Wird die an Rheuma erkrankte Person arbeitsunfähig, so besteht die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers gemäss den bereits besprochenen Regeln. Welche Möglichkeiten bieten sich jedoch, wenn der erkrankte Elternteil die Betreuung der Kinder übernommen hat und infolge eines Schubes nicht in der Lage ist, diese Aufgabe wahrzunehmen?

Die Eltern haben eine gesetzliche Pflicht zur Pflege ihrer Kinder. Ist die betreuende Person wegen ihrer schwerwiegenden Erkrankung nicht in der Lage, die Kinder zu betreuen, so hat der erwerbstätige Elternteil das Recht, die Arbeit auszusetzen, um die Betreuung zu übernehmen, dies jedoch nur, solange keine andere Person eine angemessene Betreuung gewährleisten kann. Bemühen sich die Eltern um eine Lösung, welche die Arbeitsverhinderung möglichst kurz hält, so hat der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin Anspruch auf die entsprechende Lohnfortzahlung. Dies ist auch so, wenn ein Kind erkrankt und die Betreuung nicht gewährleistet werden kann. Auch dann hat der erwerbstätige Elternteil das Recht, die Arbeit auszusetzen, bis eine für das Kind zumutbare Lösung gefunden ist (in der Regel 1 bis 2 Tage).

6.2. Überbrückungshilfen

G. Kann sich eine Hausfrau und Mutter gegen Arbeitsunfähigkeit im Krankheitsfall oder für Leistungen bei einer Mutterschaft versichern?

Wird eine Mutter im Haushalt arbeitsunfähig, entstehen der Familie für den Ersatz ihrer Arbeitskraft hohe Kosten. Haushaltsarbeiten sind aber durch keine Sozialversicherung gedeckt. Immerhin besteht die Möglichkeit, eine Taggeldversicherung nach dem Krankenversicherungsgesetz abzuschliessen. Je nach Höhe des Taggeldes kann dadurch ein drohender finanzieller Engpass etwas gemildert werden (siehe Details unter Punkt 3.2.).

Ist die kinderbetreuende Person arbeitsunfähig, so kann sie eine hauswirtschaftliche Fachkraft über die Spitex beziehen. Diese Person übernimmt hauswirtschaftliche Leistungen wie Waschen, Kochen und Einkaufen. Die Kosten sind jedoch *nicht* über die Grundversicherung der Krankenversicherung gedeckt; allenfalls wird ein Kostenanteil von einer Zusatzversicherung der Krankenkasse übernommen. Einige regionale Spitex-Organisationen bieten diese Dienstleistung zu günstigen Konditionen an, und bei einer Mitgliedschaft werden zusätzliche Rabatte gewährt.

6.3. Familienzulagen und andere kantonale Leistungen

Familienzulagen sind kantonal geregelt. Sie bestehen aus den Kinder-²⁰, Ausbildungs-²¹ und Geburtszulagen²². Die Kinderzulagen betragen je nach Kanton zwischen 150 und 344 Franken pro Kind und Monat (Stand 2003). Üblicherweise werden Familienzulagen an Erwerbstätige ausgerichtet. In den Kantonen Wallis, Jura, Freiburg, Genf und Schaffhausen haben auch Nichterwerbstätige unter bestimmten Voraussetzungen Anrecht auf Familienzulagen. Bei Selbständigerwerbenden gelten besondere Regelungen. In einigen Kantonen werden *zusätzlich* zu den Familienzulagen Bedarfsleistungen an Eltern ausgerichtet. Diese werden für eine befristete Zeit nach der Geburt des Kindes ausbezahlt, sofern ein bestimmtes Einkommen oder Vermögen nicht erreicht wird.

7. Invalidenversicherung

7.1. Grundregel

Die Invalidenversicherung soll Menschen vor den wirtschaftlichen Folgen der Invalidität schützen. *Alle Personen* mit Wohnsitz in der Schweiz, also auch Hausfrauen und Hausmänner, sind versichert. Ist eine Person invalid oder von einer Invalidität unmittelbar bedroht, so hat sie ein Anrecht auf Leistungen der Invalidenversicherung. Dazu gehört auch die Kostenübernahme von Hilfsmitteln. Bevor ein Anspruch auf eine Rente entsteht, wird geprüft, ob Eingliederungsmassnahmen wie zum Beispiel eine Berufsberatung, eine Umschulung oder eine Arbeitsvermittlung erfolgsversprechend sind.

7.2. Umschulung

Ein Anspruch auf eine Umschulung ist gegeben, wenn die bisherige oder eine andere Tätigkeit mit der vorhandenen Ausbildung wegen der Krankheit nicht mehr möglich oder nicht mehr zumutbar ist.²³ Durch die Umschulung soll die versicherte Person ein Einkommen erzielen können, das jenem der früheren Tätigkeit entspricht. Die Invalidenversicherung übernimmt die Kosten der Ausbildung und, soweit

²⁰ Alle Kantone richten Kinderzulagen aus.

