

## Erläuterungen

### zur Änderung der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom (19.09.2014)

Die vorliegende IVV-Änderung bildet die erste Etappe des Massnahmenpakets zur laufenden Verbesserung der IV. Sie enthält einerseits rein redaktionelle oder formale Änderungen (z. B. Art. 4<sup>quater</sup> Abs. 1) andererseits eine Lockerung der Voraussetzungen für die Gewährung der Beratung im Rahmen des Assistenzbeitrages (Art. 39j). Weiter wird den Verhandlungen, die zu den Beiträgen zur Förderung der Invalidenhilfe geführt wurden, Rechnung getragen (Art. 108 bis 110). Darüber hinaus wird die bisher auf Stufe Kreisschreiben geregelte Bestimmung zur Heimdefinition im Sinne der Invalidenversicherung auf Stufe Verordnung angehoben und eine Regelung betreffend den Zeitpunkt der Herabsetzung oder Aufhebung der Geldleistungen der IV modifiziert (Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 Bst. b).

Durch die Änderung der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV; SR 830.11) erfolgt eine weitere Verbesserung im Bereich der Qualität der Gutachten.

#### I

##### **Zu Art. 4<sup>quater</sup> Abs. 1**

Die zusätzliche Erwähnung des Begriffs "Integrationsmassnahmen" in Klammern ist nicht notwendig und kommt einer Wiederholung gleich. Die Klammerbemerkung kann deshalb gestrichen werden.

##### **Zu Art. 4<sup>sexies</sup> Abs. 5**

Da die Ausnahmeregelung des heutigen Bst. a zu restriktiv für den Erfolg der Integrationsmassnahmen ist, richtet sich die vorliegende Änderung auf die Lockerung der Ausnahmebestimmung, ohne die maximale Dauer der Integrationsmassnahme zu ändern, da dies einer Gesetzesänderung bedürfte. Nach wie vor sollen Integrationsmassnahmen nur im Sinne einer Ausnahme länger als ein Jahr dauern und eine Verlängerung der Massnahme wird nur dann gewährt, wenn die berufliche Eingliederung erreicht werden kann.

Die Anzahl der Integrationsmassnahmen, die vor allem für Personen mit einer psychischen Einschränkung bestimmt sind, nimmt seit der Einführung dieser Massnahme im Rahmen der 5. IVG-Revision zu. Die vorgeschlagene Senkung der Anspruchsvoraussetzungen für diese Massnahme wird dazu führen, dass sich die Dauer einzelner Integrationsmassnahmen verlängern wird, mit dem Ziel, versicherte Personen beim Erlangen der Voraussetzungen (Stabilität, Belastbarkeit) für eine spätere berufliche Massnahme zu unterstützen. Es ist schwierig, eine Annahme zu der Anzahl betroffener Personen und den daraus resultierenden Kosten dieser Änderung zu treffen. Es ist aber davon auszugehen, dass eine erfolgreiche Eingliederung auf lange Sicht deutlich mehr Kosten einsparen wird, als Kosten durch die Verlängerung der Integrationsmassnahme entstehen.

### **Zu Art. 5 Abs. 1**

Diese Bestimmung definiert die erstmalige berufliche Ausbildung (EbA). Darunter fällt unter anderem "jede Berufslehre oder Anlehre". Dieser Wortlaut ist jedoch nicht mehr gebräuchlich und soll der Terminologie des Bundesgesetzes über die Berufsbildung (BBG; SR 412.10) angepasst werden. Somit wird die Bezeichnung "jede Berufslehre oder Anlehre" durch "die berufliche Grundbildung" ersetzt. Der nationale Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung (INSOS) bietet eine Ausbildungsform an, die nicht dem Berufsbildungsgesetz untersteht. Dieser Ausbildungsweg ist unter Art. 5 Abs. 1 weiterhin vorgesehen („Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder auf die Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte“).

### **Zu Art. 5 Abs. 3 erster Satz**

Die Bezeichnungen des "Invaliden" und "Gesunden" in Art. 5 Abs. 3 sind etwas unglücklich ausgefallen und sollen durch "invalide Person" bzw. "nicht invalide Person" ersetzt werden.

### **Zu Art. 5 Abs. 6 Einleitungssatz, Art. 5<sup>bis</sup> Abs. 4 und Art. 6 Abs. 4 Einleitungssatz**

Art. 5 Abs. 6 Einleitungssatz verweist auf Art. 24 Abs. 2 IVV und soll deshalb bezüglich der tariflichen Vereinbarungen an dessen Wortlaut angepasst werden. Art. 24 Abs. 2 IVV sowie Art. 27 IVG und Art. 41 Abs. 1 Bst. I IVV, auf welche die Norm verweist, sprechen von "Verträgen". Aus diesem Grund wird in Art. 5 Abs. 6 Einleitungssatz neu der Begriff "vertragliche Vereinbarungen" verwendet.

In der französischen Fassung muss bloss der Begriff "tarifaires" gestrichen werden, so dass nur noch von "conventions" die Rede ist. Dieselben Anpassungen sollen auch in Art. 5<sup>bis</sup> Abs. 4 und Art. 6 Abs. 4 Einleitungssatz gemacht werden.

