

Erläuterungen

zur Verordnung des BSV vom 17. Oktober 2018

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

Präambel

Die Invalidenversicherung wird weiter in Richtung Eingliederungsversicherung entwickelt. Zur Unterstützung dieser Entwicklung, hat das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) mit der 5. IV-Revision die Möglichkeit erhalten, befristete Pilotversuche zu bewilligen, die von den Bestimmungen des Gesetzes abweichen können (Artikel 68^{quater} IVG).

Artikel 68^{quater} IVG Pilotversuche

¹ Das Bundesamt kann zum Zweck der Eingliederung befristete Pilotversuche bewilligen, die von den Bestimmungen dieses Gesetzes abweichen können. Es hört vorgängig die Eidgenössische Kommission für die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung an.

² Es kann die Bewilligung für Pilotversuche, die sich bewährt haben, um höchstens vier Jahre verlängern.

³ Für die Finanzierung können Mittel der Versicherung herangezogen werden.

Mit diesen Versuchen können innovative Massnahmen, Instrumente oder Vorgehensweisen zur (Wieder-)Eingliederung von behinderten Menschen entwickelt und in der Praxis erprobt werden. Die Erfahrungen aus den Pilotversuchen sind in einer Evaluation auszuwerten. Sie tragen zum Erkenntnisgewinn bei und bilden die Basis für die Ergänzung und Anpassung der gesetzlichen Regelungen sowie die Erarbeitung und Verbreitung von Good Practice.

Zur Behandlung von frühkindlichem Autismus wurden in den USA und in anderen Ländern intensive Frühinterventionen entwickelt. Es handelt sich dabei um Interventionen, die sehr intensiv und stark auf Interdisziplinarität ausgerichtet sind. Seit einigen Jahren bestehen auch in der Schweiz Zentren (nachfolgend Autismuszentren genannt), die unterschiedliche intensive Frühinterventionsprogramme anbieten.

Die Finanzierung dieser Angebote wirft verschiedene Fragen auf, weil diese Programme auf der einen Seite weder eindeutig den medizinischen Massnahmen noch den pädagogisch-therapeutischen Massnahmen zugeordnet werden können. Da diese Abgrenzung bei diesen Frühinterventionsmassnahmen sehr schwierig und in der Praxis kaum umsetzbar ist, sollte ein langfristiges Kosten-Modell festgelegt werden, das die Finanzierung dieser Massnahmen unter den verschiedenen involvierten Kostenträgern regelt. Auf der anderen Seite sind diese Methoden in der Schweiz noch nicht wissenschaftlich anerkannt. Um bessere Entscheidungsgrundlagen zu haben, hat das BSV per 1. Januar 2014 mit fünf (später: sechs) bestehenden Autismuszentren eine fünfjährige Vereinbarung getroffen. Ziel dieses Projektes ist es, zu klären, ob und inwieweit sich die IV an den Kosten der intensiven Frühinterventionen beteiligen kann und ob diese Behandlungsmethode wirksam ist. Die IV vergütet im Rahmen dieser Vereinbarung pro Kind eine Fallpauschale von 45 000 Franken. Die Höhe des Beitrags entspricht dem Durchschnittswert der Kosten für die medizinischen Massnahmen der

intensiven Frühinterventionen. Darunter fallen die Leistungen der Psycho-, Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie der Leitenden Ärztinnen und Ärzten (Facharzttitle Kinder- und Jugendpsychiaterie und – Psychotherapie oder Neuropädiatrie) der Autismuszentren. Dies entspricht circa einem Drittel der Gesamtkosten einer Therapie.

Im Rahmen des dritten mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP3-IV) wurde im Jahr 2017 die Wirksamkeit der intensiven Frühinterventionsmethoden sowohl in der internationalen Fachliteratur als auch bei den fünf (später: sechs) Autismuszentren von einem externen Forscherteam evaluiert. Gemäss den Ergebnissen dieser Studie ist die Wirksamkeit dieser Therapien bei Autismus grundsätzlich zu bejahen.

Der Pilotversuch «Intensive Frühintervention bei Kindern mit frühkindlichem Autismus» (nachfolgend Pilotversuch genannt) hat zum Ziel, die noch offenen Fragen, die sich aus der externen Evaluation ergeben haben, zu klären.

Zu diesen zählen:

- die Entwicklung eines Programm-Modells um eine Vereinheitlichung der intensiven Frühinterventionsprogramme bei den Leistungserbringern in der Schweiz, die am Pilotversuch teilnehmen, zu ermöglichen;
- die Erarbeitung eines Kosten-Modells, um die Finanzierung der intensiven Frühinterventionen nach Beendigung der Pilotphase zu gewährleisten und den Kostenanteil der IV, der Kantone und allenfalls noch Dritter festzulegen;
- die Entwicklung eines Ergebnis-Modells zur Messung der längerfristigen Wirksamkeit der intensiven Frühinterventionen bei Kindern mit frühkindlichem Autismus.

Eine definitive Anerkennung der Wirksamkeit der Behandlungsmethode ist erst bei Vorliegen dieser Modelle möglich.

Die vorliegende Verordnung regelt die Zulassungskriterien sowohl für Kinder als auch für die Leistungserbringer, die Finanzierung seitens der IV und die Pflicht zur Mitarbeit an der Entwicklung der obenerwähnten Modelle während des vierjährigen Pilotversuchs. Vor einer allfälligen definitiven rechtlichen Verankerung dieser Kriterien und der Kostenbeteiligung der IV müssen die noch offenen Fragen zwingend beantwortet werden.