²¹ Basel-Land, Basel-Stadt, Freiburg, Graubünden, Jura, Luzern, Neuenburg, Nidwalden, Schaffhausen, St. Gallen, Waadt, Wallis (Stand 2003).

²² Freiburg, Genf, Jura, Luzern, Neuenburg, Schwyz, Solothurn, Uri, Waadt, Wallis (Stand 2003).

²³ Dies ist bei einer Lohneinbusse von ca. 20% gegeben.

notwendig, auch die Kosten für auswärtige Verpflegung und Unterkunft. Zusätzlich wird von der Invalidenversicherung ein Taggeld bezahlt.

7.3. Renten bei Erwerbstätigen

Sind Umschulungsmassnahmen nicht ausreichend, so kann ein Anspruch auf eine Rente entstehen. Dies ist der Fall, wenn die Krankheit eine gewisse Stabilität erreicht hat. Während mindestens eines Jahres muss eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% vorliegen.²⁴ Sobald die kranke Person für mindestens 30 Tage wieder zu 100% arbeitsfähig ist, wird diese Wartefrist unterbrochen und beginnt von vorne. Berechnet wird diese Verminderung der Erwerbsfähigkeit durch eine Gegenüberstellung der Leistungsfähigkeit (gemessen am möglichen Einkommen) vor und nach dem Eintritt der Invalidität.²⁵

7.4. Renten bei Hausfrauen und Hausmännern

H. Kann eine Hausfrau und Mutter eine Rente der Invalidenversicherung beantragen?

Ist die versicherte Person nicht erwerbstätig im juristischen Sinn (z.B. eine Hausfrau und Mutter), so wird die veränderte Leistungsfähigkeit im jeweiligen Aufgabenbereich festgestellt. Es werden die Tätigkeiten und der Zeitaufwand der Hausarbeiten (Kochen, Einkaufen, Putzen), der Kinderbetreuung und weiterer Arbeiten vor und nach der Invalidität miteinander verglichen. Beträgt die Abweichung mindestens 40%, ist der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gegeben.²⁶

7.5. Höhe der Renten

Die Höhe der Renten wird einerseits aus den vorhandenen Beitragsjahren, während welchen seit dem 20. Altersjahr Beiträge an die AHV/IV geleistet wurden, und andererseits aus der Höhe des durchschnittlichen Jahreseinkommens sowie den

²⁴ Beträgt die Erwerbsunfähigkeit mindestens 40%, so hat die Versicherte oder der Versicherte Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50% Erwerbsunfähigkeit auf eine halbe Rente und ab 66 2/3% Erwerbsunfähigkeit auf eine ganze Rente (Stand 2003). Bei der geplanten 4. IV-Revision steht zusätzlich eine Dreiviertelsrente zur Diskussion.

²⁵ Dazu ein Beispiel eines Erwerbstätigen: Ein Versicherter verdiente vor dem Eintritt der Invalidität 4000 Franken. Nach dem Eintritt der Invalidität beträgt sein Lohn 3000 Franken. Die Differenz beträgt nun 1000 Franken, was einem Invaliditätsgrad von 25 % entspricht. Diese Lohneinbusse berechtigt nicht zu einer Rente.

²⁶ Beträgt die Leistungseinschränkung im Aufgabenbereich mindestens 40%, so hat die Versicherte oder der Versicherte Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50% Leistungseinschränkung im Aufgabenbereich auf eine halbe Rente und ab 66 2/3% Leistungseinschränkung im Aufgabenbereich auf eine ganze Rente (Stand 2003). Bei der geplanten 4. IV-Revision steht zusätzlich eine Dreiviertelsrente zur Diskussion.

Gutschriften für die Betreuung von Kindern und Pflegebedürftigen²⁷ berechnet. Im Jahr 2003 beträgt die Höhe einer ganzen Invalidenrente mit vollständigen Beitragsjahren zwischen 1055 und 2110 Franken. Die Kinderrente beträgt 40% der entsprechenden Invalidenrente. Im Bedarfsfall besteht die Möglichkeit, *Ergänzungsleistungen* zu beantragen.

7.6. Tipp

Bei schubweise verlaufenden rheumatischen Krankheiten kann nach einer längeren Periode der Arbeitsunfähigkeit eine kurzfristige Phase der Arbeitsfähigkeit folgen. Weisen Sie Ihren Arzt darauf hin, unsichere Arbeitsaufnahmen als *Arbeitsversuche* zu bezeichnen, damit bei einem gescheiterten Versuch die Wartefrist von 360 Tagen bis zum Beginn einer Rente nicht wieder neu beginnt.

8. Invalidenrente der Pensionskasse

8.1. Grundregel

Alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab einem bestimmten Mindestjahreseinkommen²⁸ sind vom Arbeitgeber im Rahmen der Pensionskasse obligatorisch gegen die Folgen einer Invalidität zu versichern. Hausfrauen und Mütter sowie Erwerbstätige, die das Mindestjahreseinkommen nicht erreichen, sind also nicht versichert.