Um eine einheitliche Terminologie zu verfolgen, soll der Begriff "vorbehaltlich" in Art. 5<sup>bis</sup> Abs. 4 in "vorbehältlich" geändert werden.

### **Zu Art. 24**

#### *Abs. 1*

Das Bundesamt schliesst nach Art. 24 Abs. 2 IVV Tarifvereinbarungen mit den Stellen nach Art. 27 Abs. 1 IVG ab. In diesen partnerschaftlich zustande gekommenen Vereinbarungen werden in der Regel die Zulassungskriterien definiert. Es ist deshalb nicht notwendig, dass das Departement in jedem Fall die Zulassungsvorschriften nach Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 2 IVG erlässt. Sofern keine entsprechende Vereinbarung vorliegt, kann das Departement Zulassungsvorschriften erlassen.

#### *Abs. 2*

Mit der 6. IVG-Revision, erstes Massnahmenpaket (IV-Revision 6a), wurde der neue Art. 21<sup>quater</sup> IVG aufgenommen, welcher die Beschaffung und Vergütung von Hilfsmitteln regelt. Demzufolge kann der Bundesrat insbesondere Tarifvereinbarungen aushandeln (Bst. b). Art. 24 Abs. 2 sieht vor, dass das BSV für den Abschluss von Tarifverträgen gemäss Art. 27 zuständig ist. Wegen eines gesetzgeberischen Versehens fehlt in der Verordnung jedoch bislang für Verträge aus dem Hilfsmittel-Bereich (Art. 21<sup>quater</sup> IVG) eine Delegationsnorm, welche die Kompetenzen zum Vertragsabschluss dem BSV überträgt.

Aus diesem Grund soll Art. 24 Abs. 2 mit dem Verweis auf Art. 21<sup>quater</sup> IVG ergänzt werden.

### *Abs. 3*

Dieser Absatz erfährt keine Änderungen.

### **Zu Art. 35<sup>bis</sup> Abs. 3**

Art. 42 Abs. 5 IVG enthält die Regelung, dass der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (HE) bei einem Aufenthalt in einer Institution zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen entfällt. Ausserdem sieht die Bestimmung vor, dass der Bundesrat den Aufenthalt definiert. Die Definition in Art. 35<sup>bis</sup> Abs. 3 ist jedoch insbesondere in der deutschen Fassung nicht präzise genug, da der Aufenthalt in einer Institution bloss mit "Internatsaufenthalt" umschrieben wird. Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

### **Zu Art. 35<sup>ter</sup>**

Die Definition des Heimes ist von zentraler Bedeutung, um den Anspruch auf verschiedene Leistungen zu bestimmen. Die HE sowie der Assistenzbeitrag (AB) bezwecken, den invaliden Personen ein möglichst selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben zu ermöglichen. Aus diesem Grunde ist die HE wesentlich höher, wenn die Person nicht in einem Heim lebt (42<sup>ter</sup> Abs. 2 IVG). Zudem werden HE aufgrund eines Bedarfs an lebenspraktischer Begleitung und AB nur dann ausgerichtet, wenn die versicherte Person sich zu Hause und nicht in einem Heim aufhält (Art. 42 Abs. 3 IVG, 42<sup>quater</sup> Abs. 1 Bst. b IVG). Die Heimdefinition der IV ist darauf ausgerichtet, dass die individuellen Leistungen der IV den oben genannten Zweck erfüllen. Aus diesem Grund stimmt sie mit der Definition des Heimes, die die AHV und die EL verwenden, nicht überein. Eine Koordinationsregel zwischen EL und IV existiert jedoch (Art. 25a Abs. 2 ELV). Die Koordination mit der AHV ist ebenfalls sichergestellt, da die versicherte Person mit dem Übertritt in die AHV Besitzstand bei den ausgerichteten Leistungen der IV erhält.

In den letzten Jahren haben neue Formen der Heimbetreuung an Bedeutung gewonnen, indem heimähnliche Strukturen teilweise an die Stelle der klassischen Heime getreten sind. Aufgrund dieser Entwicklungen entstehen immer mehr unterschiedliche Wohnformen, bei denen von Fall zu Fall geprüft werden muss, ob es sich um ein Heim handelt oder nicht. Die heutige Regelung der Heimdefinition soll aufgrund der grossen Bedeutung für die Ausrichtung von den obengenannten Leistungen nicht mehr auf Weisungsstufe, sondern auf Stufe Verordnung geregelt werden. Dies erhöht die Rechtsicherheit für alle Beteiligten.

Die mit Art. 35<sup>ter</sup> vorgeschlagene Regelung entspricht der aktuellen Regelung auf Weisungsebene (Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit KSIH) und der entsprechenden Praxis der IV-Stellen. Diese neue Verordnungsbestimmung führt zu keiner Änderung der heutigen rechtlichen Lage. Die Art der Finanzierung oder die Aufnahme auf eine Bedarfsliste des Bundes oder eines Kantons sind nicht massgebend.

