



Erläuterungen

zur Änderung vom 20. Oktober 2022 der
Verordnung des BSV

über den Pilotversuch « Intensive
Frühintervention bei Kindern mit frühkindlichem
Autismus »



Einleitung

Der Pilotversuch «Intensive Frühintervention bei Kindern mit frühkindlichem Autismus» (nachfolgend Pilotversuch genannt) wurde im Jahr 2019 gestartet und hat zum Ziel, ein Programmmodell zur intensiven Frühintervention, ein Ergebnismodell für den langfristigen Wirkungsnachweis sowie ein Kostenmodell für die Finanzierung der intensiven Frühintervention zu entwickeln.

Die intensiven Frühinterventionsmassnahmen können weder eindeutig den medizinischen Massnahmen noch den pädagogisch-therapeutischen Massnahmen zugeordnet werden. Da die Abgrenzung bei diesen intensiven Frühinterventionsmassnahmen sehr schwierig und in der Praxis kaum umsetzbar ist, sollte ein langfristiges Modell festgelegt werden, das die Finanzierung dieser Massnahmen unter den verschiedenen involvierten Kostenträgern regelt.

Damit der Pilotversuch gestartet werden konnte, waren diverse Abweichungen von den im Bereich der IV geltenden Rechtsbestimmungen notwendig. Das BSV machte deshalb von der Möglichkeit in Artikel 98 Absatz 1 Buchstabe a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) Gebrauch und regelte mit der Verordnung des BSV vom 17. Oktober 2018 über den Pilotversuch «Intensive Frühintervention von Kindern mit frühkindlichem Autismus» die Umsetzung. Der Pilotversuch war vorerst auf vier Jahre, d.h. vom 1. Januar 2019 bis 31. Dezember 2022, befristet. Seit Inkrafttreten der Verordnung am 1. Januar 2019 wurden mehrere Arbeitsgruppen geschaffen, welche die Modelle erarbeitet haben.

Das *Programmmodell* hat die «Standards» für die intensive Frühintervention (IFI) und damit die Voraussetzungen für eine Vereinheitlichung festgelegt. Die Standards müssen insbesondere der folgenden Herausforderung Rechnung tragen: Die IFI müssen schweizweit in verschiedenen Organisations- und Umsetzungsformen realisiert werden können, in kleinen und grossen, ländlichen, urbanen und gemischten, bevölkerungsreichen und bevölkerungsarmen Kantonen, in Kantonen mit unterschiedlicher Finanzkraft usw. Trotz dieser Heterogenität muss die Integrität des IFI-Programms gewährleistet sein. Der vereinheitlichende Rahmen muss also einerseits den verschiedenartigen, schon bestehenden Entwicklungen in den Kantonen Rechnung tragen und andererseits diesbezügliche Kontrollbedürfnisse erfüllen. Entsprechend sind die acht erarbeiteten Standards sehr allgemein gehalten. Die einzige in den Standards festgehaltene Voraussetzung in Bezug auf die Leistungen ist die Mindestintensität von 15 Stunden pro Woche direkter Arbeit mit dem Kind. Diese Voraussetzung wurde in Artikel 7 Absatz 3 der vorliegenden Änderung übernommen (vgl. nachfolgend). Die anderen Standards werden hingegen während der Verlängerung des Pilotversuchs präzisiert und umgesetzt werden müssen.

Beim *Ergebnismodell* musste zur Kenntnis genommen werden, dass es keine international anerkannte Struktur zur Messung der durch die IFI erzielten Wirkung gibt. Stattdessen wird situativ eine Vielzahl von Indikatoren und Evaluationen eingesetzt. Bisher konnten noch keine klaren, einheitlichen Indikatoren zur Wirkungsmessung definiert werden. Trotzdem sind die weiteren Arbeiten zur Wirkungsmessung (z. B. die Einführung eines Verlaufsregisters¹) wichtig und könnten während der Verlängerung des Pilotversuchs in Zusammenarbeit mit den Kantonen sowie den Autismuszentren fortgesetzt werden.

Auch in Bezug auf das *Kostenmodell* müssen die Diskussionen mit den Kantonen fortgesetzt werden. Es gilt, sich über die konkreten Finanzierungsmodalitäten und die finanzielle Beteiligung der einzelnen Parteien zu einigen.