Betroffen von dieser Pilotverordnung sind die Versicherten, welche eine intensive Frühintervention von einem anerkannten Leistungserbringer erhalten, die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder das weitere Betreuungsumfeld des Kindes, sowie die Leistungserbringer, die diese Therapien durchführen. Die vorliegende Verordnung regelt ausschliesslich die Situation in Bezug auf die IV.

Der vorgeschlagene Pilotversuch führt gemäss den aktuellen Schätzungen nur zu geringen Mehrkosten, weil die IV bereits heute 45 000 Franken pro Kind für die gesamte intensive Phase der Behandlung bezahlt. Bisher boten die Autismuszentren 55 Therapieplätze an, was für die IV zu Kosten in der Höhe von rund 1,3 Millionen Franken pro Jahr geführt hat. Die Anzahl Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Pilotversuch ist nicht festgelegt. Aus den bisherigen Erfahrungen nimmt das BSV an, dass die Kapazität pro Jahr um durchschnittlich 5 Therapieplätze ansteigen wird. Dies würde insgesamt zu Mehrkosten von maximal CHF 1 Million führen. Dazu kommen die Kosten für die begleitende Evaluation, die auf maximal 150 000 Franken zu schätzen sind.

Artikel 1

(Gegenstand des Pilotversuchs)

Diese Verordnung regelt die Zulassungskriterien sowohl für Leistungserbringer, die intensive Frühinterventionen anbieten, als auch für versicherte Kinder, die diese Intervention in Anspruch nehmen. Daneben soll sie auch die Vergütung der im Rahmen des Pilotversuchs erbrachten Leistungen seitens der IV regeln.

Artikel 2

(Zweck des Pilotversuchs)

Mit dem Pilotversuch sollen die Entwicklung eines Kosten-Modells für die Finanzierung der intensiven Frühintervention, ein Ergebnis-Modell für den langfristigen Wirkungsnachweis sowie ein Programm-Modell zur intensiven Frühintervention entwickelt werden.

Programm-Modell

Es können nur Interventionen finanziert werden, die wissenschaftlich anerkannt, respektive wirksam sind. Deren Behandlungsansätze sind entweder verhaltens- und/oder entwicklungsorientiert. Sie sollen umfassend (engl. comprehensive) sein, d.h. neben den autismspezifischen therapeutischen Elementen, den Einbezug der Eltern, die Unterstützung von Spiel- und Verhaltenskomponenten und die Förderung sozialkommunikativer Fähigkeiten beinhalten. Diese Programme können an einem Autismuszentrum durchgeführt werden, aber auch von anderen Leistungserbringern erbracht werden. Diese müssen neben den in dieser Verordnung festgelegten Voraussetzungen ähnliche Programme und Strukturen vorweisen wie die Autismuszentren. Dauer und Intensität müssen klar definiert werden. Zudem sollte gewährleistet sein, dass die Programme interdisziplinär durchgeführt sowie die Rolle und Mitwirkungspflichten der Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder des weiteren Betreuungsumfeldes des Kindes klar beschrieben werden. Diese Forderungen entsprechen den Empfehlungen aus der externen Evaluation der Wirksamkeit von intensiven Frühinterventionen bei frühkindlichem Autismus (FoP-IV-Bericht Nr. 9/18); sie haben zum Ziel, die intensiven Frühinterventionsprogramme zu vereinheitlichen. Die Dauer des Pilotversuchs soll dazu dienen, die Kernelemente der Programme festzulegen. Die Programme sollten die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen und müssen in enger Zusammenarbeit zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern erarbeitet werden.

Ergebnis-Modell

Das Ergebnis-Modell soll langfristige Aussagen über die Wirkung der intensiven Frühintervention in der Schweiz ermöglichen. In diesem Modell soll festgelegt werden, welche Faktoren sich durch die Intervention verbessern sollen, wie und wann diese gemessen werden und welchen Einfluss die Intervention auf den Lebensweg der Kinder und auf die Lebensqualität der Familie hat.

Kosten-Modell

Parallel zum Programm-Modell soll auch die langfristige Finanzierung dieser Behandlungsmethode geklärt werden. Da es sehr wahrscheinlich ist, dass mehrere Programme anerkannt werden können, müssen Kriterien entwickelt werden, welche ein für alle Programme gültiges

und umsetzbares Kosten-Modell sicherstellen. Nur wenn ein langfristiges Kosten-Modell festgelegt wird, das die Finanzierung dieser Interventionen unter den verschiedenen Kostenträgern regelt, kann diese Behandlungsmethode langfristig gesichert werden. Da die intensive Frühintervention sowohl medizinische als auch pädagogisch-therapeutische Massnahmen beinhaltet, ist es gemäss des Neuen Finanzausgleichs angezeigt, dass sich die Kantone, die für die pädagogisch-therapeutische Massnahmen zuständig sind, und die IV, die für die medizinischen Massnahmen verantwortlich ist, auf eine gemeinsame Finanzierung einigen.