Die Pflegefamilie wird in Art. 35<sup>ter</sup> nicht explizit aufgezählt. Der Aufenthalt in einer Pflegefamilie wird wie bisher dem Aufenthalt zu Hause gleichgestellt. Minderjährige Versicherte in Pflegefamilien sollen dieselben Leistungen erhalten, wie wenn sie bei ihren Eltern wohnen würden. Sie haben im selben Umfang und zu den gleichen Voraussetzungen Anspruch auf eine HE und einen Intensivpflegezuschlag. Nicht als

Pflegefamilien gelten hingegen (heilpädagogische) Grossfamilien, die bezüglich HE wegen ihrer Struktur, Organisation und Infrastruktur einem Heim gleichgestellt sind.

#### *Abs. 1*

Ein Heim liegt vor, wenn die Wohngemeinschaft unter der Verantwortung meistens eines Trägers mit einer Leitung sowie allfällig angestelltem Personal handelt oder den Bewohner/-innen nicht nur Wohnraum zur Miete zur Verfügung gestellt wird, sondern gegen Entgelt darüber hinaus ein weitergehendes Leistungsangebot wie Verpflegung, Beratung, Betreuung, Pflege, Beschäftigung oder Integration – also solche Dienstleistungen, die in ihrer Art und ihrem Ausmass bei einem Aufenthalt in der eigenen Wohnung eben nicht zur Verfügung stehen bzw. für deren Organisation die Betroffenen in der eigenen Wohnung selber verantwortlich wären.

Um als Heim zu gelten, muss somit alternativ eine der Voraussetzungen gemäss den Bst. a bis c erfüllt sein.

#### *Bst. a*

Wird die Wohnung durch eine Trägerschaft zur Verfügung gestellt, welche die Verantwortung für den Betrieb der Wohngemeinschaft übernimmt, liegt eine vorgegebene Organisation und keine Selbstorganisation vor. Eine Struktur ist somit vorgegeben, wenn beispielsweise eine Heimleitung oder Angestellte vorhanden sind, die nicht von den Bewohnenden geleitet werden. Auch eine besondere Atmosphäre im Sinne des familiären Wohnens, Respektieren der Individualität der betroffenen Bewohner/-innen und grösstmögliche Autonomie innerhalb und ausserhalb der Wohngemeinschaft ändern nichts daran, dass eine solche Wohngemeinschaft als Heim zu betrachten ist.

#### *Bst. b*

Gemäss Bst. b befindet sich eine versicherte Person im Heim, wenn sie nicht frei entscheiden kann, welche Hilfeleistungen sie in welcher Form, wann oder von wem erhält, sondern andere Personen oder eine Organisation diese oder weitere Entscheidungen bei alltäglichen Lebensverrichtungen (Mahlzeiten, Freizeitaktivitäten, Beschäftigung) für sie bestimmen.

Der Tagesablauf ist in Heimen meist vorgeschrieben: fixe Zeiten für die Mahlzeiten, für die Besprechung von unterschiedlichen Anliegen, für die Pflegeleistungen (Hilfe, um sich zu waschen, ins Bett gehen, usw.). Die versicherte Person ist nicht frei in der Gestaltung des Tagesablaufes und kann ihn nur begrenzt beeinflussen. Auch Institutionen, die keine Tagesbetreuung anbieten oder Wohnformen, bei denen die Bewohnerinnen und Bewohner während des Tages einer Arbeit nachgehen, können als Heim eingestuft werden, sofern die Randzeiten (Morgen und Abend) und allenfalls die Wochenenden einem bestimmten Ablauf folgen.

#### *Bst. c*

Bei den meisten Heimen wird normalerweise eine Tagestaxe erhoben. Diese kann variieren je nachdem, welchen Hilfebedarf die Person hat (Einstufung nach Grad der Hilflosigkeit oder nach kantonalen Skalen zur Messung der Hilfebedürftigkeit). Heimähnliche Institutionen (Aussenwohngruppen, betreutes Wohnen) sehen keine Tagestaxe vor, sondern eine Pauschalentschädigung für das Basis-Angebot an Unterstützungsleistungen. Dazu können die notwendigen Betreuungsstunden oder die über die Vorgaben hinaus gebrauchten Stunden zusätzlich separat abgerechnet werden. Es handelt damit immer um pauschale Entschädigungen. Massgebend ist, dass ein

für Heime typisches Spektrum an Leistungen erbracht wird, die in der eigenen Wohnung oder in einer eigentlichen Wohngemeinschaft nicht (dauernd) gewährleistet sind.

#### *Abs. 2*

Der frühere Art. 73 IVG wurde im Rahmen des NFA im Sinne eines Rahmengesetzes im Bundesgesetz vom 6. Oktober 2006 über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG; SR 836.21) geregelt. Jeder Kanton gewährleistet, dass invaliden Personen, die Wohnsitz in seinem Gebiet haben, ein Angebot an Institutionen zur Verfügung steht, das ihren Bedürfnissen in angemessener Weise entspricht (Art. 2). Art. 3 Abs. 1 Bst. b beinhaltet auch Wohnheime und andere kollektive Wohnformen. Der Kanton muss die zur Umsetzung von Art. 2 notwendigen Institutionen als Institution anerkennen. Diese Institutionen gelten ebenfalls als Heime.