Der Entscheid, ob und wie der Pilotversuch in die ordentliche Gesetzgebung aufgenommen werden kann, kann Ende Dezember 2022 noch nicht gefällt werden. Ein Pilotversuch, der sich bewährt hat, kann gemäss Artikel 68^{quater} Absatz 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) verlängert werden. Obwohl die erwähnten Modelle (Programm-, Ergebnis- und Kostenmodell) bis Ende 2022 erarbeitet worden sind, sind sie weiter zu konkretisieren und eine mögliche Überführung in die ordentliche Gesetzgebung ist vorzubereiten. Insbesondere erforderte das zwischenzeitlich

¹ Vgl. Arbeitsgruppe IFI, *Projekt IFI, Phase 1: Bericht der AG zu Wirkungszielen und Standardprozessen*, Bern 2019, S. 9-10.

erarbeitete Kostenmodell wohl eine Anpassung des IVG, was zu Beginn des Pilotversuchs nicht eingeplant war. Durch die Verlängerung soll die Weiterentwicklung und Konkretisierung der verschiedenen Modelle im Hinblick auf eine mögliche Implementierung nach Ablauf der (verlängerten) Pilotphase ermöglicht werden. Durch die Verlängerung können so die Standards des Programms und die finanzielle Beteiligung der IV vor einer definitiven Aufnahme in die ordentliche Gesetzgebung konkretisiert werden. Das BSV verlängert deshalb das Pilotprojekt mit kleinen Anpassungen, die aus den zwischenzeitlichen erworbenen Erkenntnissen hervorgehen, um maximal vier Jahre bis Ende Dezember 2026.

Die Verlängerung des Pilotversuchs führt nur zu geringen Mehrkosten. Die IV bezahlt heute rund 45 000 Franken pro Kind für die gesamte intensive zweijährige Phase der Behandlung. Im Jahr 2021 wurden 154 Kinder in den Autismuszentren begleitet, was für die IV Kosten in der Höhe von rund 2,4 Millionen Franken bedeutete. Die Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Pilotversuch ist nicht begrenzt. Gestützt auf die bisherigen Erfahrungen geht das BSV davon aus, dass die jährliche Kapazität jedes Jahr um durchschnittlich höchstens 10 Therapieplätze ansteigen wird, was für die Dauer des verlängerten Pilotversuchs um vier Jahre bis 2026 Mehrkosten von durchschnittlich rund 3 Millionen Franken pro Jahr zur Folge hätte. Von diesen Mehrkosten von rund 12 Mio. Franken sind jedoch die Kosten abzuziehen, welche die Kinder verursachen würden, wenn sie medizinische Massnahmen in Anspruch nehmen würden. Diese werden für die Dauer des Pilotprojekts auf 3.7 Millionen geschätzt. Die Verlängerung des Pilotprojekts hat deswegen Mehrkosten von rund 8.3 Millionen Franken zur Folge.

Nachfolgend werden die geänderten Artikel kommentiert.

Artikel 2 (Zweck des Pilotversuchs)

Einleitungssatz

Mit dem Pilotversuch sollten seit dem 1. Januar 2019 ein Programmmodell zur intensiven Frühintervention, ein Ergebnismodell für den langfristigen Wirkungsnachweis sowie ein Kostenmodell für die Finanzierung der intensiven Frühintervention entwickelt werden. Mit der Verlängerung des Pilotversuchs sollen diese entwickelten Modelle ab dem 1. Januar 2023 nun weiter konkretisiert werden.

Artikel 3 (Voraussetzungen für die Teilnahme von Kindern mit frühkindlichem Autismus)

Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe a

Am 1. Januar 2022 ist die Ziff. 405 der Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen (GgV-EDI) in Kraft getreten. Diese sieht vor, dass die Diagnose durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Entwicklungspädiatrie bestätigt wird. Bei der nächstmöglichen Revision der GgV-EDI werden in dieser Ziffer zusätzlich Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie aufgenommen, da diese in der aktuellen Fassung fälschlicherweise nicht aufgeführt sind. Diese Formulierung wurde deshalb bereits in diesem Absatz übernommen.

Artikel 5 (Gesuch um Teilnahme)

Artikel 5 Absatz 2

Auch bei diesem Absatz ist die Anpassung einzig der Vereinheitlichung mit der Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen geschuldet (siehe Ausführungen zu Art. 3 Abs. 1).