Wesentlicher Bestandteil des Pilotprojektes ist somit die Bereitschaft aller beteiligten Akteure, sich aktiv bei der Erarbeitung dieser Modelle zu beteiligen. Sollte sich im Laufe des Projektes zeigen, dass diese Bereitschaft nicht vorhanden ist, so dass die Entwicklung der Modelle nicht mehr realistisch ist, behält sich das BSV vor, einen geordneten Ausstieg in die Wege zu leiten und das Pilotprojekt vorzeitig abzubrechen (gestützt auf Artikel 9 Absatz 4). Im Falle eines Abbruchs würde die Invalidenversicherung nur noch die Kosten von medizinischen Massnahmen gemäss Artikel 13 i.V.m. 14 IVG (ausgeführt durch Medizinalpersonen) gemäss den geltenden gesetzlichen Grundlagen vergüten. Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV). Zu den medizinischen Massnahmen unter Art. 13 IVG bei versicherten Personen bis zum 20. vollendeten Lebensjahr zählen Ergo-, Psycho- und Physiotherapien sowie Medikamente und jede andere Form der ärztlichen Behandlung mit therapeutischem Charakter, welche die oben genannten Kriterien erfüllen. Nicht zu den medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung (IV) hingegen gehören die mit der 2008 in Kraft getretenen Neugestaltung des Finanzausgleichs und Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen aus dem Leistungsbereich der Invalidenversicherung ausgeschiedenen pädagogisch-therapeutischen Massnahmen (vgl. altArt. 19 Abs. 2 lit. c IVG und Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG), worunter jegliche pädagogischen Massnahmen fallen.

Artikel 3

(Voraussetzungen [für die Teilnahme von Kindern mit frühkindlichem Autismus])

Absatz 1: Am Pilotversuch können versicherte Personen teilnehmen, bei denen eine gesicherte Diagnose von frühkindlichem Autismus gemäss der Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases [ICD-10, Version 2016¹], F84.0) vorliegt. Es ist wichtig, dass die Diagnose sich auf klare Kriterien stützt. Die internationale Klassifikation der Krankheiten ist diesbezüglich die beste Referenz. Die Diagnose muss von einem Facharzt (Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie) entweder in einer Privatpraxis, in einem Spital oder in einem KJPD aufgrund von anerkannten und validierten Diagnoseinstrumenten gestellt werden. Zudem dürfen die betroffenen Kinder keine Komorbiditäten zeigen, welche die Durchführung der intensiven Frühintervention verunmöglichen oder

¹ Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2016 (ICD-10-GM, Version 2016) ist einsehbar unter: www.bfs.admin.ch > Statistiken finden > Gesundheit > Grundlagen und Erhebungen > Nomenklaturen > Medizinische Kodierung und Klassifikationen > Instrumente zur medizinischen Kodierung > ICD-10-GM.

kontraindiziert sind. Leidet zum Beispiel das Kind unter ständigen, wiederkehrenden Epilepsieanfällen, lässt sich dies mit einem intensiven Programm nicht vereinbaren (Buchstabe a).

Die Behandlungen beeinflussen die Lernfähigkeit und das Lern- und Sozialverhalten der Kinder. Recherchen zeigen, dass eine frühe Behandlung mit grösseren Effekten verbunden ist, als spätere Behandlungen. Die Kinder sollten deshalb so früh wie möglich die intensive Frühintervention erhalten. Deswegen können Kinder daran teilnehmen, die am Anfang der Behandlung zwischen 2 bis 4 Jahre alt sind (Buchstabe b). Später gehen sie in den Kindergarten und in die Schule, was dann mit der Intensität der Frühintervention nicht mehr kompatibel ist.

Absatz 2: Da die intensive Frühintervention interdisziplinär durchgeführt werden sollte, darf daneben keine andere Massnahme (wie zum Beispiel Ergotherapie) durchgeführt werden. Dies ist auf der einen Seite nötig, um das Kind parallel zu den durchschnittlich 20 Stunden pro Woche Frühintervention nicht mit zusätzlichen Therapien zu erschöpfen und auf der anderen Seite um zu vermeiden, dass parallel laufende Therapien konkurrierende Ziele haben, die den Erfolg der Frühintervention beeinträchtigen können. Buchstabe a sieht deshalb vor, dass die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge bestätigen müssen, darüber informiert zu sein, dass während der Teilnahme am Pilotversuch keine weiteren im Zusammenhang mit dem Autismus stehenden medizinischen Massnahmen der IV, ausgenommen Medikamente, übernommen werden. Sollten hingegen weitere im Zusammenhang mit dem Autismus stehende medizinische Massnahmen der IV in Anspruch genommen werden, kann die IV-Stelle die Berechtigung zur Teilnahme i.S.v. Artikel 4 Absatz 4 widerrufen.

Die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder das weitere Betreuungsumfeld des Kindes haben eine entscheidende Rolle bei der intensiven Frühintervention. Auf der einen Seite sollten die Leistungserbringer das Programm an die soziokulturellen Werte der Familie und die bestehende Familiendynamik anpassen. Auf der anderen Seite müssen die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder das weitere Betreuungsumfeld des Kindes aktiv einbezogen werden, um den Erhalt des Lernerfolges und die Generalisierung der neuen Fähigkeiten in anderen Settings zu ermöglichen. Die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge und das weitere Betreuungsumfeld des Kindes kennen die Ziele der Therapie und müssen auch aktiv an diesen Zielen arbeiten. Sie können dafür aber nicht entschädigt werden, weil dies zu ihrer Erziehungsaufgabe gehört. Da der Pilotversuch evaluiert wird, müssen sie sich auch verpflichten, notwendige Auskünfte zu geben (Buchstabe b) und diese Daten zu Evaluationszwecken freizugeben (Buchstabe c).

Absatz 3: Die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge müssen das Gesuch zur Teilnahme am Pilotversuch der zuständigen IV-Stelle einreichen.