#### *Abs. 3*

Immer öfter bieten Heime auch Aussenwohngruppen an. Diese können in der unmittelbaren Nähe des Heimes stehen oder weit entfernt. Oft müssen die Versicherten für die Betreuung eine Pauschalentschädigung entrichten mit einer zusätzlichen Entschädigung nach effektiv in Anspruch genommenen Leistungen (vgl. Abs. 1 Bst. c). Auch wenn die Pflegeleistungen in diesen Wohngruppen nicht pauschal sondern nach effektivem Gebrauch entschädigt werden, sind sie einem Heim gleichgestellt, sofern sie durch das Mutterhaus betreut werden. Diesfalls kann nicht mehr von einer selbstständigen und unabhängigen Gruppe ausgegangen werden, die in allen das Zusammenleben betreffenden Fragen eigenverantwortlich entscheidet und autonom über ihre Betreuung und die damit zusammenhängenden Fragen bestimmt.

#### *Abs. 4*

Mit diesem Abs. wird klargestellt, dass unter „zu Hause leben“, ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben in einer Privatwohnung gemeint ist. Damit eine kollektive Wohnform nicht als Heim eingestuft wird, sollen die in den Bst. a bis c erwähnten Bedingungen kumulativ erfüllt sein.

Versicherte Personen, die verbeiständigt sind, bzw. Kinder können oft nicht selbst entscheiden. In diesen Fällen muss aber geprüft werden, ob deren gesetzliche Vertretung diese Kompetenz hat und anstelle und / oder in Zusammenarbeit mit der versicherten Person die Entscheide treffen kann.

#### *Bst. a*

Kein Heim liegt vor, wenn die versicherte Person ihr benötigtes Leistungspaket bezüglich Pflege und Betreuung selbst bestimmen und einkaufen kann (effektive Stundenentschädigung). Das bedeutet, dass sie die Wahl zwischen verschiedenen Anbietern hat (Organisationen, Privatpersonen) und auch wählen kann, welche Leistungen sie einkauft und welche nicht. Dies ist dann der Fall, wenn sie beispielsweise das leistungserbringende Personal selbst anstellen und entlassen kann oder einen Pflegevertrag mit einer Organisation selber abschliessen bzw. kündigen kann.

#### *Bst. b*

Bei der Selbstverwaltung liegt die Entscheidungsbefugnis für alle Aspekte der Organisation, Verwaltung und der Wohngemeinschaft in der Eigenverantwortung der betroffenen Bewohner/-innen. Diese regeln, wann und von wem die Pflege sowie Betreuung bereitgestellt werden, und wie sie strukturiert sein sollen. Sie regeln die

Nachfolge ausscheidender Personen und damit, mit wem die Wohnung geteilt wird, wer die Wohnung sauber hält usw.

#### *Bst. c*

Die Wahl und Gestaltung der Wohnverhältnisse bedeutet, dass die versicherte Person wählen kann, ob sie die Wohnung mieten oder kaufen will und ob sie alleine oder mit anderen Personen wohnen will. Die Möglichkeit, selber die Wohnung einrichten zu können, genügt alleine nicht, um eine kollektive Wohnform nicht als Heim einzustufen.

#### *Abs. 5*

Nicht als Heimaufenthalte gelten Spital- resp. Klinikaufenthalte zum Zweck der Heilbehandlung im Sinne von Art. 67 Abs. 2 ATSG.

#### **Zu Art. 38 Abs. 3**

Diese Norm schliesst die lebenspraktische Begleitung insbesondere bei Vertretungs- und Verwaltungstätigkeiten im Rahmen von vormundschaftlichen Massnahmen nach Art. 398 - 419 Zivilgesetzbuch (ZGB; SR 210) aus.

Das neue Erwachsenenschutzrecht des ZGB, welches am 1.1.2013 in Kraft getreten ist, spricht nicht mehr von Vormundschaft. So wird eine Angleichung von Art. 38 Abs. 3 an die neue Terminologie der "Massnahmen des Erwachsenenschutzes" notwendig. Ausserdem müssen die Bestimmungen des ZGB), auf welche verwiesen wird, an die neuen Normen (Art. 390 ff. ZGB) angepasst werden. Inhaltlich ergeben sich dadurch keine Änderungen.

#### **Zu Art. 39j**

##### *Abs. 1*

Die Beratungsleistungen stützen sich auf Art. 27 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ab. Da es sich beim Assistenzbeitrag um eine spezifische und komplexe Leistung handelt, ist in der Anfangsphase eine Beratung erforderlich, die über die üblicherweise von der IV-Stelle erbrachten Leistungen nach Art. 27 Abs. 2 ATSG hinausgeht (Assistenz einrichten und organisieren, arbeitsrechtliche Fragen etc.). In Absatz 1 wird neu präzisiert, dass die IV-Stelle im Rahmen von Art. 27 Abs. 2 ATSG die Beratung in Bezug auf Fragen des Assistenzbeitrages wahrnimmt. Da es sich um eine reine Beratungsleistung handelt, wird der Begriff "Beratung und Unterstützung" ersetzt mit "Beratung".