Artikel 7 (Voraussetzungen für die Teilnahme von Leistungserbringern)

Artikel 7 Absatz 3 Buchstabe d und d^{bis}

Als das Programmmodell entwickelt wurde, wurden acht Standards festgelegt, die alle Frühinterventionsangebote erfüllen müssen. Einer der Standards legt die Behandlungsintensität fest: «IFI werden erbracht im Umfang von mindestens 15 Stunden pro Woche direkter Arbeit mit dem Kind». Die bis Ende 2022 vorgesehene Mindestintensität von 20 Wochenstunden wird mit der vorliegenden Änderung daher um 5 Stunden gesenkt. Dem Einzelfall kann zudem Rechnung getragen werden, denn bei den 15 Stunden pro Woche handelt es sich um eine Durchschnittsintensität, die bei Therapiebeginn (während der Einführung) oder gegen Ende der Therapie (wenn die Begleitung im Hinblick auf das Verlassen des Autismuszentrums nach und nach reduziert wird) durchaus tiefer angesetzt werden kann. In diesem Sinne ist auch die neu eingeführte Angabe zur Interventionsdauer zu verstehen. Die Intervention dauert in der Regel zwei Jahre (vgl. auch Art. 4 Abs. 2 der Verordnung), weshalb die angebotene Methode grundsätzlich auf eine Therapiedauer von zwei Jahren ausgerichtet sein muss. Bei einem Kind, das die Ziele früher erfüllt, soll die Intervention aber nicht unnötig verlängert werden. Ausserdem kann, wenn ein Zentrum eine deutlich höhere Intensität anbietet, eine kürzere Therapiedauer in Betracht gezogen werden. Grundsätzlich ist mit 1200 bis 1600 Therapiestunden pro Kind zu rechnen.

Artikel 7 Absatz 4 Buchstabe b

Die Anpassung von Buchstabe b ist einzig der Vereinheitlichung mit der Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen geschuldet (siehe Ausführungen zu Art. 3 Abs. 1).

Artikel 7 Absatz 4 Buchstabe e

Den Anteil des medizinisch-therapeutischen oder des pädagogisch-therapeutischen Personals regeln die Standards des Programmmodells nicht; sie halten lediglich fest, dass Interventionen koordiniert, interdisziplinär und multiprofessionell durchgeführt werden müssen. Ein medizinischer Teil muss dennoch enthalten sein, ansonsten kann die IV die Leistung nicht finanzieren. Die Erfahrungen der letzten vier Jahre zeigen, dass die Voraussetzung von 30 Prozent medizinischem Personal je nach gewähltem Interventionsmodell zu hoch und der Qualität der Intervention nicht zuträglich war. Gestützt auf die Ergebnisse des Kostenmodells hat sich gezeigt, dass es sachgerechter ist, den Medianwert (20 %) zu verwenden.

Artikel 7 Absatz 5

Das im Rahmen des Pilotversuchs entwickelte Finanzierungsmodell sieht vor, dass künftig die Kantone für die Anerkennung der Autismuszentren auf ihrem Kantonsgebiet zuständig sind und dass das BSV Programmvereinbarungen mit den Kantonen abschliesst. Es ist möglich, dass die Kantone bereits während des verlängerten Pilotversuchs mit dem Anerkennen von Autismuszentren beginnen. Diese Zentren werden auch vom BSV anerkannt, sofern sie die Voraussetzungen nach den Absätzen 3 und 4 erfüllen. Selbstverständlich müssen die Zentren eine Vereinbarung mit dem BSV abschliessen (vgl. Art. 8 der Verordnung).

Artikel 7 Absatz 6

Die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder das weitere Betreuungsumfeld des Kindes können einen Teil der Therapie übernehmen. Die Zeit, die sie dafür aufwenden, wird bei der Berechnung der Therapieintensität nicht berücksichtigt. Da die Mindestintensität der Therapie von 20 auf 15 Stunden gesenkt wird (siehe Abs. 3 Bst. d), muss sichergestellt werden, dass die verbleibenden Therapiestunden von spezifisch dazu ausgebildeten Fachpersonen durchgeführt werden. Deshalb können die Therapiestunden, die von den Inhaberinnen und Inhabern der elterlichen Sorge oder vom weiteren Betreuungsumfeld des Kindes erbracht werden und bisher im Umfang von höchstens 2 Stunden pro Tag angerechnet werden konnten, bei den 15 Stunden nicht mehr berücksichtigt werden. Eine Berücksichtigung der Therapiestunden, die von den Inhaberinnen und Inhabern der elterlichen Sorge oder vom weiteren Betreuungsumfeld des Kindes erbracht werden, ist aber selbstverständlich dann möglich, wenn sie unter direkter Aufsicht einer Fachperson erfolgen.