Artikel 4

(Beginn, Dauer und Ende der Teilnahme)

Absatz 1: Kinder, die an einer intensiven Frühintervention teilnehmen möchten, brauchen eine Mitteilung der IV-Stelle. Die Teilnahme beginnt frühestens im Zeitpunkt der Mitteilung.

Absatz 2: Die Frühinterventionsprogramme erstrecken sich über maximal 2 Jahre, deswegen kann die Teilnahme im Normalfall nicht länger dauern. Es gibt die Möglichkeit, diese Dauer in begründeten Fällen um maximal ein Jahr zu verlängern, jedoch maximal bis zum Übertritt in die Primarschule. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn das Kind lang krank war und die Therapie unterbrochen werden musste. Eine solche Verlängerung kann auch gewährt werden, wenn sie erlauben würde, den Übertritt des Kindes in die Primarschule zu begleiten. Die Primarschule umfasst sowohl die zwei Jahre Kindergarten als auch die ersten beiden Jahre einer Eingangsstufe. Die Begleitung und Förderung des Kindes im Kindergarten oder in der

Schule (allenfalls auch durch den Leistungserbringer) fällt in die Kompetenz der Kantone. Die Verlängerungsmöglichkeit gemäss Absatz 2 wird deswegen nur die anfängliche Sensibilisierung und Kontaktaufnahme mit dem Kindergarten oder der Eingangsstufe und der Begleitung des Kindes durch eine bekannte Referenzperson bei einem Übertritt decken können, der erfahrungsgemäss bei autistischen Kindern eine Herausforderung darstellt.

Absatz 3: Da der Pilotversuch nur bis Ende 2022 geht, endet die Teilnahme auch spätestens zu diesem Zeitpunkt. Beginnt ein Kind die Behandlung im August 2022, wird die Finanzierung der IV nur bis Ende 2022 gehen. Gemäss Artikel 11 Absatz 2 wird in diesem Fall nur die erste Rate d.h. nur CHF 22'500.- bei einer kurzen und stationären intensiven Frühintervention (vgl. Artikel 11 Absatz 2 Buchstabe a) bzw. nur CHF 11'250.- bei einer längeren und ambulanten intensiven Frühintervention (vgl. Artikel 11 Absatz 2 Buchstabe b) vergütet. Danach kann das Kind weiterhin die Intervention durchlaufen, die Finanzierung erfolgt aber nicht mehr im Rahmen des Pilotversuchs (vgl. dazu Ausführungen zu Artikel 9 Absatz 2).

Absatz 4: Die Teilnahme kann aber auch früher enden. Dies ist der Fall, wenn die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder das weitere Betreuungsumfeld des Kindes ihre Pflichten gemäss Art. 3 Absatz 2 Buchstaben a-c verletzen, insbesondere wenn sie die Therapeutinnen und Therapeuten bei der Therapie nicht unterstützen oder wenn sie sich weigern, die notwendigen Formulare auszufüllen oder Auskünfte zu erteilen. In diesen Fällen widerruft die IV-Stelle die Berechtigung zur Teilnahme mit einer Verfügung.

Keine Verletzung der Mitwirkungspflicht liegt vor, wenn ein allfälliger Therapieabbruch wegen gesundheitlichen Problemen des Kindes vorliegt oder die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder das weitere Betreuungsumfeld des Kindes keine Behandlung durchführen können.

Absatz 5: Das Kind kann jederzeit per Ende Monat vom Pilotversuch austreten. Die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge muss die Leistungserbringer und die IV-Stelle schriftlich informieren.

Artikel 5

(Gesuch um Teilnahme)

Absatz 1: Die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge müssen die Kinder, die am Pilotversuch teilnehmen werden, bei der zuständigen IV-Stelle anmelden. Die Anmeldung erfolgt über das offizielle Anmeldeformular. Zuständig ist in der Regel die IV-Stelle, in deren Kantonsgebiet die versicherte Person im Zeitpunkt der Anmeldung ihren Wohnsitz hat (vgl. Artikel 55 IVG).

Absatz 2: Die Verlängerung wird nur gewährt, wenn sie von einem Facharzt schriftlich und genügend begründet eingereicht wird. Die IV-Stelle muss prüfen, ob diese Begründung eine Verlängerung rechtfertigt. Sind diese Voraussetzungen offensichtlich erfüllt und kann dem Begehren der versicherten Person vollumfänglich entsprochen werden, so kann diese Verlängerung ohne Erlass eines Vorbescheides oder einer Verfügung zugesprochen werden.

Artikel 6

(Zusprache der intensiven Frühintervention ohne Verfügung)

Absatz 1 und 2: Wie bei den medizinischen Massnahmen (Art. 74^{ter} Bst. a IVV) kann die Teilnahme an einer intensiven Frühintervention in einem formlosen Verfahren ohne Vorbescheid

zugesprochen werden. Gemäss Art. 51 Abs. 2 ATSG kann die betroffene Person den Erlass einer Verfügung verlangen.

Verweigert die IV-Stelle voll oder teilweise die Zusprache der intensiven Frühintervention, so muss sie eine Verfügung erlassen. Die IV-Stellen sind verpflichtet, die entsprechenden Musterdokumente aus dem Text- und Formulkatalog der IV zu benutzen.