##### *Abs. 2*

Die Kostenzusprache für Beratung durch Drittpersonen kann vor, mit oder nach Zusprache des AB erfolgen. Insbesondere Heimbewohner sind auf Beratung angewiesen, bevor sie sich für oder gegen einen Heimaustritt entscheiden. Der versicherten Person kann somit ab Anmeldung für den AB während 6 Monaten Beratung und Unterstützung zugesprochen werden, unabhängig davon, ob eine Zusprache des AB erfolgt. Sofern eine Zusprache erfolgt, kann während 18 Monaten diese Leistungen gewährt werden. Der Leistungsbezug ist somit auf maximal 24 Monate begrenzt. Ein zeitlicher Unterbruch ist nur zwischen der Anmeldung und der Zusprache möglich. Bereits heute wird dies in der Praxis so gehandhabt. Das Kostendach von 1'500 Franken bleibt bestehen. Es entstehen dadurch keine zusätzlichen Kosten.

#### Beispiel 1:

Die versicherte Person bekommt am 9. September 2013 eine Verfügung für die Zusprache des Assistenzbeitrags und gleichzeitig die Zusprache für die Beratung. Sie stellt den Assistenzbeitrag das erste Mal für den Monat Juni 2014 in Rechnung. Sie kann Beratungsleistungen vom September 2013 bis Februar 2015 (18 Monate ab Verfügung AB) in Rechnung stellen.

#### Beispiel 2:

Die versicherte Person bekommt am 5. Mai 2013 die Zusprache für die Beratung und am 9. September 2013 eine Verfügung für den Assistenzbeitrag. Sie stellt den Assistenzbeitrag das erste Mal für den Monat Juni 2014 in Rechnung. Sie kann Beratungsleistungen vom Mai 2013 bis Februar 2015 (18 Monate ab Verfügung AB) in Rechnung stellen (das bedeutet insgesamt 22 Monate Beratung).

#### Beispiel 3:

Die versicherte Person bekommt am 5. Mai 2013 die Zusprache für die Beratung. Sie kann Beratungsleistungen vom Mai 2013 bis Oktober 2013 (6 Monate ab Kostengutsprache Beratung) in Rechnung stellen, wenn sie inzwischen keine Verfügung für den Assistenzbeitrag bekommen hat (sonst wie Beispiel 2).

#### *Abs. 3*

Der Absatz 3 entspricht dem bisherigen Absatz 2. Der Begriff "Beratung und Unterstützung" wird ersetzt durch "Beratung". Zudem wird präzisiert, dass es sich um Kosten für die Beratung durch Drittpersonen handelt.

#### **Zu Art. 41 Abs. 1 Bst. f<sup>bis</sup> und f<sup>ter</sup>**

Die Erfüllung der nachfolgenden Beratungsaufgaben soll im Rahmen der bestehenden personellen Ressourcen erfolgen.

#### *Bst. f*

Die fallunabhängige Beratung und Begleitung sowie Schulung der Arbeitgeber können im Rahmen der allgemeinen Auskunfts- und Beratungspflicht gestützt auf Art. 27 ATSG gewährt werden. Eine rechtliche Grundlage auf Stufe Verordnung wäre nicht notwendig. Um diesen Aufgaben jedoch mehr Gewicht zu geben, sind sie unter Art. 41 aufzuführen. Ein Rechtsanspruch besteht nicht.

#### *Bst. m*

Psychische Störungen entstehen häufig bereits im Kindes- und Jugendalter bzw. zeigen sich dann Auffälligkeiten im Verhalten bzw. in der Schullaufbahn. Die IV kommt mit solchen Fällen häufig erst später in Kontakt, wenn es um konkrete Leistungen wie eine erstmalige berufliche Ausbildung oder Rente geht. Es besteht ein Verbesserungsbedarf bei der Koordination zwischen den Systemen, so dass aus Schwierigkeiten bei schulischen Übergängen keine psychischen Leiden oder Chronifizierungen entstehen, sondern den Betroffenen früh geholfen werden kann. Dazu ist es wichtig, mit den vorgelagerten Systemen frühzeitig einen Austausch zu pflegen. Dies bestätigt auch der OECD-Bericht „Mental Health and Work: Switzerland“.

#### **Zu Art. 41 Abs. 2**

Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass eine gemeinsame Liste wenig Sinn macht, weil die Arbeitslosenversicherung (ALV) und die IV mit unterschiedlichen Informationen arbeiten. Die IV-Stellen haben weiterhin Zugriff auf das Informationssystem für

die Arbeitsvermittlung und die Arbeitsmarktstatistik (AVAM). Zudem bewirtschaften sie selbst die internen Arbeitgeberdatenbanken. Die Bestimmung über eine gemeinsame Datenbank kann deshalb ersatzlos gestrichen werden.