Artikel 9 (Ende der Teilnahme)

Artikel 9 Absatz 4

Das BSV kann unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten die Vereinbarung mit einem Leistungserbringer jederzeit kündigen bzw. den ganzen Pilotversuch vorzeitig abbrechen, wenn sich die Konkretisierung und die Umsetzung der in Artikel 2 genannten Modelle als nicht zielführend erweisen.

Artikel 15 (Übergangsbestimmungen)

Artikel 15 Absatz 1

Dieser Absatz wird aufgehoben, weil die dort beschriebene Situation mit der Verlängerung des Pilotversuchs nicht mehr möglich ist.

Artikel 15 Absatz 2

Auch dieser Absatz wird aufgehoben, weil die dort beschriebene Situation mit der Verlängerung des Pilotversuchs nicht mehr möglich ist.

Artikel 15a (Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 20. Oktober 2022)

Artikel 15a Absatz 1

Für Autismuszentren, die bereits eine Vereinbarung mit dem BSV gemäss den Modalitäten der zwischen 2019 und 2022 geltenden Verordnung abgeschlossen haben, gilt folgendes: Eine bestehende Vereinbarung kann nicht einfach verlängert werden, da sie sich nicht auf eine geltende Rechtsgrundlage stützen würde. Die Autismuszentren müssen vielmehr eine neue Vereinbarung mit dem BSV abschliessen und dabei grundsätzlich die Voraussetzungen der vorliegenden Änderung erfüllen. Zur Umsetzung kann ihnen aber eine Übergangsfrist gewährt werden. Allfällige abweichende Bestimmungen und die Fristen, bis wann die Kriterien der vorliegenden Änderung erfüllt sein müssen, werden in den jeweiligen Vereinbarungen individuell festgelegt.

Artikel 15a Absatz 2

Kinder, die vor Inkrafttreten dieser Änderung in einem der neun Autismuszentren behandelt wurden, die mit dem BSV eine Vereinbarung gemäss den Modalitäten der zwischen 2019 und 2022 geltenden Verordnung abgeschlossen haben, können die Therapie fortsetzen, sofern das Autismuszentrum eine neue Vereinbarung mit dem BSV abschliesst. Die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge müssen die Weiterführung der Behandlung nicht beantragen, da sich ihre Verpflichtungen aus der vorliegenden Änderung der Verordnung nicht ändern. Allerdings muss präzisiert werden, dass durch die Weiterführung der Behandlung kein Anspruch auf eine neue Pauschale besteht; es werden lediglich die noch ausstehenden Anteile ausgerichtet.

Artikel 15a Absatz 3

Kinder, die beim Inkrafttreten dieser Änderung in einem Autismuszentrum behandelt werden, das mit dem BSV noch keine Vereinbarung abgeschlossen hat, können am Pilotversuch teilnehmen, wenn das Zentrum vom BSV anerkannt wird und mit dem BSV eine Vereinbarung abschliesst. Die Leistungserbringer müssen hierzu beim BSV ein schriftliches Gesuch einreichen. Das Gesuch wird vom BSV geprüft. Wird das Aufnahmegesuch vom BSV bewilligt, so können auch Kinder, bei denen die Therapie schon angefangen hat, in den Pilotversuch aufgenommen werden, sofern sie die Pflichten und Voraussetzungen der vorliegenden Pilotverordnung erfüllen und die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge die Fortsetzung der Behandlung beantragen. Die IV beteiligt sich an den Kosten der intensiven Frühintervention erst ab dem Datum der unterschriebenen Vereinbarung zwischen dem Leistungserbringer und dem BSV. Die Vergütung erfolgt auch in diesem Fall gemäss den Bestimmungen von Artikel 11 Absatz 2. Die Fallpauschale wird anteilmässig für die verbleibende Dauer der Behandlung ausbezahlt.

Art. 16 (Inkrafttreten und Geltungsdauer)

Die Geltungsdauer des aktuellen Pilotversuchs endet am 31. Dezember 2022. Die vorliegende Verordnung soll auf den 1. Januar 2023 in Kraft treten, damit für die versicherten Personen aus finanzieller Sicht ein lückenloser Übergang gewährleistet werden kann. Die geänderte Verordnung gilt längstens bis zum 31. Dezember 2026 (vgl. Art. 68^{quater} Abs. 2 IVG).