8.2. Kein Vorbehalt beim gesetzlichen Obligatorium

Normalerweise wird die Rente der staatlichen Invalidenversicherung durch eine Rente der Pensionskasse ergänzt. Es wird unterschieden zwischen der obligatorischen Versicherung gemäss dem Bundesgesetz über die berufliche Vorsorge (BVG), welche das gesetzliche Minimum abdeckt, und der Versicherungsleistung einer Pensionskasse, welche über das Obligatorium hinausgeht.²⁹ Für das gesetzliche Minimum müssen alle Arbeitnehmer *vorbehaltlos* versichert werden. Soweit eine Pensionskasse Versicherungsleistungen anbietet, die über das Obligatorium hinausgehen, darf sie für eine bestehende Krankheit einen

²⁷ So genannte Erziehungs- und Betreuungsgutschriften.

²⁸ Nach dem jetzt geltenden Recht 25'320 Franken (Stand 2003). Bei der geplanten 1. BVG-Revision steht ein tieferes Mindestjahreseinkommen zur Diskussion.

²⁹ Die Bedingungen des so genannten Überobligatoriums sind in den Statuten und dem Reglement der jeweiligen Pensionskasse geregelt.

Vorbehalt anbringen. Dieser darf jedoch maximal fünf Jahre dauern.

8.3. Zuständigkeit der Pensionskasse

Auch wer in der beruflichen Vorsorge versichert ist, hat nicht zwingend Anspruch auf Invaliditätsleistungen der Pensionskasse. Nach Gesetz nämlich nur, wer im Sinne der Invalidenversicherung zu mindestens 50 Prozent invalid ist und bei *Eintritt der Arbeitsunfähigkeit*, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war. Eine Leistungspflicht besteht also nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit bereits eingetreten ist, bevor das Vorsorgeverhältnis mit der betroffenen Vorsorgeeinrichtung entstanden ist. Es ist aber auch möglich, dass eine Leistungspflicht der Pensionskasse entsteht, obwohl das Vorsorgeverhältnis mit der betreffenden Kasse nicht mehr besteht.³⁰

8.4. Tipp

Die Höhe der Invalidenrente ist im persönlichen Ausweis des Versicherten ersichtlich. Dieser wird von den Pensionskassen in der Regel jährlich ausgestellt. Der Versicherungsausweis und das Reglement müssen auf Verlangen von der Pensionskasse und dem Arbeitgeber ausgehändigt werden.

9. Fazit

9.1. Sich informieren ist wichtig

Der komplizierte Aufbau des Versicherungsrechts macht es den Betroffenen nicht einfach, sich zurechtzufinden. Wer sich jedoch die Mühe nimmt und sich informiert, der weiss, was rechtens ist und kann seine Ansprüche besser geltend machen. Damit kann man sich viel Kummer und Ärger ersparen.

9.2. Weiterführende Hilfe

I. An welche Stellen kann man sich bei Fragen oder Problemen wenden?

In manchen Fällen kann es hilfreich sein, sich an Beratungsstellen zu wenden oder weiterführende Literatur zu konsultieren. Folgende Organisationen helfen weiter:

³⁰ Dazu ein Beispiel: X ist bis zum Jahr 2001 erwerbstätig und bei der Pensionskasse Y versichert. Während ihrer Anstellung musste sie wegen ihrer rheumatischen Krankheit die Arbeit wiederholt aussetzen. Im Jahr 2003 wird sie wegen ihrer rheumatischen Krankheit zu 50% invalid. Obwohl sie im Jahr 2003 nicht mehr bei der Pensionskasse Y versichert ist, muss diese eine Invalidenrente ausrichten, da die *Arbeitsunfähigkeit*, welche zur Invalidität geführt hat, bis zum Jahr 2001 eingetreten ist. Zu dieser Zeit war X noch bei der Pensionskasse Y versichert.

Rechtsdienst für Behinderte SAEB / Service juridique pour handicapés FSIH

- Hauptsitz Zürich:
Bürglistrasse 11, 8002 Zürich, Tel. 01 / 201 58 27
- Zweigstelle Bern:
Schützenweg 10, 3014 Bern, Tel. 031 / 331 26 25
- Bureau de la Suisse romande:
Place Grand-St-Jean 1, 1003 Lausanne, tél. 021 / 323 33 52

Gesetze zu den Sozialversicherungen können bestellt werden beim Bundesamt für Bauten und Logistik, Holzikofenweg 36, 3003 Bern oder sind abrufbar unter www.admin.ch (Rubrik: Systematische Rechtssammlung).

Gut verständliche Merkblätter zur Invalidenversicherung können bei den kantonalen Sozialversicherungsanstalten gratis bezogen werden oder sind abrufbar unter: www.iv-stelle.ch