#### **Zu Art. 56**

Art. 56 wurde geschaffen, da die IV selbst keine Betriebsräume erwerben kann. Mit dem Bundesgesetz vom 13. Juni 2008 über die Sanierung der IV (SR 831.27) wurde der selbständige Ausgleichsfonds der IV (IV-Fonds) geschaffen, der Gebäude erwerben und veräussern kann. Art. 56 wurde im Rahmen der Überführung beibehalten. Er soll nun entsprechend angepasst werden. Der IV-Fonds erwirbt in der Regel Gebäude als Geldanlage. Bei den Betriebsräumen handelt es sich um betriebliches Vermögen und nicht um performancerelevante Anlageobjekte der gemeinsam verwalteten Vermögen der Ausgleichsfonds der AHV, IV und EO. Sofern es aus Kostengründen für die Versicherung günstiger ist, Betriebsräume für die Durchführungsorgane zu erwerben, soll der IV-Fonds im Auftrag des BSV entsprechende Gebäude zulasten der laufenden IV-Rechnung erwerben. Die Erträge aus diesen Gebäuden kommen vollumfänglich der Betriebsrechnung der IV zugute. Der IV-Fonds wird für die mit diesen Liegenschaften zusammenhängenden Kosten entgolten.

Die Abs. 2 und 3 können gestrichen werden.

#### **Zu Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 Bst. b**

Mit dem heutigen Wortlaut von Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 Bst. b werden Rückforderungen bei unrechtmässig erlangten Leistungen erschwert. Eine sofortige Sistierung ab Kenntnis der Unrechtmässigkeit der Leistung erweist sich in der Praxis nicht immer als möglich bzw. durchsetzbar.

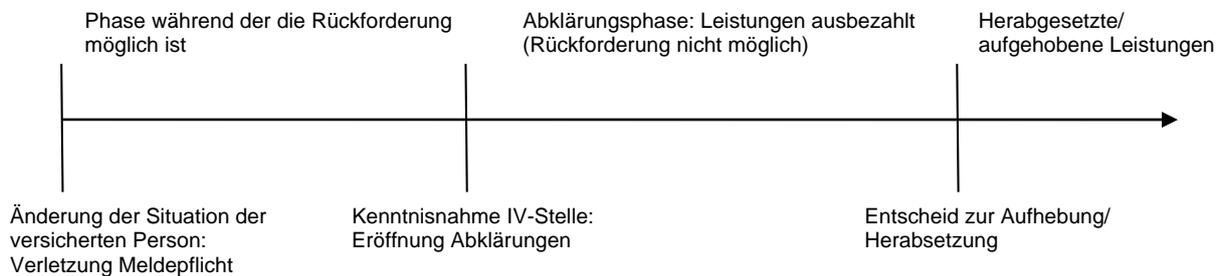
Die bisherige Regelung verlangt eine klare Kausalität zwischen der Meldepflichtverletzung bzw. dem unredlichen Verhalten und der (Falsch-)Ausrichtung der Leistung. Diese Kausalität fehlt gemäss Bundesgericht (siehe beispielsweise BGE 118 V 214 Erw. 3b), sobald die IV-Stelle Kenntnis von der Unrechtmässigkeit der Leistung hat und zwar unabhängig davon, ob die IV-Stelle durch die versicherte Person über eine verspätete Meldung oder durch einen Dritten Kenntnis erhält.

Die Problematik tritt in zwei unterschiedlichen Anwendungsfällen auf: Wenn die versicherte Person ihre Meldepflicht verletzt oder wenn sie die Leistung unrechtmässig erwirkt hat.

Die Verletzung der Meldepflicht betrifft die Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der versicherten Person ebenso wie ihre berufliche oder persönliche Situation (Aufnahme einer Arbeit oder eine Ausdehnung des Arbeitspensums ohne Information der IV-Stelle). Ab dem Moment der Kenntnisnahme durch die Verwaltung kann die IV-Stelle die Leistungen während der Dauer der Abklärung nicht mehr zurückfordern (z. B. Entscheid 8C\_6/2010 des Bundesgerichts).

Bei der unrechtmässigen Erwirktung der Leistung erlaubt zwar die Praxis der Gerichte die sofortige Sistierung der Leistungen. Diese Massnahme muss jedoch gut begründet sein, und die IV-Stelle braucht daher eine relativ sichere Kenntnis des Sachverhalts. Ein blosser Verdacht genügt nicht, weshalb eine Sistierung häufig erst nach weiteren Abklärungen (Observation, medizinische Begutachtung) in Frage kommt. Zudem gilt es die Beweissicherung zu berücksichtigen. Es kann gerade kontraproduktiv sein, wenn die betroffene Person Kenntnis vom Verdacht der IV-Stelle hat.

Die heutige Regelung birgt ausserdem die Gefahr, dass es eine versicherte Person so einrichten kann, dass der Abklärungsprozess möglichst lange dauert. Während dieser Zeit besteht für die Person kein Risiko, dass die Rückerstattung der gewährten Leistungen eines Tages gefordert wird, auch wenn diese unrechtmässig bezogen wurden.



Die Gerichtspraxis, die sich auf Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 Bst. b IVV stützt, führt damit zu einer paradoxen, unlogischen Sachlage. Die IV-Leistungen können zwischen dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person keinen Anspruch mehr auf die Leistungen hat und dem Moment, ab dem die IV-Stelle Kenntnis davon erhält, herabgesetzt oder aufgehoben werden. Leistungen, welche hingegen während der Zeit von der Kenntnis der unrechtmässigen Erwirkung der Leistung oder der Tatsachen, die zur Überprüfung der ausgerichteten Leistungen führen, bis zum Endentscheid ausgerichtet werden, sind gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts regelmässig nicht rückforderbar, da die Rente erst nach Zustellung der Verfügung herabgesetzt oder aufgehoben werden kann. Aufgrund der notwendigen rechtlichen und medizinischen Abklärungen sowie der Gewährung des rechtlichen Gehörs, kann die Zeit bis zum Entscheid relativ lange dauern.