Artikel 7

(Voraussetzungen [für die Teilnahme von Leistungserbringern])

Absatz 1:

Damit die Leistungserbringer am Pilotversuch teilnehmen können, müssen sie eine Vereinbarung mit dem BSV abschliessen. Diese Vereinbarung regelt insbesondere die detaillierte Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und dem BSV und den Sinn und Zweck des Pilotversuchs .

Absatz 2: Wenn ein Leistungserbringer in diesem Pilotversuch mitwirken möchte, muss er beim BSV ein schriftliches Gesuch einreichen. Das BSV bestimmt, welche Unterlagen mit dem Gesuch für die Vereinbarung zwischen dem Leistungserbringer und dem BSV einzureichen sind. Erforderlich sind u.a. folgende Unterlagen:

- Koordinaten der Leitenden Personen;
- Organisationsstruktur;
- Betriebsbudget;
- Art, Anzahl und Qualifikation der Therapeutinnen und Therapeuten;
- Detaillierte Beschreibung zur intensiven Frühinterventionsmethode mit entsprechendem Hinweis auf die wissenschaftliche Evidenzlage;
- Konzept zur Sicherung der Qualität

Die sich bewerbenden Leistungserbringer müssen dem BSV alle geforderten Dokumente zur Verfügung stellen und zur Klärung allfälliger Unklarheiten beitragen.

Das BSV entscheidet, ob ein Leistungserbringer aufgrund der eingereichten Unterlagen und der im Absatz 3 und 4 aufgeführten Kriterien anerkannt werden kann oder nicht. Wird ein Leistungserbringer anerkannt, schliesst das BSV eine Vereinbarung mit ihm ab. Die sechs Zentren, welche bereits im Projekt von 2014 – 2018 teilgenommen haben, müssen nicht erneut anerkannt werden. Sollten sie aber nicht alle Bedingungen der Verordnung erfüllen, müssen sie sich verpflichten, dies innerhalb einer nützlichen Frist (wird in der Vereinbarung festgehalten) sicherzustellen.

Absatz 3: Dieser Absatz legt die Merkmale fest, welche die Frühinterventionsmethode aufweisen muss, um anerkannt zu werden.

Erstens muss es sich um eine wissenschaftlich anerkannte Methode handeln (Buchstabe a).

Diese muss entweder verhaltens- oder entwicklungsorientiert oder als Kombination dieser beiden Ansätze ausgestaltet sein. Diese methodischen Ansätze zeigen in der wissenschaftlichen Literatur die höchste Evidenzlage und sind deshalb in der Fachwelt derzeit als Behandlungsstandards anerkannt (Buchstabe b).

Die Frühintervention muss weiter umfassend sein. Das heisst, im Gegensatz zu fokussierten Programmen, die nur auf einen Aspekt (zum Beispiel die Kommunikation) fokussieren, müs-

sen diese Programme sowohl Spiel- und Verhaltenskompetenzen unterstützen als auch sozialkommunikative Fähigkeiten fördern. Sie haben die soziale Kommunikation, Sprache, Spielfähigkeit und unangepasstes Verhalten und nicht nur jeweils eines dieser Elemente im Fokus (Buchstabe c).

Da es sich bei den anerkannten Methoden um intensive Frühinterventionen handelt, spielt die Intensität der Behandlung eine grosse Rolle: Gemäss der Ergebnisse der Recherche der internationalen Literatur (siehe Forschungsbericht Nr. 9/18) muss diese Behandlung eine Mindestintensität von 18 - 25 Wochenstunden haben. Für den vorliegenden Pilotversuch wurde (auch gestützt auf die bestehenden Vereinbarungen) die Mindestintensität auf 20 Stunden festgelegt (Buchstabe d), wobei die Verlängerung dann eine tiefere Intensität vorweisen kann.

Die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge müssen auch miteinbezogen werden (Buchstabe e).

Die Interdisziplinarität ist ebenso ein wichtiger Punkt: Durch ein aus verschiedenen Berufsgruppen zusammengesetztes Team kommen verschiedene Sichtweisen zusammen, was sich in einer flexibleren Programmgestaltung und mehr Orientierung an den Nachfolgeinstitutionen zeigt. Arbeitet man interdisziplinär zusammen (d.h. mehrere Berufsgruppen auf das gleiche Ziel hin und in die gleiche Richtung), werden sich die Anstrengungen nicht nur addieren, sondern multiplizieren. Dies ist viel besser als wenn mehrere Therapeuten, die parallel intervenieren ohne sich unbedingt bezüglich der Ziele untereinander abzustimmen. Dies geht auch aus dem Schlussbericht der externen Evaluation der Wirksamkeit der intensiven Frühinterventionsmethoden bei frühkindlichem Autismus hervor (siehe Forschungsbericht Nr. 9/18, S. 81). Hinzu kommt, dass die Teilnehmenden während der Teilnahme am Pilotversuch keinen Anspruch auf weitere medizinische Massnahmen der IV haben (vgl. Artikel 3 Absatz 2 Buchstabe a i.V.m. Artikel 4 Absatz 4) (Buchstabe f).

Absatz 4: Dieser Absatz regelt die strukturellen Gegebenheiten, die für eine Anerkennung unerlässlich sind.

Die IV anerkennt nur Leistungserbringer, die an eine öffentlich-rechtliche Institution angegliedert sind; dies gibt eine gewisse Garantie für die langfristige Existenz der Einrichtung. Weiter werden durch diese Bestimmung Einzelpersonen ausgeschlossen. Einzelpersonen können nicht als Leistungserbringer anerkannt werden, da eine Einzelperson diese Leistung aufgrund der grossen Belastung, die durch die Intensität und die Dauer dieser Intervention entstehen, nicht garantieren kann (Buchstabe a).

Damit die IV ihre Pauschale ausrichten kann, muss der Leistungserbringer durch eine Fachärztin oder einen Facharzt geführt werden oder die medizinischen Massnahmen müssen in der Verantwortung eines Facharztes erbracht werden (Buchstabe b).

Die Existenzsicherung der Leistungserbringer muss durch eine genügende Finanzierung während der Dauer des Pilotversuchs nachgewiesen sein (Buchstabe c). Es ist kontraproduktiv, wenn ein Kind eine Behandlung beginnt und diese nach einigen Monaten unterbrechen muss, weil der Leistungserbringer wegen mangelnder Finanzierung die Leistung nicht mehr erbringen kann.

Die Leistungserbringer müssen zudem über ein Qualitätsmanagement verfügen, das u.a. sowohl die Ausbildung der Therapeuten, deren Weiterbildung und Supervision festhält als auch den Ablauf der Behandlung und insbesondere das Vorgehen beim Ausbleiben von Fortschritten klar regelt. Das Qualitätsmanagement sollte daneben auch die Infrastruktur einbeziehen, da autistische Kinder sehr empfindlich auf äussere Reize sind (Buchstabe d).

Da die intensiven Frühinterventionsmethoden sowohl medizinische als auch pädagogisch-therapeutische Behandlungselemente enthalten, ist es zwingend, dass die Leistungserbrin-

ger auch medizinisches Personal anstellen. Dazu wird eine Minimalquote für das medizinische Personal festgelegt. Da die Interdisziplinarität wichtig ist, wird zudem auch die Minimalquote für pädagogisch-therapeutisches Personal bestimmt (Buchstabe e).

Intensive Frühinterventionen sind anspruchsvoll. Deshalb werden Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildung zwar akzeptiert, es braucht dazu jedoch eine klar definierte Ratio zwischen ausgebildetem Personal und Personal in Ausbildung. Sowohl beim ausgebildeten als auch beim Personal in Ausbildung muss es sich zwingend entweder um medizinisches Personal (d.h. Fachärzte, Ergo-, Physio- und Psychotherapeuten) oder um pädagogisch-therapeutisches Personal (Logopäden, schulische und klinische Heilpädagogen, Früherzieher und Psychomotoriker) handeln (Buchstabe f).

Absatz 5: Die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder das weitere Betreuungsumfeld des Kindes können einen Teil der Therapie übernehmen. Diese Stunden können für die Berechnung der Intensität der Therapie berücksichtigt werden, wobei nur maximal zwei Stunden pro Tag miteinberechnet werden können. Diese Grenze ist notwendig, weil erstens die Arbeit nicht auf die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder das weitere Betreuungsumfeld des Kindes überwältzt werden darf und zweitens die Kontrolle der effektiven Arbeit der Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder des weiteren Betreuungsumfeldes des Kindes schwierig zu beziffern und zu kontrollieren ist.

Artikel 8

(Vereinbarung zwischen Leistungserbringer und BSV)

Absatz 1: Die anerkannten Leistungserbringer schliessen mit dem BSV eine Vereinbarung ab. In dieser Vereinbarung werden weitere Details geregelt, die in dieser Verordnung nicht festgehalten werden konnten. Insbesondere wird auch die Pflicht zur Mitwirkung an der Entwicklung eines Programm-, eines Kosten- und eines Ergebnis-Modells festgehalten. Leistungserbringer, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung bereits eine Vereinbarung mit dem BSV abgeschlossen haben, müssen mit dem BSV eine neue Vereinbarung abschliessen. Darin wird geregelt, bis wann die entsprechenden Leistungserbringer allfällige Verpflichtungen, die sich neu aus der Verordnung ergeben, erfüllen müssen.

Absatz 2: Ziel des Pilotversuchs ist es, ein Programm-, Kosten- und Ergebnis-Modell zu erarbeiten. Dabei ist die Mitarbeit der Leistungserbringer unerlässlich. Diesbezüglich haben diese auch eine Auskunftspflicht gegenüber dem BSV, z.B. über den Stand der Entwicklung der Modelle. Auch andere, für den Ausgang des Pilotversuchs relevante Fragen müssen die Leistungserbringer stets ausreichend beantworten. Sie haben auch eine Auskunftspflicht gegenüber den IV-Stellen, z.B. über den Therapiebeginn, möglichen Ausstieg und das Therapieende eines versicherten Kindes.

Artikel 9

(Ende der Teilnahme)

Absatz 1: Da der Pilotversuch nur bis Ende 2022 geht, endet die Teilnahme auch spätestens zu diesem Zeitpunkt (vgl. auch Artikel 4 Absatz 3).

Absatz 2: Die Teilnahme kann aber auch früher enden. Das ist der Fall, wenn die Voraussetzungen gemäss Artikel 7 Absatz 3 und 4 nicht mehr gegeben sind oder wenn der Leistungserbringer die Vereinbarung mit dem BSV verletzt. In diesem Fall erlischt die Teilnahme in Abweichung zu Absatz 3 und 4 nach drei Monaten. Eine Kündigung der Vereinbarung hat für

die versicherte Person zur Folge, dass sie nur noch für diese sechs Monate Anspruch auf die Behandlung gemäss den vorliegenden Bestimmungen hat. Danach kann der Leistungserbringer zum Beispiel die Behandlung einstellen, deren Intensität anpassen, eine (erhöhte) Kostenbeteiligung der Inhaberinnen und Inhabern der elterlichen Sorge fordern usw. Bei einer allfälligen Fortsetzung der Therapie, wird die IV höchstens noch die Kosten von medizinischen Massnahmen gemäss Artikel 13 i.V.m. 14 IVG (ausgeführt durch Medizinalpersonen) entsprechend den aktuellen gesetzlichen Grundlagen vergüten. Dies gilt auch wenn die Teilnahme wegen Absatz 3 oder 4 endet.