Kommt die versicherte Person ihrer Mitwirkungs- und Meldepflicht nach, ist es gerechtfertigt, ihr während der Überprüfung des Leistungsanspruchs die Leistungen bis zum Inkrafttreten des Entscheides auszurichten. Verheimlicht sie hingegen Tatsachen oder teilt sie für die Berechnung der IV-Leistungen massgebende Fakten nicht mit, ist die Weiterausrichtung nicht angezeigt. Vielmehr ist ein solches Verhalten zu sanktionieren (vgl. etwa die gesetzliche Grundlage in Art. 7b Abs. 2 lit. b und c IVG, welche zwar grundsätzlich auf zukünftige Leistungen gerichtet ist, aufgrund der fehlenden Derogation von Art. 25 Abs. 1 ATSG und der Möglichkeit aus Art. 7b Abs. 3 IVG das Ausmass des Verschuldens bei der Sanktionierung zu berücksichtigen jedoch eben auch eine rückwirkende Sanktion zulässt). Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 Bst. b IVV soll entsprechend angepasst werden.

Im Rahmen der Weisungen soll sichergestellt werden, dass die Anwendung von Art. 88<sup>bis</sup> Abs. 2 Bst. b gesamtschweizerisch im Sinne des Verhältnismässigkeitsprinzips gleich gehandhabt wird.

Gestützt auf Art. 25 der Verordnung über die Ergänzungsleistungen (SR 831.301) werden auch die Ergänzungsleistungen neu berechnet, wenn die Leistungen der IV aufgehoben oder herabgesetzt werden.

## **Zu Art. 108 Abs. 1<sup>bis</sup> bis Art. 110 Abs. 5**

Die Verträge mit den Organisationen der privaten Invalidenhilfe sind jeweils auf vier Jahre abgeschlossen. Für die Vertragsperiode 2015-2018 sind unter Beizug der Organisationen Vorgaben (vor allem auf Weisungsstufe) überarbeitet worden. Die Änderungen haben insbesondere zum Ziel, die Subventionen mit Bezug auf das Subventionsgesetz optimiert auszurichten, die Transparenz zu erhöhen, das Subventionssystem zu aktualisieren und technisch zu verbessern.

Die Anpassungen des Beitragssystems sind so angesetzt worden, dass im Hinblick auf die Leistungserbringung der Organisationen der privaten Behindertenhilfe Kostenneutralität herrscht. Es ist weder ein Leistungsabbau ohne Kompensationsmöglichkeit noch ein Leistungsausbau vorgesehen.

Auf der Seite der Organisationen kommt es zu geringfügigen Kostenanpassungen. Einerseits wird der Behindertenbonus (Beitrag an die Organisationen für die Anstellung von behinderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) aufgehoben, was eine Kostenreduktion von rund 3 Millionen Franken pro Jahr zur Folge hat. Andererseits wird den Vertragsnehmerinnen eine Entschädigung in der Höhe von rund 2 Millionen Franken pro Jahr für die Bereitstellung der Reportingdaten der Untervertragsnehmerinnen und die Durchsetzung der Anforderungen des Kreisschreibens über die Beiträge an Organisationen der privaten Behindertenhilfe (KSBOB) gegenüber den Untervertragsnehmerinnen ausgerichtet.

## **Zu Art. 108**

### *Abs. 1*

Dieser Absatz erfährt keine Änderungen.

### *Abs. 1<sup>bis</sup>*

Der wesentliche Umfang ist heute im Kreisschreiben über die Beiträge an Organisationen der privaten Behindertenhilfe (KSBOB) so definiert, dass mindestens 50% der Kunden aus Personen mit einer Behinderung besteht.

Damit sind die Gesundheitsligen von der Beitragsberechtigung ausgeschlossen, obschon sie einen wichtigen Beitrag leisten. Die heutigen Beiträge sind zurzeit im Sinne einer Übergangsregelung vertraglich geregelt und können für die Vertragsperiode 2015-2019 nur verlängert werden, wenn die rechtlichen Grundlagen auf Stufe Verordnung angepasst werden. Die Definition des wesentlichen Umfangs ist deshalb gemäss Abs. 1<sup>bis</sup> neu zu formulieren. Eine Änderung der Definition auf Stufe Kreisschreiben ist aus rechtlicher Sicht nicht ausreichend, da gestützt auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts die bisherige Definition des wesentlichen Umfangs insbesondere unter Bezugnahme auf das Steuerrecht hergeleitet wurde. Es handelt sich um eine alternative Aufzählung.

### *Abs. 2*

Der Gesetzgeber sah vor, dass die Beiträge nach Art. 74 IVG dem Subventionsgesetz (SuG) unterstellt sind (BBl 1987 I 429). Die Formulierung „Leistungsverträge“ erweckt den Anschein, dass das BSV Leistungen einkauft, die es sonst selbst erbringen würde. Der Ausdruck „Verträge zur Ausrichtung von Finanzhilfen“ trägt den Voraussetzungen der zweckgebundenen Verwendung der Mittel gemäss Subventionsgesetz besser Rechnung. Zudem wird mit dem Verweis auf das SuG klargestellt, dass die Beiträge diesem Gesetz unterstellt sind.

### **Zu Art. 108<sup>bis</sup> Abs. 1 Bst. e**

Mit der Ergänzung für Invalide erfolgt eine Präzisierung gestützt auf Art. 74 IVG. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, die in der Praxis keine Änderungen zur Folge hat.

### **Zu Art. 108<sup>quater</sup>**

#### *Abs. 1*

Die Beiträge werden für die Dauer einer Vertragsperiode festgelegt. Während der Vertragsperiode können die Finanzhilfen pro Jahr variieren, da die Organisationen nicht erbrachte Leistungen aus dem Vorjahr in den Folgejahren kompensieren können. Weiter sollen während der Vertragsperiode Akontozahlungen (s. Erläuterung zu Art. 110 Abs. 5) ausgerichtet werden. Zudem wird in diesem Abs. präzisiert, dass es sich bei der Anpassung an die Teuerung um eine „Kann“-Bestimmung handelt. Aus der heutigen Formulierung geht dies zu wenig klar hervor.

#### *Abs. 4 (gestrichen)*

Der Behindertenbonus ist zu streichen. Er wurde vor der 5. IV-Revision und der IV-Revision 6a eingeführt und ist heute nicht mehr zeitgemäss. Heute besteht ein breites Massnahmenangebot für die Unterstützung der Unternehmen bei der Eingliederung von invaliden oder von Invalidität bedrohten Personen. Der Behindertenbonus stellt eine Ungleichbehandlung der durch Art. 74 IVG subventionierten Institutionen gegenüber den anderen Arbeitgebern in der Schweiz dar.

### **Zu Art. 110**

#### *Abs. 3*

Art. 23 Abs. 2 SuG verlangt, dass vor der Festsetzung des endgültigen Betrages in der Regel nur 80% der Finanzhilfe oder Abgeltung ausbezahlt werden dürfen. Es soll verhindert werden, dass ein Inkasso der Finanzhilfen notwendig wird. Art. 110 Abs. 3 wird deshalb angepasst. Die Vertragsnehmerin kann mit dem BSV nur die effektiv erbrachten Leistungen abrechnen. Während der Vertragsperiode werden die Akontozahlungen daher, gestützt auf das Reporting, an die erbrachten Leistungen angepasst. Ein Teil der zweiten Akontozahlung im letzten Vertragsjahr wird in Form eines Saldoausgleichs nach erfolgter Abrechnung der Vertragsperiode ausbezahlt. Die Einzelheiten sind in den Weisungen geregelt.

#### *Abs. 5*

Art. 110 Abs. 5 wird präzisiert, um sicherzustellen, dass das Bundesamt und die Revisionsstellen die Aufsicht jederzeit wahrnehmen können. In der Regel erfolgt die Einsichtnahme vor Ort mit Ankündigung. Es kann unter Umständen jedoch angezeigt sein, eine Vorortabklärung ohne Vorankündigung durchzuführen.

## **II**

### **Zu Art. 9a ATSV**

Das Bundesgericht hat von der Bundesverwaltung in seinen beiden wegweisenden Urteilen (137 V 210 und 9C\_207/2012) zu den medizinischen Begutachtungen Massnahmen zur Sicherstellung von Qualität und Einheitlichkeit gefordert. Mit der Inkrafts-

etzung von Art. 72<sup>bis</sup> IVV per 1. März 2012 wurden bereits einige Massnahmen eingeführt und umgesetzt (Vergabe der polydisziplinären Gutachten nach dem Zufallsprinzip, Einführung von Leitlinien, Aufbau eines Reportings über die Auftragsverteilung etc.).

Im Sinne einer weiteren Qualitätssicherungsvorkehr sollen die medizinischen Gutachter in Zukunft nebst den Entscheiden der IV-Stellen (Art. 76 Abs. 1 Bst. g IVV) nun auch diejenigen Entscheide zugestellt bekommen, in denen ihre (mono, bi- und polydisziplinären) Gutachten gerichtlich gewürdigt worden sind. Damit erhalten die Ärztinnen und Ärzte auf einfache Art eine Rückmeldung über die Qualität ihrer Gutachten. Auf diese Weise verfügen sie über wichtige und interessante Hinweise, ob ihre Gutachten die Fragen umfassend beantwortet haben, nachvollziehbar sind und vollen Beweiswert haben.

In Anbetracht der Tatsache, dass die Gutachterinnen und Gutachter im Rahmen ihrer Begutachtung bereits sämtliche relevanten Akten der versicherten Personen gesehen haben, bedarf es auch keiner weiteren Vorkehrungen betreffend Datenschutz, zumal die Gutachterinnen und Gutachter ja auch der Schweigepflicht unterstehen.

### III

Die Verordnungsänderung tritt per 1. Januar 2015, auf den Zeitpunkt des Beginns der neuen Leistungsvertragsperiode mit den Organisationen der privaten Invalidenhilfe, in Kraft.