Absatz 3: Ein Leistungserbringer kann unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten vom Pilotversuch austreten. Es muss den Austritt dem BSV schriftlich mit Begründung mitteilen.

Absatz 4: Das BSV kann unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten die Vereinbarung mit einem Leistungserbringer kündigen bzw. den ganzen Pilotversuch vorzeitig abbrechen. Sollte sich im Laufe des Projektes zeigen, dass die Entwicklung der drei Modelle gemäss Artikel 2 der Verordnung nicht mehr realistisch ist, behält sich das BSV vor, einen geordneten Ausstieg in die Wege zu leiten und das Pilotprojekt vorzeitig abzubrechen, indem Sie alle Vereinbarungen mit einer Frist von sechs Monate kündigt.

Artikel 10

(Voraussetzungen für die Leistungserbringer)

Die anerkannten Leistungserbringer, die eine Vereinbarung nach Artikel 8 abgeschlossen haben, haben Anspruch auf die Vergütung ihrer Leistungen. Die IV richtet für die ganze Dauer der intensiven Frühintervention eine Fallpauschale gemäss Artikel 11 aus.

Artikel 11

(Fallpauschale)

Absatz 1: Die IV zahlt eine Pauschale von 45 000 Franken für die ganze Dauer der intensiven Frühintervention. Diese Pauschale wurde auf Basis der Durchschnittskosten der sechs am Pilotprojekt 2014 - 2018 teilnehmenden Zentren ermittelt und deckt im Durchschnitt die Kosten dieser Zentren für die medizinischen Massnahmen (Buchstabe a). Die Pauschale beträgt rund ein Drittel der Gesamtkosten einer Behandlung.

Der Einbezug der Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder des weiteren Betreuungsumfeldes des Kindes ist ein zentrales Element der intensiven Frühintervention, die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder das weitere Betreuungsumfeld des Kindes müssen «empowered» werden, d. h. sie müssen die notwendigen Instrumente erhalten, um ihre Interaktion mit dem Kind besser/zielgerichteter zu gestalten. Dazu brauchen sie entsprechende Beratung und Instruktionen. Absatz 4 legt fest, dass diese Leistungen an die Inhaberin oder den Inhaber der elterlichen Sorge oder das weitere Betreuungsumfeld des Kindes - neben den direkten therapeutischen Leistungen am Kind – in der Pauschale inbegriffen sind (Buchstabe b).

Absatz 2: Die Pauschale wird in Raten ausbezahlt. Der Zeitpunkt der Vergütung wird im Absatz 2 geregelt. Da die Leistungserbringer unterschiedlich organisiert sein können, sieht diese Regelung zwei Varianten vor.

Die erste Variante (Buchstabe a) betrifft die Leistungserbringer, die eine stationäre besonders intensive aber relativ kurze (normalerweise einige Wochen, kann aber bis maximal

sechs Monate dauern) Behandlungen anbieten und danach eine Nachbetreuung während zwei Jahren gewährleisten.

Die zweite Variante (Buchstabe b) betrifft die Leistungserbringer, die während zwei Jahren eine ambulante Therapie anbieten, mit einer Intensität von mindestens 20 Stunden wöchentlich.

Absatz 3 regelt die Vergütung in Fällen von Abbrüchen während der Therapie sowie bei vorzeitiger Beendigung, gemäss Artikel 4 Absatz 4 und 5 und Artikel 9 Absatz 2 bis 4. In diesen Fällen werden die noch ausstehende Anteile der Vergütung nicht ausgerichtet. Ein allfälliger Rücktritt vor Beginn der Therapie (No-show) wird nicht vergütet.

Absatz 4: Bei gesundheitsbedingten Unterbrüchen muss der Leistungserbringer prüfen, ab wann die Weiterführung der Therapie keinen Sinn mehr macht. Eine allfällige Wiederaufnahme der intensiven Frühintervention ist danach möglich, wenn die Voraussetzungen nach Artikel 3 weiterhin erfüllt sind. Eine Abweichung von Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe b ist möglich. Auch bei Unterbrüchen werden die noch ausstehende Anteile der Vergütung nicht ausgerichtet. In diesem Fall können diese aber bei der Wiederaufnahme der Behandlung wieder ausbezahlt werden. Eine erneute Ausrichtung der ganzen Pauschale ist aber ausgeschlossen.

Artikel 12

(Vergütung einer Verlängerung)

In Artikel 4 Absatz 2 wird festgehalten, dass in begründeten Fällen eine Verlängerung der Therapie um maximal ein Jahr möglich ist. In Artikel 6 Absatz 3 Buchstabe d wird weiter erwähnt, dass bei einer allfälligen Verlängerung die Intensität tiefer sein kann, als in den ersten zwei Jahren. Die Finanzierung dieser Verlängerung erfolgt deswegen zusätzlich zur Pauschale. Da die Intensität abnehmen sollte und um Fehlanreize betreffend unnötiger Verlängerungen zu vermeiden, wird diese Phase mit einer tieferen Pauschale vergütet.

Artikel 13

(Ausgeschlossene Leistungsvergütung)

Wie mehrmals erwähnt, spielen die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder das weitere Betreuungsumfeld des Kindes eine entscheidende Rolle. Je nach Methode und/oder nach Phase der Therapie können sie einen Teil der Therapie übernehmen. Diese Stunden können aber nicht entschädigt werden, weil diese zu den Erziehungsaufgaben der Inhaberinnen und Inhabern der elterlichen Sorge oder des weiteren Betreuungsumfeldes des Kindes gehören. Entsprechend können sie auch nicht im Rahmen der Bestimmung des Intensivpflegezuschlags (Artikel 42^{ter} Absatz 3 IVG) einfließen. Da sie als Erziehungsaufgaben eingestuft werden, fallen sie unter die pädagogisch-therapeutischen Massnahmen (wenn überhaupt), die gemäss Artikel 39 Absatz 2 IVV nicht zu berücksichtigen sind.

Artikel 14

(Akzessorische Leistungen)

Dieser Artikel regelt die Leistungen, welche die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder das weitere Betreuungsumfeld des Kindes bzw. die Leistungserbringer zusätzlich zu der Pauschale in Rechnung stellen können.

Absatz 1: Gemäss Artikel 51 Absatz 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf die Vergütung von Reisekosten, die bei der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen entstehen. In diesem Hinblick wird die intensive Frühintervention einer medizinischen Massnahme gleichgestellt. Dabei werden in Abweichung zu Artikel 90 Absatz 1 IVV nicht nur die Kosten von Fahrten zur nächstgelegenen geeigneten Durchführungsstelle, sondern die Kosten von Fahrten vom Domizil zum ausgewählten Leistungserbringer vergütet. Die anderen Bestimmungen von Artikel 90 IVV gelten (Absatz 2 - 5). Die Kosten für auswärtige Verpflegung und Übernachtung können gemäss den Bestimmungen von Artikel 90 Absatz 4 IVV vergütet werden.

Stellt aber der Leistungserbringer einen gemeinschaftlichen Transportdienst zur Verfügung (zum Beispiel Institutionsbus oder Taxi), werden keine Reisekosten rückerstattet. Sollte das Parlament im Rahmen der laufenden IVG-Revision eine Änderung der Vergütung der Reisekosten bei medizinischen Massnahmen beschliessen, gilt diese auch für intensive Frühinterventionen.

Absatz 2: Berichte, die vom BSV oder von den IV-Stellen verlangt werden, können zusätzlich zur Pauschale vergütet werden. Ausgeschlossen ist aber die Vergütung von Behandlungsprotokollen, die integrierter Bestandteil der Therapie sind. Die Vergütung richtet sich nach TARMED für die ärztlichen Leistungen und nach den entsprechenden in Tarifvereinbarungen festgelegten Ansätzen für die Leistungen anderer Therapeuten. Auch das Erfassen zusätzlicher Daten für das Ergebnis-Modell kann auf die gleiche Weise zusätzlich vergütet werden.

Artikel 15

(Übergangsbestimmungen)

Absatz 1: Kinder, die vor der Inkraftsetzung der Pilotverordnung bereits in einem der sechs Autismuszentren behandelt werden, welche mit dem BSV bereits eine frühere Vereinbarung haben, können in den Pilotversuch übertreten und so die Therapie fortsetzen. Damit soll ein Unterbruch während der noch laufenden intensiven Frühintervention vermieden werden. Klar ist indes, dass diese Kinder nicht nochmals Anspruch auf eine neue Vergütung gemäss Artikel 11 Absatz 1 der Verordnung haben, sondern mit dem Übertritt in den Pilotversuch weiterhin Anspruch auf Auszahlung der ausstehenden Raten gemäss Artikel 11 Absatz 2 haben. Zudem ist zu beachten, dass diese Kinder und die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge oder das weitere Betreuungsumfeld des Kindes die Pflichten und Voraussetzungen der vorliegenden Verordnung erfüllen müssen. Deswegen müssen die Inhaberinnen und Inhaber der elterlichen Sorge die Fortsetzung der Behandlung beantragen. Sie müssen mit den neuen Verpflichtungen aus dieser Verordnung einverstanden sein. Kinder, welche mit der intensiven Frühintervention in einem Alter angefangen haben, die nicht der Bestimmung vom Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe b entspricht, können im Sinne einer Ausnahmeregelung dennoch in den Pilotversuch übertreten.

Absatz 2: Aktuell bestehen auch Leistungserbringer, die keine Vereinbarung mit dem BSV haben. Damit diese am Pilotversuch teilnehmen können, müssen sie 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 vom Artikel 11 Absatz 2. Das bedeutet, wenn ein Kind seit Januar 2018 in Behandlung ist und der Leistungserbringer am 1. März 2019 anerkannt wird, nur die vierte Tranche nach Abschluss der Therapie vergütet werden kann.

Artikel 16

(Inkrafttreten und Geltungsdauer)

Die bestehenden Vereinbarungen zwischen dem BSV und den Autismuszentren enden am 31. Dezember 2018. Die vorliegende Verordnung soll auf den 1. Januar 2019 in Kraft treten, damit für die versicherten Personen aus finanzieller Sicht ein lückenloser Übergang gewährleistet werden kann. Die Verordnung gilt bis zum 31. Dezember 2022.